

Aus dem Fachbereich Medizin  
der Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Benzenhöfer

**Ärztlich assistierter Suizid im terminalen Erkrankungsstadium.  
Bestandsaufnahme der Debatte in Deutschland  
und Abwägung medizinethischer Argumente**

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
des Fachbereichs Medizin  
der Goethe-Universität Frankfurt am Main

vorgelegt von  
**Verena Katzenberger, geb. Hack**  
aus Schweinfurt

Frankfurt am Main, 2010

Dekan: Prof. Dr. med. J. Pfeilschifter

Referent: Prof. Dr. med. H. Siefert

Korreferentin: Priv.-Doz. Dr. med. I. Wiegratz

Tag der mündlichen Prüfung: 16.12.2010

- In Liebe meinen Eltern -

*"Im Grunde ist der Tod einer der stärksten Zugriffe, die man zum Sinn des Lebens hat.*

*Über den Tod zu sprechen ist eine der vernünftigsten Arten,*

*über den Sinn des Lebens zu sprechen.“*

*André Maurois (frz. Schriftsteller, 1885-1967)*

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Patienten im terminalen Stadium einer unheilbaren Erkrankung. Einführung in Grundfragen und Kernaspekte des Themas</b>	<b>5</b>
2.1	Auswahlkriterien für die untersuchten Problemfelder	5
2.2	Suizid und freier Wille	6
2.2.1	Einige Zahlen aus der Suizidforschung	6
2.2.2	Wie frei ist der Freitod?	7
2.3	Betrachtungen zum Suizidwunsch	10
2.3.1	Untersuchungen zum Suizidwunsch im klinischen Alltag	10
2.3.2	Wunsch im terminalen Erkrankungsstadium, das eigene Leben zu beenden	12
2.3.2.1	Physische Beweggründe: Schmerzen, Entstellung, körperliches Leiden	15
2.3.2.2	Verfall der Persönlichkeit, Entfremdung vom eigenen Ich	16
2.3.2.3	Verlust der Lebensqualität	17
2.3.2.4	Abhängigkeit von Dritten und Verlust von Freiheit und Würde	17
2.3.2.5	Wunsch nach selbstbestimmtem Abschied und würdevollem Tod	18
2.4	Bedeutung und Grenzen der Palliativmedizin	19
2.5	Selbstbestimmungsrecht und Autonomie	20
<b>3</b>	<b>Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in Deutschland. Begriffserläuterungen und gesetzliche Grundlagen</b>	<b>22</b>
3.1	Bisher gebräuchliche Kategorisierung und Sterbehilfe-Terminologie	23
3.1.1	Passive Sterbehilfe	23
3.1.2	Aktive Sterbehilfe	26
3.1.3	Indirekte Sterbehilfe	27
3.1.4	Ärztlich assistierter Suizid	28

3.2	Der Begriff „Sterbebegleitung“ und terminologische Alternativentwürfe	30
<b>4</b>	<b>Ärztlich assistierter Suizid und Strafrecht</b>	<b>36</b>
4.1	Strafrechtliche Regelungen und verbleibende Graubereiche	36
4.2	Zur Rechtsprechung in der Vergangenheit anhand eines Fallbeispiels	43
4.2.1	Der Fall Hackethal	43
4.2.2	Rechtsprechung und Urteilsbegründung	43
4.3	Stellungnahme der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zur Rechtsprechung	47
4.4	Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (2006) und Thesen des Deutschen Juristentages 2006	54
<b>5</b>	<b>Ärztlich assistierter Suizid aus Sicht von Standesrecht und Standesethik</b>	<b>66</b>
5.1	Standesethische und -rechtliche Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids	66
5.2	Haltung der Bundesärztekammer	68
5.2.1	Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Aussagen zum ärztlich assistierten Suizid	68
5.2.2	Leitlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Wandel vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Modell	71
5.3	Standesrechtliche Regelungen	72
5.3.1	Der ärztlich assistierte Suizid in der (Muster-)Berufsordnung	73
5.3.2	Umsetzung in Berufsordnungen der Landesärztekammern	75
5.4	Umfrage bei den Landesärztekammern zu standesrechtlichen Konsequenzen	76
5.4.1	Ziel und Inhalt der Umfrage	76
5.4.2	Ergebnisse	79
5.4.3	Auswertung	97
5.4.4	Zusammenfassung	99

<b>6</b>	<b>Das Argument der „Unärztlichkeit“</b>	101
6.1	Grundlegende Dokumente des ärztlichen Berufsethos	102
6.1.1	Der Hippokratische Eid	102
6.1.2	Das Genfer Gelöbnis	103
6.2	Auslegung und Repräsentation des ärztlichen Rollenbildes durch Standesvertreter und Fachgesellschaften	105
6.2.1	Ärztliche Behandlungspflichten in der MBO	105
6.2.2	Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	107
6.2.3	Weltärztebund	110
6.2.4	Nationaler Ethikrat	111
6.2.5	Zusammenfassende Bewertung	112
6.3	Anforderungen an den Arzt – Erwartungshaltung der Gesellschaft	113
6.4	Ärztliches Ethos und Beihilfe zum Suizid – Analyse des ärztlichen Rollenbildes	116
6.5	Aufgaben und Pflichten aus der Perspektive des Patienten. Zur normativen Frage des Unterschieds zwischen „Normalpatienten“ und Suizidpatienten	118
6.6	Tragfähigkeit des Begriffs „unärztlich“ im Hinblick auf Suizidassistenz im terminalen Erkrankungsstadium	122
<b>7</b>	<b>Argumente in der deutschen Debatte um ärztlich assistierten Suizid</b>	128
7.1	Gegenargumente	129
7.1.1	Dammbruch und Argument der „schiefen Ebene“	129
7.1.2	Lebensschutz und Entsolidarisierung der Gesellschaft	133
7.1.3	Gefahr des sozialen, moralischen und ökonomischen Drucks	135
7.1.4	Vertrauensverlust und Argument der „Unärztlichkeit“	138
7.1.5	Schwächung der Palliativmedizin	141
7.1.6	Probleme der Umsetzung	143
7.1.7	Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens	145
7.2	Befürwortende Argumente	147

7.2.1 Ärztlich assistierter Suizid als Alternative zu aktiver Sterbehilfe	147
7.2.2 Vermeidung des organisierten Sterbetourismus	148
7.2.3 Chance auf Vertrauensgewinn	152
7.2.4 Befreiung von Leid in ausweglosen Situationen	153
7.2.5 Autonomie, Entscheidungsfreiheit und Respekt vor dem Patientenwillen	156
7.2.6 Unverfügbarkeit des Lebensendes und Recht auf selbstbestimmten Tod	158
<b>8 Blick auf ausgewählte Beispiele im Ausland</b>	162
8.1 Schweiz	162
8.2 Niederlande	164
8.3 Bundesstaat Oregon (USA)	166
8.4 Fazit aus internationalen Erfahrungen: Probleme und Lösungsansätze	168
8.4.1 Probleme	168
8.4.2 Lösungsansätze	171
<b>9 Diskussion</b>	174
<b>10 Zusammenfassung / Summary</b>	186
<b>11 Literatur</b>	191
<b>Danksagung</b>	201
<b>Lebenslauf</b>	202
<b>Schriftliche Erklärung</b>	204

## 1 Einleitung

Die Fortschritte und therapeutischen Möglichkeiten der modernen Medizin wirken auf vielen Gebieten segensreich, aber manchmal auch beängstigend. Im Zentrum von Forschung und Wissenschaft stehen offensichtlich Bemühungen um eine Verlängerung des Lebens, z. B. Erfolge der Organtransplantation, der künstlichen Ernährung oder der Entschlüsselung des menschlichen Genoms.

Die medizinischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte schaffen vor allem veränderte Bedingungen für schwerkranke und alte Menschen. Ein großer Teil der Bevölkerung erreicht ein hohes Alter, allerdings mehren sich für viele die Jahre körperlichen und geistigen Abbaus. Fortgeschrittene Stadien schwerer Krankheit können durch moderne Technik und neueste medizinische Erkenntnisse verlängert werden, damit gelegentlich aber auch Schmerzen und Leid. Bewusstlose, komatöse Patienten können durch Intensivmedizin lange am Leben erhalten werden. Neben den segensreichen Errungenschaften und den zahlreichen nützlichen Erfolgen moderner Medizin tun sich viele Fragen auf: Inwieweit müssen alle verfügbaren Möglichkeiten ausgeschöpft werden? Wann darf die Bemühung um den Lebenserhalt enden?

Die weitreichenden therapeutischen Maßnahmen, menschliches Leben zu erhalten, rücken gerade diese Frage, wann das Sterben zugelassen werden darf oder auch muss, ins Zentrum der medizinethischen Diskussion. Dabei sind auch aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid im Spiegel internationaler Entwicklungen in den Fokus der öffentlichen Debatte geraten und zu einem der umstrittensten Themen der Medizinethik geworden.

Medizinstudenten<sup>1</sup> lernen, Krankheiten zu erkennen, zu behandeln und Leben zu retten. Der Umgang mit Sterbenden, das Akzeptieren des Todes als Teil des Lebens und vor allem der angemessene Zeitpunkt der Beendigung medizinischer Maßnahmen sind bisher keine grundlegenden Bestandteile der ärztlichen Ausbildung. Der unvermeidbare Tod scheint nicht selten als Versagen der Medizin verstanden zu werden. Dadurch entsteht der Eindruck, die Begleitung der Patienten auf ihrem letzten Weg, jenseits

---

<sup>1</sup> Um das Lesen zu erleichtern, wird für gemischtgeschlechtliche Gruppen, z. B. Ärzte und Ärztinnen, die männliche Sprachform verwendet, ohne hiermit weibliche Mitglieder vernachlässigen zu wollen.

therapeutischer Möglichkeiten, befinde sich eher im Randbereich oder außerhalb des ärztlichen Aufgabenfeldes.

Diese Vorstellung trägt jedoch oder gilt zumindest nicht uneingeschränkt. Auch innerhalb der Ärzteschaft gibt es zahlreiche und engagierte Diskussionen über die Probleme der Medizin am Lebensende und ein würdiges Sterben. Die Voraussetzung für einen Diskurs über aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierten Suizid ist eine schwierige und oft emotionale Auseinandersetzung mit dem Tod für alle Beteiligten. Klare Entscheidungen und transparente Regelungen könnten den Umgang mit ohnehin psychisch belastenden Situationen für betroffene Patienten, deren Angehörige und Ärzte sowie andere Helfer in den Heilberufen erleichtern.

Dem Arzt kommt dabei die Verantwortung zu, die richtige Entscheidung in jeder individuellen Situation zu treffen. Der Blick des Arztes für das *Leiden* des Patienten ist nicht selten durch Einzelerfolge seiner therapeutischen Bemühungen verstellt. Aber auch Unsicherheiten und Ängste vor drohenden Konsequenzen beeinflussen und begrenzen den Handlungsspielraum möglicherweise zu Lasten der Patienten. Deshalb ist eine offene Diskussion nicht nur für die betroffenen Berufsgruppen, sondern auch für die behandelten Patienten von großer Bedeutung.

Die Debatte um Sterbehilfe umfasst insgesamt eine kaum überschaubare Fülle an ethischen Themen, Problemen und Fragestellungen. Zahlreiche literarische Beiträge, Studien und Stellungnahmen aus verschiedenen Bereichen der Wissenschaften, u. a. aus der Medizinethik, den Rechtswissenschaften, der Theologie und der Politikwissenschaft, wurden in den letzten Jahren veröffentlicht. Durch die Emotionalität, die dem Thema anhaftet, neigt die bisherige öffentliche Diskussion dazu, kaum Differenzierungen vorzunehmen. Gerne werden Argumente, Meinungen und Fallbeispiele zu sehr verschiedenen Formen von Sterbehilfe unterschiedslos abgehandelt. Hierbei verliert die Debatte schnell den roten Faden und gleitet in eine unsachliche Gegenüberstellung verschiedener Standpunkte ab.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Auseinandersetzungen in Deutschland um den ärztlich assistierten Suizid im terminalen Erkrankungsstadium. Der Fokus liegt dabei auf sterbenskranken Patienten mit infauster Prognose und fehlendem

Lebenswillen. Von der Betrachtung ausgeschlossen sind psychisch kranke Menschen. Meine Untersuchung beschäftigt sich mit der Rolle des Arztes im Rahmen der Suizidbeihilfe. Eine ausführliche Befassung mit nicht-ärztlicher Sterbehilfe würde den Rahmen der Arbeit überschreiten.

Nach einer Einführung in Grundfragen des Themas soll zunächst ein Überblick über gängige Begriffe der Sterbehilfedebatte und über aktuell geltende straf- und standesrechtliche Regelungen geschaffen werden. Bestehende Grauzonen werden aufgezeigt.

Als erster Kernbereich der vorliegenden Untersuchungen interessiert vor allem das Berufsrecht, da hier in besonderem Maße Unklarheit herrscht. Deshalb habe ich eine Befragung der Landesärztekammern zu möglichen standesrechtlichen Konsequenzen vorgenommen, deren Inhalt und Ergebnisse ich vorstelle und auswerte.

Der zweite Schwerpunkt der Arbeit ist der Bestandsaufnahme der aktuellen Debatte in Deutschland gewidmet, einer Erörterung der verwendeten Argumente und ihrer Gegenüberstellung. Darüber hinaus soll der Versuch einer Analyse dieser Argumente, z. B. durch die Betrachtung der Methoden ihrer Verwendung, einen Ansatz für eine sachliche Abwägung bieten und die Emotionalität der bisherigen Debatte vermeiden.

Besonderes Augenmerk wird einerseits der Frage nach dem Potenzial einer Lockerung der Garantenpflicht gelten, und andererseits soll das Argument der „Unärztlichkeit“ der Suizidassistenten analysiert werden. Dazu überprüfe ich die Tragfähigkeit des „Unärztlichkeits-Argumentes“ für einen assistierten Suizid im terminalen Erkrankungsstadium.

Abschließend soll ein Blick auf internationale Regelungen anhand dreier ausgewählter Beispiele (Schweiz, Niederlande und Oregon/USA) den Rahmen erweitern, um Probleme der Umsetzung hervorzuheben.

Zur ärztlichen Verpflichtung, Leiden zu lindern, gehört auch eine offene medizinethische Diskussion über Handlungsspielräume. Sie ist keine Bedrohung für die fundamentale Bedeutung palliativmedizinischer Versorgung und palliativer Pflege,

deren weitere Stärkung notwendig und unbestritten ist. Die aktuelle Situation mit all ihren Grauzonen und Unsicherheiten stellt jedoch eine große Belastung für die Betroffenen dar und erfordert die Auseinandersetzung mit der Ausweglosigkeit mancher Situation. Schwerstkranken Menschen ist durch eine Tabuisierung nicht geholfen. Auch das medizinische Personal, das täglich mit den Phänomenen des Sterbens konfrontiert ist, benötigt einen transparenten Umgang mit problematischen Fragen. Der Arzt und Soziologe Karl-Heinz Wehkamp schreibt treffend: „Probleme lösen sich nicht durch Tabus, sondern durch Diskurse.“<sup>2</sup> Im April 2009 hat der Rechtswissenschaftler und Medizinrechtler Jochen Taupitz in einem Streitgespräch mit dem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer Frank Montgomery die Ärzte als die allein moralisch wie fachlich geeigneten Suizidhelfer bezeichnet. Sein Gegner im Meinungsstreit sieht jedoch gerade damit das Ende des ärztlichen Ethos gekommen.<sup>3</sup> Es scheint so, als habe nun – nicht zuletzt durch eine von der Bundesärztekammer initiierte und aktuell publizierte Umfrage zur Sicht der deutschen Ärzteschaft auf die Problematik der Sterbehilfe<sup>4</sup> – eine öffentliche Auseinandersetzung begonnen, deren Einzelaspekte in der vorliegenden Arbeit erörtert werden.

---

<sup>2</sup> Wehkamp (1998), S. 68.

<sup>3</sup> Taupitz / Montgomery (2009), S. A – 693-695.

<sup>4</sup> Institut für Demoskopie Allensbach (2010); Simon (2010).

## **2 Patienten im terminalen Stadium einer unheilbaren Erkrankung. Einführung in Grundfragen und Kernaspekte des Themas**

### **2.1 Auswahlkriterien für die untersuchten Problemfelder**

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich *einerseits* auf die Betrachtung einer ausgewählten Patientengruppe, nämlich auf Menschen, die sich im weit *fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Erkrankung* befinden und nur noch eine geringe Aussicht auf verbleibende Lebenszeit haben. Durch das absehbare Ende und den besonderen Leidensdruck der betroffenen Patientengruppe ergeben sich spezifische, besonders in medizinethischer Hinsicht wesentliche Problemfelder und Fragestellungen.

Auf die ethische Konfliktsituation bei Patienten mit psychiatrischer Grunderkrankung und Menschen mit Suizidabsicht anderer Ursache, z. B. Appellsuizide und Bilanzsuizide ohne irreversible Erkrankung oder aussichtslose Prognose, gehe ich nicht ein. Diese Problematik würde den vorgegebenen Rahmen sprengen und ganz eigene Bereiche eröffnen.

*Andererseits* soll nur die Problematik der *ärztlichen* Suizidassistenz untersucht und diskutiert werden. Spezifische Probleme, die aus der Beihilfe durch Laien resultieren, werden nicht aufgenommen. Die Unterstützung der Selbsttötung etwa durch Angehörige, Freunde oder Laienorganisationen, wie z. B. in der Schweiz, die für Beitrag zahlende Mitglieder Hilfe beim Suizid anbieten, würde einen weiteren Rahmen der Argumentations- und Diskussionsebene eröffnen. Im Fokus dieser Arbeit soll der Konflikt stehen, dem sich *Ärzte* ausgesetzt sehen. Dazu gehört die Spannung zwischen ärztlichem Rollenverständnis und der Bemühung um Leidensminderung im Einzelfall. Schließlich betrifft es auch das Gewissen des Arztes und den Willen des Patienten.

Um die hochkomplexen normativen Fragen der Sterbehilfe-Debatte zu entwirren, ist es sinnvoll, einzelne Felder getrennt zu analysieren. So kann es sich auch als nützlich erweisen, verhärtete Positionen aufzubrechen und gängige Schlagworte erneut zu hinterfragen. Häufig verwendete Argumente sollen hinsichtlich ihrer Tragfähigkeit für ganz bestimmte Einzelfallkriterien geprüft und diskutiert werden.

Ein begrifflicher Aspekt soll bereits an dieser Stelle grundsätzlich geklärt werden. Die Bezeichnung „Selbstmord“ verwende ich nicht, obwohl sie sowohl im geschriebenen Wort als auch in öffentlichen Diskussionsrunden noch erstaunlich häufig in Gebrauch ist. Der Ausdruck „Selbstmord“ ist moralisch nicht neutral und enthält die negative sittliche Wertung der verwerflichen Handlung „Mord“. Dadurch wird die Selbsttötung bereits auf begrifflicher Ebene als „unrechtmäßig“ und „unstatthaft“ gekennzeichnet, was einem Diskurs oder einer Hinterfragung nicht dienlich ist.<sup>5</sup>

Darüber hinaus verfehlt die Assoziation zum Verbrechen des Mordes den vorliegenden Sachverhalt, denn bei Mord handelt es sich um die Tötung eines anderen Menschen gegen dessen Willen und aus niederen Beweggründen, was im Gegensatz zum Suizid eine Straftat darstellt. Stattdessen werden im vorliegenden Text die Begriffe Suizid oder Selbsttötung bevorzugt, da sie sich auf die sachliche Ebene der Bezeichnung des Vorgangs beziehen.<sup>6</sup>

## 2.2 Suizid und freier Wille

### 2.2.1 Einige Zahlen aus der Suizidforschung

Die Zahl der Suizide ist in Deutschland insgesamt rückläufig.<sup>7</sup> Suizide werden häufiger von Männern unternommen, während *Suizidversuche* in der Mehrzahl von Frauen durchgeführt werden. Schmidtke u. a. geben an, dass im Jahr 2006 1,78% aller Todesursachen bei Männern und 0,57% bei Frauen auf einen Suizid zurückzuführen waren.<sup>8</sup> Bei Frauen fehlt – anders als bei Männern – oftmals die Tötungsabsicht, der Versuch beinhaltet eher einen Appell an die Mitmenschen. Dieser Hilferuf wird vor allem von jüngeren Verzweifelten unternommen, während mit zunehmendem Alter das Ziel der Lebensbeendigung im Vordergrund steht.<sup>9</sup> Mit höherem Alter sinkt die Suizidrate, aber *innerhalb* der Gruppe der älteren Menschen nimmt sie deutlich zu. Bei Männern ab dem 60. Lebensjahr steigt die Suizidrate erheblich an; die Zahl der

---

<sup>5</sup> So leitet auch Bormuth seine Abhandlung mit der Feststellung ein: „Ob man den Begriff ‚Selbstmord‘ verwendet oder den Terminus ‚Freitod‘, die Wortwahl ist sprechend.“ Bormuth (2008), S. 9.

<sup>6</sup> Allerdings macht Bormuth zu Recht darauf aufmerksam, dass der Begriff „Suizid“ die Assoziation zur psychiatrischen Perspektive mit sich bringt, was damit verbunden ist, dass jede Selbsttötung als krankhaft bewertet wird. Bormuth (2008), S. 9.

<sup>7</sup> Schmidtke / Sell / Löhr (2008), S. 7.

<sup>8</sup> Schmidtke / Sell / Löhr (2008) S. 9.

<sup>9</sup> Vgl. Simon (1998), S. 69.

Suizidentinnen über 60 Jahre liegt mit knapp 50% jedoch noch darüber. Aufgrund der Alterspyramide steht zu befürchten, dass die Absolutzahlen der Suizide innerhalb der Gruppe der alten Menschen ansteigen könnten.<sup>10</sup> Unbestritten ist, dass eine psychische Erkrankung das Suizidrisiko erhöht. *Körperliches* Leiden ist allerdings ein erheblicher *Risikofaktor* für suizidales Verhalten, und es zeigt sich eine hohe Koinzidenz von körperlicher Krankheit und Suizid.<sup>11</sup>

### 2.2.2 *Wie frei ist der Freitod?*

Im Mittelpunkt der Suizidforschung und in der Folge oftmals auch bei der Beurteilung eines ärztlich assistierten Suizids steht die Frage nach der Möglichkeit des freien Willens zur Selbsttötung. Einigkeit besteht darüber, dass eine schwerwiegende psychische Erkrankung, z. B. eine Depression, eine Einengung des freien Willens mit sich bringt. Häufig und kontrovers wird jedoch diskutiert, ob es einen freien Willen zum Suizid bei Vorliegen einer schweren körperlichen Erkrankung geben kann.

Der Psychologe und Psychiater Hermann Pohlmeier erinnert daran, dass der Suizid noch vor dem 2. Weltkrieg nicht als medizinisches Problem und die Verhütung und Behandlung nicht als ärztliche Aufgabe verstanden wurden. Erst nach dem Ende des 2. Weltkriegs wurde der Suizid, nicht zuletzt durch die Krankheitstheorie des Suizidforschers Erwin Ringel, vom Sozialfall zum Krankheitsfall.<sup>12</sup> „Daß Lebensmüdigkeit vielleicht auch etwas anderes ausdrücken könnte als Krankheit, kam unter dem Druck des genannten Paradigmas nicht in den Blick und entsprechende Fragen wurden nicht gestellt.“<sup>13</sup> So urteilt der Psychiater Hans Lauter im Jahr 1998: „So wie das Handeln des Arztes in anderen medizinischen Fachdisziplinen auf die Bekämpfung lebensfeindlicher und lebenszerstörender Tendenzen im Bereich des Organismus und seiner biologischen Umwelt gerichtet ist, so arbeitet alles Handeln des Psychiaters den lebensfeindlichen – und zerstörenden Tendenzen innerhalb der menschlichen Seele und ihrem Umkreis entgegen. Daher ist der Suizid sein größter Feind und dessen Erfolg seine größte Niederlage.“<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Schmidtke / Sell / Löhr (2008), S. 6; Kutzer (2005), S. 185.

<sup>11</sup> Wedler / Möller (1991), S. 7; Schmidtke / Sell / Löhr (2008), S. 11.

<sup>12</sup> Pohlmeier (1996), S. 4.

<sup>13</sup> Pohlmeier (1996), S. 4f.

<sup>14</sup> Lauter (1998), S. 43.

Pohlmeier gibt aber zu bedenken, ob die vermeintliche Behandlungspflicht nicht auch Anmaßung sein könne: „Nun bedarf die Formulierung der Frage ihrer Begründung. Diese Formulierung ist veranlasst durch den Zweifel an der Krankheitstheorie des Suizids. Daraus ergibt sich aber nicht unbedingt die Gesundheitstheorie, dass die gesunde Suizidhandlung eine freie Handlung ist und der gesunde Suizid ein Freitod. Es geht nicht um die Zuschreibung der Fähigkeit zur Freiverantwortlichkeit an Kranke und Gesunde, sondern es geht um die Bedingung der Möglichkeit freier Entscheidung für den Menschen überhaupt und dann für den besonderen Fall der Suizidhandlung.“<sup>15</sup> Wird der *Seelenzustand der Verzweiflung* als Grundlage der suizidalen Handlung erachtet<sup>16</sup>, so wird – wie Pohlmeier schreibt – die Schuldunfähigkeit und Geschäftsunfähigkeit nicht assistiert, aber dem Lebensmüden der Respekt vor seiner Willensentscheidung verweigert. Es wird dann von „pathologischen Freiheitsvorstellungen“ oder einem „pathologischen Sterbewunsch“ ausgegangen.<sup>17</sup>

Aber auch Ringel gibt in seinen späteren Lebensjahren zu bedenken, „dass es trotz all unserer verbesserten therapeutischen Möglichkeiten Menschen gibt, denen wir mit unseren Bemühungen eine positive Beziehung zum Leben nicht zu vermitteln vermögen [...] Dort, meiner Meinung nach, erlischt das Recht der Selbstmordverhütung, sie hat nicht den Zweck, mit Gewalt einen Menschen am Leben zu erhalten, zur verzweifelt, egoistischen ‚Genugtuung‘ des ‚Retters‘.“<sup>18</sup>

Im Rahmen dieser Arbeit kann das Problem nicht gebührend erörtert werden. Hilfreich ist die Darstellung von Matthias Bormuth, die herangezogen werden soll. Bormuth zeigt das grundlegend unterschiedliche Verständnis von Freiheit im Zusammenhang mit dem Suizid auf, das die Experten bei der Beurteilung des Freitods trennt. Er grenzt Vertreter einer hermetischen und einer kritischen Freiheit im Suizid voneinander ab. Vereinfacht zusammengefasst, lässt sich sagen, dass das Postulat einer hermetischen Freiheit des Suizids darauf verzichtet, „die Lebenswelt in all ihren Dimensionen ins Kalkül zu ziehen“ und von einer „abstrakten Größe des Willens“ ausgeht.<sup>19</sup> Verzweiflung stellt ein nachvollziehbares Phänomen dar, das die psychische Freiheit des Suizidenten nicht

---

<sup>15</sup> Pohlmeier (1996), S. 5.

<sup>16</sup> Vgl. dazu Pohlmeier (1996), S. 8.

<sup>17</sup> Pohlmeier (1996), S. 8.

<sup>18</sup> Ringel (1986), zitiert nach Wedler (2007), S. 2.

<sup>19</sup> Bormuth (2008), S. 287.

einschränkt.<sup>20</sup> Das Konzept der kritischen Freiheit hingegen „bedeutet [...], den suizidalen Willen im Horizont der gesamten Biographie zu untersuchen und die klinische Dimension zuzulassen.“<sup>21</sup> Dass es zwischen den „Lagern“ heftige Auseinandersetzungen gab und gibt, belegt Bormuths Feststellung: „Ihre polemische Diskussion resultiert aus den gegensätzlichen Auffassungen, ob gemäß der hermetischen Freiheit der Suizidwunsch bis auf wenige Ausnahmen zu respektieren sei oder ob aus Sicht der kritischen Freiheit bis auf wenige Ausnahmen die ärztliche Suizidverhütung nötig sei.“<sup>22</sup>

Der Streit ist noch nicht beigelegt, aber die Möglichkeit eines sog. freiverantwortlichen Suizids wird nicht mehr von vornherein abgelehnt und nicht jeder Suizid als pathologisch bewertet. In Ausnahmefällen, z. B. im finalen Stadium einer schweren Erkrankung, kann es nach überwiegender Meinung einen freien und ernsten Willen geben, dem Leben ein Ende zu setzen und die Umstände dafür selbst zu bestimmen. Auch in diesem Fall müssen präventiv alle Möglichkeiten psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungen, palliativmedizinischer Maßnahmen zur Leidensminderung und andere Alternativen zur Verbesserung der Lebensqualität ausgeschöpft werden. Wenn der Wunsch zur Lebensbeendigung also im vollen Besitz der geistigen Kräfte, über längere Dauer konstant und trotz aller Maßnahmen unabänderlich bleibt, ist wohl von einem freiverantwortlichen und ernsten Willen auszugehen. Klaus Rippe unterstreicht die Bedeutung einer autonomen Entscheidungsfindung und folgert: „In Bezug auf Suizidwünsche somatisch kranker Menschen hiesse dies, dass dann ein wohlerwogenes Urteil unter anderem verlangte, dass die sterbewillige Person

1. ihre Diagnose und ihre Lebenssituation angemessen versteht und beurteilt
2. ihre wichtigsten zukünftigen Möglichkeiten (inklusive weiterer therapeutischer und palliativer Optionen) kennt und zu einem angemessenen Urteil über deren Eintrittswahrscheinlichkeit gelangt ist
3. die Optionen vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen und persönlichen Wertüberzeugungen geprüft hat“.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> „Entsprechend würdigt Pohlmeier den Suizid als menschlich verständlichen ‚Problemlösungsversuch‘ und als freie Reaktion auf ‚unerträgliche Lebensumstände‘.“ Bormuth (2008), S. 284f.

<sup>21</sup> Bormuth (2008), S. 291.

<sup>22</sup> Bormuth (2008), S. 289.

<sup>23</sup> Rippe (2006), S. 190 und 192.

Klaus Kutzer, ehemaliger Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof, zitiert nach Schätzung einschlägiger Fachliteratur den Anteil freiverantwortlicher Suizide mit etwa 5%.<sup>24</sup> Die philosophische Frage, ob ein solcher Wille prinzipiell überhaupt frei sein kann, oder ob nicht schon die ihn formenden und antreibenden Parameter unfrei machen, da die Idee ja nicht aus sich heraus entsteht, ist im Rahmen dieser medizinethischen Betrachtungen nicht zu beantworten. Eine solche Sicht muss die Freiheit des menschlichen Willens prinzipiell in Frage stellen. Lässt man die Annahme eines freien Willens zum Suizid in bestimmten Fällen gelten, bleibt dennoch die Frage offen, ob deren Umsetzung ethisch zu rechtfertigen ist und ob eine dritte Person um Hilfe gebeten werden darf.

Für die Diskussion um die Zulässigkeit von Suizidassistenz ist darüber hinaus von Bedeutung, welche Relevanz Sonderfälle für den klinischen Alltag haben. Selbst wenn die geschilderten Ausnahmen einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Suizidabsichten ausmachen, so muss dieser Minderheitengruppe zumindest ein besonderer Leidensdruck zugestanden werden. Um sich diese Dringlichkeit vor Augen zu führen, müssen die Gründe und ihre Entstehungsmechanismen für einen solchen Suizidwunsch im Rahmen einer unheilbaren Erkrankung näher beleuchtet werden.

## **2.3 Betrachtungen zum Suizidwunsch**

### ***2.3.1 Untersuchungen zum Suizidwunsch im klinischen Alltag***

Karl-Heinz Wehkamp hat in Deutschland in den 1990er Jahren eine erste umfangreiche Befragung unter Ärzten zum Thema *Euthanasie und Hilfe beim Suizid* vorgenommen und 1996 die Auswertung seiner repräsentativen empirischen Umfrage vorgestellt: Von 377 Klinikärzten sind 184 in die Auswertung einbezogen worden, von 300 niedergelassenen Ärzten in der Allgemeinmedizin wurden die Antworten von 282 Teilnehmenden ausgewertet. Das entspricht einer Teilnahmequote von 51% bei den Klinikärzten und 94% bei den Allgemeinärzten. Aus der großen Teilnahmebereitschaft schließt Wehkamp auf den hohen Gesprächsbedarf und die Brisanz des Themas im klinischen Alltag.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Vgl. Kutzer (2005), S. 186.

<sup>25</sup> Wehkamp (1998).

11% aller befragten Klinikärzte und 15% aller Allgemeinmediziner wurden danach bereits einmal um Hilfe beim Suizid gebeten. Dies betraf 16% der Internisten und 19% der internistischen Onkologen, 12,5% der Kliniker in den alten Bundesländern (mit Westberlin) und 5% der Kliniker in den neuen Bundesländern (mit Ostberlin). Die Patientenbitte haben 81% der betroffenen Klinikärzte und 72% der betroffenen niedergelassenen Ärzte abgelehnt. Für die Gesamtsituation in der Klinik sowie der Allgemeinpraxis geben 19% der betroffenen Ärzte an, der Ernstfall sei nicht eingetreten. Keiner der Krankenhausärzte berichtet von einem ärztlich assistierten Suizid, drei der niedergelassenen Allgemeinärzte geben an, Patienten beim Suizid geholfen zu haben.<sup>26</sup> Vor allem der hohe Anteil von einem Fünftel der Onkologen, die Suizidanfragen angeben, lässt auf eine große Brisanz im Feld der Tumorerkrankungen schließen. Vermutlich trägt dazu bei, dass im onkologischen Bereich häufiger als in anderen Disziplinen die Diagnose unheilbarer Erkrankung mit infauster Prognose mitgeteilt werden muss.

Von 44 Ärzten werden Gründe für die Ablehnung der Hilfe genannt: sieben Ärzte kamen der Bitte aufgrund ihres ärztlichen Ethos oder ihres christlichen Glaubens wegen nicht nach, vier Ärzte befürchteten rechtliche Folgen, zwei lehnten aktive Sterbehilfe generell ab (wobei anzumerken ist, dass hier keine Differenzierung zwischen ärztlich assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe stattfindet). Acht Ärzte konnten keine hinreichenden Gründe für einen Suizid nachvollziehen, sechs deuteten das Hilfesuch als Wunsch nach mehr Zuwendung, 17 Ärzte gaben sonstige Gründe für die Verweigerung an.<sup>27</sup>

Zu dieser Umfrage sind zwei wesentliche Kritikpunkte anzumerken: Die Fragen wurden sowohl in telefonischen Interviews als auch mit Fragebögen gestellt. Die Anpassung an eine soziale Erwartungshaltung dürfte im Telefonat größer sein, da im persönlichen Gespräch weniger Anonymität vorherrscht als beim schriftlichen Ausfüllen eines Bogens. Vor allem aber wurde nicht immer klar zwischen aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid unterschieden, was in der gesamten Debatte ein häufig zu beobachtendes Phänomen darstellt.

---

<sup>26</sup> Wehkamp (1998), S. 64-67.

<sup>27</sup> Wehkamp (1998), S. 66f.

Eine wichtige klinische Analyse mit nicht zu vernachlässigenden Aspekten auf Seiten der Patienten hat der Psychiater Johann-Friedrich Spittler vorgenommen. Spittler hebt aufgrund eigener Erfahrungen mit Menschen, die die Möglichkeit eines assistierten Suizids in der Schweiz genutzt haben, die Kluft zwischen dem sog. „Appellsuizid“ und dem „Bilanzsuizid“ auf und betont deren komplementäres Verhältnis. Einerseits nehmen diese Menschen durchaus bewusst eine Bilanzierung ihres Lebens, ihres Zustands und ihrer zukünftigen Lebensaussichten vor. Andererseits geraten sie dabei in die präsuizidale Phase der Isolation und quälen sich mit enormen Ambivalenzen.<sup>28</sup> Nach Spittler führen schließlich unabwendbare Entwicklungen zum Wunsch nach einem assistierten Suizid:

1. Ungünstige Perspektive bei klarer Kritikfähigkeit
2. Auffangen durch soziale und administrative Ressourcen scheitert
3. Dissonanz zwischen intellektueller Souveränität und essenziell erlebtem Verlust eigener Autonomie und Würde; narzisstische Kränkungen als tatsächliche Verletzungen der eigenen Würde (Bewertungsschere)
4. Unrealisierbarkeit eines späteren Suizidwunsches! (kritische Schwellensituation)<sup>29</sup>

Spittler weist daraufhin, dass die Schere für die Betroffenen immer weiter auseinander geht und dies ein treibendes Motiv darstellt: „Zwischen intellektueller Klarheit, ja Souveränität, und dem Erleben weiter abnehmender Realisierbarkeit angelegter Möglichkeiten und dem Verlust als essenziell erlebter Autonomie und Würde besteht eine Dissonanz.“<sup>30</sup>

### ***2.3.2 Wunsch im terminalen Erkrankungsstadium, das eigene Leben zu beenden***

Um die Dringlichkeit der Diskussion zu verdeutlichen, sollen im Folgenden die wichtigsten Gründe dargelegt werden, die im terminalen Stadium einer unheilbaren Erkrankung zu dem Wunsch führen können, das eigene Leben zu beenden. Diese Beispiele sollen die Brisanz verdeutlichen und den Gegenstand der Debatte veranschaulichen.

Der Journalist Bartholomäus Grill wurde für seine Reportage „Ich will nur fröhliche Musik“, die im Dezember 2005 in der Wochenzeitschrift „Die Zeit“ erschien, mit dem

---

<sup>28</sup> Spittler (2004), S. 294f.

<sup>29</sup> Spittler (2004), S. 295.

<sup>30</sup> Spittler (2004), S. 295.

Henri-Nannen-Preis ausgezeichnet. Darin erzählt er vom Weg seines krebskranken Bruders in den „Freitod“. Für die Umsetzung dieses Vorhabens begleitete Grill seinen Bruder Urban mit der gemeinsamen Schwester und einem Freund in die Schweiz. Der an einem Zungen- und Mundbodenkarzinom Erkrankte entschloss sich nach erfolgloser Operation, Chemo- und Strahlentherapie mit zahlreichen Nebenwirkungen für diesen Weg aufgrund des für ihn unerträglichen Leids – trotz liebevoller Fürsorge der Angehörigen und Freunde. Dies wird in der Reportage veranschaulicht: „Der Geschmackssinn ist stumpf, alle Speisen und Getränke schmecken gleich, nach verrosteten Nägeln, sagt Urban. Er ist abgemagert bis auf die Knochen, 45 Kilogramm wiegt er noch. Das Atmen fällt ihm zusehends schwerer, das Tracheostoma, die künstliche Luftröhrenöffnung im Hals, läuft immerzu mit Schleim voll, nachts häufen sich die Erstickungsanfälle. Die Sprache schwindet; sie verwandelt sich in ein röchelndes Hauchen. Und dieser rasende Schmerz, immer wilder, immer böser, es wird schwieriger, die Schmerzspitzen zu brechen. Das Geschwür foltert mich, sagt Urban, es wächst, es arbeitet, es frisst mich auf. Schau meinen Kopf an, meinen Totenschädel. Ich vegetiere nur noch. Wie ein Stück verwundetes Vieh. Er empfindet seinen Körper als Kerker. So will Urban nicht leben. So will er nicht sterben.“<sup>31</sup>

Aufschlussreich für die genauere Erfassung der Belastungen, die zum Wunsch nach einer Lebensbeendigung führen, sind Untersuchungen aus den Niederlanden. Dort sind assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe seit dem Euthanasie-Gesetz vom 01.04.2002 straffrei, wenn bestimmte Sorgfaltskriterien eingehalten werden.<sup>32</sup> Aus der langen Debatte um Formen der Sterbehilfe liegen umfangreiche Erfahrungen vor. Zur Datenerhebung wurden 1990 von der Rummelink-Kommission sowie 1995 von van der Wal und van der Maas Umfragen mit jeweils etwa 400 Ärzten anonym durchgeführt.<sup>33</sup> Im Jahr 2001 gab die niederländische Regierung wiederum eine Untersuchung in Auftrag.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> Grill (2005), S. 3.

<sup>32</sup> Dazu gehören u. a. freiwilliges und wiederholtes Verlangen des Patienten, unerträgliches aussichtsloses Leiden und neben der Einschätzung durch den betreuenden Arzt die Konsultation eines unabhängigen ärztlichen Kollegen. Vgl. Oduncu / Eisenmenger (2002), S. 327.

<sup>33</sup> Vgl. Oduncu / Eisenmenger (2002), S. 328.

<sup>34</sup> Oduncu / Eisenmenger (2003), Süddeutsche Zeitung, 17.7.2003; vgl. Oduncu (2006), S. 37.

Die als *Rommelink-Report*<sup>35</sup> veröffentlichten Daten und Graphiken eröffneten eine breite Debatte, und dienen in der Diskussion um Sterbehilfe der Untermauerung von Thesen der Befürworter wie der Kritiker. Um mit Beispielen die internationale Handhabung zu beleuchten, werden einige Ergebnisse des Reports später noch erläutert. An dieser Stelle soll nur ein Blick auf die Gründe für den Wunsch nach dem Tod geworfen werden.

In der Umfrage von 1990 stehen bei möglicher Mehrfachnennung „sinnloses Leiden“ mit 56%, „Angst vor bzw. Vermeidung von Entwürdigung“ mit 46% und „unerträgliches Leiden“ mit 42% an der Spitze der Motive für den Wunsch, dem Leben ein Ende zu setzen. Erst im Mittelfeld folgen „Schmerz“ mit 35%, dann „Angst vor bzw. Vermeidung von Leiden“ mit 26% und der „Wunsch, nicht länger eine Last zu sein“ mit 22%. Den Schluss der Gründe bilden „Lebensüberdruß“ mit 14%, „Angst vor Ersticken“ mit 13%, „Angst vor bzw. Vermeidung von Schmerzen“ mit 9%.<sup>36</sup>

1995 sieht die Liste kaum anders aus: Mit noch mehr Stimmen befindet sich „aussichtsloses und unerträgliches Leiden“ mit 74% deutlich an der Spitze, dann folgen mit 56% „Vermeidung von Entwürdigung“, mit 47% „Vermeidung stärkeren und weiteren Leidens“ und mit 44% „sinnloses Leiden“. Erstaunlicherweise geben auch jetzt nur 32% der Betroffenen „Schmerz“ als Grund an. Den Schluss bilden mit jeweils 18% die Motive „Lebensmüdigkeit“ und „Vermeidung von Ersticken“, mit 13% der „Wunsch, der Familie nicht zur Last zu fallen“ und mit lediglich 10% die „Vermeidung von Schmerz“.<sup>37</sup>

Es fällt auf, wie vielfältig die Ängste und Konflikte Sterbenswilliger sind, wie individuell Lösungen und wie vielschichtig Alternativen für die betroffene Patientengruppe sein müssen. Die unterschiedlichen Gründe kreisen hauptsächlich um die Kernaspekte Würde, Leid und Schmerz. Das Leid selbst besteht aus vielen verschiedenen Facetten, z. B. dem Verlust der Lebensqualität oder der Lebensfreude.

---

<sup>35</sup> Rommelink-Report “Medical Decisions About the End of Life” (im Original holländisch, 1991). Der Name bezieht sich auf Jan Rommelink, der von 1968-1989 Attorney General (Oberster Rechtsberater) des Obersten Gerichtshofs der Niederlande (Hoge Raad der Nederlanden) war. Er leitete das holländische Dutch Government Committee on Euthanasia, das 1991 die erste Studie zur Untersuchung der Euthanasiepraxis in Auftrag gab. Publiziert auch unter Commission on the Study of Medical Practice concerning Euthanasia. Medical decisions concerning the end of life. The Hague, Staatsuitgeverij, 1991 (holländisch), vgl. Van der Maas u. a. (1991).

<sup>36</sup> Vgl. Gordijn (1997 a), S. 73.

<sup>37</sup> Oduncu / Eisenmenger (2002), S. 328 sowie Gordijn (1997 b), S. 23.

Kritiker führen als eines der Hauptargumente gegen den ärztlich assistierten Suizid an, der Hinweis auf „stärksten Schmerz“ als Ursache für den Todeswunsch sei unangemessen, da dieses Symptom behandelbar sei. Schmerzfreiheit wird in der Diskussion häufig versprochen, von vielen aber wird bezweifelt, dass dieses Ziel grundsätzlich erreicht werden kann.<sup>38</sup> Auch wenn der Streit um die Schmerzbekämpfung an dieser Stelle nicht zu klären ist, muss ein anderer wichtiger Aspekt festgehalten werden: Schmerz wird zwar meist als primäres Kriterium mit terminaler Erkrankung und Leid assoziiert, dennoch wird von vielen Betroffenen der Schmerz nicht als Hauptursache des unerträglichen Leids empfunden.<sup>39</sup> Wie auch die Ergebnisse des *Remmelink-Reports* zeigen, gibt es zahlreiche andere Beweggründe, die im individuellen Fall ein Weiterleben unvorstellbar machen können und nicht physischen Ursprungs sind. Dieser Aspekt soll anhand weiterer Beispiele untersucht werden.

Im November 2006 stellte das Magazin „Stern“ in seiner Titelgeschichte „In Würde Sterben“ zwölf schwerkranke Menschen (unter geändertem Namen) vor, die ihre Geschichte erzählen und begründen, warum sie sich einen assistierten Suizid wünschen, sich jedoch aufgrund der in Deutschland vorherrschenden Verhältnisse gezwungen sehen, zum Sterben in die Schweiz zu fahren.<sup>40</sup> Die unterschiedlichen Schicksale lassen verschiedene Motive zum Suizid erkennen und anhand der einzelnen Fallbeispiele und Geschichten von Patienten, die unheilbar erkrankt sind, wird die ganze Tragweite deutlich.

### **2.3.2.1 Physische Beweggründe: Schmerzen, Entstellung, körperliches Leiden**

Die Vorstellung von unerträglichem Leid ist unmittelbar verknüpft mit dem Gedanken an nicht therapierbaren Schmerz. Die 79jährige Krankenschwester Hildegard Reyer beschreibt solche unstillbaren Schmerzen, und sie begründet, warum sie sich einen assistierten Suizid wünscht: „Ich bin sehr krank, ich habe keine medizinische Hilfe mehr zu erwarten. Ich nehme schon täglich die höchste Dosis an Morphium, meine Schmerzen sind dennoch unerträglich, mein Entschluss steht fest. Ich habe eine

---

<sup>38</sup> Vgl. beispielsweise Schöne-Seifert, die sich auf die Angaben von Fachleuten bezieht, wonach die Schmerztherapie bei 5-15% terminal kranker Patienten versagt; Schöne-Seifert (2000), S. 106; ebenso Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 104. Typisch für die Kontroverse um die Zahlen sind der Aufsatz von Sohn (2002) und die Leserbriefe zu seinem Beitrag von Klaschik (2003), S. 66-67, Müller-Busch (2003), S. 70-72 sowie Radbruch (2003), S. 69-73.

<sup>39</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 106.

<sup>40</sup> Link / Oertzen (2006).

Spinalkanalstenose – bei mir wachsen Knochenzacken in den Wirbelkanal und verengen die Wirbelsäule. Meine Füße sind taub, und diese Bewegungsunfähigkeit zieht den ganzen Körper hoch. [...] Was mir schwerfällt ist der Abschied vom Leben in Raten. [...] Die Krankheit hat sich wie eine Glocke über mein Leben gestülpt.“<sup>41</sup>

Auch der 62jährige Jürgen Hausschild leidet an schwersten unstillbaren Scherzen im terminalen Stadium eines Knochenmarkkrebses. In seinem Leid und seiner Wut auf die bestehenden Verhältnisse zieht Hausschild eine ungewöhnliche Parallele: „Als ich geboren wurde, kamen die Nazis zu meiner alleinerziehenden Mutter, um darüber zu befinden, ob ich leben soll, ob ich Lebensmittelkarten bekommen soll. [...] Jetzt an meinem Lebensende, kommen wieder andere Leute, die entscheiden wollen, wie lange ich leiden soll.“<sup>42</sup> Auch wenn diese Assoziation äußerst problematisch ist, so zeigt sie doch die Dringlichkeit des Problems für den Erkrankten und die Bedeutung seines Leids.

### ***2.3.2.2 Verfall der Persönlichkeit, Entfremdung vom eigenen Ich***

Ein weiterer Grund, der zwar auf physische Ursachen zurückzuführen ist, jedoch psychisch ein größeres Problem darstellt, ist die Entfremdung vom eigenen Ich, von dem, was die eigene Persönlichkeit ausmacht. Die 43jährige Anke Holiet leidet an einem unheilbaren Hirntumor im späten Stadium und beschreibt, wie sie ihren Verfall beobachtet. Sie schildert den schweren Kampf gegen den Krebs bis zu dem Punkt, an dem sie entscheidet, den weiteren Verlauf nicht länger ertragen zu können. Trotz ihres katholischen Glaubens will sie sich in der Schweiz beim Suizid assistieren lassen. Eindrücklich erscheinen ihre Beweggründe bei der Selbstbeobachtung des eigenen geistigen Abbaus: „Ich verliere langsam meinen Verstand, das ist das Schlimmste, was mir passieren kann [...] ich bin bald nicht mehr ich. Ich beobachte mich selbst, als wäre ich eine andere Person. Würde ich diesen Schritt jetzt nicht gehen, macht bald etwas anderes etwas mit meinem Körper, und ich mache Dinge, die ich nicht verstehe. Das schockiert mich und macht mir Angst. Ich will nicht ohne Verstand sein. Ich will nicht nur optisch Mensch sein. Ich kann nicht in dieses Dunkel hinein, es geht einfach nicht, alles sträubt sich bei mir bei der Vorstellung, irgendwann dämmernd dazuliegen, nicht

---

<sup>41</sup> Link / Oertzen (2006), S. 40.

<sup>42</sup> Link / Oertzen (2006), S. 35.

mehr die zu sein, die ich bin.“<sup>43</sup> Diese Problematik ist medizinisch unaufhaltsam und ein Beispiel dafür, dass nicht jedes Leid objektiv zu stillen ist.

### ***2.3.2.3 Verlust der Lebensqualität***

Zu den wichtigsten Gründen für Todessehnsucht zählt der Verlust der Lebensqualität. Diese kann nur individuell bestimmt werden und hat eine Fülle von Definitionen hervorgerufen. Für Menschen, für die ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben einen hohen Wert darstellt, kann ein Dasein mit Einschränkungen der Freiheit und in Abhängigkeit von Anderen einen großen Verlust bedeuten. Lebensqualität ist nicht monokausal zu definieren, sie kann durch Parameter wie z. B. das soziale Umfeld, Familie und Freunde, durch Freizeitaktivitäten und die Verwirklichung im Beruf bestimmt werden, aber auch durch einfache Genüsse des Lebens, z. B. gute Bücher, Musik, genussvolle Mahlzeiten und schöne Erlebnisse. Viele dieser Dinge können durch Krankheit nicht mehr erlebt werden und auch durch die beste Fürsorge und palliativmedizinische Pflege nicht ersetzt werden.

Werner Volz hat Krebs im Endstadium mit multiplen Metastasen im ganzen Körper. Auf die Frage der Stern-Reporter, ob er aus sozialem Druck handle, um seine Familie zu entlasten, antwortet der 72jährige: „Nein. Der Grund, warum ich das mache, ist, dass das Leben, das ich noch habe, nicht lebenswert in meinem Sinne ist. Auch wenn draußen, wie heute, die Sonne scheint, auch wenn ich hier gut versorgt bin. Das reicht nicht.“<sup>44</sup>

### ***2.3.2.4 Abhängigkeit von Dritten und Verlust von Freiheit und Würde***

Von enormer Bedeutung ist für die meisten Menschen die Unabhängigkeit von Anderen, die Freiheit, sich selbst und den eigenen Willen zu verwirklichen. Diese Autonomie ist ein wesentlicher Bestandteil der Würde des Menschen.

Die 57jährige, an Brustkrebs erkrankte Hilke Addo erklärt ihre Beweggründe aus ihrer Persönlichkeitsstruktur: „Ich bin ein extrem freiheitsliebender Mensch, bin 15 Jahre als Globetrotter durch die Welt gereist. Zu dieser Freiheit gehört für mich auch, das Ende selbst bestimmen zu können. Das Gefühl mein Leben nicht mehr eigenverantwortlich gestalten zu können, von Geräten abhängig zu sein, Behandlungen zu bekommen, gegen

---

<sup>43</sup> Link / Oertzen (2006), S. 28.

<sup>44</sup> Link / Oertzen (2006), S. 32.

die ich mich nicht wehren kann, zu leiden, all das macht mir Angst. Den Tod an sich fürchte ich nicht [...] Die Möglichkeit der Erlösung im Hinterkopf zu haben, wenn das Leben nach eigener Vorstellung nicht mehr lebenswert ist, gibt mir große Zuversicht, die mich frei macht. So wie es schon Camus sagte: ‚Der Tod ist meine letzte Freiheit‘.<sup>45</sup>

Für viele Menschen ist die Freiheit, den eigenen Tod bestimmen zu dürfen, im Angesicht einer tödlichen Erkrankung von besonderer Bedeutung. Im Verlust der Unabhängigkeit von anderen Menschen liegt für manchen Betroffenen gleichzeitig auch der Verlust der eigenen Würde. In einer solchen Situation kann die letzte Freiheit im selbstbestimmten Abschied ihren Ausdruck finden.

### **2.3.2.5 Wunsch nach selbstbestimmtem Abschied und würdevollem Tod**

Ein häufiges Kriterium für die Entscheidung zum Suizid ist der Wunsch, den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen und die Umstände des Sterbens selbst zu gestalten. Dieser Wille beinhaltet eine klare Entscheidung für einen würdevollen Tod bei noch erhaltenem, vollem Bewusstsein. Hildegard Gottlob hat alles für den Zeitpunkt des Todes geregelt: „Ich weiß genau, was auf mich zukommt, wie das Sterben vor sich gehen soll, wo es passiert, um was man sich kümmern muss – bis ins allerletzte Detail. Das mag für viele erschreckend sein, doch wenn man das nicht tut, ist die Entscheidung auch nicht ernst gemeint. [...] Wenn man aus ärztlicher Sicht noch lebt – und es eigentlich doch gar nicht mehr tut? Da will ich eingreifen können, selbst über mich bestimmen.“<sup>46</sup> Selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, scheint für manche Menschen im tödlichen Krankheitsstadium eine letzte Freiheit zu bieten.

Die dargestellten Gründe veranschaulichen den Leidensdruck und machen den Todesswunsch in Ansätzen nachvollziehbar. Doch bevor sich nun die Frage stellt, ob sich aus dieser Nachvollziehbarkeit auch gleichzeitig die *ethische Rechtfertigung* für einen freiverantwortlichen Suizid ableiten lässt oder sogar ein *Anspruch auf Hilfe* bei der Umsetzung erwachsen kann, muss zunächst betrachtet werden, welche Hilfestellung die *Palliativmedizin* geben kann und welche Rolle sie in der Diskussion spielt.

---

<sup>45</sup> Link / Oertzen (2006), S. 34.

<sup>46</sup> Link (2006), S. 35.

## 2.4 Bedeutung und Grenzen der Palliativmedizin

Anhand der aufgezeigten Beweggründe für das Entstehen eines Suizidwunsches wird deutlich, dass diese nur zu einem gewissen Teil von außen beeinflussbar sind. Optionen zur Verbesserung der Lebensqualität müssen zweifelsohne in vollem Rahmen ausgeschöpft werden. Hierzu gehören u. a. ausreichende palliativmedizinische Therapiemaßnahmen, adäquate Schmerztherapie, eine gute pflegerische Versorgung, ein liebevoller Umgang mit Sterbenskranken und psychotherapeutische sowie seelsorgerische Betreuung.

Die Palliativmedizin wird in der Debatte um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, aber auch im Diskurs um Suizidassistentz meist als Alternativoption gegenübergestellt: Entweder der Ausbau der Palliativmedizin wird gefördert oder aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid werden zulässig. Aus dieser Grundannahme folgt gleichzeitig die These, dass eine Legalisierung von Sterbehilfe auch eine Schwächung der Palliativmedizin zur Folge hätte.

Die berechtigte Forderung nach einer Stärkung der Palliativmedizin sollte jedoch nicht als „entweder“ - „oder“ in diese Diskussionen einfließen. Palliativmedizin und palliative Pflege dürfen weder in Frage gestellt noch als Alternative zum ärztlich assistierten Suizid verstanden werden. Für den sterbenden Menschen gelten grundsätzlich Cicely Saunders Worte: „Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig. Und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“<sup>47</sup> In gleicher Weise haben die Teilnehmer des Deutschen Ärztetages in Köln 2003 betont: „Auch unheilbar Kranke können ihr Leben bis zuletzt als lebenswert empfinden, wenn sie professionell betreut werden, Zuwendung erfahren und nicht alleine gelassen werden.“<sup>48</sup> Im Kern bedeutet das, die Vielfalt palliativmedizinischer Maßnahmen zu nutzen, die neben der Linderung körperlichen Leidens auch die seelische Begleitung beinhalten, um „denen, die nicht mehr länger leben können, zu

---

<sup>47</sup> [www.zitate-online.de/autor/saunders-cicely/](http://www.zitate-online.de/autor/saunders-cicely/); Die Gründung eines Hospizes wurde in England durch David Tasma angestoßen, der unheilbar an Krebs erkrankt war. Cicely Saunders arbeitete in dem Londoner Krankenhaus als Krankenschwester, in dem Tasma seine letzten Lebenswochen verbrachte. Gemeinsam entwickelten sie die Vorstellung von einem Ort, der nicht nur der medizinischen Betreuung dienen, sondern auch die seelischen Bedürfnisse eines Sterbenden berücksichtigen sollte. Als David Tasma 1948 starb, hinterließ er Cicely Saunders sein Geld für ihr gemeinsames Anliegen. Sie gründete 1967 das St. Christopher's Hospiz in London mit einem Fenster zum Gedenken an Tasma. Vgl. Pichlmaier (1998), S. 2 sowie Siefert (2007).

<sup>48</sup> Vgl. Hoppe (2003), S. A – 667 sowie Hoppe (2004).

helfen, zur rechten Zeit zu sterben, nicht zu früh und nicht zu spät; denen, die jetzt sterben müssen und die im Sterben liegen, zu helfen, mit Würde und in Frieden zu sterben [...]“<sup>49</sup>. Palliativmedizin muss folglich unabhängig von anderen Entwicklungen in jedem Falle gestärkt und ausgebaut werden. Ebenso wie die Hospizarbeit leistet sie für die Patienten in der letzten Lebensphase einen grundlegenden Dienst und ist anderweitig nicht zu ersetzen.

Zugestehen muss man jedoch, dass die Palliativmedizin in seltenen Fällen auch an ihre Grenzen stoßen kann.<sup>50</sup> Wie bereits gezeigt, gibt es sehr verschiedene Gründe, sich den Tod zu wünschen. Es gibt vereinzelte Fälle, in denen Schmerzen nicht ausreichend zu therapieren sind. Darüber hinaus gibt es schlecht beeinflussbare Leiden, wie z. B. den Verlust der Qualität des früheren Lebens oder die Selbstentfremdung, das Gefühl, sich in der neuen Rolle des Sterbenden nicht mehr ertragen zu können. Auch die beste Palliativmedizin kann nicht in jedem Fall eine Befreiung von individuell unerträglichem Leid im terminalen Stadium einer unheilbaren Erkrankung garantieren.

## 2.5 Selbstbestimmungsrecht und Autonomie

Seit einer Neufassung der „Grundsätze zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer“ im Jahr 1998 steht der Patientenwille im Mittelpunkt aller medizinischen Handlungen. Mit dem ausdrücklichen Wunsch des Patienten ist passive Sterbehilfe im Sinne von Therapiebegrenzung nicht nur zulässig, sondern sogar geboten.<sup>51</sup> Dies gilt jedoch nicht für den Bereich der aktiven Sterbehilfe.

Die Diskrepanz zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Sterbenden und dem *Recht* auf Leben, das durch das Verbot aktiver Sterbehilfe auch zu einer *Pflicht zum Leben* werden kann, zeigt der Film „Das Meer in mir“<sup>52</sup> in eindrucksvollen Bildern. Der Film

---

<sup>49</sup> Roy (1997), S. 24; vgl. auch die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Palliativmedizin ist die aktive Gesamtbehandlung von Kranken, deren Leiden auf kurative Behandlung nicht anspricht. Kontrolle von Schmerzen, sowie von psychischen, sozialen und spiritualen Problemen ist von entscheidender Bedeutung. Das Ziel der palliativen Behandlung ist es, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Familien zu erreichen“, zitiert nach Pichlmaier (1998), S. 1.

<sup>50</sup> Weitere implizite ethische Probleme der Palliativmedizin, die im Widerspruch zu ihren Zielen stehen, z. B. die Gefahr eines palliativen Aktionismus oder einer neuen Form einer „Überwachung des Sterbens“, können nicht Thema dieser Arbeit sein; vgl. dazu Clark (2002).

<sup>51</sup> Wolfslast (1998), S. 44.

<sup>52</sup> Das Meer in mir (2004).

beruht auf tatsächlichen Begebenheiten und schildert die Geschichte des Spaniers Ramon Sampedro. Der durch hohen Querschnitt gelähmte Mann empfindet trotz Schmerzfreiheit und liebevoller Fürsorge seiner Familie sein Leben als unwert. 30 Jahre lang kämpft er für die Legalisierung aktiver Sterbehilfe und verliert 1993 den Prozess. Der Film betont Aspekte, die in der hier zu analysierenden Diskussion besonders wichtig sind: Die Gründe für den Todeswunsch können aus einem Verlust der Selbstbestimmtheit über das eigene Leben entstehen. Jedoch nimmt der Tetraplegiker Sampedro die Gründe nur *für sich selbst* in Anspruch, er lehnt jegliche Verallgemeinerung für andere Betroffene ab.

Es geht also niemals darum, dem Leben eines anderen Menschen aufgrund körperlicher Einschränkung oder aus anderen Gründen die Qualität abzusprechen, sondern zu berücksichtigen, dass Leidensdruck nur individuell zu beschreiben ist und einem Dritten manchmal schwer nachvollziehbar bleibt.

Einige Fragen, die der Film stellt, bleiben offen und werden in der vorliegenden Arbeit noch ausführlich zu untersuchen sein: Darf das Recht auf Leben zu einer Pflicht zum Leben werden? Wie weit dürfen die Autonomie und das Recht auf Selbstbestimmung gehen, und stoßen sie mit dem Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens an ihre Grenzen? Dürfen für einen derartigen Wunsch Dritte einbezogen werden?

### **3 Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in Deutschland. Begriffserläuterungen und gesetzliche Grundlagen**

Bildlich gesprochen, stellen die semantischen Unschärfen die erste Untiefe im Meer der gedanklichen, sprachlichen und rechtlichen Grauzonen dar. Wehkamp meint: „Der z. T. hoch aufgeheizte Streit um die Sterbehilfe in Deutschland scheint zu einem erheblichen Teil nur ein Streit um Worte und insofern moralistisch zu sein. In der Sache sind die Unterschiede oft gar nicht so groß.“<sup>53</sup>

Auch die aktuelle Rechtslage in Deutschland zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe ist vor dem Hintergrund dieser Diskussion zu betrachten; denn die sprachlichen Ungenauigkeiten spiegeln sich im rechtlichen Bereich wider. Die durch Begriffsdefinitionen und Paragraphen artifiziell gesetzten Grenzen verschwimmen bei näherer Betrachtung, die gesetzlichen Regelungen sind lückenhaft und lassen viele Fragen offen. Dabei scheint die Emotionalität, welche die bestehende Diskussion beherrscht, zur Verstärkung dieser Problematik beizutragen. In der Bevölkerung, besonders bei Patienten, aber auch bei Ärzten herrscht eine große Verunsicherung in schwierigen Entscheidungssituationen am Lebensende. So kommt Wehkamps Umfrage unter Ärzten u. a. zu folgendem Ergebnis: „Deutlich zeigte sich der Wunsch, mit den z. T. als sehr problematisch empfundenen Entscheidungssituationen angesichts schwer leidender, sterbenskranker Patienten im offenen Gespräch umgehen zu können. Hier bestehen offenbar innerhalb des Medizinsystems und auch in unserer Gesellschaft insgesamt erhebliche Defizite.“<sup>54</sup> Zugleich plädieren immer mehr Bürger für die Zulassung der aktiven Sterbehilfe oder des ärztlich assistierten Suizids.<sup>55</sup>

Im Folgenden sollen neben der Klärung der sprachlichen und rechtlichen Situation vor allem die Konsequenzen der Problematik und ihr Einfluss auf die Position der Argumentierenden deutlich werden.

---

<sup>53</sup> Wehkamp (1997), S. 68.

<sup>54</sup> Wehkamp (1997), S. 68.

<sup>55</sup> Koch (2000), S. 292; Klinkhammer (2006), S. A – 3219.

### 3.1 Bisher gebräuchliche Kategorisierung und Sterbehilfe-Terminologie

Zunächst werden die bisher verwendeten Begrifflichkeiten und die aktuell nach wie vor gebräuchliche Kategorisierung verschiedener Formen der Sterbehilfe erläutert. Hierzu sollen auch die jeweiligen gesetzlichen Hintergründe knapp umrissen werden. Anschließend werden terminologische Alternativvorschläge betrachtet, die zwar noch keine Ablösung des herkömmlichen Sprachgebrauchs erreicht haben, deren Potenzial, die Diskussion voranzubringen, jedoch beachtet werden sollte. Besonderes Augenmerk liegt auf der Einordnung des ärztlich assistierten Suizids und auf seiner besonderen Stellung bezüglich der straf- und standesrechtlichen Situation.

#### 3.1.1 *Passive Sterbehilfe*

Der Terminus „passive Sterbehilfe“ umfasst den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen beim Sterbenden, wie z. B. eine kardio-pulmonale Reanimation oder den Abbruch einer bereits begonnenen Therapie, etwa durch Abschalten eines Beatmungsgerätes.<sup>56</sup> Dabei kommt der Anerkennung der Patientenautonomie besondere Bedeutung zu. Auf Wunsch des Patienten wird der natürliche Krankheitsverlauf nicht mehr durch medikamentöse, technische oder andere therapeutische Maßnahmen beeinflusst. Die Intention dabei ist die „Hilfe im Sterben“ und die Anerkennung des unvermeidbaren Sterbevorgangs bei aussichtsloser Prognose.<sup>57</sup>

Das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung und einen menschenwürdigen Tod macht die passive Sterbehilfe grundsätzlich zulässig und straffrei. Für solche Situationen wird die ärztliche Pflicht zur Lebenserhaltung auch von der Bundesärztekammer eingeschränkt: „Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden.“<sup>58</sup> Ist die passive Sterbehilfe Folge des direkten Willens des aufgeklärten Patienten oder durch eine Patientenverfügung bestimmt, so ist sie nicht nur zulässig, sondern sogar moralisch und rechtlich *geboten*. Wenn der Wille des Patienten nicht durch mündliche Äußerungen oder eine Patientenverfügung bekannt ist, muss der mutmaßliche Wille, z. B. mit Hilfe der Angehörigen, ermittelt werden. Grundsätzlich ist zu bedenken, dass passive Sterbehilfe auch dann moralisch geboten ist, wenn ein Fortführen der Therapie

---

<sup>56</sup> Wolfslast (1998), S. 43f.

<sup>57</sup> Vgl. May (2005), S. 22.

<sup>58</sup> Grundsätze der Bundesärztekammer (2004), S. 1298.

nicht mehr dem *Wohl des Patienten* dient, wenn also keine medizinische Indikation mehr besteht. Im Zweifelsfall, aber auch *nur* im Zweifelsfall, haben die Ärzte sich für die Lebenserhaltung zu entscheiden.<sup>59</sup>

Amelia Kuschel betont aus Sicht des Strafrechts, dass diese Regelungen nach dem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17.3.2003<sup>60</sup> nur für ein irreversibel tödlich verlaufendes Krankheitsstadium gelten, d. h. dieses muss progredient sein und eine infauste Prognose haben. Zudem muss der Tod unmittelbar bevorstehen.<sup>61</sup> Aus dieser Einschränkung entstehen nach ihrer Auffassung Konsequenzen für den rechtlich zulässigen Handlungsspielraum: „Der Arzt begeht folglich stets dann eine Tötung durch Unterlassen, wenn durch die unterlassene Maßnahme eine nicht völlig unwesentliche Verlängerung des Lebens möglich gewesen wäre.“ Sie geht sogar so weit, dass sie eine Zeit von mehreren Stunden oder von einem Tag für „wesentlich“ hält: „Es handelt sich folglich um einen sehr schmalen Grat, der zur Strafbarkeit führt.“<sup>62</sup> Kuschel übersieht dabei aber Zweierlei: Erstens hat jeder Mensch das Recht, eine Behandlung zu verweigern (und das gilt auch bei einer zweifelsfreien Patientenverfügung auch für die Nichteinwilligungsfähigkeit), und zweitens ist es ausdrücklich die Absicht einer passiven Sterbehilfe, dem natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses stattzugeben. Ist eine passive Sterbehilfe ethisch geboten, so lässt sich nicht voraussehen, wie lange das Sterben dauern wird, und die Dauer kann nicht ausschlaggebend für eine Strafbarkeit sein. Darüber hinaus darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass am Lebensende bei infauster Prognose nicht nur das Unterlassen, sondern *auch der Einsatz* medizinischer Maßnahmen nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten vorgenommen werden darf. Anderenfalls liegt der Tatbestand der Körperverletzung vor.

Als terminologisch problematisch erweist sich die Bezeichnung „passiv“. Einige Schritte im Rahmen der passiven Sterbehilfe erscheinen offensichtlich als aktive Maßnahmen. Darunter fallen z. B. die *aktive Entscheidung*, den Sterbeprozess nicht aufzuhalten, und vor allem die *aktive Handlung* durch das Abschalten der Geräte, das den Sterbeprozess einleitet. Der aktive Abbruch der Behandlung zählt deshalb zur

---

<sup>59</sup> Vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer (2004), S. 1299.

<sup>60</sup> Bundesgerichtshof (2003).

<sup>61</sup> Kuschel (2006), S. 27f.

<sup>62</sup> Kuschel (2006), S. 28.

passiven Sterbehilfe, weil der Patient nicht *aufgrund* der ärztlichen Maßnahme, sondern an seiner zu Grunde liegenden Erkrankung stirbt. Der Sterbeprozess wird nicht mit allen medizinisch möglichen Maßnahmen aufgehalten.<sup>63</sup> In dieser Konsequenz ist nicht allein der Handlungsmodus „aktiv – passiv“ entscheidend, sondern auch die Motivation und Intention.

Vergleicht man die Verhaltensweise im Falle passiver und aktiver Sterbehilfe, so sehen – nach der Erläuterung von Stephan Sahn – die Befürworter aktiver Sterbehilfe hinter beiden Formen die gleiche Intention, nämlich den schmerzfreien und würdevollen Tod des Patienten.<sup>64</sup> Dies bereitet nach seiner Auffassung den Boden für Argumente zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe. Die Ärzteschaft wehrt sich jedoch heftig gegen die Unterstellung einer „Motivation der Herbeiführung des Todes“ im Falle passiver Sterbehilfe. Sahn behauptet, eine solche sei niemals Ziel der Medizin und stehe im Widerspruch zur ärztlichen Ethik und zum Grundgesetz.<sup>65</sup> Folgt man seinen Gedanken, so ist der Handlungsmodus „aktiv – passiv“ nicht entscheidend. Der Unterschied zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe sei, so Sahn, zwar allein am Handlungsziel der Medizin festzumachen, dies sei jedoch bei passiver Sterbehilfe keinesfalls die Herbeiführung des Todes.<sup>66</sup>

Es ist allerdings nicht plausibel, dass das Unterscheidungskriterium aktiver und passiver Sterbehilfe tatsächlich nur auf der Intention des Arztes beruhen soll. Viel entscheidender dürfte doch die Kausalität des Todes zu sein: Stirbt der Patient an den Folgen einer schweren Erkrankung, der nicht mehr Einhalt geboten wird, oder stirbt er durch die Hand einer dritten Person, z. B. eines Arztes? Letztendlich bleibt auch anzuzweifeln, ob ein Arzt passive Sterbehilfe niemals mit dem Wunsch leistet, seinen Patienten möge nun ein schmerzfreier und würdevoller Tod ereilen. Ein solcher Wunsch muss der ärztlichen Ethik keineswegs widersprechen.

Schließlich ist eine weitere, im ärztlichen Alltag ebenso häufige Konstellation passiver Sterbehilfe zu berücksichtigen: Dies betrifft den Verzicht auf eine therapeutische (u. U. auch diagnostische) Maßnahme oder den Abbruch einer solchen Maßnahme, die für

---

<sup>63</sup> Vgl. Wolfslast (1998), S. 44. Auf diesen wesentlichen Unterschied kommt es dem BGH in seinem jüngsten Urteil vom 25. Juni 2010 an (BGH 2010).

<sup>64</sup> Sahn (2005), S. 47.

<sup>65</sup> Sahn (2005), S. 46f.

<sup>66</sup> Sahn (2005), S. 47.

einen Patienten nicht mehr zumutbar ist. Dies können medizinische Bemühungen sein, die zwar unter physiologischen Aspekten und möglicherweise auch mit Blick auf statistische Aussagen zum Erfolg des Lebenserhalts führen könnten, die jedoch angesichts von Multimorbidität und hohem Alter erhebliche Belastungen erwarten lassen. In einem solchen Fall muss – wie die BÄK sagt – „Leben nicht um jeden Preis erhalten werden.“<sup>67</sup> Zur ärztlichen Aufgabe gehört auch die Auseinandersetzung mit den Wertvorstellungen, dem Lebensentwurf und der Lebensqualität des Patienten. Hier spielen Fragen der Prognose und auch der Wertgebundenheit einer ärztlichen Indikation eine wesentliche Rolle bei der individuellen Entscheidungsfindung.<sup>68</sup> Um derartige, aus ärztlicher Grundhaltung wie aus moralischen Gründen gebotene Therapiebegrenzungen nicht mit den belastenden Konnotationen von „Verzicht und Abbruch“ zu belegen, hat die Ärzteschaft betont, dass es bei solchen Entscheidungen um den Übergang von kurativer zu palliativer Therapie und damit *nicht um Verzicht oder Abbruch von Behandlung* gehe.<sup>69</sup>

Vor allem aber darf der Patient auch nicht angesichts von Ängsten und Unsicherheiten des Arztes in unzulässiger Weise zum Opfer rechtlicher Absicherung werden.

### **3.1.2 Aktive Sterbehilfe**

Gezielte ärztliche Maßnahmen, die unmittelbar zum Tod führen, z. B. das Verabreichen oder Injizieren eines tödlichen Medikaments, in der Regel auf Wunsch des Patienten, werden als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet. Diese ist gesetzlich verboten und auch mit dem Willen des Patienten strafbar, was dem Tatbestand der Tötung auf Verlangen entspricht. Auf dieses Vergehen steht nach § 216 StGB eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Bei Tötung ohne oder sogar gegen das Verlangen des Patienten liegt nach § 212 StGB der Tatbestand des Totschlags vor, was mit einer Freiheitsstrafe von nicht unter fünf Jahren geahndet wird. In speziellen Fällen kann sogar der Verdacht des Mordes im Raum stehen, falls als Handlungsmotiv Habgier, Heimtücke oder niedere Beweggründe erkennbar sind. Nach §§ 211 und 212 StGB wird Mord mit lebenslanger Freiheitsstrafe geahndet.

---

<sup>67</sup> Grundsätze der Bundesärztekammer (2004), S. 1298.

<sup>68</sup> Bockenheimer-Lucius (2006) sowie (2010).

<sup>69</sup> Vgl. dazu die Grundsätze der Bundesärztekammer (2004). Siehe Näheres in der vorliegenden Arbeit unter Kap. 3.2.

Günther Ritzel unterteilt die aktive Form der Sterbehilfe in drei unterschiedliche Bereiche, die alle moralisch und rechtlich verboten sind: freiwillige, nichtfreiwillige und unfreiwillige aktive Sterbehilfe. Die erste Variante wäre gleichzusetzen mit Tötung auf Verlangen, die zweite Form betreffe den nichteinwilligungsfähigen Kranken. Die verwerflichste Form ist die unfreiwillige aktive Sterbehilfe, eine Tötung gegen den Patientenwillen.<sup>70</sup>

Dass die aktive Tötung eines Menschen, ob auf seinen Wunsch oder gegen diesen, ob durch einen Arzt oder eine andere Person, strafbar ist, steht außer Zweifel. Zumindest in dieser Frage findet sich in der deutschen Sterbehilfedebatte weitgehend Einigkeit. Doch wie im Folgenden deutlich wird, hat die Unsicherheit, die durch gesetzliche Grauzonen und Begriffsunschärfen entsteht, einen großen Einfluss auf die Entscheidungen der Ärzte, nicht zuletzt aus der bereits erwähnten Angst vor Bestrafung und Verlust der Approbation. „Jeder Mensch hat das Recht auf einen würdigen Tod – niemand aber hat das Recht, getötet zu werden“.<sup>71</sup> Diese Sichtweise von Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, ist auch von zentraler Bedeutung für die Betrachtung der gesetzlich zulässigen sogenannten *indirekten* Sterbehilfe.

### **3.1.3 Indirekte Sterbehilfe**

Bei der indirekten Sterbehilfe wird – wie bei der passiven – entscheidend in den Vordergrund gerückt, dass die Intention der medizinischen Handlungen nicht die Herbeiführung des Todes sei, sondern die Linderung starker Schmerzen und belastender Symptome, wie z. B. Agitiertheit, Atemnot u. ä. Der vorzeitige Todeseintritt wird als unbeabsichtigte Nebenfolge der Schmerzmedikation und / oder sedierender Mittel als palliativmedizinische Maßnahme in Kauf genommen.<sup>72</sup> Die Argumente zur Rechtfertigung basieren auf den Artikeln 1 und 2 des Grundgesetzes, in denen die Würde des Menschen und die Freiheit der Person geschützt werden. Danach stellt der Tod in Würde und Schmerzfreiheit ein höherwertiges Rechtsgut dar als die Lebensverlängerung unter allen Umständen.<sup>73</sup>

---

<sup>70</sup> Vgl. Ritzel (1998), S. 11.

<sup>71</sup> Hoppe (2006), S. 81.

<sup>72</sup> Vgl. dazu Wolfslast (1998), S. 42f. sowie Merkel (2005), S. 24.

<sup>73</sup> Vgl. May (2005), S. 23.

Dies ist nicht anzuzweifeln, dennoch stellen sich hier einige Fragen. Die Einleitung des Sterbeprozesses mit dem Willen des Patienten zur Linderung unerträglicher Beschwerden ist im Fall der indirekten Sterbehilfe gesetzlich gerechtfertigt, da der Tod nicht das eigentliche Handlungsziel ist, im Fall aktiver Sterbehilfe jedoch verboten, da der Arzt den Tod beabsichtigt. Der normative Unterschied zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe folgt somit *aus der Intention* des handelnden Arztes. Wie bereits zitiert, hat nach der Aussage von Hoppe kein Mensch das Recht, getötet zu werden. Man könnte aus den aktuellen rechtlichen Kommentaren zur indirekten bzw. aktiven Sterbehilfe den Schluss ziehen, dass nur derjenige tötet, der dies mit genau dieser Intention tut. Die wahren Absichten des einzelnen Arztes bleiben aber immer spekulativ und sind nicht zweifelsfrei festzustellen. Zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe liegt daher eine Grauzone, die nicht nur in der Rechtsprechung große Probleme bereitet. Wesentliche normative Fragen sind noch ungelöst.<sup>74</sup>

Sahm beschreibt die Problematik, die mit der Unklarheit der Begrifflichkeiten einhergeht, sehr deutlich: „Der Gebrauch unklarer Begriffe trägt erheblich zur Verwirrung bei, verunsichert Bürger, Patienten, Angehörige und Ärzte.“<sup>75</sup>

### **3.1.4 *Ärztlich assistierter Suizid***

Der ärztlich assistierte Suizid wird meist unter den Oberbegriff der „Sterbehilfe“ subsumiert. Bei eingehender Betrachtung nimmt er aber einen ganz eigenen Bereich in der Diskussion um Sterbehilfe und Sterbebegleitung ein. Er ist rechtlich schwierig einzuordnen und muss abgegrenzt werden von der Tötung auf Verlangen, die der aktiven Sterbehilfe zugerechnet wird. Neben den strafrechtlichen Regelungen sind die standesethischen und berufsrechtlichen Richtlinien zentrale Aspekte der Diskussion.

Bereits die Zuordnung des Begriffs verweist auf die Probleme, die sich innerhalb der Diskussion um die ethische Bewertung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung auf tun. So unterscheidet Georg Bosshard zwischen der Zuordnung der Suizidbeihilfe zu *medizinischen Entscheidungen am Lebensende*, womit sie neben Fragen der passiven, indirekten und aktiven Sterbehilfe sowie der terminalen Sedierung zu diskutieren wäre, sowie der Zuordnung als *Sonderform des Suizids*.<sup>76</sup> Stellt die Beihilfe zum Suizid eine

---

<sup>74</sup> Vgl. dazu die umfangreiche Literatur zur sog. terminalen Sedierung, Neitzke / Frewer (2004).

<sup>75</sup> Sahm (2005), S. 46.

<sup>76</sup> Bosshard (2006), S. 21f.

Sonderform des Suizides dar, so entspricht dies der Form einer Suizidbeihilfe durch Laien oder Laienorganisationen. Während aber im ersten Fall die Krankheitsbedingungen des betroffenen Patienten und die ärztlich ausgesprochene Prognose von zentraler Bedeutung sind, spielen die Krankheit wie auch der Arzt keine unverzichtbare Rolle.<sup>77</sup>

An dieser Stelle soll zur Vollständigkeit der begrifflichen Erläuterungen verschiedener Sterbehilfeformen zunächst nur kurz umrissen werden, was der Begriff des ärztlich assistierten Suizids umfasst, und welche rechtlichen Aspekte zu beachten sind.

Unter assistiertem Suizid ist die Mitwirkung an fremder Selbsttötung zu verstehen.<sup>78</sup> Bei ärztlicher Assistenz beinhaltet dies, dass der Arzt die zum Suizid notwendigen Mittel oder Medikamente zur Verfügung stellt.<sup>79</sup> Dazu gehört jedoch nicht das direkte Verabreichen dieser Mittel durch den Arzt, denn dies wäre aktive Sterbehilfe. Da ein Suizid nach deutschem Recht keine strafbare Handlung darstellt, kann auch die Beihilfe zum Suizid prinzipiell nicht als strafbare Handlung gewertet werden. Dennoch gilt für enge Angehörige und Ärzte eine besondere *Garantenpflicht* (vgl. Kap. 4.1), die bei Anwesenheit zum Eingreifen zwingt. Im dem Augenblick, in dem der Suizident das Bewusstsein verliert, tritt diese Garantenpflicht in Kraft. Das gilt auch dann, wenn der Garant weiß, dass sein Eingreifen unerwünscht ist.

Die Konsequenzen dieser aktuell geltenden Regelung und die Konflikte, die für Beteiligte in einer solchen Situation entstehen, sind der schwierigste Diskussionspunkt um den ärztlich assistierten Suizid. Deshalb werden sie in dieser Arbeit hinsichtlich straf- und standesrechtlicher Aspekte eingehend untersucht und sowohl aus medizinischer, ethischer und juristischer Perspektive beleuchtet. Dies gilt u. a. für das Potenzial einer Lockerung der Garantenpflicht für medizinisches Personal.

---

<sup>77</sup> Bosshard (2006), S. 22. Die Regelungen in der Schweiz bewegen sich – nach Bosshard – im Fadenkreuz beider Modelle.

<sup>78</sup> Koch (1991 b), S. 35.

<sup>79</sup> Außer den in der Öffentlichkeit heftig diskutierten Sterbehilfeorganisationen können auch Pflegende, Angehörige, Freunde oder Bekannte Suizidbeihilfe leisten. Vgl. Koch (1991 b), S. 35.

### 3.2 Der Begriff „Sterbebegleitung“ und terminologische Alternativentwürfe

Es ist offensichtlich, dass der Wunsch nach Klarheit durch die Einigung auf die erläuterten Definitionen noch nicht erreicht ist. Ganz im Gegenteil scheinen die semantischen Unschärfen und gesetzlichen Grauzonen den Raum zur Diskussion weiter zu öffnen. Das Streben nach verständlichen und praktisch umsetzbaren Regelungen bringt terminologische Alternativvorschläge ins Gespräch.

Der Oberbegriff „Sterbehilfe“ wird von der Bundesärztekammer abgelehnt und durch die Bezeichnung „Sterbebegleitung“ ersetzt, um zu verdeutlichen, dass dem Arzt keinesfalls eine lebensverkürzende Aufgabe zukommt.<sup>80</sup> Der bisherige Terminus „Sterbehilfe“ umfasst nach derzeitigem Verständnis sowohl die „Hilfe im Sterben“, also das passive Begleiten eines Menschen beim Sterben im Sinne eines unaufhaltsamen, natürlichen Prozesses, als auch die „Hilfe zum Sterben“, d. h. die aktive ärztliche Herbeiführung des Todes,<sup>81</sup> die als verwerflich eingestuft wird.

In den „Grundsätzen der Bundesärztekammer“ wird diese Zusammenfassung aufgehoben. Der Beistand für Sterbende, der unter die ärztlichen Pflichten fällt, wird als anerkannte und geforderte „Sterbebegleitung“ deutlich abgehoben von aktivem Eingreifen und dem Herbeiführen des Sterbeprozesses, was als „Sterbehilfe“ missbilligt und als unärztlich abgelehnt wird. Dass passives Verhalten und aktives Handeln nicht so klar zu trennen sind, wird in der Praxis allerdings oftmals deutlich. Deshalb sind weitere Vorschläge zur begrifflichen Präzisierung entstanden.

Die von der Bundesärztekammer vorgenommene Änderung wird auch in dem 2005 vorgelegten und 2006 erstmals öffentlich diskutierten „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung“ (AE-StB) übernommen.<sup>82</sup> Die interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgemeinschaft aus Rechtswissenschaftlern, Medizinern und Theologen löst sich zum größten Teil von den bisher verwendeten Begriffen und schlägt Alternativen vor. Die Rechtswissenschaftler Ulf Neumann und Frank Saliger formulieren treffend die Absicht der sprachlichen Modifikation: „Der AE-StB wendet sich zunächst gegen den Begriff der passiven Sterbehilfe, der häufig auf bloßes Unterlassen verkürzt werde und

---

<sup>80</sup> Grundsätze der Bundesärztekammer (2004).

<sup>81</sup> Vgl. Schumann (2006), S. 8.

<sup>82</sup> Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) (2006).

zudem in Verbindung mit einer insbesondere bei Ärzten verbreiteten Assoziation von Aktivität mit Strafbarkeit zu einer restriktiven Handhabung von Behandlungseinstellungen führe.“<sup>83</sup> Durch die Unsicherheit der Ärzte bei der Interpretation der passiven Sterbehilfe bleibe der ärztliche Handlungsspielraum aus Angst, in den Bereich des aktiven Handelns vorzustoßen, unausgeschöpft.

Allerdings muss mit Besorgnis gesehen werden, dass eine sachlich korrekte Zuordnung ärztlicher Maßnahmen zur passiven Sterbehilfe auch unter Juristen Schwierigkeiten bereitet.<sup>84</sup> Es bleibt zu hoffen, dass das unmissverständliche Urteil des BGH vom 26. Juni 2010 Klarheit bringt. Dort heißt es: „[...] wenn ein Patient das Unterlassen einer Behandlung verlangen kann, muss dies gleichermaßen auch für die Beendigung einer nicht (mehr) gewollten Behandlung gelten, gleich, ob dies durch Unterlassen weiterer Behandlungsmaßnahmen oder durch aktives Tun umzusetzen ist, wie es etwa das Abschalten eines Respirators oder die Entfernung einer Ernährungssonde darstellen.“<sup>85</sup> Der BGH hält ausdrücklich *nicht* am Kriterium der äußeren Erscheinungsformen von Tun und Unterlassen für die Abgrenzung zwischen gerechtfertigter und rechtswidriger Herbeiführung des Todes mit Einwilligung oder mutmaßlicher Einwilligung des betroffenen Patienten fest.<sup>86</sup>

Die Notwendigkeit für eine Entwicklung neuer Ansätze liegt nach dem Gutachten des Rechts- und Staatswissenschaftlers Thorsten Verrel zum AE-StB in der Annahme, dass die „Unsicherheit von Ärzten und Juristen über die Grenzen der Lebenserhaltungspflicht [...] auch auf der hergebrachten Sterbehilfeterminologie“ beruht.<sup>87</sup> So soll nicht mehr die bisherige Aufteilung nach dem Handlungsmodus aktiv und passiv im Vordergrund stehen, die irreführend und der Sache nicht dienlich ist. Im Alternativentwurf werden die Folgen der bisherigen Sterbehilfeterminologie erläutert: „Die vermeintliche Beschränkung passiver Sterbehilfe auf ein bloßes Unterlassen bzw. die bei Ärzten nach wie vor tief verwurzelte Assoziation von Aktivität mit Strafbarkeit hat zu unbegründeter Zurückhaltung bei der (aktiven) Beendigung oder Begrenzung einer schon eingeleiteten

---

<sup>83</sup> Neumann / Saliger (2006), S. 281.

<sup>84</sup> Dies belegt eine entsprechende Untersuchung von Simon / Lipp / Tietze u. a. (2004).

<sup>85</sup> BGH (2010), S. 17.

<sup>86</sup> BGH (2010), S. 16.

<sup>87</sup> Verrel (2006 a), S. C 118.

lebenserhaltenden Handlung geführt.“<sup>88</sup> Über präzisere Begriffe soll Klarheit geschaffen werden, was zulässig und was strafrechtlich verboten ist.

Nach Verrel und den terminologischen Alternativvorschlägen des AE-StB umfasst der Begriff „Sterbebegleitung“ alle gesetzlich zulässigen Maßnahmen, wie die „Behandlungsbegrenzung“ bzw. das „Beenden, Begrenzen oder Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen“, was an die Stelle der Bezeichnung „passive Sterbehilfe“ treten soll. Weiterhin zählen zur zulässigen Sterbebegleitung die „leidensmindernde Behandlung“, welche die indirekte Sterbehilfe ersetzen soll, und die „Mitwirkung am freiverantwortlichen Suizid“.<sup>89</sup> Die letzte Bezeichnung enthält das Kriterium der Freiwilligkeit, die für die rechtliche Zulässigkeit von entscheidender Bedeutung ist.

Erhalten bleibt lediglich die gesetzliche Bezeichnung „Tötung auf Verlangen“ für die „aktive Sterbehilfe“, wobei es sinnvoll scheint, dies auch für den außergesetzlichen Bereich zu übernehmen, um die inhaltlich überholte Einteilung nach aktivem und passivem Verhalten gänzlich zu ersetzen.

Die vorgestellte Einteilung vermag zwar die ärztliche Tätigkeit zu präzisieren und das bereits als problematisch aufgezeigte Verschwimmen aktiver und passiver Handlungsmodi zu verhindern. Dennoch finden auch diese Begriffe Kritik. Die Ärzteschaft lehnt Bezeichnungen wie Behandlungsabbruch oder Behandlungsverzicht ab, der Terminus „Therapieabbruch“ kommt – wie Stephan Sahm erläutert – in Dokumenten der Ärzteschaft nicht vor: „Selbst wenn die Lebensverlängerung kein sinnvolles Ziel mehr ist, endet die Behandlungspflicht nicht. Sie ändert lediglich ihr Ziel, hin zur alleinigen Leidensminderung.“<sup>90</sup> Somit macht die Ärzteschaft durch Begriffe wie „Änderung des Therapieziels“ deutlich, dass der Patient in der Sterbephase nicht das passive Verhalten des medizinischen Personals oder einen Abbruch der Therapiemaßnahmen zu befürchten hat.<sup>91</sup> Eggert Beleites, der damalige Vorsitzende des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen, betont 1998 in seinem einleitenden Beitrag zu den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur

---

<sup>88</sup> AE-StB (2006), S. 9.

<sup>89</sup> Vgl. Verrel (2006 a), S. C 118f.

<sup>90</sup> Sahm (2005), S. 48.

<sup>91</sup> Vgl. AE-StB (2006), S. 9.

ärztlichen Sterbebegleitung“, dass auch in Situationen, in denen lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr indiziert sind, ein Behandlungsabbruch nicht zulässig sei. Das Therapieziel sei dann nicht kurativ, sondern palliativ ausgerichtet. Am Ende bestehe immer eine ärztliche Pflicht zur Basisbetreuung.<sup>92</sup>

Verrel geht in seinem Gutachten zum 66. Deutschen Juristentag „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“ schon zu Beginn auf die Begriffsproblematik ein und merkt in einer Fußnote zu dem im Alternativentwurf gewählten Begriff „Sterbebegleitung“ an: „Eine schlechthin unangreifbare Bezeichnung ist nicht in Sicht; der Terminus Sterbehilfe ist gleichermaßen unscharf wie emotional besetzt, hat sich jedoch in der Vergangenheit als Arbeitsbegriff und Alternative zu der in Deutschland diskreditierten, im Ausland dagegen sehr gebräuchlichen Bezeichnung ‚Euthanasie‘ weitgehend etabliert. Der in den Grundsätzen der Bundesärztekammer statt dessen verwendete Ausdruck Sterbebegleitung ist zwar nicht vorbelastet und trägt dem ärztlichen Selbstverständnis besser Rechnung, mutet aber beschönigend an, wenn es um ärztliche Maßnahmen geht, die den (früheren) Tod des Patienten zur Folge haben.“<sup>93</sup>

Auch Neumann und Saliger kritisieren die Verwendung des Begriffs „Sterbebegleitung“. Dies treffe die Sache nicht im Kern, denn unter dem „von ärztlicher Seite propagierten Begriff“ habe man im juristischen Schrifttum bisher die strafrechtlich unbedenkliche, nicht lebensverkürzende menschliche Fürsorge und Zuwendung für einen Sterbenden verstanden. In dem Entwurf gehe es aber um die strafrechtliche Bewertung von Handlungen, die das Leben verkürzen, also um Hilfe beim und zum Sterben. Deshalb sei die Bezeichnung „Sterbebegleitung“ nicht nur irreführend, sondern auch unzweckmäßig.<sup>94</sup> Die Bundesärztekammer widerspricht jeglicher lebensverkürzenden Absicht einer ärztlichen Therapiemaßnahme, lediglich als unbeabsichtigte Nebenfolge einer indizierten Schmerztherapie müsse sie in Kauf genommen werden.<sup>95</sup> Die Diskussion um diesen Begriff macht deutlich, wie schwierig es zu sein scheint, die Problematik in Worte zu fassen. Erschwert wird dies durch Assoziationen und Konnotationen, die vielen Begriffen anhaften. Neumann und Saliger plädieren dafür, den Begriff „Sterbehilfe“ nicht ohne Not aufzugeben, da er nicht den

---

<sup>92</sup> Beleites (1998 a), S. A – 2365f.

<sup>93</sup> Verrel (2006 a), S. C 109.

<sup>94</sup> Neumann / Saliger (2006), S. 280.

<sup>95</sup> BÄK (1998) sowie BÄK (2004).

lebensverkürzenden Charakter einer Behandlungsbegrenzung oder Therapiebeendigung verdunkle.<sup>96</sup>

Der vom damaligen Bundeskanzler Gerhard Schröder ernannte „Nationale Ethikrat“ schlägt 2006 eine Einteilung in fünf Bereiche vor, die nicht viele Neuerungen beinhaltet: Die „Sterbebegleitung“ umfasst die pflegerische Betreuung Sterbender, und die „Therapien am Lebensende“ entsprechen der bisherigen indirekten Sterbehilfe (im AE-StB den leidensmindernden Maßnahmen), „Tötung auf Verlangen“ ist mit der aktiven Sterbehilfe gleichzusetzen, „Sterbenlassen“ soll die passive Sterbehilfe ersetzen und „Beihilfe zur Selbsttötung“ steht für den ärztlich assistierten Suizid.<sup>97</sup>

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass der Begriff „Sterbebegleitung“ im Sinne einer Palliativversorgung durch Ärzte und Pflegepersonal und mitmenschlichen Betreuung in der Sterbephase zwar zum neuen Leitbegriff der Debatte aufgestiegen ist, inhaltlich aber nicht die Formen der bisher diskutierten Sterbehilfe umfasst und über die bewusste Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe und zur Tötung auf Verlangen hinaus nur teilweise abgedeckt.

Die Analyse der sprachlichen und rechtlichen Gegebenheiten stellt die Basis für die Untersuchung ethischer Grundsätze im Bereich der Sterbehilfe dar. Ohne diese klare Sicht auf die Probleme der verworrenen – sich oftmals überschneidenden – Begrifflichkeiten und Handlungsfelder, gleitet die Diskussion schnell in ein hochemotionales Für und Wider der Argumente ab. Jedoch besteht die Gefahr, dass – auch wenn das Ringen um sprachliche Transparenz als Fundament aller weiteren ethischen Fragestellungen äußerst wichtig ist – in all den verbalen Wirrungen der eigentliche Kern der Diskussion verloren geht.

Wehkamps Ergebnisse verdeutlichen, dass die Themen „Sterbehilfe“ und „Suizid“ wichtiger Teil des ärztlichen Berufsalltags sind und der Bedarf nach einer offenen Debatte über die Probleme der Entscheidungsfindung groß ist. Auch Wehkamp erkennt die Diskrepanz zwischen theoretischen Versuchen, Strukturen zu entwickeln und den tatsächlich vorherrschenden Verhältnissen als den Kern der Diskussion: „Es zeigte sich ferner, dass die medizinethischen Kategorien und Debatten zur Sterbehilfe nur sehr

---

<sup>96</sup> Neumann / Saliger (2006), S. 280.

<sup>97</sup> Vgl. Fuhr (2006).

unzureichend die Welt der Praktiker erreichen und berühren. Schließlich wurde deutlich, dass die Wirklichkeit offenbar komplexer ist als die Kategorien, denen sich diese Wirklichkeit eben nicht ohne Probleme einordnen lässt.“<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Wehkamp (1998), S. 68.

## 4 Ärztlich assistierter Suizid und Strafrecht

### 4.1 Strafrechtliche Regelungen und verbleibende Graubereiche

Die Ursachen für die Schwierigkeiten im Umgang mit assistiertem Suizid sind im Gesetzesbereich einerseits in lückenhaften Konstruktionen und andererseits in vielen umstrittenen Graubereichen zu finden. Mit Blick auf die vorausgegangene Rechtsprechung kann nur auf einige wenige richtungweisende Fälle hingewiesen werden. Der konkrete Handlungsspielraum des Arztes, seine Aufgaben und seine Rechte sind nicht genau definiert, gesetzliche Regelungen eher generell gehalten. Verrels Thesen beinhalten die Unzulänglichkeit der bisherigen Rechtsprechung: „Der Strafrechtsprechung ist es trotz anzuerkennender Bemühungen um eine Absicherung der Kasuistik zulässiger Sterbebegleitung nicht gelungen, ein für Ärzte, Juristen, Patienten und Angehörige gleichermaßen transparentes und geschlossenes Regelungssystem zu entwickeln. [...] Die Strafrechtsdogmatik ist an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit bei der Auslegung der defizitären *lex lata* geraten und hat eine verwirrende Vielfalt von Konstruktionen der Straflosigkeit todesursächlicher Sterbebegleitung hervorgebracht.“<sup>99</sup> Die Furcht vor der Konsequenz strafrechtlicher Verfolgung begünstige, so Verrel, eine „extensive Rechtfertigungsmedizin und unzureichende Leidensminderung“.<sup>100</sup>

Im Folgenden sollen die bestehenden Unklarheiten ärztlicher Suizidassistenz kritisch analysiert und alternative Lösungsansätze eingehend untersucht werden.

Suizid ist nach deutschem Recht keine Straftat, aber rechtswidrig. Die Begründung des Bundesgerichtshofs (BGH) in einem Urteil von 2001 lautet: „Das Leben eines Menschen steht in der Werteordnung des Grundgesetzes – ohne eine zulässige Relativierung – an oberster Stelle der zu schützenden Rechtsgüter. Die Rechtsordnung wertet eine Selbsttötung deshalb – von äußersten Ausnahmefällen abgesehen – als rechtswidrig [...], die Selbsttötung und die Teilnahme hieran lediglich straflos.“<sup>101</sup> Ohne eine Tatbestandsmäßigkeit muss auch die Teilnahme, also die Beihilfe zum

---

<sup>99</sup> Verrel (2006 b), S. 24f.

<sup>100</sup> Verrel (2006 b), S. 24.

<sup>101</sup> BGH 2001.

Suizid, aufgrund mangelnden Tatbestands nach allgemeinen Akzessorietätsregeln<sup>102</sup> grundsätzlich als straffrei gelten, solange sich die Teilnahme auf bloße Förderungshandlungen beschränkt und der Suizid auf freiem Willen beruht.<sup>103</sup> Der Jurist Stefan Birkner fasst die allgemein bestehende Rechtslage zusammen: „Die Selbsttötung ist nicht strafbar, da die Tötungsdelikte sich gegen die Tötung eines anderen richten und nicht gegen die Tötung seiner selbst. Strafflos ist daher grundsätzlich auch die Unterstützung bei der Selbsttötung, da es an einer beihilfefähigen rechtswidrigen Haupttat fehlt und somit die Voraussetzungen des § 27 I StGB nicht erfüllt sind.“<sup>104</sup>

Die grundsätzliche Strafflosigkeit der Suizidassistenz ist jedoch für Ärzte durch eine weitere, spezielle Bedingung eingeschränkt, nämlich die *Garantenpflicht*. Diese ist nicht explizit im Gesetzestext festgeschrieben, sondern leitet sich aus § 13 StGB „Tun durch Unterlassen“ ab: „Wer es unterläßt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.“<sup>105</sup> Übertragen auf die ärztliche Mitwirkung am Suizid kann der Paragraph so interpretiert werden, dass der Arzt durch Übernahme der Behandlung eines Patienten und das dadurch entstehende Arzt-Patienten-Verhältnis gesetzlich dazu verpflichtet ist, den Erfolg des Suizids, also den Tod, abzuwenden, da ansonsten der Tatbestand des Tuns durch Unterlassen vorläge. Ob diese Auslegungsweise immer zutrifft, wird noch zu erörtern sein.

Garanten sind auf der Grundlage besonderer Vereinbarungsabhängigkeiten z. B. Eltern, Ehegatten und Ärzte. Durch das besondere Gebot der Hilfeleistung für derartige Garanten kann es im Falle des Nichteingreifens zur Rettung eines Suizidenten nicht nur zur Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung, sondern wegen Tötung durch

---

<sup>102</sup> „Die Strafflosigkeit der Beihilfe zum Suizid ergibt sich aus dem strafrechtlichen Grundsatz der „Akzessorietät der Teilnahme“: Ist die sogenannte Haupttat, also der Suizid, nicht strafbar, kann eine bloße Teilnahmehandlung (Anstiftung oder Beihilfe) ebenfalls nicht bestraft werden.“ Wolfslast (1998), S. 49; vgl auch Koch (1991 b), S. 38.

<sup>103</sup> Vgl. Koch (1991 b), S. 38.

<sup>104</sup> Birkner (2006), S. 52f. Der § 27 I StGB besagt: „(1) Als Gehilfe wird bestraft, wer vorsätzlich einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe geleistet hat.“

<sup>105</sup> § 13 StGB, <http://dejure.org/gesetze/StGB/13.html>

Unterlassen kommen.<sup>106</sup> Das bedeutet, die Anwesenheit während des Suizids ist dem Arzt unter Annahme einer Garantenpflicht ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr gestattet, da er sich ansonsten – wenn er tatenlos bleibt – im Moment des Bewusstseinsverlusts des Suizidenten der unterlassenen Hilfeleistung oder sogar der Tötung durch Unterlassen strafbar macht. Entscheidend ist hierbei die Frage der *Tatherrschaft*. Solange diese beim Suizidenten liegt, muss der Arzt nicht handeln. Im Moment des Bewusstseinsverlusts verliert der Patient die Tatherrschaft, und der Arzt muss rettend eingreifen, um sich nicht strafbar zu machen. Schon 1986 wird in einem früheren „Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe“ (AE-Sterbehilfe), der von einem Arbeitskreis von Strafrechtlern und Medizinern verfasst wurde,<sup>107</sup> kritisiert, dass unklar bleibe, „nach welchen konkreten Kriterien“<sup>108</sup> die Verantwortung vom Suizidenten selbst auf den Garanten übergehen solle. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung – so gibt es der AE-Sterbehilfe wieder – sei eine Differenzierung nach zugrunde liegenden Entscheidungen und Motiven abzulehnen, da es der dritten Person nicht möglich sei, aus den Umständen zu erkennen, ob es sich um eine *frei verantwortliche Entscheidung* zum Suizid handle.<sup>109</sup> Der AE-Sterbehilfe hält fest, dass diese Rechtsprechung in der juristischen Literatur abgelehnt wird, „da sie die freie Willensentscheidung des Suizidenten mißachte bzw. die Beachtlichkeit seiner Willensentscheidung in das Ermessen anderer lege [...]. Denn das Vorliegen einer freien Willensentscheidung stehe einer Garantenpflicht des unterlassenden Dritten entgegen.“<sup>110</sup> Da nicht jeder Entschluss zur Selbsttötung pathologisch sei, könne auch nicht jeder Suizid als Unglücksfall angesehen werden.<sup>111</sup> Der Jurist Hans-Georg Koch macht zudem auf den in der Rechtsliteratur diskutierten Unterschied zwischen einem „freiverantwortlichen Handlungsentschluss“ und einer „eigenverantwortlichen Handlungsausführung“ aufmerksam.<sup>112</sup>

Die Verfasser des Alternativentwurfs sprechen damit schon 1986 den Kernkonflikt der Rechtsprechung zum ärztlich assistierten Suizid an, der bis heute nicht geklärt ist: die Diskrepanz zwischen der geltenden Garantenpflicht einerseits und dem mangelnden

---

<sup>106</sup> Vgl. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 100.

<sup>107</sup> Vorgelegt von Jürgen Baumann et al.; zu den Namen der Mitwirkenden vgl. AE-Sterbehilfe (1986).

<sup>108</sup> AE-Sterbehilfe (1986), S. 26.

<sup>109</sup> AE-Sterbehilfe (1986), S. 26.

<sup>110</sup> AE-Sterbehilfe (1986), S. 26.

<sup>111</sup> AE-Sterbehilfe (1986), S. 26.

<sup>112</sup> Koch (1991 b) S. 38, Fn. 34.

Tatbestand sowie den fehlenden Kriterien für einen Tatbestand bei fehlender Haupttat (Straffreiheit des Suizids) andererseits.

Im Bereich der Spekulationen bleibt weiterhin, über welchen Zeitraum der Arzt den Ereignissen vor dem Bewusstseinsverlust tatenlos beiwohnen darf. Dabei erscheint es inkonsequent, dass seine Anwesenheit rechtlich zulässig ist, wenn er das folgende Tun nicht zu verhindern sucht. Ebenso unstimmgig erscheint die straffreie Variante des bewussten Verlassens des Tatortes im Wissen um die kommenden Geschehnisse. Auch ohne aktives Eingreifen könnte man hier schon in der Mitwisserschaft eine Mittäterschaft sehen.

Ein wichtiger Aspekt der ärztlichen Suizidassistenz ist der *Grad der Beteiligung* des Arztes am Geschehen. Formal ist das Einhalten der Grenze zwischen bloßer Mitwirkung und aktiver Täterschaft entscheidend. Der Arzt bleibt straffrei, solange er nicht tatkräftig in die Suizidhandlung eingreift oder sich eines Tötungsdelikts durch Unterlassen schuldig macht. Bezogen auf die verwendeten Mittel bleibt das Bereitstellen der zum Suizid erforderlichen Medikamente ungesühnt, aktives Verabreichen jedoch wird bestraft. Auch der Göttinger Rechtswissenschaftler Hans-Ludwig Schreiber stellt die Frage, wo die ärztliche Täterschaft beginnt. Die Diskussion setze bereits beim verfassungsrechtlichen Ursprung des Rechts auf Leben an und schließe die in Frage zu stellende Kehrseite des oftmals postulierten Rechts auf einen selbstbestimmten Tod ein.<sup>113</sup> Schreiber bezieht hierzu eine klare Position: „Das Recht auf Leben nach Art. 2 Grundgesetz soll das elementare Rechtsgut des Menschen, sein Leben, vor fremden Eingriffen schützen. Es umfasst aber nicht das Recht auf Bestimmung des eigenen Todes und einen Anspruch auf Mitwirkung anderer bei dessen Verwirklichung.“<sup>114</sup>

Zur Abgrenzung der Beihilfe zum Suizid von der Tötung auf Verlangen ist ebenfalls die *Tatherrschaft* von entscheidender Bedeutung, die Frage, wer das Geschehen gestaltet und seine Durchführung bestimmt.<sup>115</sup> Diese Grenze ist nicht immer ganz eindeutig zu ziehen: Umstritten ist beispielsweise die hypothetische Situation, in der ein Arzt das tödliche Mittel auf die Zunge seines Patienten legt. Durch den Schluckakt könnte der

---

<sup>113</sup> Schreiber (1998), S. 30.

<sup>114</sup> Schreiber (1998), S. 31.

<sup>115</sup> Schreiber (1998), S. 31.

Patient den Zeitpunkt und das Ereignis des Todes zwar selbst frei bestimmen, die Tatherrschaft verbliebe somit bis zuletzt beim Betroffenen. Aber dennoch wäre das Verabreichen der Tablette eine aktive ärztliche Beteiligung am suizidalen Akt. Die Handhabung einer solchen Konstellation bleibt bisher ungeklärt. Im sogenannten *Fall Hackethal* ist das Gericht von strafloser Beihilfe zum Suizid ausgegangen, weil Hackethal der Suizidentin das tödliche Gift nicht verabreicht hat, sondern sie es selbst ohne Hilfe zum Mund geführt und getrunken hat (Kap. 4.2.1).<sup>116</sup>

Der Fall Hackethal wird im Folgenden noch ausführlich behandelt werden. Hier soll nur darauf hingewiesen werden, dass für die bisherige Rechtsprechung der Grad der Beteiligung des Arztes an der Suizidhandlung ausschlaggebend ist. Bei Patienten im terminalen Erkrankungsstadium, die oft bettlägerig und in sehr schlechtem gesundheitlichem Zustand sind, können Situationen entstehen, in denen die Grenzen der Mitwirkung und Beteiligung am Geschehen des Suizids verschwimmen. Beim Führen des Glases zum Mund des Patienten oder beim Legen der Tablette auf die Zunge tun sich Grauzonen auf, in denen nicht mehr genau bestimmbar ist, wie aktiv der Patient in der Situation bleibt und wie sehr er die Tatherrschaft behält. Die Kernfrage bleibt, bis zu welchem Punkt es sich um Selbsttötung aus freier Entscheidung mit fremder Hilfe handelt, und ab wann eine Tötung auf Verlangen vorliegt.

Ein weiterer Gegenstand der Diskussion ist die Frage nach der *Zulässigkeit des Eingreifens* und der Rettung des Patienten gegen dessen zuvor geäußerten Willen. Erklärungen zu Behandlungswünschen und Therapieverweigerung für den Fall, nicht mehr für sich selbst sprechen zu können, gelten als Grundlage der Patientenverfügung und sind für Ärzte mittlerweile verbindlich, solange ihre Authentizität und Aktualität nicht anzuzweifeln sind. In diesem Sinne sagt Verrel: „Da sich die Strafbarkeit aufgedrängter medizinischer Lebenserhaltungseingriffe [...] schon aus der *lex lata* ergibt, besteht keine Notwendigkeit für deklaratorische Klarstellungen im StGB.“<sup>117</sup> Auch Kutzer stellt klar, dass eine nicht durch den Patientenwillen gerechtfertigte Behandlung als Körperverletzung strafbar sei, was zivilrechtlich einen Unterlassungsanspruch zur Folge haben könne, sowie Ansprüche auf Schmerzensgeld und Ersatz des materiellen Schadens: „Das gilt auch, wenn die Behandlung den

---

<sup>116</sup> Vgl. OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfsplast / Conrads (2001), S. 40.

<sup>117</sup> Verrel (2006 a), S. C 110.

Patienten heilt oder sein Leben verlängert.“<sup>118</sup> Ganz in diesem Sinne fordert Verrel, dass nicht nur Tötungsdelikte medizinischen Personals strafrechtlich verfolgt werden, sondern auch Fälle von Zwangsbehandlung als (fahrlässige) Körperverletzung geahndet werden müssten. Das bisher im Strafrecht vorrangige Interesse an der Zulässigkeit von Behandlungsbegrenzungen habe zu einer Vernachlässigung der Frage geführt, ob die Fortführung medizinischer Eingriffe in die körperliche Integrität durch Einwilligung des Patienten gerechtfertigt sei.<sup>119</sup> Verrel betont in diesem Kontext: „Legitimationsbedürftig ist schon die Behandlung und nicht erst deren Begrenzung.“<sup>120</sup> Der Verstoß gegen das Verbot eigenmächtiger medizinischer Behandlung, das im § 223 StGB enthalten ist, müsse geahndet werden, sei jedoch bisher kaum zum Gegenstand strafrechtlicher Verfahren geworden.<sup>121</sup>

Dieser Anspruch ist gleichermaßen einleuchtend wie im Kontext der Sterbehilfedebatte auch klärend und weiterführend, liegt doch bisher der eindeutige Schwerpunkt der Diskussion auf den Problemen rund um eine *Verkürzung* des Lebens. Dass auch eine *zwanghafte Verlängerung* des Lebens gegen den Willen des Patienten strafrechtlich zu verfolgen sei, ist unumgänglich aufgrund der Möglichkeiten der modernen Medizin, Leben zu erhalten.

Durch die Regelung der Garantenpflicht müssen Ärzte bisher den zuvor ausdrücklich geäußerten und auch akzeptierten Willen des Patienten ignorieren und bewusst unterlaufen, was als Verletzung der Patientenautonomie interpretiert werden muss. Medizinische Maßnahmen gegen den ausdrücklichen Patientenwillen sind als Körperverletzung zu werten. Georg Freund erinnert daran, dass es keine Pflicht zur Lebenserhaltung um jeden Preis gibt: „Relativierend wirkt insofern das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, das sogar verfassungsrechtlich verankert ist (Art. 1 und 2 des Grundgesetzes). Ein Patient kann eine Behandlung ohne weiteres ablehnen. Eine Zwangsbehandlung zur Lebenserhaltung ist, auch wenn diese vernünftig wäre, verboten [...] – obwohl sie die einzige Möglichkeit der Lebensrettung und aus ärztlicher Sicht dringend indiziert sein mag – rechtswidrig und überdies ggf. als Körperverletzung und Nötigung sogar strafbar.“<sup>122</sup> Nicht in jedem Fall ist also die

---

<sup>118</sup> Kutzer (2006), S. 33.

<sup>119</sup> Verrel (2006 a), S. C 110, C 119.

<sup>120</sup> Verrel (2006 a), S. C 119.

<sup>121</sup> Verrel (2006 a), S. C 120.

<sup>122</sup> Freund (2008), S. 2.

Lebensrettung oberste Maxime. Im Einzelfall können die Beachtung der Patientenautonomie und der Respekt vor dem Patientenwillen eine Verletzung der Garantenpflicht überwiegen. Nur zeigen die weit auseinander gehenden Gerichtsurteile (u. a. Fall Wittig, Kemptener Urteil, OLG München 2003), dass die normative Bedeutung von Lebenserhalt und Patientenautonomie unterschiedlich zum Tragen kommt und der handelnde Arzt nicht wissen kann, ob er straffrei bleiben wird. Dies ist im Gesetzestext nicht eindeutig festgelegt und trägt somit stark zur Verunsicherung der Handelnden bei.<sup>123</sup>

Die Diskrepanzen, Unschärfen und Lücken innerhalb der strafrechtlichen Konstruktionen lassen also einen weiten Raum für Fragen und Spekulationen. Die Unsicherheit hinsichtlich drohender Konsequenzen auf der Seite der Ärzte ist verständlich. So bleiben nur zwei Handlungsoptionen: Jegliche Beteiligung an jeder Form suizidaler Handlung wird sicherheitshalber gänzlich abgelehnt. Falls dies nicht aus ärztlicher Überzeugung, sondern nur aus Angst vor Bestrafung geschieht, ist die ungeklärte Rechtslage zum großen Teil ursächlich für die Ausweglosigkeit der Leidenssituation betroffener Patienten.

Der zweite Weg liegt darin, eine mögliche Bestrafung aus Empathie und Loyalität zum leidenden Patienten zu riskieren. In diesem Fall nimmt der Arzt die Ungewissheit der Folgen seines Handelns in Kauf und setzt sich allen denkbaren strafrechtlichen Konsequenzen aus, wie es in zwei exemplarischen Fällen der Vergangenheit geschehen ist, im Fall Wittig und im Fall Hackethal. Im Folgenden soll nur der Fall Hackethal ausführlich vorgestellt werden, da es sich im Fall Wittig nicht um einen expliziten Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid handelte, sondern um den Verzicht des behandelnden Arztes auf Rettungsmaßnahmen bei einem Suizid.<sup>124</sup> Zum Fall Hackethal sollen auch die Rechtsprechung und Urteilsbegründung von 1987 analysiert werden, da sie nicht selten als Maßstab für aktuelle Überlegungen herangezogen werden und als richtungweisend für die folgenden Entwicklungen angesehen werden kann.

---

<sup>123</sup> Mit Blick auf Vorausverfügungen bleibt zu hoffen, dass die jüngste Änderung des Betreuungsrechts (in Kraft seit 1. September 2009) mit der gesetzlich verankerten Verbindlichkeit von Patientenverfügungen sowohl im ärztlichen Alltag als auch in der Rechtspraxis zu Eindeutigkeit beiträgt.

<sup>124</sup> Vgl. dazu ausführlich Eser (1985), Koch (1991 b), S. 45f. sowie Wolfslast / Conrads (2001), S. 6-17.

## 4.2 Zur Rechtsprechung in der Vergangenheit anhand eines Fallbeispiels

### 4.2.1 *Der Fall Hackethal*

1984 gerät der Suizid der 69jährigen unheilbar erkrankten Hermy Eggert in die öffentliche Diskussion. Eggert leidet seit 1977 an einem Basaliom, einem Hauttumor, der bereits große Teile des Gesichts, u. a. Lippen, Oberkiefer und Wangen zerstört und auf einem Auge zur Erblindung geführt hat. Die Aufnahme von fester Nahrung wird im Endstadium der Erkrankung zunehmend schwieriger. Die inneren Organe bleiben jedoch unversehrt, die Patientin ist bei vollem Bewusstsein und kreislaufstabil. Aufgrund der schlimmen Entstellung lebt sie sozial isoliert.<sup>125</sup> Nach einer Vielzahl von Operationen in verschiedenen Fachkliniken, jahrelangem Leid mit infauster Prognose und stärksten, therapieresistenten Schmerzen äußert sie in Gesprächen mit ihrer Hausärztin, so nicht länger leben zu können.<sup>126</sup> Sie wendet sich an den Chirurgen Julius Hackethal, den damaligen Chefarzt der Eubios-Klinik am Starnberger See.<sup>127</sup> Bei ihrem zweiten stationären Aufenthalt in seiner Klinik erklärt sich Hackethal 1984 dazu bereit, der Sterbewilligen beim Suizid zu helfen. Nach gemeinsamer Beratung entscheidet sie sich für eine tödliche Dosis Kaliumcyanid, „da sie ein sicheres und schnell wirkendes Gift wünschte“<sup>128</sup>. Hackethal besorgt ihr das Zyankali und übergibt es der Freundin der Patientin.<sup>129</sup> Mit der Entscheidung und dem Vollziehen des letzten Schrittes lässt er sie allein, um sich nicht strafbar zu machen. Hermy Eggert trinkt das Gift und stirbt in den Armen ihrer Freundin. Vor allem die Aufzeichnung der geäußerten Suizidwünsche mit einer Kamera und die Weitergabe dieses Videobands an das Fernsehen entfachen eine heftige öffentliche Diskussion.<sup>130</sup>

### 4.2.2 *Rechtsprechung und Urteilsbegründung*

1987 wird Hackethal durch das Oberlandesgericht (OLG) München freigesprochen. Für den Senat unter anderem der Gegenstand der Tatherrschaft entscheidend: „Es kommt allein darauf an, wer das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht. [...]

---

<sup>125</sup> Spiegel (1984).

<sup>126</sup> Vgl. OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 35.

<sup>127</sup> Hackethal gilt schon Anfang der 80er Jahre als einer der umstrittensten Ärzte der vergangenen Jahrzehnte. In den Medien macht er sich bereits 1963 einen Namen durch den sogenannten „Erlanger Professoren-Krieg“, in dem er seinen Chef der Kunstfehler bezichtigt. Danach folgen etliche von ihm selbst medienwirksam inszenierte Angriffe auf Kollegen, Standesvertreter und Politiker, und er veröffentlicht mehrere Bestseller über ärztliche Kunstfehler. Vgl. Spiegel 1984.

<sup>128</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 38.

<sup>129</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 38.

<sup>130</sup> Spiegel (1984).

Behielt er [der Tote] bis zuletzt die freie Entscheidung über sein Schicksal, dann tötete er sich selbst, wenn auch mit fremder Hilfe. [...] Nach diesen Kriterien der Rechtsprechung scheidet eine unmittelbare Begehungstäterschaft aus. Das Gift wurde Frau E nicht eingeflößt. Sie hat den Giftbecher vielmehr ohne Hilfe Dritter selbst zum Mund geführt und das Gift getrunken. Damit hat sie den lebensvernichtenden Akt eigenhändig ausgeführt.“<sup>131</sup> Hinsichtlich der Freiwilligkeit der Entscheidung von Hermy Eggert besteht auch für die Staatsanwaltschaft kein Grund zum Zweifel. Während der Senat des OLG die aktive Initiative und Beharrlichkeit der Patientin als ausschlaggebend für die Tatherrschaft beurteilt, sieht er jedoch einen erheblichen Anteil der Planung und Durchführung bei Hackethal. Das Gericht begründet seinen Freispruch mit dem Vorliegen strafloser Beihilfe zum Suizid, da die Beteiligung Hackethals nicht über die eines Gehilfen hinausging.<sup>132</sup> „Die berufliche Stellung des Angeschuldigten Prof. H als Arzt ändert hieran nichts. Auch ein Arzt bleibt jedenfalls straflos, soweit er sich lediglich als Gehilfe aktiv an einer freiverantwortlich verwirklichten Selbsttötung beteiligt.“<sup>133</sup>

Von Bedeutung ist die Urteilsbegründung auch hinsichtlich der Erörterungen zur Frage der Garantenpflicht und des Nichtergreifens ärztlicher Hilfsmaßnahmen. Während die Staatsanwaltschaft zum Zeitpunkt unmittelbar nach Gifteinnahme ein Abwenden der tödlichen Folgen durch ärztliche Hilfeleistung als *Erfolgsabwendungspflicht des Garanten* fordert, vermag sich der Senat des OLG dieser Auffassung nicht anzuschließen. Im Einklang mit dem BGH sei der Suizident bis zum Zeitpunkt des Bewusstseinsverlusts Herr des Geschehens. Und selbst mit Überschreiten dieses Moments greift für den Senat noch nicht zwingend die Garantenpflicht: „Gleichwohl ist jedoch festzuhalten, dass der Verlust der Handlungsfähigkeit nicht ohne weiteres den Übergang der Tatherrschaft auf den Garanten zur Folge hat und dass nach diesem Zeitpunkt das Unterlassen von Rettungsmaßnahmen nicht unbedingt kausal für den Todeseintritt sein muß. Voraussetzung für den Übergang der effektiven Tatherrschaft und für das Vorliegen der Kausalität ist jedenfalls, dass der Garant die tatsächliche Möglichkeit besitzt, durch sein Eingreifen dem Geschehen die entscheidende Wende zu geben [...], und dass der Tod bei sorgfältiger ärztlicher Hilfe mit einer an Sicherheit

---

<sup>131</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 39f.

<sup>132</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 41.

<sup>133</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 41.

grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht oder erheblich später eingetreten wäre.“<sup>134</sup> Der Senat verneint im vorliegenden Fall den Übergang der Tatherrschaft auf Hackethal, da auch im Falle von dessen sofortigem Eingreifen nach Gifteinnahme der Todeseintritt nicht sicher auszuschließen gewesen wäre. Des Weiteren kann die Kausalität des Nichteingreifens für den Todeseintritt nicht sicher nachgewiesen werden, d. h. auch ein ärztlicher Rettungsversuch hätte den Tod der Patientin vermutlich nicht verhindern können.<sup>135</sup>

Der entscheidende Aspekt in der Beurteilung des Senats liegt in der Bedeutung, die er der Patientenautonomie beimisst. Während die Strafkammer<sup>136</sup> die „Rechtspflicht zur Erfolgsabwendung“, d. h. die Garantenpflicht, aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis ableitet, das durch die Übernahme der ärztlichen Behandlung entsteht, vertritt der Senat hier einen gänzlich anderen Standpunkt. Die auf den Lebensschutz zielende Garantenstellung sei im vorliegenden Fall entfallen, „da einer Zwangsbehandlung der erklärte Wille der freiverantwortlich handelnden, einsichtsfähigen Suizidentin [...]“<sup>137</sup> entgegen gestanden habe. Das Selbstbestimmungsrecht schließe auch die Selbstbestimmung zum Tode ein.<sup>138</sup> Aus der Perspektive des Senats steht der Patientenwille auch über den Zeitpunkt des Bewusstseinsverlusts hinaus über einer Behandlungspflicht. Koch beurteilt die Durchsetzung dieses Standpunkts als richtungweisend in der Judikative: „Mit in der Rechtsprechung bis dahin noch nicht beobachteter Klarheit führt das OLG München unter Berufung auf die im Schrifttum ganz überwiegend vertretene Auffassung aus, das Selbstbestimmungsrecht begrenze die prinzipiell vereinbarungsabhängige Garantenschutzverantwortung des Arztes.“<sup>139</sup>

Die Garantenstellung gilt demnach nicht unter allen Umständen, wenn an der Freiheit und Unabwendbarkeit des Suizidwillens kein Zweifel besteht. Sieht man das Arzt-Patienten-Verhältnis auf der Basis eines Behandlungsvertrags, so kann der Patient den Arzt aus dieser kündbaren Rechtsbeziehung entlassen, denn er verliert weder aufgrund des Entschlusses zum Suizid noch infolge des Suizidversuchs seine Rechts- und

---

<sup>134</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 42f.

<sup>135</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 42.

<sup>136</sup> Als Strafkammern bezeichnet man die in der Berufungsinstanz tätigen *kleinen* und die in erster Instanz zuständigen *großen* Kammern der Landgerichte im Strafverfahren, hier also die Strafkammer des LG Traunstein.

<sup>137</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 44.

<sup>138</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 44f.

<sup>139</sup> Koch (1991 b), S. 46.

Geschäftsfähigkeit.<sup>140</sup> „Verweigert der freiverantwortliche, in Todesgefahr schwebende Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts die Einwilligung in die Vornahme dringend gebotener ärztlicher Eingriffe, so entfällt das aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis abgeleitete Behandlungsrecht und die auf den Lebensschutz abzielende Behandlungspflicht des Arztes, er wird zum Begleiter im Sterben und bleibt nur noch Garant für die Basisversorgung des Patienten. [...] Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten begrenzt damit die prinzipiell vereinbarungsabhängige Garantenschutzverantwortung des Arztes.“<sup>141</sup> Die vom OLG eingeräumte Einschränkung der Garantspflicht durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird vom BGH im Fall Wittig abgelehnt, da der Patientenwille in diesem Falle unbeachtlich sei.<sup>142</sup> In der Zulässigkeit der Ablehnung ärztlicher Behandlung liegt für den Senat des OLG hier kein Unterschied zwischen „Normal-“ und Suizidpatienten vor, wenn deren freier Wille sicher ist. Da dies in Urteilsbegründungen des BGH auch jüngeren Datums nicht als Grundvoraussetzung angenommen wird, hat sich Kutzer der normativen Frage des Unterschieds zwischen „Normalpatienten“ und Suizidpatienten angenommen (vgl. Kap. 6.5).<sup>143</sup>

Das OLG München stellt die Gültigkeit des vom einsichtigen Patienten ausgesprochenen Willens durch Bewusstseinsverlust nicht in Frage, auch wenn dieser einen Behandlungs- oder Rettungsverzicht beinhaltet. Voraussetzung ist, dass keine Anzeichen für eine Meinungsänderung erkennbar sind. Nach Schreiber muss dies auch für die Hilfspflicht nach eintretender Bewusstlosigkeit gelten, „wie ja auch die Einwilligung in einen Heileingriff nicht mit dem Eintritt der Bewusstlosigkeit ihre Wirkung verliert [...]“<sup>144</sup>.

Der Senat des OLG sieht die hier aufgezeigten und für den Urteilsspruch entscheidenden Bedingungen nur für den *Fall Hackethal* als extreme Ausnahmesituation gegeben. Eine Verhinderung der Selbsttötung hätte in diesem

---

<sup>140</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 47.

<sup>141</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 45f.

<sup>142</sup> Vgl. Schreiber (1998), S. 32. Der BGH kommentiert: „Wenn nämlich der Suizident die tatsächliche Möglichkeit der Beeinflussung des Geschehens („Tatherrschaft“) endgültig verloren hat, weil er infolge Bewusstlosigkeit nicht mehr von seinem Entschluss zurücktreten kann, hängt der Eintritt des Todes jetzt allein vom Verhalten des Garanten ab. In dessen Hand liegt es nunmehr, ob das Opfer, für dessen Leben er von Rechts wegen einzustehen hat, gerettet wird oder nicht. [...] Daß der Garant durch sein Verhalten den früher geäußerten Wunsch des Sterbenden erfüllen will, ändert daran nichts.“ BGH (1984), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 11.

<sup>143</sup> Kutzer (2005).

<sup>144</sup> Vgl. Schreiber (1998), S. 32.

Krankheitsstadium eine bloße Verlängerung des Leidens bedeutet.<sup>145</sup> Eine aufgezwungene Verhinderung des freiverantwortlichen Suizids hätte nicht als „Hilfe“ gewertet werden können, weshalb nicht einmal der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung erfüllt sei.<sup>146</sup> Das Prinzip der Unverfügbarkeit des Lebens gelte aber – so das OLG München – in Übereinstimmung mit dem BGH keineswegs absolut und ausnahmslos und hänge von der jeweils vorliegenden Situation ab.<sup>147</sup>

Über das strafrechtliche Verfahren gegen Julius Hackethal hinaus wird 1988 ein standesrechtliches vor dem Berufsgericht der Bayerischen Ärztekammer eingeleitet. Dieses spricht sich wegen Hackethals „unärztlichen Verhaltens“ für einen Entzug der Approbation aus. Die dafür zuständige Verwaltungsbehörde folgt dieser Empfehlung jedoch nicht. Hackethal verpflichtet sich in einer schriftlichen Erklärung, keine berufsständisch unzulässige oder unregelte Sterbehilfe mehr zu leisten.<sup>148</sup>

### **4.3 Stellungnahme der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zur Rechtsprechung**

Aus der Notwendigkeit heraus, eine Brücke zu schlagen zwischen der generellen Ablehnung einer ärztlichen Beteiligung am Suizid seitens der Bundesärztekammer und der unbefriedigenden und lückenhaften rechtlichen Situation, hat die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz<sup>149</sup> sich im Jahre 2004 der Problematik angenommen und die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum konkreten Geschehen der Suizidassistenz analysiert. Mit ihren Thesen hat die Kommission den Weg für die weitere juristische Bearbeitung bereitet, in deren Folge die Gesetzesvorschläge des „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung“ (AE-StB) von 2006 entstanden sind.

Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz befasst sich in ihrem Bericht „Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und

---

<sup>145</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 52.

<sup>146</sup> Koch (1991 b), S. 47.

<sup>147</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 52.

<sup>148</sup> Koch (1991 b), S. 40.

<sup>149</sup> Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz wurde von der Mainzer Landesregierung eingesetzt und tagt seit 1985 unter dem Vorsitz der Justizminister Peter Caesar, danach Herbert Mertin und in der laufenden Legislaturperiode Heinz Georg Bamberger.

Selbstbestimmung des Patienten“ nicht nur mit der Diskrepanz zwischen standes- und strafrechtlichen Regelungen, sondern verdeutlicht auch das Spannungsverhältnis zwischen den Interessen der betroffenen Akteure. Der Untertitel des Berichts trifft die spezifische Problematik des ärztlich assistierten Suizids im Kern. Die Kluft zwischen ärztlichem Ethos und Patientenautonomie dient in der Diskussion wohl als häufigstes Argument zur Abwehr des assistierten Suizids. Zu untersuchen gilt, inwieweit dies bei genauerer Analyse tragfähig ist.

In der Präambel benennt die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz die Grundlagen, auf denen sie ihre ethische Argumentation aufbaut: „Weder die Ärztinnen und Ärzte noch die Rechtsordnung können gegenüber den neuen Herausforderungen auf überkommenen Standards und Regelungen künstlicher Lebenserhaltung und Lebensverlängerung beharren. Die nötige Neuorientierung muss ethisch reflektiert sein und kann sich in Deutschland am Grundgesetz orientieren. In deren [sic!] oberstem Wert, der Menschenwürde, wurzelt das Selbstbestimmungsrecht. Dieses umfasst die Entscheidung über das eigene Sterben und über lebenserhaltende Eingriffe und schließt eine rein fremdbestimmte Erhaltung oder Verlängerung des Lebens aus.“<sup>150</sup> Diese Aussagen erscheinen im Zuge der noch zu betrachtenden aktuellen Diskussion progressiv.

Die Ausführungen der Bioethik-Kommission bieten weitere Ansatzpunkte für die Diskussion: Nach geltendem Recht wird „die straflose Beihilfe zur Selbsttötung von der strafbaren Tötung auf Verlangen danach abgegrenzt, wer das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht.“<sup>151</sup> Entscheidend für die rechtliche Beurteilung der Suizidassistenz ist, wie bereits erwähnt, der Zeitpunkt des Bewusstseinsverlusts des Suizidenten. Solange ein Patient aus freier Entscheidung ohne psychische Erkrankung und ohne Beeinflussung durch einen Dritten Suizid begeht und bei vollem Bewusstsein ist, darf der Arzt passiv anwesend sein. Sobald der Patient bewusstlos wird, ist der Arzt verpflichtet, helfend einzugreifen, um sich nicht strafbar zu machen: „Wer einem infolge Suizids Hilflosen in einer lebensbedrohenden Lage die erforderliche Hilfe zur Lebensrettung nicht leistet, macht sich eines Tötungsdeliktes durch Unterlassen strafbar, wenn ihn Garantenpflichten [...] für das Leben des Hilflosen treffen.“<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 8.

<sup>151</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 100.

<sup>152</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 100.

Aber kann dies auch für den Fall gelten, in dem der Patient zuvor ausdrücklich jegliche Hilfe und Rettungsmaßnahme ablehnt? Oder müssen die Autonomie des Patienten und seine Entscheidungsfreiheit über therapeutische Maßnahmen auch für den Fall des Suizids toleriert werden? Auf welche Weise kollidiert die Garantenpflicht auch mit prinzipiellen Forderungen, die aus einer Patientenverfügung erwachsen?

Für den Freispruch von Hackethal weicht das OLG München 1987 von der Auffassung des BGH zur Bedeutung des Patientenwillens ab. Der Senat beschreibt die Diskrepanz zur bisherigen Auffassung des BGH in der Urteilsbegründung: „Dem entgegenstehenden Willen des Suizidenten misst er [der BGH] keine Bedeutung bei, weil der Selbstmörder nicht befugt sei, aus eigenem Willensentschluß über sein Leben zu verfügen. Da das Sittengesetz jeden Selbstmord – von äußersten Ausnahmefällen vielleicht abgesehen – streng mißbillige, da niemand selbstherrlich über sein eigenes Leben verfügen und sich den Tod geben dürfe, könne das Recht nicht anerkennen, dass es die Hilfspflicht des Dritten hinter dem sittlich missbilligten Willen des Selbstmörders zu seinem eigenen Tod zurückzustehen habe (BGHSt 6, 153) [Anm.: BGH-Urteil von 1954].“<sup>153</sup> Im Fall der terminal erkrankten Hermy Eggert sieht das OLG eine Ausnahmesituation, in der – abweichend vom BGH – der Suizidwille den Arzt von der Hilfspflicht befreie, da die „Gefährdete über das bedrohte Rechtsgut verfügen kann.“<sup>154</sup> Als Begründung für die Zulässigkeit der Anerkennung des Suizidwillens für die Ausnahmefälle terminalen Leidens erklärt das OLG, dass der Wert des geopfert Lebens, das nur noch Qual und Leid bedeute, in diesem Fall weniger in die Waagschale falle als die Erlösung.<sup>155</sup>

Im „Alternativentwurf Sterbehilfe“ von 1986 wird auf die Position des BGH und dessen heikle Formulierung Bezug genommen: Die oben zitierte moralische Auffassung des BGH stamme aus dem Jahre 1954<sup>156</sup> und entspreche den Glaubensgrundsätzen der christlichen Konfessionen, die eine Selbsttötung missbilligten, weil sich der Mensch das von Gott gegebene Leben nicht nehmen dürfe.<sup>157</sup> Mit Recht kritisieren die Verfasser die Basis dieser Rechtsauffassung. Das Grundgesetz gehe von einem weltanschaulich neutralen Staat aus. Dieser dürfe keinesfalls religiöse Grundsätze strafrechtlich auf

---

<sup>153</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 52.

<sup>154</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 52.

<sup>155</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 53.

<sup>156</sup> Vgl. dazu Koch (1991 b), S. 45.

<sup>157</sup> Vgl. AE-Sterbehilfe (1986), S. 27.

Kosten der Freiheit Andersdenkender durchsetzen: „Das moralische Verwerflichkeitsurteil einzelner darf in einem weltanschaulich neutralen Staat nicht zur Richtlinie des Verhaltens aller gemacht werden.“<sup>158</sup> Fraglich ist darüber hinaus, ob eine Urteilsbegründung von 1954 überhaupt noch dem Stand der Rechtsprechung gerecht wird. Aus aktueller Sicht erscheint die damalige Formulierung jedenfalls unangemessen.

Auch die Bioethik-Kommission widerspricht mit ihren Thesen den Ausführungen des BGH, wonach mit eintretendem Bewusstseinsverlust der zuvor anzuerkennende Suizidwunsch zu vernachlässigen sei. Aus Sicht der Kommission ist der Suizidwunsch unabhängig vom Bewusstseinszustand des Suizidenten zu tolerieren, wenn er wohl bedacht und unbeirrbar, aus freier Entscheidung getroffen wurde und auf persönlicher Überzeugung basierte. Die Frage der Freiverantwortlichkeit führt für die Kommission zu einer Einschränkung: „Vorliegend geht es ausschließlich um Schwerkranke und um aus diesem Grund aus eigenem Entschluss sterbewillige Patienten.“<sup>159</sup>

Die Entscheidung der Kommission, die Unabhängigkeit des aktuell geäußerten Patientenwillens nicht vom Bewusstseinszustand des Betroffenen abhängig zu machen, erscheint schon deshalb als konsequent, da ohne dieses Vorverständnis auch eine wesentliche Grundlage für die Geltung der Patientenverfügung fehlt. Mündliche Willensäußerungen des Patienten sollen gleichermaßen verbindlich sein. Kann sich der Betroffene nicht mehr äußern, soll nach seinem *mutmaßlichen* Willen gehandelt werden. Warum sollte dies für Suizidenten nicht gelten, wenn der bewusst geäußerte Wille bereits akzeptiert wurde. Würde der Patientenwille seine Bedeutung verlieren, sobald der Betroffene nicht mehr Herr des Geschehens ist, gerieten die grundsätzlichen Pfeiler des Selbstbestimmungsrechtes und der Patientenautonomie ins Wanken.

Wie im Urteil des OLG beschränkt die Kommission jedoch ihre Überlegungen auf den Patientenkreis mit unheilbaren Krankheiten, deren tödlicher Ausgang in kurzer Zeit bevorsteht. Diese Patientengruppe – so die Kommission – müsse gesondert betrachtet werden, da hier völlig andere Umstände zu berücksichtigen seien: „Unbestritten gibt es [...] Leidenszustände, die auch durch eine Schmerzmittelbekämpfung nicht zu

---

<sup>158</sup> AE-Sterbehilfe (1986), S. 27.

<sup>159</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 103.

beseitigen sind.“<sup>160</sup> In besonderen Härtefällen müssten eigene rechtliche Regelungen geschaffen werden, da nicht angezweifelt werden könne, „dass Leiden und Schmerz beim Einzelnen einen Zustand herbeiführen können, den er selbst als unvereinbar mit einem menschenwürdigen Leben ansieht.“<sup>161</sup> Für einzelne Fälle unheilbarer Krankheit und aussichtsloser Leidenssituationen müsste die Garantenpflicht außer Kraft gesetzt werden, um Sterbenskranken ärztlichen Beistand bis zum Eintreten des Todes zu gewährleisten. Die Selbsttötung sei dann als „persönliche Inanspruchnahme des aus der individuellen Menschenwürde resultierenden Freiheits- und Selbstbestimmungsrechtes“<sup>162</sup> zu verstehen. Dies gründe darauf, dass in Philosophie, Theologie und Recht durchaus anerkannt sei, „dass es Situationen gibt, in denen der Selbsttötung die zentrale Norm der menschlichen Würde nicht entgegensteht.“<sup>163</sup>

Im Hinblick auf das Standesethos der Ärzteschaft, ihren Heilauftrag und das zu Grunde liegende Tötungstabu, hat sich die Kommission geschlossen für die Beibehaltung des standesrechtlichen Verbots der *ärztlichen* Suizidbeihilfe ausgesprochen: Räume man für bestimmte Ausnahmefälle eine grundsätzliche standesrechtliche Zulässigkeit ein, so drohe in der Folge eine Normenauflösung. Interessanterweise ist sich die Kommission nicht einig hinsichtlich der Handhabung der standesrechtlichen Verfolgung in bestimmten Einzelfällen. Hierzu liegen ein Mehrheits- und ein Minderheitsvotum vor.

Die Mehrheit der Mitglieder befürwortet es, eine Sanktion unter bestimmten Ausnahmebedingungen entfallen zu lassen, in denen die ärztliche Assistenz beim Suizid aufgrund der Tragik des Geschehens als „ethisch hinnehmbar und legitimierbar“ angesehen werden könne.<sup>164</sup> Dies treffe z. B. zu auf „Fälle unerträglichen, unheilbaren Leidens, das trotz Ausschöpfung aller palliativmedizinischen Maßnahmen nicht ausreichend zu lindern ist“.<sup>165</sup> In einer solchen Notlage sei es vertretbar, dass Ärzte die ausdrücklich gewünschte Selbsttötung des Patienten ermöglichten oder unterstützten, wenn passive oder indirekte Sterbehilfe nicht möglich sei.<sup>166</sup> Hierzu müsse jeder Fall individuell von einer Ethik-Kommission geprüft werden.

---

<sup>160</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 104.

<sup>161</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 104.

<sup>162</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 104.

<sup>163</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 104.

<sup>164</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 107f.

<sup>165</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 107.

<sup>166</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 108.

Die Minderheit lehnt *jegliche* ärztliche Beteiligung am Suizid weiterhin ab: „Auch Fälle unerträglichen, unheilbaren Leidens begründen wegen der notwendigen Bewahrung des Vertrauens in ärztliches Handeln und der Gefahr des Dammbrochs nicht eine standesrechtlich legitimierte ärztliche Beihilfe zum Suizid.“<sup>167</sup> Der Dammbroch führt nach Meinung der Minderheit der Kommissionsmitglieder zur aktiven Sterbehilfe hin.

Auch die entstehende Rechtsunsicherheit dient als ablehnende Begründung. Weiterhin sei es niemals die Aufgabe von Ärzten, bei einer Selbsttötung zu helfen: „Schon der Anschein der Duldung von ärztlich assistiertem Suizid, der aus einem Sanktionsverzicht im Einzelfall folge, bringe die Ärzteschaft insgesamt in ein Zwielicht, wenn nicht sogar in Misskredit.“<sup>168</sup>

Die Mehrheit der Kommission ist jedoch der Auffassung, man „schütze mit der strengen Auffassung der Minderheit letztlich ausschließlich das ärztliche Selbstverständnis, jedoch zu Lasten von Patienten, die man sich selbst überlässt. Die Bewahrung des generellen Vertrauens in ärztliches Handeln könne, so gewichtig sie sei, keine Rechtfertigung dafür sein, dem einzelnen objektiv nicht linderbares Leiden zuzumuten.“<sup>169</sup>

Das Ergebnis erscheint als ein etwas sperriger und unstimmiger Kompromiss, wobei die strikte Beibehaltung des standesrechtlichen Verbots ohne die Schaffung von Ausnahmeregelungen einerseits, die Einräumung der Sanktionsfreiheit in individuell zu prüfenden Einzelfällen andererseits, nicht als klare Linie nachvollziehbar ist. Dieses Ergebnis unterstreicht einmal mehr die Komplexität der Diskussion um straf- und standesrechtliche Regelungen. Fraglich bleibt, ob es Ärzten zugemutet werden soll, in einem tragischen Einzelfall gegen das Standesrecht zu verstoßen, um im Nachhinein auf ein Entfallen der Sanktion hoffen zu müssen, da strafrechtliche Regelungen unklar sind und standesrechtliche Grundlagen fehlen.

Eine Lockerung der Garantenpflicht böte Angehörigen oder Ärzten die Möglichkeit, durch ihre Anwesenheit dem Sterbenden über seinen Bewusstseinsverlust hinaus Beistand zu leisten. Dieser Handlung läge die Akzeptanz des unmittelbar und direkt

---

<sup>167</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 144.

<sup>168</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 144.

<sup>169</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 108.

zuvor geäußerten Patientenwillens zu Grunde, der jegliches Eingreifen nach Bewusstseinsverlust ablehnt. Dies wäre eine Fortführung der bestehenden Regelung der Straffreiheit des Arztes bei passiver Anwesenheit bis zum Bewusstseinsverlust.

Anderenfalls müsste folgerichtig und konsequent die Anwesenheit des Arztes beim Suizid generell verboten werden. Denn sobald dieser in Kenntnis des Vorhabens den Patienten nicht an der Umsetzung hindert, droht dem Betroffenen unmittelbare Gefahr durch sich selbst. Konstatiert werden muss jedenfalls, dass die bestehende Regelung nicht nur undurchsichtig, sondern vor allem inkonsequent ist.

Der rechtlichen Regelung fehlt bisher die notwendige Transparenz, ein Problem, das aus der Tabuisierung des Themas entsteht und zur Verunsicherung aller Beteiligten beiträgt. Wie stark die öffentliche Anteilnahme an diesem medizinethischen Konflikt ist, zeigt der hier erörterte Fall von Julius Hackethal.<sup>170</sup> Die moralische Verantwortung des Arztes wiegt schwer. Die Konfliktpunkte sind vielfältig, neben der Gewissensfrage und der moralischen Grundeinstellung stehen das ärztliche Rollenbild, das sich aus verschiedenen Kriterien zusammensetzt, sowie die rechtliche Zulässigkeit. Durch undurchsichtige standes- und berufsrechtliche Verhältnisse wird der ohnehin belastende Umgang mit Sterbewilligen im terminalen Erkrankungsstadium noch erschwert. Das Handeln der Ärzte kann durch die Angst beeinflusst werden, sich strafbar zu machen oder unmoralisch und damit gegen das ärztliche Ethos zu handeln. Die Klärung der Rechtslage in Übereinstimmung mit ethischen Grundsätzen und ein transparenter Umgang mit den anstehenden Fragen könnten dies vermeiden.

Um Transparenz, Enttabuisierung und inhaltliche Logik hat sich der Deutsche Juristentag 2006 bemüht und den bereits erwähnten Alternativentwurf vorgelegt, dessen Thesen im Folgenden näher betrachtet werden sollen.

---

<sup>170</sup> Vgl. Der Spiegel (1984).

#### 4.4 Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (2006) und Thesen des Deutschen Juristentages 2006

Im Jahr 2006 wird von einem Arbeitskreis deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer der *Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB)* vorgestellt. Es handelt sich um eine Überarbeitung, Erweiterung und Aktualisierung des „Alternativentwurf Sterbehilfe“ (AE-Sterbehilfe) aus dem Jahre 1986, ein Gesetzesentwurf, der damals vom 56. Deutschen Juristentag „[...] mit großen Mehrheiten bezüglich der passiven und der indirekten Sterbehilfe ‚als Entscheidungshilfe für den Arzt und als Orientierungshilfe für die Rechtspraxis‘ angesehen wird.“<sup>171</sup> Die Empfehlung an den Gesetzgeber, den aktuellen Entwurf von 2006 umzusetzen, bleibt aufgrund zu vieler offener Diskussionspunkte allerdings aus.<sup>172</sup>

Zwischen den Alternativentwürfen von 1986 und 2006 werden zwar zahlreiche Vorschläge, Entwürfe, Berichte und Stellungnahmen zu verschiedenen Themen der Sterbehilfedebatte vorgelegt, jedoch allesamt nicht umgesetzt, d. h. gesetzlich nicht verankert.<sup>173</sup> Dies führt zu den bereits angesprochenen folgenreichen Lücken der strafrechtlichen Regelung. Dringenden Handlungsbedarf sieht auch die Arbeitsgruppe um Torsten Verrel und Heinz Schöch, die den *AE-StB* auf dem 66. Deutschen Juristentag im September 2006 vorstellt. Die Brisanz der Notwendigkeit, klare Regelungen gesetzlich zu verankern, wird im einführenden Statement betont: „Die im Strafgesetzbuch enthaltenen Vorschriften über den Lebensschutz (Tötungsdelikte) stammen aus einer Zeit, in der man sich noch keine Gedanken darüber machte, dass es einst möglich sein würde, dem Schicksal einer tödlichen Erkrankung entgegenzutreten und dabei einzelne Körperfunktionen auch über lange Zeit künstlich aufrecht zu erhalten. Folglich fehlen ausdrückliche gesetzliche Regelungen darüber, in welchen Fällen es ausnahmsweise zulässig sein könnte, den Arzt von seiner Pflicht zur

---

<sup>171</sup> AE-StB (2006), S. 4.

<sup>172</sup> Vgl. AE-StB (2006), S. 4.

<sup>173</sup> Beispiele:

- 5.11.2004, Bundesministerium der Justiz: Referenten-Entwurf für ein Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts
- 2004, Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ unter Leitung des Vorsitzenden Richters am Bundesgerichtshof a. D. Klaus Kutzer
- 2004, Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz: „Bericht über Sterbehilfe und Sterbebegleitung“
- 2005, Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zur Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen
- 2004, Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages: Zwischenbericht über Patientenverfügungen

Lebenserhaltung zu entbinden oder ihm gar lebensverkürzende Eingriffe zu gestatten. Diese Lückenhaftigkeit des Gesetzes und die daraus resultierende Rechtsunsicherheit wird schon seit langem beklagt.<sup>174</sup> Auf Anregung des Berichts der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004 wird der *AE-StB* aufgegriffen und modifiziert, um eine Einbringung in ein Gesetzgebungsverfahren zu ermöglichen.

Einige ausgewählte Gesetzesvorschläge, die zum ärztlich assistierten Suizid im *AE-StB* entworfen wurden, sollen hier wiedergegeben werden:<sup>175</sup>

#### „§ 215 Nichthinderung einer Selbsttötung

- (1) Wer es unterlässt, die Selbsttötung eines anderen zu hindern oder einen anderen nach einem Selbsttötungsversuch zu retten, handelt nicht rechtswidrig, wenn die Selbsttötung auf einer freiverantwortlichen und ernstlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren Entscheidung beruht.
- (2) Von einer solchen Entscheidung darf insbesondere nicht ausgegangen werden, wenn der andere noch nicht 18 Jahre alt ist oder wenn seine freie Willensbestimmung entsprechend §§ 20, 21 StGB beeinträchtigt ist.
- (3) Sofern die Ausschlussgründe des Absatzes 2 nicht vorliegen, ist auch bei einem tödlich Kranken eine freiverantwortliche Selbsttötung nicht ausgeschlossen.

#### § 215a Gewinnsüchtige Unterstützung einer Selbsttötung

Wer die Selbsttötung eines anderen aus Gewinnsucht unterstützt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Entwurf eines Sterbebegleitungsgesetzes:

#### § 2 Dokumentationspflichten bei Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen und ärztlich assistiertem Suizid

- (1) Wer als Arzt oder als von ihm ermächtigte Person lebenserhaltende Maßnahmen begrenzt, beendet oder unterlässt, hat die Gründe hierfür schriftlich zu dokumentieren.
- (2) Das gleiche gilt für einen Arzt, der einem tödlich Kranken auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen straflose Suizidbeihilfe gemäß § 4 dieses Gesetzes leistet.

---

<sup>174</sup> *AE-StB* (2006), S. 3.

<sup>175</sup> *AE-StB* (2006), S. 36-38.

#### § 4 Ärztlich assistierter Suizid

- (1) Ein Arzt darf auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen eines tödlich Kranken nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zur Abwendung eines unerträglichen und unheilbaren Leidens Beihilfe zur Selbsttötung leisten.
- (2) Ein Arzt ist zu einer solchen Hilfe nicht verpflichtet, soll jedoch auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten nach Möglichkeit an einen anderen Arzt verweisen, der hierzu bereit ist.“

Mit nahezu identischem Wortlaut zum „Alternativentwurf Sterbehilfe“ von 1986 ist nun in § 214 zur Beendigung oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen festgelegt, dass keine rechtswidrige Handlung vorliegt, wenn es sich um ein ausdrückliches und ernstliches Verlangen des Patienten handelt oder weitere Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr indiziert sind. Dies soll nach Absatz 2 auch für den Fall eines Zustands nach freiverantwortlichem Selbsttötungsversuch gelten.<sup>176</sup>

Die Gesetzesvorschläge des § 215 zum Umgang mit Nichthinderung einer Selbsttötung bleiben im Großen und Ganzen nahe an der Vorlage von 1986. Nicht rechtswidrig ist der ausbleibende Hinderungs- bzw. Rettungsversuch „[...] wenn die Selbsttötung auf einer freiverantwortlichen und ernstlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren Entscheidung beruht.“<sup>177</sup> Hier ist nur der Wortlaut etwas abgeändert, in der Fassung von 1986 heißt es noch „[...] wenn die Selbsttötung aus einer freiverantwortlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren ernstlichen Entscheidung beruht.“<sup>178</sup> Die Ernstlichkeit der Entscheidung spielt neben der Freiverantwortlichkeit deshalb eine so große Rolle, da hiermit die Straflosigkeit bei Nichteingreifen im Falle eines bloßen Appell- oder Verzweiflungssuizids ausgeschlossen und die „folgschwere Gleichgültigkeit im menschlichen Zusammenleben verhindert“<sup>179</sup> werden sollen.

Ulf Neumann und Frank Saliger kritisieren, dass das Kriterium der Ernstlichkeit lediglich Rückschlüsse auf die Motivation des Suizidenten erlaube, sich hiervon aber

---

<sup>176</sup> AE-StB (2006), S. 36.

<sup>177</sup> AE-StB (2006), S. 37.

<sup>178</sup> AE-StB (2006), S. 6.

<sup>179</sup> AE-StB (2006), S. 31.

keine klare Abgrenzung der Verantwortungsbereiche der Beteiligten ableiten lasse.<sup>180</sup> Weiterhin nehmen sie Anstoß an der neuen Formulierung, da durch den Wortlaut nicht mehr erkennbar sei, dass die *Ernstlichkeit* der Entscheidung aus den Umständen erkennbar sein müsse und nicht nur aus der Entscheidung selbst.<sup>181</sup> Fraglich ist, ob ein Arzt, der zur bewusstlosen Person hinzukommt, überhaupt aus den Umständen die Freiverantwortlichkeit und Ernstlichkeit des Entschlusses zum Suizid feststellen kann. Dies ist wohl nur durch eine längere Phase der Betreuung, intensive Gespräche und vielleicht durch die Anwesenheit während der endgültigen Entscheidung vor der Tat einschätzbar. Denn auch die mündliche oder schriftliche Willensbekundung des Betroffenen muss nicht zwingend ein Kriterium für die Ernstlichkeit sein, wenn dies nicht schon ein über längere Zeit stabil gebliebener Wunsch ist.<sup>182</sup>

Der Umstand des Stadiums einer terminalen Erkrankung erleichtert die Entscheidungsfindung, da die Ernstlichkeit des Willens im Falle größten Leidens eher nachzuvollziehen ist. So wird 1986 im „Alternativentwurf Sterbehilfe“ festgestellt, dass das Vorliegen eines schweren und dauerhaften Leidenszustandes eine wichtige Indizwirkung für eine freiverantwortliche und ernstliche Entscheidung habe.<sup>183</sup>

Klare Stellung bezieht der juristische Entwurf zur ärztlichen Mitwirkung am Suizid aus eigennützigen Motiven: „Der ärztlich assistierte Suizid bei tödlich Kranken ist weder strafrechtlich noch standesrechtlich zu missbilligen, während die Suizidbeihilfe aus Gewinnsucht strafwürdig ist.“<sup>184</sup> Der ausdrückliche Ausschluss der Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid bei Kindern und Jugendlichen, bei psychisch Kranken (§§ 20, 21 StGB beinhalten die Schuldunfähigkeit bzw. verminderte Schuldfähigkeit wegen krankhafter seelischer Störungen), beim Appellsuizid oder bei Kurzschlusshandlungen und im Falle der Beteiligung aus Gewinnsucht sollen Schutz vor Missbrauch bieten und Rettungsversuche bei jeglichem Zweifel an Freiverantwortlichkeit oder Ernstlichkeit der Entscheidung garantieren. Die Grenzen für unfreien Suizid sind bewusst recht weit gesteckt worden, da Selbsttötung nach reiflicher Überlegung der Suizidforschung zu

---

<sup>180</sup> Neumann / Saliger (2006) S. 286.

<sup>181</sup> Vgl. Neumann / Saliger (2006), S. 286.

<sup>182</sup> Vgl. dazu auch die Anforderungen, die Rippe stellt (Kap. 2.2.2)

<sup>183</sup> AE Sterbehilfe (1986), S. 30.

<sup>184</sup> AE-StB (2006), S. 7.

folge eher eine Seltenheit sei. Im Regelfall müsse das Eingreifen durch einen Garanten gewährleistet bleiben.<sup>185</sup>

Neumann und Saliger kritisieren die starre Altersgrenze von 18 Jahren, da auch bei Jugendlichen ausweglose Situationen unstillbaren Leidens vorliegen könnten, die nicht weniger vor einer Verzweiflungstat zu schützen seien. Vielmehr müsse man feststellen, ob der Suizidwunsch aus den Umständen nachvollziehbar sei, oder ob eine altersbedingt mangelnde Entscheidungskompetenz vorliege.<sup>186</sup> Eine Anerkennung und Mitwirkung am Suizid bei Jugendlichen unter 18 Jahren erscheint jedoch auch in extremen Ausnahmefällen als äußerst gewagte Forderung. Dennoch leuchtet ein, was Verrel in seinem Gutachten zum 66. Deutschen Juristentag festhält: „Von schwerer und unweigerlich zum Tode führender Krankheit kann auch dieser Personenkreis betroffen sein und es ist nicht ersichtlich, dass junge Menschen in dieser Situation per se nicht in der Lage wären, einen freiverantwortlichen Suizidwunsch zu bilden und nicht in eine Lage geraten könnten, in der eine ggf. unterstützte Selbsttötung der letzte selbstbestimmte und nachvollziehbare Ausweg aus unerträglichem Leiden ist.“<sup>187</sup> Das Kriterium der Ernstlichkeit schließe bereits fehlende Folgenabschätzung und Unerfahrenheit mit Krisensituationen aus, zusätzlich solle aber noch die Voraussetzung der unabänderlichen Entscheidung zur Sicherheit hinzugezogen werden.<sup>188</sup> Umstritten bleibt, ob bei Jugendlichen rechtlich grundsätzlich eine Freiverantwortlichkeit unterstellt werden kann, oder ob eine strenge Prüfung durch psychiatrische Gutachter in Zusammenarbeit mit den Eltern den Einzelfall differenziert bewerten müsste. Zudem stellt sich die Frage, mit welchen Methoden und nach welchen Kriterien die Ernstlichkeit des Entschlusses sicher festgestellt werden könnte. Allein die unterschiedliche Reife von Jugendlichen gleichen Alters macht eine einheitliche Grenzziehung schwierig. Ungeklärt ist, wie im Falle der Ablehnung des jugendlichen Suizidwunsches durch die Eltern zu entscheiden wäre.

Die Garantenpflicht nach § 13 StGB mit der Verpflichtung zu ärztlichen Rettungsmaßnahmen wird im AE-StB im Falle freiverantwortlichen und ernstlichen Suizids abgelehnt: „Es ist widersprüchlich, dem Suizidgehilfen die Beschaffung eines

---

<sup>185</sup> AE-StB (2006), S. 30f.

<sup>186</sup> Neumann / Saliger (2006), S. 287.

<sup>187</sup> Verrel (2006 a), S. C 113.

<sup>188</sup> Verrel (2006 a), S. C 113.

Tötungsmittels zu gestatten und ihn zum Eingreifen zu verpflichten, wenn es gewirkt hat. Damit wird die gesetzliche Entscheidung, die Selbsttötung und die Teilnahme daran straflos zu lassen, umgangen.“<sup>189</sup>

Mit dem neuen Entwurf eines Sterbebegleitungsgesetzes und dem darin enthaltenen § 4 macht der AE-StB von 2006 einen klaren Strich unter die lange Diskussion um die Frage des Gültigkeitsbereichs der Garantenpflicht und geht sogar ein Stück weiter. Es soll einem Arzt demnach gestattet sein, auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen eines tödlich Kranken zur Abwendung eines unerträglichen und unheilbaren Leidens Beistand bei der Selbsttötung zu leisten. Hierzu wird die Position ganz eindeutig kommentiert: „Da die Rechtsprechung [...] keinen klaren Ausweg aus der von ihr zuletzt vor 20 Jahren statuierten Rettungspflicht findet, ist es erforderlich in § 215 Abs. 1 AE-Sterbebegleitung klarzustellen, dass es nach einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung keine nachträgliche Rettungspflicht gibt.“<sup>190</sup> Die Notwendigkeit einer solchen juristischen Stellungnahme wird bereits seit langer Zeit von vielen Seiten gefordert und bringt eine klare Linie in die bisherige Regelung. Würde man dies ablehnen, müsste man auch die bisher geltenden Regelungen zur straffreien Anwesenheit vor Bewusstseinsverlust und das Bereitstellen der Medikamente ändern.

Neumann und Saliger begrüßen die Erweiterung des § 215 um die Straffreiheit bei Unterlassen von Rettungsversuchen nach ernstlichem Selbsttötungsversuch, denn „damit würde der älteren Rechtsprechung des BGH, die mehrfach die Straflosigkeit der Suizidbeihilfe und –nichthinderung durch eine Bestrafung des Garanten wegen Nichtintervention nach Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten konterkariert hatte, der Boden entzogen.“<sup>191</sup>

Auch auf die bisherige grundsätzliche Ablehnung jeglicher ärztlicher Beteiligung am Suizid durch die Bundesärztekammer geht der AE-StB ein. Für die Verfasser ist diese Position unter Annahme des Regelfalls als richtig nachvollziehbar, nicht aber für Ausnahmefälle terminaler Erkrankung, die im Endstadium unter Umständen trotz ausreichender palliativmedizinischer Versorgung mit unstillbarem Leid verbunden sein

---

<sup>189</sup> AE-StB (2006), S. 32.

<sup>190</sup> AE-StB (2006), S. 32.

<sup>191</sup> Neumann / Saliger (2006), S. 287.

kann.<sup>192</sup> Für diese Extremfälle beruft sich der Arbeitskreis auf die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz. Diese stellt in ihrem Bericht 2004 fest, dass zwar generell nicht von einem standesrechtlichen Verbot abgewichen werden sollte, dass jedoch mit der „Erkenntnis, dass es unerträgliches und unheilbares Leiden gibt, das objektiv nicht zu lindern ist“<sup>193</sup> die Tragik des Geschehens in Ausnahmefällen die Straffreiheit rechtfertige. Unter gleicher Prämisse geht der Ansatz des AE-StB für den Entwurf des neuen Sterbebegleitungsgesetzes noch einige Schritte weiter. Der Paragraph zum ärztlich assistierten Suizid ist bei weitem nicht so vorsichtig formuliert wie die Ansätze der Kommission. Aus Sicht der Juristen weicht die Konzeption der zulässigen Beihilfe zum Suizid in besonders tragischen Konstellationen von irreversibler Erkrankung und Leid von der bisher ebenso für Einzelfälle zulässigen indirekten Sterbehilfe oder Sedierung im Falle schlimmsten Leidens Sterbenskranker nicht weit ab.<sup>194</sup> Neumann und Saliger messen dem neuen Entwurf des Sterbebegleitungsgesetzes große Bedeutung für die aktuelle Diskussion bei. Durch die Befürwortung nicht nur der *strafrechtlichen*, sondern auch der *standesrechtlichen* Zulässigkeit ärztlicher Suizidassistenz nimmt der AE-StB bewusst eine Contra-Position zu den Grundsätzen der Bundesärztekammer ein: Dies sei im Ergebnis wie in der Begründung überzeugend und verdiene nachdrückliche Unterstützung.<sup>195</sup>

Um möglichem Missbrauch eines Gesetzes zum assistierten Suizid vorzubeugen, ist mit § 215 a ein neuer Straftatbestand der „Unterstützung einer Selbsttötung aus Gewinnsucht“ vorgesehen. Diese Bestimmung folgt der Empfehlung der Bioethik-Kommission und zielt mit der Absicht strenger Auslegung in Richtung der Sterbehilfeorganisationen „Dignitas“ und „Exit“.<sup>196</sup> In Verrels Gutachten wird nochmals betont, dass der Strafgrund nicht in erster Linie der Schutz des Lebens vor unfreier Selbsttötung sei, sondern vor allem die Verhinderung einer Kommerzialisierung der Suizidassistenz.<sup>197</sup> Neumann und Saliger bringen die Schwierigkeiten der Verfasser des AE-StB zur Sprache, ein geschütztes Rechtsgut für diese Norm zu benennen. Das Leben als solches könne dafür nicht dienen, da ein strafrechtlicher Schutz im Falle eigenverantwortlich verübten Suizids weg falle. So bleibe als Rechtsgut nur die

---

<sup>192</sup> AE-StB (2006), S. 32.

<sup>193</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 107.

<sup>194</sup> AE-StB (2006), S. 32.

<sup>195</sup> Neumann / Saliger (2006), S. 287.

<sup>196</sup> Vgl. AE-StB (2006), S. 33f.

<sup>197</sup> Verrel (2006 b), S. 117.

„Ausnutzung der Notlage eines tödlich kranken Menschen, die bei Gewinnsucht ethisch verwerflich ist“.<sup>198</sup> Neumann und Saliger betonen, dass die „Ausnutzung einer Notlage“ kein Rechtsgut sei. Dass diese Formulierung misslungen sei, liege aber nicht an sprachlichem Ungeschick, sondern an der sachlichen Schwierigkeit eines tragfähigen Rechtsgutes. Sie weisen daraufhin, dass sozialetische Verwerflichkeit eben nicht „rechtsgutverletzend“ meint, für die Kriminalisierung einer lediglich verwerflichen Handlung sei in einem rechtsstaatlichen Strafrecht kein Raum.<sup>199</sup> Wie an solchen Schwierigkeiten ersichtlich wird, finden immer wieder Gratwanderungen statt. Das Schaffen eines rechtssicheren Raums erfordert klare Grenzziehung und stichhaltige Formulierungen mit tragfähigen Inhalten, die Missbrauchsgefahren abdecken. Andererseits muss Betroffenen und Ärzten auch Freiraum zur individuellen Handhabung und Entscheidungsfindung eingeräumt werden.

In einem Vortrag zum AE-StB stellt die Juristin und Mitverfasserin Heike Jung fest, dass die Basis des Entwurfs die Beachtung der Patientenautonomie sei, die sich wie ein roter Faden durch das gesamte Konzept ziehe.<sup>200</sup> Diese Perspektive lässt die Bedeutung eines bestimmten Krankheitsstadiums völlig hinter der des Patientenwillens zurücktreten. Das Selbstbestimmungsrecht ermöglicht so Behandlungsbegrenzungen über den bisher unbestrittenen und akzeptierten Rahmen (terminales Stadium, Todesnähe) hinaus. In der Umsetzung bedeutet dies die klare Entscheidung des Konflikts zwischen Paternalismus und Autonomie zugunsten der letzteren.

Vor allem am zentralen Aspekt der Gewichtung der Autonomie wird die starke Diskrepanz zur Position der Bundesärztekammer deutlich. Durch die Fokussierung auf den Patientenwillen sieht der juristische Entwurf vor, Ärzten zu gestatten „auf ernstliches und ausdrückliches Verlangen eines tödlich Kranken nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zur Abwendung eines unerträglichen und unheilbaren Leidens Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten“.<sup>201</sup> Die Vertretung der Ärzteschaft nimmt jedoch angesichts der Frage nach assistiertem Suizid Abstand von der Patientenautonomie. Sie wehrt sich heftig gegen jegliche Herstellung einer Verbindung zwischen Ärzten und der Mitwirkung am Suizid und tendiert zu einer

---

<sup>198</sup> AE-StB 2006, S. 34.

<sup>199</sup> Neumann / Saliger (2006), S. 287f.

<sup>200</sup> Jung (2006), S. 5; S. 8.

<sup>201</sup> Jung (2006), S. 8.

paternalistischen Haltung. Zur Begründung werden das ärztliche Ethos und das Argument der „Unärztlichkeit“ einer Mitwirkung am Suizid ins Feld geführt.

Verrel bringt in seinem Gutachten zum 66. Deutschen Juristentag noch eine weitere These zur Sprache: „Die gesetzliche Bestätigung der Straflosigkeit der Teilnahme am freiverantwortlichen Suizid ist auch geboten, um die Berechtigung des strikten Verbots der Tötung auf Verlangen zu verdeutlichen.“<sup>202</sup> Wer nicht die Kraft dazu finde, sein Leben eigenhändig zu beenden, obwohl er noch physisch dazu in der Lage sei, gebe Anlass zu Zweifeln an der Ernsthaftigkeit und Endgültigkeit seines Sterbewillens. Solange strafrechtlich die Hilfe anderer beim Suizid nicht verboten sei, dürfe die aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen kein Gehör finden.<sup>203</sup> Hier ist jedoch einzuwenden, dass eine straf- und standesrechtliche Zulässigkeit der Suizidassistenz sich zweifelsfrei nicht nur mit der Abgrenzung zur verbotenen aktiven Sterbehilfe begründen lässt.

Verrel sieht im Vorliegen eines terminalen Erkrankungsstadiums keine zwingende Einschränkung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung: „Der Entschluss zur Selbsttötung kann auch und gerade dann, wenn er unter der Wirkung besonderer körperlicher oder psychischer Leiden gefasst wird, Ausdruck einer freien Willensentscheidung sein.“<sup>204</sup> Er gehört – um mit Bormuth zu sprechen – zu den Vertretern einer kritischen Freiheit im Suizid. Erkenntnisse aus der empirischen Suizidforschung haben allerdings schon die Verfasser des Alternativentwurfs Sterbehilfe 1986 dazu veranlasst, eine entsprechende Passage in den Kommentar einzuarbeiten: „Der Entschluss zur Selbsttötung ist nicht als solcher pathologisch.“<sup>205</sup>

Eine zentrale These von Verrel dürfte als Appell an die Bundesärztekammer zu werten sein, nämlich die bedingungslose Missbilligung der ärztlichen Suizidassistenz einer differenzierten standesrechtlichen Begutachtung weichen zu lassen und im Falle palliativmedizinisch unstillbaren Leids als ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung zu tolerieren.<sup>206</sup>

---

<sup>202</sup> Verrel (2006 a), S. C 111.

<sup>203</sup> Verrel (2006 a), S. C 111.

<sup>204</sup> Verrel (2006 a), S. C 112.

<sup>205</sup> AE Sterbehilfe (1986), S. 25.

<sup>206</sup> Verrel (2006 a), S. C 122.

Bedenkenswert sind auch die Einschätzungen des Palliativmediziners und medizinischen Gutachters Gian Domenico Borasio zu diesem Aspekt. Für die Sonderfälle freiverantwortlichen und nicht pathologischen Suizids, z. B. im Falle einer tödlichen Erkrankung mit irreversiblen Verlauf, solle die Entscheidung zur Selbsttötung ohne standesrechtliche Missbilligung respektiert werden. Weiterhin gibt Borasio zu bedenken, dass die ärztliche Garantenstellung dazu beitragen könne, dass der Betroffene seine Suizidwünsche verschweige, was zum Nachteil in der Suizidprävention führe. Deshalb spricht er sich bei den entsprechenden Fällen für die Aufhebung der Garantenpflicht aus.<sup>207</sup>

Soweit folgt Borasio der geschilderten juristischen Perspektive. Mit einer weiteren These nimmt er jedoch von der bisherigen Richtung Abstand und bekräftigt die Sichtweise der Bundesärztekammer. Die Verknüpfung zwischen der Ausübung des ärztlichen Berufs und strafloser Suizidassistenz könne wegen der negativen Konsequenzen für das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht gutgeheißen werden: „Dies verstößt gegen die ethische Grundausrichtung des Arztberufs und kann außerdem zu unzulässigen Interessenskonflikten führen. Es ist zeitaufwändiger, schwieriger und teurer, einem Patienten eine adäquate palliative Betreuung zukommen zu lassen, als ihm ein Rezept für eine tödliche Medikamentendosis auszuhändigen. Insoweit ist eine standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids grundsätzlich zu bejahen.“<sup>208</sup>

Nach diesen Ausführungen drängen sich einige Fragen auf. Zunächst einmal ist zweifelhaft, dass Ärzte, wenn sie die Wahl haben, den Weg der Rezeptausstellung wählen, nur weil er der einfachere und kostengünstigere ist. Weiterhin ist fraglich, ob sie dies erst dann und vor allem deshalb täten, weil der assistierte Suizid standesrechtlich nicht mehr missbilligt würde. Wenn das so wäre und sie zuvor nur die standesrechtliche Missbilligung von einem solchen Handeln abgehalten hätte, spräche dies nicht für die Verinnerlichung des ärztlichen Ethos. Welchen Einfluss hat also das standesrechtliche Gebot auf das ärztliche Handeln? Muß es immer wieder von außen an den Arzt herangetragen werden, oder sollte es sich jeder Arzt so zu eigen gemacht haben, dass er dieses Gebot eigenverantwortlich umsetzen kann.

---

<sup>207</sup> Borasio (2006), S. 30.

<sup>208</sup> Borasio (2006), S. 30.

Nach Abwägung aller Thesen und Argumente wurden auf dem 66. Deutschen Juristentag nach Abstimmung die mehrheitlich angenommenen Beschlüsse zum ärztlich assistierten Suizid gefasst und in den Alternativentwurf eingearbeitet. Die Verteilung der Stimmen<sup>209</sup> zu Einschränkungen der Hinderungs- und Rettungspflicht zeigt sich ganz eindeutig: „Nicht strafbar ist, wer in Kenntnis der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung diese nicht verhindert“ (angenommen mit 101:10 Stimmen, 6 Enthaltungen) und wer „eine nachträgliche Rettungspflicht unterlässt“ (angenommen mit 97:14 Stimmen, 8 Enthaltungen). Einige Stimmen weniger erhält der Beschluss über die Aufhebung der Garantenpflicht im Falle eines freiverantwortlichen Suizids: „Dies gilt auch für Personen in einer Garantenstellung“ (angenommen mit 80:20 Stimmen, 14 Enthaltungen). Weiterhin wurde abgestimmt über die Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit und die Strafbarkeit der Gewinnsucht bei Förderung einer Selbsttötung. Die Stimmverteilung zur straflosen Teilnahme am Suizid fällt nicht mehr so deutlich zugunsten des Beschlusses aus, dennoch erhält er eine eindeutige Mehrheit: „Die Poenalisierung einer Teilnahme am Suizid ist – den Regeln der allgemeinen Strafrechtsdogmatik folgend – abzulehnen (angenommen mit 51:32 Stimmen, 24 Enthaltungen).“<sup>210</sup> Der Beschluss zur Aufweichung der standesrechtlichen Missbilligung erhält ebenfalls eindeutigen Zuspruch: „Die ausnahmslose standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids sollte einer differenzierten Beurteilung weichen, welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert.“ (angenommen mit 72:27 Stimmen, 12 Enthaltungen).

Die Zahl der öffentlichen Debatten zeigt das gestiegene Bedürfnis nach Klarheit und Transparenz der rechtlichen Regelungen auch für das Lebensende. Jung schreibt in ihrer Anmerkung: „Sterben, das ist uns allen bewusst, ist kein regulierbarer Vorgang. Wir weichen deshalb auch spontan zurück, wenn nach dem Gesetzgeber gerufen wird. Hier sind in erster Linie Zuwendung, Mitgefühl und Einfühlungsvermögen gefragt. [...] Dennoch darf sich das Recht gerade an dieser Stelle nicht zurückziehen. Denn der Schutz der Menschenwürde und des Lebens zwingen dazu, bestimmte Pflöcke einzuschlagen. Das Recht wird auch in den letzten Stunden des Menschen mit seiner

---

<sup>209</sup> Alle Beschlüsse und die Stimmverteilung sind aus Deutscher Juristentag (2006), S. 7-14 entnommen.

<sup>210</sup> Deutscher Juristentag (2006), S. 12.

Orientierungsfunktion präsent bleiben und verinnerlicht werden müssen, ohne dass es deswegen den Sterbevorgang gedanklich überwölben sollte. Insofern gilt es Klarheit und Behutsamkeit miteinander zu versöhnen.<sup>211</sup> Eine transparente und unmissverständliche Gesetzeslage zum assistierten Suizid soll also nicht die Entscheidungen und Gestaltung der Sterbephase dominieren.

Der Alternativentwurf nennt das Problem beim Namen: „Auch wenn die Furcht vieler Ärzte vor strafrechtlicher Verfolgung in aller Regel unbegründet, ja mitunter geradezu irrational ist, hat sie [...] erheblichen Einfluss auf deren Entscheidungsverhalten.“<sup>212</sup> Eine größere Rechtssicherheit soll einen Rahmen bieten, in dem sich die Betroffenen gemeinsam bewegen können. Dies eröffnet Sterbewilligen einen Weg aus der Einsamkeit ihrer Entscheidung. Auch der Nationale Ethikrat sieht die Verunsicherung der Ärzteschaft und deren Konsequenz, nämlich „dass sinnvolle und indizierte medizinische Maßnahmen der ärztlichen Therapie am Lebensende unterbleiben aus Sorge, in den strafbaren Bereich der aktiven Sterbehilfe zu gelangen.“<sup>213</sup> Ist das gesetzliche Feld geklärt, können sich die Akteure auf das konzentrieren, was wichtig ist: Eine gemeinsame individuelle Entscheidungsfindung von Patienten, Angehörigen und medizinischem Personal für die Gestaltung eines würdevollen Sterbens. Der Betroffene muss nicht befürchten, andere der Gefahr auszusetzen, sich strafbar zu machen.

---

<sup>211</sup> Jung (2006), S. 2.

<sup>212</sup> AE-StB (2006), S. 13.

<sup>213</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 35.

## 5. **Ärztlich assistierter Suizid aus Sicht von Ständesrecht und Ständesethik**

### 5.1 **Ständesethische und -rechtliche Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids**

Neben den strafrechtlichen Grundsätzen gilt für Ärzte auch das Berufs- bzw. Ständesrecht. Obwohl rechtliche Konsequenzen und die Angst vor Bestrafung zunächst meist mit strafrechtlicher Verfolgung assoziiert werden, ist diese zweite Ebene keineswegs unbedeutend. In kaum einem anderen Bereich haben berufsständische Regelungen eine ähnliche Tradition und Verbreitung wie auf dem Gebiet des ärztlichen Handelns. Diese Selbstverpflichtungen dienen primär einer Prägung und Festigung professioneller Werte und Standards.<sup>214</sup> Die berufsständischen Regelwerke, die (Muster-)Berufsordnung und die einzelnen Berufsordnungen der (Landes-) Ärztekammern, werden im Folgenden näher vorgestellt und ihre Inhalte zu Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid untersucht. Daneben bestehen zahlreiche standesspezifische und medizinethische Stellungnahmen, z. B. „Leitlinien zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie“ (1996)<sup>215</sup> und die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ (2006)<sup>216</sup>. Den Kernfragen der Ständesethik kommt in der Debatte eine immense Bedeutung zu. Die Argumente beziehen sich häufig auf das ärztliche Ethos, meist besteht aber eine eher undefinierte und verschwommene Vorstellung, welche Inhalte sich hinter dem gewichtigen Begriff verbergen.

In der Vertretung der Ärzteschaft herrscht eine deutliche Ablehnung jeglicher ärztlicher Beteiligung am Suizid vor, wie sie auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung“ niedergelegt ist: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“<sup>217</sup> Im Folgenden sollen die Grundsätze und ihre Bedeutung für die Debatte um ärztlich assistierten Suizid eingehend untersucht werden. Die vehemente Abwehr der ständesethischen Vertretung

---

<sup>214</sup> Vgl. Koch (1991 a), S. 23; Dies erklärt vermutlich die heftigen Proteste gegen die Feststellung von Taupitz, weder der hippokratische Eid noch das Genfer Gelöbnis hätten rechtliche Wirksamkeit. Beides ist unbestreitbar, rührt jedoch an das tief verankerte Selbstverständnis des Arztes und seiner Selbstverpflichtungen; Taupitz (2009), S. A – 695.

<sup>215</sup> Abgedruckt bei Wolfslast / Conrads (2001), S. 97-116.

<sup>216</sup> Nationaler Ethikrat (2006).

<sup>217</sup> Grundsätze der BÄK 2004, S. A – 1298.

fällt besonders im Kontrast zur Entwicklung der juristischen Tendenzen und zu den zitierten Stimmen aus der Ethikdiskussion auf.

Verrel hält diese grundsätzliche Abwehrhaltung für nicht gerechtfertigt: „Die Absolutheit, mit der die BÄK-Grundsätze die ärztliche Assistenz beim Suizid als unethisch verwerfen, wird jedoch solchen (Ausnahme)Fällen nicht gerecht, in denen Patienten keinerlei Aussicht auf eine Besserung oder wenigstens Linderung ihrer krankheitsbedingten Leiden haben.“<sup>218</sup> Der Vorschlag eines Sterbebegleitungsgesetzes des AE-StB solle die BÄK zum Überdenken der Grundsätze bewegen. Verrel appelliert in seinem Gutachten auch im Hinblick auf die sich entwickelnden Sterbehilfeorganisationen an die „ärztlichen Landesorganisationen, zu einer differenzierteren Beurteilung der ärztlichen Suizidbeihilfe zu finden und ihre Grundsätze zur Sterbebegleitung zu überarbeiten, wie dies die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Ende 2004 mit ihren Richtlinien getan hat.“<sup>219</sup> Weiterhin gibt er zu bedenken, dass im Falle unstillbarer Qualen tödlich Erkrankte nur noch auf den nahe bevorstehenden Tod warteten und dessen Eintritt nicht durch Therapiebegrenzung beschleunigt werden könne. Hier gebe es keine ethischen Bedenken gegen ärztlich assistierten Suizid, der dem Überlassen nicht ausgebildeter Sterbehelfer vorzuziehen sei.<sup>220</sup>

An dieser Argumentation ist grundsätzlich vieles nachvollziehbar, dennoch ist anzumerken, dass gerade an Verrels Formulierung die Gründe für den Widerstand der Ärzteschaftsvertretung deutlich gemacht werden können. Denn der Wortlaut „nicht ausgebildete Sterbehelfer“ impliziert, dass Ärzte, wenn ihnen der Vorzug für Suizidassistenz geben werden soll, auch gleichzeitig das Gegenteil darstellen, nämlich die „ausgebildeten Sterbehelfer“. Die Ärzteschaft möchte aber keinesfalls in die Nähe der Vorstellung geraten, ihre Profession sei als Sterbehelfer zu nutzen. Gerade die Angst, mit diesem unbesetzten Feld in Verbindung gebracht zu werden, erklärt auch in Ausnahmefällen die grundsätzliche Ablehnung und macht diese Haltung verständlich.

---

<sup>218</sup> Verrel (2006 a), S. C 115.

<sup>219</sup> Verrel (2006 a), S. C 116.

<sup>220</sup> Verrel (2006 a), S. C 115.

## 5.2 Haltung der Bundesärztekammer

### 5.2.1 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.

#### *Aussagen zum ärztlich assistierten Suizid*

Der Stellenwert der Grundsätze wird bei Koch verständlich: „Rechtssystematisch unterhalb der Ebene des kodifizierten Landesrechts angesiedelt, aber als bedeutsame Auslegungshilfe zu verstehen sind Richtlinien bzw. Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer.“<sup>221</sup> Seit der ersten Fassung von 1979 mit dem Titel „Richtlinien der Bundesärztekammer für die Sterbehilfe“<sup>222</sup> sind einige Versionen verabschiedet worden, deren formale und inhaltliche Änderungen den zeitlichen Wandel und den damit verbundenen Umgang mit dem Thema Sterbehilfe und -begleitung widerspiegeln. In der ersten Überarbeitung von 1993 bleibt zwar der Begriff „Richtlinie“ im Titel erhalten, „Sterbehilfe“ wird jedoch aus den oben bereits deutlich gemachten, für die Ärzteschaft entscheidenden Gründen durch „Sterbebegleitung“ ersetzt. 1998 wird eine weitere Neufassung mit dem Titel „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ überschrieben, der auch in der neuesten Version von 2004 beibehalten wird.

Der Übergang zu der Bezeichnung „Grundsätze“ ist insofern wegweisend, da sich Richtlinien im allgemeinen Sprachgebrauch durch einen höheren Grad an Verbindlichkeit und durch Sanktionierbarkeit auszeichnen. Grundsätze hingegen sind nicht absolut verpflichtend, haben aber einen Bekenntnischarakter. Sie bilden die Grundlage für nachfolgende Überlegungen und stellen eine Richtschnur dar, von der in Ausnahmefällen auch abgewichen werden kann. Für die Entwicklung der Grundsätze der BÄK könnte dieser terminologischer Wandel eine Tendenz weg von Verbindlichkeit und Sanktionierbarkeit beinhalten. Zu den Beweggründen dieser Umformulierung konnte keine Information gefunden werden. Heyo Eckel, ehemaliger Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, gibt in einem Statement folgendes zu bedenken: „Allerdings können diese Richtlinien keine Vorschriften bedeuten, sondern sie sollen dem Arzt bei der Entscheidungsfindung helfen. Seitdem Ärzte tätig sind, ist die eigene ärztliche Verantwortung unteilbar, sie kann dem Arzt auch nicht in der wohl

---

<sup>221</sup> Koch (1991 b), S. 41.

<sup>222</sup> BÄK (1979), S. A – 957-960.

schwierigsten Tätigkeit im Grenzbereich zwischen Leben und Tod abgenommen werden.“<sup>223</sup>

In den Richtlinien von 1979 wird der ärztlich assistierte Suizid noch nicht als eigener Gegenstand der Debatte um Sterbehilfe behandelt. Betont wird im Kommentar zur rechtlichen Lage lediglich die Garantenpflicht, jedoch eher im Zusammenhang mit passiver Sterbehilfe.<sup>224</sup> In der Fassung von 1993 erscheint die Formulierung „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist unärztlich“<sup>225</sup> erstmals, was sicherlich historisch mit der öffentlichen und fachlichen Diskussion um die Fälle Hackethal und Wittig Mitte der 80er Jahre zu erklären ist. Auch die Version von 1998 behält den Aspekt inhaltlich bei, die Formulierung wird jedoch leicht verändert, indem „unärztlich“ durch „widerspricht dem ärztlichen Ethos“ ersetzt wird.<sup>226</sup>

In den aktuellen Grundsätzen der BÄK von 2004 wird in der Formulierung von 1998 beibehalten, dass der Arzt nicht aktiv am Suizidgeschehen beteiligt sein darf: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“<sup>227</sup> Die Vertretung der Ärzteschaft lehnt damit jegliche Beihilfe zur Selbsttötung als unärztlich und unethisch strikt ab. Eine genaue Definition und Präzisierung der Mitwirkung bleiben offen. Die Inhalte einer solchen ärztlichen bzw. unärztlichen Tätigkeit werden nicht konkretisiert, Handlungspflichten nicht differenziert und zulässige, dem Ethos entsprechende Handlungsalternativen werden nicht erörtert. Auch die Sonderbedingungen im Falle terminaler Erkrankung und Suizidwunsch aufgrund unstillbaren Leids werden nicht aufgeschlüsselt.

In einem Beitrag von Eggert Beleites heißt es ganz allgemein, die Begleitung Sterbewilliger oder die Anwesenheit beim Suizid sei Ärzten nicht generell verboten.<sup>228</sup> Dieser Aussage zu Folge und auf Grundlage der obigen Maßgabe muss demnach zwischen *verbotener Mitwirkung* und *nicht grundsätzlich untersagter Begleitung und Anwesenheit* unterschieden werden.<sup>229</sup>

---

<sup>223</sup> Eckel (1998), S. 15.

<sup>224</sup> BÄK (1979), S. A – 957-960.

<sup>225</sup> BÄK (1993), S. B – 1791f.

<sup>226</sup> Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (1998), S. A – 2366.

<sup>227</sup> Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004), S. A – 1298.

<sup>228</sup> Beleites (2004), S. A – 1297.

<sup>229</sup> Diese Unterscheidung trifft auch Hoppe in der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid (2010). S. A – 1385.

Beleites begründet die Notwendigkeit einer Neuauflage der Grundsätze im Jahr 2004 (in der bewussten Beibehaltung mancher Formulierungen) mit einer großen Anzahl von Umfragen in der Bevölkerung, die ärztliche Suizidassistenz befürworteten und Stimmen aus Recht und Medien, die sich ebenfalls für die Beihilfe von Ärzten aussprachen. Weiterhin solle sie eine Antwort auf die Entwicklung hin zur aktiven Sterbehilfe in Nachbarländern bieten. Nach eingehender Beratung hat der Vorstand der BÄK eine klare Ablehnung der ärztlichen Mitwirkung am Suizid und der aktiven Sterbehilfe formuliert.<sup>230</sup> Die Ärzteschaft werte die Suizidassistenz als unärztlich: „Sie ist der Meinung, dass die Probleme des Sterbens durch die Öffnung der Sterbehilfe, auch im Sinn des ärztlich assistierten Suizids, nicht gelöst werden können.“<sup>231</sup>

Auffallend ist die sowohl inhaltliche als auch formale Nähe, die zwischen aktiver Sterbehilfe und Suizidhilfe hergestellt wird. Dies ist ein in der argumentativen Diskussion häufig auftretendes Phänomen. Übergangen wird hierbei die immense Bedeutung der Tatherrschaft, die bei der Tötung auf Verlangen abgegeben wird, während der Suizident dies in der Regel nicht tut. Im letzteren Fall bleiben die Autonomie und die Entscheidungsfreiheit bis zum Schluss erhalten. Diese beiden Ereignisse gemeinsam zu diskutieren, wird den Tatsachen nicht gerecht.

Beleites erklärt die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe u. a. mit der Befürchtung, die äußeren Bedingungen für die Palliativmedizin könnten sich verschlechtern, und mit der Gefahr des moralischen und sozialen Drucks auf kranke Menschen.<sup>232</sup> Die normative Begründung der Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids bleibt jedoch aus. Es hat den Anschein, als sollten die ausdrücklich für aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen vorgebrachten Negativargumente auch für den assistierten Suizid gelten. Auch Ausnahmebedingungen für seltene Einzelfälle terminal Kranker werden nicht diskutiert.

Insgesamt sind für derartige Sonderbedingungen wenige Informationen seitens der Vertretung der Ärzteschaft zu finden. Hier könnten das Problem der Garantienpflicht und die Haltung der Ärzteschaft zum Nichteingreifen für bestimmte Konstellationen angesprochen werden. Beispielsweise könnte es Bedeutung haben, dass zwischen Arzt

---

<sup>230</sup> Beleites (2004), S. A – 1297.

<sup>231</sup> Beleites (2004), S. A – 1297.

<sup>232</sup> Beleites (2004), S. A – 1297.

und Patient ein jahrelanges Vertrauensverhältnis entstanden ist und der Arzt Leid und Willen des Betroffenen gut kennt.

### **5.2.2 Leitlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.**

#### ***Wandel vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Modell***

1998 findet in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung ein Paradigmenwechsel statt: Aus dem paternalistischen Modell wird ein partnerschaftliches. Eggert Beleites betont, dass dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten Priorität eingeräumt wird: „So wurde die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung, zuvor ein unumstößliches Prinzip ärztlicher Berufsausübung, erstmalig [...] eingeschränkt.“<sup>233</sup> Indem der Patientenwille in das Zentrum des medizinischen Handelns rückt, ist es möglich, bei infauster Prognose von einer kurativen Therapie zu einer palliativmedizinischen zu wechseln. Zudem wird die Patientenverfügung erstmals als bindend erklärt, was die Bedeutung des Patientenwillens unterstreicht.

Für die Beziehung zwischen Arzt und Patient am Lebensende ist dies ein entscheidender Wandel, da der Patient in seiner Abhängigkeit Möglichkeiten zur Selbstbestimmung gewinnt. Der Arzt entscheidet nicht mehr paternalistisch und mehr oder weniger autoritär für den Patienten, welcher Weg der richtige ist. Patient und Arzt sollen im Idealfall gemeinsam erörtern, welche medizinische Versorgung in Anspruch genommen werden soll. Der Arzt ist als Experte verpflichtet, dem Patienten das notwendige Wissen an die Hand zu geben, mit dem dieser für sich selbst die beste Entscheidung treffen kann.

Beleites hebt den wesentlichen Aspekt des Wandels hervor: „Wenn man vor wenigen Jahren den Satz ‚Salus aegroti suprema lex‘ als selbstverständlich ansah, so gilt heute in vermehrtem Maß ‚Voluntas aegroti suprema lex‘. Der Wille des Patienten ist also dem Wohl des Patienten übergeordnet.“<sup>234</sup>

Begriffe wie „Sterbehilfe“ oder „Behandlungsabbruch“ werden in den neuen Grundsätzen vermieden. Wie bereits erwähnt, soll die Bezeichnung „Sterbebegleitung“ betonen, dass die Intention der Ärzte stets die Behandlung des Patienten und nie die

---

<sup>233</sup> Beleites (2004), S. A – 1297.

<sup>234</sup> Beleites (1998 b), S. 58.

Herbeiführung des Todes ist. Bei infauster Prognose ändere sich lediglich das Therapieziel.<sup>235</sup> Die Priorität der Linderung des Leidens vor der Lebenserhaltung im Falle infauster Prognose basiert auf dem Respekt vor dem Patientenwillen. Die Annahme dieser Grundlage wäre auch eine Voraussetzung für die Aussetzung einer Garantenpflicht im Ausnahmefall.

In der Zusammenschau sind in der Entwicklung der Richtlinien bzw. Grundsätze zur Sterbebegleitung klare Tendenzen hin zu einem höheren Stellenwert der Patientenautonomie zu verzeichnen. Dem Patientenwillen wird zunehmend mehr Gewicht eingeräumt, die Entscheidungsfreiheit des Kranken wird gegenüber den medizinisch-technischen Möglichkeiten der Lebenserhaltung bedeutender.

### 5.3 Standesrechtliche Regelungen

Die berufsständischen Regelungen nehmen neben der strafrechtlichen Gesetzgebung einen eigenen Raum ein. Wer strafrechtlich freigesprochen ist, kann dennoch bei bestehendem sogenanntem *berufsrechtlichem Überhang* vor dem Berufsgericht verurteilt werden. Die vom Vorstand der Bundesärztekammer (Muster-)Berufsordnung (MBO) für die deutschen Ärzte wird auf dem Deutschen Ärztetag diskutiert und verabschiedet und entfaltet erst Rechtswirkung, „wenn sie durch die Kammerversammlungen der Ärztekammern als Satzung beschlossen und von den Aufsichtsbehörden genehmigt“<sup>236</sup> worden ist. Das bedeutet, die (Muster-)Berufsordnung stellt eine berufsrechtliche Vorlage dar, deren Umsetzung die Landesärztekammern der verschiedenen Bundesländer individuell auslegen und bestimmen können. Nach behördlicher Genehmigung entstehen hieraus die Berufsordnungen der Kammern, die trotz Orientierung an der (Muster-)Berufsordnung inhaltlich und in ihren Formulierungen variieren können.<sup>237</sup>

Bei den Untersuchungen zu den standesspezifischen Rechtsbestimmungen ist aufgefallen, dass in der (Muster-)Berufsordnung und deren Umsetzung in den einzelnen Berufsordnungen kaum präzise Aussagen zu Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid

---

<sup>235</sup> Beleites (2004), S. A – 1297.

<sup>236</sup> MBO (2006), S. 1.

<sup>237</sup> Vgl. Ratzel / Lippert (2002), S. 27.

getroffen werden. Diese Feststellung macht Hans-Georg Koch bereits 1991 in seiner Übersicht zu ärztlichem Standesrecht: „Die Musterberufsordnung und die auf ihrer Grundlage bestehenden Berufsordnungen der einzelnen Ärztekammern als zentrale Normen des ärztlichen Standesrechts enthalten kaum Bestimmungen zu bestimmten Formen ärztlichen Handelns. Auch die Sterbehilfe ist nicht explizit geregelt.“<sup>238</sup> In der Fassung der Beschlüsse des 100. Ärztetags von 1997 und fünfmaligen Änderungen anlässlich der darauf folgenden Ärztetage bis zur aktuellsten Version des Jahres 2006 hat sich an Kochs Aussage jedoch nicht viel geändert.

Zur Sterbehilfe bleiben die berufsrechtlichen Normen allgemein und zurückhaltend formuliert. Das ärztliche Handeln wird nicht präzise geregelt. Diese These soll für den ärztlich assistierten Suizid im Folgenden anhand von Beispielen untersucht und belegt werden.

### ***5.3.1 Der ärztlich assistierte Suizid in der (Muster-)Berufsordnung***

Christoph Fuchs und Thomas Gerst beschreiben in ihrem Beitrag „Entwicklungen der (Muster-)Berufsordnung“ durch welche Veränderungen sich die aktuelle Fassung von 1997 auszeichnet: „Der 100. Deutsche Ärztetag hat sich 1997 in Eisenach intensiv mit dem vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten Entwurf einer (Muster-)Berufsordnung auseinandergesetzt. Der schließlich vom Plenum des Deutschen Ärztetags verabschiedete Text bedeutet eine umfassende Neugliederung und Überarbeitung der bisher geltenden (Muster-)Berufsordnung. Auffällig ist die verstärkte Hinwendung zu ethischen Grundsatzfragen, wie sie etwa in der Hervorhebung der Patientenrechte oder der Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung zum Ausdruck kommt. In die gleiche Richtung weisen die Bestimmungen der neuen (Muster-)Berufsordnung, mit denen der Arzt bei den Tätigkeiten, die medizinisch-ethische Probleme aufwerfen, an die Richtlinien (Handlungsleitlinien) der Ärztekammern gebunden wird oder mit denen verbindliche Vorgaben zur Sterbebegleitung gemacht werden.“<sup>239</sup>

Diese Vorgaben zur Handhabung ethischer Probleme im medizinischen Alltag sollen nun auf ihre Praxisorientiertheit überprüft werden. Dabei ist zu untersuchen, in welcher

---

<sup>238</sup> Koch (1991 b), S. 39f.

<sup>239</sup> <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1142>; Deutscher Ärztetag (2007), S. 2354-2360.

Hinsicht für den Fall des ärztlich assistierten Suizids verbindliche Normen aufgestellt werden.

Paragraph § 16 der MBO regelt den Beistand für Sterbende, wozu es heißt: „Ärztinnen und Ärzte dürfen – unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientin oder des Patienten stellen.“<sup>240</sup>

Diese Formulierung ist sehr allgemein gehalten, eine ausdrückliche Differenzierung der Formen der Sterbehilfe wird nicht vorgenommen. Auch konkrete Handlungsvorgaben liegen nur begrenzt vor, z. B. das ausdrückliche Verbot der aktiven und die bedingte Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe. Darüber hinaus werden keine Handlungsalternativen der Sterbebegleitung beschrieben. Zum ärztlich assistierten Suizid sind in der MBO keine Stellungnahme und kein ausdrückliches Verbot zu finden. Als Maßstab für das ärztliche Handeln wird der Patientenwille ins Zentrum des Geschehens gestellt. In Verbindung mit dem Leid im terminalen Stadium stellt der Wille des Kranken die Voraussetzung für die Berechtigung einer Änderung des Therapieziels dar.

Lediglich im Kommentar zur MBO von Ratzel und Lippert findet sich eine Erläuterung zum ärztlich assistierten Suizid: „Eine für den Arzt straflose Beihilfe zum Selbstmord liegt dagegen vor, wenn der Patient voll einsichtsfähig ist und das eigentlich zum Tode führende Geschehen ganz in der eigenen Hand hat (Einnehmen überlassener Arzneimittel). Beherrscht der Arzt das Geschehen, etwa durch Injektion oder Infusion eines Medikaments, so macht er sich wegen aktiver Sterbehilfe strafbar.“<sup>241</sup>

Betrachtet man die Praxisorientiertheit der Handlungsvorgaben zur Sterbebegleitung so ist auch die Bedeutung *des Inhalts* der Berufsordnung kritisch zu hinterfragen. Hierzu kommentieren Ratzel und Lippert: „Überhaupt ist zu sagen, dass die Berufsordnung, obgleich im jeweiligen Ärzteblatt bekanntgemacht, unter Ärzten – gelinde gesagt –

---

<sup>240</sup> MBO (2006), S. 16.

<sup>241</sup> Ratzel / Lippert (2002), S. 29.

einen erstaunlich geringen Bekanntheitsgrad genießt, wie bei der Beratung von Ärzten immer wieder zu beobachten ist.“<sup>242</sup> Möglicherweise bieten die allgemeinen Formulierungen für die Anwendung auf konkrete ethische Probleme der Sterbebegleitung im klinischen Alltag zu wenig Hilfe, als dass sie das Interesse der Ärzte auf sich ziehen. Aber ein geringes Informationsbedürfnis oder das Suchen nach anderen Hilfsquellen zur Problemlösung könnten ebenso Gründe für den mangelnden Bekanntheitsgrad der Berufsordnung sein. Alternativ wären die direkte Anfrage bei Ethik-Komitees, die an manchen Kliniken eingerichtet sind, oder die Beratung durch erfahrene Kollegen denkbar.

### ***5.3.2 Umsetzung in Berufsordnungen der Landesärztekammern***

Inwieweit der Handlungsspielraum der (Muster-)Berufsordnung in den Ländern zur individuellen Auslegung genutzt wird, ist für den Bereich der Sterbebegleitung betrachtet worden. Die Berufsordnungen der Länder bleiben jedoch auffallend nah an der Vorlage und weichen selbst in der Formulierung kaum vom Vorbild ab. In den aktuellen Fassungen der Berufsordnungen von Bayern und Baden-Württemberg ist lediglich der letzte Satz gestrichen, indem untersagt wird, das eigene Interesse oder das eines Dritten dem Patientenwohl voran zu stellen.<sup>243</sup>

Bemerkenswert ist, dass in der Berufsordnung Berlin der § 16 zur Sterbebegleitung durch einen zweiten Absatz zur Patientenverfügung erweitert wurde. Die Verbindlichkeit des Patientenwillens ist im Falle fehlender Anzeichen einer nachträglichen Änderung rechtlich festgelegt.<sup>244</sup> Durch diese schriftliche Fixierung der bindenden Funktion einer solchen Verfügung wird der Patientenautonomie eine noch größere Bedeutung eingeräumt. Über diese geringen Veränderungen hinaus, sind keinerlei Abweichungen für den Paragraphen zum Beistand für den Sterbenden auszumachen. Fraglich bleibt die Relevanz der Bestimmungen, deren Form der Fixierung und deren rechtliche Konsequenzen für den Praxisalltag.

Koch schreibt schon 1991 nach den zwei einschlägigen Fällen Hackethal und Wittig (ärztliche Suizidassistenz bzw. Nichtergreifen von Rettungsmaßnahmen): „Im übrigen scheinen Fragen der Sterbehilfe die ärztliche Berufsgerichtsbarkeit noch kaum

---

<sup>242</sup> Ratzel / Lippert (2002), S. 27.

<sup>243</sup> Vgl. Ratzel / Lippert (2002), S. 173.

<sup>244</sup> Vgl. Ratzel / Lippert (2002), S. 173.

beschäftigt zu haben.“<sup>245</sup> Auch scheint der Einfluss der Berufsgerichte weitaus geringer zu sein als allgemein bekannt: Das Berufsgericht empfahl, Hackethal die Approbation zu entziehen, dem kam die zuständige Verwaltungsbehörde jedoch nicht nach. Und was ein ebenso wichtiger Aspekt ist: Die Hürde zum Verlust der Approbation scheint viel höher zu sein, als von den meisten Ärzten befürchtet. Die unklaren Regelungen sind wohl auch auf die geringe Anzahl an Fallbeispielen aus der Vergangenheit zurückzuführen, auf die man sich zur Präzisierung der Rechtsprechung beziehen könnte.

Ratzel und Lippert bemerken zu den möglichen berufsrechtlichen Konsequenzen: „Das Berufsgericht kann gegen einen Arzt, der sich standeswidrig verhalten hat, folgende Konsequenzen aussprechen: Verwarnung, Verweis, Geldbuße, Entziehung des aktiven und passiven Wahlrechts zu den Gremien auf bestimmte Dauer. In einigen Bundesländern kann noch der Anspruch hinzukommen, der Arzt sei unwürdig, seinen Beruf als Arzt auszuüben.“<sup>246</sup>

Um etwas Transparenz in die undurchsichtigen standesrechtlichen Regelung der einzelnen Länder zu bringen und in der Hoffnung, mehr Informationen zu erhalten, als in der Literatur zu finden sind, ist eine Umfrage direkt bei den Landesärztekammern durchgeführt worden, die im Folgenden vorgestellt wird.

## **5.4 Umfrage bei den Landesärztekammern zu standesrechtlichen Konsequenzen**

### ***5.4.1 Ziel und Inhalt der Umfrage***

Die Unsicherheit bezüglich negativer Konsequenzen des assistierten Suizids entsteht aus zweierlei Gründen: Nicht nur die Gesetzeslage lässt Raum für Ungewissheit über drohende Verurteilung mit offenem Strafmaß. Hinzu kommt die erwähnte Möglichkeit der unterschiedlichen standesrechtlichen Handhabung in den Bundesländern, d. h. nach ärztlicher Beteiligung droht ein unklarer Ausgang der Verurteilung vor dem Berufsgericht.

---

<sup>245</sup> Koch (1991 b), S. 40.

<sup>246</sup> Ratzel / Lippert (2002), S. 42.

Bei der Recherche zur berufsrechtlichen Handhabung des ärztlich assistierten Suizids haben sich viele Fragen zur standesrechtlichen Verfolgung aufgetan. Diese sind sicherlich zum Teil aufgrund einer Tabuisierung des Themas, zum Teil aber auch mangels entsprechender Beispiele nicht leicht zu beantworten: Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen einem Arzt im Falle der Beteiligung an einem Patientensuizid, und welche Institution ist zur Entziehung der Approbation berechtigt? Gibt es regionale Unterschiede in der Handhabung solcher Fälle und in der Auslegung der (Muster-)Berufsordnung? Sind bisher exemplarische Fälle bekannt geworden?

Eine Umfrage bei den 17 Landesärztekammern aus 16 Bundesländern (Nordrhein-Westfalen besteht aus der Landesärztekammer Nordrhein und der Landesärztekammer Westfalen-Lippe) soll deshalb Klarheit über die berufsrechtliche Lage schaffen und die eher allgemein gehaltenen Formulierungen der einzelnen Berufsordnungen der Landesärztekammern durch nähere Informationen präzisieren.

Zu diesem Zweck habe ich mich mit folgendem Schreiben per E-Mail an die Rechtsabteilungen und Justiziere der 17 Landesärztekammern der Bundesrepublik gewandt.

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

*ich bin Medizinstudentin im Praktischen Jahr und Doktorandin der Medizinethik an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.*

*Der vorläufige Arbeitstitel meiner Dissertation lautet: "Der ärztlich assistierte Suizid im terminalen Erkrankungsstadium: Bestandsaufnahme der deutschen Debatte und Abwägung der Argumente". Da in verschiedenen Bundesländern unterschiedliche standesrechtliche Regelungen bestehen, wollte ich mich über die möglichen Konsequenzen der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in Ihrem Bundesland genauer informieren.*

*Hierzu hätte ich die Bitte an Sie, mir das im Anhang beigefügte Formular möglichst bald ausgefüllt zurückzusenden. Nähere Informationen zu meinen Fragen finden Sie dort. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung.*

*Vielen Dank für Ihre Mühe schon im Voraus!*

Im Anhang des Schreibens befindet sich ein Fragebogen, der die wichtigsten bisher unbeantworteten Kernaspekte zur Handhabung der berufsrechtlichen Regelungen und möglicher standesrechtlicher Konsequenzen ärztlicher Suizidassistenz in den verschiedenen Bundesländern enthält:

*„Suizid ist in der Bundesrepublik nicht grundsätzlich eine Straftat, somit kann auch die Beihilfe zum Suizid nicht als strafbare Handlung bewertet werden.*

*Im Falle des Suizids eines Patienten gilt für Ärzte jedoch generell die Garantenpflicht. Bei Nichteingreifen droht eine Verurteilung wegen (versuchter) Tötung durch Unterlassen oder unterlassener Hilfeleistung. Bei genauerer Betrachtung des Ereignisses ist es in der Rechtsprechung teilweise als für den Arzt nicht strafbar gewertet worden, wenn er das tödliche Mittel zwar zur Verfügung gestellt, der Patient dieses jedoch bei vollem Bewusstsein und in Kenntnis der tödlichen Wirkung selbst eingenommen hat.*

*Sobald der Suizident das Bewusstsein verliert, tritt aber unter Umständen die Garantenpflicht in Kraft, und der Arzt müsste eingreifen.*

*In der Vergangenheit gab es strafrechtliche Freisprüche, z. B. im Fall Wittig (1984) und im Fall Hackethal (1987). Die berufsrechtlichen Regelungen, standesrechtlichen Konsequenzen und die hierfür verantwortlichen Institutionen variieren in den Bundesländern. Bitte beantworten Sie mir die Fragen zu den für Ihr Bundesland geltenden Regelungen.*

- 1. Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle
  - eines strafrechtlichen Freispruchs?
  - einer strafrechtlichen Verurteilung?*
- 2. Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?*
- 3. Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?“*

#### **5.4.2 Ergebnisse**

Um einen unverfälschten Blick zu ermöglichen, werden vor der Auswertung der Umfrage, der Besprechung der Ergebnisse im Einzelnen und der Analyse von Parallelen zwischen den Bundesländern alle Antworten der Landesärztekammern im Originalwortlaut in alphabetischer Reihenfolge der Länder hier vorgestellt. Die Antworten sind zum Teil als elektronische Nachricht und zum Teil als offizieller Brief eingegangen.

#### **a) Landesärztekammer Baden-Württemberg**

##### **Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„siehe § 56 und § 58 Heilberufe-Kammergesetz (HBKG) (Anlage)“

„§ 56 Berufsgerichtliche Verfahren und Strafverfahren:

- (1) Während eines Strafverfahrens darf kein berufsgerichtliches Verfahren wegen derselben Tatsachen eingeleitet werden.
- (2) Wird ein Strafverfahren im Laufe eines berufsgerichtlichen Verfahrens wegen derselben Tatsachen eröffnet, so muss das berufsgerichtliche Verfahren bis zur Beendigung des Strafverfahrens ausgesetzt werden.
- (3) Hat das Strafverfahren mit Freisprechung oder Einstellung des Verfahrens wegen fehlenden Tatbeständen oder Beweises geendet, so ist auch für das berufsgerichtliche Verfahren entschieden, dass eine Straftat nicht vorliegt. Wenn die Handlungen, wegen derer das Strafverfahren eingeleitet war, trotzdem als berufsunwürdig anzusehen sind, so hat sich der Beschuldigte noch im berufsgerichtlichen Verfahren zu verantworten.
- (4) In den Fällen der Absätze 1 und 2 ruht die Verfolgungsverjährung berufsunwürdiger Handlungen.“

„§ 58 Berufsgerichtliche Maßnahmen

1. Warnung
2. Verweis
3. Geldbuße bis zu 50 000 Euro
4. Aberkennung der Mitgliedschaft in den Organen der Kammer und den Vertretungen und Ausschüssen der Untergliederungen,
5. Aberkennung des Wahlrechts und der Wählbarkeit in die Organe der Kammer und in die Vertretungen und Ausschüsse der Untergliederungen bis zur Dauer von fünf Jahren.

Die Maßnahmen 3, 4 und 5 können verbunden werden.“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„die Approbationsbehörde; in Baden-Württemberg das Regierungspräsidium Stuttgart“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Nein“

26.07.2007

*Gaby Wolf*

*Landesärztekammer Baden-Württemberg*

**b) Bayerische Landesärztekammer**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- eines strafrechtlichen Freispruchs?
- einer strafrechtlichen Verurteilung?

„§ 16 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (BO) (abrufbar auf unserer Internetseite unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) Beruf/Recht – Rechtsvorschriften – Kammerrecht – Berufsordnung) regelt den Umgang des Arztes mit dem Sterbenden. Seine Aufgabe dabei ist es, Leiden des Patienten zu lindern. Ein aktives Tätigwerden im Hinblick auf die Verkürzung des Lebens ist untersagt. § 1 Abs. 2 BO verpflichtet den Arzt, „das

Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.' Die aktive Beihilfe zum Suizid erfüllt u. E. nicht mehr den Tatbestand des medizinischen Beistands während der Beendigung des Lebens.

In Bayern obliegt die Berufsaufsicht den ärztlichen Bezirksverbänden, deren Aufgabe es ist, zu entscheiden, ob ein Arzt gegen seine Berufspflichten verstoßen hat. Hierbei handelt es sich grundsätzlich um eine Einzelfallentscheidung, bei der sämtliche Umstände, die zu einer entsprechenden Tat geführt haben, gewürdigt werden müssen. Eine generelle Aussage, zu welchem Ergebnis ein Bezirksverband im Falle einer Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt käme, können wir an dieser Stelle nicht treffen. Festzuhalten ist jedoch, dass unabhängig von den Ergebnissen eines Strafverfahrens, eine Prüfung vor dem Hintergrund des Vorliegens eines berufsrechtlichen Überhangs im Sinne des Art. 39 Abs. 3 Heilberufe-Kammergesetz durchgeführt würde.“

#### **Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Zur Entziehung der Approbation ist in Bayern, die Behörde zuständig, in deren Aufgabenbereich auch die Erteilung der Approbation fällt, nämlich die jeweilige Bezirksregierung. Weitere Informationen und Links dazu finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) Beruf/Recht – Berufsordnung/Infos – FAQ – Approbation und Berufserlaubnis.“

#### **Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Der letzte und unseres Wissens auch einzige Fall war ein berühmter Fall aus Bayern. Der Arzt wurde trotz gerichtlich festgestellter Strafflosigkeit seines ärztlichen Verhaltens vom damals zuständigen Berufsgeschicht für die Heilberufe beim OLG München wegen Verstoßes gegen § 1 Abs. 2 BO verurteilt. Wir dürfen wegen des für uns verbindlichen Datenschutzes bitten, dass Sie z. B. über ‚Google‘ die weiteren Recherchen durchführen bzw. beim Archiv des OLG München nachfragen.“

26.07.2007

*Peter Kalb*

*Rechtsreferent der Bayerischen Landesärztekammer*

### **c) Ärztekammer Berlin**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Bezug nehmend auf ihre Emailanfrage vom 05.01.2008 bitte ich Sie, sich über unsere Homepage über mögliche berufsrechtliche Konsequenzen zu informieren.“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Über die Frage der Erteilung und des Widerrufs der Approbation können Sie sich in den Bundesländern über die Internetauftritte der hierfür zuständigen Landesbehörden, in Berlin dem Landesamt für Gesundheit und Soziales informieren.“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Einzelfälle von erfolgten ärztlich assistierten Suiziden sind hier nicht bekannt.“

21.01.2008

*Ärztekammer Berlin - Berufsrecht*

### **d) Landesärztekammer Brandenburg**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**

„- hier muss geprüft werden, ob trotz des Freispruchs noch ein berufsrechtlicher Überhang bestehen bleibt, den es zu prüfen gilt“

- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„- auch hier gilt es, im Einzelfall zu prüfen, inwieweit durch die in Rede stehenden Handlungen Berufspflichten verletzt worden sind

- ist von einer Verletzung der Berufspflichten auszugehen, kann eine Abmahnung, eine Rüge oder die Einleitung eines Berufsgerichtlichen Verfahrens erfolgen“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„das Landesgesundheitsamt“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Uns sind keine Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt.“

30.10.2007

*K. Metzner*

*Assessorin der Landesärztekammer Brandenburg*

**e) Ärztekammer Bremen**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- eines strafrechtlichen Freispruchs?
- einer strafrechtlichen Verurteilung?

„Zu Frage 1 und 3 liegen uns keine Erfahrungswerte vor.“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Approbationsbehörde im Lande Bremen ist die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Zu Frage 1 und 3 liegen uns keine Erfahrungswerte vor.“

25.07.2007

*PD Dr. jur. Heike Delbanco*

*Hauptgeschäftsführerin der Ärztekammer Bremen*

## **f) Ärztekammer Hamburg**

### **Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Das berufsrechtliche / berufsgerichtliche Verfahren ist in Hamburg im Gesetz über die Berufsgerichtsbarkeit der Heilberufe vom 20.06.1972 (HmbGVBl. S. 111,128) i.d.F.v. 01.09.2005 (HmbGVBl. S. 387) geregelt. Dort heißt es in

§ 14 Abs. 3:

„Wird der Berufsangehörige im strafgerichtlichen Verfahren oder im Bußgeldverfahren durch ein Gericht rechtskräftig freigesprochen, kann wegen der Tatsachen, die Gegenstand der Entscheidung sind, ein berufsgerichtliches Verfahren nur dann eröffnet oder fortgesetzt werden, wenn diese Tatsachen, ohne den Tatbestand einer Strafvorschrift oder einer Bußgeldvorschrift zu erfüllen, ein Berufsvergehen enthalten.“

In § 14 Abs. 4 heißt es:

„Ist durch ein Gericht oder eine Verwaltungsbehörde rechtskräftig eine Strafe oder Ordnungsmaßnahme verhängt worden, so ist von einer berufsgerichtlichen Ahndung wegen des selben Sachverhalts abzusehen, wenn nicht wegen besonderer Umstände eine berufsgerichtliche Maßnahme zusätzlich erforderlich ist, um den Berufsangehörigen zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten.“

Die Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen regelt in § 16:

„Der Arzt darf unter Vorrang des Willens des Patienten auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich

eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.'

Die deutsche Ärzteschaft hat wiederholt deutlich gemacht, dass sie die aktive Sterbehilfe durch Ärzte, gleichviel ob als Täter oder als Gehilfe, kategorisch ablehnt. Folglich könnte das Verhalten eines Arztes, sofern es nicht unter § 16 S. 1 BO zu subsumieren ist, gegen § 16 S. 2 BO verstoßen, auch wenn es sich lediglich um eine Beihilfehandlung handelt. Der Verstoß gegen § 16 S. 2 BO könnte somit ein Berufsvergehen im Sinne des § 14 Abs. 3 HeilBG darstellen und folglich ein berufsgerichtliches Verfahren auslösen. Dieses ist jedoch nicht als gleichsam automatische Folge eines jedes Freispruches zu verstehen, sondern eine zunächst theoretische Möglichkeit. Es wird jeder Einzelfall sorgfältig dahingehend zu betrachten sein, ob die in Rede stehende Handlung des Arztes ethisch zu missbilligen ist und nur in diesem Falle einer berufsgerichtlichen Ahndung zugeführt werden.

Im Falle einer strafrechtlichen Verurteilung ist zu bewerten, ob eine Ahndung zusätzlich erforderlich ist, um den Berufsangehörigen zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten, sog. berufsrechtlicher Überhang. Auch diese Bewertung ist höchst einzelfallabhängig.“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„In Hamburg ist die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz zuständig.“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Nein.“

17.10.2007

Gabriela Luth

Rechtsabteilung der Ärztekammer Hamburg

## **g) Landesärztekammer Hessen**

### **Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Für den Fall des Freispruchs findet sich die gesetzliche Regelung, inwieweit dann noch ein berufsrechtliches Verfahren eingeleitet werden kann, in § 63 Abs. 4 des Hessischen Heilberufsgesetzes. So kann wegen der Tatsachen, die Gegenstand des Strafverfahrens gewesen sind, nur dann ein berufsrechtliches Verfahren eingeleitet werden, wenn diese Tatsachen einen Verstoß gegen Berufspflichten enthalten – ohne jedoch gegen ein Strafgesetz zu verstoßen. Die möglichen standesrechtlichen Konsequenzen sind in § 50 des Hessischen Heilberufsgesetzes aufgelistet. Dies sind:

- Warnung
- Verweis
- Zeitweilige Entziehung des Wahlrechts
- Geldbuße bis zu 50 000 Euro
- Feststellung, dass ein Berufangehöriger unwürdig ist, den Beruf auszuüben

Für den Fall einer Verurteilung prüft die Landesärztekammer Hessen immer einen sogenannten berufsrechtlichen Überhang. Ergibt diese Prüfung, dass ein berufsrechtlicher Verstoß vorliegen könnte und dieser auch nicht von der Verurteilung umfasst ist, so wird ein berufsrechtliches Verfahren eingeleitet. Die möglichen standesrechtlichen Konsequenzen sind die gleichen wie oben bereits genannt.“

### **Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Dies kann in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt sein. In Hessen ist dies das Landesprüfungsamt für Heilberufe (LPUG, Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen).“

### **Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Der Landesärztekammer Hessen sind keine Fälle bekannt.“

1.08.2007

Annett Blechschmidt

Assessorin der Rechtsabteilung

Landesärztekammer Hessen

## **h) Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern**

### **Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Darüber ist unter Heranziehung der berufsrechtlichen Grundsätze nach sorgfältiger Prüfung in jedem Einzelfall gesondert zu entscheiden. Wir können Sie jedoch darauf hinweisen, dass § 16 der BOÄ M-V ausschließlich die aktive und passive Sterbehilfe umfasst, so dass über die mögliche Berufsunwürdigkeit einer Beihilfe zum Suizid nur im Rahmen der Generalklausel des § 2 BOÄ M-V eine berufsrechtliche Wertung zu treffen ist.

#### **§ 16 BOÄ M-V:**

„Der Arzt darf – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.“

### **Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Das Landesprüfungsamt für Heilberufe beim Landesgesundheitsamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern ist zuständig.

([http://www.lagus.mvregierung.de/landmv/LAGuS\\_prod/LAGuS/Gesundheit/Landespruefungsamt\\_fuer\\_Heilberufe\\_\(LPH\)/Approbation\\_Berufserlaubnis/Approbation/index.jsp](http://www.lagus.mvregierung.de/landmv/LAGuS_prod/LAGuS/Gesundheit/Landespruefungsamt_fuer_Heilberufe_(LPH)/Approbation_Berufserlaubnis/Approbation/index.jsp))“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Nein, keine bekannten Fälle.“

21.11.2007

*Susanna Pehlchen*

*Referendarin der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern*

**i) Ärztekammer Niedersachsen**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Die materielle Rechtslage in Niedersachsen entspricht dem Regelungsvorschlag der Bundesärztekammer in der Muster-Berufsordnung. Von daher sehe ich von der Beantwortung ihrer ersten Frage ab.“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„In Niedersachsen ist für den möglichen Widerruf der Approbation seit 1. April 2006 der Niedersächsische Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) zuständig. Als Mitglied des Verbandsausschusses dieses Zweckverbandes kann ich Ihnen mitteilen, dass auch dort keine der in Ihrer Frage 3 angesprochenen Fälle bekannt sind.“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Fälle [...] sind hier nicht bekannt.“

24.07.2007

*Dr. Karsten Scholz*

*Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen*

## **j) Ärztekammer Nordrhein**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Die Unterrichtung der Ärztekammer in Strafsachen gegen Ärztinnen und Ärzte erfolgt lediglich nach Nr. 26 MiStra.“ [Mitteilung in Strafsachen]

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Approbationsbehörden sind in Nordrhein-Westfalen die Bezirksregierungen.“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Fälle ärztlich assistierten Suizids sind hier bislang nicht bekannt geworden.“

30.07.2008

*Dr. Schulenburg*

*Justitiar der Ärztekammer Nordrhein*

## **k) Ärztekammer Westfalen-Lippe**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„[...] unter Bezugnahme auf ihre Email vom 13.10.2007 möchten wir Sie auf die ‚Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung‘ vom 07.05.2004 hinweisen. Die genannten Grundsätze können Sie auf der Homepage der Bundesärztekammer einsehen. Weiterhin möchten wir Sie darüber informieren, dass der Ärztekammer die sogenannte ‚Berufsaufsicht‘ aufgrund der Vorgaben des

Heilberufsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen zufällt. Insofern fällt die Überwachung der Einhaltung ärztlicher Berufspflichten in die gesetzliche Kompetenz der Ärztekammer.“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Wir informieren sie gerne weiter darüber, dass hier in Nordrhein-Westfalen die jeweils zuständige Bezirksregierung als Approbationsbehörde tätig wird.“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

[Kein Kommentar]

15.10.2007

*Christoph Kuhlmann*

*Referent, Ressort Recht der Ärztekammer Westfalen-Lippe*

**1) Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- eines strafrechtlichen Freispruchs?
- einer strafrechtlichen Verurteilung?

„[...] zu der von Ihnen aufgeworfenen Thematik, können wir mitteilen, dass diese NICHT in der Kompetenzzuständigkeit der Landesärztekammer liegt. Es handelt sich hier im Allgemeinen um eine Verfolgung eines STRAFrechtlichen Tatbestandes durch die jeweilige STA. Nur im Falle eines disziplinarischen Überhangs bzw. einer Nichtverfolgung, kann es sich im Einzelfall um eine berufsrechtliche Maßnahme nach § 2 BO RPL handeln.“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Die Approbationsbehörde in Rheinland-Pfalz ist:

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung  
Abteilung 5 – Referat 53  
Baedekerstr. 2  
56073 Koblenz“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

[Kein Kommentar]

17.10.2007

Uta Berny

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

**m) Ärztekammer Saarland**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„[...] grds. ist die Rechtslage im Saarland vergleichbar mit der Rechtslage in den übrigen Bundesländern. Unsere Berufsordnung entspricht im wesentlichen der Musterberufsordnung. [...] Die standesrechtlichen Konsequenzen im Falle eines festgestellten Berufsrechtsverstoßes ergeben sich aus der BGO sowie dem Heilberufekammergesetz (s. Anlagen). Bei strafrechtlicher Verurteilung kann nur noch ein eventueller berufsrechtlicher Überhang abgeurteilt werden. Ob ein solcher vorliegt ist Einzelfallfrage.“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Die Approbation entzieht die zuständige Behörde nach der Landesorganisation. Im Saarland ist dies das Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz.“

## **Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Konkrete Fälle des angesprochenen Rechtsgebiets sind im Saarland bisher nicht an die Ärztekammer herangetragen worden.“

25.07.2008

*Martin Partzsch, Rechtsanwalt*

*Abteilung Rechtsangelegenheiten*

*Ärztekammer Saarland*

### **n) Ärztekammer Sachsen-Anhalt**

#### **Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Nach § 16 unserer Berufsordnung darf der Arzt unter Vorrang des Willens des Patienten auf lebensverlängernde Maßnahmen nur dann verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.

Mit dieser Vorschrift folgt die Ärztekammer Sachsen-Anhalt der Rechtsauffassung der Bundesärztekammer, wie sie detailliert im Lexikon des Arztrechts, 2. erweiterte Auflage (Herausgeber: Rieger), zum Stichwort Sterbehilfe ca. S. 4980 nachlesen können.

Im Falle eines strafrechtlichen Freispruchs würde eine ärztliche Beihilfe zum Suizid unter dem Gesichtspunkt des berufsrechtlichen Überhangs geprüft werden.

Nach § 61 Abs. 2 des Gesetzes über die Kammern für Heilberufe Sachsen-Anhalt (KGHB-LSA; GVBL-LSA Nr. 37 aus 1994 S. 832ff.), kann gegen das beschuldigte Kammermitglied, das im gerichtlichen Verfahren wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit freigesprochen wurde, wegen der Tatsachen, die Gegenstand der gerichtlichen Entscheidung waren, ein berufsgerichtliches Verfahren nur dann eröffnet oder fortgesetzt werden, wenn diese Tatsachen ohne den Tatbestand einer Straf- oder Bußgeldvorschrift zu erfüllen, ein Berufsvergehen enthalten.

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt würde einen berufsrechtlichen Überhang nur dann feststellen, wenn eine berufsgerichtliche Maßnahme zusätzlich erforderlich ist, um das Kammermitglied zur Erfüllung seiner Pflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufes zu wahren.

Ob dies erforderlich ist, kann nicht allgemein, sondern immer nur aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalles entschieden werden. Dabei ist stets das Gesamtverhalten des Arztes zu beachten (Bundesverfassungsgericht NJW 1970, 507, 509).“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Im Land Sachsen-Anhalt ist für die Entziehung der Approbation das Landesverwaltungsamt in Halle zuständig.“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt war bisher mit solchen Fällen nicht befasst.“

23.08.2007

*Ass. Jur. Lars Lippert*

*Rechtsabteilung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt*

**o) Sächsische Landesärztekammer**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Gemäß § 13 Abs. 2, § 14 Abs. 1 Nr. 4 Abs. 2 EGGVG in Verbindung mit Nr. 26 der Anordnung über Mitteilungen in Strafsachen (MiStra) werden in Strafsachen gegen Ärztinnen und Ärzte die zuständigen Berufskammern unterrichtet. Allerdings ist die Sächsische Landesärztekammer über einen strafrechtlichen Sachverhalt, der den Vorwurf der ärztlichen Beihilfe zum Suizid beinhaltet, noch nicht informiert worden.“

Ungeachtet der Entscheidung im Strafverfahren hat die Sächsische Landesärztekammer § 49 des Sächsischen Heilberufskammergesetzes (SächsHKaG) zu berücksichtigen. Danach darf wegen derselben Tat, die Gegenstand einer Entscheidung in einem Straf- oder Bußgeldverfahren war, ein berufsgerichtliches Verfahren nur noch durchgeführt werden, wenn diese Entscheidung den Unrechtsgehalt der Berufspflichtverletzung nicht abgegolten hat.

Hierbei wird nicht allein die Entscheidung selbst beachtet, sondern Einsicht in die Ermittlungsunterlagen genommen. Nach Auffassung der Sächsischen Landesärztekammer ist nur anhand eines solchen umfassenden Überblicks eine Beurteilung möglich, ob ein sogenannter ‚berufsrechtlicher Überhang‘ vorliegt, der berufsrechtliche Konsequenzen in der Form der Durchführung eines Rügeverfahrens bzw. berufsgerichtlichen Verfahrens rechtfertigt.“

### **Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Zuständige Approbationsbehörden im Freistaat Sachsen sind die Regierungspräsidien mit den Regierungsbezirken Chemnitz, Dresden und Leipzig, die somit auch für den Entzug der Approbation zuständig sind.“

### **Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Da der Sächsischen Landesärztekammer ein Fall von ärztlicher Beihilfe zum Suizid aus ihrem Zuständigkeitsbereich noch nicht bekannt geworden ist, können an dieser Stelle keine weiteren Ausführungen zu einer diesbezüglichen berufsrechtlichen Bewertung gemacht werden.“

13.08.2007

Ass. Jur. Michael Kratz

Rechtsreferent der Sächsischen Landesärztekammer

**p) Ärztekammer Schleswig-Holstein**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Im Falle eines Freispruchs kann wegen der Tatsachen, die Gegenstand der gerichtlichen Entscheidungen waren, ein berufsgerichtliches Verfahren nur dann eingeleitet oder fortgesetzt werden, wenn diese Tatsachen, ohne den Tatbestand einer mit Strafe oder mit Bußgeld bewährten Vorschrift zu erfüllen, ein Berufsvergehen enthalten. (§ 57 Abs. 4 Heilberufegesetz)

Grundsätzlich können Verstöße gegen die Generalpflichtenklausel der Berufsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, § 2 Abs. 2, betroffen sein oder aber die einzelnen konkreten Bestimmungen der Berufsordnung. Ob eine Verletzung der Berufspflichten vorliegt, kann nur im konkreten Einzelfall entschieden werden.

Bei einer strafrechtlichen Verurteilung kann wegen derselben Tatsachen eine berufsgerichtliche Maßnahme nur getroffen werden, um die Beschuldigte oder den Beschuldigten zur Erfüllung ihrer oder seiner Berufspflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren, sog. berufsrechtlicher Überhang. (§ 57 Abs. 5 Heilberufegesetz)“

**Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Das Landesgesundheitsamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein ist für Approbationsfragen zuständig.“

**Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Diesbezüglich sind uns keine Fälle bekannt.“

2.08.2007

*Hans-Peter Bayer*

*Justitiar der Ärztekammer Schleswig-Holstein*

#### **q) Landesärztekammer Thüringen**

**Welche standesrechtlichen Konsequenzen drohen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid im Falle**

- **eines strafrechtlichen Freispruchs?**
- **einer strafrechtlichen Verurteilung?**

„Konkrete Angaben zu den drohenden Konsequenzen können wir nicht machen, da ein solcher Fall im Bereich der Landesärztekammer Thüringen noch nicht bekannt geworden ist.

Die grundsätzlichen standesrechtlichen Konsequenzen ergeben sich aus dem Thüringer Heilberufegesetz. Die Sanktionsmöglichkeiten reichen von einer Rüge durch den Vorstand (mit oder ohne Ordnungsgeld) nach § 46a ThürHeilBG, über die berufsgerichtlichen Sanktionen Warnung, Verweis, Geldbuße bis 50.000 € zeitweilige Entziehung des Wahlrechts bis zur Feststellung der Berufsunwürdigkeit, § 48 ThürHeilBG. Die Feststellung der Berufsunwürdigkeit zieht in der Regel den Entzug der Approbation nach sich.

In beiden Fällen wäre ein sogenannter ‚berufsrechtlicher Überhang‘ zu prüfen. Das bedeutet, dass z. B. ein Verhalten, welches nicht zur strafrechtlichen Verurteilung führt, gleichwohl gegen berufsrechtliche Regelungen verstoßen kann. Auch bei einer Verurteilung kann ein Teil des Verhaltens ‚übrigbleiben‘, welches vom Strafrecht nicht erfasst wird, jedoch berufsrechtlich relevant ist. Ein Beispiel: Ein Arzt wird wegen Fahrens unter Alkoholeinfluss verurteilt = Strafrecht. War der betreffende Arzt im Dienst, ergibt sich unter Umständen ein berufsrechtlicher Überhang. Das Prinzip des Verbotes der Doppelbestrafung wird hierdurch nicht verletzt.“

### **Welche Institution ist berechtigt, einem Arzt die Approbation zu entziehen?**

„Die zur Entziehung allein berechtigte Institution ist die Approbationsbehörde. Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach § 12 Absatz 4 Bundesärzteordnung.“

### **Sind Ihnen Fälle von ärztlich assistiertem Suizid und den angesprochenen Konsequenzen bekannt?**

„Der Landesärztekammer Thüringen sind seit der Gründung im Jahre 1991 keine Fälle des ärztlich assistierten Suizids bekannt geworden.“

26.07.2007

*Ass. Jur. D. Weber*

*Rechtsreferentin der Landesärztekammer Thüringen*

#### **5.4.3 Auswertung**

Im Laufe eines Jahres haben die juristischen Vertreter aller 17 Landesärztekammern elektronisch in Form einer E-Mail oder per Post auf die Umfrage geantwortet, teilweise jedoch erst auf mehrmaliges Anschreiben. Form und Umfang weisen große Unterschiede auf.

In Zusammenschau der Antworten aller Landesärztekammern lässt sich feststellen, dass nur dem Anschein nach eine heterogene Handhabung der standesrechtlichen Aspekte rund um ärztliche Beihilfe zum Suizid in Deutschland besteht.

Übereinstimmend wird von den verschiedenen Landesärztekammern festgestellt, dass es sowohl im Falle eines strafrechtlichen Freispruchs als auch nach strafrechtlicher Verurteilung zu prüfen gilt, ob ein berufsrechtlicher Überhang besteht, den es standesrechtlich zu verfolgen gilt. Dabei ist dieser Überhang unabhängig von der bisherigen Strafe im Hinblick auf den Verstoß gegen berufsrechtliche und –ethische Pflichten zu bewerten. Die möglichen standesrechtlichen Konsequenzen reichen in von Verwarnung, Rüge und Bußgeld über zeitweiligen Entzug des Wahlrechts bis hin zur Entziehung der Approbation.

In vielen Schreiben wird betont, dass keine generellen Aussagen getroffen werden können, sondern dass immer der jeweilige Einzelfall mit allen Ereignisse und

Verhaltensweisen des angeklagten Arztes beurteilt werden müsse. Dies sei schwierig zu beurteilen, da es bisher keine Fälle ärztlich assistierten Suizids gegeben habe.

Für die Entziehung der Approbation sind in den Ländern verschiedene Behörden zuständig, jedoch immer diejenigen, welche die Approbation auch erteilen, z. B. Regierungspräsidien, Landesprüfungsämter, Landesgesundheitsämter, Landesverwaltungsämter.

Nach Aussage der Landesärztekammern sind ihnen bisher keine Fälle bekannt geworden. Lediglich die Bayerische LÄK verweist auf einen „berühmten“ Fall in der Vergangenheit. Trotz strafrechtlichen Freispruchs sei ein Arzt vom damaligen Berufsgericht beim OLG München verurteilt worden. Aufgrund des Datenschutzes könnten über diesen allgemeinen Hinweis hinaus keine näheren Informationen zu diesem Fall preisgegeben werden. Die angedeuteten Vorgänge lassen Rückschlüsse auf den Fall Hackethal zu, der in dieser Arbeit bereits eingehend erörtert wurde.

Ein auffallender und interessanter Aspekt ist die geringe Anzahl bekannter Fälle in der Vergangenheit. Die eher allgemein gehaltenen Formulierungen der Landesärztekammern dürften auch auf mangelnder Erfahrung im Umgang mit solchen Ereignissen basieren. Dass bisher scheinbar keine Fälle straf- und standesrechtlich behandelt wurden, bis auf die bereits bekannten Ausnahmen, lässt verschiedene Möglichkeiten der Auslegung zu.

Einerseits könnte es sein, dass ein ärztlich assistierter Suizid von Patienten im terminalen Stadium zwar gelegentlich vorkommt, dass diese Ereignisse jedoch nicht an die Öffentlichkeit geraten. Es ist denkbar, dass diese Einzelfälle im Verborgenen zwischen dem betroffenen Patienten und seinem Arzt verbleiben, zum einen aus Unsicherheit über mögliche strafrechtliche Konsequenzen, zum anderen aus Angst vor standesrechtlicher Missbilligung und öffentlicher Verurteilung. Allerdings könnte auch der Patient ein Interesse daran haben, dass seine Entscheidung durch die Verschwiegenheit der Arzt-Patienten-Beziehung geschützt wird.

Andererseits könnte es sein, dass ärztlich assistierter Suizid – außer im geschilderten Fall Hackethal – nicht vorkommt, was bedeuten würde, dass sich die große öffentliche

Aufmerksamkeit um das Thema auf einer rein hypothetischen und theoretischen Diskussionsebene abspielt.

Von der Annahme ausgehend, dass ärztlich assistierter Suizid tatsächlich so selten stattfindet, lassen sich zwei weitere Thesen entwickeln. Entweder liegt der Grund in der fehlenden Notwendigkeit. Dies würde wiederum bedeuten, dass das Thema nicht annähernd die Brisanz besitzt, die ihm in der öffentlichen Diskussion eingeräumt wird. Wobei die steigende Zahl von deutschen Mitgliedern in der Schweizer Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ gegen diese Annahme spricht.

Oder aber es besteht das Bedürfnis nach der Möglichkeit zum ärztlich assistierten Suizid, und die äußeren Umstände halten die Betroffenen gänzlich davon ab. Die Angst, den Arzt oder Angehörige straf- bzw. berufsrechtlichen Konsequenzen auszusetzen, bringt sicherlich manchen Kranken dazu, seine Gedanken und Wünsche zu verschweigen und hält ihn davon ab, Hilfe zu suchen. Diese Auswirkung ginge zu Lasten der Patienten. Hierfür spräche der Zulauf deutscher Patienten zu schweizerischen Laien-Sterbehilfeorganisationen.

#### **5.4.4 Zusammenfassung**

Abschließend lässt sich zu der Umfrage festhalten, dass der ärztlich assistierte Suizid in der (Muster-)Berufsordnung kaum erwähnt und nicht standesrechtlich geregelt wird. Die Möglichkeit der individuellen Umsetzung in den jeweiligen Heilberufsgesetzen der Bundesländer ist nur scheinbar heterogen. Die Fassungen der verschiedenen Berufsordnungen bleiben sehr nahe an der Vorlage der Musterberufsordnung und sind im Großen und Ganzen untereinander gleich. Lediglich die Berechtigung zur Entziehung der Approbation ist von Land zu Land unterschiedlich geregelt.

Insgesamt war die Bereitschaft zur Antwort auf das Tabuthema erfreulich groß, dennoch ist eine deutliche Abwehrhaltung in einigen Formulierungen nicht zu übersehen. Es werden generell keine eindeutigen und stichhaltigen Aussagen getroffen, wodurch die berufsrechtliche Lage undurchsichtig und wenig transparent bleibt. Dies liegt auch im Mangel von Rechtsfällen begründet, auf die nicht zurückgegriffen werden kann.

Offen bleibt hier die Frage, ob tatsächlich so wenig Fälle ärztlich assistierten Suizids vorkommen, oder ob diese lediglich selten an die Öffentlichkeit und vor Gericht geraten.

Was als wichtigster Aspekt betont werden muss, ist eine Diskrepanz von Verurteilung und Vollziehung der Strafe, die bereits aus dem Fall Hackethal bekannt ist. Nach strafrechtlichem Urteil und bestehendem berufsrechtlichem und auch verurteiltem Überhang, entscheidet über die Entziehung der Approbation eine andere Behörde, die jeweils berechnigte Stelle, die auch für die Erteilung der Approbation zuständig ist. So kann zwar, wie bei Hackethal geschehen, vom Berufsgericht eine Empfehlung zur Entziehung der Approbation ausgesprochen werden, dies muss von der zuständigen Verwaltungsbehörde jedoch nicht durchgeführt werden.

## 6 Das Argument der „Unärztlichkeit“

Bevor eine Gegenüberstellung, Analyse und Diskussion der wichtigsten Argumente für und wider ärztlich assistierten Suizid erarbeitet wird, verdient zunächst die These der Kritiker, die ärztliche Beteiligung am Suizid eines Patienten sei „unärztlich“ und widerspreche dem ärztlichen Ethos, besondere Aufmerksamkeit. Dieses in der Debatte häufig verwendete Argument erweist sich meist als schlagkräftig und wirkt zunächst unangreifbar, da es sich scheinbar allen Ansätzen des Hinterfragens entzieht. Das mag daran liegen, dass bereits „ärztlich“ und „unärztlich“ schwer greifbar ist, da es viele verschiedene, von individuellen Anschauungen geprägte Vorstellungen davon gibt, was sich hinter diesen Begriffen verbirgt. Sie setzen sich mangels hinreichender Definition aus einer Vielzahl verschiedener Attribute zusammen, die in ihrer Gesamtheit ein allgemeines, recht unklares Rollenbild des Arztes in der Gesellschaft ergeben.

Betrachtet man die Bezeichnung „unärztlich“ als normativ, so muss definiert werden, welche Verhaltensweisen nicht zu dieser moralischen Festschreibung des richtigen ärztlichen Handelns gehören. Die Medizinethikerin Bettina Schöne-Seifert (Münster) hat sich eingehend mit der Thematik beschäftigt: „Wer ein bestimmtes Verhalten als ‚unärztlich‘ bezeichnet, kann damit eine rein beschreibende Aussage machen wollen, also soviel sagen wollen wie ‚das ist für einen Arzt ungewöhnlich, ‚unüblich‘. Meist aber ist ein normatives Urteil impliziert: Ärzte sollen so nicht handeln – und dies aus vermeintlich moralischen Gründen.“<sup>247</sup>

Setzt man für die kommenden Betrachtungen den Begriff „unärztlich“ gleich mit „speziell für den Arzt unethisch“, kann man sich für die Untersuchung und Überprüfung an den Kriterien des ärztlichen Berufsethos ausrichten.

Um eine Annäherung an die Analyse des Begriffs zu erreichen, werden nun zunächst die Wurzeln des ärztlichen Ethos, dann die Interpretation und Weiterentwicklung durch verschiedene ausgewählte Grundsätze, Resolutionen, Stellungnahmen und Leitlinien zu Aufgaben und Pflichten des Arztes für die Begleitung Sterbender zusammengetragen

---

<sup>247</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 108.

und untersucht. Anschließend soll hinterfragt werden, ob das Argument der „Unärztlichkeit“ ärztlicher Suizidassistenten stichhaltig ist.

Dazu gehört auch die Betrachtung, ob ein Unterschied in der Behandlung von „Normalpatienten“ und Suizidpatienten<sup>248</sup> hinsichtlich der Anerkennung einer Therapieverweigerung geltend gemacht werden darf oder sogar muss. Schließlich ist zu klären, ob das Argument der „Unärztlichkeit“ auch für den Fall des terminalen Erkrankungsstadiums und für den Fall passiver Begleitung eines sterbenden Suizidpatienten tragfähig ist.

## 6.1 Grundlegende Dokumente des ärztlichen Berufsethos

### 6.1.1 *Der Hippokratische Eid*

Der Hippokratische Eid ist eines der berühmtesten medizinhistorischen Dokumente und dürfte etwa um 400 v. Chr. entstanden sein. Es wird vermutet, dass nicht Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.) selbst der Autor des Eids ist, dass sein Text der geistigen Haltung des Verfassers aber nahe kommt.<sup>249</sup> In der Antike war der Text allerdings „nahezu unbekannt“ und wurde Hippokrates in einem Dialog von Platon erst ein halbes Jahrtausend nach seiner Lebenszeit zugeschrieben: „Für Platon nahm Hippokrates unter den zeitgenössischen Ärzten einen Rang ein, wie ihn Pheidias und Polyklet unter den Bildhauern, Protagoras unter den Sophisten hatten – er war für ihn der idealtypische Arzt.“<sup>250</sup>

Auf der Suche nach Hinweisen zum ärztlichen Ethos bezüglich des Themas „Sterbehilfe“ ist im Hippokratischen Eid folgende Textpassage zu finden: „Ich werde niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen.“<sup>251</sup> Die Bezeichnung „geben“ kann sowohl auf das Überlassen – die straffreie Beihilfe zum Suizid – als auch auf das Verabreichen tödlicher Medikamente – die verbotene und strafrechtlich verfolgte aktive Sterbehilfe – zielen.

---

<sup>248</sup> Diese Begriffe stammen von Kutzer (2005).

<sup>249</sup> Bauer, <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauerhip.htm>

<sup>250</sup> Leven (1998/2003), S. 253.

<sup>251</sup> Edelstein (1969), S. 7-8.

Axel Bauer (Heidelberg) schreibt in seinem medizinhistorischen Kommentar zum Hippokratischen Eid: „Für das Ansehen des Arztes, der sich als Fachmann [...] zur Erhaltung des gefährdeten Lebens verstand, wäre die Beihilfe zur Selbsttötung oder gar zur Tötung eines Menschen äußerst abträglich gewesen. Sie wurde deshalb im Eid ebenso abgelehnt wie die aktive Ausführung einer Abtreibung.“<sup>252</sup> Die Ablehnung gründet nach Bauer somit auf der potenziellen Beschädigung des gesellschaftlichen Rollenbildes des Arztes in der Antike. Zumindest soweit kann eine Parallele zur Argumentation in der aktuellen Debatte gezogen werden. Auch hier steht hinter der Differenzierung in „ärztliche“ und „unärztliche“ Verhaltensweisen u. a. die Absicht der Erhaltung eines unbeschädigten ärztlichen Rollenbildes in der Gesellschaft.

Die Bedeutung des Hippokratischen Eids für die aktuelle Diskussion sieht Bauer aber lediglich in begrenztem Maße: „Als unmittelbar gültige normative Richtschnur für das konkrete Handeln des heutigen Arztes kann er vor dem gewandelten wissenschaftlichen und sozialen Kontext der Gegenwart allerdings nicht mehr dienen; die Geschichte entlässt uns nicht aus der Verantwortung für unsere heutige Zeit.“<sup>253</sup>

### **6.1.2 Das Genfer Gelöbnis**

Das Genfer Gelöbnis bzw. die Genfer Deklaration wurde 1948 auf der Generalversammlung des Weltärztebundes verabschiedet. Nach den bitteren Erfahrungen einer mörderischen Medizin in der Zeit des Nationalsozialismus und angesichts der Tatsache, dass sich auch die Angeklagten im Nürnberger Ärzteprozess auf Hippokrates beriefen, wurde 1947 der Nürnberger Kodex für die Beurteilung der Verbrechen geschaffen. Allerdings konnte er in Genf für eine Selbstverpflichtung der Ärzteschaft nicht ausreichen, da er sich nur auf die ethischen Maßstäbe für Versuche am Menschen bezieht. „Hier griff man daher auf den Hippokratischen Eid bzw. die ‚hippokratische Tradition‘ zurück: Woran hätte man sonst anschließen sollen? Der Name Hippokrates stand und steht für eine professionelle, am Wohle des Patienten und nur daran ausgerichtete ärztliche Haltung.“<sup>254</sup>

Das Genfer Gelöbnis wurde seither in mehreren Fassungen, aber jeweils nur mit geringfügigen Veränderungen überarbeitet. Bereits die erste Version ist bezüglich

---

<sup>252</sup> Bauer, <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauerhip.htm>

<sup>253</sup> Bauer, <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauerhip.htm>

<sup>254</sup> Leven (1998/2003), S. 254.

ethischer Verhaltensweisen sehr allgemein formuliert und enthält keine richtungweisenden Grundsätze zur Sterbehilfe oder zum assistierten Suizid:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich: mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein. Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.“<sup>255</sup>

Das Gelöbnis ist seit 1950 in Form einer Präambel für alle Standesmitglieder als geltendes ärztliches Berufsethos der Berufsordnung vorangestellt und erhält durch die Satzungen der einzelnen (Landes)Ärzttekammern seine rechtliche Verbindlichkeit. Auch die aktuelle Fassung des Gelöbnisses entspricht noch immer weitgehend dem ursprünglichen Inhalt und enthält zur Sterbehilfe keine konkreten ethischen Normen. Lediglich am formalen Aufbau wurden einige Änderungen vorgenommen.

So bleibt festzuhalten, dass aus den Wurzeln der ethischen Selbstverpflichtungen zum ärztlichen Verhalten noch *keine eindeutigen* Normen für die verschiedenen Handlungsalternativen zu einem ärztlich assistierten Suizid abzuleiten sind. Dennoch berufen sich die Ärzte nach wie vor darauf, dass sich ihre moralischen und berufsethischen Pflichten aus dem Eid ableiten. So schreibt Hoppe zur Ablehnung der ärztlichen Mitwirkung bei einer Selbsttötung: „Zur Begründung darf ich auf den Eid des Hippokrates hinweisen, der zwar in der zweiten Hälfte des 4. Jahrhunderts vor Christus formuliert wurde, auf den aber über die Jahrhunderte hinweg die Eidesformeln für Ärztinnen und Ärzte im abendländischen Raum basieren, auch das jetzige Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes“.<sup>256</sup> Dies erklärt vermutlich auch die heftigen Proteste gegen die Feststellung des Juristen Jochen Taupitz, weder der Hippokratische Eid noch

---

<sup>255</sup> Weltärztebund: Deklaration von Genf. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/genf.pdf>; zu Veränderungen und Ergänzungen vgl. auch Leven

<sup>256</sup> Hoppe (2006), S. 80.

das Genfer Gelöbnis hätten rechtliche Wirksamkeit.<sup>257</sup> Dies ist unbestreitbar, rührt jedoch an das tief verankerte Selbstverständnis des Arztes und seiner Selbstverpflichtungen.

## **6.2 Auslegung und Repräsentation des ärztlichen Rollenbildes durch Standesvertreter und Fachgesellschaften**

### **6.2.1 Ärztliche Behandlungspflichten in der MBO**

Die Position der Vertreter der Ärzteschaft sowie des damaligen Vorsitzenden des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen, Eggert Beleites, wurden bereits ausführlich anhand der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung“ dargelegt und erläutert (Kap. 5.2.1).

Richtungweisend und entscheidend ist nach wie vor die Aussage in den Grundsätzen der Bundesärztekammer (2004): „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“<sup>258</sup> In jüngster Zeit hat Hoppe wiederum auf deren Eindeutigkeit verwiesen.<sup>259</sup>

Mit dieser Position wird jegliche Mitwirkung strikt als unethisch abgelehnt, die kategorische Ablehnung bleibt jedoch unbegründet und wird nicht näher auf mögliche äußere Umstände und innere Beweggründe hin untersucht. Auch wird die Art einer möglichen Mitwirkung des Arztes nicht konkretisiert. Ob Beistand und Nichteingreifen ins Suizidgeschehen ebenfalls zur Mitwirkung zählen und ob bzw. warum nach Auffassung der Bundesärztekammer ein solches Verhalten im terminalen Stadium unmoralisch ist, wird nicht ersichtlich. Immerhin lässt sich die Vermutung anstellen, dass eine Mitwirkung aktives Handeln impliziert, da *Wirken* im Sinne von *Bewirken* oder *Erwirken* eine Aktivität impliziert. Allerdings spricht gegen diese Annahme, dass im Sinne der Garantenpflicht das Nichteingreifen als Tötung durch Unterlassen gewertet wird, d. h. passives Verhalten wird als aktive Handlung gewertet.

Wie bereits erläutert, spricht Beleites davon, dass die Anwesenheit beim Suizid Ärzten nicht generell verboten sei.<sup>260</sup> Zur ethischen Wertung eines solchen Handelns im

---

<sup>257</sup> Taupitz (2009), S. A – 695.

<sup>258</sup> Grundsätze der BÄK (2004), S. A – 1298.

<sup>259</sup> Hoppe (2010), S. A – 1385.

<sup>260</sup> Vgl. Beleites (2004), S. A – 1297.

Einzelfall trifft er jedoch keine Aussage. Kann es in seltenen Fällen Umstände geben, in denen diese ärztliche Anwesenheit beim Suizid nicht nur nicht verboten, sondern darüber hinaus auch nicht unethisch ist?

Zu den allgemeinen ärztlichen Berufspflichten erläutern Ratzel und Lippert in ihrem Kommentar zur MBO die ethischen Grundlagen der ärztlichen Berufsausübung. Zum Hintergrund wird folgende Erklärung angeführt: „Ethik als vorherrschende Meinung von Wichtigem und Zulässigem wird in der ‚Medizinischen Ethik‘ auf die konkreten Probleme ärztlichen Handelns ausgerichtet. [...] Einige ethische Grundsätze, die das Personal im Gesundheitswesen zu beachten hat, sind ganz oder teilweise in Rechtsnormen, aber auch in untergesetzlichen Normen, Standards, Richtlinien oder Ähnliches eingegangen.“<sup>261</sup> Zu diesen ethischen Grundsätzen zählt der Kommentar: Gutes tun, nicht schaden, Verschwiegenheit, Achten von Autonomie und Selbständigkeit, Verantwortung, Glaubwürdigkeit und Gerechtigkeit.<sup>262</sup>

Einen besonderen Stellenwert erhält die Gewissensfreiheit, indem die Freiheit des Arztes von Weisungen betont wird. Das „nach bestem Wissen getroffene Gewissensurteil“ sei die „subjektiv-eigene Antwort des Einzelnen auf die Frage nach dem Guten“. Diese individuelle ärztliche Entscheidung müsse von der Gemeinschaft respektiert werden, solange es nicht die Rechte anderer verletze.<sup>263</sup> Weiter heißt es: „Gewissensentscheidungen im genannten Sinn treten dort auf, wo der Arzt unterschiedliche individuelle Interessen gegeneinander abzuwägen hat oder da, wo ihm die Rechtsnormen einen Ermessens- und Handlungsspielraum einräumen.“<sup>264</sup>

Im Kontext des ärztlich assistierten Suizids könnten diese Sätze folgendermaßen interpretiert werden: Sollte der Arzt im individuellen Einzelfall nach Abwägen aller Alternativen zu der subjektiven Überzeugung gekommen sein, dem Patienten nicht zu schaden und zu seinem Wohl das Beste zu tun, indem er dessen Wunsch entspricht, müsste diese Gewissensentscheidung, falls sie innerhalb des rechtlichen Handlungsspielraums entsteht, auch von der Gemeinschaft respektiert werden. Ob eine

---

<sup>261</sup> Ratzel / Lippert (2002), S. 36.

<sup>262</sup> Vgl. Ratzel / Lippert (2002), S. 36ff.

<sup>263</sup> Vgl. Ratzel / Lippert (2002), S. 38.

<sup>264</sup> Ratzel / Lippert (2002), S. 38f.

solche Auslegung allerdings für eine ethische Legitimation der ärztlichen Suizidassistenz ausreicht, muss zunächst offen bleiben.

### **6.2.2 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

Es gibt veröffentlichte Stellungnahmen, Resolutionen und Leitlinien zur Sterbebegleitung verschiedener Fachgesellschaften, die thematisch in besonders engem Zusammenhang zum ärztlich assistierten Suizid stehen, z. B. die Resolution „Sterben und Sterbebegleitung“ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie (DGG) und die Resolution (1979) bzw. die überarbeitete „Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1996). Aufgrund des begrenzten Rahmens soll an dieser Stelle stellvertretend für alle weiteren die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie näher betrachtet werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie legt 1979 in ihrer „Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender“ folgende Grundsätze fest: „Direkte Eingriffe zur Lebensbeendigung sind ärztlich und rechtlich unzulässig, auch wenn sie vom Kranken verlangt werden. Dem ärztlichen Auftrag widerspricht auch die aktive Mitwirkung bei der Selbsttötung, zum Beispiel durch Überlassen von Tötungsmitteln. Eine grundsätzliche sittliche Wertung der Selbsttötung soll damit nicht verbunden sein.“<sup>265</sup> Gleichzeitig wird betont, dass Todkranke und Sterbende vor physischer und psychischer Vereinsamung bewahrt werden müssten.<sup>266</sup> Die dadurch zum Ausdruck gebrachten Grundsätze der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft der Chirurgen wurden von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe aus Ärzten und Juristen erarbeitet und im April 1979 veröffentlicht.<sup>267</sup> Koch hält die Resolution inhaltlich für weitgehend deckungsgleich mit den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe“, deren erste Fassung im gleichen Jahr erschien. Sie klammere zwar das Problem der indirekten Sterbehilfe nicht aus, dennoch weist sie für Koch einen deutlichen Mangel auf: „An einer entscheidenden Stelle wird freilich der Vorrang des Patientenwillens für die Zulässigkeit ärztlicher Behandlungsmaßnahmen nicht hinreichend deutlich.“<sup>268</sup>

---

<sup>265</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1979), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 119.

<sup>266</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1979), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 119.

<sup>267</sup> Vgl. Koch (1991 b), S. 42.

<sup>268</sup> Koch (1991 b), S. 42.

Dass die aktive Mitwirkung am Suizid keine ärztliche Aufgabe sei, wird auch in dieser Resolution ohne nähere situative Erläuterungen festgelegt. Die Aktivität wird als solche zwar hervorgehoben, jedoch lediglich durch ein Beispiel, nämlich das Überlassen von tödlichen Medikamenten, konkretisiert. Keine Aussage wird hinsichtlich der Frage der „Unärztlichkeit“ passiven Beistands bzw. des Nichteingreifens ins Geschehen getroffen. Vor allem zum Fall schwersten Leidens im terminalen Erkrankungsstadium, der für die Untersuchungen der vorliegenden Arbeit von Interesse ist, wird keine Stellung bezogen. Der Ursache und den Hintergründen des Suizids scheint keine Bedeutung für die Beurteilung der „Unärztlichkeit“ zuzukommen.

1996 wurde eine neue Fassung als „Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie“ veröffentlicht, in der anerkannt wird, dass auch „Behandlungsbegrenzung zum ärztlichen Auftrag gehören kann“<sup>269</sup>: „Sie muß überlegt werden und zur Anwendung kommen, wenn dies in Übereinstimmung mit dem Willen, ggf. dem mutmaßlichen Willen, des Patienten steht und dem Gebot ärztlicher Hilfe mehr entspricht als Durchführung oder Intensivierung einer Therapiemaßnahme.“<sup>270</sup> Damit wird erneut die bereits erläuterte Entwicklung zum partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnis deutlich, die auch in den verschiedenen Fassungen der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung“ zu verzeichnen ist. Ins Zentrum rücken der zunehmende Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten und die Anerkennung des Rechts auf Therapieverweigerung. Auch hier wird die Pflicht zur Lebenserhaltung nicht mehr unter allen Umständen als unabdingbar angesehen.

Obwohl anerkannt wird, dass Therapiebegrenzung sich nicht ausschließlich auf die Präfinal- bzw. die Finalphase beschränken muss, sondern auch schon in früheren Stadien einer unheilbaren Erkrankung geboten sein kann, wird ärztliche Suizidassistenz auch in der Fassung von 1996 kategorisch abgelehnt: „Nicht zur ‚ärztlichen Sterbebegleitung‘ und nicht zum ärztlichen Behandlungsauftrag generell gehören Hilfen zur Selbsttötung und intendierte Tötung. Speziell letztere wird zusätzlich zum juristischen Verbot abgelehnt.“<sup>271</sup> Die genannten Hilfen werden nicht konkretisiert und wie bereits in der früheren Version bleiben auch hier die Umstände unberücksichtigt.

---

<sup>269</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 97.

<sup>270</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 97.

<sup>271</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 99.

Anders als 1979 wird jedoch nicht die *aktive* Hilfe zur Selbsttötung hervorgehoben. Allerdings wird zum ärztlich assistierten Suizid weiter ausgeführt: „Hierunter sind ärztliche Maßnahmen zu verstehen, die darauf gerichtet sind, den Patienten die Selbsttötung zu ermöglichen oder zu erleichtern. Solche Maßnahmen sind juristisch nicht strafbar, sofern die Entscheidung und der Ablauf der Tötung in den Händen des Patienten selbst liegen. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vertritt jedoch die Ansicht, dass solche Maßnahmen nicht Inhalt des ärztlichen Behandlungsauftrages sind. Vielmehr wird die Kenntnis eines Selbsttötungswunsches des Patienten den Arzt veranlassen, nach Möglichkeiten der Änderung dieses Verlangens zu suchen.“<sup>272</sup> Neben dem bereits bekannten Phänomen der ausbleibenden argumentativen Begründung, warum solche Maßnahmen nicht zum ärztlichen Auftrag gehören, ist eine weitere Erklärungslücke auszumachen. Es wird keine Lösungsmöglichkeit für den Umgang mit ernsthaften, unabänderlichen Suizidwünschen im terminalen Stadium erörtert, für den Fall dass trotz Ausnutzens aller therapeutischen Alternativen keine Änderung des Verlangens zu erreichen ist. In diesem Zusammenhang bieten die Leitlinien keine normative Hilfestellung für ärztliches Verhalten in Einzelfällen. Die Aussage „ist nicht Inhalt des ärztlichen Behandlungsauftrags“ soll ebenso wie „ist unärztlich“ für sich stehen. Recht kritisch erscheint auch die Missbilligung sämtlicher Maßnahmen, die den Suizid erleichtern, was auch das Nichteingreifen in den bereits fortgeschrittenen Prozess einschließt.

Ob passiver Beistand oder Nichteingreifen in einen selbstverantworteten Sterbeprozess eines Patienten im terminalen Erkrankungsstadium - mit dessen ausdrücklichem und ernstlichem Willen - bereits als Hilfe zur Selbsttötung angesehen werden müssen und damit im Verständnis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gegen den ärztlichen Behandlungsauftrag verstoßen, bleibt aber weiterhin unklar. Wenn dies so ist, muss ein Unterschied zur Therapiebegrenzung bei Nichtsuizidenten vorliegen, denn für Patienten, die sich im Spätstadium einer Erkrankung „ohne effektive Behandlungschance“ befinden, wird die Therapiebegrenzung als legitime Form der Sterbebegleitung angesehen.<sup>273</sup> Hinsichtlich der Intention muss aber nicht unbedingt eine Diskrepanz bestehen: „Therapiebegrenzung hat das Ziel, einem Patienten Belastungen durch eine spezielle Therapiemaßnahme zu ersparen, wenn diese für seine individuelle Situation keine Hilfe bringt. [...] So mag auch eine kurze Verlängerung der Überlebensspanne bei

---

<sup>272</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 109.

<sup>273</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 99f.

einem Übermaß an Belastungen und bei deutlich eingeschränkter Lebensqualität nicht dem Wohle oder Wunsche des Patienten entsprechen. [...] Stets muß der Arzt dafür Sorge tragen, dass die Behandlung dem Willen des Patienten, dem bekannten oder mutmaßlichen, entspricht.“<sup>274</sup> Auf die Klärung der Frage, ob für „Normalpatienten“ etwas anderes geltend gemacht werden kann oder darf, werde ich später noch eingehen.

### **6.2.3 Weltärztebund**

Der Weltärztebund verabschiedete 1990 eine Erklärung zur „Versorgung von Patienten im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit mit starken chronischen Schmerzen“. Im Vorwort wird allen Ausführungen das oberste Ziel zu Grunde gelegt: „Die Versorgung von Patienten im schmerzreichen, irreversiblen Endstadium sollte eine Behandlung bieten, die es den Patienten ermöglicht, ihr Leben bewusst und in Würde zu beschließen.“<sup>275</sup>

Neben dieser Zielsetzung wird vom Weltärztebund auch anerkannt, dass Schmerzen nur einen Bestandteil schweren Leidens in einer solchen Krankheitsphase darstellen: „Wenn sich ein Patient im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befindet, müssen alle Anstrengungen darauf gerichtet sein, das Leiden zu lindern. Dabei ist der Schmerz nur ein Aspekt des Leidens. Die Auswirkungen des Schmerzzustandes auf das Leben des Patienten können jedoch von erträglichem Unbehagen bis hin zu einem Gefühl der vernichtenden und erschöpfenden Niederlage reichen.“<sup>276</sup>

Im Jahr 1992 folgt die Erklärung „Ärztliche Hilfe zum Selbstmord“, wobei auf die bereits wertende Verwendung des Begriffs „Selbstmord“ hinzuweisen ist. Die Stellungnahme nimmt Bezug auf damals aktuelle Fälle ärztlich assistierten Suizids und die rege Anteilnahme der Öffentlichkeit. Zwar wird anerkannt, dass die Patienten wohl schwer krank gewesen seien, teils sogar im terminalen Erkrankungsstadium und unter starken Schmerzen gelitten hätten. Auch seien die Betroffenen geistig zurechnungsfähig gewesen und hätten die Entscheidung zur Selbsttötung eigenverantwortlich getroffen. Zu bedenken sei allerdings, dass „Selbstmordgedanken“ oft Hinweise auf eine zu Grunde liegende Depression seien.<sup>277</sup>

---

<sup>274</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 100f.

<sup>275</sup> Weltärztebund, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 215.

<sup>276</sup> Weltärztebund, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 215f.

<sup>277</sup> Weltärztebund (1992), S. 163.

Grundsätzlich beurteilt der Weltärztebund assistierten Suizid als unethisch und „unärztlich“: „Ärztliche Hilfe zum Selbstmord ist wie die Euthanasie unethisch und muss von der Ärzteschaft verurteilt werden. Wenn die Hilfe des Arztes sich bewusst und absichtlich darauf richtet, einem Menschen zu ermöglichen, sein Leben selbst zu beenden, handelt der Arzt unethisch. Jedoch ist es ein Grundrecht des Patienten, die ärztliche Behandlung abzulehnen, und der Arzt handelt nicht unethisch, auch wenn die Achtung einer solchen Willensäußerung zum Tode des Patienten führt.“<sup>278</sup> Erneut wird die Beurteilung der Suizidassistenz als unethisch nicht auf argumentativer Beweisführung und veranschaulichenden Beispielen aufgebaut, sondern als scheinbar nicht anzuzweifelnde Aussage dargestellt. Auch auf die verschiedenen möglichen Formen der Hilfe wird nicht näher eingegangen, es findet keine Differenzierung zwischen aktiver Mitwirkung, dem Verordnen von Medikamenten und der Hilfe im passiven Beistand, dem Nichtergreifen rettender Maßnahmen statt.

#### **6.2.4 Nationaler Ethikrat**

Der Nationale Ethikrat hat 2006 eine „Stellungnahme zur Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ veröffentlicht. Für die vorliegenden Untersuchungen ist von Nachteil, dass in der Stellungnahme Tötung auf Verlangen und ärztlich assistierter Suizid gemeinsam diskutiert, analysiert und aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden. Die hier als so wichtig angesehene Differenzierung beider Erscheinungsformen bleibt in weiten Teilen aus. In der Frage nach einer möglichen Beschädigung des Berufsethos wird die eher ablehnende Haltung der Ärzteschaft in einer Umfrage der tendenziell befürwortenden Stimmung in der Bevölkerung gegenübergestellt. Hierbei wird auch auf die sachbezogene Verunsicherung bei Ärzten bezüglich des faktischen Wissens zur Sterbehilfe hingewiesen, die deren Meinung beeinflusse. Was eine Legalisierung „für das komplexe Arzt-Patienten-Verhältnis sowohl individuell als auch gesellschaftlich bedeuten würde“, sei schwer zu beurteilen, und es ließen sich keine gesicherten Aussagen zu einer potenziellen Beschädigung des ärztlichen Berufsethos treffen.<sup>279</sup> Erstaunlicherweise wird auch in dieser abschließenden Bewertung, die alle Optionen offen lässt, keine Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Gefahren aktiver Sterbehilfe und ärztlicher Suizidassistenz getroffen.

---

<sup>278</sup> Weltärztebund (1992), S. 163.

<sup>279</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 34f.

### 6.2.5 Zusammenfassende Bewertung

Der Jurist Koch misst solchen Resolutionen, Leitlinien und ethischen Grundsätzen folgende Bedeutung bei: „Derartige Stellungnahmen haben keine unmittelbare berufsständische Verbindlichkeit; sie sind als Meinungskundgabe der verabschiedenden Institution zu verstehen. Allerdings können sie mittelbare rechtliche Bedeutung insofern erfahren, als darin niedergelegte Handlungsmaximen nicht als bloße gesundheitspolitische Forderungen anzusehen sind, sondern anerkannte Standards zum Ausdruck bringen und damit im Sinne einer Beschreibung ärztlicher *lex artis* verstanden werden können.“<sup>280</sup>

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie teilt die Auffassung der Bundesärztekammer, dass nämlich derartige allgemeine Stellungnahmen, Richt- und Leitlinien bei der Abwägung von Einzelsituationen eine Hilfestellung bieten und „allgemein akzeptierte Grenzen präzisieren“ sollten. Sie böten allerdings keine absolute Sicherheit im Handeln, denn die letzte Entscheidung habe jeder Arzt nach eigenem Gewissen zu treffen.<sup>281</sup> Es geht also zum einen um eine Handlungsorientierung für Ärzte, zum anderen um eine öffentliche Erklärung der Grundposition. Bedacht werden muss hierbei, dass diese Stellungnahmen nicht als Meinung der *gesamten* Ärzteschaft verstanden werden müssen. Die Publikationen von Fachgesellschaften und öffentlichen Stimmen der Standesvertreter entstehen aus einem vorherrschenden Wertesystem, das sich historisch entwickelt hat, und setzen sich zusammen zu einer Art „ärztlichem Kodex“. Durch Überarbeitungen entstehen aktuelle Fassungen, die sich an die Entwicklung der medizinisch-technologischen Fortschritte anpassen. Urban Wiesing (Tübingen) stellt die berechnete Frage, wie das Arztethos sich prinzipiell zu den gesellschaftlichen Entwicklungen verhält: „Ist das Arztethos autark und bleibt es von diesen Entwicklungen unberührt? Wie soll es auf moralische Veränderungen in der Gesellschaft reagieren?“<sup>282</sup>

Interessanterweise muss sich zumindest das ärztliche Rollenverständnis in seiner Autorität wandeln: Dies zeigt sich beispielsweise beim Übergang vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient, in der Entwicklung der Aufklärungspflicht und der Tendenz, Entscheidungen gemeinsam zu treffen. Ebenfalls

---

<sup>280</sup> Koch (1991 b), S. 43.

<sup>281</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 102.

<sup>282</sup> Wiesing (2000), S. 240.

gewandelt hat sich die Auffassung der früher gültigen unbedingten Behandlungs- und Lebenserhaltungspflicht. „Lebensverlängerung um jeden Preis' ist nicht Inhalt des ärztlichen Behandlungsauftrages.“<sup>283</sup> In diesem Grundsatz könnte die ethische Legitimation für ein Aussetzen der Garantenpflicht in individuellen Einzelfällen im Einklang mit dem ärztlichen Ethos liegen.

### **6.3 Anforderungen an den Arzt – Erwartungshaltung der Gesellschaft**

Nach allgemeiner gesellschaftlicher Auffassung wird von einem Arzt erwartet, dass er den Wunsch seines Patienten respektiert. Niemand möchte gegen seinen Willen behandelt werden. Zu jeder therapeutischen Maßnahme gehört die vorherige Einverständniserklärung des Patienten. Klaus Kutzer begründet diese Forderung mit der verfassungsrechtlichen Verankerung des Rechts auf Selbstbestimmung: „Die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist, wie das Bundesverfassungsgericht hervorgehoben hat, wesentlicher Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs. Der Arzt muss das in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewährleistete Recht auf körperliche Unversehrtheit auch gegenüber einem Patienten respektieren, der es ablehnt, einen lebensrettenden Eingriff zu dulden.“<sup>284</sup>

Jan Beckmann (Hagen) formuliert die Diskrepanz zwischen ärztlich assistiertem Suizid und den gesellschaftlichen Erwartungen an den Arzt folgendermaßen: „Wie steht es insbesondere um die Teleologie des Arzt- und des Pflegeberufs, welche zur Hilfe zum Leben und zur Vermeidung von Schaden verpflichtet? In der Antwort hierauf gehen die Intuitionen auseinander: Die einen fürchten einen ethischen Dambruch, andere sind sich sicher, dass der extreme Ausnahmefall so deutlich abgrenzbar ist, dass es zu einem solchen Dambruch nicht kommen muß.“<sup>285</sup> Das Argument des drohenden Dambruchs durch Aufweichen der rigorosen Ablehnung jeglicher ärztlicher Beteiligung am Suizid wird noch eingehend diskutiert werden. Hier sind nun zunächst die zentralen Anforderungen entscheidend, Leben zu erhalten und nicht zu schaden. So heißt es bei Beckmann weiter: „Die Frage der Ethizität des ärztlich assistierten Suizids hängt mithin entscheidend von der Prüfung ab, ob der Arzt im Einzelfall mit Rücksicht

---

<sup>283</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 103.

<sup>284</sup> Kutzer (2005), S. 181.

<sup>285</sup> Beckmann (1998), S. 18f.

auf die Teleologie und das Ethos seines Berufes, nämlich zu helfen und Schaden abzuwenden, die Bitte der Suizidassistenten abzuschlagen muß oder abzuschlagen darf oder nicht abzuschlagen kann.“<sup>286</sup> Die Frage hierbei ist, ob dies ausnahmslos gelten muss, oder ob es Ausnahmesituationen geben kann, in denen von den engen Richtlinien abgewichen werden kann, ohne das berufsethische Gesamtbild zu beschädigen.

Häufig wird in der Diskussion um die potenzielle Beschädigung der Rolle des Arztes Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1838) zitiert. In seiner Schrift „Vom Arztsein“, die nach eigener Aussage angehenden Ärzten als klinischer Wegweiser dienen soll, befasst sich Hufeland in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit moralischen Pflichten und Aufgaben, die sich aus der Berufung des Arztseins ergeben: „Das Leben der Menschen zu erhalten und womöglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst, und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte. [...] Er soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten; ob es ein Glück oder ein Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maß er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate [...]“<sup>287</sup> Gerade diese letzten Worte werden häufig zitiert und hervorgehoben, um die Gefahr zu verdeutlichen, die droht, wenn dem Arzt zu viel Macht in Form von Entscheidungsgewalt über Leben und Tod verliehen wird. Weiter heißt es bei Hufeland: „[...] denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht er nur stufenweise Progressionen, um den Unwert und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“<sup>288</sup> Hufeland spricht das Argument an, das gegen aktive Sterbehilfe immer tragfähig und überzeugend ist: Ein Arzt soll nicht die Macht erhalten, über Wert und Unwert eines anderen Menschenlebens zu entscheiden. Doch das spricht noch nicht gegen die autonome Entscheidung des Einzelnen über seine Lebensqualität.

Deutlich gegen die ärztliche Mitwirkung am Suizid spricht in Hufelands Schrift eine Passage zum Verhältnis zwischen Arzt und Patient. An dieser Stelle betont er, dass nicht nur Handlungen, sondern auch Worte und Äußerungen des Arztes lebensverkürzend auf einen Kranken wirken könnten: „[...] Darüber sorgfältig zu

---

<sup>286</sup> Beckmann (1998), S. 27.

<sup>287</sup> Hufeland (1951), S. 23f.

<sup>288</sup> Hufeland (1951), S. 24.

wachen und alles zu vermeiden, was den Kranken niederschlagen oder mutlos machen könnte, ist seine heilige Pflicht [...]; jedes Wort, jede Äußerung, sein ganzes Betragen muss belebend sein.“<sup>289</sup> Aus der Perspektive Hufelands ist schon die Begleitung eines Suizidenten abzulehnen, da bereits die Toleranz gegenüber dem Sterbewilligen den Patienten entmutigen könnte.

Auch wenn in Hufelands Grundsätzen zu ärztlichen Aufgaben und Pflichten im Allgemeinen für den heutigen klinischen Alltag noch vieles geltend gemacht werden kann, so muss die Verwendung der vorgestellten Argumente für den hier zu behandelnden Themenkomplex doch recht kritisch betrachtet werden. In der Untersuchung ihrer Tragfähigkeit und aktuellen Gültigkeit muss bedacht werden, dass Hufelands Sicht durch und durch vom damaligen paternalistischen Verhältnis zwischen Arzt und Patient geprägt ist und deshalb in vielen Punkten nicht auf die heutige Zeit übertragen werden kann. Dies wird vor allem an folgenden Textpassagen deutlich: „Er [der Arzt] bedenke wohl, dass der Kranke in ihm den Richter über Tod und Leben erblickt und dass er ängstlich mit dem Blick seiner Augen in der heitern oder finstern Miene seines Gesichts nach seinem Urteil forscht.“<sup>290</sup>

Im damaligen paternalistischen Verständnis bestand zwischen Arzt und Patient eine hierarchische Ordnung, der Arzt stand in der Rangordnung über seinem Patienten und konnte die Behandlung bestimmen. So vertritt Hufeland auch die Auffassung, dass der Patient niemals über eine schlimme Diagnose aufgeklärt werden sollte: „Der Arzt muß sich also vor allen Dingen angelegen sein lassen, Hoffnung und Mut beim Kranken zu erhalten, lieber die Sache leicht machen, alle Gefahr verbergen und, je mehr sie zunimmt, desto mehr Heiterkeit und frohen Mut auf der Stirne tragen; [...] Man sieht hieraus, wie höchst tadelnswert das Betragen derjenigen Ärzte ist, welche kein Bedenken tragen, den Kranken die Gefahr, jawohl den Tod anzukündigen, und wie unrecht die Angehörigen handeln, die den Arzt dazu auffordern. [...] Den Tod verkündigen heißt, den Tod geben [...]“<sup>291</sup> Anhand seiner Überzeugungen und Positionen lässt sich gut belegen, weshalb Hufelands Prinzipien zur Begleitung schwerst Kranker nicht uneingeschränkt auf die aktuelle Debatte anwendbar sind. Dem Patienten eine unheilbare Krankheit zu verschweigen oder ihm einen guten Krankheitsverlauf

---

<sup>289</sup> Hufeland (1951), S. 24.

<sup>290</sup> Hufeland (1951), S. 24.

<sup>291</sup> Hufeland (1951), S. 24f.

„vorzuspielen“, nur um ihm Mut zu machen, entspricht nicht dem heutigen Verständnis eines angemessenen Umgangs mit Patienten. Eine solche Behandlung gleicht einer Entmündigung des selbstverantwortlich handelnden, in seinen Entscheidungen unabhängigen Bürgers, der ein Recht auf eine vollständige Aufklärung über seinen gesundheitlichen Zustand hat.

In der MBO für deutsche Ärzte ist in § 8 eine Aufklärungspflicht des Arztes festgelegt, eine Behandlung darf nur mit Einwilligung des Patienten nach einem Aufklärungsgespräch durchgeführt werden.<sup>292</sup> In den Behandlungsgrundsätzen ist weiterhin die Autonomie und Entscheidungsfreiheit des Patienten niedergeschrieben: „Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass der Arzt beim Umgang mit Patienten ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert [...], über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie [...] in verständlicher und angemessener Weise informiert und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen anzulehnen, respektiert.“<sup>293</sup> Diese enormen prinzipiellen Diskrepanzen in grundlegenden Fragen zum Arzt-Patienten-Verhältnis lassen eine Übertragung der Argumente Hufelands auf die aktuelle Debatte inadäquat erscheinen und entschärfen auch die Angst vor der Macht des Arztes.

Bei einer großzügigen Auslegung könnte man bei Hufeland aber eine Textstelle für das Aussetzen der Garantenpflicht in Einzelfällen sprechen: „Selbst im Tode soll der Arzt den Kranken nicht verlassen; noch da kann er sein großer Wohltäter werden und wenn nicht retten, doch das Sterben erleichtern.“<sup>294</sup> Entscheidet sich der Patient also für einen freiverantwortlichen Suizid, so könnte der Arzt ihm durch seine Anwesenheit beistehen.

#### **6.4 Ärztliches Ethos und Beihilfe zum Suizid – Analyse des ärztlichen Rollenbildes**

Betrachtet man die Aufgaben und Pflichten des Arztes in der letzten Lebensphase und seine Haltung zur Sterbehilfe, so bieten Überlegungen von Urban Wiesing wertvolle Ansätze. Auch er kritisiert den Mangel an stichhaltiger Argumentation, wenn ein

---

<sup>292</sup> MBO: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf>, S. 11. [19.09.08]

<sup>293</sup> MBO: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf>, S. 33. [19.09.08]

<sup>294</sup> Hufeland (1951), S. 23.

Widerspruch zwischen ärztlich assistiertem Suizid und ärztlichem Berufsethos behauptet wird: „Wie nicht anders zu erwarten, sind Begründungen für dieses ‚Tabu‘ in weit geringerer Zahl zu finden, und sie sind - zumindest in den offiziellen Verlautbarungen - recht knapp.“<sup>295</sup> Das Hinterfragen lohnt sich laut Wiesing schon deshalb, weil das ärztliche Verhalten zwar auf den allgemeinen, für alle Bürger geltenden, moralischen Prinzipien beruht, dennoch aufgrund besonderer Bedingungen und spezifischer Situationen durch andere Normen reguliert wird.<sup>296</sup>

Mit der Äußerung der Bundesärztekammer in den Richtlinien von 1993, dass auch die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung dem ärztlichen Berufsethos widerspreche und strafbar sein könne,<sup>297</sup> sei, so Wiesing, eine berufsethische Vorschrift erlassen worden, die das Strafrecht überschreite. Die Ebenen des Straf- und Berufsrechts müssten getrennt voneinander betrachtet werden, da allein der Verweis auf das Strafrecht keine hinreichende Begründung für das „Unärztliche“ einer Handlung liefere. In Zusammenschau mit den Verlautbarungen der oben betrachteten Resolution der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1979 und anderen öffentlichen Stimmen fasst Wiesing zusammen: „Die offiziellen Stellungnahmen der deutschen Ärzteschaft betrachten die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid ausnahmslos als ‚unärztlich‘, ganz unbesehen aller strafrechtlichen Normierung. Folglich würde auch die gesetzliche Freigabe daran nichts ändern.“<sup>298</sup>

Diese These des Autors unterstützt eine bereits angesprochene Beobachtung. Die Position der Ärzteschaft und deren strikte Beibehaltung, von der es kein Abweichen in Ausnahmefällen geben darf, bewegen sich genau entgegengesetzt zur Tendenz vieler Juristen, die zu einer liberaleren Handhabung der ärztlichen Suizidassistenz neigen.<sup>299</sup>

Wiesing analysiert in seinem Beitrag, ob es für einen normalen Bürger moralisch vertretbare Handlungen gibt, die einem Arzt aufgrund seiner ärztlichen Identität verwehrt bleiben. Er kommt zu dem Schluss, dass allen betrachteten Argumentationen der gleiche Gedanke zugrunde liege, „dass die Möglichkeit bestimmter Handlungen in der Hand des Arztes dessen Identität und demzufolge die Voraussetzungen für das

---

<sup>295</sup> Wiesing (2000), S. 229.

<sup>296</sup> Wiesing (2000), S. 229.

<sup>297</sup> BÄK (1993).

<sup>298</sup> Wiesing (2000), S. 231.

<sup>299</sup> Vgl. dazu auch Tolmein (2010), S. 32.

Vertrauen der Patienten grundlegend beschädigen würde. Ein Verstoß gegen dieses Verbot wäre der Funktion des ärztlichen Berufes in einer Weise abträglich, dass man ihn ganz in Frage stellen müsste.“<sup>300</sup> Diese Befürchtungen bestünden nicht bei passiver und indirekter Sterbehilfe, obwohl der moralische Unterschied zwischen aktivem Handeln und passivem Unterlassen umstritten sei.<sup>301</sup> Nach Wiesings Ausführungen könnte folgender logische Schluss gezogen werden: Wenn die Angst vor Vertrauensverlust tatsächlich nur mit der Aktivität des Handelns verknüpft wäre, müsste für passiven Beistand im Suizid kein Vertrauensverlust befürchtet werden.

Der Einhaltung ethischer Prinzipien des ärztlichen Berufsethos verleiht Wiesing noch eine hierarchisch höhere Bedeutung: „Weil die ärztliche Ethik für jedes Mitglied des Berufsstandes verbindlich ist, kann das personale Vertrauen, das der Patient strukturbedingt nicht immer erwerben kann, durch ein antizipatorisches Systemvertrauen ersetzt werden.“<sup>302</sup> Folgt man dieser Annahme, so beruht das Systemvertrauen auf einem unberührten Rollenbild des Arztes. Dieses darf nicht ins Wanken geraten, da die Auswirkungen sich nicht nur auf das einzelne Arzt-Patienten-Verhältnis beschränken, sondern weitreichende Ausmaße für die gesamte Gesellschaft annehmen können.

## **6.5 Aufgaben und Pflichten aus der Perspektive des Patienten.**

### **Zur normativen Frage des Unterschieds zwischen „Normalpatienten“ und Suizidpatienten**

Immer wieder stößt der Aspekt des Unterschieds zwischen „Normalpatienten“ und Suizidpatienten – wie ihn Kutzer eingeführt hat – in der Literatur auf großes Interesse. Gibt es Kriterien, die den Umgang mit Suizidwilligen von dem mit „Normalpatienten“ im Fall der Behandlungsverweigerung unterscheiden? Gibt es einen Unterschied im freien Willen und der Anerkennung der Patientenautonomie?

Der Überschneidungspunkt der Therapieverweigerung konfrontiert die Behandelnden beider Patientengruppen in gewisser Hinsicht mit der gleichen Problematik, der

---

<sup>300</sup> Wiesing (2000), S. 233.

<sup>301</sup> Wiesing (2000), S. 233f.

<sup>302</sup> Wiesing (2000), S. 235.

Akzeptanz oder Ablehnung des Patientenwillens, das eigene Leben nicht zu erhalten. Eine mögliche Überschneidung zwischen „lebensmüden Normal-“ und Suizidpatienten zeigt das vom OLG München zitierte Beispiel von Gropp eines herzkranken lebensmüden Patienten, „[...]“, der sich entschließt, seine lebenserhaltenden Tropfen nicht mehr zu nehmen.“<sup>303</sup> Der Senat findet Argumente, die gegen eine Ungleichbehandlung sprechen. Wie bei dem Beispiel von Gropp gebe es starke Annäherungen in Grenzsituationen, eine Abgrenzung zwischen Suizidenten und „Normalpatienten“ könne deshalb nur willkürlich vorgenommen werden.<sup>304</sup>

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie betont in ihren Leitlinien den Unterschied, begründet diesen aber nicht: „Patienten, die dauerhaft abhängig sind von der Substitution vital wichtiger Funktionen (z. B. künstliche Beatmung, Herz-Kreislaufassistenz durch Pumpmechanismen, künstliche Ernährung u. a.) können in urteilsfähigem Zustand die Beendigung dieser Behandlung oder die Nicht-Behandlung von Komplikationen verlangen. [...] Zwar können Arzt und Pflegepersonal nicht verpflichtet werden, dem Verlangen des Patienten zu entsprechen, doch stellt die Erfüllung dieses Wunsches nicht den Sachverhalt des ‚assisted suicide‘ dar, sondern den der Nichtanwendung oder Unterbrechung einer vom Patienten abgelehnten Therapie.“<sup>305</sup>

Auch Koch stellt in seiner rechtsvergleichenden Übersicht zur Sterbehilfe fest, dass das Recht auf Ablehnung einer lebensnotwendigen Therapie durch einen urteilsfähigen Patienten diesem weder streitig gemacht werden könne noch als eine Form des Suizids verstanden werde.<sup>306</sup> Worin liegt aber der Unterschied zwischen der Zurückweisung einer lebensrettenden oder –verlängernden Therapie eines „Normalpatienten“ und der Ablehnung lebensrettender Maßnahmen nach Suizidhandlung?

Die Grenzen erscheinen nicht scharf, es handelt sich offenbar um fließende Übergänge, die sich in einem unterschiedlichen Grad der Verweigerung des Eingriffs in das eigene Leben äußern. Zwar steht hinter beiden Ausdrucksformen der Patientenautonomie – der Ablehnung einer lebensrettenden Therapie und der Suizidabsicht – der Wunsch, nicht

---

<sup>303</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 48.

<sup>304</sup> OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 48.

<sup>305</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 113.

<sup>306</sup> Vgl. Koch (1991 a), S. 15.

länger leben zu wollen, dennoch ist laut Kutzer eine deutliche Differenz auszumachen: „Vom Suizid sprechen wir also nicht, wenn der Patient dem an sich abwendbaren tödlichen Krankheitsgeschehen interventionslos seinen Lauf lassen will, sondern nur dann, wenn er sich durch tätige Applikation eines tödlichen Mittels oder Verfahrens absichtlich selbst tötet.“<sup>307</sup> Der Suizid zeichnet sich also durch das aktive Eingreifen in den Lebensprozess aus, während im anderen Fall „Normalpatienten“ dem natürlichen Geschehen passiv gegenüberstehen.

Noch komplexer werden die Überlegungen, wenn beides für einen Patienten zutrifft. Eser stellt die hypothetische Situation zur Diskussion, wie mit geretteten Suizidenten umgegangen werden solle, die nachträglich eine lebensverlängernde Operation ablehnen: „Sollen diese – weil Suizident und deshalb hinsichtlich ihres Sterbewillens nicht zu respektieren – nun gleichsam ‚zur Strafe‘ auch gegen ihren fortbestehenden Sterbewillens durch entsprechende ärztliche Maßnahmen zum Leben gezwungen werden? Oder – nunmehr wie jeder andere Terminalpatient – auf Wunsch in Ruhe sterben dürfen.“<sup>308</sup>

Kutzer ist der normativen Frage der Unterscheidung zwischen „Normal-“ und Suizidpatienten nachgegangen. Er stellt fest, dass das Vetorecht von Patienten gegen lebensrettende Therapiemaßnahmen nach der bisherigen Rechtsprechung nicht für den Suizidpatienten gelte aufgrund bestehender Hilfeleistungs- und Garantienpflichten.<sup>309</sup> „Wir stehen daher bei der Betrachtung des Sterbewillens des Patienten vor einer Dichotomie: Relevanz soweit er von einem kranken ‚Normalpatienten‘, Irrelevanz, soweit er von einem Suizidpatienten geäußert worden ist.“<sup>310</sup> Kutzer kommt nach seinen Abwägungen zum Schluss, dass dieser Ungleichbehandlung aus mehreren Gründen grundsätzlich zuzustimmen sei. Hierzu zähle die große Überzahl „unfreiwilliger“ Suizide aus pathologischer seelischer Verfassung, denen entgegengewirkt werden müsse. Die schwierige Beurteilbarkeit, ob es sich um freiverantwortlichen oder pathologischen Suizid handele, spreche für die Unterscheidung.<sup>311</sup>

---

<sup>307</sup> Kutzer (2005), S. 188.

<sup>308</sup> Eser zitiert in OLG München, Beschl. v. 31.7.1987, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 48.

<sup>309</sup> Kutzer (2005), S. 183.

<sup>310</sup> Kutzer (2005), S. 183.

<sup>311</sup> Kutzer (2005), S. 188f.

Der wesentliche Aspekt ist für Kutzer die Aktivität des Eingreifens in den natürlichen Lebenslauf, was eine Unterscheidung zwischen „Normal-“ und Suizidpatient rechtfertige.<sup>312</sup> „Niemand – von hier nicht einschlägigen besonderen Ausnahmesituationen abgesehen – ist aus Rechtsgründen verpflichtet, seine Erkrankung mit bestimmten ärztlichen Mitteln zu bekämpfen. Ein liberaler Rechtsstaat kennt keinen Gesundheitszwang. Aber das generelle Verbot, einen Menschen zu töten, ist Bestandteil jeder staatlichen Ordnung. Das äußere Tatgeschehen ist bei einem Suizid nicht viel anders als sonst bei einem Mord oder Totschlag. [...] Diese gesetzgeberische Wertung strahlt auf die Beurteilung der Selbsttötung aus, auch wenn sie als solche straflos bleibt. Der zielgerichtete tödliche Akt gegen sich selbst ist daher etwas grundsätzlich anderes als die Nichtbekämpfung einer den Patienten beherrschenden Krankheit.“<sup>313</sup> Auch wenn diese Differenzierung argumentativ nachvollziehbar ist, hinkt der Vergleich zwischen Suizid und Mord oder Totschlag bei näherer Betrachtung schon hinsichtlich der äußeren Umstände. Immerhin geschieht Mord gegen den Willen des Getöteten, während Suizid laut aktuellem Stand der Suizidforschung nicht zwangsläufig von vornherein als „unfreiwillig“ angesehen werden muss. Darüber hinaus bleiben bei dieser Parallele die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über sein eigenes Leben außer acht. Denn der gravierende Unterschied liegt in der Souveränität über das Geschehen.

Kutzer schränkt seine Überlegungen zur Rechtfertigung der Ungleichbehandlung vom Todeswunsch eines „Normal-“ bzw. Suizidpatienten für seltene Ausnahmefälle ein, da das Risiko nicht freiverantwortlicher Suizide unter gewissen Umständen auszuschließen sei: „Jedenfalls aber sollte die Erforderlichkeit einer aufgezwungenen Hilfe aus humanem Respekt vor der freiverantwortlichen Entscheidung des Schwerkranken verneint werden. Zur Sicherung dieser Auslegung des § 323 c StGB könnte es sich empfehlen, dort etwa einen Satz des Inhalts einzufügen: ‚Hilfe ist nicht erforderlich, wenn ein Suizid nach ernsthafter Überlegung zur Beendigung schweren Leidens begangen wird.‘“<sup>314</sup>

Eine solche Ausnahme würde Ärzte in Sonderfällen von der Garanten- und Hilfeleistungspflicht befreien und ihnen die Begleitung des Sterbenden ermöglichen.

---

<sup>312</sup> Kutzer (2005), S. 190.

<sup>313</sup> Kutzer (2005), S. 190.

<sup>314</sup> Kutzer (2005), S. 191f.

Für spezielle Fälle terminal Kranker wäre somit eine Umgehung der Unterscheidung zwischen Suizidenten und sterbewilligen „Normalpatienten“ möglich, ohne die von Kutzer angesprochenen Risiken einer Gleichbehandlung in Kauf nehmen zu müssen. „Auch eine suizidale Absicht nimmt dem entscheidungsfähigen ‚Normalpatienten‘ nicht sein verfassungsrechtlich garantiertes Selbstbestimmungsrecht, die weitere Behandlung seiner Krankheit zu verweigern. Deshalb ist es konsequent, den Arzt, dem ein freiverantwortlicher Suizident eine Lebensrettung verboten hat, nicht durch die Annahme einer ihn dennoch treffenden Garantenpflicht zur Lebensrettung zu verpflichten, um eine Strafverfolgung wegen Totschlags zu vermeiden.“<sup>315</sup> Kutzer thematisiert die Problematik der Rettung aus Unsicherheit vor rechtlichen Konsequenzen. Diese trifft auch Patienten, deren klarer und ausdrücklicher Wille im terminalen Erkrankungsstadium dem behandelnden Arzt gut bekannt sein mag.

#### **6.6 Tragfähigkeit des Begriffs „unärztlich“ im Hinblick auf Suizidassistenz im terminalen Erkrankungsstadium**

Nach allen bisherigen Betrachtungen zur Bedeutung des Begriffes „unärztlich“ im Zusammenhang mit dem ärztlichen Berufsethos, soll nun abschließend auf die Tragfähigkeit des Arguments für ärztlich assistierten Suizid generell und für das terminale Erkrankungsstadium und das Aussetzen der Garantenpflicht im besonderen eingegangen werden.

Beckmann betrachtet in einem Beitrag „Suizidassistenz in philosophisch-ethischer Sicht“ auch die ethische Problematik des *ärztlich* assistierten Suizids. Diese müsse im Einzelfall geprüft werden und sei in entscheidendem Maße abhängig von der Teleologie und dem Berufsethos, zu helfen und Schaden abzuwenden. Demnach müsse der Arzt entscheiden, ob er die Bitte abschlagen muss, darf oder nicht abschlagen kann. Wenn eine der genannten Voraussetzungen fehle, müsse die Bitte abgeschlagen werden. Dies wäre zulässig, wenn sich der Arzt für die Situation des Patienten instrumentalisiert sähe. „Er wird die Bitte um Suizidassistenz im Extremfall allenfalls dann nicht abschlagen, wenn er die Überzeugung gewinnt, daß nicht die Erfüllung, sondern die Zurückweisung

---

<sup>315</sup> Kutzer (2005), S. 193.

dieser Bitte mit seinem Verständnis der ärztlichen Teleologie und des ärztlichen Ethos nicht in Einklang zu bringen wäre.“<sup>316</sup>

Beckmann untersucht das Prüfen und Handeln nach dem ärztlichen Ethos aus theoretisch-philosophischer Sicht. Es handelt sich um ein idealisiertes Gedankenmodell. In der Praxis werden die ärztlichen Entscheidungen aber nicht nur nach dem eigenem Gewissen und subjektiven Vorstellungen gefällt. Die Einflüsse auf den Prozess der Entscheidungsfindung sind vielfältig und kommen aus verschiedenen Bereichen, z. B. aus der unsicheren Rechtslage, aus der Angst vor strafrechtlichen und standesrechtlichen Konsequenzen, aus der Erwartungshaltung von Vorgesetzten, Kollegen oder Angehörigen des Betroffenen.

Selbst wenn ein Arzt in einer ganz speziellen Situation zur subjektiven Auffassung käme, die Zurückweisung der Bitte zur Suizidbeihilfe würde viel mehr dem ärztlichen Ethos widersprechen als ihr Folge zu leisten, so wäre dennoch, um einem Konflikt im eigenen Rollenverständnis zu entgehen, den Grundsätzen der Bundesärztekammer zu folgen. Und diese besagen, eine Mitwirkung am Suizid sei „unärztlich“. Kann von Ärzten eine subjektive Entscheidung im individuellen Einzelfall zugunsten der Würde und Autonomie des Patienten erwartet werden, wenn diese der standesethischen Haltung widerspricht und von fraglichen strafrechtlichen Konsequenzen verfolgt wird? Aus alledem folgt, dass für extreme Ausnahmesituationen die Möglichkeiten für individuelle Entscheidungen und Handlungen geschaffen werden müssten, wenn eine Beihilfe zum Suizid im Ausnahmefall als moralisch geboten angesehen wird.

Um die Frage zu klären, ob es möglich ist, dass assistierter Suizid im terminalen Erkrankungsstadium nicht unbedingt unethisch sein muss, sind weitere Betrachtungen nötig. Wiesing untersucht anhand verschiedener ärztlicher Handlungskriterien den Verstoß aktiver Sterbehilfe gegen das ärztliche Ethos.<sup>317</sup> In gleicher Weise soll hier die Untersuchung für den ärztlich assistierten Suizid im terminalen Erkrankungsstadium unternommen werden:

- Die Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten wird nicht verletzt, solange dessen Wunsch im terminalen Stadium einer unheilbaren Erkrankung wohlüberlegt,

---

<sup>316</sup> Beckmann (1998), S. 27.

<sup>317</sup> Wiesing (2000), S. 236.

ernstlich und aus freiem Willen geschieht; dies gilt nur dann, wenn keine psychische Grunderkrankung vorliegt.

- Die quantitative Verkürzung des Lebens kann die „Unärztlichkeit“ der Suizidassistenz bzw. des Nichteingreifens ins Suizidgeschehen nicht begründen, da die ärztliche Pflicht zur Lebenserhaltung laut Grundsätzen der BÄK nicht unter allen Umständen besteht; nachvollziehbar wäre das Abweichen von der Lebenserhaltungspflicht im Falle schwersten unstillbaren Leids eines terminalen Erkrankungsstadiums, das ohnehin in absehbarer Zeit zum Todes führen würde.
- Die Handlungsmaxime, Leiden zu lindern, kann mit dem Wunsch des Patienten im Falle der Begleitung eines Suizidenten durchaus erfüllt werden;
- Schutz oder Wiederherstellung von Gesundheit kommen als moralisch relevante Kriterien im Falle unheilbarer Erkrankung kaum in Betracht, da im terminalen Stadium meist keine Besserung zu erwarten ist; der Patient mag andere Prioritäten für sich als höher einstufen.
- Das Begleiten des Patienten im Sterben ist gerade in der Suizidassistenz gewährleistet, da dieser ansonsten in der letzten Phase des Lebens alleine gelassen wird.

Insofern ist festzustellen, dass der ärztlich assistierte Suizid im speziellen Fall des terminalen Erkrankungsstadiums zumindest für die wenigen Ausnahmefälle freiwilligen Suizids ohne psychische Grunderkrankung nicht zwangsläufig gegen die ethischen Aufgaben des Arztes nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer verstößt. Die in normativer Hinsicht ausschlaggebende Differenz für Wiesings Untersuchungen zur aktiven Sterbehilfe liegt in der Intentionalität der Handlung, d. h. in der mit der aktiven Sterbehilfe intendierten Lebensverkürzung.<sup>318</sup> Selbst diese Intention kann nicht für den assistierten Suizid geltend gemacht werden, da der Arzt nicht Hand anlegt und keine lebensverkürzende Maßnahme vornimmt. Auch das Argument der bisherigen geltenden Regeln und Tradition kann laut Wiesing nicht tragen, da die „Kontinuität einer Norm [...] ihre Geltung in der Gegenwart nicht hinreichend begründen“ kann.<sup>319</sup>

Doch auch wenn sich der Verstoß gegen Handlungsnormen des ärztlichen Ethos anhand dieser Untersuchungen für besondere Ausnahmesituationen nicht belegen lässt, bleibt

---

<sup>318</sup> Wiesing (2000), S. 236.

<sup>319</sup> Wiesing (2000), S. 241.

allerdings die Gefahr des Vertrauensverlusts durch den Patienten in die genuine Aufgabe des Arztes und seines beruflichen Auftrags.

Schöne-Seifert geht der Frage nach, ob *Assistenz* zum Sterben „unärztlich“ ist. Sie untersucht, an welchen Kriterien eine solche „Unärztlichkeit“ festzumachen, und ob dies ein stichhaltiges Argument gegen assistierten Suizid bieten könnte. Zunächst unterscheidet sie bezüglich des Begriffs „unärztlich“ eine deskriptive und eine normative Bedeutung. Im ersten Fall liege eine rein beschreibende Aussage vor, nach der Assistenz zum Sterben für einen Arzt als *unüblich* angesehen werde. Die häufigere zweite Verwendung sei aber mit einem impliziten normativen Urteil verbunden, dass Ärzte aus moralischen Gründen keine Suizidassistenten leisten *sollten* (vgl. Kap. 6). Wie bereits anhand der Untersuchungen von Wiesing erläutert, differenziert Schöne-Seifert zwischen Gründen, die *auch für Ärzte* und solchen die *arztspezifisch* geltend gemacht würden. Eine höhere Bedeutung misst sie der zweiten Kategorie bei. Diese werde dem Begriff „unärztlich“ eher gerecht.<sup>320</sup> Dennoch werde die erste – quasi für jedermann geltende – Verwendungsform, in der die generelle Bewertung als unmoralisch beinhaltet sei, häufig eingesetzt. Dies geschehe vor allem, da der Begriff „unärztlich“ „gewichtiger wirkt als das bloße Verdikt ‚unmoralisch‘ – weil er ein privilegiertes Wissen darüber zu implizieren scheint, was Arztsein bedeutet.“<sup>321</sup>

Das Argument des Unmoralischen bezieht sich bei näherer Betrachtung meist auf die *Ursächlichkeit am Tode* bzw. die *Intention zum Tode*. Beide Kriterien können aber nicht für die ärztliche Suizidassistenten geltend gemacht werden, da der Arzt weder Hand anlegt, noch den Tod des Patienten beabsichtigt.

Betrachtet man die Beurteilung „unärztlich“ in ihrer normativen Absicht spezifisch für ärztliche Handlungen, so kommt Schöne-Seifert zu dem Schluss, dass es für Befürworter dieser Kategorie mehrere Gründe gibt. Zum einen gehe es um die Erhaltung der Tradition des ärztlichen Berufsstandes in hippokratisch-christlicher Auslegung. Dies sei jedoch durch die ohnehin unvermeidbaren und auch unverzichtbaren Weiterentwicklungen in allen medizinischen Bereichen kein tragfähiges Argument. Ein zweiter Grund der normativen Ablehnung sei die Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Doch Schöne-

---

<sup>320</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 108f.

<sup>321</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 108.

Seifert hält dies für ungerechtfertigt, da Patienten im Falle eines assistierten Suizids keine Angst vor unerbetener Sterbehilfe haben müssten. Ein weiteres arzt spezifisches Verdikt stecke in der „Zweckbestimmung der Medizin“, die ein solches Handeln verbiete. Schöne-Seifert vertritt jedoch die Ansicht, dieses Telos werde durch Auseinandersetzungen in der jeweiligen Gesellschaft erst bestimmt und habe keine *eigenmächtige* Normierungskraft.<sup>322</sup> Anhand ihrer Analysen ist also *keine* Tragfähigkeit des Arguments der „Unärztlichkeit“ festzumachen, weder im Sinne einer allgemeinen Beurteilung der Handlung als unmoralisch noch im spezifisch auf den Arzt zugeschnittenen Geltungsbereich.

Kutzer schließt sich zwar im Wesentlichen den Argumenten der Ablehnung aktiver ärztlicher Suizidbeihilfe an, schränkt die generelle Abwehr gegen jegliche Beteiligung aber in einem speziellen Teilbereich ein: „Allerdings hat der Arzt auch die Aufgabe, Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Dies kann es im Einzelfall auch artzethisch rechtfertigen, einen Patienten, der ohne fördernde Mitwirkung des Arztes Suizid zur Beendigung schwersten Leidens begeht, durch Anwesenheit und mit dem Versprechen, bei unvorhergesehenem Verlauf notfalls palliativ oder kurativ einzugreifen, in den freiverantwortlich gewählten Suizid zu begleiten. Der Arzt muss den sterbenden Suizidenten nicht allein lassen. Würde das Standesrecht auch eine solche dem ärztlichen Gewissen folgende ‚weiche‘ und nicht fördernde Form des Beistands generell verbieten, würde das Verbot die grundrechtlich garantierte Freiheit ärztlicher Berufsausübung tangieren, weil es – anders als die fördernde aktive Beihilfe – nicht mehr mit dem Schutz des Einzelnen und der Gesellschaft ausreichend begründet werden kann.“<sup>323</sup>

Kutzer spricht zwei wesentliche Aspekte an: Die Begleitung beim Sterben als ärztliche Aufgabe kann die ethische Pflicht beinhalten, auch einem Suizidenten passiv Beistand zu leisten und ihn nicht alleine zu lassen. Dies gilt für die Ausnahmesituation eines dem Arzt bereits bekannten Patienten und eines freiverantwortlichen und ernstlichen Suizids, nachdem zuvor alle alternativen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. Ist von einer solchen Unabänderlichkeit und Freiwilligkeit auszugehen, kann es ethisch gerechtfertigt sein, ärztliche Sterbebegleitung zu leisten. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die verfassungsrechtlich verankerte Freiheit der Berufsausübung, nach der eine ärztliche Entscheidung *nach bestem eigenem Wissen und Gewissen* erfolgen soll.

---

<sup>322</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 112-115.

<sup>323</sup> Kutzer (2005), S. 194f.

Im Kommentar zur (Muster-)Berufsordnung wird die Gewissensfrage des Arztes näher erläutert: „Eng mit den ethischen Anforderungen einerseits und der Freiheit von Weisungen durch Nichtärzte andererseits verbunden ist der Grundsatz, dass der Arzt den ärztlichen Beruf nur seinem Gewissen entsprechend ausübt. Die Gewissensentscheidung, die der Arzt zu treffen hat, ist dabei in die medizinische Ethik und die Menschlichkeit eingebunden.“<sup>324</sup> So sei das nach bestem Wissen getroffene Gewissensurteil, die subjektive Antwort des Einzelnen auf die Frage nach dem Guten, für den Betroffenen verbindlich und vom Einzelnen wie der Gemeinschaft zu respektieren. Solche Gewissensentscheidungen stünden vor allem dort an, wo der Arzt unterschiedliche individuelle Interessen gegeneinander abzuwägen habe oder wo Rechtsnormen einen Handlungsspielraum ließen.<sup>325</sup> Dieser ist durch die bereits eingehend erläuterten straf- und standesrechtlichen Lücken im vorliegenden Fall eindeutig gegeben. Der Gewissenskonflikt, mit dem eigenen Handeln gegen Grundsätze der Standesethik zu verstoßen, kann beachtlich sein, auch wenn der Arzt sich der moralischen Richtigkeit seiner Handlungsmaßstäbe sicher ist.

Wenn der Arzt jedoch gegen die vorgegebene standesethische Auffassung handelt, kann umgekehrt ein gravierender persönlicher Gewissenskonflikt entstehen. Die Diskrepanz zwischen prinzipieller Standesethik und subjektivem Gewissen in Einzelfällen bleibt ungelöst, wie auch die Frage der Garantenpflicht weiterhin offen bleibt.

Die *Entkräftung* des Arguments der „Unärztlichkeit“ assistierten Suizids, das sich für die erläuterten seltenen Ausnahmefälle zwar nicht als tragfähig erweist, reicht dennoch nicht zur ethischen Legitimation des ärztlich assistierten Suizids aus. Eine solche Schlussfolgerung wäre angesichts der Komplexität der Debatte, der zahlreichen weiteren Gegenargumente und in der Zusammenschau der vielen einzubeziehenden Kriterien voreilig.

---

<sup>324</sup> Ratzel / Lippert (2002), S. 38.

<sup>325</sup> Ratzel / Lippert (2002), S. 38f.

## 7 Argumente in der deutschen Debatte um ärztlich assistierten Suizid

Die Debatte um Sterbehilfe und ärztlich assistierten Suizid in *Deutschland* ist im Gegensatz zur *internationalen* Diskussion vor allem durch den historischen Hintergrund des Landes geprägt. Aus den Erfahrungen der Vergangenheit ist eine große Verantwortung erwachsen, die einen besonders sensiblen Umgang mit ethischen Themen erfordert. Das Recht auf Unantastbarkeit der Menschenwürde und der Respekt vor dem Leben müssen in der Bundesrepublik nach den grausamen Massenmorden der Nationalsozialisten im Dritten Reich mit einem außerordentlichen Maß an Aufmerksamkeit geschützt werden. Diese positive Wachsamkeit über die Grundrechte darf jedoch nicht zu einer Tabuisierung führen, die eine offene Diskussion über wichtige Themen des Umgangs mit dem Sterben verhindert. Ein transparenter Diskurs über medizinethische Fragen in der Gesellschaft muss möglich sein, um unkontrollierbaren Entwicklungen im Verborgenen Einhalt zu gebieten. Eine vielschichtige, öffentliche Diskussionslandschaft bereichert die demokratische Kultur. Wichtig ist dies vor allem für beruflich Betroffene, die im Alltag mit Suizidwünschen terminal Erkrankter konfrontiert werden.

Nicht nur innerhalb der medizinischen Fachdisziplinen, sondern auch in Politik, Medien und Bevölkerung werden medizinethische Probleme im Umgang mit Sterbenden lebhaft und kontrovers diskutiert. Beherrscht wird der Streit um die Zulässigkeit verschiedener Sterbehilfeformen, im Besonderen der aktiven Sterbehilfe und das vermeintlich „richtige“ Verhalten der Ärzte, von der Emotionalität der verschiedenen Parteien. Innerhalb der Argumentation scheint Sachlichkeit einer existenziellen Angelegenheit wie dem Tod nicht gewachsen zu sein. Mittlerweile steht aber nicht mehr allein die Angst vor dem Tod im Vordergrund. Der Fortschritt medizinisch-technischer Möglichkeiten zur Lebenserhaltung schürt auch die Sorgen, *nicht natürlich* oder *gar nicht* sterben zu dürfen.

Einige zentrale Argumente werden besonders häufig aufgegriffen, z. B. die Gefahr des Dammbrochs bzw. der „schiefen Ebene“, auf die wir uns begeben könnten. Entscheidend ist, dass durch die häufige und verallgemeinernde Verwendung solcher Thesen deren Grundlage und Bedeutungsgehalt nicht mehr hinterfragt werden. So kann

es geschehen, dass Argumente, die hauptsächlich gegen die aktive Sterbehilfe gerichtet sind, gleichzeitig auf den ärztlich assistierten Suizid übertragen werden, ohne die Bedeutung für diese neue Anwendung zu überprüfen. Dies geschieht auch deshalb häufig, weil zwischen Tötung auf Verlangen und ärztlicher Suizidassistenz oftmals nicht präzise unterschieden, sondern beides auf einer Argumentationsebene verknüpft wird. Hierbei erhält der schmale Grat der Tatherrschaft – bereits erläutert am Beispiel einer Tablette, die dem Suizidenten auf die Zunge gelegt und nicht von ihm selbst eingenommen wird – großen Stellenwert. Entscheidende Aspekte wie Patientenautonomie, Freiverantwortlichkeit und Freiwilligkeit rücken auf diese Weise gänzlich in den Hintergrund.

Deshalb sollen im Folgenden die wichtigsten Argumente der Sterbehilfedebatte auf ihre *Stichhaltigkeit* für den ärztlich assistierten Suizid und darüber hinaus im Besonderen auf ihre Tragfähigkeit im Fall des terminalen Erkrankungsstadiums untersucht werden. Dabei soll die Möglichkeit der freien Entscheidung zum Suizid nach Ausschluss einer psychiatrischen Grunderkrankung, z. B. einer Depression, nicht angezweifelt werden, auch wenn dies lediglich die Ausnahme der Suizidfälle darstellt.

Auch wenn zum Zweck einer besseren Übersicht die Argumente in Form einer Gegenüberstellung in Pro und Contra gegliedert wurden, zeigt sich anhand der folgenden Erörterungen, dass diese Einteilung keineswegs eindeutig ist. Da das Für und Wider der Argumente oftmals an Ort und Stelle zu diskutieren ist, fließen die Argumentationen teilweise ineinander. Die auf den ersten Blick klare Einordnung in Gegenargumente und befürwortende Argumente wird deshalb an vielen Stellen innerhalb der einzelnen Argumente aufgelöst.

## **7.1 Gegenargumente**

### ***7.1.1 Dambruch und Argument der „schiefen Ebene“***

Zu den grundlegenden Argumenten der Gegner gehört die Warnung vor der Gefahr des Dambruchs bzw. der „schiefen Ebene“ („slippery slope“).<sup>326</sup> Dabei wird postuliert, dass durch eine gesellschaftliche Anerkennung des ärztlich assistierten Suizids oder der

---

<sup>326</sup> Zur differenzierten Auseinandersetzung mit sog. „slippery slope“-Argumenten („schiefe Ebene“) vgl. die Monographie von Guckes (1997).

aktiven Sterbehilfe in Einzelfällen entweder die Tore für eine Entwicklung bis hin zur generellen Legalisierung der Tötung auf Verlangen geöffnet würden, oder dass zumindest die Erweiterung der Ausnahmefälle zu einer Aufweichung der bisherigen moralischen Haltung der Ärzteschaft zur Sterbehilfe führen würde. Viele Gegner innerhalb der Debatte sind der Ansicht, eine Ausweitung der Suizidbeihilfe auf Patienten mit psychiatrischer Grunderkrankung, z. B. einer Depression, oder auf Menschen mit körperlicher Einschränkung wäre wahrscheinlich.<sup>327</sup> Am Ende der vorhergesagten Kausalkette steht der befürchtete Verlust der Achtung vor dem menschlichen Leben durch die Gesellschaft und vor allem durch die Ärzte. Zur Untermauerung des Risikos der „schiefen Ebene“ wird häufig auf die unmenschlichen Gewaltverbrechen des Nationalsozialismus verwiesen.<sup>328</sup>

Durch Überspitzungen der Dambruchargumentation kann die Problematik entstehen, die eigentliche Gefahr nicht mehr ernst zu nehmen. Der Nationale Ethikrat beschreibt diese potenzielle Ausweitung einer Zulassung ärztlicher Beihilfe zum Suizid ganz sachlich: „Die Befürchtung, dass es bei diesen Ausnahmen nicht bleiben würde, muss ernst genommen werden. Ausnahmetatbestände können Präzedenzfälle werden; sie etablieren dann Regeln, die über die Ausnahmefälle hinaus anwendbar sind und solche Anwendung nahe legen.“<sup>329</sup> Dies ist eine realistische Einschätzung potenzieller Gefahren, die in der Erwägung einer Legalisierung einen hohen Stellenwert erhalten müssen. Es wird von Beispielen berichtet, wie etwa der schweizerischen Sterbehilfeorganisation „Exit“, die trotz einschränkender Auflagen auch Ausnahmen macht und gelegentlich Suizidhilfe bei nicht sterbenskranken Menschen leistet.<sup>330</sup>

Der sachlichen Abwägung realistischer Gefahren ist jedoch die klassische Dambruchargumentation abträglich, die sämtliche Grenzen überschritten und alle Mauern einstürzen sieht. So liest es sich z. B. in einem Beitrag des Psychiaters Hans Lauter: „Die Beihilfe zum Suizid wäre ein gangbarer Weg im heutigen Streit um die Sterbehilfe. Es wäre ein Weg, der einen Einstieg in die Euthanasie-Praxis bedeuten würde [...]. [...] Die in ihnen [den gesetzlichen Regelungen der Euthanasie-Praxis]

---

<sup>327</sup> So z. B. Lauter (1998), S. 42.

<sup>328</sup> Vgl. dazu die ausführliche Darstellung bei Benzenhöfer (2009), S. 97f.

<sup>329</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 30.

<sup>330</sup> Vgl. Nationaler Ethikrat (2006), S. 30.

enthaltenen Definitionen können auch nahezu beliebig ausgeweitet werden. Der hierdurch beschrittene Weg führt auf eine schiefe Bahn [...].<sup>331</sup>

Solche Befürchtungen sind auch im Minderheitenvotum der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz exemplarisch zu finden: „Schon der Anschein der Duldung von ärztlich assistiertem Suizid, der aus einem Sanktionsverzicht im Einzelfall folge, bringe die Ärzteschaft insgesamt in ein Zwielficht, wenn nicht sogar in Misskredit. Wenn man den ärztlich assistierten Suizid nicht ausnahmslos standesrechtlich sanktioniere, eröffne man den Schleichweg zur aktiven Sterbehilfe.“<sup>332</sup> Der entstehende Vertrauensverlust schaffe eine Rechtsunsicherheit, die weder dem Arzt noch dem Patienten zugemutet werden könne.<sup>333</sup> Abgesehen davon, dass die zuletzt erwähnten Bedenken durch die vorherrschende Situation schon eingetreten sind, ist der gedankliche Schluss von Konsequenzen mit extremem Ausmaß ein Kennzeichen für Argumente dieser Kategorie.

Dagmar Fenner beschreibt die Funktionsweise einer solchen Art der Beweisführung: „Indem man die Aufmerksamkeit auf zu erwartende negative Folgen bestimmter Handlungsweisen lenkt, versucht man die Befürworter von der Gefährlichkeit dieses Tuns zu überzeugen und einen Meinungsumschwung zu initiieren.“<sup>334</sup> Doch für Fenner geht der Entwurf von Negativkonsequenzen über die bloße Warnung hinaus. Er soll zugleich ein Abschreckungsversuch sein, da die geschilderten Folgen als unaufhaltsam interpretiert werden. Sie kritisiert an dieser Argumentationsweise, dass die drastisch entworfenen Zukunftsszenarien weder empirisch noch handlungstheoretisch nachweisbar seien. Die Beweislast der Existenz zuverlässiger Möglichkeiten, das drohende Unheil durch Sicherheitsmaßnahmen abzuwenden, liege dadurch immer beim Diskussionsgegner.<sup>335</sup> So könne schon deshalb keine Parallele zur Euthanasiebewegung im Nationalsozialismus hergestellt werden, weil diese „fern jeder öffentlichen Diskussion und ohne jegliche gesetzliche Legitimation durchgeführt“ und nur durch „Zensur und Unterdrückung der Meinungsfreiheit“ ermöglicht worden sei.<sup>336</sup>

---

<sup>331</sup> Lauter (1998), S. 38, S. 42.

<sup>332</sup> Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 144.

<sup>333</sup> Vgl. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 144.

<sup>334</sup> Fenner (2007), S. 201.

<sup>335</sup> Fenner (2007), S. 201f.

<sup>336</sup> Fenner (2007), S. 204f.

Darüber hinaus geht es bei der Suizidbeihilfe nicht um eine Entscheidung über Wert und Unwert des Lebens einer *dritten Person*, was für einen Vergleich mit den Verbrechen des Nationalsozialismus ein entscheidender Aspekt wäre, sondern um die Beurteilung der Würde und des Wertes des *eigenen* verbleibenden Lebens durch den jeweiligen Betroffenen. Die autonome Entscheidung und Umsetzung verringert die Missbrauchsgefahr. Die ethische Unzulässigkeit der Entscheidung über Wert und Unwert anderen Lebens kann eher als Gegenargument gegen aktive Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen geltend gemacht werden.

Lauter ist der Ansicht, der Arzt akzeptiere im Falle ärztlicher Suizidassistenz das Urteil des Patienten über die eigene Wertlosigkeit des Lebens, vollstrecke es aber nicht.<sup>337</sup> Dieser Behauptung kann jedoch aus mehreren Gründen nicht gänzlich beigepflichtet werden. Der Autor macht keinen Unterschied zwischen der Einschätzung des Arztes über die *Einstellung des Patienten* zu Leben und Tod einerseits und der *Hilfe beim Suizid* andererseits. Dies sind aber bei näherer Betrachtung zwei verschiedene Ebenen, denn der Arzt kann die Ansicht des Patienten teilen, ihm dennoch alle Hilfe versagen. Er kann jedoch auch anderer Auffassung sein, den Patientenwunsch aber trotzdem respektieren und ihm aus eigenen, z. B. moralischen Beweggründen helfen. Des Weiteren ist die individuelle Entscheidung differenzierter zu betrachten, denn Suizid im speziellen Fall des terminalen Erkrankungsstadiums muss nicht zwingend bedeuten, dass dem Leben der Wert abgesprochen wird. Ganz im Gegenteil kann der Entschluss, ein erfülltes und reiches Leben nicht in Qualen bis zuletzt ertragen zu wollen, gerade in der Wertschätzung des eigenen Lebens gründen. Ein Urteil über den freien Willen und über derartig existenzielle Entscheidungen einsichtsfähiger Betroffener ist äußerst problematisch. Das Verständnis für den Suizidwunsch eines Patienten kann die ärztliche Suizidassistenz allerdings nicht legitimieren.

Die Konstruktion negativer Kausalketten, die durch eine Änderung der vorherrschenden Regelungen ins Rollen gebracht werden, ist meist übertrieben, doch zunächst auch entwaffnend. Solch verheerende Entwicklungen scheinen in ihrem geschilderten Ausmaß zwar nicht realistisch. Dennoch ist es schwierig, die Dammbrech-Drohung sachlich zu analysieren, da sich mögliche negative Konsequenzen nicht sicher voraussagen lassen. Die Eingrenzung auf das terminale Stadium einer unheilbaren

---

<sup>337</sup> Lauter (1998), S. 38.

Erkrankung lässt die Gefahr eines Dammbrochs jedoch unglaubwürdig erscheinen, da zu viele Kriterien das Ereignis einschränken. Wie bereits festgestellt, ist der freiverantwortliche und ernsthafte Wille zum Suizid ohne zu Grunde liegende psychiatrische Erkrankung ohnehin die Ausnahme. Diese begrenzenden Voraussetzungen und das bestimmte Patienten Klientel machen einen Dammbroch durch unkontrollierten Missbrauch nicht sehr wahrscheinlich.

Für Fenner wird das Dammbrochargument als „Totschlagargument“ missbraucht, wenn auf der Realität der Gefahr und auf der Notwendigkeit der Ereigniskette insistiert wird.<sup>338</sup> Sie sieht in der Anwendung dieser Argumente darüber hinaus eine negative Auswirkung auf die offene Debatte: „Statt die Diskussion über die effektiven Verhinderungsmöglichkeiten eines Dominoeffektes zu fördern, nährt man die Tabu-Mentalität, die es im Bereich Suizid und Sterbehilfe dringend zu überwinden gilt.“<sup>339</sup>

### **7.1.2 Lebensschutz und Entsolidarisierung der Gesellschaft**

Die rechtliche Anerkennung der Suizidassistentz könnte zur Folge haben, dass sich Selbsttötung zur gesellschaftlich anerkannten Lösung schwerwiegender Probleme oder qualvoller Krankheit entwickelt. Die gesteigerte Bereitwilligkeit, Vorzüge oder Nutzen eines solchen Wegs zu betrachten, bedeutet eine Bedrohung des Lebensschutzes.

Birkner sieht in einer Institutionalisierung des assistierten Suizids die Gefahr einer „Relativierung der Bedeutung des Lebens und der Lebenserhaltung im gesellschaftlichen Bewusstsein [...]“, wenn Suizid „als allgemein akzeptierter Weg aus dem Leben zu scheiden“ wahrgenommen würde.<sup>340</sup> Die kontroversen Standpunkte der Suizid-Debatte basieren auf grundlegenden Werten und Prinzipien unserer Gesellschaft. Aus dem einerseits im Grundgesetz verankerten Auftrag des Staates, das Leben als Rechtsgut zu schützen, und dem ebenfalls verfassungsrechtlich fixierten Respekt vor freiverantwortlicher, individueller Entscheidung andererseits, entsteht ein starkes Spannungsverhältnis.<sup>341</sup> Wie schwierig es ist, zwischen diesen abstrakten Grundpfeilern einen vereinenden Kompromiss für die praktische Anwendung zu finden, zeigen Dauer und Brisanz der geführten Debatte.

---

<sup>338</sup> Fenner (2007), S. 205.

<sup>339</sup> Fenner (2007), S. 205.

<sup>340</sup> Birkner (2006), S. 53.

<sup>341</sup> Birkner (2006), S. 53.

Auch Fenner hinterfragt die von Gegnern postulierte Gefahr der „Entsolidarisierung der Gesellschaft“ durch eine Institutionalisierung der Suizidbeihilfe. Bedenken in der Argumentation beziehen sich auf einen Verfall des Durchhaltevermögens der Menschen in Leidenssituationen und ein Absinken der „individuellen Toleranzgrenze für Leid und Unannehmlichkeiten“. Die Autorin bezweifelt jedoch eine Schmälerung des „Willen[s] und Engagement[s] für ein selbstbestimmtes und glückliches Leben“ durch die bloße Option des assistierten Suizids in Krisensituationen.<sup>342</sup> Bezogen auf die gesellschaftliche Masse gibt sie zu bedenken, dass nicht „die Tatsache der Legalisierung der Sterbehilfe [...] notwendig zu einer Reduktion von Solidarität und Verantwortung“ führt, sondern „[...] bestimmte Legitimationsmotive wie rassenhygienische Ideologien oder ökonomisch-utilitaristische Bilanzsummenrechnungen“.<sup>343</sup> So kehrt Fenner das Argument der Entsolidarisierung zu Gunsten des assistierten Suizids um und stellt fest: „Wo alle menschenmöglichen Versuche, Schmerz und Leid der Suizidwilligen [...] zu lindern und ihre Lebensbedingungen nachhaltig zu verbessern, nicht zu einem Verschwinden des Suizidwunsches führen, könnte Beihilfe zum Suizid ein letzter humaner solidarischer Akt sein.“<sup>344</sup>

Einen interessanten Aspekt zum Lebensschutz bringt der Psychiater Heyo Emrich zur Sprache. In einem Beitrag zur Beihilfe zum Suizid kritisiert er das fälschlicherweise unterstellte Gleichgewicht in der Beziehung zwischen suizidalem Patienten und seinem Arzt. Letzterer habe vielmehr ein psychisches Übergewicht gegenüber dem leidenden Patienten. Diese Asymmetrie trage zu einer Verschiebung der Entscheidung des Patienten bei. Der Lebensschutz liege im „nil nocere“ des Hippokratischen Eids, der durch die ethische Bindung an eine bestimmte ärztliche Verhaltensweise das Übergewicht des Arztes legitimiere. Sobald sich der Arzt aber gegen das Leben richten könne, sei der Ausgleich der Asymmetrie durch den hippokratischen Eid aufgehoben.<sup>345</sup> „Die pure Erwähnung der Tatsache durch den Therapeuten, dass ja auch ein assistierter Suizid denkbar wäre, ja selbst die Tatsache, dass der Patient auch nur darüber weiß, dass dem Therapeuten diese Möglichkeit grundsätzlich zur Verfügung steht, wird vom Patienten als eine Art indirekter Aufforderung verstanden werden können, in einer

---

<sup>342</sup> Fenner (2007), S. 209.

<sup>343</sup> Fenner (2007), S. 210.

<sup>344</sup> Fenner (2007), S. 210.

<sup>345</sup> Emrich (1998), S. 60f.

bestimmten krisenhaften Leidenssituation den Arzt um Mithilfe beim Suizid zu ersuchen.“<sup>346</sup>

Aus dieser Perspektive ist die Befürchtung einer Gefährdung der grundlegenden Gewährleistung des Lebensschutzes durch Abweichen von ethischen Prinzipien nachvollziehbar. Aber nicht eine paternalistisch hierarchische Rollenverteilung, sondern vielmehr das Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt kann zur Entmutigung führen, wenn letztgenannter Suizidabsichten vorschnell anerkennt oder bestätigt.

Das Problem der Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis kann, wie Emrich zeigt, zu moralischem Druck auf den Patienten führen, welcher sich möglicherweise unbewusst vom Arzt zu einer Entscheidung aufgefordert fühlt.

### ***7.1.3 Gefahr des sozialen, moralischen und ökonomischen Drucks***

Für die Bedenklichkeit der Legalisierung ärztlich assistierten Suizids spricht auch die Gefahr, dass die Gesellschaft auf soziale Minderheiten, zum Beispiel auf ältere oder kranke Mitmenschen, moralischen oder ökonomischen Druck ausübt. Fenner geht diesem Argument in ihrer kritischen Analyse der Gegenstimmen einer Legalisierung auf den Grund: „Als ‚moralisch‘ wäre der [...] ausgeübte Druck auf Mitmenschen insofern zu deklarieren, als er wie moralische Normen mit sozialen Sanktionen von Verachtung, Tadel oder Ausgrenzung verknüpft ist und man an das Gewissen der zu Erpressenden appelliert, den Interessen aller involvierten Personen gebührend Rechnung zu tragen. Gleichwohl ist das Vorgehen natürlich höchst unmoralisch, weil anstelle einer sorgfältigen gemeinsamen Güterabwägung bezüglich der verbleibenden Lebensqualität und -freude der Kranken und der tatsächlichen Übel seitens der Angehörigen mit strategischen Mitteln dem egoistischen Ziel der Lebensbeendigung der Kranken entgegengearbeitet wird.“<sup>347</sup>

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen und die durch Überalterung der Gesellschaft steigende Zahl alter und kranker Menschen, die einen hohen pflegerischen und finanziellen Aufwand beanspruchen, bergen zusätzlich die Gefahr der Ausübung ökonomischen Drucks. Politik und Gesellschaft könnten den Betroffenen das Gefühl

---

<sup>346</sup> Emrich (1998), S. 60.

<sup>347</sup> Fenner (2007), S. 206f.

geben, für die Krise im Gesundheitssystem verantwortlich zu sein. Legalisierter oder institutionalisierter assistierter Suizid könnte als Ausweg erscheinen.

Lauter beschreibt die ungünstige Entwicklung für den Fall einer generellen Legalisierung der Suizidassistenz: „In einem Klima, das rechtzeitigen Suizid als würdigen Freitod hochstilisiert, würden sich vermutlich viele chronisch kranke ältere Menschen oder Behinderte dazu genötigt fühlen, einen scheinbar freiwilligen, in Wirklichkeit aber gesellschaftlich verhängten Suizid in Erwägung zu ziehen, um ihren Angehörigen oder der Gesellschaft nicht unnötig zur Last zu fallen.“<sup>348</sup> Beachten muss man bei dieser Argumentation, dass diese negativen Auswirkungen nicht im gleichen gravierenden Ausmaß für die Einschränkung auf eine terminale Erkrankung gelten müssen.

Durch die rechtliche und gesellschaftliche Anerkennung des assistierten Suizids könnte für Patienten der Eindruck entstehen, dass die durch die eigene Krankheit entstehende psychische und finanzielle Belastung der Angehörigen selbstverschuldet ist. Diese könnte fälschlich mit dem Aufkeimen eines Pflichtgefühls verbunden sein, den Ausweg in der Beendigung des Leids durch Suizid zu suchen. Eine Institutionalisierung des assistierten Suizid würde dem Betroffenen die Umsetzung der Suizididee zu leicht machen.

Die Einschätzung der eigenen Situation und Lebensqualität von chronisch Kranken, Pflegebedürftigen und Sterbenden entsteht nicht nur von innen heraus, sondern wird maßgeblich beeinflusst vom äußeren Umfeld. Hierbei sind verschiedene Aspekte zu beachten. Die Ausübung moralischen Drucks kann auf mehreren Ebenen stattfinden. Einerseits kann dies öffentlich geschehen, z. B. durch politische Statements oder Äußerungen bekannter Stimmen in den Medien. Andererseits besteht die Möglichkeit des Drucks im Kreise der Familie, durch Angehörige oder Bekannte, die ihre Belastung offen zeigen oder unterschwellig vermitteln. Fenner beschreibt höchst verwerfliche Mittel der moralischen Erpressung: „Auf der Ebene des Handelns könnten die Angehörigen oder pflegenden Personen mit dem Entzug von Pflege und Zuwendung drohen und die Zahl der Krankenbesuche reduzieren. Als ‚erpresserisch‘ zu taxieren wären auch sämtliche psychologischen Manipulationsversuche zur Unterhöhnung des

---

<sup>348</sup> Lauter (1998), S. 41.

verbleibenden Lebenswillens wie etwa die pausenlose Klage über die untragbare Bürde, zu der die kranke Person geworden sei, oder der hartnäckig in die Gespräche eingeflochtene (versteckte) Hinweis auf die valable Möglichkeit eines assistierten Suizids.<sup>349</sup> Fenner's Beispiele zeigen die Bandbreite von direkten und unterschweligen moralischen Druckmittel, die den Betroffenen zur Suizidhandlung drängen können.

Der Philosoph Robert Spaemann spricht sich für eine Tabuisierung der Euthanasie aus. Suizidbeihilfe dürfe selbst in Ausnahmesituationen nicht zur legitimen Option werden, da der Betroffene durch eine Ablehnung dieser Wahlmöglichkeit in Bedrängnis gerate, sich für alle folgenden Kosten und Mühen für die weitere Pflege verantwortlich zu fühlen.<sup>350</sup> Beckmann leuchtet dieses Argument zwar ein, er betont jedoch, dass nicht Tabuisierung, sondern eher das Gegenteil, diesen Konflikt löse: „Aufklärung darüber, dass die Krankheitserfahrung einschließlich der vom Betroffenen selbstbestimmten Fortsetzung eines noch so schwer erträglichen Leidens und Lebens ein Grundrecht des Menschen darstellt, dessen Belastungen von den Mitmenschen im einzelnen und von der Gesellschaft als ganzer nicht nur aus Respekt vor Lebensrecht, der Würde und Autonomie des Kranken, sondern auch nach Maßgabe des Prinzips der Solidarität in jedem Fall zu tragen sind.“<sup>351</sup> Offene Diskussionen über medizinethische Konflikte und Transparenz rechtlicher, politischer und gesellschaftlicher Verhältnisse dämpfen Missbrauchsgefahren ein und bauen Ängste ab.

Wegen des potenziellen sozialen und ökonomischen Drucks, der durch steigende Gesundheitskosten und eine Überalterung der Gesellschaft verstärkt wird, zieht Lauter ebenfalls die Tabuisierung der Legalisierung vor und plädiert dafür, auch Einzelfälle im Dunkeln zu belassen: „Wenn sich der Arzt in einem verzweifelten Ausnahmefall zu einer solchen Hilfeleistung verpflichtet fühlt, gehört auch dies in die Privatheit und Verborgenheit seiner individuellen Gewissensentscheidung. Er muß dann auch die rechtlichen Risiken in Kauf nehmen, die mit einer solchen Handlungsweise verbunden sind.“<sup>352</sup> Fraglich ist allerdings, ob dieses juristische Wagnis von einem Arzt erwartet werden kann. Vor allem kann es problematisch sein, ein ethisch grundsätzlich als unärztlich geächtetes Verhalten auch im Ausnahmefall mit dem Gewissen vereinbaren

---

<sup>349</sup> Fenner (2007), S. 206.

<sup>350</sup> Vgl. dazu Beckmann (1998), S. 25.

<sup>351</sup> Beckmann (1998), S. 25.

<sup>352</sup> Lauter (1998), S. 41.

zu wollen. So muss in einigen Einzelfällen angenommen werden, dass dem leidenden Patienten im terminalen Stadium die Hilfe verwehrt bleibt.

Eine weitere Problematik der Ausübung moralischen Drucks auf verletzbare Minderheitengruppen steht in Zusammenhang mit der Patientenautonomie. Die Freiwilligkeit der Entscheidung ist nicht immer klar zu erkennen. Auch nach Ausschluss einer psychischen Erkrankung und nach Feststellung eines über längere Zeit unveränderten, ernstlichen Entschlusses zum Suizid, ist dennoch der Beweggrund nicht in jeder Situation zu ergründen. Entscheidungen werden zu einem gewissen Anteil immer mitbestimmt durch äußere Einflüsse. Durch sozialen oder moralischen Druck kann eine Vorstellung irgendwann als eigene erscheinen, obwohl sie eigentlich von außen geprägt und oktroyiert ist. Wie Fenner beschreibt, entwickeln sich „Qualitätsurteile über das eigene Leben immer in Interaktion mit Außenbewertungen [...], so dass persönliche und gesellschaftliche Ideale lebenswerten Lebens nicht bezuglos nebeneinander stehen.“<sup>353</sup> Somit stoßen Patientenautonomie und freier Wille in gewisser Weise an die Grenze der äußeren Einflüsse.

Der Suizid eines schwer kranken Angehörigen stellt eine enorme psychische und emotionale Belastung dar. Auch aus dieser Perspektive kann sozialer Druck auf einen leidenden Menschen im terminalen Erkrankungsstadium entstehen, nämlich aus dem Pflichtgefühl heraus, *weiterleben zu müssen*. Wenn der eigene Lebenswille aufgrund schwerster unheilbarer Erkrankung und dem damit verbundenen Verlust der Lebensqualität erloschen ist, kann der Anblick der Verlustängste liebender Verwandten dem Patienten eine große Last aufbürden. Das Argument der Ausübung moralischen Drucks kann also auch ins Gegenteil umgekehrt werden, indem sich terminal Erkrankte moralisch verpflichtet fühlen, ihre Last und ihr Leid bis zuletzt ertragen zu müssen. Dennoch ist das Argument sozialen, moralischen und ökonomischen Drucks durch die Legalisierung ärztlich assistierten Suizids nicht zu unterschätzen.

#### **7.1.4 Vertrauensverlust und Argument der „Unärztlichkeit“**

Das bereits dargelegte Argument der „Unärztlichkeit“ der Suizidassistenz bildet nicht selten die Basis für die Vorhersage einer Gefährdung des Verhältnisses zwischen dem Patienten und seinem Arzt. Begründet wird diese Gefahr mit dem aufkeimenden

---

<sup>353</sup> Fenner (2007), S. 212.

Zweifel an der - nach Fenner - „ärztlichen Grundausrichtung auf das Leben, die Gesundheit und die Verbesserung der Lebensqualität“<sup>354</sup>.

Wiesing beschäftigt sich mit der zentralen Stellung des Vertrauens im Arzt-Patienten-Verhältnis und erörtert dessen Grundlagen: „Diese Kalkulierbarkeit ärztlichen Verhaltens macht das Vertrauen aus. Streng genommen ist es nicht das Vertrauen in den Erfolg der ärztlichen Maßnahme, [...] sondern ein Vertrauen in die moralische Integrität und fachliche Kompetenz eines Arztes. Ein Patient muss antizipatorisch mit bestimmten Verhaltensweisen eines Arztes rechnen können [...].“<sup>355</sup> Diesen vom Patienten von vornherein angenommenen Verhaltensweisen setzen sich aus dem allgemeinen ärztlichen Rollenbild und den Regeln des ärztlichen Ethos zusammen.

Stella Reiter-Theil sieht in dieser besonderen Stellung der Ärzte ebenfalls den Kernaspekt, der die Debatte um Beteiligung oder Mitwirkung am Suizid so schwierig macht: „Vermutlich gelten diese Annahmen für Ärzte in besonderer Weise, da sie nicht nur als zivile Personen, sondern als beruflich Handelnde ausdrücklich zur Bewahrung des Lebens verpflichtet sind.“<sup>356</sup> Folgt man der Sichtweise der Autorin, stellt die der Arztrolle intrinsische Funktion ganz spezielle Anforderungen. Reiter-Theil führt diese Überlegung weiter aus: „Das Hinzuziehen von Ärzten zur Mitwirkung an Patienten-Selbsttötung bedarf also eines offenen Prozesses der Auseinandersetzung mit den Grundlagen und möglichen Grenzen dieses Lebens-Schutzgebotes; es muss untersucht werden, und zwar im Sinne einer offenen Frage, unter welchen Voraussetzungen dieses Angebot Ausnahmen haben soll.“<sup>357</sup> Hierin ist ein essenzieller gedanklicher Ansatz enthalten. Die Angst vor dem Vertrauensverlust in die Ärzteschaft reicht viel tiefer als nur in die Ebene eines „vertraglichen“ Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die eigentliche Befürchtung betrifft den Verlust des unbedingten Gebotes des Lebensschutzes, das durch das Bild des Arztes verkörpert und garantiert wird. Ein Abweichen von diesen bestehenden Prämissen, wenn auch nur in Ausnahmesituationen, bedeutet für viele eine Erschütterung der Grundpfeiler des Rechts auf Leben.

---

<sup>354</sup> Fenner (2007), S. 211.

<sup>355</sup> Wiesing (2000), S. 234.

<sup>356</sup> Reiter-Theil (2004), S. 8.

<sup>357</sup> Reiter-Theil (2004), S. 8.

Problematisch ist allerdings nicht nur der Vertrauensverlust in den Arzt, sondern eventuell auch die Aufgabe des Vertrauens des Patienten in sich selbst. Durch die Möglichkeit der Alternative ärztlicher Suizidassistenz könnte beim Patienten das Gefühl verstärkt werden, die eigene Situation nicht mehr ertragen zu können. Eine Schwächung des Selbstvertrauens in die eigene Stärke im Umgang mit schweren Lebenskrisen könnte die Folge sein.

Lauter sieht die Gefahr im Verlust der gesellschaftlichen Schutzfunktion, die durch die ärztliche Hilfeleistungspflicht gewährleistet wird.<sup>358</sup> Allerdings spricht er sich als Psychiater für eine Tabuisierung der Legalisierung auch im Ausnahmefall terminaler Erkrankung aus und fordert, „dass die bisherige Grauzone ärztlicher Gewissensentscheidungen erhalten bleiben und nicht in gesetzliche Normen gepreßt werden sollte.“<sup>359</sup>

Wenn man das Vertrauensverhältnis betrachtet, stellt sich grundsätzlich die Frage, welche ärztlichen Verhaltensweisen zur seiner Stärkung bzw. Schwächung beitragen können. Ein transparenter Umgang der Gesellschaft mit einer rechtlichen Regelung, z. B. im terminalen Erkrankungsstadium für Ausnahmefälle die Garantenpflicht auszusetzen, könnte das Vertrauen möglicherweise eher stärken als eine Beibehaltung aller Grauzonen und Tabubereiche, die auch gebrochen werden können.

Die Angst vor unfreiwilliger Sterbehilfe durch Ärzte, die ihr Wirken nicht mehr gänzlich auf Lebenserhaltung ausrichten, trägt zu einer Erschütterung des Vertrauens der Patienten bei. Fenner schlägt deshalb vor, medizinisches Personal für Pflege und Therapie strikt vom Personal mit dem Aufgabenbereich der Sterbehilfe zu trennen.<sup>360</sup>

Auch das Minderheitenvotum der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz von 2004 argumentiert mit der drohenden Rechtsunsicherheit und dem Vertrauensverlust in die Ärzteschaft. Schon Einzelfälle und Ausnahmeregelungen brächten die Ärzteschaft in „Zwielicht“ und „Misskredit“ und eröffneten den „Schleichweg zur aktiven

---

<sup>358</sup> Lauter (1998), S. 41.

<sup>359</sup> Lauter (1998), S. 41.

<sup>360</sup> Fenner (2007), S. 211.

Sterbehilfe“.<sup>361</sup> Neben der Dambruchargumentation ist hier ganz deutlich die Furcht vor Verletzung des vertrauten ärztlichen Rollenbildes spürbar.

Im Gegenzug führt das Mehrheitsvotum der Kommission die Tragik einer solch rigiden Entscheidung für den Einzelnen ins Feld: „Man schütze mit der strengen Auffassung der Minderheit letztlich ausschließlich das ärztliche Selbstverständnis, jedoch zu Lasten von Patienten, die man sich selbst überlässt. Die Bewahrung des generellen Vertrauens in ärztliches Handeln könne, so gewichtig sie sei, keine Rechtfertigung dafür sein, dem Einzelnen objektiv nicht linderbares Leiden zuzumuten.“<sup>362</sup> In den dargestellten Positionen stehen sich also ein unangetastetes, gesellschaftliches Vertrauensbild und Rollenverständnis des Arztes einerseits und das Schicksal unstillbaren Leids Einzelner durch die strikte Ablehnung der Schaffung von Ausnahmesituationen andererseits gegenüber.

#### **7.1.5 Schwächung der Palliativmedizin**

Im Diskurs über Sterbehilfe und ärztlich assistierten Suizid wird oft die Angst vor der Schwächung der Palliativmedizin ins Feld geführt. Schöne-Seifert beklagt, dass behauptet wird, „die Sterbewünsche Schwerstkranker seien das Resultat unzureichender Palliativbehandlung vor allem mit Schmerzmitteln oder aber die Folge mangelhafter psychosozialer Betreuung – oder beides. Vermeidbare Schmerzen oder behebbare Depressionen, Einsamkeit und Angst würden dem Kranken die Sicht auf sein restliches Leben verdunkeln.“<sup>363</sup> Auch wenn oder gerade weil diese Aspekte ernst zu nehmen sind, betont sie, dass auch Befürworter von Sterbeassistenz dafür plädieren, „dass bestmögliche Palliativmedizin und menschliche Zuwendung vor und wenn irgend möglich statt tödlicher Hilfe erfolgen sollen.“<sup>364</sup> Folgt man ihrer Argumentation, so muss keine zwingende Entscheidung für Sterbehilfe *oder* Palliativmedizin getroffen werden.

Es ist also festzuhalten, dass der Ausbau der Palliativmedizin unangezweifelt bleiben muss und prinzipiell nicht mit der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid vermischt werden sollte. Darüber hinaus schließen sich eine Stärkung der Palliativmedizin und die

---

<sup>361</sup> Vgl. Mehrheitsvotum, Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 144.

<sup>362</sup> Mehrheitsvotum, Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004), S. 108.

<sup>363</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 106.

<sup>364</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 106.

Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids unter strengen Ausnahmekriterien nicht unweigerlich aus.

Lauter misst den Aufgaben der Palliativmedizin hohe Bedeutung bei, sodass der Suizidwille durch ausreichende Zuwendung und Fürsorge in nahezu jedem Fall getilgt werden könne: „Selbstmordgedanken bei lebensbedrohlich erkrankten oder sterbenden Menschen sind aber meist auch als ein Appell nach intensiver menschlicher Zuwendung und ärztlichem Beistand anzusehen. Wenn solche palliativen Maßnahmen gewährleistet sind, wie dies zum Beispiel in Hospizen der Fall ist, wird das Verlangen nach vorzeitiger Lebensbeendigung nahezu ausnahmslos gegenstandslos.“<sup>365</sup> Diese Beobachtung und Erfahrung kann für die große Mehrheit aller Krankheitsverläufe sicherlich geltend gemacht werden, berücksichtigt jedoch nicht vereinzelte Ausnahmefälle.

Auch in Fenner's Analyse der Argumente wird die Gleichsetzung von palliativen Maßnahmen und ausbleibendem Wunsch nach vorzeitiger Lebensbeendigung kritisch betrachtet: „Hingegen beruht die verbreitete Ansicht wohl auf einem Missverständnis, dank einer Aufrüstung der Palliativmedizin und optimaler Betreuungsverhältnisse ließen sich alle Todeswünsche eliminieren. Abgesehen davon, dass sich niemals alle Schmerzen anästhesieren lassen werden bzw. nur auf Kosten des Bewusstseins und der Kommunikationsfähigkeit, können die Einbußen an Lebensqualität, die positiven Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten beim Zusammensein mit Freunden oder bei beruflichen Aktivitäten auf diese Weise kaum wettgemacht werden.“<sup>366</sup> Trotz einer dringend notwendigen und ausreichenden Palliativmedizin entstehen im Ausnahmefall Lücken, die bisher nicht geschlossen werden können.

Das Argument des Ausbaus der Palliativmedizin scheint somit weniger tragfähig als die bisher diskutierten, da die Stärkung der Palliativmedizin zwar zweifelsfrei notwendig ist, die Forderung nach Ausbau aber dennoch nicht zwangsläufig gegen ärztlich assistierten Suizid im terminalen Erkrankungsstadium sprechen muss. Offensichtlich können zwar die meisten, aber eben nicht alle Leiden durch Palliativmedizin gelindert werden.

---

<sup>365</sup> Lauter (1998), S. 40.

<sup>366</sup> Fenner (2007), S. 208.

### **7.1.6 Probleme der Umsetzung**

Selbst wenn die Suizidbeihilfe in speziellen Ausnahmefällen zu rechtfertigen wäre und deshalb legalisiert würde, bliebe das gravierende Problem, wie die Freiverantwortlichkeit festgestellt werden kann. In den meisten Fällen bliebe diese Frage für den hinzu geeilten Arzt unbeantwortet, weshalb in diesen zweifelhaften Situationen nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ weiterhin die Rettungspflicht gelten müsste.<sup>367</sup> Auch Kutzer gibt zu bedenken, dass die „die Freiverantwortlichkeit ausmachenden Umstände [...] unter dem Zeitdruck, in dem über lebensrettende Maßnahmen entschieden werden muss, in aller Regel nicht gründlich erforscht werden“ können.<sup>368</sup> Er folgert daraus, dass der Schaden viel größer sei, einen Suizidenten sterben zu lassen, dessen Hintergründe pathologischer Ursache sind, als einen freiverantwortlichen und ernsthaften Suizid zu verhindern.<sup>369</sup> Seinen Überlegungen ist vor allem beizupflichten, da pathologische Suizide häufiger auftreten als die übrigen seltenen Ausnahmefälle.

Eine Legalisierung der Suizidbeihilfe könnte nach Auffassung der Kritiker zu einer Fehlentscheidung in solchen Notfallsituationen führen, in denen eine schnelle Wertung der Umstände vorgenommen werden muss. Ein falsches Urteil über die Freiwilligkeit hat jedoch fatale Folgen für Suizidenten, die sich aus reiner Verzweiflung das Leben nehmen wollen und dringend Hilfe benötigen.

Neben dem Problem möglicher Falschurteile in Notfallsituationen bestehen bei Überlegungen zur praktischen Umsetzung immer auch Zweifel, ob ein würdevolles Sterben durch Suizid gewährleistet sein kann. Erschreckende Methoden, wie z. B. das Ersticken in den von Derek Humphry entwickelten sogenannten „Exit-Bags“, zeichnen ein Bild, das mit würdevollem Sterben nichts zu tun hat. In einem Bericht der Rechtsmedizin der Universität des Saarlandes wird diese Suizidmethode geschildert: „Exit-Bags stellen eine besondere Form eines Plastiksacks dar. Es handelt sich um großvolumige, durchsichtige Kunststoffhüllen mit Halsmanschette und Klettverschluss, die in Verbindung mit der Einnahme von Schlaftabletten von Organisationen für

---

<sup>367</sup> Vgl. Kutzer (2005), S. 189.

<sup>368</sup> Kutzer (2005), S. 189.

<sup>369</sup> Kutzer (2005), S. 189.

‚humanes Sterben‘ als Hilfsmittel zum Suizid propagiert werden.“<sup>370</sup> Dass dies eine unwürdige Form des Sterbens ist, steht außer Zweifel.

Populistische wie makabre Forderungen nach Selbsttötungsmaschinen tragen ebenso zur Emotionalisierung, wie auch zur moralischen Entwertung der Diskussion bei. Das Thema sollte nicht zur unsachlichen Erregung der Aufmerksamkeit der Medien genutzt werden. Das Anliegen, einen angemessenen Weg der Leidenslinderung und Sterbebegleitung zu finden, wird auf diese Weise unterlaufen. Dennoch darf die Frage, wie die Umsetzung eines legalisierten assistierten Suizids gestaltet werden sollte, nicht verdrängt werden. Ein geeignetes Mittel müsste sicher und schnell wirken, um unnötiges Leid zu verhindern. Allerdings birgt schon diese Überlegung Fallstricke, da der Zweck des Mittels ausschließlich ein schnelles und unkompliziertes Sterben wäre und dies der Intention des ärztlichen Ethos zuwiderläuft.

Die Assistenz zum Suizid in die Hände von medizinischen Laien zu legen, erscheint ebenfalls hoch problematisch, da ein Schutz vor Störungen im Ablauf nicht gewährleistet werden kann. Erfahrungsberichte aus den Niederlanden und der Schweiz schildern Verzögerungen der Medikamentenwirkung bzw. widrige Umstände bei der Medikamenteneinnahme, woraus erhebliche Konflikte und eine unnötige Belastung der Betroffenen folgen können. So gibt Stella Reiter-Theil in ihrem internationalen Vergleich von fließenden Übergängen zwischen assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe zu bedenken: „Wenn [...] nach der unvollständigen Einnahme des Mittels nicht der Tod, sondern etwa Bewusstlosigkeit eintritt, ist das weitere Vorgehen unklar oder zumindest konfliktbehaftet und stellt alle Anwesenden vor unlösbare Probleme. Eine ‚Nachhilfe‘, die im Sinne des Sterbewunsches aktiv wird, dürfte den Tatbestand der verbotenen aktiven Sterbehilfe erfüllen, da zumindest die Tatherrschaft des Betroffenen [...] nicht mehr gegeben sein wird.“<sup>371</sup>

Die Situation der Bewusstlosigkeit – ohne Eintreten des vom Patienten beabsichtigten Todes – stellt einen hinzu gerufenen Arzt vor einen scheinbar unlösbaren Konflikt zwischen Handlungsalternativen: Aktiv in die Geschehnisse einzugreifen und für das Eintreten des Todes zu sorgen, gilt als aktive Sterbehilfe und ist verboten. Nicht einzugreifen bedeutet, den Patienten einem ungewissen Schicksal zu überlassen. Ein

---

<sup>370</sup> Grellner u. a. (2002), S. 65.

<sup>371</sup> Reiter-Theil (2004), S. 13.

mögliches Überleben mit irreversiblen hirnrorganischen oder anderen bleibenden Schäden könnte die Folge sein. Den Patienten nachträglich gegen seinen Willen zu retten, wäre in diesem Fall wohl die nächstliegende, für den Patienten jedoch keine angemessene und zufriedenstellende Lösung: „Ein Mensch, der sein Leben ‚in Würde und Ruhe‘ und selbstbestimmt beenden wollte, wird zum Patienten, der nicht sterben konnte und nun nach den Regeln ärztlicher Kunst behandelt und ggf. am Leben erhalten werden muss, auch wenn er bereits schwerst geschädigt sein mag.“<sup>372</sup>

Wie auch immer sich jeder einzelne Arzt in einer solchen Situation entscheiden würde: Ein solches Unglück im Ablauf der Ereignisse führt zu ethisch schier unlösbaren Konflikten, für die er die Verantwortung alleine tragen muss. Darf man dem Arzt aber derartige Entscheidungen in einer akuten Situation zumuten?

Selbst wenn also in Ausnahmesituationen eine freiverantwortliche Entscheidung zum Suizid zu respektieren wäre, bleibt unbeantwortet, welche Form des Sterbens einem selbstbestimmten Abschied vom Leben gerecht werden und wie die Verantwortung für beteiligte Ärzte aufgefangen werden könnte.

### **7.1.7 Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens**

Sokrates vertrat die Auffassung, das von Gott gegebene Leben dürfe nicht eigenmächtig beendet werden. Erweitert wurde dieser Gedanke von Thomas von Aquin um den Aspekt des Verstoßes gegen das „Gebot der positiven Einstellung des Menschen zu sich selbst“.<sup>373</sup> Beckmann merkt kritisch an, dass das sokratische Argument lediglich aus religiöser Perspektive für einen eingeschränkten Kreis Betroffener Verbindlichkeit verlangen kann: „Nun setzt diese Weise der Ablehnung der Selbsttötung den Glauben an eine jenseitige Bestimmung voraus, den nicht jeder besitzt. Der Philosophie, für welche nicht religiöse Offenbarungen, sondern die Prinzipien der allen Menschen gemeinsamen Vernunft die Grundlage bilden, bleibt dieser Zugang verschlossen.“<sup>374</sup>

Für Kant zeigt sich in der Selbsttötung ein „[...] innerer Widerspruch, als der Mensch als Freiheitswesen und sittliches Subjekt seiner Handlungen sich nicht selbst aufheben

---

<sup>372</sup> Reiter-Theil (2004), S. 13.

<sup>373</sup> Beckmann (1998), S. 16f.

<sup>374</sup> Beckmann (1998), S. 16.

wollen kann.<sup>375</sup> Der Mensch degradiere sich durch Suizid zum bloßen Mittel, indem er sich selbst zur Disposition stelle, dies sei grundsätzlich abzulehnen.<sup>376</sup>

Auch der Bundesgerichtshof konstatiert noch im Jahr 1954 in einem Urteilsspruch, „daß das Sittengesetz jeden Selbstmord streng missbillige, da niemand selbtherrlich über sein Leben verfügen und sich den Tod geben dürfe.“<sup>377</sup> Hierzu wird im AE-StB erläutert, dass diese moralische Auffassung christlichen Glaubensgrundsätzen entspreche, die Selbsttötung missbilligten, weil der Mensch nicht das Recht habe, sich das von Gott gegebene Leben zu nehmen. An dieser Argumentation wird scharfe Kritik geübt: „Es kann aber nicht Aufgabe des Staates sein, religiöse und weltanschauliche Grundsätze zu Lasten der Freiheit andersdenkender mit Hilfe des Strafrechts durchzusetzen. Das Grundrecht geht von einem weltanschaulich neutralen Staate aus.“<sup>378</sup>

Der Philosoph Norbert Hoerster lehnt das Argument der Unverfügbarkeit des von Gott gegebenen Lebens mit christlich-religiösem Ursprung ebenfalls kategorisch ab, betont aber zurecht, dass dies nicht gleichzeitig für eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids spreche: „Daß die Lehre von der Unantastbarkeit menschlichen Lebens wegen ihrer mangelnden intersubjektiven Begründbarkeit und ihres im Kern religiös-dogmatischen Charakters als Argument für ein staatliches Verbot der Sterbehilfe nicht in Betracht kommt, bedeutet nicht, dass es nicht Argumente anderer Art geben kann, die eine Zulassung der Sterbehilfe inakzeptabel machen.“<sup>379</sup>

In den Augen vieler Gläubigen ist das Leiden eine Aufgabe, die von Gott auferlegt ist, weshalb der Mensch in eine solche Bestimmung nicht eingreifen solle.<sup>380</sup> Allerdings muss Schöne-Seifert beigepflichtet werden, die sich fragt, wie dann die vielfältigen Leidensminderungen, die im Alltag unternommen werden, zu rechtfertigen sind.<sup>381</sup> Eine konsequente Vertretung dieser christlichen Auffassung müsste tatsächlich beinhalten, jegliche Inanspruchnahme medizinischer Hilfsmittel, z. B. Schmerzmedikamente, abzulehnen. Es gibt aber innerhalb der religiösen Argumentation auch die gegenteilige

---

<sup>375</sup> Beckmann (1998), S. 17.

<sup>376</sup> Vgl. Beckmann (1998), S. 17.

<sup>377</sup> AE-Sterbehilfe (1986), S. 27.

<sup>378</sup> AE-Sterbehilfe (1986), S. 27.

<sup>379</sup> Hoerster (2002), S. 23.

<sup>380</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 95.

<sup>381</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 107.

Auffassung, dass Gott eben nicht wolle, dass Menschen unnötig leiden müssten. Aus dieser Perspektive wurden in der Vergangenheit ebenfalls Schlüsse für die Sterbehilfedebatte gezogen, bis hin zur Rechtfertigung für die Befreiung von Leid durch Euthanasie in bestimmten Leidenssituationen.<sup>382</sup>

Das Argument der Unverfügbarkeit menschlichen Lebens hat folglich einen beschränkten, durch die individuelle Einstellung der Vertreter begrenzten Geltungsbereich. In einem weltanschaulich neutralen Staat mit Bürgern vieler verschiedener Kulturen und Religionen kann es nicht zur Verallgemeinerung dienen: „[...] Religiöse oder ideologisch bedingte generelle Festlegungen sollten [...] in den Hintergrund treten, weil sich das Strafrecht in einer liberalen und multikulturellen Gesellschaft wie der unsrigen nicht dazu eignet, anderen die eigene Wertung von ethischen Grenzsituationen aufzuzwingen.“<sup>383</sup>

## 7.2 Befürwortende Argumente

### 7.2.1 *Ärztlich assistierter Suizid als Alternative zu aktiver Sterbehilfe*

Auf der Seite der Befürworter tritt das Argument in den Vordergrund, dass die Möglichkeit zum Suizid mit Hilfe einer dritten Person für leidende Patienten eine wesentliche und geeignete Alternative zur verbotenen aktiven Sterbehilfe darstellen könnte. So werde der Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen die Grundlage entzogen. Denn wer die Wahl habe, sein Leiden im Fall terminaler Erkrankung selbst beenden zu können und dabei nicht fürchten müsse, allein gelassen zu werden, der habe keinen Grund für den Wunsch, durch fremde Hand zu sterben.

Schöne-Seifert sieht in der ärztlichen Suizidhilfe deutliche Vorzüge gegenüber der aktiven Sterbehilfe. Sie lasse sich nur mit Wissen und Beteiligung des Patienten durchführen, zur Freigabe sei keine Änderung des Strafrechts notwendig und die Legalisierung sei ein folgerichtiger Schritt in einer Gesellschaft, die auf dem Boden säkular-liberaler Weltanschauung den autonomen Suizid auch unter anderen Umständen toleriere.<sup>384</sup>

---

<sup>382</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 95.

<sup>383</sup> Kutzer (2005), S. 187.

<sup>384</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 116.

In seinem Gutachten für den AE-StB tendiert auch Verrel zu dieser Einschätzung: „Für eine Relativierung des Verbots der Tötung auf Verlangen besteht kein Bedürfnis, wenn der Rahmen erlaubter Sterbebegleitung dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten Entfaltungsraum lässt und effektive Leidensminderung ermöglicht.“<sup>385</sup> Verrel hält die kategorische Ablehnung jeglicher ärztlicher Mitwirkung am Suizid, so wie die Bundesärztekammer sie vertritt, für zu strikt. Falls keine effektive Schmerzkontrolle mehr möglich sei, das Leiden sich aber auch durch eine Therapiebegrenzung nicht abkürzen lasse, sei es aus ethischer Sicht unbedenklich, sich gegen ausgebildete Sterbehelfer und *für ärztliche Assistenz* zu entscheiden:<sup>386</sup> „Dieser Weg, auf dem der Patient die Herrschaft über das todbringende Geschehen behält, ist gegenüber einer vom Arzt durchgeführten (verdeckten) Tötung auf Verlangen allemal vorzugswürdig.“<sup>387</sup>

Der Vorteil liegt also in der beim Patienten verbleibenden Tatherrschaft und Entscheidungsfreiheit bis zuletzt. Mit der Möglichkeit, die eigene Willensentscheidung umzusetzen, steht die Autonomie gerade in dieser entscheidenden Phase des Lebens im Zentrum. Die Würde des Sterbenden bleibt durch die Unabhängigkeit des Betroffenen gewahrt. Auch wenn mit dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nicht jegliche Autonomie abgegeben wird, so begibt der Patient sich doch deutlicher in die Hand einer dritten Person und ist eher einem möglichen Missbrauch ausgesetzt.

Das Argument, dass der ärztlich assistierte Suizid der aktiven Sterbehilfe vorzuziehen sei, ist zwar in den Grundgedanken nachvollziehbar, aber doch nicht überzeugend. Denn wenn nach Abwägung der Debatte insgesamt zu vieles gegen den ärztlich assistierten Suizid spräche, wäre auch nicht zu rechtfertigen, dem geringeren Übel den Vorzug zu geben.

### **7.2.2 Vermeidung des organisierten Sterbetourismus**

Viele, die die Zulassung eines ärztlich assistierten Suizids befürworten, sind davon überzeugt, dass schon die hypothetische Möglichkeit, im Notfall bei einem Suizid unterstützt zu werden, Suizidwillige von der Umsetzung abhalten kann. Sehr eindrucksvoll beschreibt Nietzsche, welche Funktion allein das Bewusstsein der Möglichkeit eines selbstbestimmten Moments für den Abschied vom Leben hat: „Der

---

<sup>385</sup> Verrel (2006 a), S. C 119.

<sup>386</sup> Verrel (2006 a), S. C 115.

<sup>387</sup> Verrel (2006 a), S. C 115.

Gedanke an den Selbstmord ist ein starkes Trostmittel: mit ihm kommt man gut über manch böse Nacht hinweg.“<sup>388</sup>

Die Nachvollziehbarkeit, aber auch eine Berechtigung des Sterbewunsches und möglichen Trost im Gedanken an eine mögliche Selbsttötung bestreiten viele Gegner des ärztlich assistierten Suizids nicht. Sie verbinden es aber mit der bereits erwähnten Forderung, gewisse Tabubereiche bestehen zu lassen und eine Intimität zwischen Arzt und Patient aufrecht zu erhalten, die im Dunkeln bleiben und in die nicht eingedrungen werden sollte. So sind z. B. Robert Spaemann<sup>389</sup> und Hans Lauter<sup>390</sup> der Ansicht, es sei nicht nützlich bisher tabuisierte Themen, wie die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids, öffentlich zu machen und sie auch nur in Ausnahmesituationen gesetzlich regulieren zu wollen. Sie wollen dieses Geschehen bewusst in der Intimität und Diskretion des Arzt-Patienten-Verhältnisses belassen. Hier tauchen aber Probleme auf, die nicht unberücksichtigt gelassen werden dürfen. Das Schweigen über etwaige Vorkommnisse schürt immer auch die Gefahr des Missbrauchs oder unkontrollierbarer Fehleinschätzungen im Verborgenen.

Fenner fordert für die Legalisierung und Institutionalisierung des assistierten Suizids eine Art „Qualitätskontrolle“, die Transparenz und Sicherheitskriterien verspricht: „Um Privatpersonen oder Sterbehilfeorganisationen nicht weiter im Untergrund wirken zu lassen, müssten Kriterien für eine ethisch legitime Form der Suizidbeihilfe gesetzlich verankert werden.“<sup>391</sup> Durch öffentliche Kontrolle anhand festgelegter Kriterien wären Missbrauchsgefahren nach Auffassung der Autorin zumindest im großen Rahmen einzudämmen. In ihrem Fazit bezieht sie sehr deutlich Stellung für die Legalisierung der Suizidbeihilfe: „Um immer mehr Menschen von monologischen Suiziden mit oft unzulänglichen Mitteln und hohen Risiken der Eigen- und Fremdgefährdung abzuhalten, scheint mir die Institutionalisierung und Legalisierung ein dringendes Gebot menschlicher Fürsorge zu sein.“<sup>392</sup> Konsequenterweise fordert sie Beratungsstellen, die den Sterbehilfeorganisationen vorzulagern wären, um nach festgelegten Kriterien z. B. die Freiwilligkeit und Ernsthaftigkeit zu erkunden.

---

<sup>388</sup> Nietzsche zitiert nach Fenner (2007), S. 209.

<sup>389</sup> Zitiert bei Beckmann (1998), S. 24f.

<sup>390</sup> Lauter (1998), S. 41.

<sup>391</sup> Fenner (2007), S. 212.

<sup>392</sup> Fenner (2002), S. 212.

Gunther Arzt warnt als Jurist vor *zu vielen* Sicherheitsbestimmungen und Kriterien zur Vermeidung von Missbrauch. Er schätzt die Bedeutung der schweizerischen Debatte um Laienorganisationen wegen unkomplizierter Abläufe hoch ein: „Wenn zum Schutz des Lebens so hohe bürokratische Lücken aufgebaut werden, dass sich der Sterbewillige zum Weiterleben gezwungen sieht, weil die administrativ-juristischen Hürden, die einer missbräuchlichen Sterbehilfe vorbeugen sollen, auch eine erlaubte Sterbehilfe zu mühsam machen, dann muss dies zur Konkurrenz zwischen legaler bürokratischer und illegaler unbürokratischer Sterbehilfe führen.“<sup>393</sup> Diese Beurteilung der Situation verblüfft, überwiegt doch bei Befürwortern der Legalisierung des assistierten Suizids meist eindeutig die Forderung nach klaren rechtlichen Regelungen und starken Eingrenzungen zur Abwendung von Missbrauchsgefahren. Das Ziel, den Zulauf zu zweifelhaften Laienorganisationen zu verhindern, braucht bürokratische Hürden und staatliche Kontrolle für Sterbehilfe. Auch Reiter-Theil ist verwundert über die Kritik an der Bürokratisierung und betont: „Unter dem Aspekt der Vermeidung von folgenschweren Irrtümern, z. B. über die wahrgenommene Ausweglosigkeit der Lage der suizidwilligen Person oder über ihre vermutete Entscheidungsfähigkeit und im Interesse einer Handlungssicherheit der Verantwortlichen in der Institution, spricht dagegen viel für die Etablierung allgemeiner Regeln, die eine Prozeduralisierung bewirken und damit eine gewisse Unabhängigkeit von situativer und persönlicher Willkür erschließen können.“<sup>394</sup>

Die Anwendung sehr fragwürdiger Methoden aus schierer Verzweiflung (wie die bereits erwähnten „Exit-Bags“) muss allerdings verhindert werden. Wie in rechtsmedizinischen Untersuchungen zusammengetragen, werden diese bevorzugt in höherem Alter, mit dem Hintergrund tödlicher Erkrankungen und meist nach einer langen Planungsphase umgesetzt.<sup>395</sup> Wie weit diese Form des Suizids unter dem Einfluss der direkten oder indirekten Mitwirkung von Sterbehilfeorganisationen gewählt wird, verlangt Transparenz über die Abläufe.<sup>396</sup>

Die Anzahl der deutschen Mitglieder in der Schweizer Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ sollte alle Entscheidungsträger beunruhigen, denn sie zeigt, dass es

---

<sup>393</sup> Zitiert in Reiter-Theil (2004), S. 12.

<sup>394</sup> Reiter-Theil (2004), S. 12.

<sup>395</sup> Grellner u. a. (2002), S. 72.

<sup>396</sup> Vgl. dazu Grellner u. a. (2002), S. 72.

offensichtlich ein Bedürfnis nach Absicherung des selbstbestimmten Abschieds gibt. Eine Legalisierung des ärztlichen Beistands könnte nach Ansicht der Befürworter unwürdige und makabre Methoden verhindern und den Sterbetourismus in die Schweiz beenden.

Stella Reiter-Theil bezieht eine klare Stellung zu den Problemen mit der Suizidbeihilfe durch Laienorganisationen und den Vorteilen der ärztlichen Assistenz: „Die Liberalisierung und ärztliche Professionalisierung der Suizidbeihilfe eröffnet sicherlich Chancen zur Kontrolle einer Praxis, die ansonsten ‚im Untergrund‘, mit erheblichen Belastungen und Risiken für alle Beteiligten ablaufen würde. Sie erfordert aber auch die Möglichkeit, hier konsequentes Lernen und, so makaber das klingen mag, auch eine Art ‚Qualitätssicherung‘ zu ermöglichen. Man kann nicht eine Praxis in den Handlungsbereich der ärztlichen Profession verlegen und dann deren angemessene Ausübung tabuisieren; das wäre irrational und widersprüchlich. Die Entscheidung wird zwischen Entweder und Oder verlaufen müssen; Entweder wünscht man eine kompetente Handhabung; dann muss es eine Kunst der Ausübung geben, oder man lehnt dies vollständig ab – mit den Folgen einer Kriminalisierung oder Laisierung der Suizidbeihilfe.“<sup>397</sup> Der Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach professioneller Kontrolle und der Ablehnung jeglicher Beteiligung seitens der Ärzteschaft ist auf die deutsche Debatte übertragbar. Im Gegensatz zur Schweiz ist die Problematik der Laienorganisationen in der Bundesrepublik zwar (noch) nicht in gleichem Maße brisant, aber bereits Pläne zur Einrichtung eines Informationsbüros eines Ablegers des schweizerischen Vereins „Dignitas“ haben hierzulande heftige Debatten ausgelöst und zur Befürchtung weiterer Ausbreitung geführt.<sup>398</sup> Der hohe Anteil deutscher Mitglieder bei „Dignitas“ macht die Notwendigkeit der offenen Diskussion deutlich und stimmt nachdenklich. Was im Verborgenen oder gar außerhalb des eigenen Landes geschieht, entzieht sich der rechtlichen und ethischen Kontrolle.

Lehnt man die Legalisierung ärztlich assistierten Suizids auch im terminalen Erkrankungsstadium weiterhin ab, so muss man sich jedoch gleichzeitig Rechenschaft darüber ablegen, wie man den Gefahren einer unkontrollierbaren Grauzone begegnen kann und welche Lösungsansätze zur Verfügung stehen könnten.

---

<sup>397</sup> Reiter-Theil (2004), S. 9.

<sup>398</sup> Tolmein (2005), S. 42; Fittkau (2008), S. 33.

### 7.2.3 *Chance auf Vertrauensgewinn*

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient hat im Laufe der letzten Jahrzehnte einen grundlegenden Wandel durchlaufen. Beispielhaft ist dies in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung und im Abschnitt zur Untersuchung des ärztlichen Berufsethos deutlich geworden, die eine Verschiebung vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Verhältnis und eine Stärkung der Patientenautonomie erkennen lassen. Diese Entwicklung zeigt sich auch in der Diskussion um die Patientenverfügung, die für Ärzte nicht nur aufgrund der gesetzlichen Vorgaben eine zunehmende Verbindlichkeit gewinnt.

Urban Wiesing betont die Bedeutung, die dem *Vertrauen* der Patienten in die Ärzteschaft zukommt und die auch die *Anerkennung der Selbstbestimmung* des Patienten beinhaltet: „Zudem hat die [...] Berufsmoral gleichermaßen eine hohe Bedeutung für den Ärztestand. Nur bei einem ganz bestimmten Berufsethos darf eine Profession auf Akzeptanz hoffen. Diese Berufsmoral muss die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und die Integrität des Experten betonen; und sie muss vor allem das Wohl und die Selbstbestimmung des Patienten zu ihren obersten Maximen erklären.“<sup>399</sup>

In einem paternalistischen Modell bestand ein kaum angezweifelter Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Der Arzt traf eine Entscheidung nach bestem Wissen und Gewissen. Die heute im Idealfall vorherrschende Beziehung ist partnerschaftlich, d. h. Arzt und Patient sollen auf gleicher Ebene gemeinsam den besten Weg erörtern. In diesem wechselseitigen Verhältnis gilt das Grundprinzip des „Informed Consent“, d. h. der Arzt sollte dem Patienten das nötige Wissen vermitteln, um ihm eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Für dieses neue Modell ist entscheidend, dass sich der Arzt das Vertrauen erst erarbeiten muss. Der mündige Patient ist meist vorinformiert durch Medien, z. B. Internet und Zeitschriften. In der Anerkennung des Patientenwillens und der Toleranz gegenüber seinen Entscheidungen kann die Grundfeste für ein tiefes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gelegt werden. Nur wenn sich der Patient von seinem Arzt ernst genommen fühlt, kann er ihm vertrauen. Die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids könnte daher im Zwiegespräch zwischen Arzt und Patient auch zur Enttabuisierung des Themas führen. Terminal Erkrankte, die den Zeitpunkt des Todes selbst bestimmen wollen,

---

<sup>399</sup> Wiesing (2000), S. 235.

könnten offen mit ihrem Arzt über ihre Wünsche und Ziele sprechen und müssten nicht befürchten, den Arzt durch nicht legale Pläne zu kompromittieren. Hierin läge die Möglichkeit einer Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis kann sich vor allem im Gespräch über tiefgreifende, existenzielle Probleme und Entscheidungen entwickeln: „Der Dialog zwischen Arzt und Patient muss auch über das Sterben kompetent und einfühlsam geführt werden, sonst ist die notwendige Vertrauensbasis zwischen beiden nicht gegeben [...].“<sup>400</sup> Ein Thema, an das er nicht rühren darf, ist für einen Patienten jedoch ein Hindernis für ein Gespräch in tiefem Vertrauen, denn er möchte seinen Arzt weder verärgern noch in Schwierigkeiten bringen. Auch Wiesing betont die Möglichkeit eines Gewinns für das Vertrauensverhältnis und begründet dies folgendermaßen: „Es könnte auch das Vertrauen in die Ärzteschaft stärken, wenn sie bereit wäre, die fundamentalen Rechte ihrer Patienten zu akzeptieren und unter bestimmten Bedingungen bei der Umsetzung Hilfe anzubieten.“<sup>401</sup>

Dem Argument des Vertrauensverlusts steht somit gleichwertig das Argument des Vertrauensgewinns gegenüber.

#### **7.2.4 Befreiung von Leid in ausweglosen Situationen**

Beckmann beschreibt, dass schon für Platon gegolten habe, dass ein „höchst schmerzliches und unentfliehbares Schicksal“ als Ausnahme vom Selbsttötungsverbot geltend gemacht werden könne.<sup>402</sup>

Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit belegt, lässt sich unerträgliches Leid nicht auf Schmerzen reduzieren. Der Blick muss auf eine Vielzahl weiterer Lasten gerichtet werden, die mit schwerer Erkrankung einhergehen. Schöne-Seifert findet hierfür nachvollziehbare Beispiele: „[Es ist ein] Missverständnis zu glauben, der Todeswunsch aller terminal kranker Patienten lasse sich darauf zurückführen, dass sie des Unwohlseins, der Schmerzen und anderer qualvoller Empfindungen überdrüssig seien. Manche Menschen wollen vielmehr deshalb sterben, weil ihre Krankheit das Ende dessen bedeutet, was nach den ganz persönlichen elementaren Vorstellungen das eigene

---

<sup>400</sup> Reiter-Theil (2004), S. 21.

<sup>401</sup> Wiesing (2000), S. 239.

<sup>402</sup> Beckmann (1998), S. 17.

Leben bedeutungsvoll und kohärent macht: etwa körperliche Aktivität, soziale Interaktion oder interkulturelle Teilnahme an der Welt.“<sup>403</sup>

In den seltenen Fällen, in denen palliativmedizinisch eine Linderung des Leids nicht gelingt, muss die Frage gestellt werden, wie dem Patienten nach den Prinzipien des ärztlichen Ethos „bonum facere“ und „nil nocere“ Gutes getan und in welcher Form Schaden abgewendet werden kann. Bei Beckmann findet sich hierzu die Überlegung, ob in der Erfüllung oder in der Verweigerung einer geäußerten Bitte um Sterbehilfe das Gute für den Patienten liege.<sup>404</sup> Der Philosoph entwirft etliche Kriterien für Extremsituationen, in denen zwar an den genannten Prinzipien festgehalten werden muss, der Sterbewunsch aber nicht ignoriert werden darf. Beispiele hierfür sind die Aussichtslosigkeit der Situation, unstillbares Leiden, uneingeschränkte Einsichtsfähigkeit des Patienten und Freiwilligkeit der Entscheidung. Ähnliche Kriterien sind bereits aus einigen internationalen Modellen legalisierter Suizidassistenz bekannt.<sup>405</sup> Beckmann hält die Hilfe beim Suizid in solch extremen Sonderfällen für gerechtfertigt, wenn „in schwerster Notlage und bei völliger Aussichtslosigkeit die Entscheidungsfreiheit des Suizidenten zweifelsfrei gegeben ist.“<sup>406</sup>

Allerdings kann das moralische Recht auf Beendigung eines unerträglich gewordenen Lebens für ihn dann an eine Grenze stoßen, wenn die Frage auftaucht, ob ein Dritter in solcher Sache um Hilfe gebeten werden darf.<sup>407</sup> Es kommt unweigerlich zur Kollision zwischen der Würde des Menschen, der in aussichtslose Not geraten ist, und der Würde des um Hilfe Gebetenen, der nicht Mitwirkender am Tode sein will und darf. Der vorliegende ethische Konflikt scheint zunächst unlösbar, doch sieht Beckmann einen Ausweg. Dieser liege in der „Aufgabe, in der Extremsituation, in der ein Mensch angesichts der Alternativlosigkeit, der Aussichtslosigkeit und der Unerträglichkeit seines Lebens bei klarem Bewusstsein und aus freier Entscheidung nachdrücklich um Mithilfe zum Suizid bittet, das eigene Gewissen daraufhin zu überprüfen, ob man selbst in dieser Situation ebenfalls um eine solche Hilfe bitten würde.“<sup>408</sup>

---

<sup>403</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 106.

<sup>404</sup> Beckmann (1998), S. 21.

<sup>405</sup> Vgl. dazu Kap. 8 sowie Rippe in Kap. 2.2.2.

<sup>406</sup> Beckmann (1998), S. 26.

<sup>407</sup> Beckmann (1998), S. 19.

<sup>408</sup> Beckmann (1998), S. 23.

So kann das rechtfertigende Motiv für die Handlung einen Ausweg aus dem Dilemma eröffnen. Dieses findet nicht im Willen des Betroffenen seinen Ausdruck, sondern allein durch die „klare Einsicht, dass man dem anderen schlechterdings nicht verweigern kann, um was man selbst nach reiflicher Überlegung in einer solchen Situation bitten würde.“<sup>409</sup> Beckmanns Ansatz kann allerdings lediglich als Grundlage für eine *Rechtfertigung* des handelnden Helfers dienen und niemals als Ausgangspunkt für eine *Verpflichtung*. Selbst mit der Erkenntnis, in entsprechender Situation als Betroffener das Gleiche zu tun, kann für den um Hilfe Gebetenen hieraus niemals zugleich eine Pflicht zur Mitwirkung entstehen.

Verrel schildert die Notlage, in die terminal Erkrankte geraten können, eindringlich und sieht im ärztlich assistierten Suizid in einer solchen Ausnahmesituation gleichzeitig die Basis für eine ethische Rechtfertigung: „Wenn eine effektive Schmerzbekämpfung und Symptomenkontrolle durch Narkotika nicht mehr möglich ist und Menschen nur noch auf die Erlösung von ihren Qualen durch den mehr oder weniger nahe bevorstehenden Tod warten können, dessen Eintritt nicht wesentlich durch eine Therapiebegrenzung beschleunigt werden kann, bestehen auch aus ethischer Sicht keine Bedenken dagegen, diese Menschen nicht ihrem Schicksal und den Diensten von nicht ausgebildeten Sterbehelfern zu überlassen, sondern zu einer ärztlich assistierten Selbsttötung zu verhelfen. Dieser Weg, auf dem der Patient die Herrschaft über das todbringende Geschehen behält, ist gegenüber einer vom Arzt durchgeführten (verdeckten) Tötung auf Verlangen allemal vorzugswürdig.“<sup>410</sup> Verrel gibt der Suizidbeihilfe durch den Arzt den Vorzug vor hypothetischen Alternativen wie der Zurückweisung des Patienten, der Stärkung von Laienorganisationen oder der Tötung auf Verlangen.

Die Ausweglosigkeit schweren Leids im terminalen Erkrankungsstadium und die Unerträglichkeit der Situation, wenn alle erdenklichen Alternativen der palliativmedizinischen Maßnahmen ausgeschöpft sind, schaffen als starkes Argument die Basis für eine Frage nach der ethischen Berechtigung eines ärztlich assistierten Suizids. Um dieser Ausnahmefälle willen sind die hier angestellten Untersuchungen und Abwägungen so dringlich.

---

<sup>409</sup> Beckmann (1998), S. 23.

<sup>410</sup> Verrel (2006 a), S. C 115.

### **7.2.5 Autonomie, Entscheidungsfreiheit und Respekt vor dem Patientenwillen**

In § 7 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) ist das Selbstbestimmungsrecht des Menschen als Behandlungsgrundsatz festgelegt, an den Ärzte sich halten müssen: „Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und der Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.“<sup>411</sup> Dieser Leitgedanke hat auch im Falle terminaler Erkrankung zu gelten. Im Kommentar zur MBO erläutern die Autoren Ratzel und Lippert die Verankerung dieses Rechts im Grundgesetz: „Dieser verfassungsrechtliche Schutz des Menschen bietet wiederum die Begründung dafür, dass eine ärztliche Behandlung erst nach Aufklärung und nachfolgender Einwilligung des Patienten zulässig ist.“<sup>412</sup>

Im Wissen um eine unheilbare Erkrankung mit absehbar tödlichem Ausgang innerhalb kurzer Zeit kann das Bedürfnis erwachsen, den Zeitpunkt und die Umstände des Todes selbst bestimmen zu wollen. Dies gilt umso mehr, da die schwere Erkrankung beinahe alle früheren Freiheiten nimmt. Diese Entscheidung muss dann respektiert werden, wenn sie ernsthaft, aus eigenem Willen bei vollem geistigem Bewusstsein gefällt wird, ohne äußere Einflüsse oder Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung. Birkner konstatiert: „Auch wenn ein grundrechtlich garantiertes Recht auf Selbsttötung nicht anerkannt wird, so muss der freiverantwortliche Wille aus dem Leben zu scheiden auch respektiert werden, soll der Betroffene nicht zum reinen Objekt staatlichen Handelns werden.“<sup>413</sup>

Allerdings scheint die Öffentlichkeit die Autonomie und Entscheidungsfreiheit des Menschen im Falle eines Suizids geringer einzustufen. Der Nationale Ethikrat erläutert in seiner Stellungnahme eine repräsentative Erhebung aus den Jahren 1981 bis 2000 und kommt zu dem Schluss, dass der Suizid keineswegs entmoralisiert worden sei. Bei einer Einstufung verschiedener Urteile über den Suizid auf einer Skala von 1 (darf man unter keinen Umständen) bis 10 (in jedem Fall in Ordnung) liegt der durchschnittliche Bereich in Westdeutschland bei 3, also im negativen Bereich.<sup>414</sup> Der Nationale Ethikrat zieht aus diesen empirischen Daten den Schluss, dass die „Straflosigkeit der

---

<sup>411</sup> MBO (2006), S. 10.

<sup>412</sup> Ratzel / Lippert (2002), S. 67.

<sup>413</sup> Birkner (2006), S. 53.

<sup>414</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 20.

Selbsttötung im Recht, die in Deutschland mit dem Strafgesetzbuch von 1871 eingeführt worden ist, nicht mit einer Billigung im moralischen Urteil einhergeht. Auch in modernen Gesellschaften erkennen die Menschen an, dass es moralische Pflichten gegen sich selbst gibt, die der Selbstbestimmung Grenzen setzen. Zu diesen Pflichten gehört der Respekt vor dem eigenen Leben.<sup>415</sup>

Eingeschränkt wird das Urteil über das gesellschaftlich gering bewertete Selbstbestimmungsrecht für Suizidabsichten für den Fall schwerer, unheilbarer Erkrankung. Nach einer Umfrage von 2001 beharren für diese speziellen Voraussetzungen nur 12% auf der Ablehnung, 70% plädieren für eine autonome Entscheidung über Leben bzw. Tod im terminalen Erkrankungsstadium.<sup>416</sup>

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996 ist die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten klar formuliert: „Der Wille des Patienten ist Grundlage jeder Behandlung, so auch der Grenzen einer Behandlung.“<sup>417</sup> In der Fassung von 1979 heißt es „Bei einsichts- und willensfähigen Patienten soll der erklärte Wille, sich nicht mehr oder nur noch eingeschränkt behandeln zu lassen, respektiert werden.“<sup>418</sup>

Aber warum sollte für einen Patienten im terminalen Erkrankungsstadium, der verlangt, dass man im Falle seines Suizides nicht eingreifen solle, etwas anderes gelten? Wenn kein Zweifel an seiner Einsichtsfähigkeit besteht, er bei vollem Bewusstsein und klarem Verstand ist, keine psychische Störung vorliegt, der Wille aktuell ist und bereits über längere Zeit besteht, müsste dann nicht dem Wunsch des Patienten auf Behandlungsverzicht entsprochen werden?

Mit dem Fokus auf das terminale Stadium einer Krankheit und die Unabwendbarkeit des ohnehin nahenden Todes, gewinnen Autonomie und Selbstbestimmungsrecht auch hinsichtlich des Sterbenswunsches an Bedeutung. Der Unterschied zwischen „Normal-“ und Suizidpatienten (Kutzer) verliert an Gewicht. Auch bei Ablehnung einer

---

<sup>415</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 20.

<sup>416</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 21.

<sup>417</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1996), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 103.

<sup>418</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1979), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 119.

*gesetzlichen* Institutionalisierung darf über Grenzen der unbedingten Garantenpflicht des Arztes nachgedacht werden.

Ansatzpunkte für ein Aussetzen der Garantenpflicht unter gewissen Umständen könnten Selbstverpflichtungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie bieten: „Todkranke und Sterbende bedürfen bis zu ihrem Ende der besonderen Zuwendung und persönlichen Betreuung. Sie verlangen nach menschlicher Nähe und Fürsorge. Ihnen sollte die Vereinsamung durch räumliche und seelische Isolierung erspart bleiben.“<sup>419</sup> Was bedeutet dies letztlich? Humanes Sterben wird durch die Umgebung menschlicher Wärme ermöglicht und sollte auch den Suizidenten im terminalen Erkrankungsstadium nicht verwehrt bleiben. Die ärztliche Begleitung des Suizidenten erscheint hier eher als Akt der Menschlichkeit und sollte nicht von vornherein als „unärztlich“ geächtet werden.

#### **7.2.6 Unverfügbarkeit des Lebensendes und Recht auf selbstbestimmten Tod**

Der Nationale Ethikrat stellt fest, dass *der Anspruch auf*, aber auch *die Zumutung der* Selbstbestimmung das Ethos der modernen Lebensführung prägen. Die Entscheidung über das eigene Leben müsse und wolle immer eigenverantwortlicher geführt werden, eine soziale Abhängigkeit von der Gemeinschaft bleibe dennoch bestehen.<sup>420</sup> Wie die Verwirklichung individueller Lebenspläne scheint auch der Wunsch nach einem persönlichen Tod zum zentralen Anliegen der heutigen Gesellschaft zu werden.<sup>421</sup>

Schöne-Seifert weist auf den amerikanischen Rechtsphilosophen Richard Dworkin hin, der beobachtet hat, dass Menschen der Art des eigenen Sterbens oftmals eine „spezielle, symbolische Bedeutung“ beimessen:<sup>422</sup> „Sie möchten, dass ihr Sterben, wenn möglich, diejenigen Werte zum Ausdruck bringe und eindringlich bekräftige, die ihnen für ihr Leben am allerwichtigsten waren.“<sup>423</sup> Auch der Rechtsphilosoph Reinhard Merkel zitiert Dworkins Plädoyer für ein selbstbestimmtes Sterben. Demnach sei es eine „Form der Tyrannei, jemandem eine Weise des Sterbens aufzuzwingen“, die er selbst als „grausamen Widerspruch“ zu seinem Leben empfinde.<sup>424</sup>

---

<sup>419</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (1979), zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 119.

<sup>420</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 18.

<sup>421</sup> Ritzel (1998), S. 9.

<sup>422</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 106.

<sup>423</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 106f.

<sup>424</sup> Dworkin zitiert nach Merkel (2005), S. 25.

Bereits 1986 wird im „Alternativentwurf Sterbehilfe“ die juristische Frage nach einer verfassungsrechtlich geregelten Pflicht zum Leben diskutiert. In den Thesen wird befürchtet, „dass aus dem Grundrecht auf Unantastbarkeit des Lebens eine Pflicht zum Leben um jeden Preis konstruiert wird, welche die mit den Grundrechten gewährleistete Freiheit des Einzelnen ins Gegenteil verkehrt.“<sup>425</sup>

Auch wenn Ritzel der Legalisierung des ärztlich assistierten Suizid weit kritischer gegenübersteht, so stellt er doch die Bedeutung dieses Maßes an Selbstbestimmung fest: „Das Sterben wird zunehmend als bedeutsamer Teil des eigenen Lebens und der Persönlichkeitsentfaltung begriffen. [...] Angesichts der großen Sterbensnot vieler Menschen ist die These bedenkenswert, daß Lebensrecht kein Lebenszwang bedeutet, daß aus einem hoffentlich auch in Zukunft unantastbaren Recht auf Weiterleben keine Verpflichtung zum Weiterleben besteht.“<sup>426</sup> Wenn aber angenommen werden darf, dass keine Pflicht besteht, ein leidvolles und unerträgliches Leben führen zu müssen, kann daraus dann nicht auch gleichzeitig das Recht folgen, das Ende selbst zu bestimmen?

Verrel unterstreicht in diesem Zusammenhang den klaren Vorzug des assistierten Suizids gegenüber anderen Formen der Sterbehilfe, z. B. der palliativen Sedierung: „Die Selbsttötung ist jedoch der stärkste Ausdruck eines selbstbestimmten Sterbens und gibt dem Patienten überdies die Möglichkeit, seinen Angehörigen einen längeren Sterbevorgang ohne oder mit nur eingeschränkter Möglichkeit der Kommunikation zu ersparen.“<sup>427</sup> Die palliative Sedierung sei zwar nicht grundsätzlich unumkehrbar und spreche für eine geringere Missbrauchsgefahr, doch sei dieser durch die ohnehin engen Bedingungen der straflosen Suizidbeihilfe und durch „bußgeldbewährte Dokumentationspflichten“ für Ärzte zu begegnen.<sup>428</sup>

Auch der Philosoph Wolfgang Marx plädiert für ein selbstbestimmtes Lebensende und dessen Gestaltung als Freiheitsrecht des Menschen. Dies zu missachten, bezeichnet er als Verletzung der Menschenwürde. Dieser Einstellung liegt unter anderem der Aspekt der Selbstgestaltung als zentrale Determinante des menschlichen Seins zu Grunde: „In der Tat, menschliches Leben, von Anfang bis zum Ende, ist nicht nur begleitet, sondern

---

<sup>425</sup> AE-Sterbehilfe (1986), S. 27.

<sup>426</sup> Ritzel (1998), S. 10.

<sup>427</sup> Verrel, (2006 a), S. C 115.

<sup>428</sup> Verrel, (2006 a), S. C 115.

geradezu bestimmt durch Akte der Selbstwahrnehmung, der Selbstgewahrung und von Handlungen, die dadurch, wenn nicht ausschließlich, so doch im Kern auch mitgesteuert werden.<sup>429</sup> Marx führt an, dass das „Recht auf Selbstdeutung“ für den Menschen unverzichtbar sei, und die „Positionierung der Persönlichkeit und Würde“, die Fähigkeit einer strukturierten Lebensführung und das Todesbewusstsein den Kern der menschlichen Individualität ausmachen.<sup>430</sup> Am Ende seiner Ausführungen zieht er Bilanz: „Es gibt schlechthin keine Instanz – weder die Natur noch das kulturelle System ohne die niemand leben kann –, die dem menschlichen Individuum das Recht streitig machen kann, das Lebensende, das es zu antizipieren in der Lage und somit in den Deutungszusammenhang seiner selbst zu integrieren fähig ist, als den für es entscheidenden Endpunkt aller seiner Gliederungsleistungen sich verfügbar zu machen. Es hat ein Recht zu dieser Verfügung allein deshalb schon, weil niemand, schon gar nicht die Natur, diktieren kann oder darf, was ein Mensch in seiner Deutungs- und Selbstgestaltungsfreiheit als das ihm angemessene Leben sich vorstellt.“<sup>431</sup>

Der Nationale Ethikrat zitiert in seiner Stellungnahme zur Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende einen großen Dichter: „Der Tod allein bleibt ein singuläres Ereignis für jeden Einzelnen. ‚Jeder stirbt seinen eigenen Tod.‘ Dieses nüchterne Wort von Rainer Maria Rilke gebietet Achtung vor dem Sterben und dem Tod in jedem einzelnen Fall. Dazu gehört, dass man jedem sein eigenes Urteil zugesteht und respektiert, dass sich seine Haltung ändern kann, je näher er selbst dem Sterben ist.“<sup>432</sup>

Warum sollte nach einem unabhängigen und selbstbestimmten Lebensweg für das Lebensende etwas anderes gelten? An diesem Recht auf Autonomie kann zumindest aus der Perspektive einer säkularen Weltanschauung kaum ein Zweifel bestehen. Grenzen hat jedoch das Recht auf Unterstützung durch eine dritte Person und deren Befugnis, sich am Suizid zu beteiligen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Recht auf Autonomie und ein selbstbestimmtes Ende gerade im terminalen Erkrankungsstadium einem schwer

---

<sup>429</sup> Marx (2003), S. 77.

<sup>430</sup> Marx (2003), S. 78.

<sup>431</sup> Marx (2003), S. 78f.

<sup>432</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 13.

leidenden Patienten nicht abgesprochen werden sollte, umso mehr da er ohnehin durch die unheilbare Erkrankung wesentlich fremdbestimmt ist.

## 8 Blick auf ausgewählte Beispiele im Ausland

Nach der eingehenden Betrachtung der rechtlichen Situation und des Diskussionsstandes in Deutschland ist die Suche nach Alternativen und Lösungsansätzen im internationalen Rahmen lohnend und aufschlussreich. An dieser Stelle sollen drei ausgewählte Beispiele kurz beleuchtet werden. Ausgewählt wurden die Länder Schweiz, Niederlande und Oregon, da deren gesellschaftliche Einstellung und daraus resultierende rechtliche Regelung von Interesse ist und sich durch eine weitgehende Toleranz gegenüber der Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids auszeichnet. Dies ermöglicht zugleich ein besonderes Augenmerk auf Probleme bei der Umsetzung und auf gesellschaftliche Fehlentwicklungen durch die Legalisierung. Schließlich ist damit die Suche nach Lösungsansätzen verbunden.

### 8.1 Schweiz

In der Schweiz ist aktive Sterbehilfe gesetzlich verboten (Strafgesetzbuch, Art. 114). Selbsttötung und Beihilfe zum Suizid sind jedoch nicht gesetzeswidrig und werden seit 1942 toleriert, solange letztere nicht „aus selbstsüchtigen Beweggründen“ erfolge (Strafgesetzbuch Schweiz, Art. 115).<sup>433</sup> Reiter-Theil zitiert Kritiker der liberalen schweizerischen Praxis, die einwenden, dass dieser Zusatz nicht dazu beitrage, möglichen Missbrauch zu verhindern, da solche Motive bisher und auch zukünftig nicht nachweisbar seien.<sup>434</sup>

Der Fokus der öffentlichen Auseinandersetzung und der gesellschaftlichen Konflikte in der Schweiz liegt jedoch im Unterschied zur deutschen Debatte nicht auf der ärztlichen Suizidassistenz, sondern auf der geschäftlichen Ausübung der Suizidbeihilfe durch Laienorganisationen wie „Exit“ und „Dignitas“.<sup>435</sup> Die Institutionalisierung und Organisation der Suizidbeihilfe liegt fest in der Hand der Sterbehilfevereine, was zu einer Kommerzialisierung der Suizidbeihilfe beiträgt.

---

<sup>433</sup> Vgl. Koch (1991 a), S. 10.

<sup>434</sup> Reiter-Theil (2004), S. 10f.

<sup>435</sup> Vgl. Reiter-Theil (2004), S. 10f.

Die Ärzteschaft der Schweiz steht der Suizidassistenz allerdings ambivalent gegenüber. Überwiegend zeigen die Ärzte eine äußerst reservierte Haltung, allerdings gibt es Einzelne, die durch das Ausstellen der nötigen Rezepte die Organisationen unterstützen. Das finanzielle Geschäft vereinsartiger Laienorganisationen mit der Verzweiflung und dem Tod kranker, zum Teil sogar physisch gesunder Menschen, wirft schwerwiegende Probleme auf.

Nach einer Untersuchung von Stella Reiter-Theil gilt es vor allem, drei Fehler bei der Legalisierung der Suizidbeihilfe zu vermeiden: den Irrtum über die Aussichtslosigkeit der Situation und über fehlende Alternativlösungen, den potenziellen Missbrauch und schließlich daraus folgende gesellschaftliche Fehlentwicklungen. Für diese Bereiche müssten Kriterien gefunden werden, die eine Art „Qualitätssicherung“ garantieren.<sup>436</sup>

In einem Entwurf zu medizinethischen Richtlinien lehnt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) bereits 1995 die Beihilfe zum Suizid vor allem für die Berufsgruppe der Ärzte ab, da dies nicht zum ärztlichen Auftrag und Aufgabenbereich gehöre. Als Gründe für eine prinzipielle Ablehnung von assistiertem Suizid wird angeführt, dass Suizidabsichten überwiegend in persönlichen Krisen oder aufgrund psychischer Krankheit entstehen, die sich nach einer Lebensrettung und einer anschließenden Bewältigung der Situation als falsche Reaktion herausstellen. Des Weiteren könnten ausreichende palliativmedizinische Maßnahmen vor unnötigem Leiden und Angst bewahren und somit Suizidabsichten verhindern. Aus ärztlicher Sicht seien Vorbehalte angebracht, auch wenn Suizid nicht strafbar sei: „Neben einer religiös oder weltanschaulich begründeten Ablehnung des Suizids, die in den persönlichen Gewissensentscheid des verantwortlichen Arztes einfließen mag, sind die Missbrauchsgefahren augenfällig, die aus der generellen Akzeptanz ärztlicher Suizidhilfe resultieren müssen.“<sup>437</sup>

Es deutet sich jedoch an, dass die Ärzteschaft zukünftig zunehmend von dieser Position abweichen wird. Diese Entwicklung brächte – laut Reiter-Theil – für die Ärzte in der Schweiz den Konflikt zwischen traditioneller Missbilligung und sich allmählich

---

<sup>436</sup> Reiter-Theil (2004), S. 4.

<sup>437</sup> Schweizerische Akademie der Wissenschaften, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 138.

entwickelnder Toleranz und Befürwortung mit sich. Unter Umständen könne daraus sogar die Pflicht zur ärztlich Suizidassistenten erwachsen.<sup>438</sup>

## 8.2 Niederlande

In den Niederlanden wurden im Jahre 2000 sowohl aktive Sterbehilfe als auch ärztlich assistierter Suizid nach einer vorausgegangenen Zeit der gesellschaftlichen Toleranz auch gesetzlich als legitim erklärt. Bis dahin waren beide Formen der Sterbehilfe verboten, wurden aber nach behördlicher Meldung und unter Beachtung gewisser Regeln nicht strafrechtlich verfolgt. Zu diesen Kriterien für Straffreiheit zählten Freiwilligkeit, wohlüberlegtes und anhaltendes Verlangen, unerträgliches Leiden und die Beratung durch ärztliche Kollegen. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen musste protokolliert und sowohl von einem Leichenbeschauer als auch von einem Staatsanwalt kontrolliert werden.<sup>439</sup> Die Kriterien der unheilbaren Erkrankung, des terminalen Stadiums und der Abwesenheit psychischer Grunderkrankungen wurden in den Niederlanden bewusst abgelehnt.

Kimsma und Leeuwen sprechen ein wichtiges und hervorstechendes Merkmal der niederländischen Entwicklung an. Außergewöhnlich im internationalen Vergleich ist die Haltung der niederländischen Ärzteschaft, von der sich etwa 90% für aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid aussprechen. Lediglich ein kleiner Teil von 12% dieser Mehrheit würde eine solche Handlung nicht selbst durchführen. Die Königlich Niederländische Ärztegesellschaft (KNMG) machte bereits 1984 ihre Anerkennung der aktiven Sterbehilfe öffentlich und bekräftigte diese Position zehn Jahre später in einer überarbeiteten Stellungnahme. Eine Minderheit von Ärzten distanzierte sich jedoch, trat aus der Gesellschaft aus und gründete den Niederländischen Ärzteverband.<sup>440</sup> Sie machten von dem Recht der Ablehnung aus Unvereinbarkeit mit dem eigenen Gewissen Gebrauch, das auch in dem Beitrag von Kimsma und Leeuwen als unabfechtbar hervorgehoben wird: „Die Rolle des ärztlichen Gewissens ist unbestritten. Ärzte können

---

<sup>438</sup> Reiter-Theil (2004), S. 24.

<sup>439</sup> Simon (1998), S. 71.

<sup>440</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 99f.

jede Form von Beteiligung oder Beihilfe zum Suizid aus Gewissensgründen ablehnen.“<sup>441</sup>

In den Niederlanden selbst wurde Kritik am eigenen Modell laut, die u. a. den Mangel an empirischer Evidenz und Literatur zur ärztlichen Entscheidungsfindung beinhaltete.<sup>442</sup> Im Gegensatz zu diesem Defizit bescheinigt Reiter-Theil den Niederlanden eine „sehr sorgfältige und fortgeschrittene Auseinandersetzung“, da sich die Medizinethik als Disziplin und der gesellschaftliche Austausch über ethische Wertkonflikte weiter entwickelt hätten.<sup>443</sup> Schon 1998, also noch vor der Legalisierung, beurteilten die Autoren Kimsma und Leeuwen die Situation in den Niederlanden in ihrem Artikel folgendermaßen: „Euthanasie und Beihilfe zum Suizid befinden sich in den Niederlanden – sowohl theoretisch als auch praktisch – im Stadium der sozialen Integration; nach den Stadien der Konfrontation und der Akzeptanz das dritte Stadium, das jede neue Idee oder Praxis zu durchlaufen hat.“<sup>444</sup> Diese Integration beinhaltet die Bemühung um konkrete Verbesserungsmaßnahmen der akzeptierten Sterbehilfepraxis.<sup>445</sup>

Eine besondere Situation lag im Falle der niederländischen Gegebenheiten schon deshalb vor, weil bereits vor der gesetzlichen Legalisierung auf praktische Erfahrungen von etwa 20 Jahren zurückgegriffen werden konnte. Unter anderem wurden dabei Probleme in der Umsetzung beobachtet, z. B. die unvollständige Wirkung eingenommener Medikamente. Es wird von Fällen berichtet, in denen der vorzeitige Bewusstseinsverlust die vollständige Einnahme der zum Suizid notwendigen Dosis behinderte. In den Niederlanden kann eine solche Komplikation die ebenfalls legale aktive Sterbehilfe nach sich ziehen. Die Frage der ethisch korrekten Lösung eines solchen Notfalls ist äußerst komplex. Da ein weiteres Eingreifen des Helfers nicht vertretbar wäre, müsste dieser den Suizidenten retten, um medizinische irreversible Schäden auszuschließen, die ethisch ebenfalls nicht akzeptabel wären. Es wird deutlich, dass in der Praxis immer unvorhergesehene Komplikationen auftreten können, deren Bewältigung vorher nicht gänzlich zu planen sind. Reiter-Theil spricht von der

---

<sup>441</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 100.

<sup>442</sup> Reiter-Theil (2004), S. 6f.

<sup>443</sup> Reiter-Theil (2004), S. 9.

<sup>444</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 74.

<sup>445</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 74.

Notwendigkeit einer Art „Qualitätssicherung“<sup>446</sup>, die eine sichere Umsetzung solcher neuer Gesetzesregelungen ermöglicht.

### 8.3 Bundesstaat Oregon (USA)

Der U.S. Supreme Court beschloss 1997, dass die amerikanische Verfassung zwar kein Recht auf assistierten Suizid beinhalte, dass jedoch die einzelnen Bundesstaaten selbst über Missbilligung oder Liberalisierung bzw. Legalisierung der Suizidbeihilfe entscheiden dürften.<sup>447</sup>

So trat im gleichen Jahr im Bundesstaat Oregon nach einigen gerichtlichen Diskrepanzen ein Gesetz in Kraft, der „Oregon Death with Dignity Act“. Dieses erlaubt die Verschreibung tödlicher Medikamente zur eigenen Verwendung für einen erwachsenen, urteilsfähigen Patienten mit terminaler Erkrankung, dessen prognostische Lebenszeit lediglich sechs Monate oder weniger beträgt.<sup>448</sup> So heißt es zur Antragstellung wörtlich: „Ein einsichtsfähiger Erwachsener, der ein Einwohner Oregons ist und bei dem durch den behandelnden und den beratenden Arzt eine terminale Erkrankung festgestellt wurde, und der freiwillig seinen Wunsch zum Ausdruck gebracht hat, sein [...] Leben zu beenden, kann einen schriftlichen Antrag im Sinne dieses Gesetzes stellen, sein [...] Leben auf menschenwürdige Weise zu beenden.“<sup>449</sup>

Eine ärztliche Beteiligung bei Verabreichung der tödlichen Dosis ist untersagt, die aktive Sterbehilfe bleibt weiterhin verboten. Die gesetzlichen Anforderungen für Straffreiheit beinhalten strenge Auflagen, die Entscheidungsirrtümer auf allen Seiten, Missbrauch oder das Übersehen von Handlungsalternativen umgehen sollen.<sup>450</sup>

Reiter-Theil erläutert diese strikten Kriterien: „Es bedarf einer schriftlichen und zweier mündlichen Anfragen an den Arzt, die im Abstand von mindestens 15 Tagen erfolgen sollen. Zwei Ärzte müssen bestätigen, dass es sich um eine terminale Erkrankung mit der entsprechenden Prognose handle und dass der Patient entscheidungsfähig

---

<sup>446</sup> Reiter-Theil (2004), S. 9.

<sup>447</sup> Reiter-Theil (2004), S. 5.

<sup>448</sup> Reiter-Theil (2004), S. 5f.

<sup>449</sup> Gesetz des Staates Oregon über Sterben in Würde, zitiert nach Wolfslast / Conrads (2001), S. 184f.

<sup>450</sup> Reiter-Theil (2004), S. 5f.

(kompetent) sei. Wenn auch nur ein Arzt die Entscheidungsfähigkeit (Kompetenz) des Patienten durch Depression oder eine andere psychiatrische / psychologische Störung beeinträchtigt sieht, muss der Patient zu weiterer Untersuchung / Beratung überwiesen werden. Der Arzt muss den Patienten über alle möglichen Alternativen zum Suizid informieren, die einen Ausweg zur Leidenssituation eröffnen könnten wie eine palliative Betreuung, die Aufnahme in ein Hospiz oder stärkere Schmerzkontrolle.<sup>451</sup> Diese Auflagen sollen Missbrauch und Fehlentscheidungen verhindern und lediglich einer ausgewählten Patientengruppe – ohne psychiatrische Grunderkrankung und im terminalen Erkrankungsstadium – den Suizid erleichtern. Der ärztliche Anteil an der Beihilfe beschränkt sich auf das Verordnen der Medikamente und die Beurteilung der zu erfüllenden Kriterien. Oregon ist bekannt für die akribische Dokumentation, Datenevaluierung und Publikation der Fälle seit Inkrafttreten des Gesetzes.

Interessant ist ein Vergleich der Suizidzahlen zwischen der Deutschschweiz und Oregon, die sich bezüglich der Bevölkerungsgröße in etwa entsprechen. Laut Reiter-Theil macht der Anteil assistierter Suizide in der Deutschschweiz ca. 0,4% der Gesamttodesfälle aus, d. h. etwa 200 Menschen pro Jahr nehmen sich mit fremder Hilfe das Leben. In Oregon sterben hingegen nur knapp 30 Menschen im Jahr durch assistierten Suizid. Bemerkenswert ist auch, dass es sich bei den Fällen aus Oregon ausschließlich um ärztliche Assistenz handelt, während in der Schweiz 92% von Laienorganisationen durchgeführt werden.<sup>452</sup> Im Vergleich zu diesen Zahlen wurde 1990 und 1995 in den Niederlanden in jeweils etwa 400 Fällen ärztliche Assistenz zum Suizid geleistet, während etwa 3200 Tötungen auf Verlangen und (unglaubliche) 900 Tötungen ohne ausdrückliches Verlangen durchgeführt wurden.<sup>453</sup> Gerade diese letzte Angabe wird oft als Beweis für die „schiefe Ebene“ der niederländischen Gesetzgebung gedeutet und gibt als Hinweis auf Missbrauch von Lücken im Regelsystem Anlass zur Beunruhigung.

---

<sup>451</sup> Reiter-Theil (2004), S. 6.

<sup>452</sup> Reiter-Theil (2004), S. 16.

<sup>453</sup> Vgl. Simon (1998), S. 72.

## 8.4 Fazit aus internationalen Erfahrungen: Probleme und Lösungsansätze

### 8.4.1 Probleme

Für viele sind die Entwicklungen in den Niederlanden exemplarisch für die befürchteten Ausweitungstendenzen im Umgang mit Sterbehilfe in Richtung auf eine schiefe Ebene. Schöne-Seifert beurteilt zwei Aspekte der niederländischen Entwicklungen auch aus liberaler Perspektive als beunruhigend: eine niedrige Meldequote und die – nach dem Stand von 2001 – 900 Fälle von Sterbeassistenz ohne ausdrückliches Verlangen.<sup>454</sup>

Kimsma und Leeuwen beschreiben die Tendenzen, die sich nach der Ablehnung eingrenzender Kriterien, zeigen: „Auch die Bezeichnung ‚somatische Erkrankung‘ wurde nicht berücksichtigt, da es im Hinblick auf die Rechtfertigung von Euthanasie nicht auf die Art der Erkrankung, sondern allein auf das Leiden des Patienten ankommt. Dies wurde durch ein Entscheid des Obersten Niederländischen Gerichtes aus dem Jahre 1994 bestätigt, wonach auch psychisches Leiden ohne körperliche Grunderkrankung als Grund für das Verlangen nach Euthanasie anerkannt werden kann. Viele Kritiker sehen in dieser Entwicklung eine Bestätigung ihrer Befürchtungen, wonach die Aufhebung des Tötungsverbots bei einer kleinen Gruppe von Patienten mit körperlicher Erkrankung das Tor öffnet für die Euthanasie-Wünsche von Patienten ohne körperliche Erkrankung bis hin zur Tötung nichteinwilligungsfähiger Patienten, wie z. B. neugeborener, dementer oder psychiatrischer Patienten.“<sup>455</sup> Den Grund für die Ablehnung derartiger Ausschlusskriterien sehen die Autoren in der Notwendigkeit, klare und eindeutige Merkmale für die Umsetzung als rechtliche Maßstäbe zu haben.<sup>456</sup>

Mit Hinblick auf die Daten des Rimmelink-Reports, ist diese Furcht vor Missbrauch durchaus berechtigt. Das Ausschlusskriterium einer psychischen Grunderkrankung abzulehnen, erscheint schon deshalb grob fahrlässig, weil eine Einwilligung von Menschen, die nicht einwilligungsfähig sind, rechtlich nicht tragbar ist. Festzuhalten ist somit, dass aus dem niederländischen Modell keine greifbaren Lösungsansätze für eine Umsetzung in Deutschland abzuleiten sind. Die Bestimmungen erscheinen zu willkürlich und schwammig, sind zu sehr abhängig von der subjektiven Einschätzung Einzelner.

---

<sup>454</sup> Schöne-Seifert (2000), S. 101.

<sup>455</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 74.

<sup>456</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 80.

Die Diskussion in Deutschland könnte nicht stärker von den Entwicklungen in den Niederlanden abweichen. U. a. wird in der Bundesrepublik durch den zurückhaltenderen Umgang mit existenziellen Themen sehr viel genauer zwischen unterschiedlichen Handlungsbereichen unterschieden. Kimsma und Leeuwen beschreiben dies: „Ein Thema, das niemals Gegenstand der Debatte in den Niederlanden war, ist z. B. die Trennung von Euthanasie und Beihilfe zum Suizid. Dies ist insofern bemerkenswert, als in den Debatten in den USA und Deutschland eine Tendenz in Richtung einer Akzeptanz von Beihilfe zum Suizid bei gleichzeitiger Ablehnung der Euthanasie zu beobachten ist.“<sup>457</sup> Sicherlich ist die Einigkeit der großen Mehrheit über ein Tabu der aktiven Sterbehilfe in Deutschland zu bestätigen, eine Tendenz hin zur Legalisierung der Suizidbeihilfe ist jedoch nur Seiten der Juristen spürbar.<sup>458</sup> Die strikte Ablehnung durch die Vertretung der Ärzteschaft ist bisher auch für die Suizidbeihilfe ungebrochen.

In den Niederlanden wird in der Diskussion und der moralisch-ethischen Bewertung beider Formen der Sterbehilfe keine konkrete Unterscheidung getroffen. Die beiden Autoren führen die niederländische Perspektive aus: „Anders als in vielen anderen Ländern betrachtet man Euthanasie und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden nicht als getrennte Bereiche. Moralisch gesehen besteht kein Unterschied, ob das todbringende Medikament im Becher oder in Form einer Injektion verabreicht wird: in beiden Fällen liegt eine klare Intention zur Sterbehilfe vor.“<sup>459</sup> Dieses Problem birgt in sich schon die Risiken der schiefen Ebene und der Ausweitungstendenzen. Der gravierende Unterschied liegt aber tatsächlich im Verlust der Selbstbestimmung und der Autonomie. Es ist doch nicht zu leugnen, dass es nicht das Gleiche ist, ob ein Patient durch die Hand einer dritten Person stirbt, die Tatherrschaft und somit auch die Souveränität über das eigene Leben verliert oder ob jemand den Becher aus freier Entscheidung und eigenem Willen leert. Selbst hier ist nicht sicher, ob der Wille völlig frei ist von moralischen oder sozialen Erwartungen, dennoch bleiben Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten bewahrt.

Die geringe Meldebereitschaft der Ärzte stellt in den Niederlanden ein weiteres Problem dar, da dies eine staatliche Kontrolle der Euthanasiepraxis erschwert. So haben empirische Studien ergeben, dass 1995 nur 41% der Ärzte ihr Handeln meldeten, was

---

<sup>457</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 101.

<sup>458</sup> Vgl. Tolmein (2010), S. 32.

<sup>459</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 81.

immerhin eine enorme Steigerung zu dem Ergebnis der Erhebung von 1990 bedeutet, nach der nur 18% die Meldepflicht befolgten.<sup>460</sup>

Auch wenn für ärztliche Suizidbeihilfe im Gegensatz zu aktiver Sterbehilfe das Problem der Tötungsabsicht des Arztes als unethische und unärztliche Handlungsmotivation und seine Tatherrschaft entfallen, bleibt dennoch das Problem der psychischen Belastung für betroffene Ärzte. Diese seelische Beeinträchtigung wird bereits im ersten Jahresbericht aus Oregon von einigen Ärzten geschildert. Auch wenn gesetzliche Regelungen die Entscheidung vom Urteil mehrerer Ärzte abhängig machen, ist dennoch eine hohe moralische Verantwortung zu tragen. Reiter-Theil plädiert für den Fall einer legalisierten ärztlichen Suizidassistenz für eine psychische Vorbereitung und Begleitung der betroffenen Ärzte, um schlimmere Konsequenzen zu vermeiden: „Nennen wir diese Belastung hypothetisch eine ‚moralische Traumatisierung‘, die dadurch zustande kommen kann, dass ein Mensch mit einem hohen ärztlichen Ethos im Nachhinein [Zweifel] an seiner Handlung bekommt oder sein Handeln nicht (mehr) mit seiner angestammten beruflichen Tradition, seinem weltanschaulichen Überzeugungssystem, seinen persönlichen Wertvorstellungen oder seiner intuitiven Grundhaltung in Übereinstimmung bringen kann. Damit nehmen wir hypothetisch an, dass das Gewissen – als ein moralisches ‚Organ‘ – Schaden nehmen könnte durch eigenes Tun oder Unterlassen.“<sup>461</sup> Der beschriebene Gewissenskonflikt kann auch auf aktuelle deutsche Verhältnisse übertragen werden, da hier nicht nur die persönliche Vorstellung des individuellen ärztlich-ethischen Aufgabenfeldes, sondern auch die standesrechtliche Missbilligung und die gesellschaftliche Kritik zu schweren Zweifeln an der Verschreibung tödlicher Medikamente für einen terminal kranken Suizidwilligen führen.

In der Schweiz sind zudem einige Probleme durch die Umsetzung der Suizidassistenz durch Laienorganisationen aufgetreten. Ein Beispiel ist der zunehmende „Sterbetourismus“ aus anderen Ländern, vor allem aus Deutschland. Die schweizerische Nationale Ethikkommission sieht in dieser Entwicklung ein Problem: „Die Sonderlösung der Schweiz in der Frage der Suizidbeihilfe zieht es nach sich, dass auch Menschen aus anderen Ländern in die Schweiz reisen, um Suizidbeihilfe durch eine Organisation, welche in ihrem Land verboten wäre, hier legal in Anspruch zu nehmen.

---

<sup>460</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 83.

<sup>461</sup> Reiter-Theil (2004), S. 8.

Dieser Zustand wird aus verschiedenen Motiven beklagt. Weil die Fallzahlen ansteigen, gibt es Anlass, ernsthaft über eine Regelung nach zudenken [...].<sup>462</sup> Im Gegensatz zur Organisation „Exit“, die nur Bürger der Schweiz als Mitglieder zulässt, nimmt „Dignitas“ auch ausländische Mitbürger auf. Ein großer Anteil der Vereinsmitglieder stammt aus Deutschland.

Zweifellos ist es grundsätzlich hoch problematisch, wenn sich ein Tourismus ins Ausland entwickelt, weil Menschen dort Hilfe finden, die im eigenen Land untersagt ist. Abgesehen davon, dass derartige Reisen aus finanziellen Gründen nicht jedem Menschen möglich sind, können in solch verzweifelter Lage durchaus auch menschenunwürdige Umstände entstehen. Ein bedrückendes Beispiel dafür ist der vielfach in den Medien berichtete Fall einer auf einem Parkplatz geleisteten Suizidbeihilfe. Nachdem Anwohner sich gegen die Suizidbeihilfe in ihrem Haus und das Vorfahren der vielen Leichenwagen aufgelehnt hatten und auch das Ausweichen von „Dignitas“ mit seiner Tätigkeit ins Industriegebiet auf heftige Widerstände stieß, wurde der assistierte Suizid zweier Deutscher von der Sterbehilfeorganisation im Auto auf einem Autobahnparkplatz in der Nähe von Zürich durchgeführt.<sup>463</sup> Solche Auswüchse des Sterbetourismus sind nicht nur beunruhigend, sie machen ebenso betroffen, da sie vom Ausmaß der Verzweiflung derer zeugen, die sich freiwillig einer solchen Situation aussetzen.

#### **8.4.2 Lösungsansätze**

Der Nationale Ethikrat nimmt in seiner Stellungnahme Bezug auf die Daten der ländervergleichenden Studie von Van der Heide. Demnach habe der Anteil von Suizidbeihilfe an allen Todesfällen 2001 in der Schweiz bei 0,36% und in Oregon – laut Oregon Department – bei 0,1% gelegen.<sup>464</sup> Der Ethikrat zieht daraus den Schluss: „Selbst wenn man Defizite der Registrierung in Rechnung stellt, sprechen diese Zahlen nicht dafür, dass Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung [...] eine häufig gewählte Option darstellt. Tatsächlich wird diese Option nur von einem Bruchteil der Patienten genutzt, die an den Krankheiten sterben, bei denen der Wunsch, den Tod zu beschleunigen, weitgehend auf Verständnis trifft.“<sup>465</sup> Dies klingt zunächst beruhigend, doch muss

---

<sup>462</sup> Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Schweiz (2005), S. 63.

<sup>463</sup> Dietrich (2007).

<sup>464</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 26.

<sup>465</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 26.

bedacht werden, dass quantitative Maßstäbe nur eine Seite der Betrachtung möglicher Missbrauchsgefahren darstellen.

Denkbare Lösungsansätze beinhalten in jedem Fall die Festlegung bestimmter Kriterien, die eine Kontrolle erleichtern und möglichen Missbrauch einschränken. Beckmann sieht als entscheidenden Faktor für die ethische Zulässigkeit der Assistenz beim Suizid in individuellen Einzelsituationen, das zu gewährleisten, was man nach eigener ernstlicher Entscheidung erbitten würde.<sup>466</sup> Für einen solchen Fall müssten seines Erachtens zusätzlich folgende Kriterien gewährleistet sein, die auch an die Entscheidungsmerkmale in Oregon und den Niederlanden erinnern: „(1.) Aussichtslosigkeit der Prognose, (2.) Unerträglichkeit und Unkontrollierbarkeit substanziieller Schmerzen, (3.) Alternativlosigkeit und vor allem (4.) freie und für die Mitwelt klar erkennbare Entscheidung des um Hilfe Bittenden sowie (5.) Respektierung der Autonomie und Würde des um Hilfe Gebetenen.“<sup>467</sup>

In der Beschränkung auf die terminale Erkrankungsphase sehen Befürworter die Möglichkeit der Missbrauchseingrenzung. Doch Kimsma und Leeuwen merken an, dass die Bezeichnung „terminale Phase“ einen Prozess umschreibe, dessen Eintritt nicht objektiv bestimmt werden könne. Des Weiteren habe diese Einschränkung in der niederländischen Diskussion zu Verwirrung geführt, da seitens der Rechtsprechung der Einwand auftauche, „dass die ‚Sterbephase‘ keine notwendige Voraussetzung darstellt, da sie als Kriterium das Leiden nicht-terminaler Patienten missachten würde.“<sup>468</sup>

Die Entscheidung, sich auf bestimmte einzuhaltende Kriterien zu beschränken, bedeutet zwangsläufig, dass gewisse Bereiche ausgeschlossen werden müssen. Dies ist jedoch kein Argument, die Grenzziehung generell zu unterlassen. Gibt man das Kriterium der terminalen Sterbephase auf, droht damit die Ausweitung auf eine wesentlich größere Zahl suizidwilliger Kranker, wobei die Entscheidung der Aussichtslosigkeit der Situation viel schwieriger und mit einer wesentlich höheren Fehlergefahr behaftet wäre. Auch wenn der genaue Eintritt in die terminale Phase nicht objektiv und exakt festgelegt werden kann, so können zwei unabhängige Ärzte doch die unheilbare Krankheit mit infauster Prognose und mit absehbarem Todeseintritt diagnostizieren.

---

<sup>466</sup> Beckmann (1998), S. 23.

<sup>467</sup> Beckmann (1998), S. 23.

<sup>468</sup> Kimsma / van Leeuwen (1998), S. 78.

Solch strikte Kriterien wären auch als Voraussetzung für Deutschland denkbar, um die Fallzahlen auf einen minimalen Kreis einzugrenzen und um Missbrauch oder einen Dambruch zu verhindern. Dennoch bleiben zu viele Fragen offen und zu viele Gegenargumente bestehen, die eine aktive Mitwirkung von Ärzten am Suizid für die Bundesrepublik als Möglichkeit erscheinen lassen.

Über die passive Anwesenheit und die Überlegung, die Garantenpflicht in Ausnahmefällen auszusetzen, konnte in den Untersuchungen zur internationalen Handhabung leider kein hilfreicher Ansatz gefunden werden. In seiner rechtsvergleichenden Übersicht verschiedener internationaler Regelungen kommt auch Koch zu folgendem Schluss: „Die sehr viel gravierendere Frage [als die unterlassene Hilfeleistung] einer Strafbarkeit des untätigen Garanten eines Suizidenten wegen eines durch Unterlassen begangenen Tötungsdelikts ist, soweit ersichtlich, in keinem der untersuchten Länder ausdrücklich gesetzlich geregelt.“<sup>469</sup> Die oben ausführlich dargelegte Problematik rund um die Frage möglicher Beschränkung des Geltungsbereichs der Garantenpflicht beschränkt sich somit nicht nur auf Deutschland, sondern ist über die Landesgrenzen hinaus unbearbeitet.

---

<sup>469</sup> Koch (1991 a), S. 12.

## 9 Diskussion

Vier Problemfelder, nämlich das Berufsrecht, die These der „Unärztlichkeit“ des medizinisch assistierten Suizids, die Tragfähigkeit der Pro- und Contra-Argumente und das Potenzial einer Lockerung der ärztlichen Garantenpflicht wurden in der vorliegenden Arbeit zur Bestandsaufnahme der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid mit der Absicht untersucht,

- 1) einen genauen Einblick in strafrechtliche und standesrechtliche Regelungen zu gewinnen, insbesondere Hintergrundinformationen von den Landesärztekammern einzuholen;
- 2) die These der „Unärztlichkeit“ einer Suizidassistenz zu hinterfragen und vor allem auf ihre Tragfähigkeit angesichts der terminalen Krankheitsphase eines Patienten zu überprüfen;
- 3) die Pro- und Contra-Argumente der aktuellen Debatte zusammenzufassen, ihre Plausibilität und Überzeugungskraft zu diskutieren und ebenfalls im Hinblick auf das terminale Stadium zu erörtern;
- 4) das Potenzial einer Lockerung der Garantenpflicht als möglichen Lösungsansatz in der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid in Deutschland zu analysieren.

Die Ergebnisse der Untersuchungen sollen im Folgenden für jeden dieser vier Bereiche diskutiert werden.

(1) Im Mittelpunkt der rechtlichen Problematik steht die Garantenstellung des Arztes. Im Moment des Bewusstseinsverlusts des Suizidenten geht die Tatherrschaft auf ihn über, und er muss aufgrund seiner besonderen Garantenpflicht prinzipiell *auch gegen* den Patientenwillen rettend eingreifen, um sich nicht wegen Tötung durch Unterlassen strafbar zu machen. Diese in sich inkonsistente Regelung wird von Rechtswissenschaftlern, wie beispielsweise Hans-Ludwig Schreiber, zu Recht kritisiert, der den Widerspruch zwischen der erlaubten Beschaffung eines tödlichen Mittels und der anschließenden Verpflichtung, die Wirkung dieses Mittels zu verhindern, hervorhebt.<sup>470</sup> So warnt er zwar vor einer zu raschen Entbindung von ärztlicher

---

<sup>470</sup> Schreiber (1998), S. 33.

Verantwortlichkeit durch formelhafte Feststellung der Freiverantwortlichkeit beim Suizid, lehnt aber den Übergang der Tatherrschaft vom Patienten auf den Arzt nach Bewusstseinsverlust ab.<sup>471</sup>

Auch wenn Reiter-Theil beizupflichten ist, dass wir durch Gesetze allein, das Zulässige vom Verbotenen nicht abgrenzen können,<sup>472</sup> so ist eine Klärung der rechtlichen Verhältnisse dennoch eine unerlässliche Voraussetzung für die Entlastung der ohnehin für die Betroffenen schwer zu tragenden Verantwortung. Rechtliche und transparente Regelungen können zwar nicht von der Notwendigkeit der moralischen Rechtfertigung befreien, sie können aber durchaus die Angst vor ethischen Fehlentscheidungen, sozialer Ächtung und strafrechtlichen Konsequenzen abbauen.

Das Strafrecht weist – wie anhand vielfältiger unterschiedlicher Stellungnahmen und der Debatten beim 66. Deutschen Juristentag aufgezeigt wurde – Lücken und Widersprüchlichkeiten zum Umgang mit dem assistierten Suizid auf. Die Garantenpflicht des Arztes nach Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten bei zuvor erlaubter Beihilfe durch den Arzt ist inkonsequent. Aber auch im standesrechtlichen Bereich herrscht Uneindeutigkeit bezüglich drohender Konsequenzen. Da präzise Aussagen sowohl aus der (Muster-)Berufsordnung als auch anhand der jeweiligen Umsetzungen in den Kammern nicht zweifelsfrei abzuleiten waren, habe ich eine Befragung bei allen Landesärztekammern durchgeführt.

In Zusammenschau aller Rückmeldungen kann festgehalten werden, dass die Landesärztekammern in ihren Antworten zur Umsetzung äußerst nahe am inhaltlichen Text der MBO bleiben. Von konkreten Erfahrungen kann in kaum einem Fall berichtet werden. Von den meisten Kammern wird für einen bestehenden sogenannten berufsrechtlichen Überhang die Möglichkeit standesrechtlicher Konsequenzen angegeben, unabhängig von strafrechtlicher Freisprechung oder Verurteilung. Dies würde gegebenenfalls von den Landesärztekammern geprüft und an das Berufsgericht weitergeleitet. Potenzielle standesrechtliche Konsequenzen werden konkretisiert als Warnung, Verweis, Geldbuße, zeitweiliger Entzug des Wahlrechts oder der Approbation. Hervorzuheben ist, dass diese letztgenannte Option jedoch nicht vom Berufsgericht selbst ausgeführt werden kann. Der Entzug der Approbation wird in den

---

<sup>471</sup> Vgl. Schreiber (1998), S. 33.

<sup>472</sup> Reiter-Theil (2004), S. 22.

Bundesländern von jeweils unterschiedlichen Behörden durchgeführt, die meist auch für die Erteilung der Approbation zuständig sind. Nach meiner Umfrage wurde die Entziehung der Approbation von keinem Vertreter einer Kammer bisher beobachtet und wird in ihrer Bedeutung offensichtlich überschätzt. Dies scheint unter Ärzten jedoch nicht hinreichend bekannt zu sein, denn gerade die Furcht vor dem Verlust der Approbation ist für viele ein Kriterium, das bei Fragen zur Sterbebegleitung und Sterbehilfe deutlich zur Verunsicherung beiträgt.

Die fehlenden Erfahrungen mit einem ärztlich assistierten Suizid und der Mangel an entsprechenden Rechtsurteilen in der Vergangenheit, auf die Bezug genommen werden könnte, mögen zu der undurchsichtigen und lückenhaften straf- und berufsrechtlichen Lage beitragen.

Damit stellt sich die Frage, ob dem Thema des assistierten Suizids in Deutschland eine zu große Bedeutung beigemessen wird, ob es lediglich in der fachinternen Diskussion für hitzige Auseinandersetzungen sorgt, und ob ihm in der Praxis nur eine marginale Rolle zukommt. Entweder ist die Dringlichkeit für die Frage einer praktischen Umsetzung geringer oder aber höher als vermutet, falls beispielsweise Fälle assistierten Suizids lediglich aufgrund der Tabuisierung im Verborgenen bleiben.

In der Betrachtung straf- und standesrechtlicher Regelungen fällt vor allem die gegenläufige Tendenz der juristischen und der ärztlichen Position auf. Während einerseits die *Juristen* überwiegend zu einer eher *liberalen Haltung* zum ärztlich assistierten Suizid neigen, wird andererseits in der *Ärzterschaft* die in zunehmendem Maße *strikte Ablehnung* in der Öffentlichkeit deutlich. Dies erscheint vor allem hinsichtlich der Befürchtung, dass das Rollenbild des Arztes Schaden nehmen könnte und auch angesichts der Gefahr eines potenziellen Vertrauensverlusts bei den Patienten, als ein ernst zu nehmendes Argument.

(2) Das Argument der grundsätzlichen „Unärztlichkeit“ des assistierten Suizids hat seinen Ursprung im ärztlichen Ethos, dessen Ausgestaltung sich beispielsweise in Stellungnahmen von Fachgesellschaften, des Weltärztebundes oder des Nationalen Ethikrates zeigt. Zudem haben in der Sterbephase die vielschichtigen gesellschaftlichen Erwartungshaltungen an das ärztliche Rollenbild eine große Bedeutung.

Zur Analyse des Begriffs der „Unärztlichkeit“ – sowohl in deskriptiver Hinsicht als auch auf normativer Ebene – wurden die Untersuchungen von Urban Wiesing und Bettina Schöne-Seifert herangezogen und das Argument auf seine Stichhaltigkeit überprüft. Hierbei war besonders seine Tragfähigkeit hinsichtlich des freiwilligen, ernstlichen Suizids eines zurechnungsfähigen erwachsenen Patienten von Interesse, der aufgrund schwersten Leidens im terminalen Erkrankungsstadium, ohne psychische Grunderkrankung, sein Leben mit ärztlicher Hilfe beenden will. Auch wenn – oder gerade weil – diese Fälle äußerst selten vorkommen, sollte für diese Minderheit eine solche Untersuchung nicht minder wichtig sein.

Erstaunlicherweise ließen sich für genau dieses von den Ärzten so vehement vertretene Argument der „Unärztlichkeit“ keine stichhaltigen Gründe finden. Dies stimmt mit den Eindrücken seiner Verwendungsweise überein, da es meist ohne weitere Erklärungen apodiktisch eingesetzt wird. Der Mangel an Begründung und Überzeugungskraft ist offensichtlich. Keines der betrachteten Kriterien, die das ärztliche Ethos hinsichtlich der Begleitung von schwer kranken Patienten bzw. Sterbenden ausmachen, scheint durch die ärztliche Suizidassistenz verletzt zu werden, solange der Arzt nicht aktiv in das Geschehen eingreift, er also nicht die Tatherrschaft übernimmt.

Dieses Ergebnis allein kann allerdings nicht der Rechtfertigung des ärztlich assistierten Suizids dienen. Es gibt weitere Argumente und Bedenken, die gegen eine Legalisierung sprechen. Es kann lediglich der Schluss gezogen werden, dass das häufig verwendete Merkmal der „Unärztlichkeit“ alleine nicht taugt, um zur Entkräftung der Argumente der Befürworter eines assistierten Suizids beizutragen.

(3) Der Bestandsaufnahme der deutschen Debatte liegen die wichtigsten Argumente für und wider den ärztlich assistierten Suizid zu Grunde. In der Gegenüberstellung fiel auf, dass sich Pro und Contra sowohl in ihrer Anzahl und ihrem Umfang als auch in ihrer Bedeutsamkeit annähernd die Waage halten.

Schwierig bleibt es, bestimmten Werten Priorität einzuräumen, da sie alle von gleichem Gewicht zu sein scheinen. Dies gilt zum Beispiel für den hohen Stellenwert der Autonomie des Patienten einerseits und des Lebensschutzes andererseits oder für das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung gegenüber dem Schutz vor der Gefahr einer

gesellschaftlichen Entsolidarisierung. Für die Fragestellung meiner Arbeit war im Besonderen die Überprüfung der Stichhaltigkeit der Argumente für den speziellen Fall des terminalen Erkrankungsstadiums wichtig. Dabei wurden schlagkräftige und einleuchtende Beweisführungen für den assistierten Suizid gefunden, die schwer zu widerlegen sind. So hält Beckmann die „[...] Hilfestellung bei der Selbsttötung in solchen extremen Ausnahmefällen für ethisch u. U. rechtfertigungsfähig, in denen in schwerster Notlage und bei völliger Aussichtslosigkeit die Entscheidungsfreiheit des Suizidanten zweifelsfrei gegeben ist. Dies kann deswegen nicht als ‚Einstieg in die Euthanasiedebatte‘ im Sinne einer Fremdbestimmung im Tode gewertet werden, weil hier nicht Fremd- sondern Selbstbestimmung vorliegt und weil es nicht um Lebensverneinung, sondern um Würdebewahrung geht. Zwar haben die einzelnen und die Gesellschaft als Ganze die Pflicht, den Mitmenschen vor solchen Entscheidungen über Leben und Tod zu bewahren, die unbegründet und unfrei erfolgen. Nicht aber hat der einzelne und die Gesellschaft als ganze das Recht, einem Mitmenschen ein Weiterleben zuzumuten, welches der Betreffende angesichts der – auch objektiv beurteilbaren – Unerträglichkeit aus freier Entscheidung wohl informiert und nach reiflicher Überlegung für nicht mehr fortsetzbar erklärt.“<sup>473</sup>

Beckmann räumt aber gleichzeitig ein, dass aus dieser Perspektive nicht die moralische Bedingung zur Erfüllung des Willens abgeleitet werden kann, da es nicht nur um einen Schutz der Würde des Suizidenten, sondern auch des Helfers geht. Ebenso kann aus dieser Argumentation nicht auf die generelle Legalisierung des assistierten Suizids und schon gar nicht die institutionalisierte Suizidbeihilfe durch Ärzte geschlossen werden.

Wägt man alle untersuchten Argumente gegeneinander ab, so konnte gezeigt werden, dass aufgrund mangelnder Stichhaltigkeit und Tragfähigkeit mit Blick auf das terminale Erkrankungsstadium für die Seite der Gegner des ärztlich assistierten Suizids folgende Argumente *nicht überzeugen*:

- Die Dambruch-Argumentation
- die Schwächung der Palliativmedizin
- die Unverfügbarkeit des Lebens aus religiös-christlicher Sicht

---

<sup>473</sup> Beckmann (1998), S. 26.

Auf Seiten der Befürworter überzeugen nicht:

- die Alternative des assistierten Suizids zu aktiver Sterbehilfe
- die Möglichkeit der Qualitätssicherung durch staatliche Kontrolle

Argumente, die die Gefahr des Vertrauensverlusts hervorheben und Argumente, die einen Vertrauensgewinn erwarten lassen, halten sich die Waage.

Allerdings bleiben einige *stichhaltige* Argumente übrig. Bei den Befürwortern zählen hierzu die Ausweglosigkeit des Leids in manchem Einzelfall, der Respekt vor der Patientenautonomie und das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende vor allem im Fall terminaler Erkrankung. Diese kollidieren mit den ebenso tragfähigen Gegenargumenten: der Bedrohung des Lebensschutzes, der Gefahr der Entsolidarisierung und des sozialen, moralischen und ökonomischen Drucks. Letztgenannte Risiken fallen zwar unter die Dambruch-Argumente, können jedoch letztlich nicht sicher ausgeschlossen werden und wiegen zu schwer, um für Einzelfälle und Ausnahmesituationen eine solche Gefahr in Kauf zu nehmen.

Ohne das aussichtslose Leid terminal Erkrankter zu übersehen und in vollem Respekt vor deren freiem Willen und deren Selbstbestimmungsrecht über die ihnen verbleibende Lebenszeit, soll hier dennoch nach Abwägung aller Argumente eine Legalisierung der ärztlichen Mitwirkung am Suizid abgelehnt werden. Für das schwere Leid der wenigen Fälle, für die keine Linderung zu erreichen ist, muss nach einem anderen Lösungsansatz gesucht werden.

Da diese Arbeit über eine rein deskriptive ethische Betrachtung hinausgehen soll, muss ein normativer medizinethischer Ansatz versucht werden.

Folgende Schlüsse sollten für das ärztliche Handeln im klinischen Praxisalltag gelten:

Eine *aktive Beteiligung* von Ärzten am Suizid eines Patienten ist grundsätzlich hoch problematisch. Zu viele Gefahren und Risiken für die Gesellschaft und ihre Mitglieder können in ihren möglichen Ausmaßen nicht zuverlässig abgeschätzt und vermieden werden. Gerade aus der besonderen Verantwortung Deutschlands durch seine historische Last entspringt die Pflicht eines höchst sensiblen, jedoch nicht tabuisierenden Umgangs mit Themen der Sterbehilfe. Im Zentrum der Debatte sollten

immer die Bedürfnisse und das Leid der Patienten stehen. Auch unter strengsten Kriterien in Ausnahmesituationen sollte eine aktive Beteiligung von Ärzten am Suizid nicht zulässig werden.

Die gesetzliche Legitimation eines ärztlich assistierten Suizids für das terminale Erkrankungsstadium erscheint auch deshalb problematisch, da eine Verletzung des verfassungsrechtlichen Prinzips der Gleichbehandlung eingeklagt werden könnte. Eine Forderung der Ausweitung des Gesetzes wäre die Folge, was hinsichtlich der erläuterten Bedenken nicht wünschenswert erscheint.

Es soll an dieser Stelle nochmals betont werden, dass Ärzten im Umgang mit Patienten, die den Lebenswillen aufgrund schwersten Leidens im terminalen Stadium einer unheilbaren Erkrankung verloren haben, eine besondere, schwer zu tragende Verantwortung zukommt. Ein vorschnelles Akzeptieren des Sterbenswunsches kann den Patienten in seiner Entscheidung negativ beeinflussen. Selbstverständlich gehört es zur ärztlichen Aufgabe, jede sinnvolle Alternative auszuschöpfen, die den Patienten von seinem Sterbenswunsch abbringen kann, z. B. adäquate psychotherapeutische Beratung. Falls der Patientenwille dennoch unabänderlich feststeht, muss er respektiert werden. Es macht keinen Sinn, als Beleg für die Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches einen besonderen Leidensdruck zu verlangen, andererseits aber gerade diesem Betroffenen eine Depressivität zu bescheinigen, die den Wunsch nach Selbsttötung ins Krankhafte und zu Vermeidende verschiebt. Einen freiverantwortlichen Suizid mit Respekt zu akzeptieren, darf nicht als unmoralisch bewertet und als Widerspruch zum ärztlichen Ethos betrachtet werden. Betroffene Ärzte dürfen daher weder strafrechtlichen Konsequenzen ausgesetzt sein, noch berufsrechtlich in Misskredit geraten.

(4) Im vergleichenden Blick auf die internationale Handhabung konnten anhand der Schweiz, der Niederlande und des Bundesstaates Oregon (USA) unterschiedliche Umgangsweisen mit assistiertem Suizid festgestellt werden. Empirische Daten und Erfahrungsberichte dieser Länder sind für die Diskussion ein nützlicher Beitrag. Viele Thesen der theoretischen Diskussion können anhand der Dokumentation bestätigt oder verworfen werden. Dennoch zeigen diese immer nur einen Ausschnitt der möglichen Entwicklungen und sind deshalb nicht entscheidungstragend. Zudem fiel in den Untersuchungen auf, dass unterschiedliche Auslegungen und Interpretationen der

gleichen Daten und Studien vorzufinden sind, die je nach beabsichtigtem Ziel in die entsprechende Argumentation eingebettet werden.

Für die deutsche Debatte konnte kein sinnvoller Lösungsansatz gefunden werden, der auf hiesige Verhältnisse übertragen werden könnte. Zu unterschiedlich sind der historische Hintergrund, der gesellschaftliche Umgang mit medizinethischen Themen, die Bewältigung solch existenzieller Probleme und die Risikobereitschaft. Eine Legalisierung der aktiven Mitwirkung von Ärzten am Suizid sollte für Deutschland nicht in Frage kommen. Dies haben die eingehenden Untersuchungen verdeutlicht. Eine Übernahme dieser Aufgabe durch Laienorganisationen für Sterbehilfe ist aber ebenso wenig wünschenswert. Um den Sterbetourismus in die Schweiz einzudämmen, muss für sterbenskranke Menschen mit schwerstem Leiden in Deutschland eine andere Lösung gefunden werden. Die Diskrepanz zwischen prinzipieller Standesethik und subjektivem Gewissen des Arztes in Einzelfällen bleibt allerdings ungelöst.

Ein denkbarer Lösungsansatz in der bislang unbefriedigenden Situation liegt in einer Gesetzesänderung und juristischen Klärung bezüglich der Frage des Geltungsbereichs der Garantenpflicht. Diese könnte in bestimmten Einzelfällen für Ärzte gelockert oder ausgesetzt werden, z. B. bei ernstlichem und unabänderlichem Sterbewunsch eines Patienten aufgrund unerträglichen Leidens im terminalen Erkrankungsstadium. Zur Beratung im jeweiligen Einzelfall müssten den Ärzten und ihren Patienten Ethik-Komitees zur Verfügung stehen, die in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nach erdenklichen Alternativen suchen und alle Bedingungen der jeweiligen Situation gegeneinander abwägen.

Auch die Mehrheit des Nationalen Ethikrates sieht in diesem Ansatz einen vertretbaren Weg für schwer Kranke, einige Mitglieder wollen die nachfolgende Forderung allerdings lediglich für das terminale Krankheitsstadium verwirklicht sehen: „Bestehen bei einem Suizidversuch eines schwer kranken Menschen klare Anhaltspunkte, dass der Versuch aufgrund eines ernsthaften Entschlusses erfolgt und dass der Betroffene jegliche Rettungsmaßnahme ablehnt, so sollen [...] Personen, die beispielsweise eine besondere Einstandspflicht für den Suizidenten haben, von einer Intervention absehen dürfen, ohne Strafverfolgung befürchten zu müssen.“<sup>474</sup>

---

<sup>474</sup> Nationaler Ethikrat (2006), S. 99.

Diese Lösung würde eine ärztliche Sterbebegleitung auch für Suizidenten möglich machen, ohne dass dem Arzt straf- oder standesrechtliche Konsequenzen oder gesellschaftliche Missbilligung wegen seiner Anwesenheit während des Sterbeprozesses drohten. Ein Missbrauch könnte durch die engen Kriterien des Geltungsbereichs und strenge Auflagen verhindert werden. Eine Fehlentscheidung in Notfällen könnte vermieden werden, da von einer engen Beziehung zwischen Arzt und Patient ausgegangen werden darf, die auch die Ernstlichkeit und Unabänderlichkeit des Entschlusses gewährleisten kann.

Jeder andere Suizident müsste natürlich weiterhin gerettet werden. Eine passive Mitwirkung am Suizid im Sinne des Beistands, der Anwesenheit und des Nichteingreifens muss in diesen besonderen Fällen schwersten Leids vom Vorwurf der „Unärztlichkeit“ freigesprochen werden, da sich der Arzt keiner Beteiligung am Tode schuldig macht.

In Zusammenschau aller zusammengetragenen und untersuchten Aspekte erscheint mir eine grundsätzliche Legalisierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid ethisch unverantwortlich.

Besteht auch nur der geringste Zweifel an der Freiverantwortlichkeit oder der Ernstlichkeit eines Suizidwunsches, oder ist auch nur im entferntesten Ansatz eine psychiatrische Grunderkrankung zu erahnen, gibt es keinerlei rechtfertigenden Grund zur Suizidassistenz. Nach den Ergebnissen der Suizidforschung ist dies der Regelfall. In diesen Situationen sind ärztliche Betreuung und Fürsorge als Basis präventiver Therapiemaßnahmen zur Verhinderung weiterer Schritte zwingend erforderlich.

Genauso wenig ist aber anzuzweifeln, dass es offensichtlich Ausnahmefälle gibt, in denen der Suizid selbst nicht als pathologisch anzusehen ist. Im terminalen Stadium einer in absehbarer Zeit tödlich endenden Erkrankung kann nachvollziehbar ein freiverantwortlicher und ernstlicher Suizidwunsch entstehen. Gründe dafür müssen nicht nur unerträgliche Schmerzen oder körperliche Entstellung sein. Vor allem der Verlust an Lebensqualität, persönlicher Unabhängigkeit und die Entfremdung vom „eigenen Ich“ können dazu beitragen, den Zeitpunkt und die Umstände des Todes selbst bestimmen zu wollen. Nach Dworkin stünde keinem das Recht zu, einem anderen

Menschen die Weise des Sterbens aufzuzwingen.<sup>475</sup> Für die Frage nach der Einrichtung von Ausnahmeregelungen für solche seltenen Fälle muss eine spezifische Auseinandersetzung und Überarbeitung der bisher nur allgemein verwendeten Argumente erfolgen. Ihre Tragfähigkeit kann für eine derart existenzielle Lebenssituation nicht vorausgesetzt werden.

Zu den Handlungszielen der Medizin und den besonderen Aufgaben des Arztes gehört die Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Tod. Das bedeutet, sowohl ein Sterben in Würde zu ermöglichen, als auch den Patienten auf diesem Weg zu begleiten. Dabei steht das Recht auf Leben, auf körperliche Unversehrtheit, auf Freiheit von Leid und Schmerz im Zentrum. Oberste Priorität hat der Wille des Patienten. Grundlegend für alle Diskussionsansätze ist die Frage, ob das *Recht auf Leben* auch zu einer *Pflicht* werden darf, vor allem wenn es größtes Leiden bedeutet. In der Zeit der Intensivmedizin mit scheinbar grenzenlosen Möglichkeiten der Lebenserhaltung, muss auch die Freiheit bleiben, diesen zu entkommen. Deshalb wird die Pflicht zur Lebenserhaltung von der Bundesärztekammer nicht mehr unter allen Umständen eingefordert. Obwohl sich die Grundhaltung der Ärzteschaft vom paternalistischen hin zum partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient entwickelt hat und der Patientenwille immer mehr in den Mittelpunkt rückt, bleibt die kategorische Ablehnung jeglicher ärztlicher Beteiligung am Suizid dennoch erhalten. Der Arzt sollte den sterbenden Suizidenten jedoch nicht allein lassen müssen.

Aufgrund dieser Aufwertung der Selbstbestimmung muss über Fragen eines eigenständigen und selbst gewählten Todes in Extremsituationen nachgedacht werden. Fraglich bleibt, ob es Ärzten zugemutet werden soll, in einem tragischen Einzelfall gegen das Standesrecht zu verstoßen, um im Nachhinein auf ein Entfallen der Sanktion hoffen zu müssen, da strafrechtliche Regelungen unklar sind und standesrechtliche Grundlagen fehlen.

Der Diskussion nicht dienlich ist eine Gegenüberstellung von Sterbehilfe und Palliativmedizin. Letztere ist das grundlegende Fundament der Begleitung Sterbender und der Betreuung schwerst kranker Menschen, der Ausbau der Palliativmedizin darf weder hinterfragt noch in diese Diskussion einbezogen werden. Selbst wenn sich in

---

<sup>475</sup> Dworkin nach Merkel (2005), S. 25.

Deutschland Tendenzen der niederländischen oder schweizerischen Entwicklung abzeichnen würden, was eher unwahrscheinlich ist, dürfte dies eine Stärkung der Hospizarbeit und Palliativbetreuung nicht in Frage stellen.

Zugleich sollten die Argumente zu aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid getrennt diskutiert werden, da beide Formen der Sterbehilfe eine Differenzierung erfordern. Der essenzielle Unterschied besteht in der Handlungsführung und der autonomen Entscheidungsgewalt. Wer um die Tötung durch fremde Hand bittet, gibt Verantwortung, Entscheidung, Führung des Geschehens ab. Aktive Sterbehilfe beinhaltet das Töten eines anderen Menschen und darf niemals die Aufgabe eines Arztes sein. Zumindest in diesem wesentlichen Punkt sind sich die Stimmen in Deutschland größtenteils einig.

Als Kompromisslösung zur Vermeidung einer Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids in Deutschland wäre die Lockerung der Garantenpflicht für konkret definierte Ausnahmefälle denkbar. Zu diesen Kriterien müsste u. a. die Volljährigkeit zählen, des Weiteren die von mehreren Ärzten unabhängig diagnostizierte unheilbare Erkrankung, das Feststellen eines absehbaren Endes innerhalb der nächsten Zeit, der Ausschluss einer psychiatrischen Grunderkrankung, die Feststellung von Freiverantwortlichkeit und Ernstlichkeit des Patientenwillens und der Ausschluss von sozialem oder moralischem Druck. Gibt es an all diesen Aspekten keinen Zweifel, könnte die Garantenpflicht für den betreuenden Arzt ausgesetzt werden. Eine solch enge Begrenzung könnte einen Ausweg schaffen, ohne eine Dambruchgefahr zu beinhalten.

Die aktuelle Rechtslage ist nicht akzeptabel, da es als widersprüchlich erscheint, das Bereitstellen der Mittel zu tolerieren, den Helfenden dann aber zu zwingen, den Sterbenden alleine zu lassen bzw. ihm gegen seinen ausdrücklich versicherten Willen nachträglich das Leben zu retten. Eine Lockerung der Garantenpflicht rechtlich zuzugestehen, wäre ein hilfreicher Schritt für betroffene Gruppen. Auch berufsrechtlich und standesethisch müsste Ärzten die Sterbebegleitung eines Suizidenten im Ausnahmefall ethisch zugestanden werden.

Fazit: Als Ergebnis der Befassung mit den Argumenten muss man jedoch erwarten, dass die Ärzteschaft auf absehbare Zeit die Assistenz zum Suizid in keiner Form in den

ärztlichen Aufgabenbereich integrieren wird. Sie wird sich allerdings auf längere Sicht damit auseinandersetzen müssen, dass es ihre eigenen medizinischen Erfolge sind, die das Sterben heutzutage oftmals besonders in die Länge ziehen. Wenn die Ärzteschaft sich dieser schwerwiegenden Problematik nicht öffnet, werden es andere tun. Dies muss kein Nachteil für die immer wieder geforderte und möglicherweise auch gesellschaftlich gewünschte Reinerhaltung der ärztlichen Rolle sein. Für den einzelnen Arzt kann es aber ein höchst belastender Gewissenskonflikt werden, wenn er seinen Patienten in dieser Not alleine lässt. Eggert Beleites hat ebenso wie in jüngster Zeit Jörg-Dietrich Hoppe darauf hingewiesen, dass die Begleitung Sterbewilliger und die Anwesenheit beim Suizid Ärzten nicht generell verboten, sondern eine ganz persönliche Gewissensentscheidung sei.<sup>476</sup> Dies gibt dem Arzt einen Freiraum, den er in der intimen Arzt-Patienten-Beziehung für den Kranken nutzen kann. Andererseits ist mit einer puristischen Haltung aber auch die Gefahr verbunden, dass im Verborgenen nicht zu kontrollierende Handlungen vorgenommen werden. Es ist zu hoffen, dass die aktuelle Umfrage zur Sicht der deutschen Ärzteschaft auf die Problematik der Sterbehilfe zur bisher vermissten Klarheit in der so lange schwelenden Diskussion beiträgt.

---

<sup>476</sup> Beleites (2004), S. A – 1297; Hoppe (2010), S. A – 1385.

## 10 Zusammenfassung / Summary

In der vorliegenden Arbeit zur Bestandsaufnahme der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid werden vier Kernprobleme untersucht und eine abschließende Stellungnahme vorgelegt:

(1) Ein Einblick in strafrechtliche und standesrechtliche Regelungen zeigt, dass die Gesetzeslage ebenso Raum für Unsicherheiten und Ungewissheit über eine drohende Strafe lässt wie auch die standesrechtliche, in den Bundesländern uneinheitliche Handhabung. Vor allem ist die Berechtigung zum Entzug der Approbation unterschiedlich geregelt. Um darüber Klarheit zu erreichen, wurde eine entsprechende Anfrage an die Justiziere der Landesärztekammern gerichtet. Insgesamt war die Bereitschaft zur Antwort groß, die Aussagen sind jedoch generell nicht eindeutig, so dass die berufsrechtliche Lage nach wie vor und wenig transparent bleibt.

(2) Im Überblick dieser Arbeit fällt die Diskrepanz zwischen einer weitgehend liberalen juristischen Position einerseits und einer strikt ablehnenden Haltung der Ärzteschaft andererseits auf. Daher wird die zentrale These der „Unärztlichkeit“ einer Suizidassistenz hinterfragt. Dies erscheint hinsichtlich der damit zum Ausdruck gebrachten Befürchtung, dass das Rollenbild des Arztes Schaden nehmen könnte, ein ernstzunehmendes Argument. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist besonders die Tragfähigkeit hinsichtlich des freiwilligen, ernstlichen Suizids eines zurechnungsfähigen erwachsenen Patienten von Interesse, der aufgrund schwersten Leidens im terminalen Erkrankungsstadium, ohne psychische Grunderkrankung, sein Leben mit ärztlicher Hilfe beenden will. Die Analyse zeigt, dass das ärztliche Ethos hinsichtlich der Begleitung von schwer kranken Patienten bzw. Sterbenden durch eine ärztliche Suizidassistenz nicht verletzt werden muss, solange der Arzt nicht die Tatherrschaft übernimmt.

(3) Nach der Zurückweisung des Arguments der „Unärztlichkeit“ werden weitere Pro- und Contra-Argumente der aktuellen Debatte in Deutschland dargestellt und ebenfalls im Hinblick auf das terminale Stadium erörtert. Dabei zeigt sich, dass keines der Argumente alleine eine eindeutige und verpflichtende Handlung nach sich ziehen könnte. Als wesentliche Herausforderungen bleiben der Hinweis auf das ärztliche

Selbstverständnis einerseits und das objektiv nicht linderbare Leiden eines Patienten andererseits.

(4) Schließlich wird die vielfach geforderte Lockerung der Garantenstellung des Arztes mit gleichzeitiger standesrechtlicher Billigung des ärztlich assistierten Suizids für ganz spezielle, seltene Ausnahmefälle analysiert. Unter Berücksichtigung und Kontrolle strenger Kriterien könnte so ein denkbarer Kompromiss erreicht und vor allem für betroffene terminal Erkrankte mit unerträglichem Leid ein Ausweg geschaffen werden, der es ihnen ermöglicht, nicht alleine sterben zu müssen. Einem Dambruch kann ebenso vorgebeugt werden wie dem aktuellen Sterbetourismus.

(5) Als Ergebnis der Befassung mit den Argumenten muss man jedoch erwarten, dass die Ärzteschaft auf absehbare Zeit die Assistenz zum Suizid keinesfalls in den ärztlichen Aufgabenbereich integrieren wird. Sie wird sich allerdings auf längere Sicht damit auseinandersetzen müssen, dass es ihre eigenen medizinischen Erfolge sind, die das Sterben heutzutage oftmals besonders in die Länge ziehen. Wenn die Ärzteschaft sich dieser schwerwiegenden Problematik nicht öffnet, werden es andere tun. Dies muss kein Nachteil für die Reinerhaltung der ärztlichen Rolle sein. Für den einzelnen Arzt kann es aber ein höchst belastender Gewissenskonflikt werden, wenn er seinen Patienten in dieser Not alleine lässt. Schließlich ist mit einer puristischen Haltung auch die Gefahr verbunden, dass im Verborgenen nicht zu kontrollierende Handlungen vorgenommen werden.

## **Summary**

This paper, which evaluates the situation of the debate on medically assisted suicide, examines four core problems and presents a concluding statement:

(1) An insight into criminal law and the rules of professional conduct shows that the legal situation allows for both uncertainties and ambiguity as to a threatening punishment and a non-uniform handling in the different German states as regards the rules of professional conduct. Above all, the entitlement to revoke the license to practice medicine is governed in different ways. For the sake of clarity, an enquiry was

addressed to the legal advisers of the Medical Chambers. All in all, the willingness to reply was huge, however, the statements were generally vague, so that the situation with regard to professional law still remains little transparent.

(2) In the survey of this paper, one can observe the discrepancy between a widely liberal legal position, on the one hand, and a strictly disapproving attitude of the medical community on the other hand. For this reason, the central assumption that suicide assistance is in breach of professional ethics is put into question. This seems to be a point to be taken seriously in view of concerns that the role model of the physician could suffer any damage. Of special interest within the scope of this paper is the sustainability with regard to the voluntary, serious suicide of a sane adult patient, without any underlying mental disease, who wishes to put an end to his life with medical assistance by reason of most severe suffering at the terminal stage. The analysis shows that medical ethics with regard to the care of seriously ill or dying patients do not necessarily have to be violated, provided that the physician does not assume the perpetration.

(3) After refusing the point that suicide assistance is in breach of professional ethics, further pros and cons of the current debate in Germany are presented and considered also with regard to the terminal stage. It is shown that none of the points, on their own, could result in a clear and compulsory act. The reference to medical ethics, on the one hand, and the suffering of the patient, which objectively cannot be relieved, on the other hand, remain the essential challenges.

(4) Finally, we analyse the oftentimes-required relaxation of the physician's guarantor position, accompanied by the acceptance, according to the rules of professional conduct, of the medically assisted suicide in especially particular and rare exceptional cases. By considering and monitoring strict criteria, one could reach a possible compromise and, above all, find a resort for terminal patients concerned, who suffer unbearable pain, enabling them not to die alone. A wide opening of floodgates may be prevented, as much as the current death tourism.

(5) As a result of studying these points, however, one must expect that the medical community will not at all integrate suicide assistance into the field of responsibility of

physicians in the foreseeable future. In the long term, however, it will have to deal with the fact that it is their own medical success, which often makes dying so particularly long-lasting these days. If the medical community does not open up to this serious problem, others will do it for them. This needs not to be a disadvantage for the maintenance of the physician's role. Though, it can be a most burdensome moral conflict for the individual physician, if he leaves his patient alone in this misery. In the end, such puristic attitude may involve the risk that acts being impossible to control are performed in secrecy.

*„Wen wirst Du mir zeigen, der irgendeinen Wert der Zeit beimisst, der den Tag zu schätzen weiß, der einsieht, täglich sterbe er. Darin nämlich täuschen wir uns, dass wir den Tod immer vor uns sehen: ein großer Teil davon ist vorbei. Was immer an Lebenszeit in der Vergangenheit liegt – der Tod besitzt es.“<sup>477</sup>*

*Seneca (4 v. Chr. – 65 n. Chr.)*

---

<sup>477</sup> Lucius Annaeus Seneca: Philosophische Schriften, 1. Brief aus den Briefen über Ethik, S. 3.

## 11 Literatur

- Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe) (1986) Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter, vorgelegt von Jürgen Baumann et al., Thieme Verlag, Stuttgart, New York.
- Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) (2005) Goltdammer's Archiv (GA): 533-586.  
Download: <http://home.tiscali.de/sterbehilfe/AE-Sterbebegleitung.pdf> [03.05.2008].
- Beckmann, Jan P. (1998) Suizidassistent in philosophisch-ethischer Sicht. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe? Roderer, Regensburg, S. 16 - 29.
- Beleites, Eggert (1998 a) Wegweiser für ärztliches Handeln. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 95: A – 2365.
- Beleites, Eggert (1998 b) Stellungnahme aus Sicht der Bundesärztekammer. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe? Roderer, Regensburg, S. 56 - 58.
- Beleites, Eggert (2004) Grundsätze zur Sterbebegleitung neu gefasst. Deutsches Ärzteblatt 101: A – 1297.
- Benzenhöfer, Udo (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2004) Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten. Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, Ministerium der Justiz, Download: [www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de).
- Birkner, Stefan (2006) Assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe – Gesetzgeberischer Handlungsbedarf? Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP) 39: 52 - 54.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2006) Die Bedeutung der ärztlichen Indikation bei Entscheidungen im Betreuungsfall. *Betreuungsmanagement* 2: 72 - 76.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2010) Aufgaben des Arztes: Lebenserhaltung und (oder?) Leidensminderung? Überarbeitetes Manuskript eines Vortrags anlässlich des 90. Geburtstags von Prof. Dr. Felix Anschütz, Bad Nauheim, 29.05.2010 (im Druck).
- Borasio, Gian Domenico (2006) Thesen zum Referat von Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, München. In: 66. Deutscher Juristentag, Thesen der Gutachter und Referenten, S. 28 - 30,  
Download: [www.medizinethik.de/djt-2006-thesen-strafrecht.pdf](http://www.medizinethik.de/djt-2006-thesen-strafrecht.pdf) [05.08.2008].

- Bormuth, Matthias (2008) *Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert.* Wallstein Verlag, Göttingen.
- Bosshard, Georg (2006) Die Tätigkeit der Sterbehilfeorganisationen und die Rolle des Arztes. In: Rehmann-Sutter, Christoph / Bondolfi, Alberto / Fischer, Johannes / Leuthold, Margrit (Hrsg.) *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin, Band 6,* Peter Lang, Bern, Berlin, Bruxelles, S. 21 - 30.
- Bundesärztekammer (1979) Richtlinien zur Sterbehilfe. *Deutsches Ärzteblatt* 76: A – 957 - 960.
- Bundesärztekammer (1993) Richtlinien der Bundesärztekammer für die Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 90: B – 1791.
- Bundesärztekammer (1998) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 95: A – 2366 - 2367.
- Bundesärztekammer (1999) Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. *Deutsches Ärzteblatt* 96: A – 2720 - 2721.
- Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 101: A – 1298 - 1299.
- Bundesärztekammer und Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2007) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 104: A – 891 - 896.
- Bundesärztekammer und Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2010) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 107: A – 877 - 882.
- Bundesgerichtshof (BGH) (2003) Beschluss vom 17.03.2003, AZ XII ZB 2/03. *Neue Juristische Wochenschrift* 56: 1588 - 1594.
- Bundesgerichtshof (BGH) (2010) Urteil vom 25.06.2010. Aktenzeichen: Bundesgerichtshof 2 StR 454/09.
- Bundesministerium der Justiz (2004) *Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen.* Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ unter Leitung des Vorsitzenden Richters am Bundesgerichtshof a. D. Klaus Kutzer, 10. Juni 2004, Download: [www.bmj.de](http://www.bmj.de)
- Clark, David (2002) Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *British Medical Journal (BMJ)* 324: 905 - 907.

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2001) Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender, 10.4.1979. In: Wolfslast, Gabriele / Conrads, Christoph (Hrsg.) Textsammlung Sterbehilfe. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 117 - 120.
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2001) Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie, 13./14.9.1996, Kurzfassung und Langfassung. In: Wolfslast, Gabriele / Conrads, Christoph (Hrsg.) Textsammlung Sterbehilfe. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 97 - 116.
- Deutscher Ärztetag (1997) (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997. Deutsches Ärzteblatt 94: A – 2354 - 2360.
- Deutscher Juristentag, Ständige Deputation (Hrsg.) (2006) 66. Deutscher Juristentag, Stuttgart, 19. - 22. September 2006, Band 2, Sitzungsberichte – Diskussion und Beschlussfassung, – Beschlüsse. Strafrecht. S. 7 - 14, Beck, München [erschienen 2007]  
Download: [www.djt.de/files/djt/66/66\\_DJT\\_Beschluesse.pdf](http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf) [03.08.2008]
- Dietrich, Heinz-Peter (2007) Empörung über Sterbehilfe auf dem Parkplatz. Der Tagesspiegel, Berlin, 7.11.2007. Download: <http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/Dignitas-Sterbehilfe;art1117,2415512> [21.09.2008].
- Eckel, Heyo (1998) Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid und Sterbebegleitung. Statement des Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe? Roderer, Regensburg, S. 15 - 29.
- Emrich, Hinerk M. (1998) Pseudosymmetrien und Asymmetrien in der Sterbehilfe. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe? Roderer, Regensburg, S. 59 - 61.
- Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages (2004) Zwischenbericht, 13.9.04. Patientenverfügungen. Deutscher Bundestag, Drucksache 15 / 3700.
- Eser, Albin (1985) Sterbewille und ärztliche Verantwortung. Zugleich Stellungnahme zum Urteil des BGH im Fall Dr. Wittig. Medizinrecht 1985, Heft 1, S. 6 - 17.
- Eser, Albin / Koch, Hans-Georg (Hrsg.) (1991) Materialien zur Sterbehilfe. Eigenverlag Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg im Breisgau.
- Fenner, Dagmar (2007) Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Ethik in der Medizin 19: 200 - 214.
- Fittkau, Ludger (2008) Sterbehilfeorganisation „Dignitas“. Das Reisebüro für Lebensmüde. Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 53, 03.03.2008, S. 33.
- Freund, Georg (2008) Entscheidungen an den Grenzen des Lebens in rechtlicher Sicht – Anfang und Ende. Manuskript eines Vortrags in der Evangelischen Akademie Hofgeismar, 10. Januar 2008.

- Fuhr, Christoph (2006) Kann die Qualität der Sterbehilfe-Diskussion mit weniger missverständlichen Begriffen verbessert werden? *Ärztezeitung*, Ausgabe 137, S. 2, 26.7.2006.
- Gordijn, Bert (1997 a) Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid in den Niederlanden. In: Neumann, Gitta / Körner, Uwe (Hrsg.) *Patientenautonomie und Humanes Sterben*. Kongressbericht. *Berliner Medizinethische Schriften*, Heft 14/15, Humanitas, Dortmund, S. 67 - 74.
- Gordijn, Bert (1997 b) Euthanasie in den Niederlanden – eine kritische Betrachtung. *Berliner Medizinethische Schriften*, Heft 19, Humanitas, Dortmund.
- Grellner, Wolfgang / Anders, Sven / Tsokos, Michael / Wilske, Jochen (2002) Suizide mit „Exit-Bags“: Umstände und besondere Problemlagen bei Sterbebegleitungen. *Archiv Kriminologie* 209: S. 65 - 75.
- Grill, Bartholomäus (2005) Ich will nur fröhliche Musik. In: *Die Zeit*, Hamburg, 08.12.2005, S. 3, Download: [www.zeit.de/2005/50/Sterbehilfe](http://www.zeit.de/2005/50/Sterbehilfe) [gesehen 23.08.08].
- Guckes, Barbara (1997) *Das Argument der schiefen Ebene: Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion*. Fischer, Stuttgart.
- Hoerster, Norbert (2002) *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2003) 106. Deutscher Ärztetag vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln: Öffentliche Einladung an die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 100: A – 667.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2004) Von der Patientenorientierung zum Profitdenken – auf dem Weg in die Gesundheitswirtschaft? Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zum 107. Deutschen Ärztetag in Bremen am 18. Mai 2004.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2006) Den Tod nicht zuteilen. Die Haltung der deutschen Ärzteschaft zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid. In: Rehmann-Sutter, Christoph / Bondolfi, Alberto / Fischer, Johannes / Leuthold, Margit (Hrsg.) *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin. Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen*, Band 6, Peter Lang, Bern, Berlin, Bruxelles, S. 79 - 82.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2010) Keine Suizidbeihilfe. *Deutsches Ärzteblatt* 107: A – 1385.
- Hufeland, Christoph Wilhelm (1951) *Vom Arztsein*. Aus dem *Enchiridion medicum*. Hippokrates Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart.
- Kimsma, Gerrit K. / van Leeuwen, Evert (1998) Euthanasie und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) *Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe?* Roderer, Regensburg, S. 75 - 106.
- Klaschik, Eberhard (2003) Leserbrief zu dem Beitrag von W. Sohn in *Der Schmerz* 16 (2002): 150 – 152. *Der Schmerz* 17: 66 – 68.

- Klinkhammer, Gisela (2006) Grenzen ärztlichen Handelns am Ende des Lebens: Sterben ist nicht normierbar. Deutsches Ärzteblatt 103: A – 3219.
- Koch, Hans-Georg (1991 a) Einführung und rechtsvergleichende Übersicht. In: Eser, Albin / Koch, Hans-Georg (Hrsg.) Materialien zur Sterbehilfe. Eigenverlag Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg im Breisgau, S. 1 - 30.
- Koch, Hans-Georg (1991 b) Bundesrepublik Deutschland. In: Eser, Albin / Koch, Hans-Georg (Hrsg.) Materialien zur Sterbehilfe. Eigenverlag Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg im Breisgau, S. 31 - 193.
- Kuschel, Amelia (2006) Der ärztlich assistierte Suizid. Straftat oder Akt der Liebe. Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, Bern.
- Kutzer, Klaus (2005) Die derzeitige Rechtsprechung auf dem Prüfstand – Kann die Unterscheidung von „Normalpatient“ und Suizidpatient Bestand haben? In: Wolfslast, Gabriele / Schmidt, Kurt (Hrsg.) Suizid und Suizidversuch. C. H. Beck, München, S. 180 - 194.
- Kutzer, Klaus (2006) Thesen zum Referat von Vors. Richter am BGH a. D. Klaus Kutzer, Karlsbad. In: 66. Deutscher Juristentag, Thesen der Referenten und Gutachter, S. 30 - 32, [www.medizinethik.de/djt-2006-thesen-strafrecht.pdf](http://www.medizinethik.de/djt-2006-thesen-strafrecht.pdf) [05.08.2008].
- Lauter, Hans (1998) Probleme und Meinungsstand aus ärztlicher Sicht. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe? Roderer, Regensburg, S. 36 - 44.
- Leven, Karl-Heinz (1998/2003) Der historische Ort des Genfer Gelöbnisses. Beilage Ethik in der Medizin des Ärzteblatts Baden-Württemberg, Nr. 63, In: Wiesing, Urban in Verbindung mit Bockenheimer-Lucius, Gisela / Seidler, Eduard / Marckmann, Georg (Hrsg.) (2003) Diesseits von Hippokrates. 20 Jahre Beiträge zur Ethik in der Medizin im Ärzteblatt Baden-Württemberg, Gentner Verlag, Stuttgart, S. 253-257.
- Link, Oliver / Oertzen, Andreas (2006) Lasst uns sterben. Stern, 23.11.2006.
- May, Arnd T. (2005) Aktiv – passiv – indirekt. Tun und Unterlassen. In: Meier, Christoph / Borasio, Gian Domenico / Kutzer, Klaus (Hrsg.) Patientenverfügung. Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zur Fürsorge. Münchner Reihe Palliative Care, Band 1, Kohlhammer, Stuttgart.
- Marx, Wolfgang (2003) Gibt es ein Menschenrecht auf freie Gestaltung des eigenen Lebensendes? In: Bruder Müller, Gerd / Marx, Wolfgang / Schüttauf, Konrad (Hrsg.) Suizid und Sterbehilfe. Königshausen und Neumann, Würzburg, S. 69 - 79.
- Merkel, Reinhard (2005) Der Staat darf nicht zum Leben nötigen. Die Zeit, Hamburg, 17. November 2005, S. 24 - 25.
- Müller-Busch, H. Christof (2003) Leserbrief zu dem Beitrag von W. Sohn in Der Schmerz 16 (2002): 150 – 152. Der Schmerz 17: 70-72.

- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) (Hrsg.) (2005) Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr. 9 / 2005. Bern.
- Neitzke, Gerald / Frewer, Andreas (2004) Sedierung als Sterbehilfe? Zur medizinethischen Kultur am Lebensende. *Ethik in der Medizin* 16: 323 - 333.
- Oduncu, Fuat S. (2006) Sterben in Würde ist eine Gemeinschaftsaufgabe. *Münchener Medizinische Wochenschrift MMW-Fortschr. Med.* Nr. 20, 148: 35 – 38.
- Oduncu, Fuat S. / Eisenmenger, Wolfgang (2002) Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung. *Medizinrecht* 2002, Heft 7: 327 – 337.
- Oduncu, Fuat S. / Eisenmenger, Wolfgang (2003) Geringe Lebensqualität. Die finstere Praxis der Sterbehilfe in Holland – bis hin zum Mord. *Süddeutsche Zeitung*, 17.07.2003.
- OLG München (1987) Beschl. v. 31.7.1987 – 1 Ws 23/87, StGB § 216 I. In: Wolfslast, Gabriele / Conrads, Christoph (Hrsg.) (2001) Textsammlung Sterbehilfe. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 35 - 55.
- Pichlmaier, Heinz (1997) Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland. In: Aulbert, Eberhard / Klaschik, Eberhard / Pichlmaier, Heinz (Hrsg.) *Palliativmedizin – Ein ganzheitliches Konzept. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 1*, Schattauer, Stuttgart, New York, S. 1 - 7.
- Pohlmeier, Hermann (1996) Wie frei ist der Freitod – Einschränkung frei verantwortlichen Handelns durch Krankheit? *Berliner Medizinethische Schriften, Band 7*, Humanitas Verlag, Dortmund.
- Radbruch, Lukas (2003) Leserbrief zu dem Beitrag von W. Sohn in *Der Schmerz* 16 (2002): 150 – 152. *Der Schmerz* 17: 69 – 73.
- Ratzel, Rudolf / Lippert, Hans-Dieter (2002) *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO)*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Reiter-Theil, Stella (2004) Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid. Die Situation in der Schweiz im Lichte internationaler Perspektiven. *Medizinethische Materialien, Heft 150*, Zentrum für medizinische Ethik Bochum.
- Rippe, Klaus Peter (2006) Suizidbeihilfe und das Recht auf Selbstbestimmung. In: Rehmann-Sutter, Christoph / Bondolfi, Alberto / Fischer, Johannes / Leuthold, Margrit (Hrsg.) *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin, Band 6*, Peter Lang, Bern, Berlin, Bruxelles, S. 181 - 194.
- Ritzel, Günther (Hrsg.) (1998) *Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe?* Roderer, Regensburg.
- Ritzel, Günther (1998) Sterbehilfe in der Diskussion. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) *Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe?* Roderer, Regensburg, S. 9 - 13.

- Roy, D. D. (1997) Ethische Fragen in der Palliativmedizin. In: Aulbert, Eberhard / Zech, Detlev (Hrsg.) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart, New York, S. 24 - 54.
- Sahm, Stephan (2005) Sterbehilfe in der aktuellen Diskussion – ärztliche und medizinisch-ethische Aspekte. Zeitschrift für Lebensrecht 14: 45 – 52.
- Schmidtke, Armin / Sell, Roxanne / Löhr, Cordula (2008) Epidemiologie von Suizidalität im Alter. Zeitschrift Gerontologie Geriatrie 41: 3 – 13.
- Schöne-Seifert, Bettina (2000) Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holdegger, Adrian (Hrsg.) Das medizinisch assistierte Sterben. 2. Aufl., Universitätsverlag Freiburg i. Ue., Herder, Freiburg i. Breisgau, S. 98 - 118.
- Schott, Heinz (2006) Medizingeschichte(n): Medizinische Ethik – Aktuelles Gelöbnis der Ärzte. Deutsches Ärzteblatt 103: A – 2178.
- Schreiber, Hans-Ludwig (1998) Juristische Aspekte der Suizidbeihilfe. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe? Roderer, Regensburg, S. 30 - 35.
- Schumann, Eva (2006) Dignitas – Voluntas – Vita. Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechtshistorischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht. Universitätsverlag Göttingen, Göttingen.
- Siefert, Helmut (2007) Von der Heiligen Elisabeth zur Hospizbewegung heute. In: Aumüller, Gerhard / Grundmann, Kornelia / Vanja, Christina (Hrsg.) Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit. Geschichte und Entwicklung der Krankenversorgung im sozioökonomischen Wandel. Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen, Bd. 68, Elwert Verlag, Marburg, S. 355 - 366.
- Simon, Alfred (1998) Daten zur Praxis der Beihilfe zum Suizid in Europa. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe? Roderer, Regensburg, S. 69 - 73.
- Simon, Alfred / Lipp, Volker / Tietze, Andrea / Nickel, Nicole / van Oorschot, Birgitt (2004) Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Medizinrecht 2004, Heft 6, S. 303 - 307.
- Simon, Alfred (2010) Einstellung der Ärzte zur Suizidbeihilfe. Ausbau der Palliativmedizin gefordert. Deutsches Ärzteblatt 107: C – 1203 - 1205.
- Sohn, Wolfgang (2002) Offene Diskussion im Zusammenhang von Schmerztherapie und Palliativmedizin auch in Deutschland notwendig. Der Schmerz 16: 150 – 152.
- Spittler, Johann-Friedrich (2004) Die präsuizidale Entwicklung zu einem assistierten Suizid. Nervenheilkunde 23: 241 – 304.

- Taupitz, Jochen / Montgomery, Frank Ulrich (2009) Streitgespräch: Sind Ärzte geeignete Suizidhelfer? Deutsches Ärzteblatt 106: A – 693 - 695.
- Tolmein, Oliver (2005) Eigentlich wollten sie nicht nach Hannover. Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 267, 16.11.2005, S. 42.
- Tolmein, Oliver (2010) Die Juristen sind die Drängler. Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 104, 06.05.2010, S. 32.
- Van der Maas, Paul J. / Van Delden, Johannes J. M. / Pijnenborg, Loes / Looman, Caspar W. N. (1991) Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. The Lancet 338: 669 – 674.
- Van der Maas, Paul J. / Van der Vaal, Gerrit / Haverkate, Ilinka et al. (1996) Euthanasia, Physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. The New England Journal of Medicine 335: 1699 – 1705.
- Van der Vaal, Gerrit / Van der Maas, Paul J. / Bosma, Jacqueline M. et al. (1996) Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. The New England Journal of Medicine 335: 1706 – 1711.
- Verrel, Thorsten (2006 a) Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung. Gutachten C für den Deutschen Juristentag. C. H. Beck, München.
- Verrel, Thorsten (2006 b) Thesen zum Gutachten von Prof. Dr. Thorsten Verrel, Bonn. In: 66. Deutscher Juristentag - Thesen der Gutachter und Referenten, S. 24 - 28, Download: [www.medizinethik.de/djt-2006-thesen-strafrecht.pdf](http://www.medizinethik.de/djt-2006-thesen-strafrecht.pdf) [05.08.2008].
- Wedler, Hans-Ludwig / Möller, Hans Jürgen (Hrsg.) (1991) Körperliche Krankheit und Suizid. Roderer, Regensburg.
- Wehkamp, Karl-Heinz (1998) Ärztliche Entscheidungen am Lebensende und Suizid. In: Ritzel, Günther (Hrsg.) (1998) Beihilfe zum Suizid: ein Weg im Streit um die Sterbehilfe? Roderer, Regensburg, S. 62 - 73.
- Weltärztebund (1990) Erklärung des Weltärztebundes zur Versorgung von Patienten im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit mit starken chronischen Schmerzen. In: Wolfslast, Gabriele / Conrads, Christoph (Hrsg.) (2001) Textsammlung Sterbehilfe. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 215.
- Weltärztebund (1992) Erklärung des Weltärztebundes über die Ärztliche Hilfe zum Selbstmord. Verabschiedet von der 44. Generalversammlung des Weltärztebundes, Marbella, Spanien. In: Weltärztebund: Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschließungen, Deutsche Fassung von 2008, S. 186, Download: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/handbuchwma.pdf> [20.09.2008].
- Wiesing, Urban (2000) Ist aktive Sterbehilfe „unärztlich“? In: Holdegger, Adrian (Hrsg.) Das medizinisch assistierte Sterben. 2. Aufl., Universitätsverlag Freiburg i. Ue., Herder, Freiburg i. Breisgau, S. 229 - 241.

Wolfslast, Gabriele (1997) Euthanasie aus der Sicht der Rechtsprechung. In: Aulbert, Eberhard / Klaschik, Eberhard / Pichlmaier, Heinz (Hrsg.) Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 2, Schattauer, Stuttgart, New York, S. 41 - 51.

Wolfslast, Gabriele / Conrads, Christoph (Hrsg.) (2001) Textsammlung Sterbehilfe. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

Wolfslast, Gabriele / Schmidt, Kurt (Hrsg.) (2005) Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag. Beck, München.

***Internetseiten:***

Bauer, Axel: Der hippokratische Eid - Medizinhistorischer Kommentar.  
<http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauerhip.htm> [20.09.2008]

Bundesärztekammer (2006) Musterberufsordnung (MBO)  
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOSstand20061124.pdf>  
[07.08.2008].

Bundesgerichtshof (2001) Aktenzeichen 5 StR 474/00 - Urteil v. 7. Februar 2001 (LG Berlin).  
<http://www.hrr-strafrecht.de/hrr/5/00/5-474-00.php3>; [30.07.2008].

Bundesgerichtshof (2010) Urteil, Aktenzeichen 2 StR 454/09 vom 25. Juni 2010.  
<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=52999&linked=urt&Blank=1&file=dokument.pdf>

Fuchs, Christoph / Gerst, Thomas (1997) Medizinethik in der Berufsordnung.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1142> [10.08.2008]

Institut für Demoskopie Allensbach (2010) Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten. Berlin, 18. Februar 2010, Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5365, August 2009.  
<http://der-heilberufsausweis.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf> [13.08.2010].

Jung, Heike (2006) Der Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) – Anmerkungen eines Mitverfassers.  
<http://jung.jura.uni-saarland.de/Ab%202006/AE.Sterbebegleitung.pdf>  
[01.08.2008].

Nationaler Ethikrat (2006) Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme des Nationalen Ethikrats, Berlin.  
[www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org).

Neumann, Ulf / Saliger, Frank (2006) Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung – Kritische Anmerkungen zur aktuellen Sterbehilfedebatte.

Onlinezeitschrift für Höchststrichterliche Rechtsprechung im Strafrecht (HRRS)  
7: 280 – 288.  
[www.hrr-strafrecht.de](http://www.hrr-strafrecht.de).

(Muster-)Berufsordnung (2006).

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf>  
[7.08.2008]

Strafgesetzbuch, Allgemeiner Teil, 2. Abschnitt – Die Tat, 1. Titel – Grundlagen der Strafbarekeit, § 13 Begehen durch Unterlassen.

<http://dejure.org/gesetze/StGB/13.html>

Wedler, Hans-Ludwig (2007) Anmaßung oder Verpflichtung? Ethische Aspekte der Suizidprophylaxe im Alter. Vortragsmanuskript, 3. Weissenseer Symposium Ethik in der Medizin, Der alte Mensch als Patient, 07.09.2007.

[http://www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/fortbildung/egm/hansludwigwedler\\_manuskript.pdf](http://www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/fortbildung/egm/hansludwigwedler_manuskript.pdf) [03.05.2008]

Weltärztebund: Deklaration von Genf.

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/genf.pdf> [20.09.2008]

***Film:***

Amenábar, Alejandro (2004) Das Meer in mir. Regie: Alejandro Amenábar.

## **Danksagung**

Für die Unterstützung bei der Abfassung meiner Dissertation möchte ich mich herzlich bedanken. Mein Dank gilt zunächst Frau Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius und Herrn Prof. Dr. med. Helmut Siefert für die Vergabe des brisanten Themas und die stete Ansprechbarkeit und Hilfsbereitschaft. Frau Dr. Bockenheimer-Lucius habe ich vor allem für die zeitaufwendige und fachlich fundierte Beratung, die gute Betreuung und die hilfreichen Anregungen zu danken.

Allen Mitgliedern des Senckenbergischen Institutes gilt mein Dank für eine freundliche Atmosphäre, insbesondere den Bibliothekarinnen für die Hilfsbereitschaft bei meinen Fragen zur Literaturrecherche.

Bei Frau Susanne Raphael bedanke ich mich für die informative Einführung in die medizinethische Literaturrecherche an der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen. Herrn Prof. Dr. Gerd Richter und Herrn Prof. Dr. Marcus Düwell gilt großer Dank für ein inspirierendes Doktorandenkolloquium der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. auf der Wolfsburg in Mülheim / Ruhr.

Des Weiteren schulde ich Frau Annette Hanowski (geb. Blechschmidt), Assessorin der Landesärztekammer Hessen, großen Dank für die freundliche juristische Beratung. Auch den juristischen Assessoren und Justiziarern der Landesärztekammern bin ich für ihre ausnahmslose Teilnahme an meiner Umfrage zu Dank verpflichtet.

Schließlich möchte ich meinen lieben Eltern Karin und Herbert Hack und meiner Schwester Alisa Hack herzlich danken, die mich Zeit meines Lebens mit vollem Einsatz und all ihren Kräften unterstützen und mit viel Interesse und Ermunterung an meiner Arbeit teilgenommen haben. Tiefen Dank auch meinem langjährigen Lebenspartner und Ehemann Marko Katzenberger, dessen Liebe und Kraft diese Arbeit vorangetrieben haben. Auch meiner Seelenschwester Sandra Reuter vielen Dank für ihren Beistand. Nicht zuletzt gilt großer Dank auch meinen Großmüttern, Anneliese Göbel, die mir stets ein Vorbild ist, und Inge Hack, deren Sterben ich während dieser Arbeit begleiten durfte. Neben dem schmerzhaften Abschied bedeutet diese Erfahrung eine große Bereicherung.

## Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name, Vorname	Katzenberger, Verena
Geburtsname	Hack
Geburtsdatum	28.12.1979

### Ausbildung

1986-1990	Kerschensteiner-Grundschule, Schweinfurt
1990-1999	Celtis-Gymnasium, Schweinfurt
26.05.1999	Abitur
1999-2002	Studium der Theater-, Film- und Medienwissenschaft und Germanistik, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
2002-2009	Studium der Humanmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
09.09.2004	Ärztliche Vorprüfung
März 2005	Famulatur Innere Medizin, Kardiologie, Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt am Main
August 2005	Famulatur Gynäkologie und Geburtshilfe, Marienkrankenhaus, Frankfurt am Main
September 2005	Famulatur in der Medizinischen Notaufnahme, Universitätsklinik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Juli 2006	Praktikum beim Rettungsdienst ASB Frankfurt am Main / Höchst
September 2006	Famulatur in der Psychiatrischen Institutsambulanz, Universitätsklinik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Februar 2007	Famulatur Neurologie, Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt am Main
2007-2008	Praktisches Jahr, Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt am Main (Anästhesie-, Intensiv- und Notfallmedizin, Chirurgie, Innere Medizin)
16.06.2009	Ärztliche Prüfung
04.08.2009	Approbation
seit September 2009	Assistenzärztin, Innere Medizin, Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt am Main

Frankfurt am Main, 30.08.2010

Ort, Datum



---

Verena Katzenberger (geb. Hack)

## **Schriftliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

**Ärztlich assistierter Suizid im terminalen Erkrankungsstadium.  
Bestandsaufnahme der Debatte in Deutschland  
und Abwägung medizinethischer Argumente**

im Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin unter Betreuung und Anleitung von Herrn Prof. Dr. med. H. Siefert mit Unterstützung durch Frau Dr. med. G. Bockenheimer-Lucius ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht. Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

Frankfurt am Main, 30.08.2010

Ort, Datum



---

Verena Katzenberger (geb. Hack)