

## Gesetzliche Regelungen im Blick auf Assistenz beim Suizid

### **Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages, am 23. September 2015**

Priv. - Doz. Dr. med. habil. Stephan Sahm

#### **Einführung:**

Für eine gesetzliche Regelung im Blick auf Assistenz bei der Selbsttötung wurden vier unterschiedliche Entwürfe vorgelegt. Zur Frage der Angemessenheit der Regelungsentwürfe ist sachverständlich Stellung zu nehmen. Dazu ist es notwendig, die medizinische Praxis und Grundsätze der Ethik in der Medizin in den Blick wie auch empirische Befunde aus den Ländern zur Kenntnis zu nehmen, in denen Assistenz bei Selbsttötung gesellschaftlich und in gesetzlichen Regelungen akzeptiert angeboten wird.

#### **I. Begriffliche Klarstellung**

In der dem Gesetzgebungsverfahren vorangehenden und begleitenden öffentlichen Debatte werden unterschiedliche Begriffe zur Bezeichnung medizinischer Handlungen am Lebensende verwendet. Ungeachtet der ethischen Bewertung von Suizid und Assistenz beim Suizid empfiehlt es sich, zunächst Klarheit über die verwendeten Bezeichnungen herzustellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der Diskussion auf die Rolle der Ärzteschaft abgehoben wird.

In vielfältigen Stellungnahmen und Dokumenten werden die Begriffe „passive“ Sterbehilfe und „indirekte“ Sterbehilfe wiederholt gebraucht.<sup>1</sup> Diese Begriffe haben sich jedoch als völlig ungeeignet für die Beschreibung medizinischer Handlungen am Lebensende erwiesen. Internationale Fachgesellschaften, die Europäische Vereinigung der Palliativmediziner, auch die verfasste Ärzteschaft in Deutschland, der Deutsche Ethikrat und eine Vielzahl professioneller Organisationen und Vereinigungen haben seit mehr als zwei Jahrzehnten

---

<sup>1</sup> So etwa eine Stellungnahme von Strafrechtlern zum Thema. S. [https://www.jura.uni-augsburg.de/lehrende/professoren/rosenau/download/Resolution\\_zur\\_Sterbehilfe\\_15\\_4.pdf](https://www.jura.uni-augsburg.de/lehrende/professoren/rosenau/download/Resolution_zur_Sterbehilfe_15_4.pdf) (zuletzt eingesehen 25.8.2015)

darauf aufmerksam gemacht, dass diese Begriffe nicht mehr verwendet werden sollten.<sup>2</sup> Sie treffen nicht was sie meinen und führen zu Missverständnissen. Im wegweisenden Dokument der deutschen Ärzteschaft zum Problemkreis wird eine Nomenklatur und Begrifflichkeit verwendet, die Handlungen sachgemäß wiedergibt und ihre normative Bedeutung angemessen widerspiegelt.<sup>3</sup>

Stellt sich im Verlauf einer Erkrankung heraus, dass die gegen die Krankheit gerichtete Behandlung wirkungslos oder mit unzumutbaren Belastungen verbunden ist, entfällt die Behandlungsverpflichtung, mithin die Indikation. Eine andersgelagerte, jedoch ebenso absolut zu beachtende Grenze tut sich auf, wenn Patienten eine Behandlung ablehnen. Dies gilt unabhängig davon, ob die empfohlene Behandlung medizinisch aussichtsreich ist. Sind der Erhalt des Lebens und die Lebensverlängerung aufgrund der hinfälligen Indikationen oder Ablehnung durch den Patienten keine Ziele mehr, dann tritt die Linderung von Beschwerden alleine in den Vordergrund. Das kommt im Begriff der Änderung des Therapiezieles zum Ausdruck. Dies bedeutet nicht, dass lindernde Therapien erst dann zum Einsatz kommen, vielmehr sind sie immer verpflichtend, wenn Symptome vorhanden sind. Die Grenze, die im Begriff „Änderung des Therapiezieles“ markiert wird, charakterisiert eine Behandlungssituation, in der die ausschließliche Linderung Inhalt aller pflegerischen und medizinischen Maßnahmen wird. Die Änderung des Therapiezieles kennzeichnet eine Grenzsituation der medizinischen Praxis. Sie ist jedoch im medizinischen Alltag sehr häufig und gehört zur Routine der ärztlichen Praxis.

Entgegen einer gelegentlich noch anzutreffenden Anschauung, gehören Entscheidungen über Begrenzungen spezifischer Therapiemaßnahmen zu den häufigen Entscheidungen in der Medizin. Eine Vielzahl von Untersuchungen aus mehreren europäischen Nationen zeigt, dass bei Sterbefällen im Krankenhaus und anderen Institutionen in einer überwältigenden Mehrzahl der Fälle (größer 80 %) eine Entscheidung über die Begrenzung einer Behandlungsmaßnahme getroffen worden ist.<sup>4</sup>

Es ist irreführend, die Therapiezieländerung, die Ausrichtung der Therapie hin zur alleinigen Linderung, als passive Sterbehilfe zu bezeichnen. Denn die Behandlungsteams bleiben aktiv.

---

<sup>2</sup> Für eine Übersicht s. Sahn S, Sterbebegleitung und Patientenverfügung, Frankfurt 2006.

<sup>3</sup> Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung, Dtsch Arztebl 1998; 95(39): A-2366. Bemerkenswert ist, dass der Publikation der Grundsätze eine lang anhaltende Diskussion unter Teilnahme breiter Gesellschaftschichten vorausging. Das Dokument wurde danach in Nebenaspekten modifiziert, doch in den Grundaussagen unverändert belassen. S. [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf)

<sup>4</sup> Hier nur exemplarisch Van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al. End-of-Life-decisionmaking in six European countries: a descriptive study. The Lancet 361, 345-50.

Der Akt der Entscheidung als auch die daraus folgenden Maßnahmen sind aktive Handlungen. Sie werden von den medizinisch Tätigen so erlebt. Die Formulierung „passive“ Sterbehilfe im Gegensatz zur verbotenen „aktiven“ Sterbehilfe suggeriert zudem, es gäbe eine Gleichsetzung von *aktiv* gleich verboten, *passiv* gleich erlaubt. Es entsteht ein Missverständnis in der Weise, dass die passive Sterbehilfe vermeintlich nicht von der Handlung der verbotenen aktiven Sterbehilfe abzugrenzen sei. Die von vielen Fachgesellschaften und auch der deutschen Ärzteschaft gebrauchten Begriffe vermeiden dieses unnötige Missverständnis. Das ist bedeutsam. Die in der medizinischen Praxis klare begriffliche Abgrenzung ist grundlegend für das ethisch integre Verhalten von Pflegenden und Ärzten.

Zu ähnlicher Verwirrung führt der Begriff der sogenannten indirekten Sterbehilfe. Er unterstellt, die Herbeiführung des Todes sei notwendiger Bestandteil der Palliativmedizin zur Erreichung der Schmerzfreiheit von Patienten. Diese Behauptung ist im Blick auf die medizinischen Tatsachen falsch und in ethischer Hinsicht irreführend. Kunstgerecht durchgeführte Schmerztherapie verlängert Leben, gefährdet es nicht.<sup>5</sup> Selbst die häufig als Grenzfall bezeichnete therapeutische Sedierung verkürzt die Lebensspanne nicht. Es verhält sich in der Mehrzahl der Fälle genau umgekehrt. Ein weiterer Aspekt ist zu beachten. Medizinische Maßnahmen, jedweder Art in Diagnostik und Therapie, gehen immer mit der Gefahr einher, unerwünschte Folgen nach sich zu ziehen, selbst den Tod zu verursachen. Doch dieses Risiko ist bei allgemein akzeptierten Routineeingriffen wie Operation der Gallenblase, Blinddarmoperationen, Verschreibung von Mitteln gegen Herz-Rhythmusstörungen etc. weitaus höher gelagert, als im Bereich der Palliativmedizin. Die palliativmedizinische Behandlung orientiert sich an Symptomen. Ihr Ziel ist die Linderung. Die Auswahl der Mittel orientiert sich an der Erreichung dieses Zieles. Es ist wie bei jeder medizinischen Maßnahme niemals auszuschließen, dass es zu einem vorzeitigen Tod kommt. Die Palliativmedizin unterscheidet sich in dieser Hinsicht nicht von anderen medizinischen Maßnahmen. Nur ist die Rate tödlicher Komplikationen weitaus geringer als in anderen Bereichen der Medizin.

Die Unterstellung, Schmerztherapie sei gezwungen, den Tod in Kauf zu nehmen und sei damit eine Handlung, die den Tod herbeizuführen beabsichtige, ist daher nicht haltbar. Es

---

<sup>5</sup> S. Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung  
[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL\\_Palliativmedizin\\_Langversion\\_1\\_1.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf)

gibt keinen Grund der Palliativmedizin die Intention zu unterstellen, sie wolle Leben beenden. Andernfalls führt es zur absurden Konsequenz, alles medizinische Handeln mit beabsichtigten Akten der Lebensbeendigung normativ gleichzustellen.

Es ist empirisch gesichertes medizinisches Wissen und entsprechende Praxis, dass kunstgerechte Schmerztherapie nicht zur Lebensverkürzung führt. Diese Erkenntnis basiert auf dem höchsten Evidenzgrad für medizinische Fachaussagen.<sup>6</sup>

Zwischenresümee: Medizinische Handlungen lassen sich begrifflich und ethisch eindeutig beschreiben. Eine Grauzone, die eine Unterscheidung zwischen Handlungen mit Tötungsabsicht und medizinisch indizierter Behandlung (und deren ggf. unerwünschten Folgen) zulässt, existiert nicht.

In den folgenden Ausführungen werden die Begriffe „assistierte“ Suizidhilfe und „Beihilfe“ zum Suizid synonym gebraucht. Die Abgrenzung der verbotenen Tötung auf Verlangen vom „assistierten“ Suizid und insbesondere „ärztlich assistiertem“ Suizid ist eindeutig und bedarf an dieser Stelle keiner erneuten Erläuterung.

## **II. Beurteilung des „assistierten“ Suizids aus ethischer Sicht**

In einer säkularen Gesellschaft entzieht sich eine Suizidhandlung der ethischen Bewertung. Aus der Sicht der Verfassung wird auch die Freiheit zum Tode ungeachtet der Bewertung in religiösen Bekenntnissen oder säkularen Ethiken geschützt. Dies gilt selbstredend nur für den freien, nicht durch psychologische Umstände oder krankheitsbedingt verursachten Bilanzsuizid. Diese Einschränkung weist auf einen besonderen Sachverhalt hin: Die Suizidhandlung entzieht sich einer ethischen Bewertung, doch folgt daraus nicht, dass der Suizid eine Handlung sei, die es zu befördern gilt. Die in Ableitung der Grundrechte geschützte Freiheit zum Suizid bedeutet Enthaltung des Urteils. Dafür gibt es eine Reihe guter Gründe. Es ist die Grundlage eines jeden Gemeinwesens, jeglicher staatlichen Gemeinschaft und auch der durch Menschenrechte verbundenen Menschheitsfamilie, dass die Existenz eines jeden Mitgliedes der Gemeinschaft seiner Nichtexistenz vorgezogen wird. Diese Regel gilt ausnahmslos. Denn Grundlage der Menschenrechte ist eine Präferenz für das Leben.

---

<sup>6</sup> Leitlinie [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL\\_Palliativmedizin\\_Langversion\\_1\\_1.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf)

Insbesondere gilt dies aus der Sicht der ärztlichen Ethik. Ärztliches Handeln unterliegt den Pflichten, Leiden zu lindern, Krankheiten zu verhindern oder wenn immer möglichst zu heilen und Leben zu erhalten. Daraus folgt nicht, dass die Medizin keine Grenzen kenne und Patienten eine Übertherapie fürchten müssten (s. unten). Doch widerspricht es ärztlicher Ethik – nach den Grundregeln des Zusammenlebens der sozialen Gemeinschaften (siehe oben) und aufgrund der besonderen ärztlichen Verpflichtungen gegenüber den anvertrauten Patienten -, den Tod der Patienten anzustreben. Diese Pflichten gelten gegenüber allen Patienten, ohne Ansehen der Person, gleich welcher Rasse oder Religion, unabhängig vom Versicherungsstatus und unabhängig von der Schwere der Erkrankung.

Diesen Pflichten und Handlungsmaximen widerspricht die auf Wiederholung ausgerichtete geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung, denn sie suggeriert als Angebot soziale Akzeptanz, wo allenfalls Enthaltung eines moralischen Urteils gerechtfertigt ist.

Die Beziehung von Patienten zu Ärztinnen und Ärzten ist durch eine besondere Asymmetrie gekennzeichnet. In der überwältigenden Mehrzahl folgen Patienten den Ratschlägen ihrer Ärzte. Krankheit schränkt Selbstbestimmung ein.<sup>7</sup> Diese Asymmetrie ist selbst eine Erklärung für das Bedürfnis, die Entscheidung zur Selbsttötung von ärztlicher Zustimmung abhängig zu machen. Sie würde dadurch gleichsam mit einer ärztlichen Indikation versehen, was ein Gutheißen bedeutet. Die mit der ärztlichen Autorität versehene Zustimmung zur Selbsttötung ist aber ein Faktor, der die Handlung unfrei macht. Ärzte müssten befinden, ob ein Zustand unerträglich und die Selbsttötung mithin einsichtig und verstehbar sei. Genau dies widerspricht dem ärztlichen Ethos. Es gibt keine Kriterien, die Ärzten diesen Entschluss als verstehbar zu kategorisieren erlaubte.

Zwischenresümee: Diese Überlegungen sind die Basis der wiederholten Rückweisung der Assistenz beim Suizid durch die Deutsche Ärzteschaft als unärztliches Verhalten.

### **III. Die Medizin und Achtung ihrer Grenzen bei terminal Erkrankten**

Die Assistenz zum Suizid wird im Blick auf zwei Situationen diskutiert: Einmal als ein Akt der Selbstbestimmung unabhängig von anderen Lebenszusammenhängen (Krankheit, etc.), dann im Blick auf terminale Erkrankungen und die Furcht vor unerträglichem Leid. Die obigen Ausführungen zur Bewertung der Suizidassistenz durch Ärzte sind daher vor dem

---

<sup>7</sup> Cassell E.J. (2005) Consent or obedience? Power and authority in medicine. New England Journal of Medicine 352: S. 328-330

Hintergrund zu einer Kultur der Medizin zu betrachten, die ihre eigenen Grenzen in den Blick nimmt und achtet. Wie erwähnt, gehören Entscheidungen zur Begrenzungen spezifischer Therapiemaßnahmen längst zur Routine ärztlichen Handelns, vornehmlich im Blick auf das Lebensende.

Medizinische Untersuchungen belegen zudem die Bedeutung kommunikativer Missverständnisse, die ggf. traumatische Erfahrungen von Hinterbliebenen nach sich ziehen und zu der Einschätzung seitens Angehöriger von Erkrankten verführen, Suizidhilfe sei notwendiges Mittel, um Leid zu vermeiden. Das Urteil, die letzte Lebensphase eines Menschen sei unter der Begleitung und Betreuung der Medizin quälend gewesen, hängt u.a. ab, wie mit Betroffenen und Angehörigen kommuniziert wird.<sup>8</sup> Bei gleicher medizinischer Behandlung führen qualifizierte Strategien der Kommunikation zur angemessenen Verarbeitung ohne Folgen der Traumatisierung bei Angehörigen.<sup>9</sup> Diese Befunde sind beachtlich. Eine medizinische Behandlung wird verschieden erlebt, wenn unterschiedlich kommuniziert wird. Hier hat die Medizin erheblichen Verbesserungsbedarf, die Palliativmedizin nimmt diesen Gesichtspunkt Problematik aber seit Jahren in den Blick. Die Anzahl der Ärzte, die entsprechende Qualifikationen erworben haben, hat erheblich zugenommen. Qualifizierte Kommunikation ist Teil palliativmedizinischer Betreuung.

Diese Aspekte werden oft nicht berücksichtigt, wenn es Berichte über vorgeblich unzulängliche Versorgung von Patienten am Lebensende geht. Dem widerspricht nicht die Einschätzung, dass mehr Anstrengungen unternommen werden müssen, die Palliativmedizin zu stärken.

#### **IV. Zunahme der Fälle von Suizid aufgrund des Angebotes der Assistenz des Suizids: Empirische Daten**

In der öffentlichen Diskussion wird behauptet, dass sich die Fälle ärztlicher Suizidassistenz in den Ländern, in denen dies akzeptiert und gesetzlich zugelassene Praxis sei, auf konstantem

---

<sup>8</sup> So behauptet etwa der Arzt C. Arnold, dass seine von ihm zum Suizid begleiteten Personen mit weniger Leid verstürben als viel der 850 000 Personen, die in Deutschland im Jahr sterben. Arnold, C, Letzte Hilfe. 2014. S. 187. Reinbek. Hier wird an Erlebnisse der Hinterbliebenen appelliert, deren Erfahrungen von der Führung der Behandler abhängt, s. das Folgende.

<sup>9</sup> Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis JR, Fieux F, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Georges H, Goldgran-Toledano D, Jourdain M, Loubert G, Reignier J, Saidi F, Souweine B, Vincent F, Barnes NK, Pochard F, Schlemmer B, Azoulay E. New England Journal of Medicine, 2007, 356, 469 ff

Niveau bewege. Diese Behauptung ist falsch, empirische Untersuchungen belegen das Gegenteil.

In der Schweiz hat die Zahl der Suizide im Rahmen einer dort als Freitodbegleitung bezeichnenden Assistenz erheblich zugenommen. Sie stieg an von 113 im Jahr 2000 auf 962 im Jahr 2014 (ca.800 %).<sup>10</sup> Während die Zahl der Suizide ohne Freitodbegleitung in der Schweiz weitgehend konstant bleibt, steigt sie mit Freitodbegleitung an. Das gilt selbst dann, wenn man die sogenannten Suizidtouristen, d.h. nicht-Schweizer Personen, denen Assistenz beim Suizid geleistet wurde, abzieht. Daraus folgt, die Assistenz beim Suizid ist ein eigenständiger Faktor, der die Suizidrate erhöht. Übertragen auf die deutsche Bevölkerung muss – niedrig kalkuliert - mit einem Anstieg der Suizidrate um 30%, ca. 3000 Fällen gerechnet werden, wenn eine diese Praxis etabliert würde. Im Gegensatz dazu bleibt die Anzahl der Suizide in der Bundesrepublik bislang gleich. Eine Zunahme in der erwähnten Größenordnung – ist zu erwarten, unterstellte man eine Entwicklung wie in der Schweiz.

In vier amerikanischen Bundesstaaten ist ärztlich begleitete Suizidhilfe zulässig, nur aus dem Bundesstaat Oregon liegen bisher verlässliche Zahlen über die Inanspruchnahme vor. Entgegen einer weitverbreiteten Meinung nimmt die Zahl der Suizide auch in Oregon mit jedem Jahr zu (> 500%). Die absolute Zahl ist gering, was der geringen Einwohnerzahl des Bundesstaates zuzuschreiben ist.<sup>11</sup> In Oregon ist der ärztlich begleitete Suizid nur unter Beachtung sehr strenger Kautelen gesetzlich zulässig. Dennoch steigt die Zahl an. Die niedrigere absolute Zahl findet ihren Grund nicht darin, dass die im dort gültigen Death with Dignity Act festgelegten formalen und inhaltlichen Kriterien bei der Durchführung eine Erweiterung der Praxis verhinderten, gleichsam einen protektiven Effekt entfalteten. Ein solcher Einfluss wird behauptet, u.a. im Entwurf der MdB Hintze und Kollegen, *BT-Drucks. 18/5374*. Die Zahlen aus Oregon müssen vielmehr vor dem Hintergrund einer auch für die USA überdurchschnittlichen Suizidrate gesehen werden, die über der in der Bundesrepublik liegt.<sup>12</sup> Die Zugänglichkeit zu Instrumenten, die von Personen für den Suizid als „geeignet“ angesehen werden, ist selbst ein eigenständiger Faktor, der die Suizidrate erhöht. Das Zuhandensein anderer Möglichkeiten, Suizid zu begehen, *überspielt* in der Statistik aus

---

<sup>10</sup> <http://www.cbsnews.com/pictures/suicide-20-states-with-highest-rates/14/> ben der Organisationen Exit, Exit –AMD, Dignitas und des Schweizer statistischen Bundesamtes.

<sup>11</sup>

<https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year16.pdf>

<sup>12</sup> <http://www.cbsnews.com/pictures/suicide-20-states-with-highest-rates/14/>

Oregon die Zunahme des ärztlich begleiteten Suizids. Es muss nicht der Weg über die ärztliche Begleitung gewählt werden, der gleichsam überflüssig wird.<sup>13</sup> Suizide werden mithin anders ausgeübt. Das widerlegt nicht, vielmehr unterstreicht die Gefahr, die vom Angebot der Suizidassistenz ausgeht, insbesondere in der bei suizidalen Personen, auch angesichts terminaler Erkrankung, immer nachweisbaren Ambivalenz.

In Belgien und den Niederlanden ist nicht nur die ärztliche Assistenz beim Suizid zulässig, vielmehr auch die Tötung auf Verlangen. Die Beobachtungen insbesondere bis in das Jahr 2014 zeigen einen dramatischen Anstieg der Fälle aktiver Sterbehilfe und der ärztlichen Suizidassistenz. Die Behauptung in der Begründung des Entwurfes der MDB Hintze und Kollegen, die Zahl assistierter Suizide bliebe gleich, ist empirisch falsch (diese steig von 2007 bis 2014 von 1923 auf > 5600; die Fälle ärztlicher Suizidassistenz von 167 auf > 330)<sup>14</sup>. Die Anzahl der ärztlich assistierten Suizide wächst nicht proportional. Die Erklärung dafür findet sich in der psychologischen und rechtlichen Bedingungen der Zulässigkeit der Suizidassistenz in den Niederlanden und Belgien. Dort müssen Ärzte attestieren, dass die von den Patienten geklagten Zustände unerträglich sind. Liegt eine solche Erklärung vor, kommt sowohl ärztlich begleiteter Suizid als auch aktive Tötung in Frage. Die Tötungshandlung einem Dritten zu überlassen ist leichter, insbesondere wenn sie mit ärztlicher Autorität durchgeführt wird. Daher wird dort eher auf die Tötung auf Verlangen rekurriert.

Zwischenresümee: Die soziale Akzeptanz und rechtliche Zulässigkeit von intendierten Tötungshandlungen und auch der Assistenz beim Suizid lässt die Anzahl der Suizide ansteigen. Dieser Schluss ergibt sich aus den bisher wissenschaftlich erhobenen Daten aus Ländern, wo solche Handlungen rechtlich zulässig sind. Diese Einsicht wird auch durch die Erkenntnisse der Suizidforschung gestützt (s. V, dort 1).

---

<sup>13</sup> So ist das Vorhandensein von Schusswaffen in einem Haushalt mit der Suizidrate korreliert. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. Intern Med. 2014 Jan 21;160(2):101-10./ so auch: Miller M, Barber C, White RA, Azrael D. Firearms and suicide in the United States: is risk independent of underlying suicidal behavior? Am J Epidemiol. 2013 Sep 15;178(6):946-55. doi: 10.1093/aje/kwt197. Epub 2013 Aug 23.

<sup>14</sup> [https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def\\_tcm52-41744.pdf](https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def_tcm52-41744.pdf) und für das Jahr 2014, in dem ein dramatischer Anstieg zu verzeichnen war, Prof. T. Boer, pers. Kommunikation. T. Boer war bis ende 2014 Mitglied einer lokalen Euthanasiekommision, die die gemeldeten Fälle aktiver Sterbehilfe und assistierten Suizids prüft.

## V. Gibt es Gründe für eine Ausnahme vom Verbot der Suizidassistentz?

Die bisherigen Ausführungen stellen nicht davon frei zu prüfen, ob es Ausnahmen geben müsse von einem Verbot der Suizidassistentz. Die Gründe könnten sein die Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht der Personen/ Patienten oder aber medizinische Grenzsituationen, die eine Abweichung von der Norm geboten erscheinen lassen.

### 1. Selbstbestimmung als Rechtfertigung der ärztlichen Suizidhilfe

Auch wenn es umstritten ist, welche Grundrechtsbestimmung den Schutz eines frei verantwortlichen Suizids begründet, so ist doch von der Verfassung auch die Freiheit zum Tode als verfassungsrechtlich geschützt anerkannt. Dies schließt nicht aus, verfassungslegitime Beschränkungen der Suizidassistentz durch den Gesetzgeber einzuführen. Diese gilt es jedoch zu begründen. Dies ist insbesondere dann angezeigt, wenn das Angebot der Suizidhilfe Personen/Patienten gefährdet. Es wird behauptet, der Respekt vor der Selbstbestimmung der Personen verpflichte, von der Norm, die Suizidassistentz verwirft, abzusehen. Dagegen ist einzuwenden, dass insbesondere geschäftsmäßige Angebote, auch solche als Teil medizinischer Dienstleistung, eine soziale Akzeptanz und Ermunterung zum Suizid signalisieren, die als Verstoß gegen fundamentale Regeln der sozialen Gemeinschaft verstoßen (siehe II). Das insbesondere mit ärztlicher Autorität versehene Urteil und die Zustimmung, Suizidassistentz zu leisten, macht die Handlung unfrei. Es verhält sich umgekehrt. Der Schutz vor den Gefahren des Angebots der Suizidhilfe sichert Freiheit und Selbstbestimmung. Dies wird gestützt durch Erkenntnisse der Suizidforschung.

Suizidhandlungen reizen zur Nachahmung. Man kann von einer *Infektiösität* von Suizidhandlungen sprechen. In jedem Jahr begehen in Deutschland 100.000 Personen eine Suizidhandlung. 10.000 nur sterben an den Folgen. Von den übrigen 90.000 wiederholt die überwältigende Mehrzahl die Handlung nicht. Sie distanzieren sich mithin vom Suizid. Das Angebot der Suizidhilfe und der Verweis auf ihr Selbstbestimmungsrecht stellt eine akute Gefährdung dieser Personen dar, insbesondere, in der durch die Suizidforschung belegten dramatischen Phase der Ambivalenz vor einer Suizidhandlung. Das Verbot der Suizidassistentz, insbesondere in

geschäftsmäßiger auf Wiederholung ausgerichteter Form ist ein Akt der Gefahrenabwehr.<sup>15</sup> Weitere Beobachtungen der Suizidforschung bestätigen dies. Der Begriff des sogenannten Werther-Effektes bezeichnet das Phänomen. Wenn Suizidhandlungen in Filmen, Theater und Literatur erfahren werden, kommt es zu Nachahmungshandlungen. Dies wurde dramatisch nach der Übertragung der Trauerfeier für den durch Selbsttötung aus dem Leben geschiedenen Torwart Robert Enke am Fernsehschirm beobachtet. Die Zahl der Suizide und Suizidhandlungen stiegen in den folgenden Wochen an. Ihre Beobachtungen sind in der Forschung zum Thema belegt. Angesichts der in allen Fällen anzutreffenden Ambivalenz der Betroffenen angesichts terminaler Erkrankungen ist die Gefährdung durch das Angebot, Suizidhilfe zu leisten, besonders hoch.

2. Ist terminale Erkrankung ein Umstand, der die Suizidassistenz (insbesondere ärztliche Suizidassistenz) rechtfertigen kann?

Es wird vorgeschlagen, Suizidassistenz dann explizit von Verboten freizustellen (etwa freizustellen von Rückweisungen in professionellen Kodizes der Ärzteschaft) wenn Patienten an einer terminalen Erkrankung leiden. Es sei notwendig, explizit Ärzten freie Handlung zu geben, Suizidassistenz zu leisten. Auch hier wird die Handlung mit Verweis auf die Selbstbestimmung gerechtfertigt, sie ist jedoch an eine weitere Bedingung geknüpft, nämlich die Feststellung eines nicht zumutbaren Leidens.

Diese Argumentation verdeckt unter dem Mantel des Mitleids eine Paradoxie, die sie als untauglich entlarvt. Wenn die sich durch Selbstbestimmung verwirklichende Freiheit eingeschränkt wird, weil Ärzte eine nicht behandelbare, mit unerträglichem Leiden verbundene Krankheit zu diagnostizieren haben, wird die Selbstbestimmung aufgehoben. Eine genehmigungspflichtige Entscheidung ist keine Selbstbestimmung. Die Bindung des als Rechtfertigung für die Suizidhilfe angeführten Selbstbestimmungsrechtes an die Feststellung eines Leidenszustandes, zieht mit unausweichlicher Logik die Ausweitung der Praxis nach sich. In der Literatur wird auch von einem logischen „Dambruch“ gesprochen. In Ländern, in denen

---

<sup>15</sup> Der Begriff der Geschäftsmäßigkeit zur Beschreibung einer auf Wiederholung ausgerichteten Handlung wird von Rechtswissenschaftlern auch in der Rechtssystematik als dafür angemessen bezeichnet.

Suizidassistentz geübte Praxis ist, zeigt sich die Ausweitung etwa daran, wenn Vereinigungen für „Freiwilliges Lebensende“ gegründet werden, die dann Abhilfe leisten sollen, wenn Ärzte Suizid und Sterbehilfe ablehnen. Dies ist etwa in den Niederlanden der Fall. Die Begrenzung auf wenige Fälle schwerstkranker ist daher nicht einzuhalten und auch ethisch nicht zu begründen. Die Empirie weist daher auch eine steige Ausweitung der Praxis der Suizidassistentz aus, dort wo sie legal und gesellschaftlich akzeptierte Praxis ist (s. IV).

Im Entwurf der Abgeordneten Peter Hintze & Kollegen (BT-Drucks. 18/5374) wird eine ärztlich begleitende Lebensbeendigung geregelt. Ein volljähriger und einwilligungsfähiger Patient soll die Hilfestellung eines Arztes bei der Selbsttötung in Anspruch nehmen können, wenn eine unheilbare Krankheit unumkehrbar zum Tode führend, vorliegt. Die das Gesetzgebungsverfahren begleitende öffentliche Diskussion zeigt, dass eine solche Regelung einer Ausweitung grundsätzlich nach sich zieht. In öffentlichen Debatten wurden selbst von Abgeordneten, die diesen Antrag unterstützen, Fallbeispiele von Krankheitszuständen berichtet, die keinesfalls einer terminalen Erkrankung entsprechen. Die im Gesetzesentwurf vorgestellte Formulierung umfasst unzählige Patienten. Denn in der westlichen Welt versterben die Mehrzahl der Patienten in Folge einer chronischen Erkrankung, die meist Jahre zuvor diagnostiziert wird, symptomatisch behandelt werden kann und eine lange Lebenszeit erlaubt. Dennoch ist die Erkrankung in einem formalen Sinne unumkehrbar und zum Tode führend. Das Beispiel zeigt, dass eine Eingrenzung auf eine Krieteriologie medizinischer Zustände nicht gelingen kann. Dies belegen auch die erwähnten Erfahrungen aus dem Ausland, was sich in einer steigenden Anzahl von Handlungen, die das Lebensende vom Patienten anstreben, dokumentiert.

Zudem verkennt eine Regelung der Suizidassistentz, insbesondere durch Ärzte, die Behandlungsoptionen der Palliativmedizin. Symptomatische Behandlung kann immer angeboten werden, im Extremfall einschließlich der sogenannten palliativen oder therapeutischen Sedierung. Bei diesem Verfahren handelt es sich um eine symptomatische Einschränkung des Bewusstseins bis zur Narkosetiefe, die vorübergehend erfolgt, nach Abklingen der Symptomatik kann der Patient wieder erwachen. Die wissenschaftliche Erfahrung weist aus, dass die Lebensspanne durch

diese Maßnahmen nicht verkürzt wird. Eine Gleichsetzung dieses Therapieverfahrens mit intendierten Tötungshandlungen ist falsch.

Ferner müssen die Gründe berücksichtigt werden, die Personen veranlassen, um Suizidhilfe zu bitten. Es sind nicht die körperlichen Symptome wie Schmerz, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, krankhafte Verstopfung, etc. Es sind vielmehr Zeichen der sozialen Deprivation und Angst vor Autonomieverlust. Die Erfahrung nahezu aller Palliativmediziner zeigt, dass die Zusicherung palliativer Betreuung den Suizidwunsch nahezu ausnahmslos verschwinden lässt.

### 3. Das Angebot der Suizidassistentz als Maßnahme, die Personen vom Suizidwunsch abzubringen und das Vertrauensverhältnis Patient – Arzt zu stärken.

Die hinter dieser Annahmen entstehende Überlegung lautet: Das bloße Angebot der Suizidassistentz ist eine Maßnahme, die geeignet ist, das Vertrauen zwischen Ärzte und Patienten zu stärken. Sie vermag auf diese Weise, Patienten von ihrem Suizidwunsch abzubringen (so in der Begründung des Enwurfes die MDB Hintze und Kollegen BT-Drucksache 18-5374 und M. Herdegen in seiner Stellungnahme zur Anhörung). Als Beleg wird gelegentlich auf die Erfahrung im Umgang mit ärztlicher Suizidhilfe im Bundesstaat Oregon in den USA verwiesen. Dort versterben nicht alle Patienten, die nach dem „Death with Dignity Act“ die Verschreibung eines tödlichen Medikamentes erhalten haben, durch einen Suizid. Doch vermag diese Beobachtung die oben angeführte Vermutung nicht zu belegen. Empirisch bestehen immer eine Ambivalenz und ein Schwanken in der suizidsensiblen Phasen von Personen. Suizidwillige nehmen auch von ihrem Suizidwunsch Abstand. Dies geschieht spontan und durch Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und andere therapeutische Maßnahmen. Aus der Tatsache, dass in Oregon nicht alle Patienten, denen ein tödliches Medikament verschrieben wird, dies auch einnehmen, kann daher nicht geschlossen werden, die Verschreibung an sich hätte diesen protektiven Effekt. Wie ausgeführt verhält es sich auch hier umgekehrt. In den Ländern, in denen Unterstützung beim Suizid legal angeboten wird, steigt die Anzahl assistierter Suizide ständig an (s. IV). Dies gilt auch für den Bundesstaat Oregon. Für die unterschiedliche

Rate des Anstieges der Suizidfälle der Assistenz sind die an anderer Stelle angeführten Faktoren bedeutsam (s. IV).

In einer suizidsensiblen Phase bedeutet das Angebot der Suizidhilfe eine unmittelbare Gefährdung. Palliativmedizinisch gibt es keinen Zustand, der so ausweglos wäre, dass allein eine Tötungshandlung die Person davon zu befreien vermag.

Das Vertrauen von Patienten in die Palliativmedizin hängt nicht vom Angebot ab, Assistenz beim Suizid zu gewähren. Vielmehr schafft kunst- und palliativgerechte Betreuung Vertrauen und bringt Suizidwünsche zum Verstummen. Das schon erwähnte asymmetrische Verhältnis von Patienten zu ihren Ärztinnen/Ärzten gibt dem Angebot der Suizidassistenz noch ein besonderes Gewicht. Die ärztliche Zustimmung suggeriert eine ärztliche Indikation. Es gibt aber keine Kriterien, die es Ärzten erlaubt zu entscheiden, dass ein Leiden unzumutbar wäre. Das Ansinnen, beurteilen zu sollen, ob das Verlangen eines Patienten nach Hilfe bei der Selbsttötung einsichtig und verständlich ist, die Frage nach der Genehmigung der Selbsttötung gleichsam ist eine Zumutung an die Ärzteschaft.

#### 4. Vermag die Zulassung insbesondere ärztlicher Suizidassistenz einen gesellschaftlichen Trend zur Zulassung aktiver Sterbehilfe zu verhindern?

Es wird behauptet, die Versicherung, Ärzte dürften Suizidassistenz leisten, könnte einem gesellschaftlichen Trend zur Zulassung der Sterbehilfe entgegenwirken. Diese These wird von Fachwissenschaftlern in einem Brief an die Herausgeber einer medizinischen Zeitschrift vertreten. In der Öffentlichkeit wurde durch Anführen der renommierten Literaturstelle gelegentlich der Eindruck erweckt, es handele sich um durch Sozialempirie gesichertes Wissen. Dies ist falsch. Die Behauptung wird lediglich als These vertreten, die einer Untersuchung bedürfe.<sup>16</sup> Gegen diese Annahme sprechen die unter IV referierten Befunde der Zunahme von Handlungen, die auf die Beendigung des Lebens von Personen/ Patienten gerichtet sind in allen Ländern, in denen diese Praxis akzeptiert ist.

---

<sup>16</sup> Gamondi C, **Borasio** GD, Limoni C, Preston N, Payne S. The Lancet, 2014, Vol. 384, S. 127

## 5. Ist ärztliche Suizidhilfe als letzter Freundschaftsdienst an vertrauten Patienten zu rechtfertigen?

Viele Ärzte pflegen zu ihren Patienten ein vertrautes Verhältnis, insbesondere wenn sie diese über Jahre betreuen. Die Frage bleibt, ob dieses Vertrauensverhältnis es notwendig machen könnte, auf das Angebot ärztlicher Suizidhilfe bereit zu halten. Da die Assistenz beim Suizid außerhalb geschäftsmäßiger Wiederholung angelegter Formen nicht kriminalisiert ist, könnte die ärztliche Suizidhilfe als gleicher Freundschaftsdienst wie er im privaten Bereich bisher nicht strafbewährt ist, eingeschätzt werden.

Solche Situationen werden gerne im Rahmen künstlerischer und literarischer Darstellungen verarbeitet. Jedoch verkennt die Einschätzung der ärztlichen Suizidhilfe als einen Freundschaftsdienst eine schwerwiegende Intimitätsüberschreitung. Sie wird einsichtig im Blick auf andere, allgemein akzeptierte Verbote ärztlicher Intimitätsüberschreitung. So ist das Verbot universal anerkannt, mit den eigenen Patienten sexuelle Beziehungen zu unterhalten. Dies gilt wegen der Asymmetrie der Arzt- und Patientenbeziehung, wegen möglicher verdeckter Abhängigkeit und der Gefahr des Missbrauchs als unbedingtes Verbot und ungeachtet einer möglichen Zustimmung der Patienten. Es ist aber absurd, mit Zustimmung erfolgende sexuelle Handlung an Patienten als nicht mit ärztlicher Ethik vereinbar zu halten, die Hilfe bei der Selbsttötung aber als Freundschaftsdienst zu deuten. Dieses Beispiel verdeutlicht, Hilfe beim Suizid markiert für Ärzte die Übertretung einer nicht aufgebaren Grenze der Intimität.

## **VI. Institutionelle Absicherung ethischen Handelns**

Ethisches Verhalten und Vertrauen bedarf neben einer ethischen Kompetenz starke institutionelle Absicherung. Dies ist soziologisch und in den Rechtswissenschaften belegt. Patienten müssen darauf vertrauen dürfen, dass Ärzte nicht reflektieren, ob es besser wäre, sie wären nicht am Leben. Die professionelle Identität und Kohärenz des moralischen Kodex ist nur zu sichern, wenn Ärzte keine Intention beruflich verfolgen dürfen, die auf den Tod ihrer Patienten gerichtet ist. Dies klingt abstrakt, ist jedoch als vertrauensbildende

Maßnahme unabdinglich. Eine durch gesetzliche Regelung gleichsam gutgeheißene Assistenz beim Suizid würde den Lebensschutz untergraben. Gerade die Erfahrungen in Ländern, in denen Handlungen mit Tötungsabsicht legalisiert sind, belegen die damit verbundene Gefährdung der Patienten.

## **VII. Zusammenfassung und abschließende Bewertung**

Suizidassistenz stellt aufgrund der Ergebnisse der Suizidforschung, der empirischen Daten aus Ländern, in denen sie legale und gesellschaftlich akzeptierte Praxis ist, eine Gefährdung von suizidsensiblen Personen und Patienten dar. Sie ist daher aus medizinethischer und medizinpraktischer Sicht und aus Sicht der Suizidforschung zurückzuweisen. Anzustreben ist eine Regelung die Suizidassistenz in geschäftsmäßiger, auf Wiederholung angelegter Form untersagt.