

Die Palliativmedizin im Spagat zwischen Fürsorge und Sterbehilfe - Chancen und Gefahren der Etablierung einer neuen akademischen Disziplin

Vortrag beim Symposium
Begegnungen mit Sterben und Tod
im Großen Sitzungssaal
des Landratsamts Aalen
am 30. März 2011

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

Die Palliativmedizin versteht sich als eine dem Leben zugewandte Alternative zur Tötung auf Verlangen, der so genannten „aktiven Sterbehilfe“. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Palliativmedizin „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt“. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat sich eine verkürzte Version dieser Definition zueigen gemacht: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist“.¹ Im Unterschied zur WHO nennt die DGP demnach die *Unheilbarkeit* der Erkrankung als ein wesentliches Auswahlkriterium für die Patienten, und sie fasst das Ziel der Palliativmedizin unter dem problematischen Begriff der *Lebensqualität* zusammen. Diese Nomenklatur

¹ Lukas Radbruch, Friedemann Nauck, Rainer Sabatowski: Was ist Palliativmedizin? In: Rainer Sabatowski, Lukas Radbruch, Friedemann Nauck, Josef Roß, Boris Zernikow (Hrsg.): Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2005. Ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. der hospiz verlag, Wuppertal 2005, S. 16-17.

lässt erkennen, dass das zu Grunde liegende Konzept im Wesentlichen dem Bereich der Onkologie entstammt.

Tatsächlich werden heute noch überwiegend Krebspatienten im Endstadium in Palliativstationen und stationären oder ambulanten Hospizen betreut. Das erscheint zwar angesichts des Umstandes, dass annähernd 25 Prozent der Bundesbürger an Krebs sterben, als durchaus nachvollziehbar. Insbesondere die Schmerztherapie steht bei diesen Patienten ganz im Vordergrund, die ein erhebliches Spezialwissen erfordert. Hier ist eine enge interdisziplinäre Kooperation von Internisten, Anästhesiologen, Neurologen, Schmerztherapeuten und Psychologen notwendig.

Dennoch wird sich die Palliativmedizin künftig nicht ausschließlich auf die Versorgung von Tumorpatienten beschränken können, da die Bevölkerung in den europäischen Ländern demographisch altert: Im Jahre 2050 wird voraussichtlich jeder zehnte Europäer älter als 80 Jahre sein. In Deutschland sind heute schon 25 Prozent der Einwohner über 60 Jahre alt, im Jahre 2050 könnte dieser Anteil auf ein Drittel gestiegen sein. Die typische Kleinfamilie ist nicht in der Lage, sterbende Angehörige alleine zu versorgen. Akutkrankenhäuser sind andererseits zu teuer und von ihrem Auftrag her nicht auf die Behandlung Sterbender ausgerichtet. Diese Versorgungslücke sollen Palliativstationen sowie stationäre und ambulante Hospizdienste schließen. Ferner leben in Deutschland heute rund 1,3 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Prognosen zufolge könnte sich die Anzahl der Erkrankten bis 2050 verdoppeln. Immer häufiger erreichen dabei die Betroffenen auch ein fortgeschrittenes Stadium der Demenz. Altenheime, Hospize, Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste benötigen deshalb zunehmend Konzepte zur Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase.

Die 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat mittlerweile etwa 3.500 Mitglieder. Inzwischen gibt es auch an einigen deutschen Universitäten Professuren für Palliativmedizin, so in Aachen, Köln, Bonn, Göttingen und München. An der Privaten Universität in Witten-Herdecke wurde die Pädiatrische Palliativmedizin etabliert. Eine neue Disziplin ist im Entstehen begriffen, und solche Prozesse einer allmählichen akademischen Institutionalisierung bringen grundsätzlich auch Sekundärinteressen ins Spiel, die kritisch reflektiert werden müssen. Ich habe mich in meiner wissenschaftlichen Arbeit viel mit der historischen Entwicklung des Fachgebiets Pathologie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beschäftigt. Dort finden wir um 1850 Rudolf Virchow (1821-1902) und sein Bestreben, der theoretischen und der klinischen Medizin ein wissenschaftlich tragfähiges Fundament auf der Basis des anatomischen Denkens zu geben. Im Jahre 1876 gab es dann bereits an allen deutschen Universitäten Lehrstühle für Pathologie, die am Ende des 19. Jahrhunderts vor allem um Ressourcen und Assistentenstellen kämpften, aber nicht mehr um eine Reform der Medizin rangen.² Was ich mit diesem historischen Beispiel andeuten will, dürfte Ihnen klar geworden sein.

Palliativmedizin und Palliativpflege lösen überall in Europa traditionelle und regional unterschiedliche Umgangsweisen mit Sterben und Tod ab. Ihr Ziel ist eine umfassende und zeitgemäße Betreuung Sterbender. Damit wirkt die palliative Versorgung einerseits der aktuellen Tendenz zur Euthanasie entgegen. Sie darf jedoch andererseits nicht zu einer zwar hoch professionell institutionalisierten, aber

² Vgl. Axel Bauer: Die Krankheitslehre auf dem Weg zur naturwissenschaftlichen Morphologie. Pathologie auf den Versammlungen Deutscher Naturforscher und Ärzte von 1822-1872. Schriftenreihe zur Geschichte der Versammlungen Deutscher Naturforscher und Ärzte, Band 5. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1989.

schablonenhaften „Harmonisierung“ des Sterbens führen. Wenn die palliative Betreuung an die Stelle der immer seltener vorhandenen Pflege in der Familie tritt, müssen die damit verbundenen Gefahren rechtzeitig benannt und abgewendet werden. Hier gebe ich drei Problemkreise zu bedenken:

1.) Die Gefahr, dass die palliative Versorgung zu einer erwerbswirtschaftlichen Dienstleistung mit Service-Charakter zum Zweck der Profitmaximierung entarten könnte. Konkurrenz belebt zwar den Markt, aber es darf nicht zu einer Konkurrenz um die minimal mögliche Versorgungsqualität kommen.

2.) Die Gefahr, dass die Palliativmedizin als ein neuer Kampfplatz angesehen werden könnte, auf dem sich die Interessenvertreter mit einander konkurrierender Disziplinen wie Anästhesiologie, Innere Medizin, Onkologie, Neurologie und Schmerztherapie einfinden, um sich von den hier konzentrierten finanziellen Ressourcen alsbald jeweils selbst das größte Stück abschneiden zu können. Wie bei jeder neu entstehenden Institution sind fachbezogene Verteilungs- und Grabenkämpfe auch bei der Etablierung der Palliativmedizin vorprogrammiert, sie dürfen aber nicht das inhaltliche Ziel dominieren und in den Hintergrund drängen.

3.) Die Gefahr, dass eine standardisierte palliative Versorgung als kostengünstige „Alternative“ zur kurativen Medizin werden könnte, vor allem bei alten Patienten. Es wird immer eine schwierige Gratwanderung bleiben, den individuell angemessenen Punkt des Übergangs von der kurativen zur palliativen Behandlung herauszufinden.

Vor allem die zuletzt genannte Gefahr muss erkannt und frühzeitig gebannt werden. Nicht nur in Deutschland beobachten wir eine Tendenz, der zufolge das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten in medizinethischen Debatten mit immer größerer Ausschließlichkeit in den Vordergrund rückt. Wenn die immer wieder eingeforderten Werte Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten

ten zunehmend an die Stelle der Würde des Menschen zu treten scheinen und schließlich zum alleinigen Maßstab ärztlichen Handelns werden, dann hat dies nichts mehr mit einem „partnerschaftlich“ verstandenen Heilauftrag des Arztes zu tun, sondern vielmehr mit der leichtfertigen Preisgabe der zentralen Fürsorgepflicht für das Leben kranker Menschen.³ Man gewinnt manchmal den Eindruck, dass Selbstbestimmung in der Medizin zu identifizieren sei mit einem moralischen Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung wäre jedoch eine Entkernung dieses Begriffs.

Die ständige Rede vom „selbst bestimmten Sterben“ oder gar vom „Sterben in Würde“ (*Dignitas* lautet übrigens der Name einer Schweizer Sterbehilfeorganisation!) sollte uns irritieren. Während die tatsächlichen Freiheiten der Bürger eher geringer werden, redet man uns ein, ungeahnte Spielräume ausgerechnet beim Sterben zu haben. *Wohin mit Oma?* fragte die Titelgeschichte des Wochenmagazins DER SPIEGEL schon am 9. Mai 2005, in der über den Pflegenotstand in Deutschland berichtet wurde. Ein Leserbriefschreiber merkte dazu im folgenden Heft an: „Gerade weil Ihr Beitrag fair und realistisch ist, bleibt wohl nur eine Konsequenz: lieber rechtzeitiger Abgang als die Beisetzung in einem Altersheim“. Dieser Leser hatte die im Artikel selbst gar nicht ausformulierte Hintergrund-Botschaft offenbar verstanden und seine resignierende Schlussfolgerung daraus gezogen.

Ein weiteres, zufällig herausgegriffenes Beispiel für die in unserer Gesellschaft inzwischen offenbar allgemein akzeptierte, geradezu feindselige Einstellung gegenüber Pflegeheimen illustriert ein Artikel aus der BILD-Zeitung vom 8. November

³ Vgl. Regina Geitner: Grundvertrauen in die Entscheidung des Hausarztes. Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), S. A520-A522.

2008: Kurz vor dem Tod ihres nach einem Schlaganfall drei Wochen lang komatösen 68 Jahre alten Ehemannes, des Schauspielers Michael Hinz, trat die mit ihm seit 40 Jahren verheiratete 64-jährige Schauspielerin Viktoria Brams ans Krankenbett und sprach zu ihm: „Du willst doch nicht ins Heim, oder?“ Der gewünschte Erfolg stellte sich alsbald ein, wie die Witwe BILD berichtete: „Ich habe so gehofft, dass er mich im Koma hört. [...] Ich bin mit ihm gemeinsam in seinem Zimmer eingeschlafen, doch er ist nicht mehr aufgewacht“.⁴

Im Sommer 2009 beschloss der Deutsche Bundestag eine gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung, sodass diesem rechtlichen Instrument seit dem 1. September 2009 eine Schlüsselrolle für das Schicksal eines einwilligungsunfähigen Patienten zukommt. Was von einem einwilligungsfähigen Bürger als Verfügung niedergeschrieben wurde, muss im Zustand seiner Einwilligungsunfähigkeit von dem gerichtlich bestimmten Betreuer oder dem vom Patienten selbst ernannten Bevollmächtigten darauf hin geprüft werden, ob es mit der konkreten Lebenslage des Patienten noch übereinstimmt. Ist das der Fall, muss der Arzt die Vorgabe des Kranken umsetzen, was den Abbruch von Therapien einschließt.

Im Einzelnen bestimmt das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts:

1. Das Rechtsinstitut Patientenverfügung wurde im Betreuungsrecht verankert und die Schriftform als Wirksamkeitsvoraussetzung eingeführt.
2. Die Aufgaben eines Betreuers oder Bevollmächtigten beim Umgang mit einer Patientenverfügung und bei Feststellung des Patientenwillens wurden geregelt und dabei klargestellt, dass der Wille des Betroffenen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung zu beachten ist.
3. Festlegungen in einer Patientenverfügung, die auf eine verbotene Tötung auf Verlangen gerichtet sind, bleiben unwirksam.

⁴ Marienhof-Star trauert um ihren Mann. BILD vom 8.11.2008, S.5.

4. Besonders schwerwiegende Entscheidungen eines Betreuers oder Bevollmächtigten über die Einwilligung, Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung in ärztliche Maßnahmen bedürfen bei Zweifeln über den Patientenwillen der Genehmigung des Betreuungsgerichts.

5. Der Schutz des Betroffenen soll durch verfahrensrechtliche Regelungen verbessert werden.

Eine Begrenzung der Reichweite einer Patientenverfügung auf „irreversibel tödliche“ Krankheitsstadien erschien der Bundestagsmehrheit im Blick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als inakzeptabel. Diese Reichweitenbegrenzung ist jetzt definitiv ausgeschlossen.

Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, muss der Bevollmächtigte oder der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Patienten feststellen und auf dieser Grundlage entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten (§ 1901a Abs. 2 BGB). Bei der Feststellung des Patientenwillens oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1901b Abs. 2 BGB).

Da schätzungsweise rund 85 Prozent der Deutschen bislang keine Patientenverfügung abgefasst haben und da die vorhandenen Patientenverfügungen längst nicht alle den konkret eintretenden Fall korrekt antizipieren, bedeutet dies in der Real-

tät, dass in etwa 85 Prozent der Fälle von Betreuern und Bevollmächtigten nach dem lediglich *gemutmaßten* Willen des Betroffenen entschieden werden muss, also nach dem unstreitig schwächsten Surrogat für eine selbst bestimmte Handlungsweise, und zwar im Falle eines Konsenses zwischen Betreuer oder Bevollmächtigtem und Arzt ohne gerichtliche Kontrolle (§ 1904 Abs. 4 BGB). Somit wurde statt der erhofften Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten in Wahrheit der Fremdbestimmung über nicht mehr einwilligungsfähige Menschen Tür und Tor geöffnet.

Doch noch während des parlamentarischen Beratungsprozesses begann im Frühjahr 2009 bereits die nächste Runde im fragwürdigen Liberalisierungswettbewerb um das Thema „selbst bestimmtes Sterben“. In dieser Phase der Eskalation geht es nun um die *Beihilfe zur Selbsttötung*. Das allgemeine Unbehagen an dieser vermeintlichen Hilfe zur letzten Selbsthilfe artikulierte sich zunächst vor allem als Kritik an dem ehemaligen Hamburger Justizsenator Roger Kusch, der seit Juni 2008 für fünf sterbewillige Menschen den Tod organisiert hatte. Angeblich kostete die publikumswirksam inszenierte Suizidassistenz jeweils 8.000 Euro, von denen 6.500 Euro an Kusch und weitere 1.500 Euro an den von ihm bestellten psychiatrischen Gutachter flossen. Ein bereits im November 2008 ausgesprochenes polizeiliches Verbot von Kuschs Aktivitäten wurde im Februar 2009 per Eilverfahren durch das Verwaltungsgericht Hamburg bestätigt. Am 20. Februar 2009 gab Roger Kusch daraufhin bekannt, dass er seine Suizidbegleitung künftig nicht mehr anbieten werde.

In seinem Verbotsbeschluss argumentierte das Verwaltungsgericht Hamburg, Kuschs „fortgesetzte Suizidunterstützung“ gefährde die öffentliche Sicherheit. Generell sei die Polizei verpflichtet, Selbstmorde zu verhindern - auch wenn sie die „persönliche Grenzenscheidung“ eines Menschen respektieren müsse. Kusch betreibe als

Suizidhelfer „kein erlaubtes Gewerbe“. Beihilfe zum Selbstmord sei zwar nicht strafbar - hier gehe es aber „um die sozial unwertige Kommerzialisierung des Sterbens durch Beihilfe zum Suizid gegen Entgelt“.⁵

Dieser mit allgemeinem Beifall begrüßte Gerichtsbeschluss bietet Anlass zu ethischer Kritik, und zwar nicht nur aus Sicht der Anhänger kommerzieller Suizidassistenz. Seine Begründung lässt nämlich den folgerichtigen, in moralphilosophischer Perspektive aber fatalen Rückschluss zu, dass eine nicht kommerzielle, womöglich ganz und gar unentgeltliche Form der Suizidbeihilfe als eine sozial wertvolle, in jedem Falle aber als eine nicht nur legale, sondern sogar legitime Tat beurteilt werden müsse.

Während sich die offiziellen Repräsentanten der Ärzteschaft von dieser Form medizinischer Sterbehilfe noch 2009 einmütig distanzieren, sah die Basis das Problem schon längst ganz anders: Nach einer Umfrage unter 483 Ärzten, die im Herbst 2008 stattgefunden hatte, befürworteten 35 Prozent der Befragten eine Regelung, die es Ärzten ermöglichen würde, Patienten mit schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu unterstützen. 16,4 Prozent der Befragten sprachen sich sogar für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus. Über 3,3 Prozent (Hausärzte: 4,4 Prozent) gaben an, bereits ein- oder mehrmals Patienten beim Suizid geholfen zu haben.

⁵ Urteil: Kusch darf keine Sterbehilfe mehr leisten. © ZEIT ONLINE. www.zeit.de/roger-kusch-2, abgelesen am 13.3.2009. Dann halt nicht. Roger Kusch, der Ex-Senator und Suizidbegleiter gibt auf. Fünf Lebensmüden hat er zum Tod verholphen, dann stoppten ihn Verwaltungsrichter. DIE ZEIT Nr. 10 vom 26.2.2009, S. 9.

Bereits 2006 hat der Münchner Rechtsanwalt Wolfgang Putz, der zuletzt als freigesprochener Angeklagter in einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2010 zur Zulässigkeit des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen durch aktives Durchschneiden des Schlauchs einer PEG-Sonde mittels einer Nagelschere bekannt wurde, in einem ausführlichen Gutachten für die *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben* (DGHS) die strafrechtlichen Aspekte der Suizidbegleitung in Deutschland ausgelotet.⁶ In seiner Zusammenfassung kam Putz zu dem Ergebnis, dass die geltende deutsche Rechtslage bei sorgfältigster Beachtung aller von ihm aufgestellten Kriterien die strafrechtlich nicht zu beanstandende Unterstützung eines Suizids „vom Anfang bis zum Ende“ ermögliche. Er forderte die Bundesärztekammer auf, sie solle das Standesrecht öffnen und damit „eine überkommene Bevormundung der Ärzte beenden“.⁷

Unter dem massiven publizistischen Druck, der nach dem BGH-Urteil vom 25. Juni 2010 entstanden war, in dessen Folge zum Teil sogar - der komplizierten Wahrheit zuwider - behauptet wurde, der Bundesgerichtshof habe nun die „aktive Sterbehilfe“ - also die nach § 216 StGB verbotene Tötung auf Verlangen - erlaubt, will die Bundesärztekammer (BÄK) im Jahre 2011 das Berufsrecht an die - tatsächlich unveränderte - Gesetzeslage „anpassen“. Der bisher in medizinethischen Fragen als konservativ geltende Präsident der BÄK, Jörg-Dietrich Hoppe, gab am 18. August 2010 der in Düsseldorf erscheinenden *Rheinischen Post* ein Interview, das aufhorchen ließ: Er stelle sich eine Formulierung vor, wonach ein Arzt Menschen beim Suizid helfen dürfe, wenn er das „mit seinem Gewissen vereinbaren könne“.

⁶ Wolfgang Putz: Strafrechtliche Aspekte der Suizid-Begleitung in Deutschland. Rechtsgutachten vom 19.9.2006 für die DGHS Bundesgeschäftsstelle. 63 Seiten.

www.dghs.de/typo3/fileadmin/pdf/Gutachten%20DGHS.pdf.

⁷ Gutachten Putz 2006, S. 54 und S. 56.

Zugleich solle aber klargestellt werden, dass dies „nicht zur Aufgabe des Arztes gehört“. Weiter betonte Hoppe, es solle keinesfalls eine Entwicklung befördert werden, in der „Druck auf Schwerkranke entsteht, freiwillig in den Tod zu gehen“.⁸ Man kann nach diesen Worten Hoppes den Versuch einer Relativierung des Lebensschutzes zumindest nicht ausschließen.

Am 18. Februar 2011 hat die Bundesärztekammer nun zunächst ihre revidierten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung veröffentlicht.⁹ In der Präambel ist davon die Rede, dass die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung „nicht unter allen Umständen“ bestehe. Das Sterben dürfe durch „Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung“ ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspreche. Dies gelte auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Die Tötung des Patienten sei hingegen auch auf dessen Verlangen strafbar. Über die ärztliche Suizidassistenz heißt es: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“.¹⁰ Doch gerade in diesen Worten kann man eine Abkehr von jener Formel sehen, die noch die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahre 2004 geprägt hatte. Damals lautete der entsprechende Passus: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“.¹¹ Das jüngst von der BÄK nachgeschobene Argument, Grund für die aktuelle Umformulierung sei lediglich die Anerkennung der „verschiedenen individuellen differenzierten Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft“, überzeugt mich nicht. Suizidbei-

⁸ Ärzte wollen Sterbehilfe im Berufsrecht neu regeln. *aerzteblatt.de* vom 18.8.2010. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/42393/>

⁹ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011), S. A346-A348 [Heft 7 vom 18.2.2011].

¹⁰ Ebd., S. A346.

¹¹ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 101 (2004), S. A1298-A1299 [Heft 19 vom 7.5.2004], hier S. A1298.

hilfe darf jedenfalls künftig von Ärzten geleistet werden, auch wenn es sich dabei angeblich um eine außerärztliche, also rein „staatsbürgerliche“ Tätigkeit handelt. Leider macht sich ausgerechnet die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin diese Ambivalenz zueigen, indem sie in einer am 25. Februar 2011 veröffentlichten Stellungnahme schrieb, sie würde es begrüßen, „wenn die kommende (Muster-) Berufsordnung, sofern diese vom 114. Deutschen Ärztetag in Kiel im Juni 2011 beschlossen werden sollte, die grundsätzliche Ablehnung einer ärztlichen Mitwirkung am Suizid und deren Klassifizierung als nicht-ärztliche Aufgabe klar zum Ausdruck bringt. Von einer berufsrechtlichen Ächtung der ärztlichen Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid sollte jedoch im begründeten Einzelfall Abstand genommen werden können“.¹² Das bedeutet eine schleichende Aushöhlung des Lebensschutzes, der gerade der Palliativmedizin schlecht anstünde.

Aufschlussreicher Weise hat in Deutschland bislang noch niemand die moralische und rechtliche Legitimität der Beihilfe zum Suizid als solche in Frage gestellt. Nun wird es Zeit, dieses Versäumnis zu beenden. Die oberflächliche Debatte um die angebliche Sittenwidrigkeit der kommerziellen Suizidassistenz¹³ greift nämlich zu kurz, sie greift ethisch gesehen sogar völlig daneben. Weshalb? Schauen wir uns den Sachverhalt genauer an:

Eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht automatisch dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Niemand würde beispielsweise von

¹² So zitiert in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 25.2.2011 zu den überarbeiteten Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/DGP_Stellungnahme_BK_GS_Sterbebegleitung_25_02_11.pdf

¹³ Zu den politisch bemühten, aber letzten Endes wenig hilfreichen Resultaten dieser Debatte gehört zum Beispiel der nicht realisierte Antrag des Bundesrates vom 4.7.2008 Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung (... StrRÄndG). Bundesrats-Drucksache 436/1/08.

einem Bäckermeister verlangen, dass er seine Brötchen verschenken müsse, um nicht einer „sozial unwertigen Kommerzialisierung“ der Nahrungsmittelversorgung Vorschub zu leisten. Auch würde niemand von einem Bildenden Künstler fordern, dass er die von ihm gemalten Bilder kostenlos abzugeben habe, damit er nicht eine „sozial unwertige Kommerzialisierung“ der Kunst befördere.

Umgekehrt aber wird eine an sich schlechte Handlung auch nicht dadurch gut, dass sie gratis zu haben ist. So wird etwa die Tat eines Denunzianten auch dann nicht als lobenswert betrachtet, wenn er seine Freunde lediglich privat und im Rahmen eines Hobbys verrät, ohne Geld für die weitergegebenen Informationen zu verlangen. Und ein Hehler, der Diebesgut ohne eigenen Gewinn in den Verkehr brächte, wäre kein Wohltäter, sondern allenfalls töricht.

Was folgt aus diesen beiden ethischen Binsenweisheiten für die Kommerzialisierung der Suizidbeihilfe? Die völlig richtige Intuition, dass die kommerzielle Beihilfe zum Suizid keine ethisch akzeptable Tat ist, rührt von der *Sache an sich* und nicht von dem womöglich entstehenden finanziellen Gewinn des Sterbehelfers her. Die Assistenz bei der Selbsttötung befördert nämlich in jedem Fall eine Handlung, die ethisch gerade nicht mit der viel beschworenen Autonomie des Menschen legitimiert werden kann. Die Autonomie als die Fähigkeit des Menschen, sich eigene Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, hat ihren - wie immer im Detail auch noch rätselhaften - Grund in der physischen Existenz der Person, sie ist *Symptom* und nicht *Ursache* unserer biologischen Konstitution. Daher beschränkt sich die legitime Reichweite der menschlichen Selbstbestimmung auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage. Es wäre schließlich auch nicht Sache des Rauchs, über die Auslöschung des ihn verursachenden Feuers zu befinden. Ich formuliere hier kein

theologisches Dogma und auch keine transzendente Denkfigur im Sinne Kants, sondern vielmehr ein legitimationstheoretisches Argument, das übrigens gerade liberalen, religionsfernen, (natur)wissenschaftlich orientierten Materialisten einleuchten sollte.

Die Selbsttötung wäre demnach keine ethisch mit Blick auf die Autonomie des Menschen zu rechtfertigende Handlungsweise, mag sie auch in manchen Fällen situativ und emotional nachvollziehbar sein. Dennoch ist der Suizid seit dem 19. Jahrhundert kein Straftatbestand mehr, denn im Erfolgsfall wäre der Täter nicht mehr am Leben, und im Fall des Scheiterns dürfte eine zusätzliche Bestrafung - noch dazu bei einem vielleicht schwerkranken Patienten - vielfach als unbillig empfunden werden. Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung sind nach dem deutschen Strafrecht formal deshalb nicht verboten, weil es an der strafbaren Haupttat mangelt, sodass § 26 (Anstiftung) und § 27 StGB (Beihilfe) nicht greifen.

Wenngleich rechtsdogmatisch vertretbar, ist dieses Ergebnis aber verfassungsrechtlich keineswegs zwingend, wie etwa ein Blick in unser südöstliches Nachbarland Österreich zeigt. Dort gilt die *Mitwirkung am Selbstmord* nämlich als ein eigenständiger Straftatbestand, als *Delictum sui generis*. § 78 des Österreichischen Strafgesetzbuches lautet: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen“. Damit ist die Mitwirkung am Suizid im Strafmaß der Tötung auf Verlangen gleichgestellt.

Aus der richterlichen Praxis in Österreich wurde 2007 der Fall eines 56-jährigen Bauingenieurs im Bundesland Kärnten bekannt, der 2003 seine an Amyotropher La-

teralsklerose erkrankte Ehefrau nach Zürich begleitet hatte, wo ihr die Sterbehilfeorganisation *Dignitas* die dort legale Suizidbeihilfe leistete. Der Witwer wurde aufgrund einer anonymen Anzeige wegen *Mitwirkung am Selbstmord* nach dem Österreichischen Strafgesetzbuch angeklagt. Die Staatsanwaltschaft forderte einen Schuldspruch mit dem Argument, wenn man den Angeklagten freispreche, öffne man der Euthanasie Tür und Tor. Der Schöffensenat des Landesgerichts in Klagenfurt sprach den Angeklagten am 10. Oktober 2007 jedoch frei: Zwar sei der Tatbestand erfüllt, doch müsse man den Einzelfall ansehen: Auf der einen Seite habe man eine Moribunde, die klar bei Verstand sei, auf der anderen Seite stehe der Angeklagte, der das unvorstellbare Leid seiner Frau sehe und ihren Willen akzeptiere.¹⁴

In einem kommentierenden Beitrag für die Tageszeitung *Der Standard* schrieb der Theologe Ulrich Körtner zu diesem Fall, tragische Einzelerfahrungen im Umgang mit Sterbenden sollten nicht dazu missbraucht werden, Grenzfälle der Leidensfähigkeit zum Regelfall der Rechtsprechung zu erheben. Grenzfälle könnten freilich nur dort entstehen, wo es Grenzen gebe. Es sei falsch verstandenes Mitleid, wenn Grenzfälle zur Regel erklärt würden, wie überhaupt eine Ethik, die allein auf das Gefühl des Mitleids baue, keine tragfähige Basis habe.¹⁵

Natürlich gibt es auch in Österreich kontroverse Debatten über die mögliche Zulässigkeit von Suizidbeihilfe. Allerdings spielt sich dieser Diskurs vor einem ganz ande-

¹⁴ Robert Benedikt: Suizid-Hilfe: Nicht schuldig. Aufsehen erregender Prozess. Ein Kärntner brachte seine todkranke Ehefrau nach Zürich - wo Sterbehilfe erlaubt ist. Die Presse (Wien), Print-Ausgabe vom 11.10.2007. <http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/336036/index.do>

¹⁵ Ulrich Körtner: Ist Selbsttötung ein Menschenrecht? Veröffentlicht in der Print-Ausgabe des Standard (Wien) am 30.10.2007. <http://www.kha.at/downloads/koertneristselbsttoetungeinmensenrecht.stand.pdf>

ren rechtlichen und ethischen Hintergrund ab als in den Niederlanden, in Belgien, in der Schweiz oder in Deutschland: Nach wie vor existiert in Österreich die grundsätzliche sozialetische Missbilligung der Involvierung Dritter in den geplanten Freitod eines Menschen. Ob diese Handlung von Ärzten oder Nichtärzten, von nahen Verwandten oder Fremden, kommerziell oder nicht kommerziell, organisiert und öffentlich oder privat und heimlich ausgeführt wird, ist dem gegenüber eine zu Recht nachrangige, vom Hauptthema ablenkende Frage.

In der in Fragen der Sterbehilfe für Deutschland immer als vorbildhaft dargestellten Schweiz hingegen dreht sich die moralische Abwärtsspirale fortlaufend weiter: Nachdem Anfang Oktober 2010 in Rapperswil im Kanton Aargau ein 64-jähriger Mann seine 73-jährige demenzkranke Ehefrau erdrosselt hat, forderte Ludwig A. Minelli, der Gründer der Sterbehilfe-Organisation *Dignitas*, dass Demenzkranke zusammen mit ihrem Partner sterben können, auch wenn dieser nicht todkrank ist.¹⁶

Es wäre zweifellos besser, wenn man von Deutschland aus bezüglich der Sterbehilfe nicht immer nur in die Schweiz blicken, sondern auch einmal nach Österreich schauen würde. Doch wäre diese Horizonterweiterung mit der bitteren Erkenntnis verbunden, dass wir uns in diesem Lande lieber über kommerzielle und organisierte Suizidhelfer nicht ärztlicher und ärztlicher Provenienz entrüsten, anstatt das auf Dauer wohl einzig wirksame rechtliche Mittel dagegen in die Hand zu nehmen. Wir werden bei fortwährender Untätigkeit allerdings damit rechnen müssen, dass man-

¹⁶ Sterbehilfe auch für Angehörige. 20 Minuten (Zürich) vom 18.10.2010, S. 8.

cher Hausarzt schon in naher Zukunft neben der ersten auch die letzte Hilfe als Kassenleistung anbietet. Wer das nicht will, muss jetzt politisch handeln.¹⁷

Unser persönlicher Entscheidungsspielraum am Ende des Lebens wird wahrscheinlich sehr begrenzt sein. Diese sicher bittere, aber durch kein noch so ausgeklügeltes Verfahren aus der Welt zu schaffende Wahrheit müssen sich Ärzte, Patienten, Pflegemitarbeiter, gesetzliche Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige, letztlich wir alle uns rechtzeitig vor Augen führen. Die meisten Menschen werden mit großer Wahrscheinlichkeit nicht „autonom“ und „selbst bestimmt“ sterben, wie es vermeintliche Idealvorstellungen aus Politik, Recht und Ethik gegenwärtig einfordern. Es wäre meines Erachtens gut, diese letzte Illusion des Lebens sich selbst und Anderen gar nicht erst aufzubauen. Palliativmedizin und Palliativpflege haben hier eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Ein Patentrezept zum „zertifizierten Sterben“ können und wollen wir weder erwarten noch erhoffen.

¹⁷ Vgl. dazu Bauer, Axel: Hippokrates' Albtraum. Selbsttötung: Der Medizinrechtler Jochen Taupitz plädiert dafür, dass Ärzte künftig als Suizidassistenten tätig werden dürfen. Doch das wäre das Aus des ärztlichen Ethos. Rheinischer Merkur 64 (2009), Nr. 12 vom 19.3.2009, S. 4. <http://www.merkur.de/index.php?id=33270>