

BEIHILFE ZUM SUIZID

Keine ärztliche Aufgabe

Im Zusammenhang mit dem Berufsrecht geht es beim ärztlich assistierten Suizid weniger um grundsätzliche moralische als vielmehr um praktische Probleme.

Volker Lipp, Alfred Simon

Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist in den letzten Jahren erneut zum Gegenstand öffentlicher und politischer Debatten geworden. Dazu haben nicht zuletzt die Aktivitäten der Sterbehilfeorganisation Dignitas beigetragen, die schwer kranken Menschen die Möglichkeit eines ärztlich begleiteten Suizids in der Schweiz anbietet. Neben der Frage, ob man die Tätigkeit von Organisationen wie Dignitas gesetzlich verbieten soll, wird auch darüber diskutiert, ob es Ärzten in Deutschland erlaubt sein soll, Patienten beim Suizid zu unterstützen.

Die Rechtslage in Deutschland

Die Tötung eines Kranken durch einen Eingriff, der nicht im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung steht („aktive Sterbehilfe“), ist in Deutschland in jedem Fall eine Straftat – und zwar auch dann, wenn sie durch einen Arzt auf Verlangen des Patienten geschieht (1). Demgegenüber ist die Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid in Deutschland nicht strafbar. Die Selbsttötung ist rechtlich nicht verboten und erst recht keine Straftat. Versuch, Anstiftung und die Beihilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid sind daher ebenfalls nicht strafbar.

Für den Arzt wirft der Suizid allerdings besondere Probleme auf. Dabei geht es nicht allein um die Frage, ob der Arzt den Patienten beim Suizid unterstützen darf, sondern zunächst um die vorrangige Frage nach der ärztlichen Hilfespflicht. Denn soweit der Arzt verpflichtet ist, das Leben des Suizidenten zu retten, darf er diesen erst recht nicht bei der Selbsttötung unterstützen.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat im Versuch der Selbsttötung einen Unglücksfall nach § 323 c Strafgesetzbuch (StGB) gesehen, in dem jedermann, also auch ein Arzt, zu Hilfe verpflichtet sei (2, 3, 4). Das hat den Vorzug der Eindeutigkeit: Es kommt nicht darauf an, ob der Suizident aus freiem Willen aus dem Leben scheiden will, was der Außenstehende oft gar nicht schnell genug erkennen kann. Darüber hinaus hat der BGH auch bloßes Geschehenlassen einer Selbsttötung eines Patienten durch den behandelnden Arzt als Tötung durch Unterlassen (§§ 212, 13 StGB) bewertet, sobald der Patient die Herrschaft über das Geschehen verloren hat, wenn er zum Beispiel bewusstlos geworden ist (3, 4). Der Arzt sei aufgrund der Übernahme der Behandlung verpflichtet, das Leben des Suizidenten zu retten.

Im Fall Wittig (1984) hat der BGH dem behandelnden Arzt jedoch ein eigenverantwortliches Abwägungsermessen eingeräumt, in dessen Rahmen der Wille des Patienten beachtet werden könne: „Jedenfalls dann, wenn der ohne ärztlichen Eingriff dem sicheren Tod preisgegebene Suizident schon bewusstlos ist, darf sich der behandelnde Arzt nicht allein nach dessen vor Eintritt der Bewusstlosigkeit erklärtem Willen richten, sondern hat in eigener Verantwortung eine Entscheidung über die Vornahme oder Nichtvornahme auch des nur möglicherweise erfolgreichen Eingriffs zu treffen.“ (4) Wenn der Arzt im Falle eines bereits schwer und irreversibel geschädigten Patienten nicht den bequemeren Weg der Einweisung auf eine Intensivstation wähle, sondern in Respekt vor der

Persönlichkeit des Sterbenden bis zum Tod bei ihm bleibe, sei diese Entscheidung deshalb von Rechts wegen anzuerkennen. Eine Hilfe sei auch nicht nach § 323 c StGB geboten gewesen, denn sie sei entweder nutzlos oder jedenfalls unzumutbar gewesen.

Die Pflicht des Arztes zur Hilfe

Viele Juristen vertreten heute die Auffassung, dass den Arzt im Falle einer freiverantwortlichen Selbsttötung keine solche Hilfs- und Rettungspflicht treffe (5). Das Oberlandesgericht München hat sich dem im Fall Hackethal (1987) angeschlossen, in dem der Arzt einer schwer leidenden Patientin Gift zur eigenhändigen Tötung überließ (6). Der Patient könne den Arzt jederzeit aus der besonderen Rechtsbeziehung zu ihm entlassen mit der Folge, dass seine Garantstellung entfalle. Das Gericht verneinte auch den Tatbestand des § 323 c StGB, weil angesichts der weit fortgeschrittenen Erkrankung und des Zustands der Patientin die „vermeintliche Hilfe lediglich zu einer inhumanen Quälerei geführt“ hätte. Auch der BGH hat einmal angedeutet, er neige dazu, einem ernsthaften, freiverantwortlich gefassten Selbsttöt-

Universität Göttingen,
Lehrstuhl für Bürgerliches
Recht, Zivilprozessrecht,
Medizinrecht und
Rechtsvergleichung:
Prof. Dr. jur. Lipp

Akademie für Ethik in
der Medizin, Göttingen:
Priv.-Doz. Dr. phil. Simon

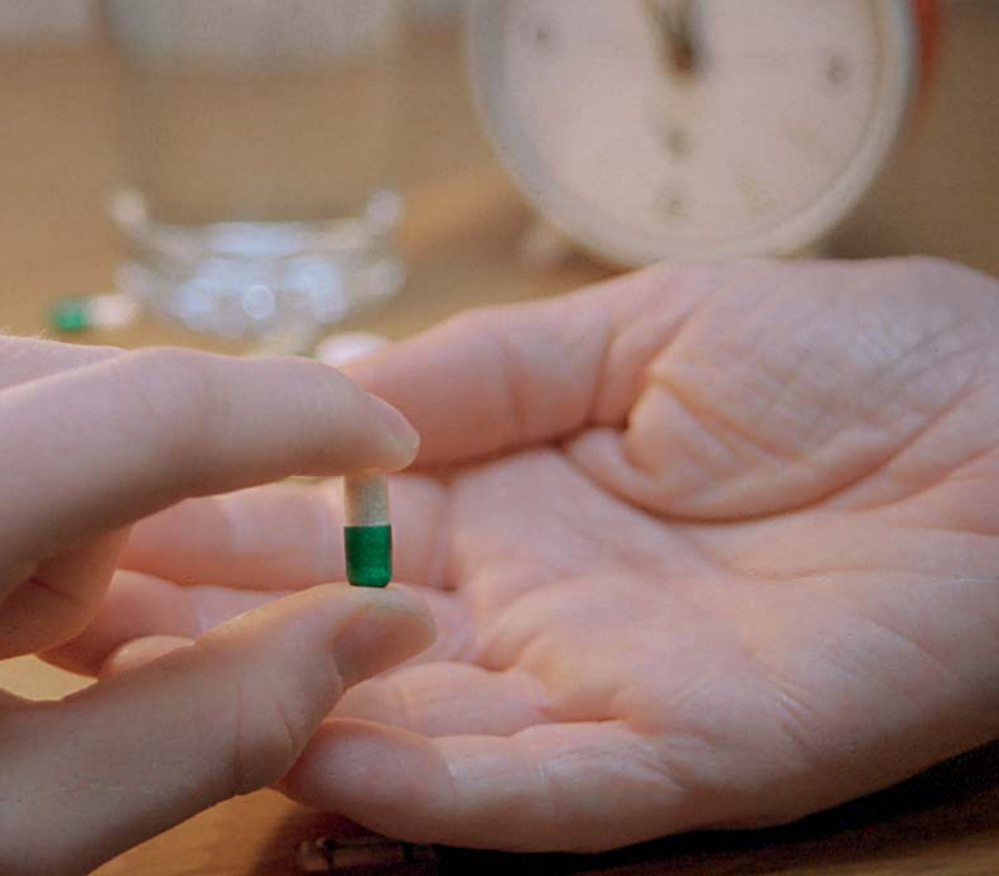


Foto: KeyStone

tungsentschluss „eine stärkere rechtliche Bedeutung“ beizumessen, als dies in dem Urteil zum Fall Wittig geschehen sei (7). Bis heute steht jedoch eine endgültige Klärung des Umfangs der ärztlichen Hilfspflicht beim Suizid durch die höchstrichterliche Rechtsprechung aus.

Vor diesem Hintergrund ist zu betonen, dass die Pflicht des Arztes zur Hilfe in Fällen eines krankheitsbedingten Suizids außerfrage steht. Der juristische Streit betrifft allein die ärztliche Hilfspflicht im Falle eines freiverantwortlichen Suizids. Der Arzt geht deshalb ein rechtliches Risiko ein, wenn er den Entschluss zum Suizid respektiert und untätig bleibt, zumal die Feststellung der Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung zum Suizid in der Praxis schwierig sein dürfte.

Die weitergehende, aktive Unterstützung des Suizidenten bei seiner Selbsttötung ist dem Arzt demnach allenfalls bei einem freiverantwortlichen Suizid möglich. Sie ist dann nicht strafbar. Auch eine Pflicht des Arztes zur Lebensrettung, die es ihm untersagen würde, bei der Selbsttötung zu helfen, wird überwiegend verneint, doch besteht ein gewisses (straf-)rechtliches Risiko.

Völlig offen ist allerdings, welche möglichen berufsrechtlichen

Konsequenzen sich für einen Arzt ergeben, der eine nach allgemeinem Recht erlaubte Beihilfe zum Suizid leistet. Unabhängig von dem Umfang der ärztlichen Hilfspflicht und der strafrechtlichen Bewertung der Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid wird eine Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung generell abgelehnt, da sie dem ärztlichen Ethos widerspreche. (8) Darüber hinaus verbietet § 16 der (Muster-)Berufsordnung den Ärzten, das Leben Sterbender aktiv zu verkürzen. Auch wenn die Beihilfe zum Suizid keine gezielte Tötung darstellt, fällt sie nach Ansicht vieler Interpreten unter diese Bestimmung, weil die Handlung, durch die Beihilfe zum Suizid geleistet wird, in der Regel eine aktive Tätigkeit

Julius Hackethal
(hier mit seiner Sekretärin) überließ einer schwer leidenden Frau Gift zur eigenhändigen Tötung. Zu einer Verurteilung kam es nicht.



Foto: dpa

ist. Die Beihilfe zum Suizid wäre demnach auch in den Fällen berufsrechtlich verboten, in denen sie dem Arzt nach allgemeinem Recht erlaubt wäre.

Regelung in der Schweiz

Die in Deutschland straflose Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid ist in der Schweiz strafbar, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt (Art. 115 des Schweizer Strafgesetzbuches). Nur solange der Arzt aus der Suizidbeihilfe keinen finanziellen oder sonstigen Gewinn zieht, ist sein Handeln nach allgemeinem Recht erlaubt. Anders als in Deutschland drohen dem Arzt dann allerdings auch keine berufsrechtlichen Konsequenzen. Zwar stellt die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in einer Richtlinie aus dem Jahr 2004 klar, dass die Suizidbeihilfe keine ärztliche Tätigkeit darstellt, da sie den Zielen der Medizin widerspricht, andererseits erkennt sie an, dass der Wunsch des Patienten nach Suizidbeihilfe den Arzt vor eine schwierige Situation stellt, in der er Wille und Wohl des Patienten mit seinem eigenen Berufsverständnis in Übereinstimmung bringen muss.

In diesem Dilemma müsse der Arzt eine persönliche Gewissensentscheidung treffen. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, sei als solche zu respektieren. Voraussetzung für eine ärztliche Suizidbeihilfe sei jedoch, dass die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertige, dass das Lebensende nahe sei, dass alternative Hilfsmöglichkeiten erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt worden seien, sowie die Tatsache, dass der Wunsch des Patienten wohlwogen und ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft sei. Die letzte Voraussetzung sollte von einer unabhängigen Drittperson überprüft worden sein, wobei diese nach Ansicht der SAMW nicht zwingend ein Arzt sein muss. (9)

Im US-Bundesstaat Oregon wurde 1997 der Death With Dignity Act beschlossen, der es Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen

Die Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas bietet schwer kranken Menschen die Möglichkeit eines ärztlich begleiteten Suizids an.



Foto: oipa

erlaubt, ein tödliches Medikament zu verschreiben: Der Patient muss volljährig sein und seinen ständigen Wohnsitz in Oregon haben. Er muss im Abstand von mindestens 15 Tagen zwei mündliche Anträge sowie einen schriftlichen Antrag stellen. Der schriftliche Antrag muss in Gegenwart von zwei Zeugen unterschrieben werden. Der verschreibende Arzt und ein unabhängiger Kollege müssen feststellen, dass der Patient an einer unheilbaren Erkrankung leidet, die voraussichtlich in weniger als sechs Monaten zum Tod führt. Falls Zweifel an der Urteilsfähigkeit des Patienten aufkommen, ist ein psychologisches Gutachten einzuholen. Außerdem muss der Arzt über mögliche Alternativen (zum Beispiel Palliativmedizin) aufklären. Der verschreibende Arzt darf zwar während des Suizids anwesend sein, aber das tödliche Medikament nicht selbst spritzen. Die Suizidbeihilfe ist dann nicht nur straflos und berufsrechtlich erlaubt, sondern wird darüber hinaus

zur ärztlichen Aufgabe. Im Jahr 2009 ließen sich 95 Patienten ein tödliches Medikament verschreiben, zwei Drittel von ihnen haben dieses dann auch eingenommen. Diese 59 Fälle machen ungefähr 0,2 Prozent der Todesfälle in Oregon aus. (10)

Suizidbeihilfe und Berufsrecht

Auch in Deutschland mehren sich die Stimmen, die eine (berufs-)rechtliche Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe fordern. Besonders deutlich äußerte sich der Deutsche Juristentag 2006: Er unterstrich nicht nur, dass die Beihilfe zum Suizid nach geltendem Recht straflos ist, sondern forderte die Ärzteschaft auf, die ausnahmslose Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids zu überdenken und durch eine differenzierte Beurteilung zu ersetzen, „welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu

linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert“ (11).

Die Bundesärztekammer hat auf diese Aufforderung bislang nicht direkt reagiert. In Interviews und Stellungnahmen wurde jedoch auf die grundsätzliche Einschätzung hingewiesen, wonach die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspreche (12). Diese Einschätzung wird auch von einer Mehrheit der deutschen Ärzte geteilt: In einer repräsentativen Befragung von ambulant und stationär tätigen Ärzten sprachen sich 62 Prozent gegen eine „gesetzliche Regelung des ärztlich begleiteten Suizids“ ab. Die Mehrheit ist allerdings nicht so groß, als dass man von einer geschlossenen Haltung der Ärzteschaft sprechen könnte. Hinzu kommt, dass jeder dritte Arzt bei der Befragung angab, sich unter bestimmten Voraussetzungen vorstellen zu können, selbst Beihilfe zum Suizid zu leisten (13). Diese Zahlen zeigen, dass die Bundesärztekammer in der nächsten Zeit verstärkte Anstrengungen leisten muss, ihre Position zum ärztlich begleiteten Suizid nicht nur in der öffentlichen Debatte, sondern auch gegenüber der Ärzteschaft zu verdeutlichen.

In der Debatte um eine mögliche berufsrechtliche Zulassung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid sollte nach Ansicht der Autoren zwischen der grundsätzlichen Frage nach der moralischen Zulässigkeit der Suizidbeihilfe im Einzelfall und der praktischen Frage nach ihrer berufsrechtlichen Regelung unterschieden werden.

Auf der grundsätzlichen Ebene scheint es schwierig, ein Verbot der Beihilfe zum Suizid zu begründen. Das Recht auf Leben – als moralischer Konvergenzpunkt der verschiedenen Werthaltungen zu Fragen der Sterbehilfe – schützt den Einzelnen davor, gegen seinen Willen getötet zu werden. Es enthält jedoch keine Pflicht zu leben, sondern allenfalls die moralische Aufforderung, verantwortungsvoll mit dem eigenen Leben umzugehen. Der wohlüberlegte und freiverant-

wortlich getroffene Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens angesichts eines unheilbaren und vom Betroffenen selbst als unerträglich empfundenen Leidens widerspricht dieser Aufforderung nicht. Daraus folgt, dass auch die Unterstützung bei der Umsetzung dieses Wunsches im Einzelfall moralisch gerechtfertigt sein kann.

Die individuelle Moral des Arztes

Beihilfe zum Suizid ist also nicht per se etwas Unmoralisches. Das Berufsrecht betrifft jedoch nicht die individuelle Moral des Arztes, sondern regelt seine Aufgaben und Pflichten als Berufsträger und Mitglied der Ärzteschaft. Dabei geht es zum einen um die Frage, ob die Beihilfe zum Suizid zur Aufgabe des Arztes gehört, zum anderen, ob die dem Arzt nach allgemeinem Recht erlaubte Beihilfe zum Suizid berufsrechtlich verboten werden kann und sollte. Im Zusammenhang des Berufsrechts geht es weniger um grundsätzliche moralische als vielmehr um praktische Probleme, wie zum Beispiel:

- Das Problem der Authentizität: Verbirgt sich hinter dem Wunsch nach Suizidbeihilfe tatsächlich der Wunsch nach dem eigenen Tod oder drückt er nur aus, dass der Patient unter den gegebenen Bedingungen (beispielsweise

belastende Symptome, soziale Vereinsamung) nicht weiterleben möchte? Birgt eine Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht die Gefahr, dass Ärzte Beihilfe zum Suizid leisten, obwohl die Möglichkeiten der Palliativmedizin noch nicht ausgeschöpft sind?

- Das Problem der Freiwilligkeit: Kann ausgeschlossen werden, dass der Wunsch nach Suizidbeihilfe von Dritten beeinflusst ist? Stellt die gesellschaftliche Akzeptanz der Beihilfe zum Suizid nicht eine implizite Aufforderung zu einem „sozialverträglichen Frühableben“ dar?

- Mögliche Missbrauchs- und Dammbruchgefahren: Welche – nicht beabsichtigten – gesellschaftlichen Entwicklungen würde eine Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe in Gang setzen? Wie würde sich eine solche Aufgabe auf das Bild der Ärzte in der Öffentlichkeit auswirken? Wie auf das Selbstverständnis der Ärzte? Würde der Druck auf Ärzte steigen, entsprechenden Wünschen nachzukommen?

Berufsrechtlich ist zunächst festzuhalten, dass die nach allgemeinem Recht straflose Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid keine Aufgabe der Ärzte ist. Die ärztliche Aufgabe der Sterbebegleitung endet dort, wo Beihilfe zum Suizid geleistet wird. Beihilfe zum Suizid mag im Einzelfall moralisch ge-

rechtfertigt sein; sie gehört jedoch nicht zu den beruflichen Aufgaben und Pflichten des Arztes. In diesem Sinne ist die Formulierung in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung zu verstehen, die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspreche dem ärztlichen Ethos (8). Eine Aufgabe dieser Haltung hätte gravierende Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Ärzte und würde die genannten Probleme erheblich verschärfen.

Andererseits sollte das Berufsrecht respektieren, dass ein Arzt sich in schwerwiegenden Einzelfällen aus aner kennenswerten moralischen Gründen dazu entschließen kann, einem Patienten bei dessen freiverantwortlichen Suizid zu helfen. Einem Arzt, der vor einer solchen Gewissensentscheidung steht, mit berufsrechtlichen Konsequenzen zu drohen, wäre nicht nur wenig hilfreich, sondern auch moralisch schwer zu rechtfertigen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2011; 108(5): A 212–6

Anschrift für die Verfasser
PD Dr. phil. Alfred Simon (Geschäftsführer)
Akademie für Ethik in der Medizin e.V.
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
E-Mail: asimon1@gwdg.de

@ **Literaturverzeichnis im Internet:**
www.aerzteblatt.de/lit0511

BUNDESÄRZTEKAMMER ZUR STERBEBEGLEITUNG

Die Mitwirkung eines Arztes bei der Selbsttötung eines Patienten gehört nicht zum Kanon der ärztlichen Aufgaben. Das stellte der Vorstand der Bundesärztekammer am 21. Januar bei der Beratung der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ fest. „Vielmehr ist und bleibt es Aufgabe des Arztes, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“, teilte die Bundesärztekammer mit.

Sie betonte aber auch, dass die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung nicht unter allen Umständen bestehe. Es gebe Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten seien. Dann trete eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu dürfe nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, hatte vor kurzem in einem Interview mit der „Frankfurter Rundschau“ eine

Liberalisierung beim ärztlich assistierten Suizid angekündigt: „Die Beihilfe zum Suizid ist nicht strafbar. Sie ist aber derzeit durch unser Berufsrecht als unethisch verboten. Diesen Widerspruch müssen wir auflösen.“ (DÄ, Heft 1–2/2011) Zugleich sagte Hoppe aber auch: „Mich schüttelt es allerdings bei der Vorstellung, dass ein Arzt beim Suizid hilft. Ich könnte das mit meinem Gewissen nicht vereinbaren.“ Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, verwies darauf, dass in den letzten 40 Jahren kein Arzt wegen Beihilfe zum Suizid verurteilt worden sei. **Kfi**

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 5/2011, ZU:

BEIHILFE ZUM SUIZID

Keine ärztliche Aufgabe

Im Zusammenhang mit dem Berufsrecht geht es beim ärztlich assistierten Suizid weniger um grundsätzliche moralische, als vielmehr um praktische Probleme.

Volker Lipp, Alfred Simon

LITERATUR

1. BGH, Urteil vom 25. 6. 2010 – 2 StR 454/09, NJW 2010, 2963
2. BGH, Beschluss vom 10. 3. 1954 – GSSt 4/53, NJW 1954, 1049
3. BGH, Urteil vom 15. 5. 1959 – 4 StR 475/58, NJW 1959, 1738
4. BGH, Urteil vom 4. 7. 1984 – 3 StR 96/84, NJW 1984, 2639
5. Lipp V: Suizid und ärztliche Hilfespflicht. In: Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V, *Arztrecht*, 6. Aufl. 2009, Kapitel IV Rd-Nr. 21
6. OLG München, Beschluss vom 31. 7. 1987 – 1 Ws 23/87, NJW 1987, 2940
7. BGH, Beschluss vom 8. 7. 1987 – 2 StR 298/87, NJW 1988, 1532
8. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl* 2004; 101(19): A 1298–9
9. SAMW: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW (25. November 2004). URL http://www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Lebensende_D_04.pdf (3. 1. 2011)
10. Oregon Public Health Division: 2009 Summary of Oregon's Death with Dignity Act. URL <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year12.pdf> (3. 1. 2011)
11. 66. Deutscher Juristentag: Beschlüsse der strafrechtlichen Abteilung, Lebenserhaltende Maßnahmen und Behandlungsbegrenzung Ziff. IV.1. und 2. Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hg.), Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentages, Bd. II/1 (Sitzungsberichte), 2006, N 78 f.
12. Hoppe JD: Keine Suizidbeihilfe. *Dtsch Arztebl* 2010; 107(28–29): A 1385
13. Simon A: Einstellung der Ärzte zur Suizidbeihilfe. Ausbau der Palliativmedizin gefordert. *Dtsch Arztebl* 2010; 107(28–29): A 1383–5