

# ZRP

# Zeitschrift für

# Rechtspolitik

Herausgegeben von Professor Dr. Rudolf Gerhardt, Mainz  
Professor Dr. Martin Kriele, Köln

<http://www.zrp.beck.de>

## Inhalt

Themen der Zeit	<i>M. C. Hettlage</i> , Das Abgeordneten-Wahlrecht des Bundes ist nicht länger zu halten	1
	<i>E. Schnell</i> , Bekämpfung der Abgeordnetenbestechung	4
	<i>A. Kreuzer</i> , Neuordnung der Sicherungsverwahrung	7
	<i>R. Künast</i> , Geschlechtergerechte Besetzung von Aufsichtsräten	11
	<i>S. Holzner</i> , Nutzung von E-Mail und Internet am Arbeitsplatz	12
	<i>T. Husemann/M. Betzinger</i> , Anonyme Bewerbung: Bitte probieren!	15
	<i>A. Genenger</i> , Gesetzentwurf zur Erhöhung der Berufungssumme	16
	<i>P. Hauser/F. Wendenburg</i> , Das (obere) Ende der Notenskala	18
	<i>S. Beck</i> , Befugnisse der Polizei im Ermittlungsverfahren	21
	<i>H. Prantl</i> , Die Apfelbaum-Demokratie	24
	<i>V. Hoffmann</i> , Statt Banken regulieren – Verantwortung und Haftung vereinen	26
Echo		26
ZRP-Rechtsgespräch	<i>G. Mähler/H.-G. Mähler/R. Gerhardt</i> , Auf dem Weg zu einer neuen Konfliktkultur?	29
Pro & Contra	<i>H. Kreß/W. Huber</i> , Assistierter Suizid?	31
Zum Schluss		32
Mein Zitat	<i>M. Bartsch</i> , „Ein Federstrich des Gesetzgebers...“	32

Verlag C.H. Beck München und Frankfurt a.M.

# 1/2011

Seite 1–32 · 44. Jahrgang · 20. Januar 2011

Pro

&amp;

Contra

## Assistierter Suizid?

In Grenzfällen fassen einzelne Patienten den Entschluss, ihr Leben durch einen Suizid zu beenden und hierfür einen Dritten, insbesondere einen Arzt um Hilfe zu bitten. Der Grund sind extreme Krankheitssituationen, quälendes Leiden und Schmerzzustände, die ungeachtet der Fortschritte der Schmerztherapie medizinisch nicht beherrschbar sind. Ein solcher Suizidwunsch kann menschlich verständlich sein. Ethisch ist er legitim.

Das Recht auf Leben, das jeder Einzelne besitzt, stellt keinen Lebenszwang dar. Die Betroffenen möchten einen Sterbeprozess vermeiden, der ihre Selbstachtung verletzen, ja zerstören und sie aus ihrer eigenen Sicht zutiefst entwürdigend würde. Ihnen liegt daran, ihre Menschenwürde zu wahren, deren integraler Bestandteil die Würde des Sterbens ist. Daher nehmen sie im Blick auf das Lebensende ihr Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung in Anspruch. Der weltanschaulich neutrale Staat, der das Persönlichkeitsrecht seiner Bürger respektiert, kann dies nicht beiseiteschieben.

In unserer Rechtsordnung sind zum assistierten Suizid jedoch nach wie vor Unklarheiten und Widersprüchlichkeiten vorhanden, die behoben werden sollten. Der Sache nach lässt sich an die gesetzlichen Vorgaben anknüpfen, die seit 1997 im US-Bundesstaat Oregon und jetzt auch in den US-Staaten Washington und Montana gelten. Dort darf ein Arzt ein tödlich wirkendes Medikament verschreiben, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind: Volljährigkeit und Urteilsfähigkeit des Patienten, die gegebenenfalls durch ein Gutachten geklärt wird, Unbehandelbarkeit der Krankheit, Konsultation eines zweiten Arztes, Bedenkfrist vor dem Aushändigen des Medikaments und Information über die Alternativen, die die palliative Medizin eröffnet. Solche Regeln schaffen Rechtssicherheit. Zudem kommen sie sogar der Suizidprävention zugute. Denn die Zahl der Selbsttötungen, die auf dieser Grundlage in Oregon erfolgten, ist signifikant niedriger als in der Schweiz, wo entsprechende Kriterien fehlen. Sofern man es verantwortungsbewussten Ärzten gestattet, unter transparenten, kontrollierten Voraussetzungen Beihilfe zum Suizid zu leisten, führt dies dazu, der Aktivität von teilweise zwielichtigen Sterbehilfeorganisationen den Boden zu entziehen.

Weitere Punkte kommen hinzu. Wenn in Deutschland die Zulässigkeit und die Rahmenbedingungen des ärztlich assistierten Suizids geklärt würden und hierzu Rechtssicherheit hergestellt wäre, entfielen zum Beispiel, dass Ärzte veranlasst werden, eine terminale Sedierung als *Ersatz* für den eigentlich beabsichtigten Suizid durchzuführen. Die Grauzone der verdeckt geleisteten Suizidbeihilfe würde insgesamt verkleinert. Vor allem bliebe Menschen, die angesichts ihrer Krankheitslast einen Suizid erwägen, die Fahrt in das Ausland, der „Sterbetourismus“, erspart. Patienten bräuchten nicht länger nach unzumutbaren und unangemessenen Auswegen zu suchen, durch die sie über ihre Krankheit und die Umstände ihres Leidens hinaus noch zusätzlich belastet werden.

Professor Dr. Hartmut Krefß, Bonn

Moderne Menschen wollen ihr Leben selbstbestimmt führen; doch über Anfang und Ende des Lebens bestimmen sie nicht selbst. Auch wenn eine Geburt sich bewusster Familienplanung verdankt, ist nicht der Geborene selbst das Subjekt dieser Planung. Auch wenn Einzelne selbst ihrem Leben ein Ende setzen, kann niemand mit Sicherheit den Zeitpunkt und die Art seines Todes wählen. In seiner Unverfügbarkeit erweist sich für Glaubende der Geschenkcharakter des Lebens. Zugänglich ist diese Einsicht aber auch für Menschen, die ihr Leben auf andere Weise deuten. Im Respekt vor dieser Unverfügbarkeit dient ärztliches Handeln der Bewahrung des Lebens wie dem menschenwürdigen Sterben. Deshalb ist dem Sterben Raum zu geben, wenn es an der Zeit ist. Menschen im Sterben zu begleiten, steht zur ärztlichen Verpflichtung auf das Leben nicht im Widerspruch, denn Sterben ist ein Teil des Lebens. Heute ist die Balance zwischen der Bewahrung des Lebens und der Begleitung im Sterben ins Wanken geraten. Zu oft geht es auch in der Sterbesituation vorrangig darum, den Tod mit allen verfügbaren Mitteln hinauszuschieben. Zu oft stößt der Wunsch von Todkranken oder ihren Angehörigen, auf weitere lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten, auf den Widerstand von Ärzten oder Ethik-Kommissionen. Die ethische Reflexion ärztlichen Handelns am Lebensende ist das Gebot der Stunde, nicht eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids. Die Beihilfe zum Suizid darf nicht zu einer anerkannten (gar abrechenbaren) ärztlichen Leistung werden. Der Ruf nach der so genannten „aktiven Sterbehilfe“ würde nicht so laut erhoben, wenn der medizinische, pflegerische und seelsorgerliche Beistand beim Sterben umfassender ausgestaltet würde. Deshalb sollte der Rang der Palliativmedizin weiter verstärkt werden; Gründung und Ausbau stationärer wie ambulanter Hospize verdienen weiterhin nachdrückliche Förderung. Würde die Beihilfe zum Suizid zum Teil des ärztlichen Standesethos, so würde die Klarheit des ärztlichen Auftrags Schaden leiden. Die Befürworter eines solchen Schritts weisen auch selbst darauf hin, dass zu diesem Zweck der ärztliche Garantienstatus modifiziert werden müsste. Die Pflicht des Arztes zur Bewahrung des Lebens würde ebenso in Zweifel gezogen wie seine Pflicht, niemandem zu schaden. Darüber, ob ein Arzt sich im Einzelfall, wenn er alle anderen Wege erwogen oder sogar erprobt hat, zu einem solchen Beistand entschließt, kann weder das Strafrecht noch das ärztliche Standesrecht befinden. Der Hinweis auf bewegende Einzelschicksale darf jedoch den ethischen Unterschied zwischen Beistand im Sterben und Beihilfe zur Selbsttötung oder, noch weitergehend, Tötung auf Verlangen nicht ebnen. Es muss vielmehr deutlich bleiben, dass jeder, der einem Menschenleben durch aktives Tun ein Ende setzt, – ethisch betrachtet – Schuld auf sich nimmt. Solche Schuldübernahme kann in bestimmten Situationen Ausdruck verantwortlichen Handelns sein. Das gilt insbesondere dann, wenn Nichtstun die größere Schuld wäre. Doch ob in bestimmten Fällen der Wille zur Selbsttötung ärztliche Unterstützung finden darf, kann nur in persönlicher Verantwortung und nicht durch ein allgemeines Gesetz beantwortet werden.

Professor Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber, Berlin