

Prof. Dr. Dieter Birnbacher (Düsseldorf)
**Die ärztliche Beihilfe zum Suizid
in der ärztlichen Standesethik**

1. Die (nahezu) einhellige Ablehnung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik

Der Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen ist eine Reihe von Überzeugungen, die keineswegs allgemein geteilt werden, für die ich hier aber nicht mehr eigens argumentieren möchte:

1. dass ein Medizinsystem mit einer etablierten, aber streng kontrollierten Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in Situationen, in denen ein Patient Sterbehilfe verlangt, einer Praxis der aktiven Sterbehilfe ethisch vorzuziehen ist;

2. dass eine etablierte, aber streng kontrollierte Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid ethisch einem Medizinsystem vorzuziehen ist, das für eine ärztliche Beihilfe zum Suizid keinen Raum lässt oder diese verbietet. Ein Patient, der sich in einer Lage befindet, in der er unerträglich und ohne Aussicht auf Besserung leidet, sollte eine Wahl haben. Er sollte die Chance haben, in der letzten Phase seines Lebens die Option zu wählen, die seinen persönlichen Überzeugungen und Einstellungen entspricht, anstatt auf die Option beschränkt zu bleiben, die ihm seitens der Medizin am ehesten zur Verfügung gestellt wird: die Option einer terminalen Sedierung. Obwohl die terminale Sedierung, ein zeitlich länger ausgedehnter Sterbeprozess in einem Zustand reduzierten Bewußtseins oder vollständiger Bewußtlosigkeit, einem Patienten die Möglichkeit gibt, ohne schweres Leiden zu sterben, bleibt dennoch zu berücksichtigen, dass eine große Zahl von Patienten, die sich in einer ent-

sprechenden Situation befinden, dieses Angebot ausschlagen oder es lediglich als zweitbeste Wahl akzeptieren. Aus der Sicht dieser Patienten hat die terminale Sedierung vor allem den Nachteil, sehr viel weniger als ein Patientensuizid den autonomen Willen des Patienten zum Ausdruck zu bringen. Außerdem bedeutet eine terminale Sedierung vielfach, den Verwandten und Freunden die Aussicht auf einen länger andauernden Sterbeprozess zuzumuten.

Die Aussichten darauf, dass eine Praxis der kontrollierten ärztlichen Beihilfe zum Suizid in Sterbehilfefällen Wirklichkeit wird, sind allerdings alles andere als gut. Gegenwärtig ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der weit überwiegenden Zahl der Länder ausdrücklich verboten, entweder durch strafrechtliche Normen oder durch die mildereren, aber in ihrer Wirkung den strafrechtlichen in nichts nachstehenden Sanktionen des Standesrechts und der Standesethik. In einer Dissertation aus dem Jahre 1990 hat der deutsche Jurist Karl Michael von Lutterotti (1990) die Standeskodizes der wichtigsten Länder durchforstet und keinen gefunden, der die ärztliche Beihilfe zum Suizid duldet, mit Ausnahme der Niederlande, wo zu jener Zeit das rechtliche Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid allerdings weiter in Kraft war.

Auf der anderen Seite zeigen sich beträchtliche Unterschiede nicht nur in der Strenge, mit der die ärztliche Beihilfe zum Sui-

zid in verschiedenen Gesellschaften geahndet wird, sondern auch in den Sanktionsmechanismen. Interessanterweise findet man die auffälligsten Unterschiede zwischen benachbarten europäischen Ländern. Während die ärztliche Beihilfe zum Suizid in Sterbehilfesituationen in den Niederlanden und in Belgien inzwischen nicht mehr strafrechtlich sanktioniert ist und in der Schweiz nur dann unter Strafandrohung steht, wenn sie aus eigennützigen Motiven erfolgt, ist sogar die versuchte Beihilfe in Österreich strafbar, mit der Folge, dass der Tätigkeit von Sterbehilfegesellschaften in Österreich engere Grenzen gezogen sind als in den meisten anderen europäischen Ländern.

In Deutschland ist die Beihilfe zum Suizid nicht strafbedroht, infolge einer Rechts-tradition, nach der die Teilnahme an einer Handlung nur dann strafbar ist, wenn die Handlung selbst strafbar ist. Niedergelegt ist dies in dem Grundsatz:

Als Gehilfe wird bestraft, wer vorsätzlich einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe geleistet hat. (StGB § 27,1)

Diese allgemeine Erlaubnis gilt im Prinzip auch für Ärzte. In der Praxis ist die rechtliche Situation allerdings komplizierter. Obwohl die Beihilfe als solche rechtlich zulässig ist, ist nach einer verbreiteten, aber zunehmend bestrittenen Rechtsmeinung der Arzt verpflichtet, den Tod eines Patienten zu verhindern, sobald der Patient nach der Begehung des Suizids bewusstlos geworden ist. Dieser sogenannte „Wechsel der Tatherrschaft“ läuft allerdings auf das Paradox hinaus, dass der Arzt sich zwar nicht mit der Beihilfe

zum Suizid, wohl aber eventuell damit strafbar macht, dass er den Patienten, an dessen Suizid er mitgewirkt hat, nach Eintritt der Bewusstlosigkeit nicht reanimiert. Sie führt auch zu dem psychologischen Paradox, dass der Arzt gut beraten ist, den Patienten in seinem selbst auferlegten Sterben zur Vermeidung rechtlicher Komplikationen unbegleitet zu lassen, mit der Folge, dass der Patient in einer Situation allein bleibt, in der er mehr als in jeder anderen auf menschliche Teilnahme angewiesen ist.

In der Geschichte der einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer ist das Verdikt über die ärztliche Beihilfe zum Suizid ein sich durchhaltendes Thema. Die Richtlinien für die Sterbehilfe aus dem Jahre 1993 stellen ausdrücklich fest, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung eines Patienten „unärztlich“ sei. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 und 2004 haben diese Wertung übernommen, wenn auch in leicht abgewandelten Formulierungen. Der entsprechende Satz der Präambel der Grundsätze von 2004 lautet:

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein. (Bundesärztekammer 2004)

Inhaltlich stimmen diese Grundsätze mit der Erklärung des Weltärztebundes über die ärztliche Beihilfe zum Suizid von 1992 überein:

Physician-assisted suicide, like euthanasia, is unethical and must be condemned by the medical profession. Where the assistance of the physician is intentionally and deliberately directed at enabling an individual to end his or her own life, the physician acts unethically. (World Medical Association 1992)

Die beiden Dokumente haben jedoch eine sehr unterschiedliche Funktion. Anders als die Deklaration des Weltärztebundes, die eine Deklaration ist und nichts weiter, ziehen die Grundsätze der Bundesärztekammer ähnlich wie die anderer nationaler Ärzteverbände Sanktionen nach sich. Auch wenn die Grundsätze keine Sanktionen direkt rechtfertigen, spielen sie eine wichtige indirekte Rolle. Indem sie bestimmen, was als „ethisch“ und was als „unethisch“ für einen Arzt gilt, dienen sie der semantischen Auffüllung der Generalklauseln der Berufskodizes, nach der Ärzte Sanktionen zu erwarten haben, wenn sie in „unethischer“ oder „unwürdiger“ Weise handeln. Die Bezugnahme auf die mögliche Strafbarkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in den Grundsätzen ist also mehrdeutig. Der Satz „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“ lässt offen, ob er sich auf das *Faktum* bezieht, das die ärztliche Beihilfe zum Suizid ein Strafbarkeitsrisiko beinhaltet, oder ob er dieses Risiko selbst erst *setzt*, indem er selbst diese Sanktionen androht. Auch wenn der normative Status der „Grundsätze“ niedriger zu veranschlagen ist als der Status von Richtlinien, ist diese letztere Interpretation nicht ausgeschlossen. Indem die Grundsätze die ärztliche Beihilfe zum Suizid als „unethisch“ kennzeichnen, bedrohen sie deut-

sche Ärzte nicht nur mit einem Verlust ihrer beruflichen Reputation, sondern auch mit dem Risiko, sich vor einem Standesgericht verantworten zu müssen und mit einer abgestuften Skala von Strafsanktionen belegt zu werden, mit dem Verlust der Approbation als höchster Eskalationsstufe.

Dass diese Drohung nicht nur symbolisch ist, hat u.a. der Fall von Julius Hackethal im Jahr 1988 gezeigt. Hackethal hatte nicht nur bei einer seiner Patientinnen ärztliche Beihilfe zum Suizid geleistet, sondern hatte dies auch in mehr oder weniger demonstrativer Absicht öffentlich gemacht. Hackethal musste sich daraufhin wegen „unärztlichen Verhaltens“ vor dem Standesgericht der Bayerischen Ärztekammer verantworten, mit dem Ergebnis, dass das Gericht den einschlägigen Behörden empfahl, Hackethal die Approbation zu entziehen. (Nach deutschem Recht kann die Ärztekammer nicht selbst die Approbation entziehen.) Allerdings folgten die bayerischen Behörden der Empfehlung nicht, wohl auch deshalb, weil Hackethal schriftlich zusicherte, sich zukünftig nicht mehr an gegen die berufrechtlichen Richtlinien verstoßenden Sterbehilfehandlungen zu beteiligen (vgl. Koch in Eser/Koch 1991, 49).

Infolge des Verdikts über die ärztliche Beihilfe zum Suizid in den Grundsätzen (früher: den Richtlinien) der Bundesärztekammer unterscheidet sich die Situation der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in Deutschland von der Situation in Ländern, in denen die ärztliche Suizidbeihilfe strafrechtlich verboten ist, nur unwesentlich. Dagegen herrscht in der Schweiz eine liberalere Auffassung vor. Obwohl

Deutschland und die Schweiz in der rechtlichen Normierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid ähnliche Wege gehen, unterscheiden sich beide Länder in dem Umfang, in dem eine ärztliche Beihilfe zum Suizid in der Praxis toleriert wird. Der Grund dafür besteht nicht darin, dass – wie man zunächst denken könnte – die ärztliche Beihilfe zum Suizid in den Kodizes dieser Länder unterschiedlich behandelt wird, sondern darin, dass die Normen dieser Kodizes unterschiedlich interpretiert werden. Während die Normen des deutschen ärztlichen Kodex im Sinne einer kategorischen Ablehnung gedeutet werden, sind die dem Wortlaut nach ähnlichen Passagen des schweizerischen Kodexes in den vergangenen Jahren „liberal“ interpretiert worden, d. h. in einem Sinne, der die Entscheidung zur Beihilfe der Gewissensentscheidung des individuellen Arztes überlässt. Einer der Berater der Gruppe, die die 2004 veröffentlichten Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften verfasste, der Zürcher Theologe Johannes Fischer, argumentiert, dass die Akademie Ärzten u. a. deshalb nicht verbieten kann, ärztliche Beihilfe zum Suizid zu leisten, weil diese Praxis für jeden schweizerischen Bürger straffrei sei (Fischer 2004, 168). Dieses Argument scheint auch die Grundlage der großzügigen Art und Weise gewesen zu sein, in der die Schweizerische Akademie bisher die Kooperation von Ärzten mit EXIT und anderen schweizerischen Sterbehilfegesellschaften geduldet hat, trotz der Bestimmung der einschlägigen Richtlinien, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid „kein Teil der ärztlichen Tätigkeit“ sei (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 1995, 1224).

2. Uneindeutigkeiten

Es ist auffällig, dass die Formulierungen, mit denen die ärztliche Beihilfe zum Suizid in einigen Richtlinien als standeswidrig verurteilt wird, nicht nur im Fall der Schweiz mehr Spielräume für Interpretationen lassen als die Formulierungen, mit denen die aktive Sterbehilfe ausgeschlossen wird. Viele dieser Deklarationen vermitteln den Eindruck, mehr oder weniger *gezielt* zweideutig formuliert zu sein (vgl. Foppa 2004, 599 ff.). Typische Beispiele sind neben der Aussage der schweizerischen Richtlinien von 1995 und 2004, die ärztliche Beihilfe zum Suizid sei „kein Teil der ärztlichen Tätigkeit“, die Aussage der Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996:

Wenngleich Selbsttötung in unserem Land nicht im Gegensatz zu geltendem Recht steht und damit diesbezügliche Beratung nicht strafbar ist, gehört [die Herausgabe oder Verbreitung von Anleitungen zur Selbsttötung] nicht zu dem ärztlichen Behandlungsauftrag. (Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996)

Beide Aussagen sind zweideutig, insofern sie einerseits so verstanden werden können, dass sie dem Arzt eine Beihilfe zum Suizid *verbieten*, andererseits so, dass sie eine *Verpflichtung* des Arztes, einer entsprechenden Bitte eines Patienten nachzukommen, *verneinen*. Der ersten Interpretation nach ist es dem Arzt verboten, einem solchen Wunsch nachzukommen; der zweiten Interpretation nach hat der Arzt einen Ermessensspielraum.

Für beide Interpretationen finden sich Parallelen in anderen relevanten deutschen Richtlinien. Der restriktiven Interpretati-

on entspricht es, wenn die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie in ihren Richtlinien von 1979 schreibt:

Dem ärztlichen Auftrag widerspricht auch die aktive Mitwirkung bei der Selbsttötung, z. B. durch Überlassen von Tötungsmitteln. Eine grundsätzliche sittliche Wertung der Selbsttötung soll damit nicht verbunden sein. (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1979).

Dagegen entspricht der liberaleren Interpretation die Resolution des Deutschen Ärztetags von 1981:

Nach Auffassung des Deutschen Ärztetages kann kein Arzt dazu verpflichtet werden, einem Menschen den Wunsch auf Gnadentod zu erfüllen. (Vorstand der Bundesärztekammer 1988, 164).

Die liberale Interpretation der Aussage, nach der die ärztliche Beihilfe zum Suizid „kein Teil der ärztlichen Tätigkeit“ ist, ist, wie gesagt, charakteristisch für die Schweiz. Es überrascht nicht, dass sie auch in den neuesten Schweizer Richtlinien wiederaufgenommen worden ist. Diese Richtlinien betreten allerdings insofern Neuland, als sie die Entscheidung über eine ärztliche Beihilfe zum Suizid ausdrücklich dem einzelnen Arzt überlassen und damit die tatsächliche Schweizer Praxis in gewisser Weise legitimieren. Der Text lautet im Einzelnen:

Gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen.

Die Rolle des Arztes besteht bei Patienten am Lebensende darin, Symptome zu lin-

dern und den Patienten zu begleiten. Es ist nicht seine Aufgabe, von sich aus Suizidbeihilfe anzubieten, sondern er ist im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben.

In dieser Grenzsituation kann für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen. Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren. In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen. Entschliesst er sich zu einer Beihilfe zum Suizid, trägt er die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.

- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.

- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

- Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst durchgeführt werden.

Das Neue an diesen Richtlinien ist, dass zum ersten Mal anerkannt wird, dass die Beihilfe zum Suizid *de facto* Teil der ärztlichen Tätigkeit ist. Auch wenn die Entscheidung, an einer Beihilfe zum Suizid teilzunehmen, dem Gewissen des einzelnen Arztes überlassen wird, lässt sich doch die Tatsache, dass diese Tätigkeit explizit reguliert wird, als Anerkenntnis dieser Praxis verstehen.

Gleichzeitig sind die neuen Richtlinien aber ebenfalls nicht ohne Zweideutigkeiten. Auf der einen Seite stellen die Richtlinien klar, dass die Aussage, dass die Beihilfe zum Suizid „nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit“ sei, nicht als ein Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid verstanden werden darf, sondern lediglich als eine Verneinung einer entsprechenden Verpflichtung. Andererseits gehen sie weiterhin davon aus, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid mit „den Zielen der Medizin“ im Konflikt liegt. Der einen Seite der Zweideutigkeit entspricht, dass die Richtlinien ausdrücklich eine Anzahl von Tätigkeiten aufzählen, die nicht nur Teil der typischen ärztlichen Tätigkeiten sind, sondern auch Teil der ärztlichen Pflichten am Lebensende, nämlich Therapie, Leidensminderung und Sterbebegleitung. Damit soll offensichtlich impliziert werden, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid auch dann, wenn sie in den Bereich ärztlicher Kompetenz fällt, nicht in den Bereich ärztlicher Pflichten fällt. Andererseits scheinen die Richtlinien aber davon auszugehen, dass der Arzt, der mit einer Patientenbitte um Beihilfe zum Suizid konfrontiert ist, sich notwendiger- oder typischerweise in einem „schwer lösbaren Konflikt“ befindet. Da es die Richtlinien sorgfältig vermeiden, die Beihilfe zum Suizid gerade-

wegs zu verbieten, kann dieser Konflikt kein Konflikt sein, der zwischen den Normen des Berufskodex selbst besteht. Um was für einen Konflikt handelt es sich dann? Offensichtlich um den Konflikt zwischen einem Prinzip der Respektierung der Patientenautonomie – diese Pflicht wird in den Richtlinien durchweg vorausgesetzt – und Prinzipien der persönlichen Moral des Arztes, die mit einer solchen Respektierung im besonderen Fall unvereinbar sind. Zu einem Konflikt kann es auf zwei Weisen kommen: erstens indem persönliche Normen, die eine aktive Mitwirkung an einer Sterbehilfehandlung verbieten, mit einem moralischen *Recht* in Konflikt kommen, einen Patientensuizid im Falle eines irreversiblen Leidenszustands zu unterstützen; zweitens indem persönliche Normen, die eine aktive Mitwirkung an einer Sterbehilfehandlung verbieten, mit einer moralischen *Pflicht* in Konflikt kommen, einen Patientensuizid im Falle eines irreversiblen Leidenszustands zu unterstützen. Die Richtlinien geben nicht an, welche Art von Konflikt gemeint ist. Die Formulierungen der Richtlinien legen allerdings die zweite Lesart nahe, also die eines Konflikts zwischen einem moralischen Verbot und einer moralischen Pflicht: als ein Konflikt zwischen einem Prinzip der persönlichen Moral, das eine Beihilfe zum Suizid ausschließt, und einem Prinzip der Berufsmoral, das eine solche Beihilfe nicht nur zulässt, sondern fordert. Implizit wird damit angenommen, dass eine berufliche Verpflichtung zur Respektierung der Autonomie des Patienten nicht nur in dem negativen Sinne besteht, den Patienten nicht gegen seinen erklärten oder mutmaßlichen Willen zu behandeln, sondern auch in dem positiven Sinn, den Patienten ak-

tiv darin zu unterstützen, seine autonome Entscheidung zu verwirklichen. Nur dies kann mit der Feststellung der Richtlinien gemeint sein, dass der Arzt „den Willen des Patienten zu achten“ hat.

Trifft diese Interpretation zu, stellen die Schweizer Richtlinien – möglicherweise ohne es zu beabsichtigen – einen entscheidenden medizinethischen Fortschritt dar. Denn das zugrunde liegende Prinzip scheint außerordentlich vernünftig. Es scheint in der Tat überzeugend, für die Situation des Sterbehilfeverlangens nicht nur ein moralisches *Recht*, sondern eine moralische *Pflicht* des Arztes zu postulieren, den Patienten in der Verwirklichung seiner autonomen Entscheidung zu unterstützen, sofern der Patient auf diese Unterstützung zur Verwirklichung seines Willens angewiesen ist. Diese letztere Bedingung ist jedoch in vielen Situationen am Lebensende erfüllt. Sobald der Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Autonomie effektiv zu verwirklichen, läuft das Zugeständnis der Patientenautonomie leer. Dem Patienten würde zwar Autonomie zugestanden, er hätte jedoch mangels realistischer Möglichkeiten ihrer Verwirklichung wenig davon. Auf der anderen Seite kann eine solche Verpflichtung zur Effektivierung der Patientenautonomie immer dann nicht gelten, wenn der Patient seine Autonomie zum eigenen Schaden geltend macht.

Diese Einschränkung bedeutet allerdings, dass die Verpflichtung, die Wünsche des Patienten in einer Situation zu respektieren, in denen eine Beihilfe zum Suizid zur Debatte steht, nicht schlicht aus einer allgemeinen Pflicht des Arztes folgt, die Wünsche seines Patienten zu respektieren.

In diesem Punkt sind die Formulierungen der Richtlinien zumindest missverständlich. Eine derartige pauschale Verpflichtung wird weder von der ärztlichen Berufsmoral noch in der allgemeinen Moral anerkannt. Der Arzt ist nicht verpflichtet, den Wünschen des Patienten unabhängig davon nachzukommen, wie vernünftig diese sind, wie weit eine Erfüllung dieser Wünsche im Interesse des Patienten ist und wie weit davon möglicherweise Dritte negativ betroffen sind.

Das ist nicht die einzige Zweideutigkeit, die in den einschlägigen Richtlinien auffällt. Eine andere ist die, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid zwar abgelehnt wird, dass diese Ablehnung aber durch Kautelen und Einschränkungen gleichzeitig beträchtlich relativiert wird. Einige Richtlinien geben an, dass das Thema unter Ärzten zu kontrovers beurteilt wird, um ein endgültiges Urteil abzugeben oder dass, obwohl die Richtlinien die ärztliche Beihilfe zum Suizid ablehnen, diese Ablehnung in der nahen Zukunft möglicherweise zur Revision ansteht. Eine Zweideutigkeit dieser Art ist charakteristisch z. B. für die Richtlinien der American Medical Association von 1992:

While in highly sympathetic cases physician assisted suicide may seem to constitute beneficent care, due to the potential for grave harm the medical profession cannot condone physician-assisted suicide at this time. ... Physicians must not perform euthanasia or participate in assisted suicide. A more careful examination of the issue is necessary. (Council on Ethical and Judicial Affairs 1992, 2233)

Obwohl die ärztliche Beihilfe zum Suizid kategorisch abgelehnt wird, wird die Ablehnung durch modifizierende Zusätze gleichzeitig geschwächt.

3. Rechtfertigungen

Sucht man Rechtfertigungen für die Beurteilungen der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in den jeweiligen Richtlinien, wird man nur selten fündig. Ganz offensichtlich sind die Autoren dieser Richtlinien überwiegend der Meinung, dass die Angabe von Gründen in diesem speziellen Fall unnötig ist, insbesondere auf dem Hintergrund des Verbots der Beihilfe zum Suizid in der herkömmlichen medizinischen Deontologie, in der hippokratischen Tradition und der herkömmlichen christlichen Moral. In Deutschland findet man in den Richtlinien keinerlei Begründungen, und auch die Äußerungen der für die Richtlinien Verantwortlichen sind in diesem Punkt denkbar lakonisch. In einer Publikation von Eggert Beileites, dem Vorsitzenden der Kommission der Bundesärztekammer, die die entsprechenden Richtlinien erarbeitet hat, heißt es:

Eine gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und die Freigabe des ärztlich assistierten Suizids ist ... aus Sicht der verfaßten Ärzteschaft nicht sinnvoll. (Beileites 2003, 49)

In anderen Fällen werden hochgradig unspezifische konsequenzialistische Argumente angegeben, etwa in dem erklärenden Kommentar zu den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften von 1995:

Die Befürchtung, am Lebensende schweren Schmerzzuständen preisgegeben zu

sein und der Umgebung zur Last zu fallen, verführt zuweilen zum Wunsch, sich für eine solche Situation die Selbstmordhilfe Dritter zu sichern. Kompetent angewandte palliative und analgetische Maßnahmen können indessen in der Regel vor unnötigem Leiden bewahren und diese Angst mindern. Obwohl Suizidhilfe, wenn sie ohne selbststüchtige Beweggründe geleistet wird, nicht strafbar ist (vgl. Art. 115 des Strafgesetzbuches), sind aus ärztlicher Sicht entschiedene Vorbehalte angebracht. Neben einer religiös oder weltanschaulich begründeten Ablehnung des Suizids, die in den persönlichen Gewissensentscheid des verantwortlichen Arztes einfließen mag, sind die Missbrauchsgefahren augenfällig, die aus der generellen Akzeptanz ärztlicher Suizidhilfe resultieren müssten. (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 1995, 1225)

Offensichtlich ist diese Begründung eher die Verweigerung einer Begründung als eine echte Begründung. (Auffällig ist auch, dass der Kommentar voraussetzt, dass die religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen der Ärzte stets gegen und nicht zugunsten einer Beihilfe zum Suizid sprechen.) Es ist keineswegs augenfällig, was die „augenfälligen“ Missbrauchsgefahren im Einzelnen sind. Man darf vermuten, dass hier vor allem an das Risiko gedacht wird, dass eine ärztliche Beihilfe zum Suizid in anderen Fällen als denen eines unerträglichen und irreversiblen Leidens geleistet wird und dass eine Lockerung des Verbots den Einstieg in eine Praxis bedeuten könnte, in der Ärzte suizidale Patienten bei der Ausführung ihres Vorhabens in Fällen unterstützen, in denen Suizidprävention indiziert wäre.

Spezifischere konsequenzialistische Argumente werden in den Richtlinien des Council on Ethical and Judicial Affairs der American Medical Association von 1992 angegeben. Diese Argumente beziehen sich vor allem auf drei Arten von Risiken; erstens das Risiko, dass der Patient unter Druck gesetzt werden könnte, eine ärztliche Beihilfe zum Suizid in Anspruch zu nehmen:

Physician assisted suicide ... has many of the same societal risks as euthanasia, including the potential for coercive financial and societal pressures on patients to choose suicide. (Council on Ethical and Judicial Affairs 1992, 2233)

Zweitens das Risiko, dass eine Beihilfe zum Suizid in Fällen ausgeführt wird, die nicht den in potenziellen Richtlinien niedergelegten Kriterien genügen und in denen schwierig festzustellen ist, ob die jeweiligen Kriterien erfüllt sind:

Determining the criteria for assisting a patient's suicide and determining whether a particular patient meets the criteria are as problematic as deciding who may receive euthanasia. (Council on Ethical and Judicial Affairs 1992, 2233)

Beide Argumente sind aus der öffentlichen Diskussion wohl bekannt, nicht nur in den Vereinigten Staaten (siehe dazu z. B. Vollmann 2000, 54 ff.). Sind diese konsequenzialistischen Argumente gute Argumente?

Es ist zunächst einzuräumen, dass eine Lockerung des Verbots der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zwangsläufig mit einer Absenkung der Schwelle und einem gewissen Missbrauchsrisiko verbunden ist,

speziell dem Risiko, dass eine Suizidbeihilfe auch in anderen als der ursprünglich angezielten Art von Situation geleistet wird. Die Ärzte könnten bei einer entsprechenden Erlaubnis versucht sein, Suizidbeihilfe auch etwa bei Lebensmüden ohne terminale Erkrankung oder bei neurotisch oder psychotisch bedingter Suizidalität zu leisten.

In dieser Hinsicht unterscheidet sich die ärztliche Beihilfe zum Suizid deutlich von ärztlicherseits weitgehend akzeptierten Praktiken wie der terminalen Sedierung. Obwohl bei der ärztlichen Beihilfe zum Suizid die Selbstbestimmung des Patienten sehr viel eher gesichert scheint als bei der terminalen Sedierung, da die „Tatherrschaft“ am *point of no return* beim Patienten und nicht beim Arzt liegt, ist bei dieser eine entsprechende Ausweitung weniger zu befürchten. Auch wenn es theoretisch bei der terminalen Sedierung weitergehende Missbrauchsmöglichkeiten gibt als bei der ärztlichen Beihilfe zum Suizid, ist doch die Erwartung, dass es wirklich dazu kommt, sehr viel weniger realistisch. Es ist z.B. nicht zu erwarten, dass ein Arzt auf die Idee kommen könnte, einen physisch ganz und gar Gesunden zu sedieren, um ihm einen Tod durch Verdursten oder Verhungern zu ermöglichen. Es ist viel weniger ausgeschlossen, dass ein Arzt einem Gesunden ein Mittel verschafft, um ihm einen sicheren und schnellen Suizid – etwa aus Lebensmüdigkeit – zu ermöglichen.

Diese Risikoargumente scheinen allerdings nicht durchschlagend. Sie sind nur genau so weit plausibel, als

1. es unmöglich ist, eine potenzielle Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zu

kontrollieren und sie auf klare Fälle eines irreversiblen Leidenszustands zu begrenzen und

2. die möglicherweise dann noch verbleibenden Risiken einer missbräuchlichen Anwendung als so gravierend gelten müssen, dass sie den durch die Erlaubnis des ärztlichen assistierten Suizids gestifteten Nutzen für sterbewillige Patienten überwiegen.

Keine der beiden Bedingungen scheint erfüllt zu sein. Die bisherige Praxis in Oregon hat gezeigt, dass es sehr wohl möglich ist, eine Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zu kontrollieren und zu begrenzen. Das Oregon-Experiment zeigt auch, dass das Risiko, dass Patienten dazu gedrängt werden, assistierten Suizid zu verlangen, nicht größer ist als bei unumstrittenen Praktiken am Ende des Lebens wie dem Behandlungsabbruch. Darüber hinaus ist es alles andere als evident, dass der durch eine begrenzte Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid gestiftete Nutzen durch unvermeidliche Fälle von Missbrauch in Frage gestellt wird. Dass der Nutzen in der Tat substantiell ist, wird – ironischerweise – in dem erklärenden Kommentar zu den Schweizer Richtlinien von 1995 auch durchaus zugestanden, wenn festgestellt wird, dass „Schmerz- zustände jeglicher Art am Lebensende, die viele Patienten befürchten, ... in nahezu allen Fällen erfolgreich bekämpft werden (können).“ Wenn diese Maßnahmen in „nahezu allen Fällen erfolgreich“ sind, was ist mit den Fällen, in denen sie nicht erfolgreich sind? Wie können die Autoren der Richtlinie sicher sein, dass die Nichtverfügbarkeit von Sterbehilfe und assistiertem Suizid in diesen Fällen – gängige Zahlen sind 5 – 10 % aller Krebskranken – ethisch akzeptabler ist als ein begren-

tes Missbrauchsrisiko? Bei der gebotenen Güterabwägung kann es darüber hinaus nicht nur auf den *unmittelbaren* Nutzen der geübten Praxis ankommen. Auch der *indirekte* Nutzen muss berücksichtigt werden, insbesondere auf den Nutzen der *Beruhigung* darüber, ggf. auf eine ärztliche Beihilfe zum Suizid zurückgreifen zu können. Dem Nutzen aus dieser Beruhigung steht keine entsprechende Furcht gegenüber, diese Beihilfe ggf. missbräuchlicherweise bei einem irrationalen Suizid angeboten zu bekommen und dadurch bei der Verwirklichung einer irreversiblen Fehlentscheidung unterstützt statt gehindert zu werden.

Wenn aber die in den Richtlinien erwähnten *konsequenzialistischen* Argumente am Ende unzureichend sind, das Verdikt über die ärztliche Beihilfe zum Suizid zu begründen, stehen dem möglicherweise überzeugendere *deontologische* Argumente gegenüber? In den offiziellen Verlautbarungen wird nur selten auf deontologische Argumente Bezug genommen, aber eins spielt eine gewisse Rolle in den Richtlinien der American Medical Association:

Physician assisted suicide, like euthanasia, is contrary to the prohibition against using the tools of medicine to cause a patient's death. (Council on Ethical and Judicial Affairs 1992, 2233)

Dieses Argument – das nachhallt in der Passage der jüngsten schweizerischen Richtlinien, derzufolge „eine Beihilfe zum Suizid ... den Zielen der Medizin widerspricht“ – ist unabhängig von Folgenüberlegungen und kann deshalb auch nicht mit Folgenüberlegungen in Frage gestellt werden. Aber es kann ihm entgegengehal-

ten werden, dass es eines der legitimen Ziele der Medizin einseitig absolut setzt. Auch die Ermöglichung eines friedlichen und würdigen Todes gehört zu den Zielen der Medizin und zu den Inhalten des ärztlichen Ethos. Das wird auch in der ärztlichen Berufsordnung anerkannt, die in der Fassung von 1997 in § 1, Abs. 2 besagt:

Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten ...

Die Berufsordnung erlaubt also durchaus eine Abwägung der Verpflichtung zur Lebenserhaltung mit der Verpflichtung zur Leidenslinderung. Dass die Verpflichtung zur Lebensverlängerung und die Verpflichtung zur Leidensminderung als gegeneinander abwägbar betrachtet werden, zeigt auch die standesethische Legitimation des Behandlungsabbruchs bzw. der Umstellung der Behandlung auf Palliativbehandlung bei unheilbarem Leiden. Hier wird eine Lebensverkürzung zugunsten der Leidensminderung durchaus in Kauf genommen.

Insofern muss man sich fragen: Was ist so Besonderes an der ärztlichen Beihilfe zum Suizid, dass sie als *ultima ratio* in Fällen eines irreversiblen Leidens ausgeschlossen werden muss, während ein Behandlungsabbruch unter denselben Umständen weithin akzeptiert ist? Ist es die aktive Rolle, die der Arzt spielt? Dies kann nicht der entscheidende Faktor sein, da der Arzt auch beim „passiven“ Behandlungsabbruch oftmals eine aktive Rolle spielt, z.B. indem er ein Beatmungsgerät abstellt. Zudem ist die aktive Rolle des Arztes beim ärztlich assistierten Suizid wesentlich in-

direkt. Der Schritt über den *point of no return* hinaus wird vom Patienten selbst getan. Ist es die Tatsache, dass bei der ärztlichen Beihilfe zum Suizid der Tod des Patienten direkt intendiert ist und nicht nur als eine unausweichliche, aber unbeabsichtigte Folge in Kauf genommen wird? Auch dies kann nicht der entscheidende Grund sein, da auch ein Behandlungsabbruch in Sterbehilfefällen gewöhnlich mit *intentio recta* unternommen wird. Der Tod wird herbeigeführt als ein *Mittel* zur Leidensminderung, nicht als eine unbeabsichtigte *Folge* des Behandlungsabbruchs, und es ist schwer vorstellbar, dass ein Mittel, das gezielt zu einem bestimmten Zweck eingesetzt wird, nicht auch, solange der Zweck beabsichtigt wird, ebenfalls beabsichtigt wird.

Insgesamt sprechen also keine guten Gründe für eine Aufrechterhaltung des Verbots der ärztlichen Beihilfe zum Suizid. Eine Beteiligung von Ärzten an Patientensuiziden kann weder als mit der Integrität des Arztes unvereinbar gelten (vgl. Momeyer 1995, Schöne-Seifert 1999), noch ist zu erwarten, dass eine Integration der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in den Bereich der ärztlichen Aufgaben das Arzt-Patient-Verhältnis gefährden würde. Das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis würde durch eine Weigerung des Arztes, einen suizidwilligen Patienten in Sterbehilfesituationen zu unterstützen, eher gefährdet als durch eine tätige Mitwirkung (vgl. Miller und Brody 1995). Dies scheint auch den Sichtweisen der (potenziellen) Patienten zu entsprechen. Bei einer Forsa-Umfrage im November 2003 haben 84 % der deutschen Bevölkerung der Aussagen zugestimmt: „Wenn mein Hausarzt einem unheilbar kranken Patienten bei der

Selbsttötung hilft, würde ich das Vertrauen zu ihm nicht verlieren.“ (DGHS 2003)

4. Ein konstruktiver Vorschlag

Wie könnte eine befriedigende standesrechtliche Regelung der Suizidbeihilfe aussehen?

Wichtig wäre zunächst eine Begrenzung der Zulässigkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid auf Sterbehilfesituationen, d.h. auf Situationen, in denen ein Patient – gemessen an seinen jeweils eigenen Maßstäben – unerträglich und irreversibel leidet und alternative Mittel der Leidensbegrenzung nicht in Sicht sind oder vom Patienten abgelehnt werden.

Dabei sollte jedoch – im Unterschied zum Schweizerischen Richtlinienentwurf – nicht von einem engen, sondern einem weiten Verständnis von „Sterbehilfe“ ausgegangen werden, d. h. es sollte nicht zur Bedingung gemacht werden, dass, wie es in den Schweizer Richtlinien heißt, „die Erkrankung des Patienten ... die Annahme (rechtfertigt), dass das Lebensende nahe ist“. Mit einem engen Verständnis würde gerade Patienten, die noch eine langes Weiterleben unter für sie inakzeptablen Bedingungen vor sich haben, die also insofern in besonderem Maße benachteiligt sind, die Möglichkeit eines assistierten Suizids vorenthalten.

Unerlässlich wären allerdings auch die zwei weiteren in dem Schweizer Richtlinienentwurf aufgeführten Bedingungen: 1. Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.

2. Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äußeren Druck ent-

standen und dauerhaft. Dies wurde von einer Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Darüber hinaus könnte man daran denken, eine ursprünglich von dem amerikanischen Psychiater Quill vorgeschlagene Bedingung aufzunehmen, die dieser insbesondere in Abgrenzung gegen Jack Ke-vorkians Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid entwickelt hat, nämlich dass „eine ärztliche unterstützte Selbsttötung auf einer echten Beziehung zwischen Arzt und Patient basieren sollte“ (vgl. Quill 1994, 209 f.).

Literatur

Beleites, Eggert: Über die Diskussion in der deutschen Ärzteschaft zum Thema „Aktive Sterbehilfe“. In: Klaus-M. Kodalle (Hrsg.): Das Recht auf ein Sterben in Würde. Würzburg 2003, 43-50.

Bundesärztekammer 1998 : Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 95, A-2366 / B-2022 / C-1898.

Bundesärztekammer 2004: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 101, A 1298-1299.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association: Decisions near the end of life. JAMA 267 (1992), 2229-2233.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie, in: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mitteilungen Heft 5/1996, 364-371.

Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender. *Anästhesist* 28 (1979), 357.

DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben): Aktuelle forsa-Umfrage Press release November 2003.

Fischer, Johannes: Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Suizidbeihilfe. *Ethik in der Medizin* 16 (2004), 165-169.

Foppa, Carlo: Svizzera: il tabù della morte tra suicidio assistito ed eutanasia. *Bioetica* 12 (2004), 588-608.

Koch, Hans-Georg: Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. In: Albin Eser/Hans-Georg Koch (Hrsg.): *Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation*. Freiburg i. Br. 1991.

Lutterotti, Karl Michael von: *Ärztliche Handlungsanleitungen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod in strafrechtlicher Sicht*. Diss. Freiburg i. Br. 1990.

Miller, Franklin G./Howard Brody: Professional integrity and Physician-Assisted Death. *Hastings Center Report* 25 (1995), No. 3, 8-17.

Momeyer, Richard: Does physician assisted suicide violate the integrity of medicine? *Journal of Medicine and Philosophy* 20 (1995), 13-24.

Quill, Timothy: *Das Sterben erleichtern. Plädoyer für einen würdevollen Tod*. München 1994.

Schöne-Seifert, Bettina: Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Adrian Holderegger (Hrsg.): *Das medizinisch assistierte Sterben*. Freiburg/Schweiz 1999, 98-119.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung*. Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006

ung sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten. *Schweizerische Ärztezeitung* 76 (1995), 1223-1225.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: *Betreuung von Patienten am Lebensende*. *Schweizerische Ärztezeitung* 86 (2005), 172-176.

Vollmann, Jochen: Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid. Eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte. In: Gordijn, Bert/Henk ten Have (Hrsg.): *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*. Stuttgart-Bad Cannstatt 2000, 31-70.

Vorstand der Bundesärztekammer, Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Zentrale Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie (eds.): *Weissbuch Anfang und Ende menschlichen Lebens – Medizinischer Fortschritt und ärztliche Ethik*. Köln 1988.

World Medical Association: *Statement on Physician-Assisted Suicide*. Adopted by the 44th World Medical Assembly Marbella 1992. <http://www.wma.net/e/policy/p13.htm>