

Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz zur rechtlichen Regelung der Suizidbeihilfe

von Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg i. Br.

1) Wie ist die Suizidbeihilfe ethisch zu beurteilen?

In der gegenwärtigen Debatte wird der Suizid häufig durch den Hinweis auf die Privatheit fundamentaler Wertüberzeugungen und die Freiheit des Individuums zur eigenverantwortlichen Lebensführung gerechtfertigt, die auch die Befugnis zur freiwilligen Beendigung des eigenen Lebens beinhaltet. Der Respekt vor der Freiheit autonomer Lebensgestaltung ist der Grund dafür, dass unsere Rechtsordnung, obwohl sie auf dem objektiven Wertmaßstab der Achtung vor dem Leben jedes einzelnen Bürgers gegründet ist, den Suizid und die in tragischen Einzelfällen geleistete Suizidbeihilfe durch Verwandte oder Freunde sanktionslos hinnimmt. Sobald aber Suizidbeihilfe von Dritten in organisierter oder professioneller Form angeboten wird, tritt diese aus der Sphäre des Privaten in den öffentlich-gesellschaftlichen Raum und kollidiert mit dem Auftrag der Rechtsordnung, das Leben aller Bürgerinnen und Bürger, insbesondere der Schwachen und Hilfsbedürftigen, zu schützen. Deshalb muss der Rechtsstaat geschäftsmäßigen, auf Wiederholung angelegten Angeboten der Suizidbeihilfe entschlossen entgegenzutreten.

Da der an der Suizidhandlung mitwirkende Arzt die Intention des Suizidwilligen teilt und in die Vorbereitung der Suizidhandlung kausal so einbezogen ist, dass dieser sie ohne die Mitwirkung des Arztes überhaupt nicht vollziehen könnte, handelt es sich aufseiten des Arztes um eine *formelle* Mitwirkung, die moralisch dem Handeln des Hauptakteurs gleichzustellen ist. Wenn man daher der Auffassung anhängt, dass der Suizid selbst moralisch zu billigen ist, wird man dieses Urteil auch auf die Suizidbeihilfe übertragen.¹ Sieht man in der Selbsttötung dagegen bei allem menschlichen Respekt, den man dem Suizidenten in seiner schwierigen Lage entgegenbringen muss, einen unzulässigen Versuch, ein definitives Urteil über den Wert oder Unwert des eigenen Lebens zu sprechen, so wird man auch die ärztliche Suizidbeihilfe

¹ Es genügt nicht, dass der Beihilfe leistende Arzt den Entschluss des Suizidwilligen für wohlwogen und ohne äußeren Druck zustande gekommen hält; er muss sich auch selbst ein Urteil darüber bilden, ob die Suizidhandlung ethisch gerechtfertigt ist oder nicht. Vgl. S. Ernst/Th. Brandecker, Beihilfe zum Suizid. Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht, in: ZfmE 55 (2009) 271-288, bes. 276.

nicht als wünschenswerte, moralisch gerechtfertigte Option ansehen. In diesem Fall ist die ärztliche Suizidbeihilfe wegen der gleichgerichteten Intention von Arzt und suizidwilligem Patienten und wegen der kausalen Beteiligung des Arztes an der Suizidhandlung in ethischer Hinsicht nicht zu rechtfertigen. Der Umstand, dass die Tatherrschaft bis zum Schluss beim Suizidenten verbleibt, kann zwar für den Arzt entlastend wirken; doch ist er eigenverantwortlich tätig in die Vorbereitung des Suizids einbezogen.²

Wenn die Suizidbeihilfe Aufnahme in das Spektrum ärztlicher Tätigkeiten in der Sterbephase findet, kann es im Interaktionsprozess zwischen Arzt und Patienten zu einer wechselseitigen Entlastung kommen, durch die beide der Verantwortungsübernahme für das Geschehen aus dem Weg gehen: Der Arzt sieht sich durch den Sterbewunsch des Patienten zu seiner Mitwirkung legitimiert; nach den Regeln der Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) muss er den sogenannten eigenverantwortlichen Suizid des Patienten selbst nicht für gerechtfertigt halten, sondern sich nur der uneingeschränkten Urteilsfähigkeit des Patienten vergewissern und die Feststellung treffen, dass dessen Sterbewunsch und seine Bitte um Suizidassistenz einem wohlwogenen Urteil entspringen.³ Der Patient umgekehrt sieht sich durch die Bereitschaft des Arztes zur Mitwirkung an seinem Suizidwunsch moralisch und psychologisch entlastet; er überträgt die hohe gesellschaftliche Stellung des Arztes und das allgemeine Vertrauen in die Begründetheit und Rechtmäßigkeit seines Handelns auf die Mitwirkung an der eigenen Suizidhandlung, wodurch die Schwelle zur Inanspruchnahme dieser Option weiter sinkt.

Die ethische Bewertung der ärztlichen Suizidbeihilfe hängt davon ab, welchen Stellenwert man dem Auftrag zur Lebenserhaltung und der *Maxime in dubio pro vita* innerhalb des ärztlichen Ethos einräumt. Sieht man in dem Respekt vor der Patientenautonomie die oberste und alleinige Richtschnur ärztlichen Handelns, erscheint die Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten unter der Bedingung konsequent, dass Zweifel an der autonomen Willensbestimmung des Patienten sicher ausgeschlossen werden können. Dies ist in der konkreten Situation des Sterbens, die häufig von Angst, Depressivität und Hoffnungslosigkeit bestimmt ist, jedoch nur äußerst selten der Fall. Tatsächlich erweisen sich Sterbewünsche selbst bei Schwerstkranken häufig als ambivalent, labil und flüchtig, so dass es einer unrealistischen Rechtsfiktion gleichkommt, sie als Ausdruck wohlwogener Selbstbestimmung anzusehen. Stellt der

² Zur ethischen Bewertung vgl. die differenzierten Erwägungen von *S. Ernst/Th. Brandecker*, Beihilfe zum Suizid. Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht, in: *ZfME* 55 (2009) 271-288, hier: 281ff.

³ Vgl. SAMW, Stellungnahme „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ (2004), 6.

Auftrag der Lebenserhaltung dagegen ein eigenständiges Ziel ärztlichen Handelns dar, so ist leicht erkennbar, warum es der ärztlichen Tätigkeit widerspricht, unheilbar kranken Patienten oder Sterbenden bei der Durchführung eines Suizids Hilfe zu leisten: Ärzte üben ihren Beruf aus, um Krankheiten zu heilen, zu Vor- und Nachsorge in gesundheitlichen Krisen anzuleiten und ihre Patienten zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise anzuleiten.

Ebenfalls ist es Aufgabe des Arztes, schwere körperliche und psychische Leidenszustände mit allen Mitteln zu bekämpfen, die ihm das ärztliche Ethos erlaubt; dazu hat er vor allem die Möglichkeiten einer wirksamen Leidminderung durch palliativmedizinische Maßnahmen auszuschöpfen.⁴ In extremen Ausnahmefällen, in denen eine für den Patienten, seine Angehörigen und das medizinische Pflegepersonal schlechthin unzumutbare Situation auch durch verbesserte palliativmedizinische Versorgung nicht behoben werden kann, kommt unter Umständen auch eine vorübergehende oder terminale Sedierung des Patienten in Betracht. Die Bereitstellung von Mitteln, die den Suizid ermöglichen oder die direkte Beteiligung an derartigen Handlungen sind dagegen mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar. Im ärztlichen Ethos oder in standesrechtlichen Vorschriften verankerte Regelungen zur ärztlichen Suizidbeihilfe würden dem irrtümlichen Eindruck Vorschub leisten, es handle sich dabei um Tätigkeiten, die zum Auftrag des Arztes gehören, dem Wohl des Patienten zu dienen, so dass er sich ihnen allenfalls durch die Berufung auf einen entgegenstehenden persönlichen Gewissenszwang entziehen könnte.

Das Nein zu einer gesetzlichen oder berufsrechtlichen Freigabe des ärztlichen Suizids bedeutet keineswegs, dass Schwerstkranke und Sterbende alleingelassen würden oder dass sie in menschenunwürdiger Weise Opfer medizinischer Maßnahmen würden, die nur ein qualvolles Leiden verlängern. Es ist in der ärztlichen Ethik seit langem unbestritten, dass eine medizinische Maßnahme, die nicht mehr dem Wohl des Patienten dient, jederzeit abgebrochen werden *darf* und – sofern dies dem Willen des Patienten entspricht – sogar abgebrochen werden *muss*. Eine medizinische Maßnahme ist nur dann indiziert, wenn sie zugleich erforderlich, verhältnismäßig und angemessen ist; überwiegt die Belastung für den Patienten den erwartbaren Nutzen, gibt es keine moralische oder rechtliche Verpflichtung mehr, diese Behandlung fortzusetzen. Das Therapieziel wandelt sich dann vom kurativen zum palliativen Auftrag des Arztes. Deshalb ist das Nein gegenüber jeder Form der

⁴ Vgl. M. Zimmermann-Acklin, Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid, in: ZfME 55 (2009) 221-233, bes. 230, und G.D. Borasio, Der assistierte Suizid aus palliativmedizinischer Sicht, a.a.O., 235-242.

geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe durch Organisationen oder Ärzte nur die Rückseite eines umfassenden Ja, das den Anspruch Sterbender auf palliativmedizinische Versorgung unterstreicht. Daher ist es zu begrüßen, dass sich der Deutsche Bundestag mit großer Mehrheit für einen weiteren Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsangebote ausgesprochen hat, die den bereits jetzt bestehenden rechtlichen Anspruch jedes Patienten auf ausreichende Versorgung einlösen soll.

2) *Fördert die Suizidbeihilfe die Autonomie Schwerstkranker und Sterbender?*

An dieser Stelle steht die geforderte Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe vor demselben Widerspruch, der sich auch in ähnlicher Weise bei der Tötung auf Verlangen zeigt: Ihre Befürworter betonen, dass es beim ärztlich assistierten Suizid „um eine *ultima ratio* geht, die nicht empfohlen, sondern nur enttabuisiert und einer Gewissensentscheidung von Patienten und ihren Ärzten anheimgestellt würde“ (*Bettina Schöne-Seifert*)⁵. Wenn die ärztliche Suizidhilfe im öffentlichen Bewusstsein anerkannt wird und Aufnahme in das Spektrum ärztlicher Tätigkeiten findet, ist jedoch nicht mehr ersichtlich, warum Ärzte und Patienten den gemeinsam geplanten Suizid nur als allerletzten Ausweg ansehen sollten. Der US-amerikanische Bioethiker *Daniel Callahan*, Mitbegründer und ehemaliger Präsident des Hastings-Center, gibt zu bedenken: „Wenn diese Möglichkeit als so menschlich geschildert wird, wird sie zu einer legitimen medizinischen Option. Menschen mit einer aussichtslosen Diagnose sehen sich dann einer Situation ausgesetzt, in der ihr Arzt darin nicht nur eine Möglichkeit, sondern sogar die naheliegendste, sensibelste und menschlichste Option sieht.“⁶

Der entscheidende moralische und rechtliche Einwand gegenüber dem Versuch, die Forderung nach einer rechtlichen Duldung der Suizidbeihilfe durch Vereine oder einzelne Ärzte durch die Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht zu legitimieren, lautet daher: Wenn die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe zu einer sozial akzeptierten, von Ärzten oder anerkannten Organisationen unterstützten Option am Lebensende wird, stärkt das nicht die Selbstbestimmung Schwerstkranker und Sterbender. Sie sehen sich vielmehr dem Druck vonseiten ihrer Umgebung ausgesetzt, der für alle Seiten angeblich untragbar erscheinenden Belastung durch ihren Sterbewunsch und ihre Bitte um Suizidbeihilfe ein Ende zu setzen. Der

⁵ *Bettina Schöne-Seifert*, ..., 118.

⁶ Zit. bei *J.F. Keenan*, Fallstudien, Rhetorik und die amerikanische Debatte über die ärztliche Suizidbeihilfe, in: *A. Holderegger* (Hg.), *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer juristischer und theologischer Sicht*, Freiburg i. Ue. 1999, 157-174, hier: 170.

Zwang, ein Weiterleben unter den gegebenen Bedingungen vor sich selbst, vor den Angehörigen, vor den Pflegekräften und vor der Versicherungsgemeinschaft rechtfertigen zu müssen, stellt das Gegenteil von Selbstbestimmung, nämlich ihre Schwächung und Einschränkung, dar. Bedenkt man zudem, welche Rolle innere Unruhe und Angst – vor Schmerzen, vor einer belastenden Pflegesituation, vor einer Verschlimmerung der Symptome, vor der Einsamkeit im Sterben – beim Entstehen von Sterbewünschen spielen, kann diese Einschränkung der Selbstbestimmung bis hin zu ihrer vollständigen Aufhebung gehen. Wenn Sterbende Gefühle der Angst und der existenziellen Verunsicherung äußern, stellt die Bereitschaft von Ärzten und Pflegekräften, derartige Wünsche durch die Gabe todbringender Medikamente zu verwirklichen, die falsche Reaktion dar. Der Angst, in eine unwürdige Pflegesituation zu gelangen, kann auf menschenwürdige Weise nur durch die Zusage bedingungsloser und uneingeschränkter Hilfe begegnet werden, die alle Möglichkeiten palliativmedizinischer Versorgung und mitmenschlicher Nähe ausschöpft.

3) *Gibt es keine empirischen Belege für die Befürchtung eines zunehmenden Drucks auf Schwerstkranke und Sterbende?*

Der Argumentation, die gesellschaftliche und rechtliche Akzeptanz der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe erhöhe den Druck auf Schwerstkranke und Sterbende und führe daher zu einer Schwächung ihrer Selbstbestimmung, wird oft entgegengehalten, für eine derartige Annahme gäbe es keine empirische Evidenz. Die Beispiele von Ländern, in denen es tatsächlich zu einer Billigung der Suizidbeihilfe gekommen sei – verwiesen wird in der Regel auf den US-Bundesstaat Oregon, auf die Benelux-Staaten und auf die Schweiz – belegten im Gegenteil, dass die Zahl der begleiteten Selbsttötungen durch das Angebot ärztlicher Hilfe nicht zugenommen habe. Zunächst fällt der selektive Gebrauch des Einwandes mangelnder empirischer Evidenz auf. Denn die umgekehrte Behauptung, gerade das verlässliche Angebot der Suizidassistenz führe dazu, dass im Ergebnis weniger Menschen tatsächlich um sie bitten, ermangelt ebenfalls der empirischen Evidenz, ohne dass ihrem Nicht-Vorhandensein in diesem Fall entscheidende Bedeutung zuerkannt wird.

Wichtiger als die willkürliche Verwendung des Empirie-Arguments ist aber, dass die behauptete Eindeutigkeit des Zahlenmaterials auch auf der empirischen Ebene nicht stimmt. Das *National Violent Death Reporting System* (NVDRS) des US-Bundesstaates Oregon, das seit 1981 eine jährliche Statistik der Selbsttötungsfälle herausgibt, verzeichnet in seinem

Report aus dem Jahr 2013: „Suicide ist one of Oregon’s most persistent yet largely preventable public health problem.“⁷ Im Jahr 2010 war die nach Altersgruppen berücksichtigte Suizidrate unter der Bevölkerung Oregons um 41% höher als im nationalen Durchschnitt der USA. Ferner hält der Bericht fest: „The rate of suicide among Oregonians has been increasing since 2000.“⁸ Allerdings ist die ohnehin überdurchschnittlich hohe allgemeine Suizidrate für die Frage nach den ärztlich unterstützten Suizidhandlungen allenfalls von indirekter Bedeutung, da sie auf ein gesellschaftliches Umfeld verweist, in dem Suizidhandlungen stärkere Verbreitung und Akzeptanz als anderswo finden. Tatsächlich werden seit der Verabschiedung des *Death with Dignity Act* Todesfälle, die im Kontext ärztlicher Suizidbegleitung stehen, in Oregon rechtlich nicht mehr als Suizide gezählt. Diese Gruppe der *physician-assisted suicides* muss folglich für sich betrachtet werden. Dabei zeigt sich: Auch hier liegt die Rate deutlich höher als im nationalen Trend; auch hier kam es seit 2000 zu einem Anstieg um 30%.⁹ Berücksichtigt man die geringe Bevölkerungszahl des Bundesstaates Oregon, so mag der relative Anstieg in absoluten Zahlen ausgedrückt unbedeutend erscheinen. Doch stieg die Zahl der Toten aufgrund ärztlicher Suizidassistenz immerhin von 16 im Jahr 1998 auf 37 im Jahr 2004 und auf 105 im Jahr 2014. Das entspricht in der Todesursachenstatistik einer Steigerung um fast das Siebenfache und in absoluten Zahlen einem Wert von 31 Suizidtoten aufgrund ärztlicher Beteiligung auf 10.000 Tote. Bezogen auf die Zahl der Sterbefälle in der BRD entspräche dies einem Anstieg von 1070 auf 2770 Menschen pro Jahr seit dem Jahr 2004, die durch ärztlich assistierte Selbsttötung gestorben wären.

Die verfügbaren Zahlen aus den Niederlanden und Belgien belegen ebenfalls eine starke Zunahme der gemeldeten Todesfälle aufgrund aktiver Lebensbeendigung durch den Arzt oder ärztlicher Suizidbeihilfe. In Belgien stieg die Zahl der gemeldeten Fälle nach Einführung des Gesetzes im Jahr 2002 stetig an, wobei die Zunahme in den Jahren zwischen 2003 und 2008 besonders stark war. Der Anteil der gemeldeten Todesfälle mit aktiver Sterbehilfe lag in Belgien im Jahr 2009 bei 7,9 von 1.000 Todesfällen. Das sind in absoluten Zahlen 800. Allerdings sind diese Zahlen nur begrenzt aussagekräftig, da die gesetzliche Definition der aktiven Sterbehilfe in Belgien sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die ärztliche Suizidbeihilfe umfasst, wobei die einvernehmliche Tötung durch den Arzt weitaus öfter als die Lebensbeendigung durch Suizid gewünscht werden.

⁷ Vgl. Executive Summary 1.

⁸ A.a.O.

⁹ Vgl. a.a.O., 6.

Am ehesten mit der Situation der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar dürfte die Lage in der Schweiz sein, einem Land also, das eine vergleichbare Gesellschaftsstruktur mit pluralistischer Werteorientierung aufweist. Zudem gleichen die gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen, die am Verbot der Tötung auf Verlangen festhalten, aber die Suizidbeihilfe durch Organisationen wie *Exit* und *Dignitas* oder einzelne Ärzte tolerieren, weitgehend den entsprechenden Vorschlägen, die für die Bundesrepublik Deutschland im Raum stehen. Auch in der Schweiz zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Todesfälle nach ärztlicher Suizidbegleitung bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (also ohne die Fälle von Suizid- oder Sterbehilfetourismus aus anderen Ländern). Im Jahr 2009 nahmen sich 297 Schweizer mit Unterstützung durch eine Sterbehilfeorganisation das Leben; im Jahr 2013 verzeichnet die Todesursachenstatistik bereits 508 Fälle von Suizidassistenz, was einer Steigerung von 60% und einem Anteil von 0,73% aller Sterbefälle entspricht. Rechnet man diese Zahlen auf die deutschen Verhältnisse hoch (bei 860.000 Sterbefällen im Jahr 2014), so ergäbe sich ein Wert von 6.500 Suizidtoten in Deutschland, mehr als doppelt so viele, wie durch Verkehrsunfälle ums Leben kommen.

Die Befürchtung, die Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe könnte auch in Deutschland den Druck auf Schwerstkranke und Sterbende erhöhen, kann sich diesen Angaben zufolge durchaus auf belastbares Zahlenmaterial stützen. In eine ähnliche Richtung verweisen auch die Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage des sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD, die am 12. Mai 2015 unter dem Titel „Sterben? Sorgen im Angesicht des Todes“ publiziert wurde. Nach den Ergebnissen dieser Studie stimmen 62,7% der Befragten der Aussage zu, dass sich mehr Menschen für einen „vorzeitigen“ Tod entscheiden würden, wenn Ärzte Suizidbeihilfe leisten dürften. 60,8% sind der Auffassung, die Menschen würden dann vermehrt um todbringende Medikamente bitten, weil sie sich als Belastung für ihre Familie oder die Gesellschaft fühlen. 42,3% befürchten, dass die Bemühungen um einen Ausbau von Hospizen und Palliativmedizin nachlassen würden und 36,1% meinen, es würde ein gesellschaftlicher Druck entstehen, sich für den selbst herbeigeführten Tod zu entscheiden.

4) *Welche Signalfunktion für das gesellschaftliche Bewusstsein haben rechtliche Regelungen der Suizidbeihilfe?*

Ein öffentliches Angebot organisierter Suizidhilfe würde Handlungen, die auf die Auslöschung der eigenen Existenz gerichtet sind, den Anschein von Normalität und allgemeiner Akzeptanz verleihen. Um dies zu vermeiden, kann eine Rechtsordnung, die auf die Hochschätzung vor dem Leben jedes einzelnen ihrer Bürger gegründet ist, die Beihilfe zur Selbsttötung nur als individuelle Gewissensentscheidung eines dem Suizidwilligen nahestehenden Menschen, nicht aber als unterstützendes Angebot von Sterbehilfe-Vereinen tolerieren. Jede darüber hinausgehende Bereitstellung, Erleichterung und Förderung von Möglichkeiten der Suizidbeihilfe würde das fatale Signal an Schwerkranke und Sterbende aussenden, die Gesellschaft lege ihnen ein freiwilliges, lautloses Abschiednehmen aus der Mitte der Lebenden nahe, bevor sie diesen zur Last zu fallen drohen. Selbst die an einen Arztvorbehalt gebundene Legitimation der Suizidhilfe kann diesem Dilemma nicht enttrinnen. Wenn Ärzte in den Augen ihrer Patienten und unter deren Angehörigen als Anlaufstellen für den Wunsch nach assistiertem Suizid und als „Experten für den freiwilligen Tod“ gelten, würden sowohl die Suizidhandlung selbst wie die ermöglichende Beihilfe zu ihr durch das moralische Gütesiegel einer achtenswerten, gesellschaftlich geschätzten und verlässlich erwartbaren professionellen Tätigkeit geadelt. Dieses fatale Signal gegenüber den Sterbenden und der Gesellschaft sollte ein demokratischer Rechtsstaat, der auf die Achtung des Lebens aller seiner Bürgerinnen und Bürger gegründet ist, nicht geben.

Manche fragen: Wieso kann eine Handlung, deren individuelle Ausübung durch einen Einzelnen straffrei bleibt, dadurch strafbar werden, dass sie von mehreren gemeinschaftlich und in einer auf Wiederholung angelegten Weise ausgeführt wird? Die Antwort darauf lautet: Weil der Signalcharakter, der von dem Angebot organisierter Suizidbeihilfe oder ihrer regelmäßigen Ausführung durch Ärzte ausginge, unvergleichlich höher als im Falle der rechtlichen Duldung einer vereinzelt Suizidbeihilfe durch Private wäre. Wenn es in jeder größeren Stadt in Deutschland neben Angeboten zur Familienberatung, zur Eheberatung, zur Entschuldungsberatung und zur Schwangerenkonfliktberatung auch Angebote für Suizidwillige gäbe, müsste dies in der Bevölkerung den Eindruck erwecken, die Inanspruchnahme derartiger Angebote sei sozial erwünscht, zumindest aber als undiskriminierte Möglichkeit geachtet. Jedenfalls wäre die gesellschaftliche Sogwirkung eines öffentlichen Angebotes zur Suizidassistenz und der erklärten Bereitschaft von Ärzten, sie ihren Patienten auf deren Bitte hin als medizinische Dienstleistung zu gewähren, erheblich höher, als der Verzicht auf eine strafrechtliche Verfolgung in den oftmals tragischen

Einzelfällen, in denen unter der bestehenden gesetzlichen Regelung Suizidbeihilfe geleistet wird.

5) *Dürfen die Landesärztekammern die ärztliche Suizidbeihilfe durch standesrechtliche Regelungen verbieten?*

Ein weiterer Einwand bestreitet den ärztlichen Standesvertretungen das Recht, für ihre Mitglieder bindende berufsrechtliche Regeln im Problemfeld der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung aufzustellen, die neben der Verpflichtung zur palliativmedizinischen Versorgung ihrer Patienten auch ein Verbot der Suizidbeihilfe und der Tötung auf Verlangen vorsehen. Dadurch greife eine ärztliche Standesorganisation in unbefugter Weise in den moralischen Bereich der Gewissensfreiheit des einzelnen Arztes und in den rechtlichen Bereich seiner Berufsfreiheit ein. Diese Behauptung unterstellt, es gäbe im Bereich der ärztlichen Sterbebegleitung keine das Selbstverständnis der ärztlichen Profession repräsentierenden Regeln von objektiv-öffentlichem Anspruch, sondern nur subjektiv-private Überzeugungen des einzelnen Arztes. Dies ist jedoch bei der Tätigkeit von Ärzten ebenso wenig der Fall wie bei derjenigen anderer Berufsgruppen, etwa im pädagogischen oder wissenschaftlichen Bereich.

Eine in den Bildungsinstitutionen der Gesellschaft tätige Lehrperson mag persönlich bestimmte Erziehungsmethoden für angemessen oder bestimmte Bildungsinhalte für erforderlich halten. Doch ist sie in der Ausübung ihres pädagogischen Berufes gehalten, die dafür festgelegten methodischen und inhaltlichen Standards zu beachten. Darin liegt keine Einschränkung ihrer Gewissensfreiheit; vielmehr nimmt die staatliche Aufsichtsbehörde ihren Regulierungsauftrag zum Schutz derer wahr, die als Kinder, als Jugendliche oder als Studierende Bildungseinrichtungen besuchen. Nicht anders verhält es sich im Bereich der Wissenschaftsgemeinschaft. Ein einzelner Wissenschaftler, der für sich ein anarchisches oder konstruktivistisches Wissenschaftsverständnis bejaht, ist dennoch gehalten, sich an die Regeln guter wissenschaftlicher Praxis zu halten. Auch wenn sein persönliches Ethos ihm Plagiate nicht verbieten sollte, muss er sie dennoch unterlassen; ansonsten würde die *scientific community* sein Verhalten an den objektiven Standards guter wissenschaftlicher Praxis messen und als wissenschaftliches Fehlverhalten qualifizieren. Auch dabei ginge es nicht um eine Einschränkung seiner privaten Gedankenfreiheit oder seines Rechtes auf freie Meinungsäußerung, sondern um objektiv-öffentliche Normen des Wissenschaftsbetriebs, die

alle Mitglieder der Wissenschaftsgemeinschaft zu wechselseitiger Anerkennung und Einhaltung verpflichten.

Auf ähnliche Weise stellt auch die ärztliche Tätigkeit keine rein privat-individuelle Berufsausübung dar, für die es zumindest in Grenzfällen keine allgemeingültigen Standards geben dürfe. Wenn eine nennenswerte Zahl von Ärzten entgegen den Normen des professionellen Ethos in regelmäßiger und von den Patienten verlässlich erwartbarer Weise Suizidbeihilfe praktizieren würden, hätte dies Konsequenzen für alle Ärzte. Sie sähen sich dann entsprechender Erwartungen vonseiten ihrer Patienten ausgesetzt, die sie nur schwer enttäuschen könnten; die Berufung auf ihre eigene Gewissensfreiheit würde sie dem Verdacht aussetzen, sie seien nicht bereit, ihren Patienten eine allgemein gebilligte und von vielen problemlos gewährte Form der Unterstützung anzubieten. Das würde die Verlässlichkeit und die beiderseitige Erwartungsstabilität im Interaktionsgefüge von Arzt und Patient auch dann verändern, wenn die von den Standards des professionellen Ethos abweichenden Ärzte dies nicht intendieren. Daher überschreiten die jeweiligen Landesärztekammern ihre Befugnis nicht, wenn sie auch für den Bereich der palliativmedizinischen Versorgung und der Sterbebegleitung Kriterien aufstellen, die der Öffentlichkeit gegenüber sichtbar machen, welche Art von Tätigkeiten mit dem ärztlichen Ethos übereinstimmen und welche Wünsche ihrer Patienten Ärzte nicht erfüllen können, ohne gegen dieses für die gesamte Berufsgruppe verbindliche Ethos zu verstoßen.

6) *Geraten Ärzte durch das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe in den Dunstkreis der Kriminalität?*

Die Befürchtung, bei einem Verbot der geschäftsmäßigen, auf Wiederholung angelegten Suizidbeihilfe könne ein Arzt durch die palliativmedizinische Versorgung eines Patienten sich unbemerkt dem Risiko der Strafbarkeit aussetzen und in den Dunstkreis der Kriminalität geraten, ist unbegründet. Beide Handlungskonstellationen – die Schmerzbekämpfung und Symptomkontrolle auf der einen und die Suizidbeihilfe durch den Arzt auf der anderen Seite – sind voneinander eindeutig abzugrenzen, so dass die Gefahr eines gleitenden Übergangs ausgeschlossen ist. Das Ziel der palliativmedizinischen Behandlung ist es, unerträgliche Schmerzzustände, Atemnot, Beklemmung sowie innere Unruhe und Angst zu bekämpfen und auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Das intendierte Ziel der Suizidbeihilfe ist es dagegen, den Suizid des Patienten zu ermöglichen, den dieser selbst ausführen soll. Während der Arzt,

der einen Patienten sterben lässt und den Sterbeprozess zu lindern versucht, den Tod weder will noch herbeiführt, sind im Fall der Suizidbeihilfe sowohl die Intention des Arztes wie auch seine kausale Beteiligung an der Ausführung des Suizids von der Art, dass der Tod gewollt wird und herbeigeführt werden soll.

Ein unbemerktes Hinübergleiten von der einen Fallkonstellation zur anderen wäre eher beim Sterbenlassen und bei der Tötung auf Verlangen denkbar, deren Strafbarkeit jedoch von keinem der vorliegenden Entwürfe aufgehoben werden soll. Der Fall, dass aufgrund der Dosierung der Schmerzmedikamente, die dem Arzt erforderlich erscheint, um das Ziel der Schmerzfremheit zu erreichen, möglicherweise der Tod früher eintritt, ist dank der Fortschritte der Palliativmedizin äußerst selten; wahrscheinlicher tritt aufgrund der allgemeinen Beruhigung des Organismus durch die Schmerztherapie der entgegengesetzte Effekt einer Verlängerung des Sterbeprozesses ein. Selbst wenn jedoch der Tod entgegen der Absicht des Arztes zu einem früheren Zeitpunkt eintreten sollte, dürfte er dieses Risiko in Kauf nehmen ohne dass zu irgendeinem Zeitpunkt die Gefahr der Strafbarkeit bestünde. Diese Bewertung der früher als indirekte Sterbehilfe bezeichneten Konstellation stimmt mit den gängigen medizinethischen Überzeugungen überein. Die katholische Moraltheologie beruft sich zur hypothetischen Rechtfertigung einer indirekten Tötung durch eine palliativmedizinische Maßnahme auf das Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung, das es erlaubt, das Risiko einer ungewollten Nebenwirkung um eines höheren Gutes (in diesem Fall der Schmerzfremheit und der Symptomlinderung) willen in Kauf zu nehmen.