

medstra Statement

Prof. Dr. Gunnar Duttge, Georg-August-Universität Göttingen

Zehn Thesen zur Regelung des (ärztlich) assistierten Suizids*

Die seit Monaten anhaltende Debatte darüber, ob und wie die Suizidbeihilfe mit dem Mittel des (Straf-)Rechts reguliert werden soll, biegt in die Zielgerade ein: Die dem Deutschen Bundestag zur Auswahl vorliegenden Gesetzentwürfe zeugen von einer großen Portion „Gutmenschentum“, aber nicht von der Berufung der Entwurfsverfasser zu einer rationalen Rechtspolitik. Eine solche hätte sich erstens auf verlässlicher empirischer Grundlage Klarheit verschafft, worin eigentlich das gesamtgesellschaftliche Problem liegen soll und zweitens darüber, ob gemessen an der geltenden Rechtslage tatsächlich Handlungsbedarf besteht. Nicht zuletzt wäre aber drittens begründungsbedürftig, warum gerade die jeweils vorgeschlagene Gesetzesänderung Abhilfe verspricht (und keine unbeabsichtigten „Kollateralschäden“ befürchten lässt) und ob sich jene überhaupt in die freiheitlich verfasste, auf ein Oktroy kollektiver Vorstellungen vom „guten Sterben“ mittels Rechtszwangs aus guten Gründen verzichtende (vgl. §§ 1901a, b BGB) Gesamtrechtsordnung unseres Grundgesetzes einfügt.

1. Wer begreifen und verstanden werden will, bedarf klarer Gedanken und einer präzisen Begrifflichkeit. Worüber man hingegen nicht sprechen kann, darüber sollte man besser schweigen (in Anlehnung an *Wittgensteins* „Tractatus logico philosophicus“, Ziff. 7). Gegenstand der aktuellen rechtspolitischen Debatte ist entgegen dem allgemein begegnenden, nicht zuletzt medial verstärkten Sprachgebrauch nicht die „Sterbehilfe“ im Ganzen, sondern lediglich ein spezifischer Ausschnitt hieraus: die rechtliche Bewertung des assistierten Suizids. Die Mitwirkung von ärztlichen Berufsrollenträgern ist wiederum eine spezifische Fragestellung innerhalb der Suizidbeihilfethematik. Dass die besondere Dimension einer Beteiligung von Ärzten von den übergreifenden, gesamtgesellschaftlichen Wertvorstellungen zur sozialen Rolle der Ärzteschaft im Verhältnis zum Selbstbestimmungsrecht von Patienten nicht unabhängig sein kann, sollte eigentlich leicht einzu-sehen sein. Spezifische Schwierigkeiten des wechselseitigen Verstehens im interdisziplinären Kontext zwischen Recht und Medizin sind damit vorprogrammiert.

2. Warum ist der Blick der Bevölkerung so sehr auf die Ärzteschaft gerichtet, dass ihre Rolle im Kontext der Suizidbeihilfe inzwischen sogar Gegenstand eines eigenen Regelungswurfes ist [5, siehe auch 1]? Die Antwort liegt auf der Hand: Ihre Einbindung verheißt eine bessere Alternative gegenüber dem „freien Spiel des Marktes“. Wo (möglicherweise) kommerziell tätige Organisationen („Dignitas“ / „Dignitate“), ideologisch gestimmte Einzelpersonlichkeiten („Fall Kusch“) oder eine Mischung von beidem beim Publikum die Sorge vor unheilvollen gesamtgesellschaftlichen Folgewirkungen weckt, ruft man sich gerne das romantische Bild vom „Arzt seines Vertrauens“ in Erinnerung, dem allenfalls mehr noch als bisher nahegebracht werden müsste, den Willen seiner Patienten auch tatsächlich und nicht bloß „grundsätzlich“ zu respektieren.

3. Es sind daher zwei höchst unterschiedliche Anliegen, die sich in der aktuellen rechtspolitischen Debatte miteinander vermischen: einerseits die Forderung nach einer Strafbarkeit der „organisierten“ [9], „gewerbsmäßigen“ [6] oder sonst „geschäftsmäßigen“ [7] Suizidassistenz, andererseits der Wunsch

nach Anerkennung und rechtspraktischer Ermöglichung eines „selbstbestimmten“ Sterbens – notfalls auch durch Suizid, und am liebsten durch eine ärztliche Vertrauensperson. Dass auch Ärzte in der Regel nicht desorganisiert, unprofessionell und im Gewande des barmherzigen Samariters genährt allein vom Dankeswort für einen Akt tätiger Nächstenliebe tätig sind, wird dabei von den „Punitivisten“ gerne übersehen. Infolgedessen ist entweder die Ärzteschaft ebenfalls von Kriminalstrafe selbst für bloß verbale Unterstützung („durch Rat...“) bedroht [8], oder aber sie muss erst mühsam durch „historische Auslegung“ wieder vom Zugriff der neuen Strafvorschrift befreit werden.

4. Als eine ärztliche Aufgabe ist Suizidbeihilfe nur unter einer doppelten Bedingung vorstellbar: Sie dürfte erstens weder mit dem vorherrschenden Selbstverständnis der Ärzteschaft unvereinbar sein noch zweitens den Interessen der Allgemeinheit am Erhalt einer eindeutigen Berufsrolle zwecks Ermöglichung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung widersprechen. Diese Zweiteilung der relevanten Beurteilungsperspektiven erzwingt eine zweigeteilte Zuständigkeit: Über das standesrechtliche Selbstverständnis haben dabei nicht Juristen oder Rechtspolitiker, sondern allein Ärztinnen und Ärzte zu entscheiden. Es geht schließlich um nicht weniger als um einen Kerngehalt ärztlicher Identität [12]. Sie in die Mitverantwortung für eine Tätigkeit zu nehmen, die sie mit ihrem genuinen Ethos nicht vereinbaren können, ist nicht nur unklug, sondern mit Rücksicht auf den Grundgedanken berufsrechtlicher Selbstverwaltung selbstwidersprüchlich [11]. Die in diesem Zusammenhang gerne in Anspruch genommene „ärztliche Gewissensfreiheit“ legitimiert – wie auch sonst – keine beruflichen Tätigkeiten, die nach dem eigenen Selbstverständnis gar nicht zu den „ärztlichen Aufgaben“ zählen [2], und zwingt schon gar nicht einen ganzen Berufsstand dazu, seinen Mitgliedern Freiräume zu eröffnen, die das Berufsbild (vgl. § 1 MBO-Ä [3]) deutlich verändern.

5. Das ärztliche Selbstverständnis bedarf in einer föderal verfassten Gemeinschaft keineswegs zwingend der überregionalen Einstimmigkeit (weil auch die Sorge vor einem „Sterbehilfetourismus“ keine begründete Werthaltung zur Selbstpreisgabe veranlassen könnte), wohl aber der sachbezogenen Eindeutigkeit. Entweder besteht strikte Unvereinbarkeit mit der dann notwendigen Sanktionsfolge bei Zuwiderhandlung oder aber es lassen sich Ausnahmefälle akzeptieren, die dann aber aus Gründen der Rechtssicherheit wie der Gleichbehandlung auch näher benannt werden müssen. Wer zuerst ein „grundsätzliches Verbot“ dekretiert und zugleich einen unbestimmten Kreis von Zuwiderhandlungen sanktionslos lassen will [4], untergräbt das eigene Dekret und muss sich nicht wundern, wenn es die Normadressaten dann ebenso handhaben.

6. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht ist das maßgebliche Grenzkriterium nicht die Kommerzialisierung, Geschäftsmäßigkeit oder der Organisationsgrad auf „Täterseite“, sondern einzig und allein die „Freiverantwortlichkeit“ des Suizidenten. Zweck einer Beihilfesträufbarkeit ist die Förderung

* Zuerst vorgestellt im Rahmen des 1. Medizinrechts-Symposiums des Göttinger Zentrums für Medizinrecht am 12. Juni 2015.

fremden Unrechts; wo es kein Unrecht gibt, kann auch ein Mitwirken hieran keinen Rechtszwang und schon gar nicht eine Strafandrohung rechtfertigen [10, 13]. Nicht-freiverantwortliche Suizide zu verhindern liegt dagegen unstrittig im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Die Freiverantwortlichkeit ist jedoch keineswegs von „Natur“ aus auf Konstellationen einer „infausten Prognose“ samt „unerträglichem Leid“ begrenzt [siehe aber 1, 5], abgesehen davon, dass menschliches Leid *prima vista* zu leidmindernden Maßnahmen zugunsten eines erträglicheren Lebens – und nicht zu tödlichem Mitleid – veranlassen sollte. Nicht-freiverantwortliche Suizidenden zu verhindern ist jedoch primär ein Anliegen der Prävention und kein originäres Thema des Strafrechts. Soweit die mangelnde „Freiverantwortlichkeit“ eines Suizidenten dagegen zielgerichtet ausgenutzt wird, begründet dies eine Strafbarkeit schon nach geltendem Strafrecht und ist kein Beleg für die Richtigkeit der aktuellen Kriminalisierungsbestrebungen.

7. Angesichts der normativen wie rechtspraktischen Ungewissheiten, wann von solcher „Freiverantwortlichkeit“ ausgegangen werden kann, darf deren Beurteilung und Feststellung nicht der Willkür von Laien – sei es selbstberufener Privatpersonen oder wie auch immer motivierten privater Organisationen – überlassen werden. Das Bestreben nach effektiver Suizidprävention, auf dass ein jeder Suizidgefährdeter größtmögliche Lebenshilfe erhält und sich nicht auf seine „autonome“ Insel der Einsamkeit zurückgestoßen sehen muss, bildet einen wesentlichen Anknüpfungspunkt, durchaus rechtspolitischen Handlungsbedarf anzuerkennen. Dieser kann freilich nur jenseits des Strafrechts liegen, denn Strafrecht tabuisiert, drängt zur Heimlichkeit, wo doch vielmehr frühzeitiges Erkennen, rechtzeitige Hilfe, Transparenz und das offene Wort Ziel und Leitmotiv sein sollten.

8. Wenn Hilfe aber nicht zu nötigem Zwang verkommen soll, darf der Ausgang suizidpräventiver Fürsorge nicht schon zu Beginn feststehen und vorentschieden sein. Um der Glaubwürdigkeit des Angebots willen müsste das Prozedere also auch die Option beinhalten, einen fortbestehenden und nach menschlichem Ermessen wohlüberlegten Suizidwillen in letzter Konsequenz zu respektieren. Und diese Option müsste eine verlässliche sein und dürfte nicht von der Zufälligkeit abhängen, an welche Einrichtung und welche konkrete Person mit welchen faktischen Möglichkeiten und welchem persönlichem Potential der Suizidwillige schicksalhaft gerät. Es bedürfte also eines institutionalisierten Verfahrens, das auf der einen Seite wahrlich „selbstbestimmte“ Suizidwünsche nicht beugt und auf der anderen Seite sicherstellt, dass größtmögliche Expertise Eingang in die Beurteilung findet, eine Gleichbehandlung aller Fälle gewährleistet ist und nicht zuletzt die bestehenden Sorgen vor einem gesamtgesellschaftlichen „Dammbruch“ auch mittel- und langfristig verlässlich entkräftet werden.

9. In personeller Hinsicht wären an das begutachtende Personal spezifische Anforderungen mit Blick auf deren sozialpsychologische/psychiatrische Kompetenz zu stellen, so dass sich schon deshalb eine generalisierende Delegation an die Ärzteschaft verbietet. Die Einbeziehung ausgewählter sachkundiger Ärzte in ein (interdisziplinär besetztes) Gremium besonderer Art (z.B. Begutungskommission) würde aber auch den Abstand zur sonstigen ärztlichen Tätigkeit wahren und damit bestehende Vorbehalte in Richtung einer „Kontaminierung“ des Arztberufes weitestgehend entkräften.

10. Insgesamt stehen wir daher vor einer bedeutsamen Weichenstellung: entweder um der Rechtssicherheit und „freiver-

antwortlicher“ Suizidwünsche Einzelner willen ein institutionalisiertes Sterben (mit oder ohne ärztliche Expertise) zu implementieren (das anderen Angeboten dann auch ohne Instrumentalisierung des Strafrechts die lebensweltliche Grundlage entzieht) oder aber im „Weiter so!“ die Augen davor zu verschließen, dass Jahr für Jahr Menschen hier in Deutschland das nötige Vertrauen in ihre Ärzte und unsere Institutionen verlieren und im Wettlauf mit der Zeit ihr Heil rechtzeitig in Zürich oder anderswo suchen. Eine der Freiheit wie der Solidarität verpflichtete Rechtsgemeinschaft steht in der Verantwortung, dass die nur auf Symbolpolitik und nicht auf eine Besserung der Lebenswelt gerichteten Gesetzentwürfe hoffentlich nicht das letzte Wort sein werden!

Quellen

- [1] *Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing*, Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, 2014 (im Überblick: http://blog.kohlhammer.de/wp-content/uploads/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assist_Suizid.pdf).
- [2] *Bundesärztekammer*, Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung i.d.F. 2011, in: DÄBl. 108 (2011), A-346.
- [3] *Bundesärztekammer*, Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), <http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/musterberufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>.
- [4] *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*, Reflexionen zum ärztlich assistierten Suizid, in: MedR 2014, 643.
- [5] Entwurf eines „Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung“ der Abgeordneten *Reimann, Hintze, Lauterbach* u.a., http://www.cdl-rlp.de/Download/Suizidbeihilfe_Gesetzentwurf_Hintze_Reimann_Lauterbach.pdf.
- [6] Entwurf eines „Gesetzes über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“ der Abgeordneten *Künast, Sitte, Gehring* u.a., http://www.cdl-rlp.de/Download/Suizidbeihilfe_Gesetzentwurf_Kuenast_Sitte_Gehring.pdf.
- [7] Entwurf eines „Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ der Abgeordneten *Brand, Griese* u.a., http://www.cdl-rlp.de/Download/Suizidbeihilfe_Gesetzentwurf_Brand_Griese_Vogler_Scharfenberg.pdf.
- [8] Entwurf eines „Gesetzes zur Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung“ der Abgeordneten *Sensburg und Dörflinger*, http://www.cdl-rlp.de/Download/Suizidbeihilfe_Gesetzentwurf_Sensburg_Doerflinger.pdf.
- [9] *Gröhe*, Jede Form der organisierten Selbsttötungshilfe muss verboten werden, in: F.A.Z. vom 19.1.2014.
- [10] *Hillenkamp*, Du darfst – Sterbehilfe soll bleiben, wie sie ist, in: F.A.Z. vom 16.4.2015.
- [11] *Hillgruber*, Jedes Leben schützen, in: F.A.Z. vom 25.6.2015.
- [12] *Kipke*, Die ärztlich assistierte Selbsttötung und das gesellschaftlich Gute, in: Ethik in der Medizin 2015, 141.
- [13] *Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer*, Stellungnahme zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe“, abgedr. in: medstra 2015, 129.