

Constanze Angerer
Landgerichtspräsidentin a.D.
Mitglied des Deutschen Ethikrats



Stellungnahme
im Rahmen der Anhörung zum Thema
Sterbebegleitung am Freitag, 29. Mai 2015, im
Landtag Rheinland-Pfalz

Von der Intensität der Orientierungsdebatte des Landtags Rheinland-Pfalz, den differenzierten Ausführungen und dem moralischen Anspruch, der bei allen Rednerinnen und Rednern bei diesem Thema zum Ausdruck kam, war ich außerordentlich beeindruckt. Ich danke Ihnen, dass Sie mich als Mitglied des Deutschen Ethikrats zu Ihrem Anhörungsverfahren eingeladen haben.

Meine Stellungnahme stützt sich in den Grundzügen auf die Ad-Hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrats vom 18. Dezember 2014 zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft, des Weiteren auf das Positionspapier der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung. Ich setze mich auch mit dem Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids von Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing auseinander.

Für unsere Vorfahren war die Vorbereitung auf den Tod ein fester Bestandteil des Lebens und ein unerwarteter Tod ein schlechter Tod, sie wollten begleitet durch die Sterbesakramente und im Kreis der Familie Abschied nehmen. Heute heißt es nicht selten, dass man alt, gesund und unerwartet im Schlaf sterben will, viele hoffen, dass ihnen mit Hilfe der Medizin ein langes gesundes Leben beschieden ist und sie dann auch mit Hilfe der Medizin schnell und schmerzlos sterben können.

Wie wir wissen, kann unsere hochspezialisierte Medizin nicht selten unser Leben verlängern, den schnellen schmerzlosen Tod aber nicht in jedem Fall garantieren.

Wie kann dennoch das Sterben menschenwürdig gestaltet werden?

1. Was bedeutet Menschenwürde?

Der Begriff der Menschenwürde ist in zahlreichen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts definiert. Die Menschenwürde ist oberster Grundwert. Art. 1 GG sieht die Menschenwürde als Wesensmerkmal jedes Menschen, als Gestaltungsauftrag an den Staat und im Rahmen seiner sittlichen Autonomie auch an den einzelnen.

In Ihrer Landtagsdebatte wurde zu Recht hervorgehoben, dass die Würde des Menschen nicht von Fähigkeiten abhängt und sie nicht

danach bemessen werden kann, ob das Leben ohnehin bald zu Ende geht. Die Würde kommt allen Menschen in jeder Lebenssituation in gleicher Weise zu und sie ist nach Art. 1 GG unantastbar.

Aus der Würde des Menschen folgt sein Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, seine Autonomie. Hieraus leitet sich das Recht jedes voll einsichtsfähigen Patienten ab, frei zu bestimmen, ob ein ärztlicher Eingriff oder eine sonstige ärztliche Maßnahme vorgenommen, fortgeführt oder beendet wird, auch wenn die Ablehnung des Eingriffs oder ihrer Fortführung oder ihre Beendigung zum Tod des Patienten führt.

Menschenwürde und Autonomie sind die verfassungsrechtlichen Grundlagen für die Fragen, die der Staat, die Gesellschaft und der Einzelne mit Blick auf das Lebensende wahren muss bzw. will. Sie sind zugleich die ethischen Prinzipien, die die Entscheidung über diese Fragen tragen müssen.

Die erste Frage, die zu stellen ist, lautet:
Was wissen wir über das Sterben:

- 1.1 Die Statistiken über Todesursachen können einen ersten Aufschluss über den Verlauf des Lebensendes geben. Nach einer Statistik aus dem Jahr 2007 starben in Deutschland fast

48 % der Frauen an Krankheiten aus dem Herz/Kreislaufsystem, Männer etwas weniger, nämlich 38,5 %,

an Krebs Frauen fast 23 % und Männer 29 %,

an Erkrankungen der Atmungsorgane 6 bzw 8 % und

an sonstigen Ursachen 16 bzw. 15 %

In entwickelten Ländern wie Deutschland beruhen ca 90 % der Todesfälle auf Alterskrankheiten. Das ist erst einmal ein Faktum, das den hohen Stand unserer medizinischen Versorgung zeigt und uns dankbar machen muss. Wir können hoffen, vor unseren Kindern und Enkeln zu sterben. Dass wir im Durchschnitt viel älter als früher werden und – jetzt kommt ein wichtiger Zusatz – viel länger uns einigermaßen gesund und ohne auf fremde Hilfe angewiesen zu sein erhalten können, ist ein weiterer Punkt, den wir uns auch bei dieser Debatte bewusst machen sollen.

- 1.2 Gian Domenico Borasio hat sich in seinem Buch „Über das Sterben“ mit der Frage der verschiedenen Todesarten befasst und auch die Frage der zu erwartenden Schmerzen angesprochen, wovor wir uns überwiegend so fürchten. Ich beziehe mich in meinen Ausführungen auf dieses Buch.

Wann tritt der Gesamttod des Organismus ein? Der völlige Verlust der Funktionsfähigkeit eines lebenswichtigen Organs führt zum Tod. Zu den lebenswichtigen Organen gehören Herz, Gehirn, Lunge, Leber und Niere.

Der Herz-Kreislauf-Tod ist nicht immer ein schneller Tod im Schlaf; beruht er auf Herzinsuffizienz, kann das zu Atemnot und Schmerzen sowie zur Abgeschlagenheit führen. Das kann für die Patienten extrem belastend sein und ähnelt den dann den Symptomen des Krebstods.

Beim Lungentod kann auch die Atemnot zu einer schweren Belastung führen, bei einer chronischen Atemschwäche kommt es aber meistens zu einem friedlichen Tod im Schlaf.

Beim Leber- und Nierentod kann es zu Verwirrtheit und Krampfanfällen kommen, häufig gleiten die Patienten dann aber in einen Dämmerzustand, in dem sie in der Regel friedlich sterben.

Beim Gehirntod ist nach den Ursachen zu differenzieren. Ist der Druck im Gehirn nach einer Gewebeschwellung nach Schlaganfall, einer Blutung oder Metastasen gestiegen, führt das, weil Teile des Gehirns zusammengequetscht werden, zum Erlöschen der Hirnfunktionen und dadurch rasch zum Tod.

Die zweite Ursache ist eine fortschreitende Demenz oder sind sonstige neurogenerative Abbauprozesse, die über mehrere Jahre zu einem Abbau lebenswichtiger Funktionen führen, die aber in der Regel in einen für den Patienten friedlichen Tod münden, wenn nicht medizinisch eingegriffen wird und das Leben durch Apparaturen künstlich verlängert wird.

1.3 Der schmerzlose und schnelle Tod ist somit nicht sicher, wohl aber auf Grund unseres heutigen Standes der Medizin die Hoffnung darauf, dass die Ärzte unsere Schmerzen lindern und uns angemessen versorgen können.

2. In sämtlichen Äußerungen der Abgeordneten in der Debatte des Landtags wird die Bedeutung der Versorgung Sterbender in Palliativstationen und Hospizen zu Recht und überzeugend betont, weil die palliative Versorgung am Lebensende die Angst vor dem Sterben und den Tod vermindern kann und weil sie für die Angehörigen eine große Hilfe darstellt.

Deshalb wird von allen mit Nachdruck begrüßt, dass der Bundesminister für Gesundheit den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich mit einem weiteren Gesetz nachdrücklich stärken und

flächendeckend etablieren will. Das Bundeskabinett hat den Entwurf Ende April gebilligt.

Eine gute palliative Versorgung, die für alle Patienten mit einer schweren Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung erreichbar ist, ist ein verfassungsrechtliches und ethisches Gebot, das sich aus der Menschenwürde ableitet.

Sie kann auch den Wunsch nach einem Suizid entkräften. Aus dem Bericht des Palliativmediziners Gian Domenico Borasio wird deutlich, dass die Palliativversorgung, die in einer Palliativstation im Krankenhaus oder in einer Palliativklinik stattfindet, dafür da ist, Krisensituationen bei unheilbar Kranken zu bewältigen, die bei körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Erbrechen oder Delir oder bei psychosozialen Krisen eintreten, um den Patienten dann in stabilem Zustand nach Möglichkeit nach Hause oder in ein Hospiz zu verlegen.

So schildert Borasio den Fall einer 58 Jahre alten Patientin mit Brustkrebs, bei der Phasen der Verwirrtheit, im weiteren Halluzinationen und Wahnvorstellungen mit Schreikrämpfen auftraten. Sie wurde in der Palliativstation palliativ für 3 Tage sediert, danach waren die Halluzinationen und Wahnvorstellungen verschwunden, sie konnte nach Hause entlassen werden, wo sie nach 2 Monaten friedlich starb.

Auch Georg Maschmeyer, Leiter einer Klinik für schwerstkranke Menschen und selbst Palliativmediziner, hat ähnliche Erfahrungen mit Patienten in seiner Palliativstation gemacht; sie wünschen nach der Schmerzlinderung nicht den schnellen Tod durch Suizid, sondern wollen nach Hause entlassen werden, um dort noch bis zu ihrem Tod zu leben.

Neben der Palliativstation gibt es seit der Gesundheitsreform von 2007 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Es wurden flächendeckend Teams von 8 Mitarbeitern (Ärzte, Krankenschwestern, Koordinierungskräfte, Seelsorger) pro 250000 Einwohnern gebildet, die den Wunsch schwer kranker Menschen, zu Hause sterben zu können, erfüllen helfen.

Denn die ganz überwiegende Zahl der Menschen hat den Wunsch, zu Hause sterben zu dürfen. Leider sieht die Wirklichkeit noch anders aus: Nur 25 – 30 % sterben zu Hause, ca. 42 % sterben im Krankenhaus, 15 – 25 % sterben im Heim (bei steigender Tendenz) und je 1 – 2 % in der Palliativstation oder im Hospiz und 2 – 5 % an anderen Orten.

Die Unterbringung im Hospiz kann schwer kranken Menschen und ihren Angehörigen helfen, den nahen Tod zu ertragen, Hospize sind kleine, hochspezialisierte Pflegeheime für Sterbende.

Wie auch bei der Palliativversorgung haben sich auch ambulante Hospizdienste entwickelt, die die Angehörigen bei der Pflege eines Sterbenden zu Haus unterstützen.

3. Nicht alle Menschen wollen den Tod, wie er ihnen aufgegeben ist, abwarten. Die Medien haben immer wieder von bekannten Personen berichtet, die den Suizid wegen ihrer Erkrankung bewusst gewählt haben. Der Bericht über den Suizid eines bekannten Moderators hat z.B. in der Schweiz viele Menschen dazu bewogen, einem Sterbehilfeverein beizutreten. Auch in Deutschland hat sich bei einer Umfrage eine Mehrheit für die Zulassung der aktiven Sterbehilfe ausgesprochen.

Es erscheint fraglich, ob die Befragten eine Vorstellung haben, wie die Sterbehilfe durch die Vereine organisiert ist und ob sie im Fall einer Erkrankung wirklich diesen doch sehr bitteren Weg des Sterbens durch Einnahme eines tödlichen Gifts gehen wollen. Viele wissen gar nicht, dass die Angst vor dem Sterben und vor schweren Schmerzen durch die Palliativmedizin weitgehend genommen werden kann und auch mit Hilfe der Patientenverfügung ungewollte lebensverlängernde Maßnahmen verhindert werden können.

Bei den 85Jährigen und Älteren beträgt der Suizid 17,9 % aller Todesfälle.

Es gibt jährlich etwa 100 000 Suizidversuche und nach der Statistik aus dem Jahr 2011 10144 vollendete Suizide.

Gegenüber den Zahlen aus 2007 ist aber ein deutlicher Rückgang zu vermerken, im Jahr 2007 wurden 18451 Suizide vollzogen.

Als Gründe für den Rückgang des Suizids sind die verbesserte fachärztliche Versorgung und die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen festzustellen.

Der Deutsche Ethikrat fordert deshalb neben der Stärkung und Verbreitung der Hospiz- und Palliativversorgung, die meist nur ältere Kranke mit begrenzter Lebenserwartung erfasst, und für sie den tröstlichen Weg eines Lebensendes ohne Suizid eröffnet,

eine Suizidprävention, die vereinsamte, psychisch kranke Menschen durch eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung und durch niedrigschwellige Beratungsangebote in Lebenskrisen auffängt und unterstützt. Hierfür bedarf es der gezielten Weiterbildung der in den verschiedenen medizinischen Bereichen tätigen Ärzte und des Pflegepersonals, um die Gefahren frühzeitig zu erkennen und die Suizidgefährdeten zu therapieren.

4. Zur Diskussion über organisierte Sterbehilf

4.1 Begriffe

Freitod tauchte früher oft als Begriff z.B. bei Kleist auf, er ist jedoch als Begriff irreführend, weil der Freitod häufig nicht wirklich frei gewählt ist, sondern Folge einer schweren Depression ist, denken wir nur an den Torwart Robert Enke.

Selbstmord passt auch nicht wegen des Bezugs zu Mord, der nach deutschem Recht besondere erschwerende Merkmale wie Habgier oder niedrige Beweggründe verlangt, richtiger ist es daher von Selbsttötung oder Suizid zu sprechen.

Als indirekte Sterbehilfe wird die Schmerzmittelabgabe z.B. von Morphium bezeichnet, die eventuell zu einem früheren Todeseintritt führt.

Als Passive Sterbehilfe wird das Sterbenlassen bezeichnet, wenn die medizinische Behandlung unterlassen, begrenzt oder beendet wird (Behandlungsabbruch), weil der Patient eine weitere Behandlung ablehnt oder abgelehnt hat.

Aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn ein Dritter dem Patienten das tödliche Mittel verabreicht.

4.2 Strafrechtliche Fragen

Die Selbsttötung ist straffrei, weil Totschlag nach § 212 StGB oder Mord nach § 211 StGB die Tötung eines anderen verlangt.

Wer einen anderen auf dessen Verlangen hin tötet, macht sich nach § 216 StGB strafbar, die Strafandrohung lautet 6 Monate bis 5 Jahre. Diesen Straftatbestand erfüllt, wer auf Verlangen des Betroffenen die Giftspritze ansetzt oder selbst den tödlichen Trank verabreicht.

Der Ethikrat hat in seiner Stellungnahmen bekräftigt, dass die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen unverändert erhalten bleiben muss. Das war auch Konsens in Ihrer Debatte und in der Debatte des Bundestags.

Wer das todbringende Mittel verschafft, aber nicht selbst Hand anlegt, sondern die Entscheidung dem Sterbewilligen überlässt, begeht nur Beihilfe, die strafflos ist. Denn nach strafrechtlichen Grundsätzen setzt die Strafbarkeit der Beihilfe voraus, dass eine strafbare Haupttat vorliegt, die Selbsttötung ist jedoch nicht strafbar. Die Beihilfe ist jedoch nur dann nicht strafbar, wenn der Sterbewillige die Tatherrschaft, das heißt selbst die Verantwortung für seinen Tod behält.

Straffrei bleibt nach geltendem Recht auch der Arzt oder der Angehörige, wenn passive Sterbehilfe vorliegt, also entsprechend dem Willen des Patienten die medizinische Behandlung unterlassen, begrenzt oder beendet wird.

Nicht selten tritt die weitere Frage auf, ob der Arzt oder der Angehörige sich wegen unterlassener Hilfeleistung oder sogar wegen einer Garantenstellung für den Sterbenden der Tötung

durch Unterlassen strafbar macht, wenn der Sterbewillige bewusstlos wird, er ihn aber noch retten könnte.

Diese Frage ist noch nicht durch eine höchstrichterliche Entscheidung eindeutig geklärt.

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs war in einer Entscheidung aus dem Jahr 1984 noch sehr streng. Der Hausarzt traf seine Patientin zu Hause bewusstlos an, sie hatte Morphium genommen und einen Abschiedsbrief hinterlassen, in dem sie ihren Willen zu sterben bekräftigte. Der Arzt wurde nur deshalb freigesprochen, weil nicht nachzuweisen war, dass die Patientin noch zu retten gewesen wäre, als er sie aufsuchte. In einer neueren Entscheidung des Bundesgerichtshofs ist zwar bemerkt, dass bei einem ernstgemeinten, freiverantwortlichen Entschluss des Sterbenden auch keine nachträgliche Strafbarkeit wegen einer Tötung durch Unterlassen anzunehmen sei, aber es ist nicht abschließend klargestellt, dass von der früheren Rechtsprechung abgegangen wird.

In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird dagegen ganz überwiegend in einem solchen Fall eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung oder bei einem Garanten eine Tötung durch Unterlassen abgelehnt.

Folgend der Empfehlung der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung halte ich es für wichtig, dass der Gesetzgeber dazu eine klarstellende Regelung trifft und festschreibt, dass der Arzt oder der Angehörige nicht wegen unterlassener Hilfeleistung oder auf Grund seiner Garantenstellung wegen Tötung durch Unterlassen strafbar ist, wenn zweifelsfrei feststeht, dass der Suizid auf einer frei verantwortlichen Entscheidung beruht.

5. Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen

5.1 In Deutschland hat sich die Debatte an zwei aktiven Sterbehilfeorganisationen entzündet, nämlich Dignitas Deutschland und Sterbehilfe Deutschland.

Dignitas Deutschland ist ein eingetragener Verein, der seit 2005 besteht. Er hilft bei der Abfassung von Patientenverfügungen und bietet seinen Mitgliedern an, dass sie in der Schweiz die dort praktizierte Unterstützung beim Suizid erhalten. Der Sterbewillige muss dafür in die Schweiz fahren, wird dort von einem Arzt untersucht, der dem Sterbewilligen ein Rezept für Natrium-Pentobarbital ausstellt, das der Patient dann in den Räumen von Dignitas einnehmen kann. Voraussetzung für die Ausstellung des Rezepts ist die Urteilsfähigkeit des Patienten, eine zum Tod führende Krankheit oder unzumutbare Behinderung oder unzumutbare Schmerzen. Wer Mitglied werden will zahlt eine

Aufnahmegebühr und monatliche Mitgliedsbeiträge und die Kosten der Sterbebegleitung in Höhe von 5600 €.

Sterbehilfe Deutschland ist ein vom früheren Justizsenator Kusch gegründeter Verein, der sich auch für den Ausbau der Palliativmedizin einsetzt und die Mitglieder bei der Abfassung der Patientenverfügungen unterstützt. Er ermöglicht seinen Mitgliedern einen begleiteten Suizid. Die Suizidbegleitung kostet 7000 € und setzt voraus, dass der Sterbewillige die erforderliche Einsichtsfähigkeit besitzt, sein Entschluss durchdacht, nachvollziehbar und unumstößlich ist. Der Abgeordnete Dr. Wilke hat sehr eindrucksvoll in der Debatte vom 19. März aus der Homepage des Vereins die verschiedenen zeitlichen Varianten zitiert.

5.2 Schon in der letzten Legislaturperiode des Bundestags wurde die Strafbarkeit der gewerbsmäßig durchgeführten Suizidbeihilfe erörtert, der Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 17/11126) sah eine Strafbarkeit der absichtlichen und gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung vor, nicht gewerbsmäßig handelnde Personen sollten straffrei bleiben, wenn sie Angehörige oder sonst nahestehende Personen sind. Es kam nicht zur gesetzlichen Regelung, weil keine Einigung darüber erzielt werden konnte, ob allein das Verbot der gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe ausreicht. Der Deutsche Ethikrat vertrat 2012 mehrheitlich die Auffassung, dass jede Form der organisierten Suizidbeihilfe reguliert werden solle. Gewerbsmäßig heißt gewinnorientiert, organisiert verlangt ein Handeln von mindestens zwei Personen.

Zu Beginn der neuen Legislaturperiode hatte die Bundesregierung auch eine Regelung zur Suizidbeihilfe angekündigt. Zur Vorbereitung der Diskussion im Parlament hat die Deutsche Stiftung Patientenschutz einen Entwurf vorgelegt, der die absichtliche oder geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe stellen will, nicht aber für Angehörige oder sonst dem Patienten nahestehende Personen.

5.3 Die Professoren Borasio, Taupitz, Wiesing und Privatdozent Jox haben 2014 einen Gesetzesvorschlag erarbeitet, der abweichend von der bisher einhelligen Meinung eine Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid vorschlägt; eine Ausnahme solle nur für Angehörige gelten, wenn sie einem freiverantwortlich handelnden Volljährigen Beihilfe leisten.

Der Arzt dürfe nur dann straffrei Beihilfe leisten, wenn er zur Überzeugung gelangt, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung die Beihilfe zur Selbsttötung verlangt, der Patient nach der Überzeugung des Arztes an einer unheilbaren Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung leidet, den Patienten über die palliativ medizinischen Maßnahmen aufgeklärt hat, er einen weiteren Arzt zur Beurteilung herangezogen hat und 10

Tage nach dem Aufklärungsgespräch über die palliativmedizinischen Möglichkeiten verstrichen sind.

Zusätzlich wird vorgeschlagen denjenigen zu bestrafen, der mit der Hilfeleistung beim Suizid seines Vorteils wegen oder sonst in anstößiger Weise unter Strafe Werbung macht.

5.4 Verschiedene Gruppen von Abgeordneten haben bei der großen Debatte im Bundestag am 13. November 2014 ihre Positionspapiere dargelegt. Überwiegend wurde vorgeschlagen, die organisierte Sterbehilfe unter Strafe zu stellen. Auch ein Verbot jeder eigennützigen Suizidbeihilfe und die Werbung dafür wurde diskutiert. Aber es bestand Einigkeit darüber, dass Angehörige und die Ärzte, die das besondere Vertrauen des Patienten genießen, bei der Suizidbeihilfe straffrei bleiben sollen, das strafrechtliche Verbot des Tötens auf Verlangen aber aufrecht erhalten wird. In der Debatte wurde in Übereinstimmung mit der Bundesregierung hervorgehoben, dass die Palliativ- und Hospizversorgung weiter auszubauen ist, hierin sahen alle ein dringendes Anliegen. Dem wird auch durch den vorliegenden Entwurf des Bundesgesundheitsministers Rechnung getragen.

5.5 Der Deutsche Ethikrat hat sich in seiner Ad-Hoc-Stellungnahme vom 18. Dezember 2014 mit der Frage der Strafbarkeit der Suizidbeihilfe befasst. Er ist der Auffassung, dass der Suizid und die Beihilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid auf Grund unserer freiheitlichen Grundordnung nicht strafbar sein sollen. Die Strafbarkeit des Suizids würde eine Rechtspflicht zum Leben voraussetzen, eine solche Rechtspflicht würde grundlegenden Vorgaben des Grundgesetzes widersprechen. Dann könne aber auch die Beihilfe zu einem frei verantworteten Suizid nicht strafbar sein und auch keine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung in Betracht kommen.

Die Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung empfiehlt jedoch dem Gesetzgeber zu prüfen, ob Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Gründen zu verbieten sind, wie dies in der Schweiz bestimmt ist. Sie empfiehlt auch die Prüfung eines strafrechtlichen Verbots für die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid von Minderjährigen. Beide Empfehlungen halte ich für sehr überzeugend, weil mancher alte Mensch oder ein Minderjähriger durch Dritte beeinflussbar ist und sie sich die fremde Meinung zu eigen machen könnten.

5.6 In den Niederlanden, Belgien und Luxemburg ist aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Zwei Ärzte müssen prüfen, ob der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung sterben will, ob sein Zustand aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist und keine andere Lösungsmöglichkeit besteht. In die Regelung sind auch Minderjährige einbezogen.

In der Schweiz gilt folgende Regelung: Art. 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs bestimmt, dass Suizidbeihilfe aus selbstsüchtigen Motiven nicht erlaubt ist, eine normale Entschädigung für die Dienstleistung wird aber nicht als Suizidbeihilfe aus selbstsüchtigen Motiven verstanden.

Auf dieser Grundlage sind in der Schweiz die Sterbehilfeorganisationen Exit Deutsche Schweiz und Exit Romandie und Dignitas entstanden. Bei zwei Volksabstimmungen im Kanton Zürich wurde eine Abschaffung der Suizidhilfe mit 85 % für die eigenen Staatsangehörigen und mit 76 % für Ausländer abgelehnt. Dass Deutsche zu diesem Zweck in die Schweiz reisen, wird es daher auch weiterhin geben.

5.6 Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in drei Entscheidungen die unterschiedlichen Regelungen als mit der Europäischen Menschenrechtskonvention für vereinbar gehalten.

6. Ethische Anforderungen

6.1 Verlangt das Prinzip der Privatautonomie die Zulassung der organisierten Sterbehilfe?

Manche fragen, warum werden Patienten gezwungen, in die Schweiz zu fahren, um ihrem Leben ein Ende setzen zu können. Der Ethikrat hat die Frage der Zulassung der organisierten Sterbehilfe für Deutschland entschieden verneint und ein ausdrückliches gesetzliches Verbot befürwortet.

Ich zitiere aus der Stellungnahme des Ethikrats, die auch meine Meinung wiedergibt:

„Allerdings sollten nach Auffassung der Mehrheit des Ethikrates Suizidbeihilfe sowie ausdrückliche Angebote dafür untersagt werden, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind, öffentlich erfolgen und damit den Anschein einer sozialen Normalität ihrer Praxis hervorrufen könnten. Dies dient dem Schutz sozialer Normen und Überzeugungen, in denen sich der gebotene besondere Respekt vor dem menschlichen Leben widerspiegelt. Eine Suizidbeihilfe, die keine individuelle Hilfe in tragischen Ausnahmesituationen, sondern eine Art Normalfall wäre, etwa im Sinn eines wählbaren Regelangebots von Ärzten oder im Sinne der Dienstleistung eines Vereins wäre geeignet, den gesellschaftlichen Respekt vor dem Leben zu schwächen. Des Weiteren und vor allem ist der Gefahr fremdbestimmender Einflussnahme in Situationen prekärer Selbstbestimmung vorzubeugen. Schließlich könnte es die Anstrengungen der Suizidprävention unterlaufen, wenn eine Beihilfe den Charakter einer gesellschaftlich akzeptierten Üblichkeit erhielte. Dabei ist es unerheblich, ob die Beihilfe durch eine Organisation oder eine Einzelperson erfolgt.“

6.2 Die Mehrheit des Ethikrats lehnt aber auch – anders als der Gesetzesvorschlag von Borasio, Jux, Taupitz und Wiesing – eine

eigene gesetzliche Regelung für die ärztliche Suizidbeihilfe oder für eine andere Berufsgruppe ab, weil damit gleichsam „erlaubte Normalfälle“ einer Suizidbeihilfe definiert würden.

6.3 Wie verhält es sich mit der passiven Sterbehilfe?

Oben habe ich das Prinzip der Menschenwürde im Zusammenhang mit dem Aspekt des menschenwürdigen Lebens mit Blick auf das Lebensende betont. Jetzt geht es um den Gedanken der Autonomie, das heißt die individuelle Selbstbestimmung mit Blick auf den Todeszeitpunkt, welche medizinischen Maßnahmen z.B. die Einführung einer Magensonde zur künstlichen Ernährung noch ergriffen werden sollen, und welche Maßnahmen fortgeführt oder beendet werden sollen, auch wenn sie noch Chancen der Lebensverlängerung bieten würden.

Der Arzt darf sich über den Willen des Patienten nicht hinwegsetzen, sonst begeht er eine strafbare Körperverletzung. Der Gedanke der Selbstbestimmung ist ein ethisches Prinzip, das in unserer Gesellschaft allgemein anerkannt ist und deshalb auch den Gesetzgeber geleitet hat, als er die Regelung der Patientenverfügung in § 1901 a BGB getroffen hat.

Nicht selten tritt im konkreten Fall für die Angehörigen, den Arzt, das Heim aber die Frage auf, ob der Patient auch in der jetzigen Situation noch die lebensverlängernden Maßnahmen ablehnt oder ob er seinen Willen geändert hat. Es ist daher wichtig, die Patientenverfügung, die früher getroffen wurde, auch immer wieder zeitlich zu erneuern und an die neue Situation, das eingetretene Krankheitsstadium anzupassen, damit auch wirklich der zeitnah geäußerte Wille des Patienten entscheidet. Manchmal kann es ja auch ganz anders aussehen, der Patient will noch die Hochzeit des Kindes oder Enkels erleben und will dafür am Leben bleiben.

Liegt keine Patientenverfügung vor und auch keine Bevollmächtigung eines Dritten, der den Willen des Patienten für ihn äußern kann, dann ist der mutmaßliche Wille des Patienten zu ermitteln. Dazu sieht das Gesetz in § 1901 a BGB vor, dass an Hand von konkreten Anhaltspunkten dieser Wille festzustellen ist. Frühere Äußerungen, ethische Überzeugungen oder sonstige persönliche Wertvorstellungen sind heranzuziehen, oft eine schwierige Frage für die Angehörigen und damit auch für den Arzt. Im Streitfall muss dann das Betreuungsgericht entscheiden, ob die lebensverlängernde Maßnahme ergriffen oder beendet wird.

Das Positionspapier der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung empfiehlt auch insoweit eine gesetzliche Klarstellung, dass die passive Sterbehilfe unter den genannten Voraussetzungen straffrei ist.

Eine gute Palliativversorgung und eine klare, zeitnahe Patientenverfügung werden unserer Vorstellung vom menschenwürdigen Sterben und von der angemessenen Wahrung der Selbstbestimmung des Sterbenden gerecht. Damit geben der Staat und die Gesellschaft grundsätzlich eine Antwort auf die drängenden Fragen einer Sterbehilfe.

6.4 Aber nicht immer reichen die Palliativversorgung und die Patientenverfügung aus, um den dringenden Wunsch des Sterbenden nach Beendigung seines qualvollen Leidens zu beseitigen.

Es sollte daher dem Arzt auch nicht durch Standesrecht verboten sein, im Einzelfall auf Grund des Vertrauensverhältnisses zwischen ihm und dem Patienten eine Suizidbeihilfe unter besonderen Umständen zu leisten. Dazu gehört dann auch, dass im Einzelfall der Arzt auch nach dem Betäubungsmittelgesetz straffrei bleibt, wenn er das entsprechende Betäubungsmittel verschreibt.

Der Musterentwurf der Bundesärztekammer sieht in § 16 vor, dass Ärzte keine Beihilfe zum Suizid leisten dürfen. Nicht alle Landesärztekammern haben das Verbot des Musterentwurfs der Bundesärztekammer übernommen, so auch nicht die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und auch nicht die Bayerische Landesärztekammer.

7. Zusammenfassung der Empfehlungen:

- Das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen sollte ausnahmslos bestehen bleiben.
- Die Straffreiheit des Suizids und die darauf beruhende grundsätzliche Straflosigkeit der Beihilfe und der Anstiftung sollte beibehalten werden.
- - Eine Suizidbeihilfe oder öffentliche Angebote dafür sollten jedoch verboten werden, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind und öffentlich erfolgen. Dabei ist unerheblich, ob sie durch eine Organisation oder durch einen einzelnen erfolgen.
- - Anstiftung oder Beihilfe aus selbstsüchtigen Motiven sollten entsprechend der Schweizer Regelung des Art. 115 StGB strafbar sein.
- - Auch die Strafbarkeit der Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid eines Minderjährigen sollte erwogen werden.
- Regelungen zur passiven Sterbehilfe erscheinen angesichts der klaren Regelungen zur Patientenverfügung nicht geboten.
- Mit Blick auf die Rechtsprechung zur Tötung durch Unterlassen sollte der Gesetzgeber aber eine klarstellende Regelung treffen, dass bei einem frei verantworteten Suizid den Angehörigen oder den Arzt keine Rettungspflicht trifft.

- Der Gesetzgeber sollte auch klarstellen, dass sich ein Arzt, der in einer Ausnahmesituation Sterbehilfe leistet, nicht nach dem Betäubungsmittelgesetz strafbar macht.