

Vorwort

Gita Neumann: Suizidhilfe als Herausforderung

Einführung in den Sammelband

Der Mythos ist eine kollektive Verkennung von Realität mit einer besonderen Eigenschaft, wie Theodor W. Adorno darlegte: Ihm ist durch Aufklärung nicht oder nur sehr schwer beizukommen. Bei der vorliegenden Publikation, welche die Suizidhilfe als Herausforderung thematisiert, kommt ein Bündel mehrerer Mythen zum Vorschein: Der Allmachtsmythos einer – überschätzten und ideologisch vereinnahmten – Palliativmedizin; der Rechtfertigungsmythos des Hippokratischen Eides, den es in der Realität so gar nicht gibt; der Freiheitsmythos als exemplarischer Ausdruck für den Willen zum Suizid. Besonders hervorzuheben ist jedoch die tief im allgemeinen Bewusstsein verankerte (durchaus falsche) Vorstellung, auch die Hilfe zum Suizid wäre in Deutschland verboten, weil sie doch „aktive Sterbehilfe“ sei. Dieser Mythenzauber bewirkt, dass man sich hierzulande immer wieder zufriedengibt mit der – obwohl tatsachenwidrigen – Aussage von Ärztinnen und Ärzten: „Ich habe den Hippokratischen Eid geschworen, ich darf das nicht.“

Insofern änderte der Beschluss der Bundesärztekammer (BÄK) vom Sommer 2011, die Suizidhilfe für Ärzte nunmehr standesrechtlich zu sanktionieren, die Lage wahrscheinlich gar nicht entscheidend. Dieser BÄK-Vorstoß, einen neuen Verbotsparagrafen 16 in die Musterberufsordnung einzusetzen, scheint vielmehr ein Versuch unter mehreren zu sein, um dem in der Realität zunehmenden „Bröckeln“ des Suizidhilfe-Tabus Einhalt zu gebieten. Dies zeigt zunächst auch die beabsichtigte Abschreckungswirkung bei der in Fragen der Sterbehilfe höchst verunsicherten Ärzteschaft.

Doch schon wird in Fachkreisen debattiert, ob die Bundesärztekammer nicht den besagten Paragrafen aus der Musterberufsordnung wieder zurücknehmen müsse, da dieser eine verfassungswidrige Einschränkung der ärztlichen Gewissens- und Berufsfreiheit mit sich bringe. Das ist zwar unbedeutend – doch sind es wirklich ausschweifend geführte juristisch und medizinethische Diskurse, die uns hier weiter bringen? Man kann wohl sagen, dass alle Argumente hinreichend bekannt und ausgetauscht sind.

Demgegenüber scheint es vor allem an einem zu mangeln: Zivilcourage. In Deutschland (anders als vor allem in katholisch geprägten Ländern, wo strikte Verbote bestehen) existiert auch ohne strafrechtliche Folgen oder standesrechtliche Sanktionen die Wirkungsmacht einer enormen Einschüchterung. In absehbarer Zeit dürften jedoch in Europa und Nordamerika nicht nur Aufgeklärtheit, sondern auch Zustimmung und schließlich die Forderung einer immer älter werdenden Bevölkerung stärker werden, welche die Möglichkeit eines „letzten Auswegs“ für sich in Anspruch nehmen möchte. Dieser hätte sowohl verlässlich, vor allem aber human zu sein – d. h. ohne gefürchtete „Nötigung“ oder jedweden Druck von außen, etwa durch Fehlen von ausreichender (palliativmedizinischer) Gesundheitsversorgung.

Mehrheitsmeinung der Bevölkerung

Alle sich in diesem Sammelband äussernden Ärzte beklagen die entsprechende Neufassung der Musterberufsordnung, wie sie auf dem Kieler Ärztetag am 1. Juni 2011 verabschiedet wurde. Sie sehen darin einen Affront gegen ihre Gewissensfreiheit. Doch bestehen durchaus Differenzen zwischen den Autoren, etwa in der Bewertung früherer BÄK-Formulierungen. Waren die, nur wenige Monate vorher ebenfalls von der BÄK verabschiedeten neuen Grundsätze zur Sterbebegleitung – wie Michael de Ridder ausführt – zumindest von größerer Toleranz geprägt und damit akzeptabler? Hatten sie

somit – auch in der Bevölkerung – Anlass zu Hoffnungen auf eine Liberalisierung gegeben, die dann um so bitterer enttäuscht wurden? Meinolfus Strätling bestreitet dies. Ihm gilt die Formulierung in den Grundsätzen der BÄK, dass die Suizidhilfe „nicht zu den ärztlichen Aufgaben“ gehöre, bereits als der eigentliche Stein des Anstoßes.

In diesem Zusammenhang mag der Einwand erlaubt sein, dass immerhin die Schweizer Ärzteschaft die Suizidhilfe auch nicht zu ihren Aufgaben zählt. Dort kommt Ärztinnen und Ärzten in der Regel „nur“ das Recht zu, in enger Zusammenarbeit mit speziellen Suizidhilfe-Vereinigungen das zur friedlichen Selbsttötung bestens geeignete Natrium-Pentobarbital zu verschreiben (ein Mittel, das in Deutschland verboten, bzw. nur in der Tiermedizin erlaubt ist).

In der Schweiz besteht diesbezüglich die jahrzehntelange Tradition, dass Nicht-Mediziner von Organisationen wie EXIT für Schweizer Bürger/-innen (und seit 1998 DIGNITAS auch für Ausländer/-innen) letztendlich für die Suizidbegleitung und -durchführung zuständig sind. Zugespitzt würde man die Fragestellung weiter treiben können: Sollen überhaupt – vorwiegend – Ärzte die Rolle des Suizid-Helfers übernehmen? Tatsächlich machen sich nicht wenige Bürger/-innen in Deutschland angesichts zunehmender Restriktionen Gedanken darüber, ob ein Apotheker dazu nicht besser geeignet wäre. Längst gibt es verstärkte „Selbsthilfe“-Bestrebungen, wo und wie man sich über erprobte Suizid-Mittel (auch nicht-medikamentöser Art) mit anderen Interessierten austauschen kann.

Ob sich angesichts des hohen Ideologisierungsgades der gegenwärtigen Debatte sorgsam abgewogene Lösungsvorschläge Gehör verschaffen können? Anlass zu Ermutigungen geben die hier (meist in Auszügen) veröffentlichten Briefe Betroffener, eine Auswahl, die leicht hätte vergrößert werden können. Sie lassen ein hohes Reflexions- und Verantwortungsniveau und auch nüchternen Realitätssinn erkennen. Diese Briefe wurden der Herausgeberin in ihrer Funktion als psychologische Beraterin im Humanistischen Verband Deutschlands (HVD) zugeschickt. Obwohl alle Absender der Nennung ihrer Vollnamen zugestimmt haben, wurde davon abgesehen, außer wenn die Betroffenen selbst besonderen Wert auf Öffentlichkeit legten. Dies war bei Ursula Dietze der Fall, die mit ihrer posthumen Dokumentation das Ausmaß der Verzweiflung aufzeigt, in der sich Patienten wie sie mit unerträglichen und untherapierbaren Schmerzen befinden. Die Wahrheit in unserem Land ist: Sie finden auch auf eindringlichsten, nachhaltigen, wiederholten und absolut überzeugenden Suizidwunsch keinen Arzt in ihrem Umfeld, der mit entsprechenden tödlichen Medikamenten helfen würde. Da es in der Palliativmedizin die terminale Sedierung gibt, muss zwar niemand mit unerträglichen Beschwerden sterben – wohl aber, sofern nicht gleichzeitig todkrank, noch lange damit leben. Multimorbiden Schmerzpatienten wie Ursula Dietze, bleibt dann als einzige Möglichkeit ihren nicht linderbaren Qualen auf humane Weise zu entkommen nur der Weg über den Arzt einer Suizidhilfeorganisation. Dort Tätigen sollen nun durch einen neuen Strafrechtsparagrafen Gefängnisstrafen bis zu drei Jahren angedroht werden. Eine Begleitung, etwa in die Schweiz, könnte ebenso bestraft werden. Soll auch noch das letzte Schlupfloch verstopft werden, muss sich niemand über das Ergebnis einer jüngsten Emnid-Umfrage wundern: Danach spricht sich die Mehrheit der Deutschen (fast jeder Zweite) dafür aus, dass selbst eindeutig kommerzielle Anbieter auf diesem Gebiet tätig sein dürfen.

Aus soziologischer Sicht wird seit vielen Jahren beklagt, dass die von Expertenkreisen in die Öffentlichkeit getragenen Debatten um selbstbestimmtes und würdevolles Sterben an einem irritierenden Manko leiden. Der weitgehende Konsens der Eliten und Entscheidungsträger (wenngleich es in diversen interdisziplinären Ethikräten auf Bundes- und Landesebene oder in der Politik immer auch abweichende Meinungen gibt) geht weit an den Wertungen in der Bevölkerung vorbei. Diese – über die entschieden wird –

spricht sich in empirischen Untersuchungen konstant mit großer Mehrheit „pro Sterbehilfe“ aus.

Eine solche Diskrepanz wird nicht dadurch entschärft, dass es am Ende nur eine verschwindend kleine Minderheit sein dürfte, die tatsächlich von einem Ärztlich Assistierten Suizid Gebrauch machen würde. Andere (umstrittene) bio- und medizinethische Regelungen, – sei es die Präimplantationsdiagnostik oder auch Organspende – entsprechen in der Praxis ebenfalls höchstens im einstelligen Prozentbereich Betroffene. Auch ein anderes quantitativ begründetes Argument vermag – wenngleich beeindruckend – in diesem Zusammenhang nichts von Bedeutung beizutragen. Der renommierte Würzburger Suizidforscher Armin Schmidtke gibt an, dass die etwa 100.000 Suizidversuche im Jahr so gut wie ausnahmslos von schwer depressiven bzw. psychisch kranken Menschen begangen würden. Das gelte auch für etwa neunzig Prozent der erfolgten Suizide jährlich. Laut amtlicher Todesursachenstatistik handelt es sich dabei in Deutschland um etwa 11.000 Menschen (wobei auf der Hand liegt, dass Methoden durch Schusswaffe, Sturz oder Erhängen weitaus eher erfasst werden als medikamentöse Praktiken bei sowieso Schwerkranken oder Hochbetagten – die folglich als Suizid oft unentdeckt bleiben).

Es gibt etwa 800.000 Sterbefälle in Deutschland pro Jahr. Selbst wenn es sich nur um eine Minderheit von etwa einem halben Prozent handeln würde, die für sich unerträgliches Leiden im Sinne einer ernsthaften Bilanz als nicht behebbar ansieht, wären diese Menschen zahlenmäßig von erheblicher Relevanz. Dabei geht es beim Thema einer ethisch vertretbaren ärztlichen Suizidhilfe überhaupt nur um solche – allerdings dauerhaft nicht zu vernachlässigende – Patienten, nicht etwa um Suizide generell.

Eine weitere Polarisierung bzw. Politisierung der Debatte nach dem üblichen Schema „Fortschritt“ versus „Reaktion“ ist bei diesem Thema fehl am Platz. Doch steht ganz offensichtlich ein sehr einflussreiches und wirkungsmächtiges Bündnis aus den beiden christlichen Kirchen, der Bundesärztekammer, den Palliativ- und Hospizverbänden (einschließlich eines enormen Stiftungswesens auf diesem Gebiet) und den politischen Parteien einer – von dieser Elite als unbedeutend angesehenen – Mehrheit der Bevölkerung gegenüber. Diese wiederum wird nur von einer kleinen Gruppe vorwiegend humanistisch orientierter Verbände, einzelnen liberalen Politikern, Juristen, Medizinethikern und Ärzten unterstützt.

Aktuelle strafrechtliche Dimension

Obwohl die Hilfe bei einem freiverantwortlichen Suizid heute – und absehbar auch zukünftig – in Deutschland nicht strafbar ist, hängt über ihr ein Damoklesschwert, nämlich die staatsanwaltschaftliche Ermittlung. Gefürchtet wird eine Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung, welche insbesondere Garanten wie Angehörige und Ärzte hart treffen würde und nicht außer Kraft zu setzen wäre – so wird es zumindest bis heute in nahezu allen Veröffentlichungen und Fortbildungen kolportiert.

Befürworter der Suizidhilfe fordern unbeeindruckt von feinen, aber doch klaren strafrechtlichen Differenzierungen, dass auch hierzulande – wie etwa in der Schweiz – die Gesetze „endlich“ geändert werden müssten. Und zwar sollte dies dahin gehend geschehen, dass auch unseren Ärzten – gegebenenfalls unter „strengsten Sorgfaltskriterien“ – die Abgabe von tödlich wirkenden Mitteln zu erlauben sei, wenn ihre schwerstkranken Patienten eindringlich darum bäten. Nur existieren solche Verbotsgesetze im deutschen Strafrecht gar nicht. De facto haben wir damit sogar eine noch liberalere juristische Ausgangssituation als unsere südlichen Nachbarn, dem Stammland von EXIT und DIGNITAS, wo es durchaus ein Verbot im Schweizer Strafrecht gibt – nämlich das der Suizidhilfe aus „selbstsüchtigen“ Motiven.

Die bedeutend liberalere Praxis beruht in der Schweiz offensichtlich darauf, dass dort die Selbstbestimmung auch beim humanen Sterben tief in der eidgenössischen Mentalität verwurzelt ist. Eine fremde Autorität wird kaum akzeptiert. Es herrscht dort ein anderes Bewusstsein und eine große gesamtgesellschaftliche und politische Akzeptanz – was mit dem Strafrecht erst einmal kaum zu tun hat. Der praktische Unterschied besteht in der traditionell selbstverständlichen Handhabung der Suizidhilfe dort.

Im Frühjahr 2012 gab es in Deutschland mit einem Referentenentwurf den Versuch des Bundesministeriums der Justiz (BMJ), überhaupt erst einmal bestimmte Aspekte der Suizidhilfe – nämlich wenn sie gewerblich betrieben und beworben wird – unter Strafe zu stellen. Gegnern der Suizidhilfe geht dies nicht weit genug. Sie befürchten gar, dass ein „Schuss nach hinten“ losgehen könnte. Schwere Bedenken äußerte die Vorsitzende der Christdemokraten für das Leben, Mechthild Löhr, die mit einem solchen Strafgesetz „die Freigabe der Sterbehilfe“ verbunden sieht. Löhr bemängelte, nun werde erst bekannt gemacht [!], dass „Hilfe zum Selbstmord“ im Unterschied zur Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) bei uns ja gar kein Strafrechtsparagraf ist. Sie hat auch guten Grund dazu, ergab doch eine von ihr 2011 bei Infratest dimap in Auftrag gegebene Umfrage: 93 Prozent der Befragten glauben fälschlicherweise, Besorgen und Bereitstellen von Tabletten für einen Sterbewilligen sei in jedem Fall verboten.

Wie ist es möglich, dass sich Fehleinschätzungen so hartnäckig halten können, trotz zunehmend öffentlich geführter Debatten? Den Irritationen und Desinformationen wurden im Sommer 2012 gar die Krone aufgesetzt. Eine Welle der Empörung, ausgelöst durch Suizidhilfegegner, schlug dem BMJ entgegen: Dessen erweiterter Gesetzentwurf würde angeblich die Straffreiheit für die Beihilfe zur Tötung in Deutschland einführen.

Die weitere Tabuisierung hat vermutlich damit zu tun, dass in den Medien irreführende Begriffe wie „aktive“ Sterbehilfe, „Selbstmord“ oder gar Tötung „durch Unterlassung auf Verlangen“ für Verwirrung sorgen. Dies gilt traditionell für ein angebliches Strafbarkeitsdelikt bei Nicht-Hinderung auch eines frei verantwortlichen Suizids – zu dem im Vorfeld straffrei Hilfe geleistet werden darf.

Dieses Paradoxon ist in der Literatur hinreichend kritisch beschrieben worden. Heutzutage dient es oftmals der – einzig verbliebenen, aber wirksamen – Abschreckung. So lesen wir etwa im Rahmen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms in einer Broschüre Wenn das Altwerden zur Last wird am Ende unter Juristische Regeln: In Deutschland gelte eine Suizidhandlung prinzipiell als „Unglücksfall“, wobei jeder Bürger verpflichtet sei, Hilfe zu leisten. Dies betreffe besonders Personen in einer sogenannten Garantenstellung, d. h. die mit besonderer Fürsorgepflicht gegenüber den Patienten ausgestattet sind. Garanten seien z. B. – wird dann erläutert – „Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter“.

Es wird darüber wohlweislich nicht aufgeklärt, dass dies zumindest juristisch strittig ist, wenn nicht sogar falsch, wenn man der in diesem Band dargelegten Rechtsauffassung des Medizinrechtlers Wolfgang Putz folgt. Dieser kommt zu dem Fazit: „Die geltende deutsche Rechtslage ermöglicht bei Beachtung aller aufgestellten Kriterien, insbesondere der Freiverantwortlichkeit der begleiteten Suizidenten sowie sinnvollerweise nach einer vorausgehenden Modifizierung der Garantenpflicht, eine straflose Unterstützung eines Suizides ‘vom Anfang bis zum Ende’.“ Daran wird sich in absehbarer Zeit auch nichts ändern, denn eine politische Einigung darauf, welche Gruppe von Menschen zukünftig von Strafe bei der Suizidhilfe betroffen und welche ausgenommen sein soll, scheint unabsehbar.

Demgegenüber werden Verunsicherung, Verängstigung und Hilflosigkeit aufseiten der potenziellen Helfer und Helferinnen geschürt. Die ideologische und emotionale Aufladung der Thematik sind einer nüchternen, die juristischen Details der Rechtsfort-

schreibung beachtenden Betrachtung nicht unbedingt förderlich, diese ist gleichwohl zu empfehlen.

Der Beitrag von Rechtsanwalt Wolfgang Putz ist eine gekürzte Fassung seines unter dem Titel „Strafrechtliche Aspekte der Suizid-Begleitung im Lichte der Entwicklung von Rechtsprechung und Lehre zur Patientenverfügung“ in der Festschrift für Gunter Widmaier bereits 2008 veröffentlichten Textes im Carl Heymanns Verlag Köln.¹ Der Abdruck des um etwa ein Drittel gekürzten Beitrages erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Autor und Verlag. Er ist von bleibender Aktualität. Strafrechtlich haben sich in Sachen Suizidhilfe seit dem Erscheinungen des Bandes keine neuen Gesichtspunkte ergeben.

Putz selbst hat durch mehrere, bis zum Bundesgerichtshof geführte Fälle von 2003 bis 2010 maßgeblich zur Sicherung der Patientenautonomie und Beseitigung von Unklarheiten im Umfeld der Sterbehilfe beigetragen.

In dem nun hier gedruckten Text wird von ihm aus einschlägigen Gerichtsurteilen, dem Verfassungsrecht und der Rechtsliteratur die herrschende Rechtssituation systematisch entwickelt. Danach verbietet die „Garantenpflicht“ keine Anwesenheit bei einem Suizidenten bis zum Tod, wenn Sorgfaltspflichten beachtet sind. Sein Artikel hat sich in bemerkenswerter Weise bestätigt. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die von ihm bereits dargelegte unbeschränkte Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, wie sie ja tatsächlich ein Jahr später gesetzlich normiert wurde. Es gilt auch für eine Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft München I aus dem Jahr 2010 in einem von ihm als Rechtsanwalt vertretenen Fall einer Suizidbegleitung bis zum Todeseintritt.² Damit ist nicht nur rechtstheoretisch, sondern auch „praxiserprobt“ nachgewiesen, dass die Entbindung von der Garantenpflicht entgegen allen anderslautenden Behauptungen durchaus möglich ist.

Sonstige Formen der „passiven“ oder „indirekten“ Sterbehilfe sind kein Gegenstand dieses Bandes, auch nicht die in den Beneluxländern unter strengen Voraussetzungen erlaubte ärztliche Tötung auf Verlangen von „unerträglich Leidenden“ (deren vermeintliche Auswüchse vor allem in den Niederlanden oft kritisch gesehen werden, so hier auch im Beitrag von Michael de Ridder). Gegenstand dieses Bandes ist vielmehr die fundierte Debatte, vor welchem (arzt)-ethischen Verständnis wir uns der Herausforderung des Wunsches nach Suizidhilfe stellen können und sollen.

Demzufolge werden auch die nun in Deutschland geplanten strafrechtlichen Verbotsregelungen der kommerziellen oder organisierten Suizidhilfe hier nur gestreift. Ein Zusammenhang besteht allerdings insofern, dass alle Gegner eines Ärztlich Assistierte Suizids gleichzeitig für eine möglichst weitgehende Strafverfolgungsmöglichkeit eintreten – auch bei nicht kommerzieller, sogenannter organisierter oder auch nur mehrfacher Durchführung (etwa durch einen Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung).

1 Vgl. Wolfgang Putz: Strafrechtliche Aspekte der Suizid-Begleitung im Lichte der Entwicklung von Rechtsprechung und Lehre zur Patientenverfügung. In: Strafverteidigung, Revision und die gesamten Strafrechtswissenschaften. Festschrift für Gunter Widmaier zum 70. Geburtstag. Hrsg. von Heinz Schöch / Helmut Satzger / Gerhard Schäfer / Alexander Ignor / Christoph Knauer, Köln 2008, S. 701-723.

2 In dem Beschluss vom 30.7.2010 zur Einstellung des Verfahrens heißt es, vgl. Aktenzeichen 125 JS 11736/09: „Entscheidend ist ... der sicher feststellbare oder mutmaßliche Wille des Suizidenten. Einem Angehörigen kann kein strafrechtlicher Vorwurf gemacht werden, wenn er den ernsthaften Todeswunsch seines Angehörigen respektiert und nicht sofort bei Verlust der Handlungsfähigkeit und des Bewusstseins ärztliche Hilfe ruft, oder sonstige Rettungsmaßnahmen einleitet.“ – Was hier bezogen auf Angehörige gesagt wird, die ja auch „Garanten“ beim Auffinden eines Suizidenten sind, gilt der Sache nach ebenfalls für den Arzt. (Das Schreiben wird im Eröffnungsbeitrag von Uwe Christian Arnold als Faksimile vorgestellt.)

Aber bedarf es auf der anderen Seite aus Sicht der Suizidhilfe-Befürworter überhaupt einer gesetzlichen Regelung, die demgegenüber andere Akzente zu setzen hätte?

Fordern die einen eine Verschärfung, empfehlen die anderen eine Liberalisierung (gegebenenfalls mit Regelungen gegen Fehlentwicklungen). Andere wieder wollen doch lieber die bestehende „Grauzone“ einer Nicht-Regelung beibehalten und auf die ärztliche Gewissensfreiheit vertrauen. Parallelen zum jahrelangen Ringen um ein Patientenverfügungsgesetz drängen sich auf.

Am Ende des Bandes wird eine mögliche Regelung anhand eines ausgearbeiteten Gesetzesentwurfs des Humanistischen Verbandes Deutschlands (HVD) zur Debatte gestellt. Dieser ist auch dem Bundesjustizministerium in einer Stellungnahme zugesandt worden.

Außenseitertum und Ausgrenzungen

In der Schweiz hat sich unter den vier dort tätigen Suizidhilfe-Organisationen besonders EXIT mit heute 62.000 Mitgliedern im Lauf seines 30-jährigen Bestehens Wertschätzung erwerben können und wird dort bis in kirchliche Kreise hinein anerkannt.

Demgegenüber gelten die noch jungen Suizidgesellschaften DIGNITAS (Deutschland) und SterbeHilfeDeutschland, die hierzulande erst vor wenigen Jahren, teils unter provokativen Begleitumständen gegründet wurden, in hohem Maß als umstritten. Unseriöse Aktionen wie das öffentliche Vorführen und Benutzen selbst konstruierter Selbsttötungsautomaten sowie „Unkostenpauschalen“ für das gesamte „Suizidhilfe-Paket“ von etwa 7.000 Euro haben dazu beigetragen, dass diese in der Bevölkerung kein übermäßiges Vertrauen erringen konnten. Die Beitritte steigen selbst dadurch nicht in erkennbarem Umfang, dass inzwischen SuizidHilfeDeutschland ihre Dienste Mitgliedern hierzulande in häuslicher Umgebung – bis auf erbetene Spende und Gutachterhonorierung – kostenfrei anbietet. Nach eigenen Angaben ist das 2011 bei 27 Personen der Fall gewesen. Ein einmal erworbenes Negativ-Image – wie auch das von DIGNITAS – scheint kaum abzustreifen zu sein.

Wohl auch deshalb grenzt sich hier Michael de Ridder, der sich bereits in seinem Buch *Wie wollen wir sterben?* in aufsehenerregender Weise für Suizidhilfe im palliativmedizinischen Rahmen ausgesprochen hat, scharf von beiden Vereinen ab. Der ehemalige Chef einer Notfallrettungsstelle ist designierter ärztlicher Direktor eines stationären Hospizes. Er erteilt der organisierten Suizidhilfe durch medizinische Laien, zumal bei nicht tödlich Erkrankten, eine entschiedene Absage. Dennoch wird versucht (von denjenigen, die das Paradigma der Palliativmedizin und der Suizidhilfe für absolut unvereinbar halten), selbst de Ridder ins Abseits zu drängen, wenngleich er die Option der Suizidhilfe nur auf einem sehr schmalen Grad im Rahmen des ärztlichen Ethos für zulässig erklärt.

Jedenfalls müssen in Deutschland einschlägig bekannte Sterbehelfer damit rechnen, dass die Polizei einen Suizid – sofern sie Kenntnis davon erhalten sollte – als Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zu unterbinden trachtet, selbst wenn er auf einem freiwilligen Entschluss beruht. Wie im Beitrag aus ärztlich-psychiatrischer Sicht von Johann Friedrich Spittler ausgeführt, sieht dieser deshalb im Rahmen der Vereine, für die er tätig ist, keine andere Möglichkeit, als Suizid-Beihilfe und die Vorbereitung dazu geheim zu halten. Denn vor allem in organisierter Form sei sie in Deutschland vom „Geruch der Illegalität umweht“ – wenngleich gar keine Straftat vorliegt.

Dabei wird übrigens auch in der Schweiz ein erheblicher Aufwand an Behörden- und Polizeiaufgebot geleistet. Die Beamten sind im Rahmen organisierter Suizidhilfe aber nicht wegen deren Verhinderung tätig. Überprüft wird vielmehr, ob dabei – es sind insgesamt etwa 450 Fälle im Jahr – alles mit rechten Dingen zugeht bzw. zugegangen ist.

Eine der Überraschungen in diesem Band ist wohl der Beitrag des Urologen Uwe Christian Arnold. Es handelt sich um seine erste Veröffentlichung zum Thema überhaupt (abgesehen von gelegentlichen Leserbriefen). Arnold war und ist aktiv im von ihm so bezeichneten Bereich des Ärztlich Assistierte Suizids (ÄAS) tätig, verfügt über eine langjährige diesbezügliche Praxis und bekennt sich öffentlich dazu. Juristisch ist ihm (bisher) nichts anzuhaben. Der Versuch der Berliner Ärztekammer, gegen ihn im ÄAS-Wiederholungsfall das höchstmögliche Strafgeld von 50.000 Euro verhängen zu wollen, wurde vom Verwaltungsgericht in einem öffentlichkeitswirksamen Urteil zurückgewiesen. Arnold galt – vor allem nach einigen etwas zu „schnodderigen“ Auftritten und Interviews in den Medien – als hoch umstrittener Außenseiter, zumal er eine Zeit lang 2. Vorsitzender der deutschen Dependence von DIGNITAS war. Seit einigen Jahren ist er nicht mehr „verbandlich“ eingebunden und hat sich nach eigenen Angaben von „organisierter“ Suizidhilfe abgewendet.

Ärztliche Erfahrungen und empirische Belege

Arnold präsentiert hier neben seinem Werdegang, seinen Motiven und Erfahrungen fundiertes Hintergrundwissen, z. B. zum Arztethos des Genfer Gelöbnisses (ursprünglich von 1948) und demgegenüber der Fiktion des Hippokratischen Eides. Auch seine konkreten juristischen Darlegungen sind wertvoll.

Eine weitere Erstveröffentlichung eines praktisch tätigen Arztes ist die von Hartmut Klähn. Sein „Lebensthema“ ist der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) vor allem bei hoch betagten, multimorbiden Sterbewilligen, denen er sich heute als ehrenamtlich Engagierter u. a. in der ambulanten Hospizarbeit zuwendet. Bei Klähn schimmert der Grundsatz des „guten alten“ Hausarztes durch, als der er – bis zur Aufgabe seiner Praxis 2010 – auch in Pflegeheimen tätig war. Ihm verdanken wir hier (soweit absehbar) eine Pionierleistung im deutschsprachigen Raum: Das Protokoll eines von ihm begleiteten Falls von FVNF bei einer 90-Jährigen, der sehr günstig und friedlich im Kreise der Familie verlaufen ist, mitgetragen vom behandelnden Hausarzt der Patientin. Klähn ist der einzige der ärztlichen Autoren, welcher der „direkten“ Suizidhilfe distanziert gegenübersteht. Er sieht FVNF als sinnvolle Alternative an, greift diesbezüglich auch auf Anleihen beim Gedankengut von Schopenhauer – im Gegensatz zum radikalen „Selbstmord“-Gegner Kant – zurück.

Eine aufwendige Aufarbeitung von Studienergebnissen mit sehr zahlreichen Literaturverweisen, auch auf internationale Publikationen, hat der Privatdozent, Medizinethiker und seit einigen Jahren als Arzt in Cardiff tätige Meinolfus Strätling übernommen. Seine empirisch begründete „Meta-Analyse“ kommt zu beeindruckenden Befunden.

Kritiker des freiverantwortlichen Suizids und der Suizidbeihilfe betonen bekanntlich immer wieder, dass das in Deutschland aufgebaute Palliativnetz ausreichende Möglichkeiten für Sterbebegleitung und für ein schmerzfreies Sterben bietet. Strätling wendet sich gegen eine „missbräuchliche berufspolitische und ideologisch-weltanschauliche Instrumentalisierung, Vereinnahmung der Palliativmedizin und der Hospizbewegung“. Mit analytischer Schärfe unterscheidet er zwischen Fakten und Mythen und belegt, dass die objektive „Leistungsbilanz“ der Palliativmedizin trotz erheblichem Ausbau insgesamt deutlich kritischer zu bewerten ist (z. B. Überspezialisierung zulasten der Basis- und Regelversorgung, Überrepräsentanz von Tumorpatienten).

Keine Ethik ohne Lebensbejahung – Dilemma?

Sowohl bei Spittler als auch bei Arnold scheint bei allem Engagement und auch zu erkennender Sorgfalt eine grundsätzliche menschliche und ethische Frage offenzubleiben: Machen sie es sich selbst und den „Suizid-Aspiranten“ nicht doch (etwas) zu einfach?

Welche Motive führen bei ihnen dazu, sich als Ärzte dauerhaft und mit einer gewissen Ausschließlichkeit mit der Suizidhilfe-Thematik zu beschäftigen?

In seinen Buchveröffentlichungen im Rahmen von Sterbehilfe Deutschland macht Spittler deutlich, dass er sich in seiner Gutachtertätigkeit darauf beschränkt zu klären, ob der Sterbewillige dazu imstande ist, sein Leben frei und wohlwogen zu bilanzieren. Am Ende steht in so gut wie allen dort beschriebenen Fällen die Bescheinigung der Freiverantwortlichkeit als juristische Voraussetzung für die folgende straffreie Suizidhilfe. Schwingt dabei nicht eine (vielleicht unbewusste) Bewunderung für die mutige und unumstößliche Entschlossenheit seiner Klienten mit? Wird aus dem Suizid als Selbstverwirklichungsinstrument eines autonomen Individuums gar eine moralische „Pflicht“ abgeleitet, dabei zu helfen?

Vor dem Text Spittlers steht der unter die Haut gehende Erfahrungsbericht „Endlich hast du es geschafft!“ von Hannelore Lwowsky-Lüppes. Sie schildert, wie es ihrem geliebten, an Chorea-Huntington erkrankten Ehemann Rolf erst nach fünf gescheiterten Versuchen schließlich gelang, sich das Leben zu nehmen – durch einen Sprung vom Hochhaus.

Hier wird deutlich: Wer sich zur Selbsttötung entschließt, befindet sich – zumeist – in einem Ausnahmezustand von hohem seelischen Druck. Dies gilt gerade auch bei Persönlichkeitsstörungen, die im Übergangsbereich von gesundem zu krankheitswertigem Erleben aussichtslosen Leidens angesiedelt sind. Sollte nicht zumindest die Pflicht der Psychiatrie, einen solchen (potenziellen) Suizidenten vor seinen Handlungsimpulsen zu schützen, in diesen Fällen erlöschen? Das scheint zurzeit noch völlig undenkbar.

Den Widersprüchlichkeiten und Gratwanderungen, die der Thematik innewohnen, geht die Herausgeberin in ihrem Beitrag zur Vereinbarkeit von Suizidprävention, -konfliktberatung und -begleitung am Ende dieses Bandes nach. Sie plädiert für ein behutsames Vorgehen und berichtet aus ihrer langjährigen psychologischen Praxis im Humanistischen Verband Deutschlands. Die Ausführungen verdanken sich auch einem kollegialen Erfahrungsaustausch im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft der Akademie für Ethik in der Medizin (Göttingen). Ein neues Leitmotiv des Helfens in existenzieller Krise könnte sich abzeichnen und die unfruchtbare Polarisierung „Fürsorge contra Selbstbestimmung“ überwinden. So berechtigt der Hinweis auf die Freiheit als ethische und verfassungsrechtliche Maxime auch sein mag – sie ist in der Lebenswelt immer eine relative und wird durch Beziehung beeinflusst.

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass ausnahmslos alle Autorinnen und Autoren der Herausgeberin persönlich gut bekannt und durch langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit teils freundschaftlich verbunden sind. Ohne diesen Umstand wäre der vorliegende Sammelband nie zustande gekommen.

Dem letzten Beitrag ist eine Stellungnahme von Beatrice Baudner vorangestellt. Daraus spricht deren eigene Betroffenheit durch eine schwere Behinderung von Geburt an. Sie betont einerseits ihre Dankbarkeit, ein lebenswertes Leben mit erfüllender Berufstätigkeit geführt zu haben und noch zu führen. Und dennoch bittet sie um Verständnis für einen von ihr offenbar ernsthaft in Erwägung gezogenen Suizid. Sie wünscht und fordert dazu eine Anlaufstelle, in der ergebnisoffen beraten sowie auch seelisch-spirituelle Begleitung – analog zur Hospizbetreuung – angeboten wird.

Einerseits weiß niemand, ob selbst im Falle tiefer Verzweiflung oder fortschreitender Verschlechterung nicht doch noch ein Licht am Horizont aufscheint, ob für das Weiterleben noch ein tragender Sinn vermittelt werden kann. Dieses von vornherein in Abrede zu stellen wäre ethisch betrachtet verhängnisvoll. Andererseits kann eine solche

Hoffnung – und das ist leider wahrscheinlicher – unerfüllt bleiben. Trägt dann nicht derjenige, welcher einen Suizidwilligen von seiner Entscheidung oder Handlung mit Mühe zurückgehalten hat, auch Verantwortung dafür, wenn dieser später – wie von ihm befürchtet – ein sehr schlimmes Ende erleiden muss? Demgegenüber mag sich leicht sagen lassen, das Leben sei eben generell absurd und ein rechtzeitiger Abgang in jedem Fall anerkennens- oder sogar bewundernswert.

Es muss einen humanen Weg dazwischen geben, der sich durch Tugenden wie Taktgefühl, Bescheidenheit, Zurückhaltung, Selbstreflexion und -kritik, unaufdringliche Hilfsbereitschaft, Lebensbejahung, Uneigennützigkeit sowie unbedingten Respekt vor jemandem, der ernsthaft „zum Gehen“ entschlossen ist, auszeichnet. In jedem Fall muss es eine Einzelfallprüfung aufgrund einer persönlichen Beziehung geben. Das kann im Rahmen von Einrichtungen und Organisationen nur dann befriedigend erfolgen, wenn diese weder auf die Suizidhilfe noch auf die Suizidverhütung spezialisiert sind.

Selbst wenn es sich – was ja die Voraussetzung für straffreie Suizidbegleitung ist – um eine nachhaltige und unumstößliche Entscheidung zum „Freitod“ handelt, sollte diese zu überprüfen in jedem Fall ärztliche Aufgabe sein. Muss nicht immer erst gefragt werden, ob nicht doch neue lebensweltliche Räume zu öffnen sind und erst recht, ob es nicht Behandlungsalternativen gibt? Dazu bedürfte es eines Aufwandes an kostbarer Zeit, die heute allenfalls ganzheitlich orientierten Palliativmediziner zur Verfügung stünde – die allerdings die Suizidhilfe (zumindest offiziell) entschieden ablehnen.

Diesen „Teufelskreis“ beklagt de Ridder in seinem Artikel. Er macht die Bundesärztekammer mitverantwortlich, dass nicht eine von ihm bevorzugte Regelung wie die im Bundesstaat Oregon eingeführt wird. Gemäß dem von ihm vertretenen hohen Arztethos, welches er der Kammer anempfiehlt, seien weitergehende Aktivitäten etwa von organisierter Suizidhilfe nach dem Schweizer Modell abzulehnen. Für die „Oregon-Regelung“, eine erlaubte ärztliche Suizidhilfe, ist es Voraussetzung, dass nur noch eine Lebenszeit von höchstens einem halben Jahr bestehen darf (die gleiche Zeit, die hierzulande den Aufenthalt in einem stationären Hospiz bei Krebserkrankung rechtfertigt). Hier müssen allerdings die Briefe von Betroffenen zu denken geben, die nach dem Oregon-Modell gar keinen Anspruch auf zulässige bzw. vertretbare Suizidhilfe hätten.

Jenseits von Pro und Kontra

Obwohl hier sehr unterschiedliche Standpunkte und Hintergründe aufeinandertreffen, mag der eine oder andere die Position einer eindeutigen Suizidhilfe-Gegnerschaft vermissen. Die Herausgeberin sieht in dieser Beschränkung in diesem Sammelband keinen Mangel, sondern einen Vorzug. Denn nur auf diesem Weg werden eine vertiefte Beschäftigung und eine Selbstverständigung ermöglicht, die dringend erforderlich sind.

Hier kommt kein Standpunkt zu Wort, der die notwendige Debatte mit einem „Basta“ im Sinne der Bundesärztekammer bzw. des Kieler Ärztetages abzuwürgen versucht. Diese Positionen sind bereits hinreichend öffentlich bekannt, aber letztlich nicht zielführend, denn: „Der assistierte Suizid wird kommen, auch in Deutschland“, und darüber „sollten wir uns nüchtern bewusst sein“. Wer das am 25. Juni 2012 in einem Interview mit Welt-online konstatierte, war nicht etwa ein Befürworter dieser Tendenz, sondern der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio.

Der international renommierte Professor, der von München aus maßgeblich zu einem Pflichtfach Palliative Versorgung im deutschen Medizinstudium beigetragen hat, ist nunmehr Lehrstuhlinhaber in Lausanne. Er selbst, so Borasio, würde kein tödlich wirkendes Natriumpentobarbital einem suizidwilligen Todkranken verschreiben, obwohl er es jetzt in der Schweiz ganz selbstverständlich und offiziell tun könnte. Umso ernster dürfen wir seine Mahnung nehmen: „Der Diskussion über den assistierten Suizid sollten

wir uns aber in Deutschland jetzt schon stellen, denn es wird einige Jahre dauern, bis wir sie nüchtern geführt und genug wissenschaftliche Daten gesammelt haben werden.“

Genau dazu will der vorliegende Band einen ersten wichtigen Beitrag leisten. Von der Auseinandersetzung auf einem an der Oberfläche bleibenden Niveau kann nichts Weiterführendes mehr erwartet werden, erst recht keine Befriedung der Lage. Zudem scheint die bisher als „Pro und Kontra“ geführte Debatte zu einem fatalen Defizit zu führen. Darin befangen entbindet es diejenigen, die sich für die Möglichkeit des Ärztlich Assistierten Suizids aussprechen davon, sich detailliert über wünschenswerte oder zu vermeidende Auswirkungen klar zu werden.

Es handelt sich also um eine ganz neue Debatte, die wohl erstmalig angestoßen wird. Dies ist dringend angezeigt, zumal hier von fünf Ärzten durchaus unterschiedliche Positionen zu einem Ethos im Sinn ihres ärztlichen Gewissens vertreten werden. Dabei betonen alle – wenngleich nicht völlig unkritisch – den hohen Wert der Palliativmedizin, teils sogar als leidenschaftliche Anhänger dieser Fachdisziplin. Viele Fragen bleiben offen. Welche (standesrechtlichen) Regelungen – wenn die Suizidhilfe denn eine ärztliche Aufgabe sein soll – wären überhaupt sinnvoll, welche zu weitgehend, zu streng, zu schwach oder auch gänzlich überflüssig und kontraproduktiv? Wir stehen also diesbezüglich noch ganz am Anfang.

Man darf sagen, dass die rigorosen Suizidhilfegegner, darunter besonders der Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery, Macht und Einfluss hinreichend genutzt haben und nutzen, um ihre Position gegen eine qualifizierte Minderheit der Ärzteschaft durchzusetzen. Das heißt keinesfalls, dass die Humanistische Akademie Berlin, in deren Rahmen dieser Band erscheint, nicht auch eine öffentliche Debatte mit ärztlichen Suizidhilfegegnern befördern würde – zumal es auch unter diesen selbstverständlich differenzierte, moderate und um Begründung bemühte Positionen gibt.