

1.1

Problem

1.1.1 Rahmenbedingungen für medizinische Entscheidungen am Lebensende

In Deutschland stirbt die Mehrzahl der Bürger¹ im Rahmen von fortschreitenden, unheilbaren Erkrankungen, bei denen das Lebensende Wochen oder gar Monate im Vorhinein absehbar und gestaltbar ist. Das gilt selbst für die gegenwärtige Situation, in wel-

¹ Ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit wird hier auf eine Mehrfachnennung weiblicher, männlicher und diverser Personen oder andere gendersensitive Sprachformen verzichtet. Gemeint sind – sofern nicht anders erwähnt – stets Personen jeden Geschlechts.

cher die Pandemie Covid-19 auf dramatische Art und Weise in Erinnerung ruft, dass der Tod auch schnell und unvorhergesehen eintreten kann. Gleichwohl geht die langfristige Tendenz in unserer Gesellschaft dahin, dass die weit überwiegende Mehrheit der Menschen an chronischen Erkrankungen verstirbt, die allermeisten davon hochbetagt.

Jeder Bürger, der die Fähigkeit zur rechtsgültigen Einwilligung in medizinische Maßnahmen besitzt, kann lebenserhaltende Behandlungen (z. B. Reanimation, Beatmung, Chemotherapie, Dialyse) ablehnen, um das Sterben zuzulassen. Die Umsetzung des Willens kann, ethisch und rechtlich gleichwertig, durch Unterlassen einer potenziell lebenserhaltenden Behandlung oder durch Beendigung einer bereits begonnenen lebenserhaltenden Behandlung erfolgen.² Gleichermassen muss eine Behandlung unterbleiben oder beendet werden, wenn dies aus einer Patientenverfügung, einer im Voraus mündlich geäußerten Behandlungsablehnung oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten eindeutig ersichtlich wird.³ Der Gesetzgeber hat mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts von 2009 hierfür klare Regelungen erlassen. Zudem hat der Bundesgerichtshof (BGH) die strafrechtlichen Bedingungen für einen erlaubten Behandlungsabbruch festgestellt.⁴

Die palliativmedizinische und hospizliche Betreuung und Begleitung am Lebensende haben sich in Deutschland in den letzten zwanzig Jahren deutlich verbessert. Auch wenn Deutschland dadurch im internationalen Vergleich gut dasteht,⁵ ist die Versor-

2 BGH, Urteil v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 – BGHSt 55, 191 – 206 = NJW 2010, 2963.

3 Vgl. § 1901a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), aber auch BGH, Beschluss v. 06.07.2016 – XII ZB 61/16 – BGHZ 211, 67 sowie BGH, Beschluss vom 08.02.2017 – XII ZB 604/15 – BGHZ 214, 62 und BGH, Beschluss vom 14.11.2018 XII ZB 107/18 – NJW 2019, 600.

4 BGH, Urteil v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 – BGHSt 55, 191 – 206 = NJW 2010, 2963.

5 Vgl. etwa Economist Intelligence Unit (2015).

gung in manchen Bereichen des Gesundheitswesens und bei manchen Krankheitsbildern noch unzureichend, insbesondere bei nicht-onkologischen Erkrankungen und speziell bei Demenzerkrankungen. Die schmerz- und symptomlindernde Therapie ist noch nicht überall auf höchstem Standard. Dies liegt unter anderem daran, dass bei manchen Ärzten immer noch die Befürchtung besteht, durch Verabreichung von hochwirksamen Schmerzmitteln gegen betäubungsmittelrechtliche Vorschriften oder gar gegen das Tötungsverbot zu verstößen. Dabei hat der Bundesgerichtshof schon im letzten Jahrhundert klargestellt, dass eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Maßnahme auch dann durchgeführt werden darf, wenn als mögliche (nicht beabsichtigte) Nebenfolge der Tod früher eintreten könnte (sogenannte »indirekte Sterbehilfe«).⁶

Im Gegensatz hierzu ist die Tötung auf Verlangen in Deutschland nach § 216 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar. Aktuell lassen weltweit lediglich die Niederlande, Belgien, Luxemburg, Kanada und Kolumbien sowie der australische Bundesstaat Victoria die Tötung auf Verlangen unter gesetzlich definierten Bedingungen straffrei (► Kap. 3.1.3). Deutlich von der Tötung auf Verlangen zu unterscheiden ist die freiverantwortliche Selbsttötung und die Hilfe dazu (auch assistierter Suizid genannt). Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass die freiverantwortlich handelnde Person selbst die Tatherrschaft innehat, also die letzte zur Tötung führende Handlung (etwa die Einnahme eines Medikaments) selbst durchführt, während ihr eine andere Person nur bei der Vorbereitung hilft, zum Beispiel indem sie das tödliche Mittel verschafft.

Definitionen

Der hier unterbreitete Vorschlag orientiert sich an der Terminologie, die unter anderem der Nationale Ethikrat, Vorgänger des Deutschen Ethikrats, im Jahre 2006 vorgeschlagen hat:⁷

6 BGH, Urteil v. 15.11.1996 – 3 StR 79/96, BGHSt 42, 301 ff.

7 Nationaler Ethikrat (2006), S. 96–101.

- ♦ Beim *Sterbenlassen* des Patienten (früher als »passive Sterbehilfe« bezeichnet) wird eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen. Dadurch kann der krankheitsbedingte Tod früher eintreten, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Sterbenlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird oder dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird (juristischer Begriff: »Behandlungsabbruch«).⁸
- ♦ Bei *Therapien am Lebensende* können Maßnahmen durchgeführt werden, die das Ziel haben, Leiden zu lindern, bei denen jedoch in Kauf genommen wird, dass sie möglicherweise die letzte Lebensphase verkürzen und dadurch einen vorzeitigen Tod herbeiführen (früher als »indirekte Sterbehilfe« bezeichnet). Daten aus der palliativmedizinischen Forschung weisen allerdings darauf hin, dass eine korrekt durchgeführte Schmerz- und Symptombehandlung nur äußerst selten ein lebensverkürzendes Risiko birgt, vielmehr in aller Regel eher lebensverlängernd wirkt.⁹
- ♦ *Tötung auf Verlangen* (früher als »aktive Sterbehilfe« bezeichnet): Hierbei tötet jemand einen anderen auf dessen ernsthaften Wunsch hin, etwa indem er ein tödbringendes Mittel per Injektion verabreicht, um dadurch den Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt zu diesem Zeitpunkt noch nicht eintreten würde. Die Tatherrschaft liegt nicht beim Betroffenen, sondern bei der anderen Person, etwa beim Arzt.
- ♦ *Hilfe zur Suizidtötung* liegt vor, sofern ein Arzt oder eine andere Person jemanden bei der Vorbereitung oder Durchführung einer freiverantwortlichen Suizidtötung unterstützt, etwa indem der Helfende ein tödbringendes Mittel verordnet oder verschafft.

8 Vgl. dazu BGH, Urteil v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 – BGHSt 55, 191–206 = NJW 2010, 2963.

9 Vgl. hierzu etwa Thorns/Sykes (2000); Bakker et al. (2008); Maltoni et al. (2009).

Dabei führt der Betroffene die Tat selbst aus und behält die Tatherrschaft. Dadurch ist die Hilfe zur Selbsttötung klar von der Tötung auf Verlangen abgegrenzt.

1.1.2 Praxis und Regelung der Suizidhilfe in Deutschland

Die Selbsttötung und ihr Versuch sind in der Bundesrepublik Deutschland nicht strafbar. Konsequenterweise traf dies bis zum Jahre 2015 ebenfalls auf die Hilfe zur Selbsttötung zu, sofern die Selbsttötung oder deren Versuch freiverantwortlich erfolgte. Nachdem in den Jahren vor 2015 vermehrt Suizidhilfe durch private Vereine und Einzelpersonen in Deutschland durchgeführt und auch medial darüber berichtet wurde, entstand eine gesellschaftliche Diskussion um eine mögliche gesetzliche Regelung der Suizidassistenz. Die erste Auflage des vorliegenden Buches, die im Jahr 2014 erschien, wurde durch diese Diskussion veranlasst und brachte einen konkreten Gesetzesvorschlag in die Debatte ein. Im Deutschen Bundestag entstanden schließlich vier verschiedene Gesetzesentwürfe interfraktioneller Gruppen. Am 5. November 2015 entschieden sich die Parlamentarier mehrheitlich für einen Entwurf, der als »Gesetz über die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung« am 10. Dezember 2015 schließlich Gesetzeskraft erlangte.

Dieses Gesetz hat über den neuen § 217 StGB geregelt, dass eine Förderung der freiverantwortlichen Selbsttötung dann strafbar ist, wenn sie geschäftsmäßig geschieht. Dabei bezieht sich der juristische Fachbegriff der »Geschäftsmäßigkeit« auf eine Tätigkeit, welche auf Wiederholung bzw. Dauer angelegt ist. Ein Gewinnerziehungsinteresse ist hierbei nicht notwendig. Ausgenommen von dieser Strafbarkeit wurden ausdrücklich Angehörige und Nahestehende.

Das Gesetz hat von Beginn an viel Kritik und Ablehnung erfahren, sowohl in der Politik, in juristischen und medizinischen Fachkreisen, als auch in der Öffentlichkeit. Wir selbst haben im Jahr 2017 ausführliche Kommentare zu diesem Gesetz aus ethischer, juristischer und medizinischer Sicht veröffentlicht.¹⁰ Dieser Paragraph hat faktisch die Möglichkeit zur Hilfe bei freiverantwortlichen Suiziden in Deutschland abgeschafft. Da die Anwendung des Begriffs »geschäftsmäßig« unklar und kontrovers blieb, haben selbst Ärzte, welche der Suizidhilfe offen gegenüberstanden, eine solche Handlung aus Angst vor strafrechtlichen Folgen gescheut. Hinzu kommt, dass das ärztliche Standesrecht in Bezug auf die ärztliche Suizidhilfe nicht bundeseinheitlich ist: Während die (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer (MBO-Ä) einen Verbotspassus empfiehlt (»Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten«¹¹), haben nur zehn der 17 Landesärztekammern diesen Passus in ihre Berufsordnungen übernommen. Sechs Landesärztekammern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein) verzichten bewusst auf diesen Satz und erlauben damit die ärztliche Suizidhilfe. Die Berufsordnung in Westfalen-Lippe wählt einen Zwischenweg: Ärzte »sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.«¹²

Da Angehörige in der Regel weder das erforderliche Wissen noch den Zugang zu den nötigen Medikamenten haben, kam es im weiteren Verlauf zu zwei parallelen Entwicklungen: Einerseits versuchte der Verein Sterbehilfe Deutschland e. V. um Roger Kusch, aus der Schweiz heraus Suizidhilfe für Deutsche anzubieten. Zugleich blieb die Zahl der Deutschen hoch, die mit Hilfe des Vereins Dignitas in der Schweiz aus dem Leben schieden. Laut den von Dignitas veröffentlichten Statistiken kommen knapp 44 % aller

10 Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing, 2017; Siehe auch Borasio/Jox, 2017

11 § 16 S. 3 (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer (MBO-Ä) in der Fassung von 2018.

12 § 16 Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe aus dem Jahr 2012, jetzt in der Fassung von 2018

Menschen, die durch Dignitas Suizidhilfe erhalten, aus Deutschland.¹³ Bezogen auf die Zahlen der letzten Jahre nehmen demnach etwa 73 deutsche Bürger jährlich in der Schweiz Suizidhilfe von Dignitas in Anspruch.

Andererseits gab es Betroffene, welche das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) um die Abgabe todbringender Betäubungsmittel baten. Diese Anfragen mehrten sich insbesondere, nachdem das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig am 2. März 2017 auf der Basis grundgesetzlicher Erwägungen entschied, dass der Erwerb eines Betäubungsmittels zur freiverantwortlichen Selbsttötung unter bestimmten Ausnahmesituationen nicht verwehrt werden könne. Diese Situationen seien dann geben, wenn (1) der Betroffene unter einer schweren und unheilbaren Erkrankung leide, die zu unerträglichem und nicht zu lindernden Leiden führe, (2) der Betroffene entscheidungsfähig sei und sich frei und ernsthaft zum Suizid entschieden habe, und (3) eine andre zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung stehe. Auf Weisung der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Jens Spahn wurden die über 100 beim BfArM eingereichten Anfragen trotz der höchstrichterlichen Entscheidung nicht bearbeitet bzw. abschlägig beschieden, weshalb der Unmut der Antragstellenden zunahm.

1.1.3 Urteil des Bundesverfassungsgerichts und gesetzlicher Regelungsbedarf

Das Bundesverfassungsgericht hat auf der Basis zahlreicher Anträge von Ärzten, Juristen und Vereinen den § 217 StGB überprüft

¹³ Vgl. Statistik auf der Homepage von Dignitas: <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2019.pdf> (aufgerufen am 24.5.2020)

und mit Urteil vom 26. Februar 2020 für verfassungswidrig und nichtig erklärt (► **Kap. 3.1.2.4**). Der Zweite Senat unter Führung des Präsidenten Andreas Voßkuhle hat klargestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auf dem Boden der Menschenwürde ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben enthalte, welches auch das Recht einschließe, freiverantwortlich seinem Leben selbst ein Ende zu setzen und dabei auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen. Dieses Recht lief aber gemäß dem Gericht durch § 217 StGB faktisch leer. Zugleich hat das Gericht dem Gesetzgeber durchaus Spielräume einer Regelung eröffnet und Kriterien nahegelegt, welche den Schutz der Selbstbestimmung des Einzelnen ins Zentrum stellen.

Es gibt derzeit bereits politische Bestrebungen, eine neue, verfassungskonforme gesetzliche Regelung für die Suizidhilfe zu finden. Als Autoren eines Gesetzesvorschlags von 2014 stimmen wir diesem Grundanliegen zu und haben unseren Gesetzesvorschlag nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts überarbeitet. Ohne eine sinnvolle gesetzliche Regelung ist die Praxis der Suizidhilfe nicht unproblematisch, wie die Vergangenheit gezeigt hat. Wenn weder strafrechtliche noch einheitliche arztrechtliche Regeln vorhanden sind und es keine Sorgfaltskriterien geschweige denn Dokumentationserfordernisse oder Meldeverfahren gibt, ist die Praxis der Suizidhilfe nicht nur sehr heterogen, unkontrolliert und intransparent, sondern auch aus ethischer und rechtlicher Sicht fragwürdig:

- ♦ Veröffentlichte Einzelberichte über Fälle von Suizidhilfe lassen erhebliche Zweifel an der Freiverantwortlichkeit mancher Sterbewilliger aufkommen, insbesondere wenn es sich um psychisch Kranke ohne lebensverkürzende körperliche Krankheiten handelt.
- ♦ Da sich neben Ärzten auch medizinisch nicht geschulte Laien als Suizidhelfer betätigen, besteht die Gefahr, dass die medizinische Aufklärung über Krankheitsverlauf, Prognose und alternative Behandlungsmöglichkeiten fehlt oder unzureichend ist; die umfassende Aufklärung stellt jedoch eine notwendige Bedingung für

eine informierte Entscheidung des Suizidwilligen dar. Es ist ansonsten davon auszugehen, dass nicht alle therapeutischen Chancen genutzt werden bzw. schon die Aufklärung des Betroffenen über diese Möglichkeiten unterbleibt. Dabei ist es im Sinne des Lebensschutzes geboten, z.B. eine behandelbare Depression zunächst zu behandeln oder eine unzureichende Symptomkontrolle zu optimieren, bevor eine Suizidhilfe erwogen wird.

- ◆ Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass manche Suizidhelfer die Sterbewilligen bedrängen und unangemessene finanzielle Forderungen stellen. Eine ungeregelte, intransparente Situation trägt dazu bei, dass Menschen mit Suizidwünschen ausgenutzt werden können.
- ◆ In der Durchführung des Suizids werden die Sterbewilligen oft allein gelassen (nicht zuletzt deshalb, weil Ärzte rechtliche Konsequenzen aufgrund ihrer Garantenstellung befürchten), und die Umstände und Methoden des Suizids sind zuweilen unwürdig. Dies resultiert nicht selten in Suiziden, die für die Betroffenen mit großem Leid verbunden sind. Sie belasten auch die Angehörigen in besonderer Weise.
- ◆ Viele Menschen wagen es nicht, mit ihren Ärzten über ihre Suizidwünsche zu sprechen – aus Angst, abgewiesen oder im schlimmsten Fall sogar in eine psychiatrische Klinik eingewiesen zu werden. Damit gehen wertvolle Möglichkeiten zur Hilfe in einer Notlage verloren.
- ◆ Weil ein seriöser Ansprechpartner vielfach fehlt, der die Wünsche der Betroffenen nicht von vornherein ablehnt, wählen manche Menschen Suizidformen, die Dritte gefährden oder erheblich belasten (z.B. Lokführer, U-Bahn-Fahrer).
- ◆ Da verlässliche Zahlen über Häufigkeit und Durchführung von Suizidassistenz in Deutschland fehlen, kann sich die Gesellschaft keine fundierte Rechenschaft über diese Praxis und ihre Entwicklung geben.
- ◆ Die Rechtsunsicherheit stellt insbesondere für Ärzte, aber auch für alle anderen beteiligten Bürger, eine große Belastung dar

und behindert einen verantwortungsvollen Umgang mit diesem sensiblen Thema.

Aus diesen Gründen erscheint es aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht unverantwortlich, auf eine gesetzliche Regelung zu verzichten. Die Kombination aus Tabuisierung, Rechtsunsicherheit sowie unkontrollierter, nicht dokumentierter und missbrauchs-anfälliger Praxis stellt eine Gefahr für die Rechtsgüter Leben, körperliche Integrität, Selbstbestimmung und Freiheit der Person dar.