
Hartmut Kreß *

Medizinisch assistierter Suizid – mit einem Ausblick auf die aktuelle Debattenlage

Referat im Dienstagskolloquium des Interdisziplinären Zentrums Medizin-Ethik-Recht der Universität Halle-Wittenberg (unter der Titelanündigung „Medizinisch assistierter Suizid – rechtsethischer Zugang und kirchlich-religiöse Einwände“) am 7.5.2019 in Halle

Gliederung

1. Problemexposition: Die Medikalisierung des Sterbens
2. Status quo von Rechtspolitik und Jurisdiktion: Zwischen Liberalität und Neopaternalismus
3. Tradierter Einwand gegen den Suizid: Der Mensch als Eigentum Gottes oder des Staates
4. Einschnitt der Aufklärung: Der Mensch als Eigentum seiner selbst
5. Aktueller Rückschritt in der Bundesrepublik Deutschland
6. Kirchliche Einschätzungen
7. Das Szenario einer neuen „Normalität“ –
ein plausibler Einwand gegen medizinische Suizidbegleitung?
8. Rechtsethische Reflexion: Suizid und Suizidbegleitung unter heutigen Voraussetzungen
 - a) Gedanklicher Ausgangspunkt: Das Recht individueller Entscheidung
 - b) Konzeptioneller Aspekt: Befähigungsgerechtigkeit
 - c) Arztethischer Aspekt: Kein starres Beharren auf tradierten Rollenbildern
 - d) Konsequenz für die Gesetzgebung: Erlaubnisregelung

1. Problemexposition: Die Medikalisierung des Sterbens

Im Jahr 1979 erschien aus der Feder des Philosophen Hans Jonas das vielbeachtete Werk „Das Prinzip Verantwortung“. Daneben hat Jonas philosophisch phänomenologisch sowie kulturgeschichtlich darauf aufmerksam gemacht, dass der Mensch das einzige Lebewesen ist, das in der Lage sei, sich selbst zu töten. Denn nur der Mensch vermöge an sich selbst zu verzweifeln und sich fundamental in Frage zu stellen.¹

Heute gelangt diese Option von Menschen, unter Umständen einen Freitod zu wählen, ganz neu und in anderer Zuspitzung in den Blick, als es kulturgeschichtlich jemals der Fall gewesen ist. Denn in der Gegenwart ereignet sich angesichts des Lebensendes ein epochaler Umbruch. Bis weit in das 20. Jahrhundert hinein

* Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Ev.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik.
Email: hkress[at]uni-bonn.de

¹ H. Jonas, Philosophische Untersuchungen und metaphysische Vermutungen, Frankfurt a.M. 1992, S. 47: „Der Mensch allein ist [...] der Verzweiflung offen, er allein kann Selbstmord begehen. Quaestio mihi factus sum, „ich bin mir selbst zur Frage geworden“.

hatte man schwere Krankheiten sowie das Sterben für Sachverhalte gehalten, die von der „Natur“, vom „Schicksal“, von den „Umständen“ oder von Gott bewirkt würden und die quasi unabänderlich seien. Neuerdings ist dies anders einzuschätzen. Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts verhält es sich so, dass das Lebensende intensivmedizinisch beeinflusst und dass es medizinisch-technisch überformt wird. Aus dem Sterben als Phänomen, das ehemals „natürlich“, gottgewollt oder schicksalhaft vorgegeben war, ist das Objekt menschlicher Entscheidungen und Entschlüsse geworden – wobei ganz unterschiedliche Optionen der Einwirkung vorhanden sind. Das Spektrum reicht von der mitmenschlichen oder der palliativen Sterbebegleitung über die sog. passive Sterbehilfe bis hin zur aktiven Euthanasie oder zum medizinisch unterstützten Patientensuizid.

Die neuen Möglichkeiten, auf das Sterben einzuwirken, bedürfen der ethischen und rechtlichen Klärung. Aus der Medikalisierung, der jetzigen neuartigen Verfügbarkeit über das Lebensende, resultiert eine gesteigerte Verantwortlichkeit. Kulturell ist es indessen noch immer durchaus ungewohnt und unvertraut, für den Umgang mit Sterben und Tod so konkret und weitreichend Handlungsverantwortung übernehmen zu müssen, wie es inzwischen geboten ist. Aus der Neuartigkeit werden sich wenigstens zum Teil die Verunsicherungen erklären lassen, die in der Gesellschaft hierzu zu beobachten sind. In unserem Zusammenhang ist der springende Punkt: Auch Rechtspolitik und Rechtsprechung wirken verunsichert. Sie schwanken zwischen gegenläufigen Tendenzen, die einerseits liberalen, andererseits – um es sofort kritisch zugespitzt zu sagen – obrigkeitsstaatlichen Zuschnitt besitzen.

2. Status quo von Rechtspolitik und Jurisdiktion:

Zwischen Liberalität und Neopaternalismus

Um cum grano salis ein Bild zu vermitteln, sei zunächst an Patientenverfügungen erinnert. Zu Patientenverfügungen ist im Jahr 2009 in Deutschland eine gesetzliche Regelung zustande gekommen. Allerdings war es kein kohärentes und umfassendes Gesetz, so wie es in Österreich schon zuvor 2006 beschlossen worden war. Immerhin hat der deutsche Gesetzgeber Patientenverfügungen als solche akzeptiert, was angesichts der inländischen Debatten keineswegs selbstverständlich gewesen war. Es war vorgeschlagen worden, persönliche selbstbestimmte Voraussetzungen zu Krankheit und Sterben stark eingeschränkt zu halten. Ein

politisch wichtiger Vorschlag lautete, dass neu einzurichtende Gremien, nämlich ein obligatorisches „Konsil“, in jedem Einzelfall darüber befinden sollten, ob bei Menschen, die sich in Todesnähe befänden, ihrer Verfügung gemäß eine medizinische Behandlung tatsächlich abgebrochen werden dürfe.² Dieser paternalistischen Idee hat sich der Bundestag im Jahr 2009 zu Recht nicht angeschlossen. Jedoch hat er manche Einzelfragen offen oder unklar gelassen, die später von Gerichten im Sinn der Patientenautonomie entschieden worden sind.

Umso überraschender: Soeben, am 2. April 2019, hat der BGH in einem Urteil zum Arzthaftungsrecht Hürden aufgebaut, die einer Lebensbeendigung entgegenstehen, selbst wenn die künstliche Lebensverlängerung sinn- und nutzlos geworden ist. Die Urteilsbegründung ist noch nicht publiziert. In der BGH-Mitteilung heißt es, Leben sei „absolut (!) erhaltungswürdig“ – so als könne und dürfe es zum menschlichen Leben niemals Abwägungen geben. Zugleich verwendet der BGH den historisch belasteten, tendenziösen Begriff des „unwerten Lebens“, um Patienten ein Selbstbestimmungsrecht über Weiterleben versus Sterben quasi abzusprechen: „Auch wenn ein Patient selbst sein Leben als lebensunwert erachten mag mit der Folge, dass eine lebenserhaltende Maßnahme gegen seinen Willen zu unterbleiben hat, verbietet die Verfassungsordnung aller staatlichen Gewalt [...] ein solches Urteil“.³ Mit einer derartigen Formulierung hat der BGH der Aussicht, in Fällen human sinnlos gewordener Existenz die intensivmedizinische Behandlung abubrechen, einen beträchtlichen Dämpfer verliehen.

Nun geht es in diesem Referat vor allem um die Suizidbeihilfe. Zu ihr hat der Gesetzgeber am 6. November 2015 ein weitgehendes Verbot ausgesprochen. Kurz gesagt hat er durch einen neuen § 217 StGB eine sog. „geschäftsmäßige“ Beihilfe zum Suizid unter Strafe gestellt. Begrifflich und sachlich ist unklar, was unter „geschäftsmäßig“ präzise zu verstehen ist. Im Ergebnis macht das Gesetz es jedenfalls nicht nur Sterbehilfeorganisationen, sondern gleichfalls Ärzten praktisch unmöglich, einem schwer erkrankten Patienten, der nicht mehr weiterleben möchte, bei einer Suizidhandlung beizustehen – selbst wenn sich der Patient über die Tragweite seiner Tat im Klaren ist und er seinen Freitod ausdrücklich wünscht. Prinzipiell hat der Gesetzgeber ebenfalls entfernte, indirekte Beteiligungen eines

² Vgl. Dt. Bundestag Drucksache 15/3700, S. 45.

³ BGH, Urt. v. 2.4.2019, VI ZR 13/18, Mitteilg. der Pressestelle Nr. 40/2019.

Arztes pönalisiert, etwa die ärztliche Begleitung eines Patienten beim Sterbefasten oder das Zurverfügungstellen eines Zimmers in einer Klinik, in dem ein Patient dann Suizid verüben könnte, u.a. Jedenfalls hat das 2015 verabschiedete Gesetz die Entscheidungsfreiheit von Patienten und von Ärzten substantiell eingeschränkt. Zugleich verstärkt es eine Linie, die sich im deutschen Biomedizinrecht seit Längerem ausgebildet hat: Es etabliert Doppelmoral, indem Probleme auf das Ausland verlagert werden. In diesem Fall werden Patienten, die sich zum Suizid entschlossen haben, vom Gesetz de facto auf den Ausweg verwiesen, in die Schweiz zu fahren und dort die Unterstützung einer den Suizid begleitenden Organisation in Anspruch zu nehmen.

Aktuell ist zur Suizidbegleitung noch eine weitere Frage offen. Das Bundesverwaltungsgericht hat am 2. März 2017 ein Urteil ausgesprochen, das sich an der Patientenautonomie orientiert. Ihm zufolge darf die zuständige staatliche Behörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Patienten, die wegen unerträglich gewordenen Leidens ihr Leben beenden möchten, den Erwerb von Betäubungsmitteln ermöglichen.⁴ Insofern ist die Behörde ermächtigt worden, Suizidbeihilfe zu leisten. Der Freitod, den schwerst kranke Menschen sich angesichts ihrer Krankheit und in ihrer biographischen Situation wünschen, soll ihnen in menschenwürdiger Form auch im Inland gestattet sein.

Der Bundesgesundheitsminister hat dieses höchstrichterliche Urteil jedoch ausgehebelt. Hierfür stützte der Minister Spahn sich auf ein einziges Rechtsgutachten, das von dem katholisch orientierten Juristen Udo di Fabio stammt. In Analogie zu einer ihrerseits strittigen Praxis im Steuerrecht hat er eine Art von Nichtanwendungserlass verfügt.⁵ Mithin: Der Minister übergeht ein höchstrichterliches Urteil ohne hinreichende Rechtsgrundlage, um hierdurch Menschen, die sich subjektiv in einer extremen Leidens- und Notlage befinden, den Ausweg eines human durchgeführten Suizids zu verwehren. Dieser Vorgang berührt die Grundlagen von Rechtsstaatlichkeit und Rechtskultur. Der Gesundheitsminister agiert moralpaternalistisch, setzt sich – um es einmal so zu sagen – nach dem Muster des absolutistischen Preußenkönigs Friedrich des Großen über ein Gerichtsurteil hinweg und marginalisiert die Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechte von

⁴ BVerwG, Urt. v. 2.3. 2017 - 3 C 19.15.

⁵ Vgl. z.B. Deutscher Bundestag, Drucksachen 19/2090, 19/4834.

Patienten, die der liberale Verfassungsstaat eigentlich zu respektieren hat. Um die Kritik auf den Punkt zu bringen: Beides, der 2015 beschlossene § 217 StGB und die Verfügung des Ministers, bildet einen Rückschritt hinter die Aufklärung.

Die Ethik und das Rechtsdenken der Aufklärung sind an dieser Stelle ins Gedächtnis zu rufen, weil die Aufklärung den Vorbehalt überwunden hat, der gegen Selbsttötungen herkömmlich im Kern erhoben worden ist. Der alte Einwand lautete, ein Mensch dürfe sich nicht das Leben nehmen, weil er sich gar nicht selbst gehöre. Denn der einzelne Mensch sei das Eigentum Gottes oder – mit staatspolitischem Zuschnitt gesagt – das Eigentum des Staates.

3. Tradierter Einwand gegen den Suizid:

Der Mensch als Eigentum Gottes oder des Staates

Um den Einwand knapp zu erläutern: Was die religiöse Dimension anbelangt, kennen ihn die drei monotheistischen Religionen Judentum, Christentum und Islam. Im Christentum hat klassisch Thomas von Aquin dargelegt, dass der Mensch Gottes Eigentum sei. Deswegen dürfe nur Gott selbst über Tod und Leben befinden. Falls ein Mensch durch einen, wie es früher hieß, Selbstmord über sein Leben verfüge, lehne er sich gegen Gott auf, womit er sich einer ganz besonders schweren Sünde schuldig mache. Thomas berief sich u.a. auf Bibelstellen, die die Souveränität und die alleinige Macht Gottes unterstrichen hatten. Allein Gott könne töten und lebendig machen.

Im Judentum und im Islam wurden und werden ähnliche Gedanken entfaltet. Partiiell fallen sie sogar noch schroffer aus. So betont man im Islam quer durch die unterschiedlichen Strömungen äußerst nachdrücklich die Allmacht Gottes, unter der die eigene Freiheit des Menschen geradezu zum Verschwinden gebracht wird. Speziell zum Lebensende gelte, das Leben sei das Eigentum des allmächtigen Gottes. Deswegen habe der Mensch sein Leben zu pflegen und zu erhalten und müsse er das Lebensende dem Willen Gottes überlassen. Vor diesem Hintergrund wird quer durch den Islam schroff verneint, dass ein Patient selbstbestimmt einen Suizid durchführen dürfe. Das Dogma der göttlichen Allmacht erschwert Muslimen sogar die Akzeptanz von passiver Sterbehilfe und Patientenverfügungen.

Eben dieser Gedanke – Selbsttötung ist unzulässig, weil der Mensch sich gar nicht selbst gehört – ist indessen nicht nur religiös bedeutsam gewesen. Vielmehr findet er sich seit der Antike gleichfalls in der Staatstheorie. Hier lautet die Pointe, der einzelne Mensch sei Eigentum der staatlichen Gemeinschaft, der Obrigkeit oder griechisch-antik gesagt der polis. Daraus hat schon Aristoteles abgeleitet, dem Selbstmörder, der sich der Gemeinschaft entzieht, sei das ehrenhafte Begräbnis zu verweigern.

Gegen derartige Denkmuster wandte sich die Aufklärung.

4. Einschnitt der Aufklärung: Der Mensch als Eigentum seiner selbst

Die Aufklärung markiert einen Einschnitt, weil ihr zufolge jeder Mensch das Eigentum seiner selbst ist und er daher über sich selbst bestimmen darf – sowohl über sein Inneres, sein Gewissen als auch über seine äußere Existenz, Körper und Leben. Die alte Vorstellung, der staatlichen Gemeinschaft stehe ein Besitzanspruch auf den Menschen zu, wurde in Abrede gestellt und dahingehend korrigiert, jeder gehöre sich selbst und dürfe deswegen frei über sich bestimmen. Speziell für die Selbsttötung ist die neue Leitidee in Preußen 1747 dadurch konkretisiert worden, dass sog. Selbstmörder prinzipiell wie andere Verstorbenen bestattet werden durften; und im Jahr 1751 nahm Preußen alle Strafandrohungen gegen den Selbstmord zurück. Die Neuerungen waren von Friedrich dem Großen veranlasst worden, der in *dieser* Hinsicht also aufgeklärt dachte und fortschrittlich handelte.

Oder als weiteres Beispiel aus der Aufklärung: Der italienische Strafrechtsreformer Cesare Beccaria votierte 1764 für die Zulässigkeit der Selbsttötung mit einem Argument a maiore ad minus: Für den Staat sei es viel schädlicher, wenn ein Mensch auswandere, als wenn er sich das Leben nehme. Weil der Mensch sich selbst gehöre und weil die Auswanderung geduldet werde, dürfe der Selbstmord erst recht nicht bestraft werden. Im Gefolge des Ansatzes der Aufklärung positionierte sich 1871 jedenfalls das Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches. Es erklärte den damals noch sog. Selbstmord nicht für strafbar. Genauso ließ es die Beihilfe straffrei.

5. Aktueller Rückschritt in der Bundesrepublik Deutschland

Mit der aufgeklärt-liberalen Linie der Ethik und des Rechtsdenkens hat der Deutsche Bundestag im Jahr 2015 gebrochen. Denn durch den neuen § 217 StGB ist die Beihilfe zum Suizid, die Sterbehilfeorganisationen, Ärzte oder sonstige Personen durchführen, vollständig oder sehr weitgehend pönalisiert worden. Faktisch hat das Parlament hierdurch schwerkranken sterbewilligen Patienten den Suizid als letzten Ausweg verbaut und zudem im Mantel des strafrechtlichen Verbots gegen Suizid und Suizidbeihilfe ein staatliches moralisches Unwerturteil erklärt.

Wie lässt sich eine solche Regression, ein derartiger Abschied von der Aufklärung und vom liberalen Verfassungsrecht erklären? Zu den Hintergrundfaktoren dürfte der Einfluss der Kirchen gehören. Die Trennung von Staat und Kirche, die 1919 als Artikel 137 Absatz 1 in die Weimarer Reichsverfassung hineingeschrieben wurde, ist bis heute nicht konsequent umgesetzt. Bei gesellschaftlich sensiblen Themen namentlich in der Biomedizin orientiert sich die Politik unverändert stark an kirchlichen Auffassungen. Der im Jahr 2015 beschlossene § 217 StGB entspricht im wesentlichen den Vorschlägen, die der damalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ins Spiel gebracht hat. Gröhe war zuvor Mitglied im Leitungsorgan der Evangelischen Kirche in Deutschland, dem „Rat der EKD“, gewesen; und ich habe auf evangelischer Seite die Ansicht gehört, ihm sei gelungen, mit § 217 StGB genau diejenige Position, die von der EKD stamme, zum staatlichen Gesetz zu erheben. Den Standpunkt der EKD repräsentiert eine Schrift, die sie 2008 unter dem Titel „Wenn Menschen sterben wollen“ publiziert hat. Daher ist jetzt nach kirchlich-religiösen Sichtweisen zu fragen.

6. Kirchliche Einschätzungen

Noch heute wirkt in kirchlichen Aussagen die alte religiöse Anschauung nach, das menschliche Leben sei das Eigentum Gottes. Die Kirchen formulieren den alten Gedanken heutzutage zumeist weniger schroff. Sprachlich abgemildert heißt es z.B., der Mensch dürfe über sein Leben nicht verfügen, weil es eine „Gabe“, eine „Leihgabe“, ein Segen oder ein „Geschenk“ Gottes sei.

Teilweise wird die alte Theorie vom Leben als Eigentum Gottes aber auch noch sehr massiv artikuliert, etwa von der römisch-katholischen Kirche. Sie bezeichnet das menschliche Leben explizit als „heilig“. Mit der Umschreibung „heilig“ werde –

so ist in katholisch moraltheologischer Literatur zu lesen – das „Herrschaftsrecht Gottes“ oder werde ein „Hoheits-Prinzip“ zum Ausdruck gebracht. In der Konsequenz beharrt die katholische Kirche gegenüber Suizid und Suizidbegleitung von Patienten auf einem kategorischen Nein. Bis heute schränkt sie sogar Patientenverfügungen ein; denn sie lehnt Patientenverfügungen ab, die für den Fall des irreversiblen apallischen Syndroms, des sog. Wachkomas, einen Behandlungsabbruch verlangen. Noch in anderer Zuspitzung beharrt sie auf absoluter Lebenserhaltung. Das katholische Lehramt hat Schwangerschaftsabbrüche bzw. katholisch gesagt: Abtreibungen explizit als „Mord“ verurteilt. Wenn man sich diese religiöse, hier: katholische Begriffsbildung verdeutlicht – das Leben als „heilig“ und daher als „absolut“ unantastbar –, irritiert das Zitat noch mehr, das ich eingangs aus einem jüngsten BGH-Urteil wiedergegeben habe. Am 2. April 2019 hat der BGH es für „absolut“ erforderlich erklärt, einen im Wachkoma befindlichen Patienten am Leben zu halten.

Um von der katholischen auf die evangelische Kirche zurückzukommen: Zwar hat sie sich in den letzten Jahren sprachlich moderater geäußert. Aber der Sache nach hat sie sich nicht dazu durchgerungen, die Auffassung der Aufklärung zu übernehmen und konsequent vom Selbstbestimmungsrecht bzw. von der Patientenautonomie auszugehen. Stattdessen sagt die EKD, der Mensch sei ein „Verhältniswesen“. Substanziell würden die Menschen „von außen“ bestimmt, nämlich von Gott und sodann auch vom Mitmenschen. Deswegen akzeptiert sie die Idee der Selbstbestimmung nur begrenzt. In ihrer Schrift zum Suizid und zur Suizidbegleitung von Patienten von 2008 äußerte sie ihre Distanz zum Selbstbestimmungsrecht freilich nicht direkt, sondern ummanteelte sie mit einem anderen Gedankengang. Sie konstruierte einen Gegensatz zwischen „Individuethik“ und „Sozialethik“. Die EKD räumte ein, individualethisch betrachtet könne es Einzelfälle schwerster Krankheit geben, angesichts derer sich ein Suizid oder eine Suizidbeihilfe moralisch nicht verurteilen ließen. Sozialethisch, gesamtgesellschaftlich müsse man aber beim Unwerturteil, beim Nein, bei der Ablehnung bleiben. Daher solle der Gesetzgeber – so schrieb der EKD-Ratsvorsitzende Bedford-Strohm in seinem Buch „Leben dürfen – Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe“ im Jahr 2015 – „der ärztlichen Beihilfe zum Suizid die moralische Legitimation entziehen“.

Dieses Postulat haben evangelische Äußerungen dann nochmals umformuliert und es in eine Begrifflichkeit gekleidet, die in der Bundesrepublik zu einem Schlüssel der politischen Debatte geworden ist. Evangelischerseits wurde erklärt, der Suizid von Patienten dürfe nicht zur gesellschaftlichen „Normalität“ werden. Deshalb habe der Gesetzgeber einzuschreiten und Verbote zu normieren.

7. Das Szenario einer neuen „Normalität“ – ein plausibler Einwand?

Dieser evangelisch ins Spiel gebrachte Einwand – Suizid und Suizidbeihilfe dürften bei schwer Kranken oder Sterbenden nicht „normal“ werden – ist in den letzten Jahren geradezu zu einem Standardargument aufgestiegen. Er kehrte im Deutschen Bundestag wieder und ist sogar vom Bundesverfassungsgericht rezipiert worden, als das Karlsruher Gericht im Dezember 2015 eine einstweilige Anordnung gegen den neuen § 217 StGB ablehnte.⁶

In der Sache ist das oft wiederholte Argument jedoch schwach und unpräzise. Es ist abschätzig, pejorativ angelegt, weil es den Entschluss eines Menschen, sich in einer Notlage, in einer ihm ausweglos erscheinenden Situation das Leben zu nehmen, als menschlich dubios und als moralisch illegitim einstuft. Unausgesprochen, hintergründig steht die alte religiös-moralische Idee Pate, das Leben sei für die Menschen unverfügbar, weil es gar nicht ihr eigenes Eigentum sei. Darüber hinaus schillert der Einwand, der Patientensuizid dürfe nicht zur Normalität werden, zwischen einer qualitativen und einer quantitativen Konnotation. Was wird eigentlich präzise befürchtet? Befürchtet man Verschiebungen in quantitativer Hinsicht, so dass ein Patientensuizid statistisch sehr viel häufiger erfolgen würde als bislang oder gar zu einer Hauptform des Versterbens würde? Oder ist man besorgt, weil die Sozialmoral, der Wertekodex der Bevölkerung sich verändern könnte (aufgrund eines sog. Gewöhnungseffekts)? Oder sieht man einen Trend, theoretische Sollensnormen der Ethik könnten sich verschieben?

Doch was immer gemeint sein mag – um eine konkrete, empirisch belegte Gefahr handelt es sich jedenfalls nicht. Zum Vergleich: Anders sieht es in einer bestimmten Hinsicht in Japan aus. Dort wehrt die Rechtsordnung seit einigen Jahren ganz speziellen Suizidhandlungen, nämlich solchen, die zu dem Zweck begangen werden, dass ein Familienangehöriger das Organ des Suizidanten erhält. Hiermit

⁶ Vgl. BVerfG, Beschl. v. 21.12.2015 - 2 BvR 2347/15, Nr. 18.

möchte man in Japan einer konkreten Gefahr, einer konkreten Fehlentwicklung vorbeugen (Suizid zwecks innerfamiliärer Organspende). In der Bundesrepublik ist jedoch nur eine hypothetische, abstrakte Gefahr an die Wand gemalt worden, als man sich gegen das angebliche „Normal“-werden von Suiziden wandte.

Vor allem ist die Frage aufzuwerfen: Wer besitzt eigentlich die Deutungshoheit über dasjenige, was gesellschaftlich als „normal“ gelten kann:

- top down der Gesetzgeber? Dies wäre dann freilich ein staatlicher Moralpaternalismus, der im Widerspruch zum liberalen Verfassungsstaat steht; denn der moderne säkulare Staat hat die Entfaltungsspielräume seiner Bürger zu achten.
- Oder sollen Kirchen und Religionen die Deutungshoheit über das „Normale“ besitzen? Eine solche Auffassung ist im heutigen gesellschaftlichen Pluralismus völlig inakzeptabel.
- Oder verhält es sich so, dass letztlich die einzelnen Menschen selbst die Entscheidungen zu treffen haben?

Nur diese letztere Sicht liegt auf der Linie dessen, was die Ethik und das Rechtsdenken der Aufklärung auf den Weg gebracht haben und worin die ratio essendi des modernen Verfassungsstaates zu sehen ist. Geht man davon aus, dass die Meinungen in der Bevölkerung die Prärogative besitzen, dann lässt sich mit der abstrakten, vagen Befürchtung, in der Gesellschaft könnten veränderte Anschauungen „normal“ werden, kein Verbotsgesetz legitimieren, so wie es 2015 erfolgt ist. Stattdessen gelangt man zu alternativen Schlussfolgerungen.

8. Rechtsethische Reflexion: Suizid und Suizidbegleitung unter heutigen Voraussetzungen

a) Gedanklicher Ausgangspunkt: Das Recht individueller Entscheidung

Um eine heute adäquate rechtsethische Reflexion vorzunehmen, ist von den derzeitigen medizinischen und klinischen Gegebenheiten und der soziokulturellen Realität auszugehen. Seit mehreren Jahrzehnten müssen sich Menschen mit Krankheit und Sterben ganz anders auseinandersetzen als herkömmlich. Gegebenenfalls sind sie genötigt, weitreichende Entschlüsse zu treffen. Dabei sind häufig auch Entscheidungsspielräume vorhanden, die von der passiven Sterbehilfe über die terminale Sedierung bis zum medizinisch begleiteten Suizid reichen.

Verantwortlich für solche Entscheidungen sind die einzelnen Menschen selbst, und zwar auf der Basis ihrer persönlichen Überzeugungen. Weder eine Kirche noch eine Religion oder Weltanschauung können oder dürfen „für“ die einzelnen Menschen oder „über“ sie beschließen. Ebenso wenig kann dies das staatliche Recht, gar das Strafrecht; sonst fiel der Staat in den von Hugo Preuß so markant kritisierten Status eines Obrigkeitsstaates zurück. Der Aufklärungsethik und einer liberalen Verfassung gemäß kommt die Befugnis zur Entscheidung vielmehr den betroffenen Menschen selbst zu. Die normative Logik, die im § 217 StGB oder die im erwähnten Quasi-Nichtanwendungserlass des Gesundheitsministers zum Zuge gelangte, sind daher als freiheitswidrig einzustufen. Stattdessen ist anders anzusetzen. Hierzu seien drei Teilaspekte genannt.

b) Konzeptioneller Aspekt: Befähigungsgerechtigkeit

Zunächst ist zu betonen: Entscheidungen über die Modalitäten des Lebensendes, so wie sie heute faktisch zu treffen sind, bilden für die einzelnen Menschen, d.h. für Patienten, ihre Angehörige oder Dritte, in der Regel eine sehr schwere Last. Es bricht existenzieller Zweifel auf. Zumal dann, wenn es um Suizid und die Bitte um Suizidbegleitung geht, sollten Menschen in die Lage versetzt werden, zu einer möglichst authentisch, wohl erwogenen Entscheidung gelangen zu können. Die staatliche Rechtsordnung ist an *dieser* Stelle und in *dieser* Hinsicht gefragt. Es gilt, strukturell Sorge zu tragen, dass für suizidwillige Patienten ein breites Angebot psychosozialer Beratungsstellen aufgebaut wird. Für die Betroffenen sollte es möglich werden, sich psychosozial beraten und begleiten zu lassen. Wenn schwerkranke Patienten und ihre Angehörigen die Gelegenheit hätten, sich ergebnisoffen an unabhängige, kompetente Ansprechpartner in Beratungsstellen zu wenden, würde dies dazu dienen, dass sie ihre subjektiven Motive aussprechen und aufarbeiten und ihre persönliche Lage sowie auch Alternativen zum Suizid vertieft durchdenken könnten. Gegebenenfalls würde sich ein Beratungsgespräch auch suizidpräventiv auswirken.

Was die Grundsatzebene anbelangt, habe ich mit dem Plädoyer für psychosoziale Beratung die Idee der Befähigungsgerechtigkeit aufgegriffen, die philosophisch von Martha Nussbaum und von Amartya Sen entwickelt worden ist. Als „gerecht“ hat zu gelten, Menschen in die Lage zu versetzen, sich auch bei komplexen Problemen, in Konstellationen des Konflikts und des Zweifels ihren subjektiven Über-

zeugungen gemäß selbstbestimmt und eigenverantwortet entscheiden und verhalten zu können. Die Idee der Befähigungsgerechtigkeit zielt konzeptionell auf die Stärkung individueller Entscheidungskompetenz ab.

Der Sache nach steht eine solche Leitidee diametral im Gegensatz zu dem, was aktuell in der Bundesrepublik Deutschland zur medizinischen Suizidbegleitung gilt, sowohl zum § 217 StGB als Verbotsgesetz als auch zur Nichtanwendungsvorgabe, durch die der Gesundheitsminister schwerkranken Patienten ein wirksames Betäubungsmittel vorenthält. Hier sollte ein Umbruch erfolgen. In der Bundesrepublik sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Betroffenen eigene Entscheidungen ermöglichen – statt sie zu verhindern oder sie zu erschweren.

Immerhin: Aktuell scheint dieser Punkt sogar durchaus spruchreif zu werden. Soeben, am 16. bis 17. April 2019, hat das Bundesverfassungsgericht zu § 217 StGB eine Anhörung veranstaltet. Dabei deutete sich an, dass das Karlsruher Gericht das Gesetz eventuell einschränken oder gar aufheben könnte. Sofern es tatsächlich hierzu kommen sollte, wäre dies ein Schritt in die richtige Richtung. Dann müsste sich der Gesetzgeber neu mit dem Thema befassen; und im Augenblick scheint die Idee ins Spiel zu geraten, dass der Gesetzgeber eine Analogie zu § 218 StGB, zum Schwangerschaftsabbruch, herstellen könnte. In den ersten drei Schwangerschaftsmonaten darf eine Schwangerschaft abgebrochen werden, sofern die Frau zuvor zu einem Beratungsgespräch gegangen ist. Zurzeit hört man, der Gesetzgeber könne ein Beratungsgespräch doch auch im Vorlauf zu einem medizinisch unterstützten Suizid vorschreiben. So gewendet würde es sich dann um eine *Beratungspflicht* handeln und nicht, wie soeben von mir ins Licht gerückt, um ein *Beratungsangebot*.

Wie ist dies zu beurteilen? Gegen eine Beratungspflicht spricht, dass sie eine Art Restpaternalismus repräsentiert. Für eine Beratungspflicht spricht durchaus, dass einem derartigen Gespräch eine sinnvolle Schutzfunktion zufallen kann. Zum Beispiel könnte es potenziellen Druck von Angehörigen auffangen, die den Schwerkranken in unlauterer oder fragwürdiger Form beeinflussen. Wie immer man die Alternative – Angebot psychosozialer Beratung oder Verpflichtung zur psychosozialen Beratung vor einem medizinisch begleiteten Suizid – nun sieht: Der gute

Sinn des psychosozialen Beratungsgesprächs besteht auf jeden Fall darin, die *eigene* Perspektive, die *eigenen* Interessen des Patienten zu unterstützen.

c) Arztethischer Aspekt: Kein starres Beharren auf tradierten Rollenbildern

Neben den Patienten oder Angehörigen sind angesichts des Lebensendes insbesondere Ärztinnen und Ärzte gefordert. Die Bundesärztekammer, namentlich ihr Präsident Montgomery, weist freilich jede Beteiligung von Ärzten am Suizid scharf ab. Montgomery präsentiert sich zu diesem Thema in größter Nähe zur katholischen Kirche und nennt seinerseits als Argument, eine Beihilfe zum Suizid sei mit der überlieferten Arztrolle, dem Arztbild nicht zu vereinen.

Dieses Argument ist nicht triftig. Es verkennt, dass die Definition einzelner ärztlicher Aufgaben und Handlungsweisen und das Verständnis der Arztrolle sich immer wieder verändert haben – gerade auch in Bezug auf das Sterben. Bis in die Neuzeit hinein hatte eine Vorstellung dominiert, die im hippokratischen Arztethos verankert war: Wenn ein Patient nicht mehr gerettet werden kann und sobald das Sterben droht, dann ist die Aufgabe des Arztes beendet und er soll den Patienten verlassen. Die Arztethik der Aufklärung hat diese Sicht korrigiert. Sie hat stattdessen die Einsicht begründet, dass Ärzte Sterbende nicht verlassen und nicht allein lassen, sondern sie begleiten sollen. Heute werden – auch in der Bundesrepublik – Ärzte dem Sachverhalt Rechnung zu tragen haben, dass sich das Phänomen des Altwerdens und die Modalität des Sterbens verschoben haben. Daher erbitten einige Patienten aus guten Gründen auch eine Suizidbegleitung. Vor derartigen neuen Gegebenheiten kann und darf die Ärzteschaft die Augen nicht so verschließen, wie es in den Voten des Präsidenten der Bundesärztekammer zum Ausdruck gelangt.

Sicherlich sollte für die einzelne Ärztin oder den einzelnen Arzt ein Gewissensvorbehalt bestehen bleiben. Ebenso wenig wie ein Arzt zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verpflichtet werden darf, sollte er zur Suizidbegleitung genötigt werden dürfen. Zahlreiche Ärzte halten eine Suizidbegleitung persönlich jedoch für vertretbar. Hiermit rezipieren sie für sich selbst und für ihr potenzielles Verhalten den heutigen soziokulturellen Wertewandel, was nicht nur legitim, sondern sogar geboten ist.

d) Konsequenz für die Gesetzgebung: Erlaubnisregelung

All dies läuft darauf hinaus, dass auf staatlicher und gesetzlicher Ebene neu anzusetzen ist. Der Sachverhalt der Suizidbeihilfe sollte auf jeden Fall wieder aus dem Strafrecht herausgenommen werden. Würde man im Inland nochmals neu ansetzen, bräuchte man kein unerprobtes Neuland zu betreten. Meinerseits habe ich immer wieder entfaltet, dass ausländische Regelungen als Anknüpfungspunkt dienen können, deren Ursprung der Oregon Death with Dignity Act von 1997 ist. Der US-Staat Oregon hat es bereits vor mehr als 20 Jahren legalisiert, Patienten medizinisch zu unterstützen, die in Anbetracht ihres Krankheitsschicksals einen Freitod wünschen. Dem Oregon-Modell gemäß werden an die Aushändigung eines Medikaments einzelne Bedingungen geknüpft, z.B. die Bestätigung der Freiverantwortlichkeit oder eine Bedenkfrist. Wenn man auch in der Bundesrepublik einen solchen Weg einschläge und ihn ausweitete, würden Patienten nicht mehr dazu gedrängt, unzumutbare Formen der Selbsttötung auf sich zu nehmen. Zudem hat das Oregon-Modell gezeigt, dass die Aushändigung eines Medikaments eine beruhigende Wirkung besitzt und zur Gelassenheit bei der Bewältigung des Sterbens beiträgt. Sehr viele Patienten, die ein Medikament erhalten haben, halten es nur in Reserve, machen von ihm aber gar keinen Gebrauch. Auch in dieser Hinsicht sind eine Erlaubnisregelung und das Angebot der medizinischen Suizidbegleitung sehr viel humaner als die Doppelmoral, Patienten de facto in die Schweiz zu schicken, so dass sie dort den von der Sterbehilfeorganisation vorgegebenen Zeitpunkt des Lebensendes akzeptieren müssen.

Abschließend ist vorsorglich noch Folgendes zu unterstreichen. Aktuell hat das Bundesverfassungsgericht den Eindruck aufkommen lassen, es wolle dem Parlament zum derzeitigen § 217 StGB Abänderungen auferlegen oder ihn sogar aufheben. Sollte es dazu kommen, dann sollte keinesfalls eine Regelung ins Spiel gelangen, der zufolge die Durchführung von Suizidbeihilfe in jedem Einzelfall von einer sog. Ethikkommission genehmigt werden muss. Ähnliches war, wie ich am Anfang erwähnt habe, in Deutschland vor 15 Jahren zu Patientenverfügungen vorgeschlagen worden (ein obligatorisches „Konsil“, bevor eine Patientenverfügung befolgt und die Behandlung abgebrochen werden darf). Leider hat der deutsche Staat noch vor wenigen Jahren zu einem anderen Sachverhalt der Biomedizin genau diesen Weg gewählt. Er hat nämlich für die Präimplantationsdiagnostik

eine solche Konstruktion geschaffen. In Deutschland muss jede einzelne Präimplantationsdiagnostik von einer staatlich approbierten Kommission genehmigt werden, wobei der Genehmigungsvorgang sogar eine Ethikprüfung des Einzelfalls einschließt. Diese deutsche Konstruktion zur PID ist weltweit einmalig. Keinesfalls sollte zur Suizidbegleitung Ähnliches – eine moralische Kontrolle und Einzelfallgenehmigung durch eine staatliche Ethikkommission – eingeführt werden. Die Korrektur des § 217 StGB, die zu erhoffen ist, sollte in eine dem Selbstbestimmungsrecht adäquate Lösung einmünden – und auf keinen Fall in eine nochmals neue, anderweitige Spielart eines staatlichen Moralpaternalismus.