



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

› Zur ethischen Beurteilung ärztlicher/orga- nisierter Suizidhilfe und der vier zu deren Regelung vorliegenden Gesetzentwürfe

Stellungnahme für die öffentliche Anhörung am
23. September 2015 im Ausschuss des Deutschen
Bundestages für Recht und Verbraucherschutz

Bettina Schöne-Seifert



Preprints and Working
Papers of the Centre for
Advanced Study in Bioethics
Münster 2015/80



› Zur ethischen Beurteilung ärztlicher/ organisierter Suizidhilfe und der vier zu deren Regelung vorliegenden Gesetzentwürfe

Stellungnahme für die öffentliche Anhörung am
23. September 2015 im Ausschuss des Deutschen
Bundestages für Recht und Verbraucherschutz

Bettina Schöne-Seifert

Vorbemerkung

Entsprechend meiner Expertise konzentriere ich meine Stellungnahme auf eine *ethische* Beurteilung der vier vorliegenden Gesetzentwürfe (I), ohne auf rechtsdogmatische oder -technische Fragen einzugehen. Pragmatisch fokussiert geht es mir um die Zielsetzungen und erwartbaren Folgen der Entwürfe. Meine Beurteilungen erfolgen im Licht von zehn im Anhang formulierten Thesen zur ethischen Bewertung eines freiverantwortlichen Suizids bei unheilbarer Krankheit (II) sowie der Suizidhilfe durch Ärzte oder Organisationen (III).

I Beurteilung der vorliegenden Gesetzentwürfe

(a) Grundperspektive der Stellungnahme

Aus der Sicht einer wohlbegründeten humanen und liberalen Ethik müssen unheilbar kranke Patienten, die trotz guter medizinischer Versorgungsangebote ihr Leiden unerträglich finden und einen freiverantwortlichen Suizidwillen ausbilden, *zuverlässigen* Zugang zu kompetenter Suizidhilfe und -begleitung erhalten können. Vorzugsweise sollten hier dem Patienten bereits vertraute Ärzte helfen dürfen, soweit sie dies mit ihrem Gewissen vereinbaren können. Zu-

gleich sollte Suizidhilfe an transparente Sorgfalts- und Zulässigkeitskriterien gebunden und in ihrer Durchführung dokumentiert werden. (*Vergleiche Thesen 1–10 des Anhangs*). Einer solchen Praxis stehen gegenwärtig vor allem (i) die subjektive Rechtsunsicherheit der Ärzte und Patienten, (ii) standesrechtliche Verbote und (iii) die ethische “Skandalisierung” von Suizidhilfe durch Teile der organisierten Ärzteschaft, der Kirchen und der öffentlichen Meinungsführer entgegen.

(b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Sensburg u.a.

Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Sensburg u.a. (BT-Drs. 18/5376) ist aus der Perspektive einer liberal-humanen Ethik in keiner Hinsicht zustimmungsfähig. Mit seinem strafrechtlichen Totalverbot von Suizidhilfe lässt er das einen freiverantwortlichen Suizid einschließende Selbstbestimmungsrecht von Patienten, wie Verfassungsrecht und universal geteilte ethische Prinzipien es anerkennen, zu einem faktischen “Scheinrecht” verkümmern. Patienten würden zum Weiterleben gegen ihren Willen gezwungen oder zu einem gewaltsamen oder einsamen Suizid. Die Umsetzung dieses Gesetzentwurfs würde die gegenwärtige Situation zu Lasten verzweifelter Patienten massiv verschlechtern. (*Vgl. zur Begründung insbesondere Thesen 1–3 des Anhangs*)

(c) Gesetzentwurf der Abgeordneten Brand u.a.

Dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Brand u.a. (BT-Drs. 18/5373) kann aus der Perspektive einer liberal-humanen Ethik ebenfalls nicht zugestimmt werden. Er zielt mit seinem strafrechtlichen Verbot jeder “geschäftsmäßigen” Suizidhilfe darauf ab, Suizidhilfe durch Sterbehilfeorganisationen gänzlich zu unterbinden und Suizidhilfe durch Ärzte auf “Einzelfälle” in einer “schwierigen Konfliktsituation” zu reduzieren. Wie diese Ausnahmeklausel begrifflich zu präzisieren bzw. mit dem Wortlaut der Verbotsnorm überhaupt vereinbar sein soll, ist dabei unklar.¹ Würde dieser Entwurf Gesetz, verschlechterte sich die Zugänglichkeit von Suizidhilfe für verzweifelte Patienten gegenüber dem Status quo erheblich. Durch das Signal des strafrechtlichen Verbots und die Abgrenzungshürden würden Ärzte subjektiv noch rechtsunsicherer und Suizidhilfe rechtsethisch noch stärker stigmatisiert. Statt ärztliche Suizidhilfe zugänglicher und transparenter zu machen, würde man das Gegenteil bewirken. Zudem würde, unabhängig von einer möglichen Gewinnerorientierung, jede organisierte Suizidhilfe verboten. Auf deren flankierende Tätigkeit könnten oder würden Patienten aber doch allenfalls dann verzichten wollen, wenn sie im Notfall sichere Hilfe bei ihren Ärzten fänden.

Dass dieser Gesetzentwurf als “Weg der Mitte” die bisherige Unterstützung so zahlreicher Abgeordneter findet, ist ebenso erstaunlich wie befremdlich. Neben *kategorischen* Einwänden gegen Suizide und Suizidhilfe, wie sie nicht zum Fundament einer säkularen Ethik taugen, mögen dabei Missverständnisse und Fehleinschätzungen dessen eine Rolle gespielt haben, was hier gegenüber der bestehenden Praxis “zurückgedreht” würde. Der Abstand der Gesetzgebung von den dominanten und durchaus kohärenten ethischen Auffassungen der Bevölkerung würde erschreckend groß. (*Vgl. zur Begründung insbesondere Thesen 1–3 des Anhangs*)

1 Angesichts der definitionsgemäßen Geschäftsmäßigkeit beruflicher Arztstätigkeit und der Unmöglichkeit einer präzisen Abgrenzung zwischen der Bereitschaft zu (iterierten) Einzelfällen und Wiederholungsabsicht.

(d) Gesetzentwurf der Abgeordneten Hintze u.a.

Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Hintze u.a. (BT-Drs. 18/5374) verfolgt die beiden nach meinem Dafürhalten zentralen Ziele, die grundsätzliche Legitimität und Legalität ärztlicher Suizidhilfe bei Freiverantwortlichkeit/unheilbarer Krankheit/unerträglichem subjektivem Leiden zu bekräftigen und sie an Vorsichtskriterien zu binden. Dadurch sollen die Rechtssicherheit der Ärzte in dieser Frage gestärkt und standesrechtliche/-ethische Widerstände konterkariert werden. Begegnet werden soll zudem der verbreiteten Sorge vor übereilten Suizidentschlüssen.

Der dem Zivilrecht zugeordnete Gesetzentwurf bezieht sich *nicht* auf die Tätigkeit von Sterbehilfe-Organisationen. Dahinter steht die in der Gesetzesbegründung (S. 9) formulierte Annahme, dass "dem Wirken von Sterbehilfevereinen in Deutschland die Grundlage entzogen" werde, sobald Suizidhilfe durch dazu gewillte Ärzte eine sicher zugängliche *ultima-ratio*-Option wäre. Bedenkt man, dass gerade diffuse Sorgen vor einer vermeintlich problematischen Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen Anlass für die Gesetzgebungsinitiative war, besteht hier Spielraum für eine Kompromiss-Suche mit dem Künast-Entwurf, der Suizidhilfe generell unter den Vorbehalt vernünftiger Sorgfaltskriterien stellen will. (Vgl. *These 8 des Anhangs*)

Diskussionswürdig restriktiv ist in meinen Augen die dezidierte Bindung ärztlicher Suizid-erlaubnis an „die Wahrscheinlichkeit des Todes“ (Absatz 2). Diese Forderung nach der *Tödlichkeit* der vorliegenden Krankheit ist zwar weniger einschränkend als die in manchen anderen Ländern aufgestellte Bedingung, der Patient müsse sich absehbar in der *Terminalphase* seines Leidens befinden. Ausgeschlossen aber würde durch den Hintze/Lauterbach-Entwurf ärztliche Suizidhilfe für Patienten, die z.B. an schwersten und dauerhaft unheilbaren Einschränkungen – etwa der Bewegungs- oder Kommunikationsfähigkeit – leiden. Diesen Patienten die Zugänglichkeit zu (ärztlicher) Suizidhilfe zu versperren, bedeutet eine erhebliche Beschränkung, die noch einmal überdacht werden sollte (vgl. *These 10 im Anhang*). Hier besteht ebenfalls Kompromiss-Spielraum mit dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Künast, Sitte u.a.

(e) Gesetzentwurf der Abgeordneten Künast u.a.

Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Künast u.a. (BT-Drs. 18/5375) wird ebenfalls von der Absicht geleitet, die rechtsethische Zulässigkeit von Suizidhilfe (gar als potentielle "ärztliche Aufgabe"; §6) zu bekräftigen, diesmal allerdings innerhalb des Strafrechts. Während gewinnorientierte Suizidhilfe verboten werden soll, würde alle sonstige Suizidhilfe – ohne Ansehung ihrer Organisationsform – an eine Reihe von Auflagen in der Beratung (mit Arztvorbehalt) und Dokumentation gebunden. Auf diese Weise sollen die Informiertheit und Freiverantwortlichkeit der potentiellen Suizidenten gestärkt und somit suizidpräventive Potentiale ausgenutzt werden. Auch diesen Zielsetzungen ist zuzustimmen, nicht aber der unverhältnismäßig "scharfen" Verortung dieser flankierenden Auflagen im Strafrecht, das die Strafwürdigkeit aller Beförderung *nicht*-freiverantwortlicher Suizide ja ohnehin festlegt.

Eine konsequent liberale Position nimmt der Entwurf in der Frage einer Reichweitenbegrenzung zulässiger Suizidhilfe ein, indem er darauf verzichtet, diese an das Vorliegen eines nahes Lebensendes oder auch nur eines (u.U. näher qualifizierten) Krankheitszustands zu binden. Zumindest für die *ärztliche* Suizidhilfe sehe ich hier gute Gründe für eine etwas restriktivere Regelung – mit Blick auf soziale Signale, gesellschaftliche Unerfahrenheit, ärztliches Selbstverständnis und letztlich auf die politische Zustimmungsfähigkeit des Entwurfs. (Vgl. *These 10 im Anhang*)

(f) Fazit

Die Gesetzentwürfe der Abgeordneten *Sensburg u.a.* sowie der Abgeordneten *Brand u.a.* würden aus Sicht einer liberalen und humanen Ethik den Status quo der Suizidhilferegelung und -praxis ganz erheblich verschlechtern. Die Gesetzentwürfe der Abgeordneten *Hintze u.a.* sowie der Abgeordneten *Künast u.a.* zielen hingegen beide auf die überfällige und gebotene Verbesserung der faktischen Zugänglichkeit von (ärztlicher) *ultima-ratio*-Suizidhilfe, indem sie diese ethisch rechtfertigen und sie subjektiv rechtssicher, zugleich aber auch kontrollierter machen wollen. Mit Blick auf diese zentrale Übereinstimmung sollten beide Vorschläge in einen gemeinsamen und damit im Bundestag chancenreicheren Gesetzentwurf überführt werden – im Interesse verzweifelter Patienten und einer liberal votierenden Bürgermehrheit.

II Thesen zum Suizid bei unheilbarer Krankheit

- 1 Ein freiverantwortlicher Suizid bei unheilbarer Krankheit ist nicht *eo ipso* ein ethischer Skandal.

Nicht-freiverantwortliche Suizide, wie sie etwa als Symptom psychischer Erkrankungen, unter Drogen oder in emotionalen Ausnahmezuständen erfolgen, machen die ganz überwiegende Mehrheit der Suizide aus, nicht nur in Deutschland, wo deren jährliche Gesamtzahl sich auf etwa 10.000 beläuft. Dass diese Suizide mit allen humanen Mitteln verhindert werden sollten, versteht sich von selbst und sollte Gegenstand noch größerer Anstrengungen sein als bisher. Diese Fragen sind jedoch strikt zu trennen von der Beurteilung der kleinen Sondergruppe von freiverantwortlichen Suiziden, die in der Suizidologie auch als “Bilanzsuizide” bezeichnet werden.

Ethische Einwände im Zusammenhang mit einem solchen freiverantwortlichen Tod von eigener Hand können sich (1) gegen das Handeln des Suizidenten selbst und (2) gegen diejenigen richten, die durch Tun oder Unterlassen zur negativen “Bilanz” seiner Lebensumstände beigetragen haben. Wer sich nun (ad 1) angesichts eines bevorstehenden Lebensrests mit unheilbarer Krankheit zum Suizid entscheidet, muss sich gewiss nicht vorwerfen lassen, sich aus Feigheit oder Verantwortungslosigkeit davonzustehlen. Kritik üben hier jedoch diejenigen, die ein solches Handeln “gottlos” oder “naturwidrig” und daher unmoralisch finden. Solche religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen, wie sie im Christentum keineswegs von allen Theologen geteilt werden, mag jedermann für sich selbst hegen oder sie gegenüber seinen Nächsten und Glaubensbrüdern geltend machen. Für eine verbindliche Sozialethik in einer liberalen Gesellschaft sind sie ungeeignet.

Bildet ein unheilbar Kranker (ad 2) nur deswegen einen freiverantwortlichen Suizidwunsch, weil er keinen Zugang zu grundsätzlich vorhandenen Behandlungs- und Linderungsmöglichkeiten hat oder weil er schlechter umsorgt und gepflegt wird, als realistisch machbar wäre, dann ist dies in der Tat ein Skandal. Deswegen gibt es einen inhaltlichen Zusammenhang mit der Forderung nach dem überfälligen weiteren Ausbau der Palliativmedizin mit ihren Linderungs- und Versorgungsangeboten. Aus dieser Einsicht folgt jedoch nicht, dass man freiverantwortliche Suizidwünsche unheilbar Kranker generell auf dieses Konto schieben und Handlungsbedarf allein dort sehen dürfte. Manches, was den Betroffenen ihren Zustand subjektiv unerträglich macht, lässt sich nun einmal unter den für sie gegebenen Umständen nicht ändern (vgl. These 4). Die Tatsache, dass ein Schwerstkranker sein Leben subjektiv nicht mehr ertragen kann, ist höchst bedauerlich. Ein daraufhin erfolgender Suizid *selbst* ist aber keineswegs suspekt.

Die voranstehenden Überlegungen sind deshalb wichtig, weil hinter den Bedenken, die manche Bundestagsabgeordnete gegenüber einer transparenten und zuverlässigen *ultima-ratio*-Hilfe beim Suizid haben, eine intuitive ethische Ablehnung von Suiziden *selbst* zu stehen scheint – unbeschadet der Tatsache, dass diese straffrei sind und dies nach dem Grundgesetz sowie weit geteilter ethischer Überzeugung auch bleiben müssen. Wer aber den freiverantwortlichen Suizid eines Schwerstkranken grundsätzlich nur “zähneknirschend” akzeptiert, unterliegt wohl entweder dem Fehlschluss auf notwendigerweise vorhandene Versäumnisse im Umfeld des Patienten oder ist inspiriert von den kategorischen Suizid-Vorbehalten religiöser Provenienz. Von hier aus liegt der Schritt nahe, Suizidhilfe *a fortiori* im Grundsatz ethisch problematisch zu finden.

Aus Sicht einer aufgeklärten humanen Ethik aber ist der freiverantwortliche Tod von eigener Hand nicht bereits *als solcher* moralisch anrühlich. Er ist zudem als Implikation eines Anrechts auf Selbstbestimmung zu respektieren, solange dem nicht andere ethisch relevante Aspekte entgegen stehen. Wenn das “Herr-im-eigenen-Haus-Sein-Dürfen”, welches einen Kernpfeiler unserer Ethik ausmacht, wirklich etwas zählt, muss dies auch das eigene Lebensende betreffen. Diese Einsicht ist längst beherzigt bei der Sterbehilfe im Modus des Sterbenlassens (“Passive Sterbehilfe”): Schwerstkranke dürfen nach geltendem Recht und nach weitgehend geteilten ethischen Auffassungen freiverantwortlich den Verzicht auf Rettungsmaßnahmen, lebenserhaltende Dialyse, Ernährung oder Beatmung verlangen und durchsetzen. Auf den Stationen unserer Krankenhäuser geschieht dies vieltausendfach im Jahr. Wer aber nicht an “Schläuchen” hängt, durch deren Entfernen er sterben könnte, braucht dazu u.U. den Weg des Suizids mit Hilfe. Die *normativen* Unterschiede zwischen diesen beiden Wegen sind nach dem Urteil zunehmend vieler Medizinethiker unter sonst identischen Randbedingungen unerheblich klein.

Die weithin konsentierete ethische Billigung eines Suizids bei unheilbarer Krankheit, die für den Betroffenen unerträglich geworden ist, ergibt sich aus Umfrage-Ergebnissen, denen zufolge in Deutschland eine stabile Mehrheit von 75-80% für die Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe plädiert.

2 Freiverantwortliche Suizidwünsche bei gut versorgten, aber unheilbar kranken Patienten sind selten, aber real und für viele Menschen nachvollziehbar.

Unheilbare und als subjektiv unerträglich empfundene Krankheit ist wohl ein häufiger gewordenes Suizidmotiv. Das hat mehrere Ursachen. Eine von ihnen liegt in der modernen *high-tech*-Medizin selbst. So haben deren immer potentere Behandlungsoptionen, die zu willkommenen Rettungen und Heilungen führen, auch eine massive Schattenseite: Sie lassen Menschen nach Unfällen und Erkrankungen, an denen sie in früheren Zeiten gestorben wären, in einem stark reduzierten Zustand überleben. Manche Patienten erleben am Ende ihres Lebens Phasen des protrahierten Leidens, des Siechtums, der krankheitsbedingten Eingeschränktheit und Pflegebedürftigkeit, wie sie noch unseren Urgroßeltern weitgehend fremd waren. Außerdem *wissen* viele Kranke dank der heutzutage möglichen medizinischen Diagnostik und Prognostik, dass sie an einer unheilbaren Krankheit leiden und welche Entwicklungen diese Erkrankung im besten wie im schlechtesten Falle nehmen kann.

Das eigene Sterben unter solchen Umständen abkürzend in die eigene Hand nehmen zu wollen, scheint nicht nur psychologisch, sondern auch moralisch durchaus nachvollziehbar. Patienten und ihre Ärzte “spielen” ständig “Gott” (um eine verbreitete Verbotsmetapher der Suizidhilfe-Kritiker zu verwenden), wenn sie Krankheiten erfolgreich behandeln und den Tod hinausschieben; aber auch, wenn sie Therapien unterlassen oder absetzen. Mit welcher Begrün-

derung dürfte man dann ausgerechnet gegenüber den Suizidwünschen Schwerstkranker auf eine moralische Pflicht zur “Schicksalsergebenheit” pochen? Oder einen Suizidwillen am Lebensende als frivol abtun?

Umfragen unter Ärzten, die regelmäßig unheilbar Kranke versorgen, ergeben, dass offenbar nur wenige von diesen tatsächlich einen stabilen Suizidwillen ausbilden. Die Zahl der Patienten, die mit ihrem Arzt im Vorfeld über diese Optionen sprechen möchten, liegt höher. Solche Daten geben einen klaren Anhalt dafür, dass freiverantwortliche Patientensuizide auch unter weiter liberalisierten Randbedingungen nicht zu einem Massenphänomen würden. Sie sind aber auch mit Vorsicht auszulegen, da die Wünsche nach Suizid und nach entsprechenden Diskussionen natürlich auch davon abhängen, ob Ärzte und soziales Umfeld von ihren Patienten in dieser Hinsicht als verständnisvoll eingeschätzt werden.

Zu den vergleichsweise wenigen Patienten, die einen Suizidwillen am Ende wirklich dauerhaft ausbilden, kommen allerdings noch Millionen Bürger hinzu, die mit der bloßen Gewissheit, Suizidhilfe ggf. als *ultima ratio* in Anspruch nehmen zu können, besser leben und besser sterben als ohne diese Gewissheit. Aus diesem Grunde nimmt es denn auch nicht Wunder, dass rechtspolitische Debatten um die Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe für unheilbar Kranke gegenwärtig in vielen Ländern der westlichen Welt geführt werden.²

3 Das “Recht” auf einen nur gewaltsam oder einsam durchführbaren Suizid ist ein unmenschliches Scheinrecht.

Wer unheilbar Kranken nicht nur “zähneknirschend” (siehe oben These 1) sondern ernsthaft ein moralisches Recht auf Suizid zugesteht, kann nicht die Augen davor verschließen, dass dessen Umsetzung gerade für schwer beeinträchtigte Patienten ohne Hilfe meist kaum realisierbar, geschweige denn zumutbar ist. Der Gang ins Wasser, der Sprung von der Brücke, der illegale Kauf einer Pistole, aber z.T. auch die Reise zu einer Sterbehilfeorganisation in die Schweiz oder selbst der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit– vom Tod auf Zuggleisen gar nicht zu reden – bedeuten oft massive oder unüberwindbar Hürden für Suizidenten, ihre Nächsten oder weitere Dritte. Wer es bei solchen Hürden beließe, kann es kaum ernst meinen mit dem ethischen Respekt vor dem Suizidwillen. Wie in vielen anderen Fällen auch, ist ein Abwehrrecht (hier: gegen Suizidverhinderung) ein zahnloser Tiger ohne ein entsprechendes Anspruchsrecht (hier: auf Unterstützung durch dazu gewillte Helfer).

4 Palliativmedizinische Angebote sind von höchster Priorität, aber nicht für alle Patienten “ihre” Alternative zum Suizid.

Die Fortschritte der Palliativmedizin – insbesondere in der Schmerzbehandlung und der ganzheitlich ausgerichteten Fürsorge – können für viele Patienten eine substantielle Verbesserung ihrer letzten Lebenszeit bedeuten. Das ist ganz unstrittig und begründet die einhellige Forderung nach weiteren Anstrengungen auf diesem Gebiet und nach einer verstärkten Förderung der Palliativmedizin.³

2 Zuletzt in Kanada (Bundesgerichtsentscheid Pro 02/2015), Großbritannien (Parlamentsbeschluss Contra 09/2015) und Kalifornien (Senatsbeschluss Pro 09/2015).

3 Vgl. etwa die Stellungnahme der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina: “Palliativversorgung in Deutschland. Perspektiven und Forschung (2015)

Gleichwohl macht auch die bestmögliche Palliativmedizin Suizidhilfe nicht überflüssig. Erstens kann auch sie einem kleinen Teil der Patienten nicht zu Schmerzfreiheit (bei zugleich klarem Bewusstsein) verhelfen. Zweitens widerspricht die prinzipiell segensreiche palliativmedizinische Option, solche Patienten schlimmstenfalls in den Tod schlafen zu lassen, den persönlichen Würdevorstellungen mancher Betroffener. Drittens weiß man aus vielen Erhebungen im Ausland, dass die Sterbewünsche unheilbar Kranker nur in der Minderheit wegen nicht behandelbarer Schmerzen bestehen. Mehrheitlich sind es die quälenden Erfahrungen von Funktions-, Partizipations- und Kontrollverlust im Spätstadium einer Erkrankung, die als unvereinbar mit den eigenen Vorstellungen eines würdigen Lebensendes empfunden werden. Auch wenn die organisierte Palliativmedizin vertritt: "schmerzfrei geht immer" und dies für "genug" Würde hält, sind also manche Patienten hier dezidiert anderer Meinung. Sie müssen das Recht auf *Würdemündigkeit* in diesen Fragen haben.

5 Freiverantwortlichkeit beim Suizidentschluss muss (und kann zumeist) sorgfältig bestimmt werden.

Der in letzter Zeit häufig vorgebrachte Einwand, es sei gerade bei unheilbar Kranken schwierig, Freiverantwortlichkeit irrtumsfrei zu bestimmen, ist durchaus ernst zu nehmen. Die Abgrenzungen zwischen reaktiver Verzweiflung und krankhafter Depression, zwischen Wohlüberlegtheit und Übereilung sowie zwischen selbstbestimmter Rücksichtnahme auf Dritte und deren subtiler Einflussnahme sind gewiss nicht immer einfach zu treffen. Ärzte müssen hier wohl zum Teil noch besser ausgebildet werden. Aber so wichtig diese Einsicht ist, taugt sie doch nicht zum Verbotsargument gegen Suizidhilfe: Zum einen stellt sich exakt dasselbe Problem bei der stets erforderlichen und ja ersichtlich vieltausendfach praktizierten Feststellung von Freiverantwortlichkeit beim Sterbenlassen ("Passive Sterbehilfe"). Zum anderen wäre es gänzlich unverhältnismäßig, wegen einiger Problemfälle die Gesamtpraxis in Frage zu stellen, statt jene konkreten Fälle angemessen sorgfältig und ggf. zunächst einmal abwartend zu handhaben.

III Thesen zur Suizidhilfe

6 Hilfe und Begleitung bei einem freiverantwortlichen Suizid als *ultima ratio* erfolgen am besten durch dazu gewillte vertraute Ärzte in einem tolerierenden gesellschaftlichen Umfeld.

Es gibt mehrere gewichtige Gründe dafür, dass *ultima-ratio*-Suizidhilfe am ehesten von Ärzten geleistet werden sollte: Sie sind fachlich zuständig für die Beurteilung der Unheilbarkeit einer Erkrankung, für die Beurteilung von Freiverantwortlichkeit (vgl. These 5) sowie für das Aufzeigen und Vermitteln von Behandlungs- und Palliationsmöglichkeiten, wodurch ihre Beratung zudem ein beachtliches Präventionspotential haben kann. Wünschenswert ist, dass sie den Patienten und seine Angehörigen bereits länger kennen und daher auch eine Begleitung und Anwesenheit während der Durchführung des Suizids nicht als befremdlich empfunden, sondern als entlastend erbeten werden könnte. Nicht zuletzt müssten Ärzte auch kompetent sein (werden) für die angemessene technische Durchführung, so dass hier der humanste und sicherste Weg beschritten würde. Da dieser Weg nach bisheriger Erkenntnis am besten durch Verabreichung eines Betäubungsmittels in Überdosis erfolgt, muss hierzu auch das Betäubungsmittelrecht geändert werden. All diese Vorstellungen teilt auch die Mehrzahl der Bürger.

Will man ihnen entsprechen, müssen dazu gewillte Ärzte Suizidhilfe *offen* und *subjektiv rechtssicher* leisten dürfen, ohne standesrechtliche Sanktionen, standesethische Vorwürfe oder kollegiale Ächtung erwarten zu müssen. Eine solche Offenheit und Sicherheit bestehen trotz des strafrechtlichen Unverbotenseins von Suizidhilfe derzeit nicht. Unterschiedliche Rechtsauskünfte über die ärztliche Garantenpflicht zur Lebensrettung, die standesrechtlichen Verbote oder Fastverbote der Landesärztekammern und die ethische Abstrafung ärztlicher Suizidhilfe durch den Vorstand der Bundesärztekammer zeigen hier Wirkung. Offenheit und subjektive Rechtssicherheit sind aber die Voraussetzungen für eine transparente Dokumentation, die unabdingbar erscheint. Und sie sind die Voraussetzungen dafür, dass vertraute Ärzte *ihren* Patienten helfen können, statt dass einzelne heroische Kollegen, sich auf Suizidhilfe spezialisierend, durchs Land reisen müssten, um fremden Patienten auf deren Hilferufe hin beim Suizid zu begleiten.

Umfragen zeigen, dass in Deutschland etwa 30% der Ärzte, von denen es immerhin etwa 350.000 gibt, in Einzelfällen Suizidhilfe zu leisten bereit wären. Das würde jeden Bedarf bei weitem decken. Kein Arzt müsste gegen sein Gewissen handeln – so wie dies auch in anderen Ländern problemlos gehandhabt wird. Natürlich wird und soll es weiterhin kritische Debatten über Suizidhilfe auch unter Ärzten geben. Wichtig ist, dass auf der Ebene der organisierten Ärzteschaft Respekt und Toleranz für Suizidhilfe im Einzelfall zum Ausdruck gebracht wird. Das eben ist bisher dezidiert nicht der Fall.

Die Damen und Herren Bundestagsabgeordneten mögen sich nichts vormachen: Sie selbst würden als suizidwillige Schwerstkranke auch unter dem standesrechtlichen Status quo wohl ggf. einen Arzt finden, der ihnen hülfe. Gut vernetzte Akademiker und Personen des öffentlichen Lebens haben es in dieser Frage vergleichsweise leicht. Das gilt aber, wie jeder von Ihnen in den letzten Monaten durch verzweifelte Zuschriften von Patienten erfahren haben wird, keineswegs für jedermann.

7 Suizidhilfe ist durchaus vereinbar mit dem ärztlichen Ethos.

Viele Ärztesfunktionäre und mit ihnen zahlreiche Politiker behaupten apodiktisch, Suizidhilfe unterminiere die moralische Integrität des Ärztstandes, zerstöre die Vertrauensbasis im Arzt-Patienten-Verhältnis und verstoße gegen das ärztliche Ethos. Diese Behauptungen sind spekulativ und normativ unplausibel. Das ärztliche Ethos muss im Dienste berechtigter Patientenbedürfnisse stehen. Dazu brauchen Bürger ihre Ärzte, dazu lassen sie diese ausbilden und bezahlen sie. Und daher haben sie ein indirektes Mitspracherecht bei der Formulierung dessen, was ärztlich erlaubt, geboten oder verboten sein soll.

Patientenbedürfnisse richten sich *fast* immer auf den Kampf gegen Krankheit und vorzeitiges Sterben. Dem sollen Ärzte im Interesse der sie konsultierenden Patienten entsprechen: mit Fachkompetenz und einer Verpflichtung auf Fürsorge und Respekt vor der Patientenautonomie. Wo nun aber gut versorgte Schwerstkranke freiverantwortlich nicht mehr leben wollen, weil sie es subjektiv nicht mehr können, sollten Ärzte in der Mitverantwortung bleiben dürfen, soweit sie es mit ihrem persönlichen Gewissen verantworten können. Es gibt keinen Primat der Auslegung des ärztlichen Ethos durch Ärzte oder gar Arztesfunktionäre. Und auch keinen Anhalt dafür, dass Menschen das Vertrauen in die Ärzteschaft verlören, wenn ärztliche Suizidhilfe eine offen tolerierte Option wäre. Die Formel von deren angeblicher Unvereinbarkeit mit dem Arztethos ist vielen Kollegen tief eingepflanz – sie ist aber schlicht unterkomplex und in der Sache irrig.

8 Sterbehilfe-Organisationen können “zweitbeste” Suizidhelfer sein.

Suizidhilfe und -begleitung durch Organisationen haben, pauschal betrachtet, Nachteile gegenüber der Suizidbegleitung durch einen dem Patienten bereits vertrauten Arzt (vgl. These 7). Eben diese Vertrautheit, die oben angesprochenen ärztlichen Kernkompetenzen, aber auch die Tatsache, dass Suizidhilfe bei Ärzten gewiss nicht zu einem “Auftrag”, sondern sich ggf. auf sehr viele Schultern verteilen würde, sprechen für diese Präferenz.

Diese Bevorzugung begründet nun aber keineswegs ein Verbot organisierter nicht-ärztlicher Sterbehilfe. Solange solche Organisationen Patienten nicht unter Druck setzen oder Suizidhilfe trotz mangelnder Freiverantwortlichkeit leisten, sollten sie ihre Leistungen anbieten dürfen. Sobald sie diese Bedingungen, wie oft behauptet oder geargöhnt, nicht erfüllen, machen sie sich ohnehin strafbar. Voraussichtlich würden Sterbehilfeorganisationen durch eine transparente und offene Ermöglichung ärztlicher Suizidhilfe weitgehend überflüssig werden. Solange jedoch ärztliche Suizidhilfe nicht zuverlässig zur Verfügung steht, erfüllen sie eine wichtige Funktion. Ein Verbot organisierter nicht-ärztlicher Sterbehilfe würde zudem ein unfaires und problematisches soziales Signal aussenden. Es würde zu Unrecht signalisieren, dass besagte Organisationen als solche ethisch problematisch sind. Auf der anderen Seite würden zusätzliche gesetzliche Rahmenbedingungen ein Beruhigungssignal in Richtung derer senden, welche die Sorge vor Missbrauch umtreibt.

9 Dammbürche und Missbrauch sind bei *keiner* Form der Sterbehilfe mit letzter Sicherheit auszugeschließen, wohl aber sehr unwahrscheinlich und durch klare Sorgfaltskriterien und Transparenz zu konterkarieren.

Kritiker einer offen tolerierten ärztlichen Suizidhilfe warnen davor, dass dadurch Suizidentscheidungen zunehmend unter sozialem Druck getroffen werden könnten. Auch bestehe die Gefahr, dass die Bedingungen für die Zulässigkeit ärztlicher Suizidhilfe nach und nach aufgeweicht würden. Für beide Gefahren gibt es keine belastbaren Indizien. *Gegen* ihre Bedeutung aber gibt es gewichtige Einwände: Erstens muss und kann sozialem Druck auf Entscheidungen am Lebensende durch entsprechende gesellschaftliche und ärztliche Wachsamkeit vorgebeugt werden. Zweitens müssten analoge Fehlentwicklungen erst Recht im Zusammenhang mit dem Verzicht auf (häufig kostspielige) lebenserhaltende Therapien zu verzeichnen sein, wie sie seit Jahren und in zunehmender Zahl auf Intensivstationen getroffen werden. Es gibt aber keinerlei derartige Anzeichen. Drittens hat man mit gesetzlichen Auflagen zu Dokumentation und Begleitforschung sowie zu einer zeitnahen Überprüfung ihrer Ergebnisse durchaus Möglichkeiten an der Hand, einer ungewollten Ausweitung zu begegnen. Viertens zeichnen sich Dammbürchstendenzen offenbar bisher in keinem der Länder mit einer akzeptierten, transparenten und zum Teil langjährigen Suizidhilfe-Praxis ab.

10 Ärztliche Suizidhilfe sollte formalen Auflagen zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit unterliegen und wohl auch auf Patienten mit unheilbarer, nicht-psychiatrischer Krankheit begrenzt werden.

Wer die Zugänglichkeit von *ultima-ratio*-Suizidhilfe für Schwerstkranke befürwortet, muss zugleich ein Interesse daran haben, die Freiverantwortlichkeit von Suizidentscheidungen durch geeignete Vorsichtskriterien (Doppelkonsultation, Bedenkfrist, dokumentierte Aufklärung über Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten) abzusichern. Es scheint wegen der hohen

Bedeutung dieses Aspekts durchaus plausibel, diese Absicherung gesetzlich und damit in hohem Maße sichtbar zu verankern, statt sie der ärztliche Profession oder den Suizidorganisationen selbst zu überlassen. Auch hier geht es nicht zuletzt um soziale Signale.

In vielen Ländern diskutieren und fordern Befürworter liberaler Suizidhilferegulungen zudem unterschiedlich enge Voraussetzungen, die Patienten erfüllen müssten, um ärztliche Suizidhilfe erhalten zu dürfen. Hier stellen sich zunächst die Fragen (1.) nach der Beschränkung auf Patienten mit *unheilbarer Krankheit* und (2.) nach der Zulässigkeit von Suizidhilfe speziell für Patienten mit *psychiatrischen* Erkrankungen. In beiden Fragen sprechen Vorsichtsgründe für die jeweils restriktiven Regelungen: Mit Blick auf die besonderen Schwierigkeiten bei der Feststellung von Freiverantwortlichkeit von Patienten mit psychiatrischen Krankheiten sowie auf die sozialen Signale solcher Regelungen sollte die Erlaubnis zu ärztlicher Suizidhilfe wohl doch auf Patienten mit unheilbarer, nicht-psychiatrischer Krankheit beschränkt bleiben. Letztlich sind hier, ebenso wie in vielen anderen sozialen Zusammenhängen auch, schwierige Balancen zwischen Einzelfall- und Praxisbetrachtung herzustellen. Sie mögen in zwanzig Jahren anders ausfallen. Ihre Erfordernis und ihre mögliche Vorläufigkeit sind keineswegs Zeichen einer problematisch uneindeutigen Ethik. Im Gegenteil signalisieren sie Sensibilität und Realitätsbezug, ohne deswegen beliebig zu sein.

Desweiteren stellen sich die Fragen, ob (3.) Suizidhilfe an das *Terminalstadium* einer unheilbaren Krankheit oder jedenfalls (4.) an deren *Tödlichkeit* gebunden sein sollte. Diese Restriktionen würden Patienten mit für sie unerträglichen Erkrankungen, die unheilbar, aber eben nicht *terminal* oder *tödlich* sind, von Suizidhilfe abschneiden. Der Ausschluss solcher Patienten – etwa mit schwersten Beeinträchtigungen der Bewegungs- oder Kommunikationsfähigkeit – scheint normativ nicht zu rechtfertigen, auch wenn hinter diesem Ausschluss die psychologische Entlastung stehen mag, dass terminal kranke Suizidenten sich nur um das Erleben *kurzer* Restlebenszeiten bringen. Suizidhilfe sollte also auch bei freiverantwortlich entscheidenden Patienten geleistet werden dürfen, die subjektiv unerträglich an unheilbaren nicht-terminalen Krankheiten leiden. Denn was für einen Patienten noch erträglich ist oder zu sein hat, darf ihm nicht von außen aufgenötigt werden. Und was ihm selbst unerträglich ist, wird ihm durch die Aussicht, es könne noch länger andauern, ersichtlich nicht erträglicher.