

Beihilfe zur Selbsttötung

Öffentlicher Teil der Plenarsitzung am 27. November 2014 · 9:00 bis 13:00 Uhr

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften
Einstein-Saal
Jägerstraße 22/23
10117 Berlin

Programm

Begrüßung und Einführung.....	2
Peter Dabrock.....	2
Terminologische Grundlagen	4
Jochen Taupitz	4
Würde, Autonomie, Selbstbestimmung – Ethische Aspekte.....	8
Carl Friedrich Gethmann	8
Peter Dabrock.....	12
Würde, Autonomie, Selbstbestimmung – Verfassungsrechtliche Aspekte.....	14
Wolfram Höfling.....	14
Versorgungsstrukturen und Suizidprävention	18
Michael Wunder	18
Selbst- und Fremdverständnis der ärztlichen Profession	22
Eckhard Nagel	22
Sterbehilfeorganisationen und -vereine.....	27
Reinhard Merkel	27
Mögliche Regelungsmodelle und ihre Implikationen.....	32
Christiane Woopen.....	32
Diskussion.....	37

Begrüßung und Einführung

Christiane Woopen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, sehr geehrte Gäste, ich möchte nichts groß zur Begrüßung sagen; das ist die Aufgabe von Herrn Dabrock. Insofern steige ich direkt in unseren ersten Tagesordnungspunkt ein, nämlich die öffentliche Aussprache zum Thema Beihilfe zur Selbsttötung.

Peter Dabrock

Liebe Christiane, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Bundestagsabgeordnete, meine Damen und Herren! Ich darf Sie herzlich zur öffentlichen Sitzung des Deutschen Ethikrates zum Thema „Beihilfe zur Selbsttötung“ begrüßen. Wir haben uns entschieden, uns in dieser Novembersitzung, die gesetzeskonform als öffentliche Sitzung abgehalten wird, diesem wichtigen Thema zuzuwenden. Damit wollen wir nicht nur dem gesetzlichen Auftrag nachkommen, sondern auch dem gesellschaftlichen Wunsch, an einer öffentlichen, breiten Debatte teilzunehmen.

Dass dieser Wunsch von vielen Seiten geäußert wird, ist verständlich. So unterschiedlich die Positionen sind, die zutage getreten sind, so vereint doch alle Menschen der Wunsch nach einem Sterben in Würde.

Wie aber dieses Sterben in Würde möglich ist, ist offensichtlich hochgradig fragwürdig angesichts einer befürchteten Übertherapie einer an sich als segensreich wahrgenommenen Hightech-Medizin oder angesichts des gerade in Fragen von Medizin und Pflege gesellschaftlich als beängstigend erfahrenen demografischen Wandels. Oder angesichts der Sorgen, in einem Pflegeheim nicht die Fürsorge und Betreuung zu erhalten, die einem guttut und die als würdig erachtet wird. Oder angesichts der gerade in die-

sem Zusammenhang immer wieder behaupteten Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen und angesichts der De-facto-Tabuisierung des Suizids, evidenterweise rechtlich umgesetzt in den auch hierzulande bestens bekannten Zulassungen von ärztlicher Tötung auf Verlangen in den Beneluxländern respektive ärztlich assistiertem Suizid in der Schweiz, aber auch und alles herausfordernd angesichts einer sich zunehmend durchsetzenden Einstellung, die den Patienten nicht mehr als Objekt eines ärztlichen Paternalismus begreift, sondern als autonomen Patienten, der zu eigenen medizinischen Entscheidungen befugt und in der Lage ist.

Es gilt für den Einzelnen in seinen Beziehungsnetzen und für die Gesellschaft insgesamt, sorgfältig abzuwägen, wie dieses Sterben in Würde dem Anspruch nach für alle in unserer Gesellschaft möglich wird und welche Konsequenzen die rechtlichen Regelungen für Menschen haben – für Menschen, die um Suizidassistenten bitten, aber auch für andere: für Familienangehörige, für Ärzte, für solche, die organisiert solche Hilfe anbieten wollen, und für Menschen in ähnlichen Situationen, die sich plötzlich fragen, warum sie selbst noch auf medizinische Hilfe hoffen wollen.

Unsere Gesellschaft soll und darf sich Zeit lassen, über eine mögliche neue gesetzliche Regelung nachzudenken, weil Sterben in Würde einen höchst persönlichen Wunsch, eine intensive zwischenmenschliche Hoffnung und eine zutiefst gesellschaftliche Herausforderung darstellt, entsprechende Rahmenbedingungen bereitzuhalten.

Gesellschaftlich stehen unterschiedliche Akzentsetzungen auf dem Spiel, und der Ethikrat möchte in seiner heutigen Sitzung nicht so sehr die einzelnen bereits in der Diskussion befindlichen Eckpunkte für Gesetzentwürfe in den Blick

nehmen, sondern die grundlegenden rechtlichen und ethischen Weichenstellungen, die sich in dieser Debatte auf tun, identifizieren und analysieren.

Ich nenne: Wie wird Selbstbestimmung verstanden und/oder gelebt (auf einer Skala von einem das Leben und Sterben kontrollieren wollenden, souveränen Ich hin zu einem inklusions-sensiblen, beziehungsorientierten und um Endlichkeit und Gebrechlichkeit wissenden Selbst)?

Haben wir wahrgenommen, dass wir oft bei ein und derselben Person ein emphatisches Selbstbestimmungspathos vorfinden und doch sehen, dass er oder sie intensiv beziehungsorientiert und keineswegs egoistisch lebt? Ist das vielleicht ein Anhaltspunkt, um mit den Spannungen in dieser Debatte umzugehen?

Ist der Suizid die radikale Bestätigung menschlicher Selbstbestimmungsmöglichkeit oder deren verzweifelte Aufhebung? Und selbst wenn Letzteres der Fall wäre: Gibt diese Einschätzung der Gesellschaft das Recht oder gar die Pflicht, ihn ethisch oder rechtlich betrachtet immer zu verhindern, entsprechende Präventionsmaßnahmen vorzuhalten oder im Notfall eben einzugreifen? Was muss, was darf der Staat regeln? Was sollte er nicht regeln, wenn es ans Sterben und aktive Beenden des Lebens geht? Hat der Staat Schutzpflichten bereitzustellen, die auf den ersten Blick so mancher Eigenvorstellung vom selbstbestimmten Tod widersprechen? Und wenn, welche?

Welche Änderungen für das Selbst- und Fremdverständnis der ärztlichen Profession erleben wir, wenn Ärzte Suizidbeihilfe nicht als Ergebnis individueller Gewissensentscheidungen ansehen, sondern als eine normale Tätigkeit? Würde das etwas ändern?

Und schließlich: Auch wenn viele der Auffassung sind, dass dieses Thema in größter Koalition beerdigt zu sein scheint, macht es für den Einzelnen, für die Gesellschaft einen Unterschied aus, wenn wir es weiter zulassen, dass sich bestimmte Organisationen – sei es gewerbsmäßig, geschäftsmäßig oder organisiert – der Suizidbeihilfe widmen oder nicht?

Diesen Fragen werden wir uns zuwenden, indem wir die Chance unseres Gremiums nutzen, nämlich in weltanschaulicher Pluralität und Interdisziplinarität um die Zivilität der einen Gesellschaft zu ringen. Deshalb werden wir jetzt unterschiedliche Positionen, wie sie von Gesetzes wegen im Ethikrat vertreten sein sollen, zu Wort kommen lassen, ebenso wie unterschiedliche Fachdisziplinen: Philosophie, Theologie, Rechtswissenschaft, Psychologie, Medizin.

Wir äußern uns nicht nur als Ethikratsmitglieder und Experten, sondern auch als Menschen, die wir von unserem Alter her sicher alle schon Erfahrungen mit dem Tod lieber Menschen gemacht haben. Wir sind Menschen, die wissen, dass sie diese Erfahrungen nicht hinter sich bringen, aber darin auch nicht den Blick für das Jenseits der eigenen Erfahrungen verlieren dürfen. Wir dürfen und müssen in dieser Debatte die Argumente scharfstellen, und doch ahnen wir die Angemessenheit des Wortes von Adelbert von Chamisso: „Wenn es um Sterben geht, reden wir bei gedämpfter Trommel Klang.“

Die Choreografie dieser Sitzung folgt einem einfachen Schema: Es folgen nun die einzelnen Vorträge und anschließend eine Diskussion unter den Ethikratsmitgliedern. Ich bitte um Verständnis dafür, dass wir – anders als in unseren anderen Formaten (wie Jahrestagung und Forum Bioethik) – die Diskussion auf die Ethikratsmitglieder beschränken. Um 13 Uhr schließen wir den

öffentlichen Teil dieser Veranstaltung und werden im Ethikrat alleine weiterdebattieren.

Ich wünsche Ihnen und uns im Ringen um das Verständnis und die Gestaltung der vielfach gewünschten Suizidbeihilfe erhellende Stunden und schließe mit dem Wort der altorientalischen Weisheitstradition: „Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“

Terminologische Grundlagen

Jochen Taupitz

(Folie 1)

Meine Damen und Herren, ein herzliches Willkommen auch von meiner Seite aus. Meine Aufgabe besteht darin, nur die terminologischen Grundlagen unserer heutigen Diskussion zu legen, damit wir wissen, wovon wir sprechen, wenn wir verschiedene Begriffe im Zusammenhang mit der Sterbehilfe verwenden. Meine Aufgabe ist es nicht, mich zu irgendeinem Gesetzentwurf oder einer Position zu äußern.

(Folie 2)

„Selbsttötung“ und „Suizid“ werden synonym verwendet. Missverständlich ist der früher verwendete Begriff „Selbstmord“, denn in „Mord“, insbesondere im juristischen Begriff „Mord“ steckt ein Verwerflichkeitsurteil, das beim Suizid nicht durchgängig, vielleicht sogar nie der Fall ist.

Auch die Bezeichnung „Freitod“ ist missverständlich, denn viele Selbsttötungen sind nicht wirklich frei, nicht selbstbestimmt. Es gibt Statistiken, wonach über 90 Prozent aller Selbsttötungen entweder ein Appell an die Umwelt sind: „Helft mir“, nicht ernstlich gewollt sind oder aber in einem Zustand, der nicht als selbstbestimmt bezeichnet werden kann, durchgeführt

werden. Auch der Begriff „Freitod“ ist somit missverständlich und sollte nicht mehr verwendet werden.

Beihilfe zum Suizid, auf Lateinisch: Suizidassistenz oder assistierter Suizid; die ärztliche Beihilfe zum Suizid kann somit als ärztlich assistierter Suizid bezeichnet werden. Das sind synonyme Begriffe.

Missverständlich sind dagegen die weitergehenden Bezeichnungen „Hilfe zum Suizid“ oder „ärztlich unterstützter Suizid“. Ich werde versuchen, Ihnen auf den nächsten Folien zu verdeutlichen, warum die vage Ausdrucksweise „Hilfe zum Suizid“ viel zu weit ist, um das zu adressieren, was heute das Thema unserer Tagung ist: Es macht insbesondere den Unterschied in der Tatherrschaft nicht deutlich.

Was bedeutet nun Tatherrschaft? Das ist wieder ein spezifisch juristischer Ausdruck. Die Tatherrschaft hat in unserem Zusammenhang derjenige inne, der den letzten zum Tod führenden Akt durchführt. Wenn der Arzt das Medikament verabreicht, beispielsweise spritzt, hat der Arzt die Tatherrschaft; wenn der Betroffene das Medikament selbst einnimmt, hat er die Tatherrschaft: Er führt den letzten zum Tod führenden Akt durch, indem er das Medikament schluckt. Das ist die wichtige Unterscheidung, die wir uns gleich vor Augen führen werden, zwischen der Beihilfe zum Suizid, bei der der Suizident selbst die Tatherrschaft innehat, bzw. einer Fremdtötung.

(Folie 3)

Zu den unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe, die ich Ihnen gleich vorstelle, gibt es eine Stellungnahme des Nationalen Ethikrates, des Vorgängergremiums des Deutschen Ethikrates. Die Stellungnahme lautet *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* und stammt aus dem

Jahr 2006. Damals haben wir vorgeschlagen, eine neue Terminologie zu verwenden, nicht die (auch juristisch) eingeführte Terminologie, die aus unserer Sicht in vieler Hinsicht missverständlich ist. Wenn Sie das nachlesen möchten: Die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates finden Sie auf der Homepage des Deutschen Ethikrates unter dem Stichwort Archiv.

(Folie 4)

Wenn man „Sterbehilfe“ als Oberbegriff verwendet, kann man als eine Form der Sterbehilfe die Tötung auf Verlangen kennzeichnen; diese wird auch als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet. Ich habe den Begriff „Hilfe“ hier in Anführungsstriche gesetzt, denn insbesondere im Ausland wird für diese Form der Sterbehilfe der Begriff „Euthanasie“ verwendet, der bei uns aus historischen Gründen verpönt ist. Im Ausland wird unter dem weiten Begriff der Euthanasie häufig auch eine Sterbehilfe verstanden, bei der der Betroffene nicht selbst eingewilligt hat, sondern nur mutmaßlich einwilligt, und in manchen Ländern werden unter dem Begriff der Euthanasie auch gerechtfertigte Sterbehilfemaßnahmen bei Einwilligungsunfähigen verstanden, die für uns in Deutschland nicht in Betracht kommen als Formen, die als legitime Sterbehilfe zu verstehen sind. Denn hierbei geht es um die Tötung eines anderen Menschen, es geht um die Fremdtötung: Ein Arzt, ein Pfleger, ein Angehöriger oder wer auch immer spritzt dem Betroffenen das Medikament, erschießt ihn oder was man sich da vorstellen kann. Das sind alles Formen der Tötung eines anderen Menschen. Unser Strafgesetzbuch hebt die Tötung auf Verlangen besonders hervor. Es sagt nicht: Tötung auf Verlangen ist legitim, sie ist nicht rechtswidrig, sondern nur mit einem geringeren Strafraum belegt, wenn der Betroffene selbst darum gebeten hat, ernstlich verlangt hat, dass er getötet wird. Aber nach deutschem

Recht bleibt es eine Fremdtötung, die strafbar ist, ohne Wenn und Aber.

Daneben gibt es die sogenannten Therapien am Lebensende, die man früher als indirekte Sterbehilfe bezeichnet hat. Hier geht es um die Leidenslinderung. Der Arzt verabreicht dem Patienten ein hochwirksames Schmerzmittel, um die Schmerzen des Betroffenen zu lindern. Allenfalls als unbeabsichtigte Nebenfolge ist damit zu rechnen, dass der Patient an diesem hochwirksamen Schmerzmittel früher stirbt.

Unter Medizinern ist umstritten, ob es bei richtiger Dosierung eines Schmerzmittels überhaupt dazu kommen kann und kommen darf, dass der Tod eines Patienten früher eintritt, als er auf natürlichem Wege eintreten würde. Der Bundesgerichtshof hat diese Form der Sterbehilfe – Leidensminderung unter Inkaufnahme einer früheren Tötung – in mehreren Entscheidungen als legitim angesehen, wenn sie medizinisch vertretbar ist. Hier sind wir auf die Expertise der Ärzte angewiesen, ob das Schmerzmittel wirklich in einer Dosierung verabreicht werden muss, um wirksam die Schmerzen zu lindern, ob es so verabreicht werden muss, dass dabei als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene Nebenfolge der Tod des Menschen früher eintritt.

Dann sprechen wir von der Beihilfe zum Suizid. Hier kommt nun die wichtige Unterscheidung zum Tragen, die ich vorhin unter dem Stichwort „Tatherrschaft“ angedeutet habe. Ein selbstbestimmungs- und einwilligungsfähiger Mensch hat selbst die Tatherrschaft: Er nimmt das todbringende Medikament selbst ein. Ein anderer hilft ihm nur dabei, indem er ihm das Medikament verschafft, es verschreibt, indem er den Strick kauft oder was auch immer. Diese Beihilfe zum Suizid ist als solche nicht strafbar. Ich

komme aber gleich zu einigen Problemen, die sich um die Beihilfe zum Suizid ranken.

Als letzte Form der Sterbehilfe kann man von den anderen Formen unterscheiden das sogenannte Sterbenlassen, das man früher als passive Sterbehilfe bezeichnet hat. Der Bundesgerichtshof verwendet hier auch den Begriff des Behandlungsabbruchs. Das Wichtige ist hierbei, dass der Betroffene an seiner Krankheit stirbt. Der Krankheitsverlauf wird unbeeinflusst gelassen; deswegen hat man früher von passiver Sterbehilfe gesprochen. Aber Passivität ist hier keineswegs immer der Fall. Denn wenn die Herz-Lungen-Maschine abgeschaltet wird, wenn man den Schalter umlegt, dann ist dies ein aktives Tun, eine Handlung. Aber in ethischer und rechtlicher Hinsicht wird dieses Tun gleichbehandelt, als wenn man von vornherein diese Herz-Lungen-Maschine gar nicht angestellt hätte; deswegen sprach man früher von der passiven Sterbehilfe. Heute ist der Ausdruck Sterbenlassen gebräuchlicher und deutlicher.

(Folie 5)

Wodurch unterscheiden sich die verschiedenen Formen, die ich Ihnen aufgefächert habe? Bei den ersten drei findet ein Eingriff in den Lebensprozess statt. Beim Suizid vom Betroffenen selbst, indem er selbst ein tödlich wirkendes Medikament einnimmt und daran stirbt. Das ist ein von außen kommender Eingriff, wenn auch vom Betroffenen selbst durchgeführt. In den Fällen Tötung auf Verlangen und Therapien am Lebensende ist es eine andere Person, die die von außen in den Lebensprozess eingreifenden Handlung vornimmt.

(Folie 6)

Beim Sterbenlassen haben wir ein Unterlassen, ein Begrenzen oder Beenden einer medizinischen Behandlung. Auch hier: Das Unterlassen

kann man als passive Sterbehilfe bezeichnen. Das Begrenzen passt möglicherweise auch unter die Passivität, unter das Unterlassen. Aber das aktive Beenden – das Durchschneiden des Schlauchs, durch den die künstliche Ernährung bewirkt wird, das Abschalten der Herz-Lungen-Maschine – ist eine aktive Handlung, deswegen passt der Begriff „passive Sterbehilfe“ nicht so gut und man sollte besser vom Sterbenlassen sprechen. Der Betroffene stirbt hier an seiner Krankheit.

(Folie 7)

Nur die Beihilfe zum Suizid ist Gegenstand der aktuellen politischen Debatte und Gegenstand unserer Sitzung. Alle anderen Formen stehen nicht zur Debatte, insbesondere nicht die Tötung auf Verlangen, also das aktive Töten eines anderen Menschen. Das wird in der öffentlichen Diskussion nicht immer genügend unterschieden, aber man muss wissen, dass es in der politischen Diskussion, die im Bundestag geführt worden ist und die in der Öffentlichkeit geführt wird, lediglich um diese Situation hier geht.

(Folie 8)

Ich habe vorhin gesagt, dass die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar ist. Aber unter Umständen besteht eine Hilfeleistungspflicht desjenigen, der in dem Moment noch anwesend ist, in dem der Betroffene, der das tödlich wirkende Medikament selbst eingenommen hat, bewusstlos wird. Es gibt eine alte Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, die – die Engländer würden sagen: *overruled*, also aus den Angeln gehoben, abgeändert werden konnte, weil der Bundesgerichtshof nie die Gelegenheit hatte, dazu Stellung zu nehmen. Früher hatte er gesagt: In dem Moment, in dem der Suizident bewusstlos wird, geht die Tatherrschaft auf eine andere Person über, die sich in seiner Nähe befindet, die ihn retten könn-

te. Daraus hat der Bundesgerichtshof damals abgeleitet, dass eine Hilfeleistungspflicht besteht, entweder aus der Garantenpflicht des Arztes oder aus der allgemeinen Hilfeleistungspflicht, die in § 323 c Strafgesetzbuch unter dem Stichwort „unterlassene Hilfeleistung“ verankert ist.

Heute ist der ganz überwiegende Teil der Literatur – und es gibt auch Andeutungen in der Rechtsprechung, dass man das heute nicht mehr so sehen würde. Aber es gibt noch die Gefahr, dass hier möglicherweise eine Hilfeleistungspflicht besteht.

Ein zweites Problem ergibt sich aus dem Betäubungsmittelgesetz, denn es ist nur Ärzten erlaubt, bestimmte hochwirksame Betäubungsmittel zu verschreiben, zu verabreichen. Die meisten Juristen gehen davon aus, dass ein Arzt ein hochwirksames Betäubungsmittel (das dann auch zum Tod des Betroffenen führt) nur verschreiben darf, wenn es der Heilung oder Leidenslinderung des Patienten dient, nicht aber wenn der Arzt weiß, dass dieses Medikament zum Zweck des Suizids, also der Selbsttötung eingenommen werden soll. Aufgrund des Betäubungsmittelgesetzes ist es einem Arzt verwehrt, ein hochwirksames Schmerzmittel zu verabreichen, das den Suizid herbeiführen soll.

(Folie 9)

Es gibt ein letztes Problem mit dem Suizid: Das ärztliche Berufsrecht ist uneinheitlich. Einige Ärztekammern in Deutschland haben eine Empfehlung aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer übernommen, wonach der Arzt keine Beihilfe zum Suizid leisten darf. Eine Reihe anderer Ärztekammern hat diese Regelung bewusst nicht übernommen, weil man in den dortigen Ärztekammer-Bezirken der Auffassung ist, dass ein Arzt, jedenfalls in Ausnahmefällen, durchaus Beihilfe zum Suizid leisten darf, ohne

dass dort die Voraussetzungen einer solchen ärztlichen Assistenz näher dargelegt sind. Man will es in diesen Kammerbezirken offenbar dem Gewissen des Arztes überlassen. Eine Ärztekammer hat in ihre Berufsordnung hineingeschrieben: Der Arzt *soll* keine Beihilfe zum Suizid leisten.

In unserem föderalen Staat ist es als solches nichts Ungewöhnliches, dass es in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Regelungen gibt. Aber aus Sicht der Patienten ist es doch merkwürdig, wenn er seinen Arzt zunächst fragen muss: Welcher Ärztekammer gehören Sie an? Verbieter Ihnen Ihre Ärztekammer die Beihilfe zum Suizid? Oder sind wir beide glücklicherweise in einem Bezirk ansässig, in dem der Suizid unterstützt durch den Arzt gestattet ist?

(Folie 10)

Kurze weitere Begrifflichkeiten der aktuellen politischen Debatte. „Geschäftsmäßig“ wird in der aktuellen Debatte immer wieder als ein Stichwort genannt: Man will die geschäftsmäßige Sterbehilfe verbieten. Geschäftsmäßig heißt für uns Juristen: wiederholt, regelmäßig.

„Gewerbsmäßig“ heißt: gewinnorientiert, gegen Vergütung. „Organisiert“ ist kein feststehender juristischer Begriff, aber der Kern des Begriffsverständnisses „organisiert“ ist, dass mehr als zwei Beteiligte arbeitsteilig zusammen handeln und planmäßig auf längere oder unbestimmte Zeit zusammenwirken.

Diese Begrifflichkeiten muss man kennen, wenn man die verschiedenen Gesetzentwürfe und Positionen, die in der aktuellen politischen Debatte geäußert werden, verstehen möchte.

(Folie 11)

Damit bin ich am Ende und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Würde, Autonomie, Selbstbestimmung – Ethische Aspekte

Carl Friedrich Gethmann

(Folie 1)

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ich setze die begriffliche Arbeit fort. Warum dieser schulmeisterliche Anfang mit Begriffsklärungen?, mag sich mancher unserer Gäste fragen. Nun, weil wir in der Tat den Eindruck haben, dass in der öffentlichen Debatte begrifflich vieles drunter und drüber geht und eine gewisse Aufräumarbeit vonnöten ist. Diese werde ich in wichtigen Punkten über das, was Herr Taupitz schon geklärt hat, hinaus fortsetzen. An diesem Durcheinander beteiligen sich viele, auch prominente Mitdiskutierer, Verbandsvertreter, Bischöfe, Abgeordnete usw., davor ist niemand geschützt.

(Folie 2)

Ich habe aus der Debatte einen markanten Ausschnitt herausgegriffen, nicht um jemanden anzuprangern, sondern nur um deutlich zu machen, wie es durcheinandergeht, einen Ausschnitt aus einem Interview mit dem Präsidenten der Ärztekammer [Westfalen-Lippe] in der Westdeutschen Allgemeinen Zeitung vom 12.11., also vor wenigen Tagen. Da fragt der Interviewer: „Warum sollen Ärzte todkranken Patienten nicht beim Suizid helfen?“ (eine, wie ich finde, vernünftige Frage). Der Kammerpräsident antwortet: „Wir wollen nicht töten.“

Wenn Sie einmal die Unterscheidung, die Herr Taupitz eben ins Feld geführt hat, als Folie dahinterlegen, sehen Sie, dass mit dieser Antwort das begriffliche Tohuwabohu eingeleitet ist. „Es ist nicht Aufgabe des Arztes, den Tod herbeizuführen.“ Da muss man sich wieder überlegen: Was meint er? Wir haben eine Berufsethik

usw. Nach einer zweiten Frage sagt er: „Wir müssen die Palliativmedizin so verbessern, dass die Menschen nicht mehr so große Angst vor dem Sterben haben.“ Das ist wieder ein ganz anderer Gesichtspunkt, das heißt, die Aufräumarbeit ist wirklich vonnöten.

(Folie 3)

Ich setze an bei dem Satz: „Wir wollen nicht töten.“ Ja, man kann den Ärzten nur empfehlen, dabei zu bleiben, sonst werden sie eingesperrt. Aber darum geht es gar nicht, sondern es geht um die Selbsttötung; das Selbst ist hier sehr wichtig. Man muss sich davor hüten, das Wort „Selbsttötung“ so zu verwenden, als töte der Suizident irgendjemanden, und das sei zufällig er selbst; als sei die Selbsttötung ein Fall von Fremdtötung. Es ist aber ein kategorial grundsätzlicher Unterschied, ob man etwas sich selbst oder anderen antut. Wenn man das leugnen würde, hätte die ganze Rede von Selbstbestimmung keinen Sinn.

Das heißt, die moralische Beurteilung der Selbsttötung als empfehlenswert, verwerflich, zulässig oder was auch immer ist ein grundsätzliches Problem des Selbstverhältnisses des Menschen (was gestehen wir dem Menschen zu?), das im Übrigen nichts spezifisch mit der Krankheitsphase zu tun hat. Der kranke Mensch interessiert uns in dieser Diskussion besonders, aber auch der gesunde Mensch kann aus guten Gründen einen Suizidwunsch haben (gerade für den Philosophen ist das ein interessantes Thema), und wir werden nicht den Suizidwunsch des gesunden und des kranken Menschen unterschiedlich moralisch beurteilen. Das wäre grob inkohärent.

(Folie 4)

Deswegen einige Bemerkungen zu folgenden Fragen. Ich werde etwas über die Selbstverhältnisse, vor allen Dingen über den Begriff der

Handlungsurheberschaft sagen, von da aus die Begriffe Selbstbestimmung und Selbsttötung klären und abschließend klären, ob es nicht Grenzen der Selbstbestimmung gibt; diese werden gern unter dem Stichwort der Unverfügbarkeit des Lebens abgehandelt.

(Folie 5)

Zunächst zum Thema Selbstverhältnisse; Selbsttötung spielt auf Selbstverhältnisse an. Es gibt einen Topos in Bezug auf den menschlichen Tod, der von Epikur stammt und vielfach zitiert wird. Er hebt darauf ab, dass der Tod im menschlichen Leben keine Realität habe, denn wenn der Tod eintritt, ist man tot, und solange man nicht tot ist, ist man lebendig, und deswegen spielt der Tod im Selbstverhältnis keine Rolle, nur im Verhältnis zu anderen Menschen. Das ist das Problem der Realität des Todes.

Der Sicht von Epikur ist vielfach entgegengetreten worden, etwa von Kierkegaard im 19. Jahrhundert und im 20. Jahrhundert besonders überzeugend von Martin Heidegger mit seinem Begriff vom Sein zum Tode, das heißt der Analyse, dass das menschliche Leben immer schon Sein zum Tode ist und dass der Tod dadurch seine Realität hat, dass das menschliche Leben auf den Tod vorläuft, also auf ihn hin ausgerichtet ist. Es ist ein Apriori menschlicher Existenz, dass der Mensch sterben kann. Wir können ihn nicht einfach wegdenken, so wie Epikur sich das vorstellte.

Deswegen besteht auch kein exklusives Verhältnis des Menschen in der Sterbephase, in der Letztphase seines Lebens zum Tod. Da ist er dem Tod besonders nah, aber Sein zum Tode ist eine Kategorie, die den Menschen immer bestimmt. Nach Heideggers Analyse ist sogar das Sein zum Tode der Grund dafür, dass jede Erfahrung, die wir haben, eine besondere, einmalige,

unwiederholbare ist und dass jede Entscheidung, die der Mensch im Leben trifft, eine unwiederholbare ist. Sie ist nur jetzt ausführbar, und letztlich heißt sinnvolle Existenz aus menschlicher Sicht: endliche Existenz. Das Sein zum Tode ist sogar konstitutiv für die Sinnerfahrung.

Ein Wesen, das sich selbst als Handlungsurheber erfährt, also weiß, dass es Urheber seiner eigenen Handlungen und Entscheidungen ist, kann daher dem Thema grundsätzlich nicht entrinnen.

Wenn man diese Handlungsunterstellung der Urheberschaft nimmt und weiter annimmt, dass wir natürlich nicht in jeder Situation jede Entscheidung neu überdenken, sondern nach Regeln mittlerer Reichweite handeln, das nennt der Philosoph traditionell Maximen, und dass wir uns diese Maximen selber setzen, dann kommt der Begriff der Autonomie ins Spiel. Wir können mit einer gewissen Lässigkeit Handlungsurheberschaft und Autonomie synonym verwenden. Das ist der Anker, sozusagen die Erfahrung der Handlungsurheberschaft oder Autonomie, der wichtig ist.

An dieser Stelle führt Kant den Begriff der Würde ein; so kommt die Würde ins Spiel. Wir anerkennen die Würde von jemandem, wenn wir unterstellen, dass er sich autonom selbst die Handlungsregeln vorgibt, das heißt, letztlich die Struktur der Handlungsurheberschaft aufweist. Negativ gesagt: Würden wir unterstellen, dass Menschen nur Autoritäten oder Traditionen folgen oder durch physische, genetische, neuronale Ursachen determiniert sind, dem Menschen also die Handlungsurheberschaft aberkennen, dann hätten wir keine moralischen und rechtlichen Regulierungen zu diskutieren; es liefe alles maschinengleich vor sich hin. Deswegen ist der Selbstbezug, die Autonomie der Anker der gesamten Debatte.

(Folie 6)

Als Nächstes gilt es zu klären, wie sich die Handlungsurheberschaft zu dem verhält, was man so gern Selbstbestimmung nennt. Das ist eine weitere wichtige terminologische Unterscheidung, die in der Debatte berücksichtigt werden muss. Den Ausdruck Selbstbestimmung hat man immer schnell zur Hand. Hier muss man unterscheiden: Ein Wesen ist autonom oder nicht autonom, das ist ein kontradiktorischer Gegensatz, da gibt es keine Zwischenstufen. Selbstbestimmung dagegen hat einen Grad, man kann sie mehr oder weniger ausüben. Es ist, wie die Philosophen sagen, ein polar-konträrer Gegensatz, also etwas, was eine Stufenfolge zulässt.

Ein Vermögen, das Handlungsurheberschaft aufweist oder bei dem wir das unterstellen, kann nicht über bestimmte Fertigkeiten und Fähigkeiten definiert werden. Das heißt, dass die Fähigkeiten-Fertigkeiten-Anthropologie zurückgewiesen werden muss: Entweder ist ein Wesen grundsätzlich zur Handlungsurheberschaft fähig oder nicht. Das lässt sich nicht anhand gewisser Handlungsattribute identifizieren.

Selbstbestimmung dagegen kann nach einem Mehr oder Weniger ausgeübt werden; man kann mehr oder weniger selbstbestimmt sein. Das ist ethisch auch deswegen eine wichtige Unterscheidung, weil wir wissen, dass etwa durch neurodegenerative Erkrankungen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung weitgehend eingeschränkt sein kann und wir trotzdem diesem Menschen die Fähigkeit zur Handlungsurheberschaft (Autonomie) nicht absprechen dürfen. Das ist der wesentliche ethische Grund dafür, dass auch jemand, der sehr weitgehend, bis zum infinitesimalen Nullpunkt eingeschränkt ist, immer noch Autonomie und Würdestatus hat. Deswegen ist diese begriffliche Unterscheidung sehr wichtig.

Wer nun Selbstbestimmung nach einem Grad mehr oder weniger ausüben kann, kann auch auf etwas verzichten, das heißt, nicht nur Handlungen ausführen, sondern sie auch unterlassen. Die Kategorie des Verzichts ist nach meiner Meinung zentral anthropologisch, weil sie auch der Grund dafür ist, dass man diskutieren kann, ob man nicht auf bestimmte Lebenschancen, die man hat, verzichten kann und letztlich sogar auf die Fortführung des eigenen Lebens selbst. Auch wer darauf verzichtet, weiterzuleben (aus welchen Motiven auch immer), ist immer noch Urheber seiner Handlungen, das heißt, übt Autonomie aus. Es besteht also kein Widerspruch zwischen dem Ausüben von Autonomie und dem Verzicht, weiterzuleben.

Dabei kann man sich viele Motive vorstellen; darüber ist philosophisch nicht zu richten. Das fängt an von der in Erster-Person-Perspektive vollzogenen Einsicht, dass sich ein Lebensplan erfüllt hat. Das ist das, was die Stoiker in den Vordergrund gerückt haben. Man nennt das in der angelsächsischen Terminologie Bilanzsuizid. Den Ausdruck verwende ich nicht so gern, weil er eine ökonomistische Intonation ins Spiel bringt, die hier keine Rolle spielt. Vielleicht kann man vom Lebensplan-Suizid sprechen. Dafür gibt es prominente Beispiele: Im 20. Jahrhundert haben wenigstens zwei Persönlichkeiten, nämlich Karl Löwith und Wilhelm Kamlah, dafür plädiert, einen solchen Lebensplan-Suizid begehen zu dürfen; Kamlah hat ihn auch vollzogen. Hans Küng hat den Suizid nicht vollzogen, aber in seinem Schrifttum dafür plädiert, dass man einem autonomen Menschen dieses Recht einräumen muss.

Dann gibt es den Protest der Zumutung des Weiterlebens. Das ist eine andere motivationale Konstellation, etwa unter den Bedingungen einer

alters-, unfall-, krankheitsbestimmten starken Beeinträchtigung, und schließlich die Unerträglichkeit einer Lebenssituation etwa unter Schmerzbedingungen. Aber das ist, wie gesagt, eine Motivation, die auch interessant ist, aber nur auf diese antwortet die Schmerztherapie. Ein Lebensplan-Suizident hat keine Schmerzen; hier sind Kategorien wie Palliativmedizin und Schmerztherapie auch nicht einschlägig.

Gegen diese Sicht der Dinge gibt es drei klassische Einwände. Das Argument der Widernatürlichkeit unterstellt, dass es zur Natur gehört (was immer Natur hier heißt), dass man leben will oder sein Leben verteidigt. Hier ist kritisch zu sagen, dass die Natur des Menschen gerade seine Handlungsurheberschaft oder Spontaneität ist, das heißt, seine Fähigkeit, sein Leben zu gestalten. Deswegen scheint mir der Begriff der Widernatürlichkeit an Naturverständnissen Maß zu nehmen, die für den Menschen nicht zutreffen.

Dann gibt es das Argument der Selbstwidersprüchlichkeit: Es sei ein Widerspruch, dass ein freies Wesen sich selbst die Freiheit nähme, denn wenn man tot ist, ist man nicht mehr frei. Auch dieses Argument ist prominent; Platon hat es vorgeführt, Kant oder im 20. Jahrhundert Camus in seinem Roman *Die Pest*. Auch das ist ein Argument, das nicht triftig ist, weil man von dem, was übrig bleibt, also vom Leichnam, nicht sinnvollerweise sagen kann, er sei frei oder unfrei. Das heißt, die Kategorien Freiheit und Unfreiheit haben ihren Skopus, ihren Geltungsbereich gar nicht in Bezug auf das, worüber man spricht.

Dann gibt es das Irrtumsargument (darauf komme ich gleich noch zu sprechen), die Vorstellung, dass der, der Suizid begeht, sich über seine persönliche Lebenssituation irre. Hier kommt ein starker Paternalismus ins Spiel, den wir sonst in

medizinethischen Zusammenhängen zurückweisen. Merkwürdigerweise meinen viele, beim Suizidenten müsse man den starken Paternalismus ins Spiel bringen. Das scheint mir inkohärent.

(Folie 7)

Die letzte Frage: Gibt es Grenzen der Selbstbestimmung und damit auch der Selbsttötung? Ja, selbstverständlich gibt es Grenzen der Selbstbestimmung, faktische und normative. Natürlich dürfen wir nicht alles, auch wenn wir grundsätzlich die Handlungsurheberschaft anerkennen. Selbstverständlich kann es Selbsttäuschungen bezüglich der eigenen Lebenssituation geben: Wenn etwa ein Kranker meint, es gebe für ihn keine Therapie mehr, kann er sich täuschen und ein Arzt kann ihn aufklären, dass es noch Therapiemöglichkeiten gibt. Das ist sicher richtig, nur soll man nicht unterstellen, dass das immer so ist, das heißt, dass sich ein Suizident grundsätzlich in der Situation der Selbsttäuschung befindet. Das wäre starker Paternalismus.

Selbstverständlich gibt es auch durch die Ausübung der Selbstbestimmung Konflikte, zum Beispiel wenn sich jemand durch eine Selbsttötung irgendwelchen Pflichten entziehen will, zum Beispiel Alimentationspflichten. Das ist natürlich eine Konfliktsituation, über die man so diskutieren muss, wie man über Konflikte diskutiert. Man sollte nur nicht unterstellen, dass schon der Suizidwunsch der Indikator dafür ist, dass sich jemand in einer Irrtumssituation befindet oder im Rahmen der Psychopathologie des Suizids, die es natürlich gibt. Es gibt Depressionen, die die Handlungsfähigkeit so stark einschränken, dass man einem Suizidenten in den Arm fallen sollte; das ist nicht in Abrede zu stellen. Nur ist der Suizidwunsch als solcher noch nicht ein Krankheitsindikator. Das wäre eine zu

starke Hypothese, und ich wüsste nicht, wie man für diese argumentieren sollte.

Letzte Bemerkung: Telos ärztlichen Handelns. Da wird in der deutschen öffentlichen Debatte gern die Wendung vom Anwalt des Lebens ins Spiel gebracht. Das halte ich für eine aus der deutschen historischen Erfahrung heraus zunächst einsichtige Wendung, denn Ärzte haben im Dritten Reich in der Tat an menschenrechtswidrigen Humanexperimenten mitgewirkt. Insofern ist die Orientierung des ärztlichen Handelns am Leben und nicht am Töten eine verständliche historische Argumentation. Man sollte aber auch sehen, dass Wendungen wie „das Leben“ stark biologistische Untertöne mit ins Spiel bringen und dass das Wort „Leben“ durchaus einen pejorativen Klang hat; ich denke an Ausdrücke wie Lebensraum oder Lebensborn[?]. Da kommt eine biologistisch-vitalistische Färbung in den Begriff.

Grundsätzlich scheint es richtig zu sein, dass sich der Arzt erst einmal als sein Telos das Heilen des Kranken vornimmt. Wenn man den Ausdruck „Heilen“ erweitert um präventive Medizin, palliative Medizin usw. und man ihn dann vielleicht als einen Helfer seines Patienten bezeichnen sollte, das scheint mir das richtige Telos zu sein. Gelegentlich kann es der Fall sein, dass es auch zur Helferrolle gehört, im Rahmen der Einschränkung, die Herr Taupitz schon vorgeführt hat, dass der Arzt auch in einer Suizidsituation Helfer seines Patienten sein kann. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Christiane Woopen

Wir haben jetzt eine Programmänderung anzukündigen. Herr Schockenhoff, der nun den zweiten Vortrag zu Würde, Selbstbestimmung und Autonomie halten sollte, hängt leider in Frankfurt fest. Peter Dabrock war so freundlich und

springt ein. Herzlichen Dank für die spontane Bereitschaft.

Peter Dabrock

Vielen Dank. Der Vorteil dieser Programmänderung ist, dass ich es kurz machen werde, weil ich eine ausführliche Darstellung der alternativkomplementären Position zu der, die Herr Gethmann gerade dargestellt hat, in der Kürze der Vorbereitungszeit nicht leisten kann.

Herr Gethmann hat einen in der Gesellschaft prägenden Selbstbestimmungsbegriff in seiner philosophischen Tiefe ausgeführt. Unter Selbstbestimmung versteht man, wenn man mit einem eher lebensweltlich-alltagssprachlichen Ansatz an ihn herangeht, folgende Vorstellung:

„Was dem Selbst obliegt, was es konstituiert, was es überblickt, was es bestimmen kann. Selbstbestimmung ist der Gegensatz dazu, dass andere in diesen meinen Selbst-Bereich hineinenterscheiden und mich fremdbestimmen können.“ [M. Wunder, Demenz und Selbstbestimmung, in: Ethik in der Medizin 20 (2008), 17-25:18]

Das Zitat kommt von Ihnen, Herr Wunder. Sie skizzieren darin das alltagssprachliche Verständnis, das aber nicht unbedingt Ihr Verständnis ist.

Philosophisch wird es dann – das hat Herr Gethmann gerade differenziert dargestellt –, wenn man dieses Selbstbestimmungskonzept kritischer tieferlegen kann mit Überlegungen, die in die Richtung gehen: Man könnte auch anders handeln, man kann aber vor allen Dingen Gründe haben und die eigene Urheberschaft erkennen und anerkennen. Meine Frage im Blick auf dieses philosophische Verständnis von Selbstbestimmung, das vor allen Dingen, wenn man eine in den letzten Jahrzehnten prägende Unterscheidung des französischen Philosophen Paul Ricœur in seinem berühmten Werk *Das Selbst als ein Anderer* begreift, dass dieses Verständnis von Selbstbestimmung geprägt ist von Reflexivität,

von einem Verständnis von Selbstbestimmung, von einem *ipse*, also sich selbst bestimmen, einer Rückbezüglichkeit, und ob man nicht dazu alternativ stärker sozialtheoretisch sensibel auch die Bestimmung des Selbst als einer leiblichen Persönlichkeit betrachten müsste. Ricœur fordert deshalb auf, eine Dialektik von *ipse* und *idem* in den Blick zu nehmen, also die Persistenz eines leiblichen Daseins. Das ist eine Position, die in der religionskulturellen Tradition, der biblischen jüdischen und christlichen Tradition stark gemacht worden ist, die aber über diese Tradition hinaus auch eine phänomenologische Plausibilität hat, nämlich dass sie das Selbst – Sie sehen, ich komme von der Autonomiefokussierung des Selbstbestimmungsbegriffs auf eine Orientierung, die das Selbst in der Dialektik von *ipse* und *idem* in den Mittelpunkt stellt, die also das Selbst nicht nur in ihrer Entwicklung, sondern immer und konstitutiv, moraltheoretisch gesprochen, in ihrer Geltung auf Beziehung und Kommunikation ruhend begreift.

Offenheit gegenüber anderen, Sozialität, Verletzlichkeit, Fragmentarität, Passivität, Werden und Vergehen gehören nach diesem alternativen Verständnis von Bestimmung des Selbst in der Dialektik von *ipse* und *idem* konstitutiv in ein angemessenes Verständnis von Selbstbestimmung hinein. Selbstbestimmung wird dann nicht mit souveräner Selbstgesetzgebung gleichgesetzt, sondern ist das Sichbestimmen eines von außen ins Dasein gerufenen, geschichtlich werdenden, sozial eingebundenen und gar nicht anders als leiblich verfasst zu denkenden Selbst.

In diesem sich in der Innen- und Außenperspektive weit mehr als am kantischen Autonomieideal verstehenden sittlichen Subjekt ist die Definition von Selbstbestimmung weiter zu denken als: Ich bin mir meiner gewiss und genug. In dem

antwortenden, kommunikativen und geschichtlichen Charakter menschlicher Existenz erfährt das so gedeutete Selbst eine hinreichende und deshalb in allen Phasen zu schützende Würdigung. Diese Würdigung gilt der aktuellen Person, dem, mit Lévinas gesprochen, Antlitz, dem diese Selbstbestimmungsfähigkeit in den unterschiedlichen Phasen seines Daseins gilt, wenn *idem* und *ipse* zusammen zu denken sind.

Dieser Ansatz einer responsiven, also aus dem grundlegenden Antwortcharakter menschlicher Existenz gewonnenen Verständnis von Selbst bestätigt auch außertheologisch die Leibphänomenologie. Wenn das Selbst in der Dialektik von *ipse* und *idem* zu begreifen ist und damit eingebunden in die sozialen Vollzüge, dann öffnet sich das Verständnis des Selbstbestimmungsbegriffs in der lebensweltlich reflektierten Kommunikation automatisch auf die sozialen Konsequenzen der jeweiligen Selbstbestimmungsbegriffe. Wenn man den Selbstbestimmungsbegriff deshalb, wenn es um soziale Konsequenzen geht, auf seine mikrosozialen Konsequenzen befragt, ist zu fragen: Ist der jeweilige Selbstbestimmungsbegriff beziehungssensibel? Wird also in die Bestimmung des Selbst auch mit hineingedacht, dass man nicht nur von Anfang an und extrinsisch, sondern intrinsisch, in der Bestimmung des eigenen Selbst auch immer in der Verantwortung gegenüber dem Beziehungsnetz steht, in dem man sich vorfindet?

Die zweite, über diese mikrosoziale Deutung und Befragung des Selbstbestimmungsbegriffs hinausgehende Frage ist die Frage, ob ein jeweiliger Selbstbestimmungsbegriff auch makrosozial, also gesellschaftlich betrachtet eine solche Einbettung erfahren kann, dass es nicht zu einer Verwendung dieses Selbstbestimmungsbegriffs nur für eine bestimmte Gruppe von Menschen

kommt, sondern dass die reale Ermöglichung von Selbstbestimmung möglichst inklusiv zu verstehen ist. Der in der Gegenwart normativ (leider nicht realiter) prägende Begriff der Inklusion ist sehr wohl eine Rückfrage, nicht gegen den Selbstbestimmungsbegriff, sondern eine Rückfrage, wie das jeweilige Verständnis des Selbstbestimmungsbegriffs formatiert wird.

Wenn wir Debatten zum Thema assistierter Suizid führen, sind nach diesem leibphänomenologischen, responsiv-kommunikativen und sozialtheoretischen Verständnis von Selbstbestimmung zumindest zwei Fragen über die Grundsatzfrage: Wer kann Gründe geben? hinauszubedenken, nämlich: Wie ist das jeweilige Selbstbestimmungsverständnis zum einen mit Blick auf die mikrosozialen Beziehungsnetzwerke zu verstehen und kann sich dort rechtfertigen? Und: Wie kann es die gesellschaftlichen Konsequenzen realer Ermöglichung von Selbstbestimmung möglichst vieler mit in den Blick nehmen, also eine Inklusionssensibilität aufbauen? Das wären Fragestellungen, die über die philosophische Fundierung hinaus eine sozialtheoretische Weitung des Selbstbestimmungsbegriffs erforderlich machen müssen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Würde, Autonomie, Selbstbestimmung – Verfassungsrechtliche Aspekte

Wolfram Höfling

Meine Damen und Herren, ich möchte dort weitermachen, wo Herr Gethmann aufgehört hat: mit einer begrifflichen Aufräumarbeit. Denn ich glaube, dass die Begriffe, die dort stehen: Würde, Autonomie, Selbstbestimmung, in der jetzigen Debatte oft in einem rechtsnormativen Sinne

verwendet werden, und wenn man einen Blick in den Verfassungstext des Grundgesetzes wirft, sieht man, dass dort weder das Wort Autonomie noch das der Selbstbestimmung vorkommt. Was es gibt, das ist die Würde des Menschen, und in diesem Würdeverständnis spiegeln sich variantenreiche Vorstellungen von Autonomie und Selbstbestimmung wider.

(Folie 2)

Ich gebe jetzt einen Überblick über den Stand der Verfassungsrechtsdogmatik, ohne dass ich mich auch in der Debatte zu irgendeiner Position bekenne, mache also rein rechtspolitische Ausführungen.

(Folie 3)

Ich beginne mit dem Menschenwürdesatz, weil die Würde derzeit – jedenfalls ist das meine Wahrnehmung – in der Debatte überstrapaziert wird, jedenfalls aus verfassungsrechtlicher Perspektive. Sie ist ein Passepartout-Begriff geworden: Sie liefert Antworten auf alles, und zwar nahezu jede Antwort in dieser Debatte. Sie können jede Begründung zu den vorgelegten Gesetzentwürfen lesen, und fast überall findet sich eine Bezugnahme auf diese Würde. Das werden wir daraus nicht ableiten können, sondern nur auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau einige Direktiven aus dem Würdesatz des Artikel 1 Absatz 1 Satz 1 mitnehmen.

Eine Vorbemerkung möchte ich noch machen, weil Herr Gethmann Kant erwähnt hat und man als Verfassungsrechtler um ihn nicht herumkommt. Die Verfassungsrechtler sollten zurückhaltend damit sein, diese Art von Tugendlehre unmittelbar in die Verfassungsrechtsdogmatik zu transformieren. Je nach Lesart von Kant birgt dieses Verständnis von Würde als sittliche Autonomie ein erhebliches Exklusionspotenzial in sich, was aus meiner Perspektive nicht mit der

grundgesetzlichen Würdebestimmung kompatibel ist.

(Folie 4)

Wenn man versucht, weitgehend konsentrierte Elemente des Würdebegriffs des Grundgesetzes zusammenzustellen, kann man das in vier Punkten tun. Wie gesagt: weitgehend konsentriert; es gibt natürlich unterschiedliche und auch ablehnende Positionen.

Zunächst und deswegen auch die Eingangsbemerkung zu Kant: Würde wird verstanden als ein Inklusionsbegriff; insoweit kann ich auch an Peter Dabrock anknüpfen. Das Bundesverfassungsgericht hat das mehrfach unter anderem in dieser Entscheidung zum Ausdruck gebracht: Jeder hat sie, und zwar unabhängig vom pathophysiologischen Zustand. Darauf komme ich noch zurück.

(Folie 5)

Das Zweite ist wichtig in der Überleitung nachher zu den Überlegungen zur Selbstbestimmung: Es geht um die Anerkennung der Subjektqualität, des Eigenwertes eines jeden Menschen als solchen. Das hängt eng zusammen mit der inklusiven Deutung von Menschenwürde, stimmt damit überein und macht noch einmal deutlich, dass Würde auch als ein Kommunikationsbegriff verstanden werden kann. Würdegarantie im Sinne dieses Grundgesetzes bedeutet auch die Gewährleistung, dass wir uns alle als gleich würdige Mitglieder dieser Gesellschaft anerkennen, und dass das verfassungsnormativ unantastbar gewährleistet ist.

(Folie 6)

Was hier als (3) steht und ich als Viertes genannt habe, leitet über zur Selbstbestimmungsdiskussion, die für die Diskussion wichtiger ist. Hier kommt deutlich zum Ausdruck, dass diese Würde in der Selbstdefinition des Einzelnen liegt, wie er sich in seiner Würde selbst begreift. Das

Referenzbeispiel ist auch eine besondere Materie, aber auch da, wo es um das Recht geht, ein anderer zu sein, und das Bundesverfassungsgericht hat früh anerkannt, dass es diese Art von Verfügung über das Selbst eben auch gibt.

(Folie 7)

Ich glaube aber, dass es nicht viele konkrete Schlussfolgerungen aus diesen allgemeinen oder weitgehend konsentrierten Elementen des Würdebegriffs gibt. Man kann zwei nennen. Das erste betrifft die Vorstellung: Wenn jeder als gleich würdiges Mitglied dieser Gesellschaft anzuerkennen ist in seinem Eigenwert, in welchem Zustand er sich auch befindet, dann gibt es eine Gewährleistungsverantwortung des Staates für die infrastrukturellen Bedingungen des Lebens am Lebensende. Das betrifft weniger die Frage des assistierten Suizids als das, was die dauernde Paralleldebatte ist, nämlich: Wie sind eigentlich die Versorgungsstrukturen? Da will ich nicht in Abrede stellen, dass Versorgungsstrukturen gelegentlich so sind, dass sie Würdeverletzungen darstellen.

Dann gibt es eine Schutzpflicht des Staates, solche Bedingungen des Sterbens anders zu gestalten. Das ist aber nicht unmittelbar bedeutsam für die Frage des assistierten Suizids. Es ist nicht die kompensatorische Lösung, den zu erleichtern, weil das andere nicht gewährleistet werden kann. Aus dieser Gewährleistungsverantwortung des Staates kann er nicht entlassen werden.

Das Zweite ist – und das scheint mir im Blick auf manche Entscheidungen von Instanzgerichten wichtig – die Selbstdefinition von Würde. Es gibt keine Befugnis von irgendjemandem Dritten, einen Zustand eines Menschen als einen würdevollen oder nicht würdevollen zu definieren. Das kann es nicht geben; das kann weder ein Betreuungsrichter noch ein Arzt. Deshalb ist die

Redeweise vom menschenunwürdigen Dasein, das man durch eine bestimmte Handlung beendet, etwas, was aus meiner Sicht durch das Verfassungsgericht nicht gedeckt ist.

(Folie 8)

Ich komme jetzt zum Begriff der Selbstbestimmung, der, wie gesagt, im Grundgesetz nicht vorkommt (insofern gibt es keinen Zweifel) und die zentrale Mitte der abwehrrechtlichen Dimension der Freiheitsrechte darstellt.

Der Begriff der Selbstbestimmung ist jedenfalls in der herrschenden Deutungsweise ein formaler, also nicht so, wie Herr Dabrock es eben geschildert hat. Er übersetzt den sittlichen Autonomieanspruch in eine Art Selbstprogrammierungsrecht. Jeder einzelne Grundrechtsträger bestimmt für sich selbst, nach welchen Maßstäben er leben will. Insofern ist das ein ganz klar formuliertes Bekenntnis zu einem formalen Freiheitsbegriff und Selbstbestimmungsbegriff, der allerdings, das gebe ich zu, durchaus in Nuancen vertreten wird und auch nicht bedeutet, dass es um den einsamen Menschen geht. Geschützt ist der gemeinsame Mensch, aber er bestimmt selbst, in welcher Beziehung er zu anderen und zur Umwelt leben und sterben will.

Das ist der Ausgangspunkt. Wir werden aber sehen, dass es, wenn es um schwierige Konfliktkonstellationen geht, mehr oder weniger materiale Aufladungen dieses formalen Selbstbestimmungsbegriffs gibt.

(Folie 9)

Eine Minderheit der Verfassungsrechtslehre vertritt auch heute noch, dass die Selbsttötung nicht Element des Selbstbestimmungsrechts sein kann; ich habe Ihnen hier zwei Beispiele mitgebracht. Bei Herrn di Fabio weiß man nicht so recht, was am Ende herauskommt, aber hier wird eine restriktive Position zum Ausdruck gebracht.

(Folie 10)

Die ganz herrschende Auffassung vertritt etwas anderes: Selbsttötung gehört auch zum grundrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrecht.

Wiederum strittig ist, wo man dies verfassungsrechtsdogmatisch verortet: als Element des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, nur als Element der allgemeinen Handlungsfreiheit oder, wie ich es vertrete, als Element des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Dann wird diese Garantie nicht nur als ein Bewahranspruch dieser Integrität gedeutet, sondern als dynamische Entfaltungsfunktion, selbst über dieses Leben zu bestimmen.

(Folie 11)

Auch dafür gibt es einen Anhaltspunkt in der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts. Die erste Arzthaftungsentscheidung bringt dies zum Ausdruck; auch das Integritätsschutzrecht ist zuvörderst, wie es dort steht, Freiheitsschutz. Dann heißt es: „Selbstbestimmung über die leiblich-seelische Integrität“. Im Ausgangspunkt gibt es somit einen Konsens darüber, dass die Selbsttötung aus grundrechtlicher Perspektive geschützt ist.

(Folie 12)

Dies bedeutet, dass hoheitliche Beschränkungen der Selbstbestimmung der Rechtfertigung bedürfen, weil es nämlich Grundrechtseingriffe sind. Damit sind wir bald beim geltenden Recht; ich möchte nur einige Vorbemerkungen machen.

Jede Beschränkung des Suizidwilligen in seiner Handlung ist ein unmittelbarer Eingriff in seine Freiheit. Aber auch an andere, an Dritte adressierte Verbote, jemandem zu helfen, wie auch immer, sind mittelbare Beeinträchtigungen des Suizidwilligen. Darüber, wo dies grundrechtsdogmatisch verortet wäre, möchte ich nicht weiter sprechen. Sicher ist jedenfalls, dass auch die-

se drittadressierten Verbotsnormen Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht darstellen. Sie müssen also gerechtfertigt werden. Ob sie gerechtfertigt werden können, kann man nur im Blick auf bestimmte Regulierungsvorschläge diskutieren. Ich glaube aber (das möchte ich am Ende noch deutlich machen), dass das geltende Recht unter keinem verfassungsrechtlichen Defizit leidet.

(Folie 13)

Das legitime Ziel, was jeder Grundrechtseingriff verfolgen muss, ist in unserem Fall auf den ersten Blick etwas paradox, weil es jemanden vor sich selbst schützt. Aber der Staat trägt eine grundrechtliche Schutzpflicht dafür, dass derjenige, der handelt, auch selbstbestimmungsfähig ist. Selbstbestimmungsfähigkeit ist, wie das Bundesverfassungsgericht gesagt hat, eine elementare Voraussetzung für die Anerkennung rechtlicher Selbstständigkeit. In diesem Kontext ist Selbstbestimmung eher prekäre Selbstbestimmung; auch das lehren empirische Erfahrungen. Deshalb gibt es einen legitimen Zweck für den Staat, entsprechende Vorkehrungen zu treffen und Eingriffe vorzunehmen.

Ob und inwieweit diese Eingriffe und Regulierungsstrategien jeweils geeignet und erforderlich sind, müsste man sich im Einzelnen anschauen. Sicher ist – und das stimmt auch mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte überein –, dass dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zukommt in der Frage, wie hoch er solche Gefährdungen einschätzt, etwa von Sterbehilfeorganisationen, und wie er darauf mit welchem Schutzinstrumentarium zu reagieren sich vorstellt. Diese Eingriffe lassen sich somit rechtfertigen.

(Folie 14)

Am Ende möchte ich einen Blick auf das geltende Recht werfen und in Erinnerung rufen: Der

Ausgangspunkt ist eine spezifische Schutz-durch-Eingriff-Konstellation: Ich will jemanden vor selbst ins Werk gesetzten Gefährdungen seiner Integrität schützen. Das heißt zugespitzt: Schutz vor sich selbst, und das ist denkbar unter den genannten Konstellationen.

Jetzt kann man zwei Fragen stellen: Schützt das Recht zu wenig? Verlangt das Verfassungsrecht, dass wir weitere Schutzvorkehrungen treffen? Und die zweite Frage ist: Schränkt es zu sehr ein? Müssen wir die Bedingungen lockern, unter denen im Moment das sogenannte Sterbehilferecht die Fragen von assistierten Selbsttötungen regelt?

(Folie 15)

Erstens: Das Schutzniveau, das wir heute haben, unterschreitet die verfassungsrechtlichen Vorgaben nicht. Ob der Staat das tut, was er in einzelnen Gesetzentwürfen vorhat – nämlich Sterbehilfe als organisierte, geschäftsmäßige oder wie immer formulierte zu verbieten –, ist im Wesentlichen eine rechtspolitische und auch eine ethische Fragestellung, nicht aber eine, die das Verfassungsrecht schon vorentschieden hätte.

Zweitens: Ich glaube nicht, dass wir es lockern müssen, dass das geltende Recht verfassungsrechtlich insoweit defizitär ist, als es zu wenige Möglichkeiten der assistierten Selbsttötung schafft.

(Folie 16)

Das, was zur Verfügung steht – von den Möglichkeiten der Behandlungsbegrenzung über die palliative Begleitung des Sterbens bis hin zur palliativen Sedierung und dem freiwilligen Verzicht auf Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, palliativmedizinisch begleitet, in Kombination mit der Straffreiheit der Assistenz zur Selbsttötung –, ist aus verfassungsrechtlicher Perspektive hinreichend genug an Liberalität, sodass es keinen

Nachbesserungsbedarf für weitere Liberalisierung gibt. Das entspricht auch ganz herrschender Auffassung unter den Verfassungsrechtlern. Deswegen gibt es keinen leistungsrechtlichen Anspruch auf eine Lockerung des geltenden Rechts.

Alles in allem glaube ich, dass das Verfassungsrecht nur begrenzte Maßstabskraft für die gegenwärtige Diskussion bereithält. Aber damit müssen wir leben für die ethische Diskussion. Vielen Dank.

Christiane Woopen

Vielleicht kann ich die kurze Pause nutzen, um unser neues Mitglied in unseren Reihen zu begrüßen. Bischof Hein, herzlich willkommen bei uns. Sie sind als Nachfolger von Bischof Huber unter uns. Schön, dass Sie es so kurzfristig einrichten konnten, bei uns zu sein. Wir freuen uns auf die Mitarbeit und auf die Zusammenarbeit mit Ihnen.

Versorgungsstrukturen und Suizidprävention

Michael Wunder

(Folie 1)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich mache jetzt ein anderes Fenster in dieser Diskussion auf und konzentriere mich auf das Thema assistierter Suizid aus der Sicht der Palliativmedizin und der Suizidpräventionsforschung.

(Folie 2)

Mit diesem Thema hat sich auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) aktuell intensiv beschäftigt. Ein Kernsatz zu dieser Debatte lautet:

„Eine adäquate ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung kann den Wunsch nach der Beihilfe zum Suizid in den allermeisten Fällen ausräumen.“

An diesem Satz ist erstens bemerkenswert die „adäquate Versorgung“ mit der Frage: Haben wir die eigentlich? (darauf gehe ich gleich ein) und zweitens „in den allermeisten Fällen“. Die Suizidpräventionsforschung besagt dasselbe: Auch bei besten Mitteln und Erreichbarkeit dieser Mittel kann der Wunsch nach Suizid und Suizidassistenz nicht in jedem Fall oder zu 100 Prozent aufgelöst werden. Ihn hundertprozentig aufzulösen ist nicht das Ziel und der Anspruch der Palliativmedizin.

Es ist allerdings interessant, sich damit zu beschäftigen, was die Vorschläge und Zielperspektiven der DGP sind. Das sind im Wesentlichen folgende: die Darlegung für den Patienten der bestmöglichen medizinischen Behandlung unter Einbindung multiprofessioneller und interdisziplinärer Angebote; das Aufzeigen konkreter Entlastungsmöglichkeiten im häuslichen oder je nach Lebenssituation stationären Umfeld.

Sehr wichtig ist der nächste Spiegelstrich: offene und respektvolle Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen über den Todeswunsch. In der Palliativmedizin ist bekannt, dass der Suizidwunsch schwerkranker Patienten an der Tagesordnung ist; dies kommt sehr häufig vor und ist phasenweise sehr manifest. Alle, die in dieser Richtung ausgebildet werden, lernen, damit umzugehen.

Weiter wird vorgeschlagen eine konkrete Auseinandersetzung mit den individuellen Problemen des Patienten sowie bei existenzieller innerer Not ein Hilfeangebot von Psychotherapeuten oder Seelsorgern. Es gibt mittlerweile aus meiner Berufsgruppe das Gebiet der Palliativpsychologie, worauf ich aber nicht weiter eingehen kann.

Dann kommt eine weitere wesentliche Aussage: Beendigung respektive Verzicht auf lebenserhaltende Therapie besprechen, inklusive palliativer Sedierung. Im Rahmen dieser palliativen Sedierung steht die Thematisierung des freiwilligen Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts, der aber jederzeit abgebrochen werden kann.

(Folie 3)

Aufgrund der vielen Missverständnisse, die die palliative Sedierung in der Diskussion auslöst, gehe ich kurz auf die Definition der European Association for Palliative Care (EAPC) ein. Die palliative Sedierung ist definiert als der

„überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage“, also zur künstlichen Herstellung einer Bewusstlosigkeit, „um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter in ethisch akzeptabler Weise zu reduzieren.“

Wenn man sich die Durchführungsbestimmung in der gleichen Empfehlung anschaut, heißt das: „Einsatz erst dann, wenn andere therapeutische Maßnahmen versagt haben“; die Sedierungstiefe „soll so gering wie möglich sein, aber eine angemessene Linderung der Beschwerden bewirken“. Das heißt, es wird stark variiert; es ist nicht immer die gleiche Bewusstlosigkeitstiefe erreicht. „Kontinuierliche tiefe Sedierung nur, wenn der Patient sich in der allerletzten Phase des Lebens befindet“, und „Missbrauch liegt vor, wenn mit dem Ziel sediert wird, den Tod zu beschleunigen“.

Deshalb gibt es einen Unterschied zur niederländischen Diskussion, die den Begriff der terminalen Sedierung verwendet, und das ist auch in der deutschen Debatte so: Wer terminale Sedierung sagt, meint die intentionale Sedierung, um den Tod herbeizuführen oder zu beschleunigen. Davon setzt sich die palliative Sedierung ab, die

aber insbesondere im Bereich der Angstpatienten eine zunehmend größere Rolle spielt.

(Folie 6)

Einige Zahlen zur Versorgungssituation. Wir haben in der Enquete-Kommission der Bundesregierung und im Bundestag 2006 vorgeschlagen, die Palliativversorgung auszubauen; die Maßzahlen sind noch lange nicht erreicht. Wir haben zwar 10 Hochschulprofessuren (Sie sehen die Zahlen der weitergebildeten Ärzte und Pflegenden), aber wir sind mit 40 Betten bzw. Plätzen [pro 1 Million Einwohner] (man zählt Palliativbetten und Hospize in den Regionen immer zusammen) noch lange nicht bei der Zahl 50 angekommen, und auch noch lange nicht bei der Zahl der Palliative-Care-Teams (PCT).

(Folie 7)

Wenn man sich dies auf einer Deutschlandkarte anschaut, sieht man ganz grob Folgendes: je dunkler, desto besser. Es gibt ein Nord-Süd-Gefälle, was keiner richtig erklären kann, aber das steht hinter der Argumentation, die wir in der Debatte heute immer hören: Die Palliativmedizin muss ausgebaut werden – ja, kann man dazu sagen, aber man muss wissen, dass es durchaus gut versorgte Regionen gibt und auch Regionen, in denen die Erreichbarkeit dieser Angebote für die betreffenden Patienten schwierig ist.

(Folie 8)

Zu beachten ist aber auch ein Problem, das nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ ist: Die Palliativmedizin befindet sich in einer Phase der Umorientierung und Weiterentwicklung; das sind die Markierungen, die in der Fachdiskussion genannt werden. Die AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) ist immer noch ein Stiefkind in der inhaltlichen Ausgestaltung und Abgrenzung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), also zu dem, was die

Palliative-Care-Teams (PCT) der SAPV machen. Die Abgrenzung ist nicht klar, die Finanzierungsfragen der AAPV und die Qualifizierungsvoraussetzungen sind nicht klar. Das Idealbild ist, dass die Hausärzte einen Großteil der allgemeinen Palliativversorgung übernehmen; damit könnte sich in diesem Bereich viel verbessern. Nur ist das bisher nicht der Fall.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist die Early Integration: Es geht darum, früh im Krankheitsverlauf unterdiagnostizierte Schmerzsituationen zu erkennen oder von entsprechend ausgebildeten Fachleuten erkennbar zu machen, um frühzeitig die Advanced-Care-Planning-Verfahren einzuführen, sodass mit den Patienten zusammen ein Plan der Behandlung, aber auch der gesamten psychosozialen Umgangsweisen bis hin auch zum Abbruch oder zur Unterlassung weiterer Behandlungen besprochen und schriftlich festgehalten wird. Notwendig dafür ist die dauerhafte Mitbetreuung, auch intermittierend, durch die SAPV-Teams. Das ist Zukunftsmusik, das haben wir bisher nicht. Wir haben eigentlich immer den glatten Patientenwechsel von/nach, und damit haben wir auch hier die Segmentierung, wie überall im Gesundheitswesen, die sich hier aber besonders schädlich auswirkt.

Einbeziehung der Palliativpsychologie in die SAPV – auch das ist Zukunftsmusik. Palliative Geriatrie als integraler Bestandteil der Altenhilfe und Etablierung der Palliativmedizin in alle Ausbildungscurricula – es gibt eine breite Palette bis hin zu der Forderung, endlich zu forschen. Die Palliativmedizin ist bisher ein unterbeforschtes Gebiet.

(Folie 9)

Meine Bewertung dazu ist folgende: In der allgemeinen Debatte ist unstrittig, dass sowohl der quantitative als auch der qualitative Ausbau und

die Weiterentwicklung der Palliativmedizin erforderlich sind. Das ist ein ganzer Debattenbereich für sich; deshalb kann ich das nur erwähnen.

Offen ist, ob eine weiter vorangeschrittene, qualitativ und quantitativ geförderte Palliativmedizin den Wunsch nach Suizidassistentz vollständig oder nur in den allermeisten Fällen ausräumen kann. Die Palliativmedizin sagt selbst: nur in den allermeisten Fällen. Damit stellt sich die Frage, ob tatsächlich eine Gesetzesregelung notwendig ist, damit die wenigen Fälle, die übrig sind, ein entsprechendes Angebot erhalten oder, das habe ich hier geschrieben, der Wunsch nach Suizidassistentz als alternative Option anzubieten ist.

In der Palliativmedizin wird das so diskutiert: Wenn das tatsächlich ein Angebot würde, dann stellen sich auch die Information und die Inanspruchnahme der Palliativmedizin etwas anders dar, als wenn wir es als nicht zu verheimlichende und manchmal einfach real vorkommende Ausnahme und Notfallerscheinung akzeptieren und daraus keine eigene Angebotsform machen.

(Folie 10)

Ich komme zum zweiten Einstiegsfenster: Was kann die Suizidpräventionsforschung zu diesem Thema beitragen? Da beziehe ich mich auf die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und auf das nationale Suizidpräventionsprogramm. Das sind die Zahlen: Wir haben etwas schwankend ungefähr 100.000 Suizidversuche im Jahr und 10.000 vollzogene Suizide. In der Suizidprävention ist eine klare Position: Das ist nicht nur Aufgabe der Suizidpräventionsfachleute, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wenn man die Kurven der letzten dreißig Jahre sieht, ist es schon ein großer Erfolg, dass die Suizidhäufigkeit (sowohl die Versuche als auch

die vollzogenen Suizide) ungefähr um 40 Prozent reduziert werden konnte.

Die Mittel der Suizidprävention, wie sie allgemeine Anerkennung finden, sind: Um in diesem Bereich weiterzukommen, müssten niedrigschwellige Beratungs- und Behandlungsangebote ausgebaut werden. Bislang gibt es fast nur in Universitätskliniken direkte Anlaufstellen; das müsste sich ändern.

Fortbildung in den medizinischen und psychosozialen Berufen: Auch die Berufe, die eigentlich von sich glauben, dass sie der Suizidproblematik fern sind (Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Pflege usw.), müssten dieses Thema zu ihrem eigenen Thema machen, um sich Wissen zu Früherkennung und Intervention anzueignen.

Eine für unsere Diskussion wichtige Position ist die, dass die Suizidprävention die Einschränkung der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Suizidmitteln fördert. Einige davon sind gesellschaftlich unumstritten wie die Absicherung von Bauwerken, das Verbot bestimmter Chemikalien oder zumindest ihrer Verbreitung, und die Schwererreichbarkeit von Waffen. Das sehen wir in Deutschland anders als in den USA. Es gibt interessante Untersuchungen, was es für die Suizidrate bedeutet, wenn Waffen leicht erreichbar sind, aber das lasse ich hier weg. Auch müssen tödliche Medikamente schwer erreichbar sein.

Ein weiterer Punkt ist das gesellschaftliche Klima. Die Suizidproblematik muss wahrnehmbar sein, muss in jeder Hinsicht ernstgenommen werden und darf nicht tabuisiert werden. Die Vermeidung öffentlicher Berichterstattung, in der der Suizid als nachvollziehbar dargestellt wird, was ja meistens passiert, wenn sich ein Prominenter suizidiert, dass dann die Vernünftigkeit des Vollzugs dargestellt wird. Das führt, so die Suizidpräventionsforschung, häufig zu

Nachahmungstätern oder, wie man in bestimmten Kurven sieht, einer steigenden Suizidrate.

(Folie 11)

Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zum Thema heißt „In Würde leben – in Würde sterben“, ist vom Juni dieses Jahres und stellt diese Forderungen auf:

- Keine legale gewerbsmäßig oder geschäftsmäßig ausgeübte Beihilfe zum Suizid.
- Keine Werbung für Angebote der Suizidbeihilfe und für Suizidmittel einschließlich der Schwererreichbarkeit von Suizidmitteln.
- Keine Tabuisierung (es wird auch gesagt, dass sie durch eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids leichter erreichbar sind).
- Keine Tabuisierung der Suizidproblematik. Es gibt eine Untersuchung, wonach viele Suizidenten nach einem Suizidversuch das vorher in einer Arztpraxis hätten ansprechen können, weil sie vorher einen Arzt besucht haben, aber sich nicht getraut haben, weil sie – ich glaube, nachvollziehbar – angenommen haben, dass sie nicht ernst genommen oder dann in irgendeiner Form psychiatrisiert werden. Das ist sicherlich ein Missstand, der auch hier auftaucht: Die Angst, vom Hausarzt oder Facharzt nicht verstanden zu werden, ist ein großes Problem.
- Neben dem Ausbau der palliativen Angebote auch Aufbau eines breiten Spektrums suizidpräventiver Maßnahmen, insbesondere für Ältere und körperlich Erkrankte. Hier gibt es Vorschläge, neue Strukturen zu schaffen.

Ein Kernsatz ist:

„Ein Suizidwunsch ist nicht gleich der Ausdruck eines unbedingten Willens zu sterben, sondern Ausdruck der Befindlichkeit, unter den derzeitigen Umständen nicht weiter leben zu wollen.“

So weit die Aussage der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention.

(Folie 12)

Es ist unstrittig, dass Suizidprobleme in der Öffentlichkeit stärker wahrgenommen und besprechbar sein müssen, dass der Gedanke, sich zu suizidieren, nicht als psychiatrische Erkrankung qualifiziert wird, sondern Anlass ist zu einer wirklichen, ernsthaften Kommunikation, und dass dies auch in Arztpraxen möglich ist.

Offen erscheinen mir aber folgende Fragen: Würde eine leichtere Zugänglichkeit zu Suizidmitteln den allgemeinen Zielen der Suizidprävention zuwiderlaufen? Dies ist eine Aussage der Präventionsforschung. Würde die öffentliche Anerkennung „berechtigter Suizide“ – und ich glaube, das Signal eines anerkannten Verfahrens der ärztlichen Suizidassistenz würde implizit die Botschaft aussenden, dass es berechnete, nachvollziehbare Suizide gibt – das Risiko von Nachahmungstätern erhöhen?

(Folie 13)

Das sind die offenen Fragen. Da wir vereinbart haben, keine Antworten zu geben, endet mein Vortrag hier.

Selbst- und Fremdverständnis der ärztlichen Profession

Eckhard Nagel

Sehr verehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben vereinbart, keine Antworten zu geben, und wir haben auch vereinbart, in der Darstellung des jeweiligen Bereichs die persönlichen Konnotationen möglichst zurückzustellen. Meine Aufgabe wird es also sein, über Selbst- und Fremdverständnis der ärztlichen Profession zu sprechen im Hinblick darauf, was heute in verschiedenen Kontexten schon angeklungen ist.

Wir sprechen hier über die Beihilfe zum Suizid, und es ist von den Kollegen schon eingeführt worden, dass es gegebenenfalls um die ärztliche Beihilfe beim Suizid geht. Ich glaube, es geht in dieser Diskussion in unserer Öffentlichkeit um weit mehr; das hat der Vortrag von Herrn Wunder noch einmal deutlich gemacht.

Im Hinblick auf das Selbst- und Fremdverständnis der ärztlichen Profession ist immer die Frage zu stellen, in welchem Kontext wir das vor Ort diskutieren. Deshalb habe ich im Vorfeld der heutigen Sitzung und der gesamten Diskussion, die wir in den zurückliegenden Monaten in Deutschland führen, viele Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen geführt, die in onkologischen Zentren, Transplantationszentren oder auf neurologischen Stationen mit Schwerstkranken arbeiten.

Auffällig war, dass sich zumindest für die stationäre Versorgung, für die ich das in einem subjektiven Wahrnehmungskontext feststellen kann, die Diskussion um einen assistierten Suizid wenn, dann bei neurologisch-degenerativen Erkrankungen zeigt, sehr selten (ich habe nur eine einzige Rückmeldung im Kontext von onkologischen Erkrankungen gefunden) in der ärztlichen Praxis, jedenfalls zurzeit kein Tatbestand da ist, der intensiv in den jeweiligen Arzt-Patient-Beziehungen diskutiert wird.

In der Diskussion mit meinen eigenen Patienten muss ich Herrn Taupitz recht geben, dass schnell ein Verschwimmen der Frage, worum es eigentlich geht, deutlich wird. Denn die Frage der ärztlichen Beihilfe wird in aller Regel nicht verkürzt auf die Übermittlung eines Medikaments, sondern es geht um die Frage, was der Arzt eigentlich tun kann, um mein Sterben zu erleichtern. Das ist die Verbindung dessen, was wir gerade gehört haben, von der Palliativmedizin oder Sui-

zidprävention oder dem Kontext, den Herr Taupitz im Hinblick auf die Nomenklatur deutlich gemacht hat. Da geht es mehr um das Sterbenlassen und die Frage der Möglichkeiten der Begleitung, weniger um eine konkrete Suizidbeihilfe. Deshalb ist es schwierig, aus der direkten Wahrnehmung des ärztlichen Selbstverständnisses, in der konkreten Besprechung mit den Patienten hier eine Fremdwahrnehmung zu sehen, die sich nur auf diesen Aspekt, die ärztliche Suizidbeihilfe, beschränkt. Hier gehen wir zumindest in der Fremdwahrnehmung immer ein Stück über das hinaus, was wir heute konkret besprechen wollen.

Im Hinblick auf das Selbstverständnis der Ärzteschaft ist schon einiges angeklungen, was sich auf die Grundzüge ärztlichen Handelns bezieht: Das ist das ärztliche Selbstverständnis, die ärztliche Ethik mit den zwei wesentlichen Strömungen (das finden Sie in den Präambeln der verschiedenen Ärztekammern oder auch beim Deutschen Ärztetag wieder): zum einen der Bezugspunkt zur hippokratischen Tradition und zum anderen im Kontext der Weiterentwicklung die christliche und christlich-jüdische Tradition im Hinblick auf die Zuwendung zum Leidenden.

Im Hinblick auf die hippokratische Tradition ist das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient die entscheidende Größe, und der Aspekt des Nutzens für den Kranken aus dieser Beziehung steht im Vordergrund der Aufgaben der Ärzteschaft. In jedem Fall ist auch heute noch verbindlich, den kranken Menschen vor Schaden und Unrecht zu bewahren, und insofern geht das Feld in viele der Punkte, die wir schon besprochen haben, der Arzt-Patient-Beziehung über.

In Bezug auf die Erweiterung um eine religiöse Komponente in der Versorgung von Patientinnen und Patienten und in der Wahrnehmung des Pa-

tienten als Leidenden aus den letzten Jahrhunderten kann man festhalten, dass die sachgerechte und vernünftige Behandlung ergänzt wird durch den Beistand; dies verdient im Hinblick auf unsere Diskussion eine besondere Konnotation.

Im Hinblick auf die Frage der Selbstbestimmung des Patienten ist auch die Aufklärung und Reformation Grundlage der Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung. Auch wenn heute der Paternalismus aus dem letzten Jahrhundert angesprochen wurde, so ist es vom Grundverständnis her so, dass sich der Arzt nicht als Bestimmer für den Patienten gesehen hat, dass es sich aber unter Umständen in den jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnissen abgebildet hat, dass der Wissende für den vermeintlich nicht Wissenden eine entsprechende Entscheidungsbefugnis gehabt hat.

Diese Situation hat sich im ärztlichen Selbstverständnis, aber auch im Hinblick auf die Arzt-Patient-Beziehung heute deutlich verändert. Insofern haben wir heute eine klar geregelte Zweierbeziehung (jedenfalls sollte das so sein) im Hinblick auf denjenigen, der Ratschläge und Empfehlungen zu Therapie und Diagnostik geben kann, auch zur weiteren Begleitung, und auf der anderen Seite eine selbstbestimmte Persönlichkeit, die im Hinblick auf ihre individuelle Situation zur Krankheit und zum Umgang mit dieser Krankheit selbst bestimmt, in welche Richtung diese Empfehlungen im Hinblick auf ärztliche Behandlung übergehen sollten. Der Respekt vor dem Willen des Patienten, die Fürsorge, das Gebot des Nicht-Schadens und eine entsprechende Orientierung an gerechtem Verhalten sind die Grundlagen für die Verhaltensregeln, die sich die deutsche Ärzteschaft und die Ärzteschaft generell gegeben hat. Daraus ergeben

sich ethische und moralische Handlungen, die wir heute noch zumindest unseren jungen Kolleginnen und Kollegen als ärztliche Tugenden vermitteln. Diese ärztlichen Tugenden sind es, die im Hinblick auf die Fremdwahrnehmung der Ärzte und Ärztinnen eine besondere Rolle in dieser Gesellschaft spielen.

Insofern geht es darum, im Hinblick auf die Patientenautonomie die sich verändernden Aspekte einer deutlichen Aufwertung in dieser Arzt-Patient-Beziehung entsprechend umzusetzen, und das hat in den Berufsordnungen, die vorhin angesprochen worden sind, in den letzten Jahren stattgefunden.

Im Hinblick auf unser Thema, die Frage der ärztlichen Sterbebegleitung, ist festzuhalten, dass aus der Tradition, die ich Ihnen gerade beschrieben habe, die ärztliche Sterbebegleitung ein Phänomen der letzten vierzig Jahre ist. Gerade aus dem Nichtschadensprinzip heraus war eine grundlegende Orientierung am Leben und dementsprechend auch in hippokratischer Tradition sogar die Abwendung von dem Sterbenden ein Grundprinzip des Arzt-Patient-Verhältnisses, das sich erst durch die Wahrnehmung des Sterbens als Teil des Lebens verändert hat und dementsprechend auch in Deutschland 1996 das erste Mal überhaupt in eine Richtlinie oder Leitlinie aufgenommen worden ist. Die Leitlinien zur Therapiebegrenzung und ärztlichen Sterbebegleitung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie waren die erste Leitlinie, die es hierzu gegeben hat. 1998 folgten die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, die 2004 und 2011 fortgeschrieben worden sind.

Im Hinblick auf die Rechtslage ist alles, was heute diskutiert werden soll, auch für Ärztinnen und Ärzte schon gesagt worden. Das Berufsrecht ist angesprochen worden, das Landesrecht und

auch ein Ärztekammerpräsident ist zitiert worden. Herr Gethmann, Sie haben den Präsidenten von Westfalen-Lippe zitiert; vorhin war der von Nordrhein da, Herr Henke. Daran kann man erkennen, dass der Flickenteppich der Ärzteschaft nicht anders ist als sonst auch in unserer föderalen Republik. Es gibt 17 Ärztekammern, weil Nordrhein-Westfalen sich in zwei Ärztekammern unterscheidet. Zehn dieser Berufsordnungen formulieren ein klares Verbot der Suizidbeihilfe, sieben haben dazu keine Vorschriften oder formulieren das von Ihnen, Herr Taupitz, zitierte Sollen. Das ist sicherlich im Hinblick auf die Strukturierung der jetzigen Diskussion bearbeitungsbedürftig.

Allerdings wäre in keiner der Ärztekammern im Hinblick auf die jetzige Situation des ärztlich assistierten Suizids ein Berufsverbot ausgesprochen worden, wenn ein Arzt eine solche Handlung durchgeführt hätte. Es gibt einige Rechtsauseinandersetzungen, die aber alle trotz der verschiedenen standesrechtlichen Formulierungen keine konkrete Situation eines Berufsverbots erzeugt haben.

Die Bundesärztekammer hat sich wie gesagt zuletzt im Jahr 2011 in der Fortschreibung der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung mit dem Thema beschäftigt. Hier ist klar formuliert im Hinblick auf die Verpflichtung des Arztes, Sterbenden, das heißt Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können. Was darunter zu verstehen ist, wird später ausgeführt, unter Beistand und Sorge für die Basisbetreuung und palliativmedizinischer Versorgung.

Im Hinblick auf die Fortschreibung ist allerdings auch festgestellt worden, dass es mit dieser ein-

deutigen Aussage zur Sterbebegleitung keine weiteren Verpflichtungen im Hinblick auf den assistierten Suizid gibt. Das ändert die Grundsätze dahingehend, dass die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung eines Patienten nach diesen Grundsätzen nicht mehr dem ärztlichen Ethos widerspricht. Damit hat die Bundesärztekammer 2011 den verschiedenen, differenzierten und individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft Rechnung getragen oder es zumindest versucht, ohne dabei die grundlegenden Aspekte, die genannt worden sind, aufzugeben.

Im Hinblick auf die Frage, was diese Situation für die Fremdwahrnehmung der Ärzteschaft bedeutet, im Hinblick auch auf Vorbehalte, die immer wieder gesellschaftlich diskutiert werden, sind drei Punkte herauszuheben: einmal die Frage, wie weit durch eine Veränderung der Möglichkeit oder gar besonderen Legitimierung der Ärzteschaft zu einem assistierten Suizid oder zur Suizidbeihilfe die Authentizität der Arzt-Patient-Beziehung oder der ärztlichen Profession generell in Frage gestellt werden könnte. Das leitet sich daraus ab, dass die Zuwendung und das Nichtschadensprinzip zum Patienten hier anders interpretiert werden könnten.

Dies liegt im Rahmen der Diskussion, die in der Ärzteschaft geführt wird, besonders daran, dass die Frage der Freiwilligkeit – das ist der zweite wesentliche Punkt – des Patienten schwierig zu beschreiben ist: Was ist eine freiwillige Äußerung im Hinblick auf einen Suizidwunsch? Wir haben gerade gehört, dass es 100.000 Suizidversuche in Deutschland gibt, von denen eine hohe Anzahl appellativen Charakter haben, und dass unter den 10.000 erfolgreichen Suiziden voraussichtlich 90 Prozent sind, die auf eine psychische oder anderweitige schwerwiegende Erkrankung

zurückzuführen sind. Insofern ist hier der klare Auftrag, die Abwendung dieses appellativen Charakters bzw. des vielleicht aus einer Krankheitssituation abzuleitenden Todeswunsches eine ärztliche Aufgabe, die im Hinblick auf den einzelnen Patienten, der den Suizidwunsch äußert, schwer dahingehend abzugrenzen ist, inwieweit sich dies als Ausdruck, als Symptom einer Erkrankung darstellt.

Das mag in einzelnen Fällen, die dargestellt werden, einleuchtend erscheinen. Aber in einer Diskussion hat mich ein Kollege darauf hingewiesen, dass zum Beispiel bei einer jungen Patientin von ihm mit Multipler Sklerose aufgrund der fehlenden sozialen Beziehungen, einer als entwürdigend empfundenen Behandlung durch die Sozialbehörden und der Angst vor fortschreitender Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit geäußert wurde, dass ein assistierter Suizid dieser Patientin helfen könne. Es ist schwer abzugrenzen, inwieweit es sich hier um einen freiwilligen Todeswunsch handelt im Hinblick auf die darunterliegende Erkrankung und Erkrankungssituation.

Was wir darüber hinaus im Hinblick auf die Fremdwahrnehmung nicht ausschließen oder ausblenden können, was im Hinblick auf die Legitimierung der Sterbehilfe in umliegenden Ländern wie den Niederlanden, Belgien oder Luxemburg geschieht, das ist etwas, was in der Fremdwahrnehmung der Ärzteschaft dort und in entsprechenden Diskussionen eine Rolle spielen sollte.

Das bezieht sich insbesondere auf die Veränderung von Indikationen. Man hat in diesen Ländern begonnen, eine kleine Gruppe von – ähnlich wie in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer – vital gefährdeten Situationen so zu definieren, dass man ge-

sagt hat: Hier besteht die Möglichkeit, eine entsprechende Unterstützung zu geben. Dies hat man als Unterstützung definiert, während wir heute darüber diskutieren, ob auch Kinder und Jugendliche, psychische Erkrankungen oder Lebensumstände, in denen sich Menschen finden, eine Rechtfertigung für einen Sterbewunsch sein können. Diese Missbrauchs- und Dambruchgefahr ist im Selbstverständnis der Ärzteschaft besonders diskutiert worden und steht in der aktuellen Diskussion weiter im Vordergrund.

Im Hinblick auf die Berufsordnung der Ärzteschaft – es gibt eine Musterberufsordnung aus dem Jahr 2011 – gibt es einen weiteren Beitrag im Hinblick auf eine Unsicherheit, was das Standesrecht angeht, gerade aus den von mir dargestellten Diskussionskontexten, nämlich dass es standesrechtlich unzulässig sei, im Hinblick auf diese Berufsordnung das Töten auf Verlangen und ärztliche Suizidbeihilfe durchzuführen. Diese Musterberufsordnung hat aber im Kontext mit den von mir schon dargestellten standesrechtlichen Strukturen nur eine orientierende Funktion. Insofern wird daraus deutlich, dass auch in der Ärzteschaft eine entsprechende Diskussion besteht, und zwar nicht darum, ob es generell eine Situation geben sollte, in der (wie es jetzt manchmal auch in einem der Gesetzesentwürfe diskutiert wird) nur die Ärzteschaft eine assistierte Suizidbeihilfe durchführen sollte. Das hätte in der jetzigen Situation eine gravierende Struktur- und Verständnisänderung sowohl der Ärzteschaft selbst wie des Fremdverständnisses der Ärzte zur Folge. Aber die Möglichkeit und die Freiheit eines Arztes, entsprechend seinen eigenen Werten und seiner eigenen definierten Beziehung zu einem Patienten unabhängig von der jeweiligen Situation entscheiden zu können nach dem Gewissen, das ist etwas, worauf die Ärzteschaft in dieser Diskussion besonderen

Wert legt und insofern einer entsprechenden Individualisierung dieser Situation Rechnung tragen möchte.

Die Erwartungshaltung, die in der Einführung von Peter Dabrock schon angeklungen ist, nämlich eine Medizin, die intensiv behandelt und aufgrund dieses Behandlungsangebotes Menschen in Situationen führt, die im Kontext einer aussichtslosen Therapie zu einer Bedrohung werden können, diese Wahrnehmung der modernen Medizin ist eine ästhetisch und indikationspezifisch schwierige. Das ist eine Aufgabe, die im Hinblick auf das Selbstverständnis der Ärzteschaft dringend einer Bearbeitung bedarf.

Diese Erwartungshaltung ist allerdings auch entstanden aus der Selbstbestimmung der Patienten, auch im fortgeschrittenen Alter und in aussichtsloser Situation immer noch mit einem weiteren Therapiewunsch zu kommen. Wir haben eine Untersuchung gemacht im Hinblick auf die palliative Chemotherapie bei fortgeschrittenem Karzinomleiden und der Frage, welche Patientengruppe diese noch einnehmen würde in dem Wissen, dass damit Nebenwirkungen verbunden sind, aber gegebenenfalls eine Verlängerung des Lebens im Mittel um zwei Monate zu erreichen ist. 90 Prozent unserer Patientinnen und Patienten haben zugestimmt, diese onkologisch-medikamentöse Betreuung wahrzunehmen, wohl im Wissen darum, dass sie weiter von uns betreut werden. Nur 10 Prozent haben sich für einen Therapieverzicht entschieden. Insofern hat die Erwartungshaltung auch im Hinblick auf die Selbstbestimmung, im Hinblick auf die Medizin, die bei nicht erfolgreicher Behandlung immer wieder negativ gesehen wird, in unserer Gesellschaft eine entsprechende Positionierung.

Ich hoffe, dass ich Ihnen einen Überblick geben konnte über das Selbstverständnis der ärztlichen

Profession im Kontext der hier geführten Debatte, und danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Sterbehilfeorganisationen und -vereine

Reinhard Merkel

(Folie 1)

Mir ist die Aufgabe zugeteilt worden, einen spezifischen Blick auf Vereine und Organisationen zu werfen, die assistierten Suizid anbieten. Ich möchte das unter drei Gesichtspunkten tun. Zunächst werfe ich einen Blick auf bestimmte normative Grundlagen, über die man sich klar sein sollte, wenn man die zweite Perspektive bezieht, zu der ich etwas sagen werde, nämlich ob es eine spezifische Verbotswürdigkeit solcher Organisationen gibt. Der dritte Gesichtspunkt ist die Frage, welche rechtlichen Optionen vor diesem Hintergrund denkbar und plausibel sind.

(Folie 2)

Lassen Sie mich beginnen mit einigen Zahlen. Das mache ich kursorisch und selektiv, damit wir über die Quantität der Phänomene, über die wir reden, im Bilde sind.

Es gibt einige bekannte und einige weniger bekannte Organisationen oder Vereine, die in Deutschland Hilfe zum Suizid anbieten: Dignitas Deutschland, die sich aus bestimmten Gründen hier „Dignitate“ hier genannt haben, seit 2005; Sterbehilfe Deutschland, ein eingetragener Verein von Herrn Dr. Kusch, seit 2009. Es gab eine Vorläuferversammlung auch von Herrn Kusch. Dann gibt es den Berliner Arzt Dr. Arnold, der assistierten Suizid anbietet, und es gibt Herrn Peter Puppe, der das ebenfalls tut; im Internet sind ihre Websites einsehbar. Es gibt mindestens elf

weitere, die, jedenfalls in der Öffentlichkeit, anonym arbeiten.

Die Anzahl der Fälle geleisteter Suizidhilfe durch solche Vereinigungen lässt sich wie folgt bestimmen: Dignitas Deutschland gibt an, von 2008 bis 2011, in diesen vier Jahren 51, 32, 26 und 66 Fälle gewünschten Suizids begleitet zu haben, bei der Sterbehilfe Deutschland waren es von 2010 bis 2013: 21, 27, 29 und 41 Fälle. Peter Puppe spricht von jährlich vier bis fünf Fällen seit 2005. Dr. Arnold schätzt die Gesamtzahl der von ihm betreuten assistierten Suizide seit Mitte der Neunzigerjahre auf 250 bis 300 Fälle. Laut „Report Mainz“ hat es außerdem mindestens 155 Fälle von Suizidbegleitung durch weitere Helfer im Jahr 2013 gegeben.

Sie sehen, dass es kein Massenphänomen ist, aber auch kein Phänomen, das als Quantité négligeable zu behandeln wäre. Auch ist offen, wie sich diese Zahlen verändern würden, wenn die Ärzte sich weniger restriktiv dazu verhalten und den ärztlich assistierten Suizid generell als erlaubt darstellen würden.

(Folie 3)

Nicht uninteressant sind auch die Tarife oder Entgelte, die für die angebotenen Dienste genommen werden. Dignitas Deutschland spricht von einer Aufnahmegebühr von 120 Euro und einem Monatsbeitrag von 20 Euro; es gibt Ermäßigungsmöglichkeiten für Personen, denen das zu teuer wäre.

Sterbehilfe Deutschland hat eine gestufte Tarifordnung. Es gibt ein Honorar für die unabdingbare ärztliche Begutachtung. Darauf kann nicht verzichtet werden, sagt Sterbehilfe Deutschland; das sind bis zu 1.500 Euro. Dann gibt es vier abgestufte Formen der Mitgliedschaft mit unterschiedlichen Tarifen: lebenslange Mitgliedschaft 2.000 Euro bzw. eine Sonderstellung, die man

mit einem Sonderbeitrag von 7.000 Euro erwirbt, der einmal zu zahlen ist. Sonst gibt es Jahresbeiträge von 200 bzw. 50 Euro; Letzteres allerdings nicht verbunden mit der Möglichkeit einer Suizidbegleitung.

(Folie 4)

Ich beginne mit normativen Prämissen und Grundlagen, über die man sich klar sein soll.

Die erste Frage ist: Kann der freiverantwortliche Suizid ein Unrecht im Rechtssinn sein? Das ist in zweierlei Hinsicht zu fragen. Es könnte eine Verletzung besonderer Pflichten gegen Dritte, gegen andere sein; ethisch ist das vielfältig denkbar. Herr Gethmann hat darauf hingewiesen; es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, wie jemand durch seinen Suizid moralische Pflichten gegenüber anderen verletzen kann. Uns interessieren aber die rechtlichen Fragen, und da ist das tatsächlich nur in besonderen Ausnahmefällen denkbar; ich habe ein Beispiel hingeschrieben, damit es plastisch ist. Es ist eigentlich nur bei starken Obhutsgarantenpflichten denkbar, wie Eltern sie gegenüber ihren Kindern haben; stellen Sie sich die Mutter vor, die sich neben ihrem hilflosen Säugling tötet, der dadurch selbst in Lebensgefahr gerät oder ums Leben kommt.

Eine interessantere Frage ist, ob der Suizident eine allgemeine und stets bestehende Pflicht rechtlicher Art verletzt; das müsste eine Pflicht gegen sich selbst sein, zur Erhaltung des eigenen Lebens. Ethisch ist das denkbar. Immanuel Kant postuliert eine solche Pflicht gegen sich selbst mit einem wie bei Kant immer raffinierten Argument, das am Ende aber scheitert. Es ist auch zweifelhaft und umstritten.

Aber mich interessiert wieder primär auch mit Blick auf die derzeitige Legislative-Diskussion: Wie verhält sich das in rechtlicher Hinsicht? Ei-

ne rechtliche Pflicht genereller Art zur Erhaltung des eigenen Lebens gibt es nicht.

Der Grund liegt eigentlich auf der Hand: Andernfalls würde eine staatlich erzwingbare Rechtspflicht zum Leben statuiert. Eine solche Pflicht ist im freiheitlichen Verfassungsstaat illegitim. Solange man lebt, ist man der Gemeinschaft zu vielerlei verpflichtet, man kann ihr aber nicht zwangsrechtlich verpflichtet sein, zu leben.

Das ist das rechtlich Signifikante, auf das ich hinweisen möchte: Eine allgemeine Rechtspflicht zum Leben für jedes Individuum kann es nicht geben.

(Folie 5)

Dann stellt sich die Frage, die wir jetzt vor allem diskutieren: Kann vor diesem Hintergrund individuelle Hilfe zum freiverantwortlichen Suizid Unrecht sein? Der Ehemann für seine Frau oder Freunde für suizidwillige, befreundete Personen.

Bei der Verletzung müssen eine Reihe von Unterscheidungen bedacht werden; sonst laufen die Argumente, die bemüht werden, um die eine oder andere Grundhaltung zu fundieren, durcheinander. Eine Verletzung des Rechtsguts Leben des Suizidenten – und ich betone noch einmal, dass ich von freiverantwortlichem Suizid rede – ist ethisch denkbar, wenn man die kantianische Position bezieht. Verletzt der Suizident eine moralische Pflicht gegen sich selbst, dann auch der, der ihm dabei hilft.

Rechtlich ist das nicht denkbar als allgemeine Pflicht; das folgt aus der Verneinung einer Rechtspflicht des Suizidenten zum Leben, die ich vorhin formuliert habe.

Nun kann man gleichwohl die Frage nach der Gefährdung des Rechtsguts Leben des Suizidenten stellen. Wenn aber die Verletzung des Rechtsguts Leben bei einem freiverantwortlichen

Suizid in rechtlicher Hinsicht ausscheidet, dann kann die Frage nach der Gefährdung und deren gegebenenfalls rechtlicher Verwerflichkeit nur im Hinblick auf nicht freiverantwortliche Suizide sinnvoll sein. Dann ist die Frage zu stellen: Ist es denkbar, dass typischerweise ein erhebliches Risiko der Unterstützung nicht freiverantwortlicher Suizide mit der organisierten Suizidhilfe verbunden ist oder auch mit der rein individuellen Suizidhilfe verbunden sein kann? Das ist der Gefährdungstatbestand, der in den Blick rückt: die Unterstützung nicht freiverantwortlicher Suizide.

Drittens kann man den Blick auf gesellschaftliche Schutzinteressen richten. Das klingt schon verschiedentlich an; auch Herr Nagel hat es erwähnt: allgemeine Erosion des Respekts vor dem Leben, wenn so etwas generell freigegeben wird, oder das Risiko verdeckter Formen ständigen Missbrauchs. Oder beginnen wir damit eine gefährliche *slippery slope*, eine Rutschbahn zu weiteren Freigaben bestimmter Formen der Hilfe zum Sterben, die wir heute missbilligen und nicht wollen? Das sind die Fragen, die dann zu stellen sind.

Wieder möchte ich besonders die rechtliche Perspektive markieren. Die individuelle Hilfe zum freiverantwortlichen Suizid kann kein rechtliches Unrecht sein. Wenn aber erhebliche Risiken typischerweise bestehen, dass ein nicht freiverantwortlicher Suizid unterstützt wird, dann mag ein – wie Strafrechtler das formulieren – abstrakter Gefährdungstatbestand formulierbar sein und in Gesetzesform gegossen werden, aber nur im Hinblick darauf, dass der Suizid nicht freiverantwortlich ist. Allerdings stellt sich dann die Frage, ob es einen Unterschied gibt zwischen der individuellen Unterstützung solcher Suizide mit dem Risiko, dass sie nicht freiverantwortlich sind, und der kollektiven, organisierten oder ver-

einsmäßig gewissermaßen betriebenen Unterstützung.

(Folie 6)

Vor diesem Hintergrund möchte ich nun die spezifische Verbotswürdigkeit organisierter Formen der Suizidhilfe genauer in den Blick nehmen. Nun müssen wir die Differenzierungen im Hinterkopf behalten, die ich eben versucht habe plausibel zu machen, mit Blick auf den Schutz des Rechtsguts Leben gegen Verletzung bei wirklich freiverantwortlichen Suiziden.

Die Antwort lautet: nein. Es gibt keine besondere – und das ist keine individuelle Stellungnahme von mir, sondern dies ergibt sich aus dem vorher fixierten Fundament. Ist die Unterstützung freiverantwortlichen Suizids kein Unrecht im Rechtssinn, so kann sie nicht durch den bloßen Modus ihrer äußeren Form, nämlich „organisiert“, sozusagen der ordentlich betriebenen Form solcher Unterstützung, plötzlich zum Unrecht werden.

Nun habe ich aber den Gefährdungstatbestand als möglichen Tatbestand markiert: die Unterstützung nicht freiverantwortlicher Suizide. Kann da das Risiko, wenn das organisiert betrieben wird, substanziell erhöht sein? Einerseits könnte man sagen: Es gibt ein höheres Risiko, solche Suizide zu unterstützen, die in Wahrheit nicht freiverantwortlich sind, wenn das organisiert betrieben wird. Kann ein subtiler Druck auf Suizidenten ausgeübt werden, wegen eigener Interessen der Unterstützenden, die dabei im Spiel sein können? Das ist denkbar bei Gewinnerzielungsabsicht, also bei der gewerbsmäßigen Unterstützung von Suiziden. Da ist ein manifestes, eigenes Interesse dessen, der damit Geld verdienen will, im Spiel. Er mag einen subtilen, möglicherweise ihm selbst gar nicht bewussten Druck

ausüben, dass der Suizident nun einmal bei der Stange des einmal gefassten Planes bleibt.

Das hängt damit zusammen. Kann der Rücktritt eines Suizidwilligen, wenn er eine Organisation ins Spiel gebracht hat, die Vorbereitungen trifft und Aufwendungen dafür macht, psychologisch erschwert sein? Jeder Suizident kann unmittelbar vor dem *point of no return* seines tödlichen Aktes sagen: lieber doch nicht. Ist das schwieriger, wenn er eine Organisation ins Spiel gebracht hat, die vorher Aufwand betrieben hat? Diese Frage sollte überlegt werden.

Andererseits könnte man sagen: eher im Gegenteil. Wenn das ordentlich und professionell-kompetent betrieben wird, ist damit nicht vielleicht eine bessere Suizidprävention verbunden, als wenn man das Individuum in einer desparaten Situation auf die Möglichkeit verweist, sich isoliert selbst zu töten, mit einem rabiaten Gewaltakt gegen den eigenen Körper? Auch diese Frage sollte erwogen werden.

(Folie 7)

Ich habe auch die gesellschaftlichen Schutzinteressen erwähnt, die ebenfalls im Blick sind. Mit Blick darauf lässt sich erstens sagen: Die genannten Gefahren (Erosion des Respekts vor dem Leben usw.) müssten empirisch plausibel gemacht werden. Diese Karten werden oft in der Diskussion gespielt; sie müssen aber mit Substanz versehen werden, wenn der Gesetzgeber sie als Grundlage einer legislativen Initiative nehmen will. Zweitens müsste gezeigt werden, dass gerade aus dem Umstand des Organisiertseins der Suizidhilfe solche gesellschaftlichen Schutzinteressen bedroht würden und nicht aus der individuellen, deren Erlaubtheit in der gegenwärtigen Diskussion überwiegend jedenfalls nicht angetastet werden soll.

Außerdem könnte man die gesellschaftlichen Schutzinteressen ausdifferenzieren und den Blick auf das öffentliche Ärgernis richten, das die organisiert betriebene Suizidhilfe darstellt, wie es von vielen Menschen empfunden wird. Bei der Gewerbsmäßigkeit sagt die Intuition vieler Leute, man solle aus der Lebensnot anderer keinen Profit schlagen. Das ist ein öffentliches Ärgernis.

Hinter die bloße Geschäftsmäßigkeit (also Organisiertheit, Ordentlichkeit) der organisierten oder vereinsmäßig betriebenen Suizidhilfe habe ich ein Fragezeichen gemacht, weil mir nichts einfällt, warum es ein Ärgernis sein soll, wenn das nicht individuell aus dem Stand einer Augenblicksentscheidung zur Unterstützung eines Suizids gemacht wird, sondern im Modus des geordneten Verfahrens.

Dann ist mit Blick auf öffentliche Ärgernisse die Frage zu stellen, ob rechtliche Verbote legitim sind. Es mag einen moralischen Tadel beglaubigen, dass jemand ein öffentliches Ärgernis in die Welt setzt. Reicht das aus, um ein rechtliches Verbot zu formulieren?

(Folie 8)

Vor dem skizzierten Hintergrund und den Differenzierungen ein knapper Blick auf die Optionen für rechtliche Regelungen.

Am intensivsten diskutiert wird derzeit, auch beim Gesetzgeber, der Blick auf das Strafrecht: Sollen wir bei Strafe bestimmte Dinge der organisierten Suizidhilfe verbieten? Wieder unterscheide ich meine Blickwinkel, und das muss man tun. Man muss angeben können, warum man die rechtliche, strafrechtliche Option wählt, nämlich aus diesem Grund. Wir erleben es leider immer wieder auch in den schon vorliegenden Gesetzentwürfen, dass der Gesetzgeber sagt: Handlung X soll verboten werden; und das Ar-

gument ist: Sie ist eine Handlung Y. Diese Unterscheidung und das Übersehen dieser notwendigen Differenzierungen fällt den Formulierern solcher Entwürfe leider nicht immer auf. Wenn man sagt: Wir wollen den Suizid als Tötungsdelikt verbieten, die Assistenz zum Suizid, weil damit Geld verdient wird, vermischt man zwei Dinge, die getrennt überlegt werden müssen.

Ein generelles Verbot der organisierten Suizidhilfe halte ich für kaum begründbar. Es muss jedenfalls eine hohe Begründungslast getragen werden. Der Schutz des Rechtsguts Leben gegen die erhöhte Gefährdung, also gegen das Risiko der Unterstützung nicht freiverantwortlicher Suizide bei Geschäftsmäßigkeit (also professioneller Betreuung dieser Assistenz zum Suizid), hier ist ein erhöhtes Risiko wenig plausibel. Es müsste empirisch gezeigt werden. Bei Geschäftsmäßigkeit ist ein erhöhtes Risiko denkbar, nämlich der Druck auf Suizidenten, aus dem eigenen Interesse, damit Geld zu verdienen. Es dürfte aber nicht leicht zu belegen sein, dass dieses erhöhte Risiko empirisch tatsächlich besteht.

Mit Blick auf die gesellschaftlichen Interessen stellt sich die Frage: Ist diese Bedrohung wirklich plausibel? Haben wir eine Erosion des allgemeinen Respekts vor dem Leben zu befürchten, wenn das organisiert zugelassen wird?

Eine weitere Frage ist: Ist ein strafrechtlicher Schutz legitim? Das Strafrecht, so sagt man, ist das schärfste Schwert des Staates gegen seine Bürger; es muss besonders peniblen Begründungsanforderungen genügen. Ich habe „Utilitarismus-Einwand“ dahintergeschrieben. Wer argumentiert: Aus gesellschaftlichen Interessen darf dir, Person X, in deiner extremen Lebensnot nicht geholfen werden, der verwendet ein utilitaristisches Argument. Erstaunlicherweise sehen

das viele nicht, die an dieser Diskussion beteiligt sind.

Dann gibt es die Frage: Brauchen wir einen strafrechtlichen Schutz gegen öffentliche Ärgernisse wie die organisierte Suizidhilfe, wenn sie eines ist? Eine Strafdrohung gegen reine Moralwidrigkeiten ist unzulässig. Eine Strafdrohung gegen ein anstößiges Gewinnstreben bei gewerbsmäßiger Suizidhilfe ist grundsätzlich legitim. Aber Sie sehen vor dem Hintergrund meiner Differenzierungen, dass das kein Tötungsdelikt wäre, wenn man das verfolgt, sondern ein dem Wuchertatbestand angenähertes und verwandtes Delikt. Man bestraft die Anstößigkeit des Gewinnstrebens. Das darf man in bestimmten Grenzen; deswegen habe ich den Beglaubigungspfeil dorthingesetzt – nicht als Tötungsdelikt, sondern als anstößiges Gewinnstreben.

(Folie 9)

Im Zivilrecht könnte man Regelungen im Vereinsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) unterbringen. Das beträfe aber nur die innere rechtliche Struktur der Organisationen, und darum geht es hier nicht. Auch würden so keine Möglichkeiten einer Sanktion eröffnet. Das BGB sanktioniert nicht, wenn bestimmte Regularien der Vereinstätigkeit, die unbedingt einzuhalten wären, verletzt würden. Ich halte eine Regulierung der Tätigkeit von Vereinen in dieser Sphäre im Zivilrecht nicht für geeignet.

(Folie 10)

Nun gibt es eine dritte Option im öffentlichen Recht: im Verwaltungsrecht. Sie unterscheidet sich von der strafrechtlichen Lösung, grob formuliert, so: statt eines strikten, strafbewehrten Verbots eine Strategie der Genehmigungspflicht, der Beaufsichtigung und der Kontrolle solcher Vereine.

Sanktionsmöglichkeiten gibt es im öffentlichen Recht. Bei Verletzung formaler Bedingungen des legitimen Tätigseins unter diesen Aufsichtskriterien kann ein Bußgeld nach Ordnungswidrigkeitenrecht verhängt werden. Es sind Ordnungswidrigkeiten, keine Straftaten, wenn einer materiell, in der Substanz legitim handelt, aber bestimmte formale Voraussetzungen, die dafür verlangt werden, missachtet.

Darauf möchte ich am Ende noch hinweisen; das ist geltendes Recht. Jede Hilfe zum Suizid, der nicht freiverantwortlich ist, jede Hilfe also für nicht autonome Personen, die Suizid begehen, ist nach geltendem Recht mit gravierenden Strafen bedroht, und zwar nicht als Beihilfe zu irgendetwas, sondern als Totschlag, und wenn der, der hilft, erkennt, dass der Suizid nicht freiverantwortlich ist (gegebenenfalls wenn er das falsche Motiv hat), als Mord, und nicht als Beihilfe zu irgendetwas. Wenn er nicht erkennt, dass der Suizidentschluss nicht freiverantwortlich war, aber es hätte erkennen können, haftet er wegen fahrlässiger Tötung, seit eh und je. Vielen Dank.

Mögliche Regelungsmodelle und ihre Implikationen

Christiane Woopen

Meine Damen und Herren, mir obliegt jetzt die Aufgabe, diese Überlegungen auf prinzipielle Regelungsmodelle anzuwenden und zu überlegen, welche Implikationen diese Regelungen im Hinblick auf das haben, was schon ausgeführt wurde. Ich möchte betonen, dass es dem Deutschen Ethikrat nicht darum ging, in der Planung des Tagesablaufs konkrete Positionsentwürfe, die aus dem Bundestag schon auf dem Tisch liegen, zu kommentieren, sondern einen grundsätzlichen Blick darauf zu werfen. Ich spreche jetzt

auch nicht – deswegen auch nicht das Logo des Deutschen Ethikrates – für den Deutschen Ethikrat (das muss man in dieser Funktion eigens dazusagen), sondern das sind meine Ausführungen, die wir zwar in der AG zum Teil vorbereitet haben, die aber nur der Vorbereitung der Diskussion dienen.

(Folie 2)

Mein Gedankengang ist so: Ich möchte zuerst zwei grundlegende Unterscheidungen zusammenfassen und beziehe mich dann auf ethische Grundsätze, vor denen sich die Regelungsmodelle in die Diskussion einbringen sollen.

(Folie 3)

Zwei grundlegende Unterscheidungen. Wie schon in unterschiedlichen Vorträgen anklang, haben wir zwei Diskurse: den Diskurs über die Palliativmedizin und die Hospizversorgung, und den Diskurs über die Beihilfe zum Suizid. Wir haben sie heute getrennt, auch wenn es natürlich notwendig ist, die palliativmedizinische Versorgung in den Blick zu nehmen, weil man die Palliativmedizin nicht einfach als kompensatorischen Joker zur Abwiegung der Debatte um die Suizidassistenz nehmen kann. Wir haben keinen Zweifel daran, dass die Stärkung der Palliativmedizin wichtig ist, und es ist ein segensreicher Kollateraleffekt dieser Debatte, dass die palliativmedizinische Versorgung stärker in die Diskussion gerückt ist und politische Unterstützung erhält, aber wir müssen die Suizidassistenz unabhängig davon diskutieren.

(Folie 4)

Eine weitere Unterscheidung besteht darin, dass wir unterschiedliche Fallkonstellationen haben; auch das wird in der Debatte zu oft vermischt.

Zum einen muss man grundsätzlich unterscheiden zwischen einsichts- und einwilligungsfähigen Personen und solchen, die das nicht sind.

Über die zweite Gruppe sprechen wir im Grunde nicht; für diese gibt es andere Instrumente, um vielleicht der Angst vor einem unzulässig und unter unwürdigen Umständen verlängerten Leben Einhalt gebieten. Es gibt Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, es gibt ein Gesetz, wo auch der mutmaßliche Wille eine Rolle spielt; das heißt, hier sprechen wir nicht über eine Suizidassistentz, allenfalls in den Grenzbereichen, die Herr Merkel schon andeutete, wo man sich nicht sicher ist, ob sie überhaupt freiverantwortlich eine Entscheidung treffen können, oder wo die Umstände dafür sprechen, dass die Selbstbestimmung nicht in vollem Maße gegeben ist. Wir sprechen also ausschließlich über die erste Gruppe.

Auch diese ist in unterschiedliche Fallkonstellationen aufgeteilt. Wir haben einmal die Patienten im Endstadium einer Erkrankung. Herr Nagel sagte es schon; bei seiner narrativen Evidenz waren hier vor allen diejenigen mit neurologisch-degenerativen Erkrankungen relevant. Wir assoziieren damit in den Diskussionen meistens onkologische Patienten im Endstadium; aber wenn Sie sich die Zahlen ansehen, gibt es dort keine stark erhöhte Nachfrage nach Suizidassistentz.

Dann gibt es Personen, die im Anfangsstadium einer schweren progredienten Erkrankung eine Suizidassistentz in Betracht ziehen. Hier ist in erster Linie an die Alzheimer-Demenz zu denken. Es gibt prominente Vertreter in der Öffentlichkeit, die das als Handlungsoption auch einfordern. Man darf sie aber nicht in einen Topf werfen. Regelungsmodelle, die ausschließlich auf schwere terminale, mit unerträglichem Leiden und begrenzter Lebenserwartung einhergehende Erkrankungen abstellen, lassen diese Patienten- oder Fallgruppe außen vor. Ob das ge-

rechtfertigt ist oder nicht, möchte ich damit nicht sagen.

Dann gibt es die Patienten in der Phase von Not und Verzweiflung im Rahmen eines Krankheitsverlaufs.

Es gibt in Toronto einen psychosozialen Onkologen und Palliativmediziner, Gary Rodin, der mit seiner Forschungs- und Ärztegruppe intensive Studien gemacht hat dazu, wie man mit den unterschiedlichen Patientengruppen umgehen kann, falls dort ein Wunsch nach vorzeitigem Tod geäußert wird, *Desire for hastened death*. Er hat drei Motivationshintergründe unterschieden. Der erste bezieht sich darauf, dass die Patienten einen hypothetischen Ausweg für sich als beruhigend empfinden. Das sind diejenigen, die sich in Oregon, wo es diese Möglichkeit rechtlich reguliert gibt, eine Tablette irgendwohin legen und sagen: Dann hab ich wenigstens die Möglichkeit, wenn ich es nicht mehr aushalte. Ein großer Teil von ihnen nimmt es nie in Anspruch, aber es hat nach den Berichten vieler eine erheblich beruhigende Wirkung, zu wissen, man kann es thematisieren.

Eine zweite Gruppe ist diejenige, die wirklich in Verzweiflung darum bittet und die mit psychotherapeutischen Interventionen erreichbar ist, wo also solche Phasen überbrückt werden können, wo es auch mittlerweile Modelle gibt oder wo die Palliativmedizin eine segensreiche Beruhigung ist, weil man sagt, dass man diese Symptome nicht aushalten muss.

Die dritte Gruppe sind diejenigen, die schon im Prozess des Loslassens sind und bei denen der Wunsch danach, keine Therapie mehr in Anspruch zu nehmen, auf Flüssigkeitszufuhr und Ernährung zu verzichten oder auch ein Hilfsmittel nehmen zu dürfen, um Suizid zu begehen, Ausdruck der allerletzten Terminalphase ist. Sie

sind innerlich schon gegangen, wollen aber diesen Schritt jetzt noch in einer bestimmten Art und Weise gehen, den sie als eine Art des gelingenden Sterbens, als Ende eines gelingenden Lebens betrachten.

Das war mir wichtig an den Anfang zu stellen, weil wir bei allen Regulierungsmodellen immer schauen müssen, welche Gruppe von Patienten wir außer Acht lassen, welche wir vergessen oder welche wir ungebührlich in den Fokus setzen, obwohl sie mengenmäßig vielleicht keine so große Relevanz hat.

(Folie 5)

Die ethischen Grundsätze möchte ich noch einmal als Folie für die folgenden Überlegungen benennen; sie haben im Laufe unserer Vorträge schon die zentralen Bezugspunkte gebildet. Der erste ist der Grundsatz der Lebensorientierung und des Lebensschutzes. Der zweite ist der Grundsatz der Selbstbestimmung, der dritte der Grundsatz der Solidarität (also die gesellschaftliche Komponente dafür, Menschen zu schützen und für Menschen in Not da zu sein) und der vierte der Grundsatz der Integrität des ärztlichen Berufs im Sinne dessen, was Herr Nagel dazu schon gesagt hat.

(Folie 6)

Welche Regelungsmodelle gibt es prinzipiell? Denken Sie sich nicht in Klammern dahinter spezifische Namen aus dem Bundestag, die damit adressiert seien, sondern das sind wirklich nur grundlegende Ansatzpunkte, mit rechtlichen Mitteln daranzugehen.

(A) Entweder man macht keine Gesetzesänderung. Wie auch bei Herrn Merkel klar wurde, ist der Suizid nicht strafbar und gemäß dem Akzessorietätsgrundsatz die Beihilfe auch nicht.

Lassen Sie mich noch kurz dazu sagen: Bei der geltenden Rechtslage geht es nicht darum, etwas zusätzlich zu erlauben. Denn die Suizidassistentz ist schon in umfassender Weise erlaubt, natürlich mit etlichen Kollateralproblemen in anderen Rechtsbereichen, aber es geht nicht darum, hier zusätzlich etwas zu erlauben, denn wir haben im derzeitigen Rechtssystem eine große Freiheit des Tolerierbaren.

(B) Zweite Möglichkeit, also das andere Extrem, ist ein umfassendes gesetzliches Verbot von Suizidbeihilfe.

Die dritte und vierte Möglichkeit zielen auf ein Grundsatz-Ausnahme-Verhältnis: (C) Es gibt ein grundsätzliches strafrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe, aber man definiert bestimmte Ausnahmen, und zwar mit materiellen, personellen und/oder prozeduralen Kategorien und Vorschriften. (D) Das Vierte wäre genau der umgekehrte Fall: Man lässt es, wie es ist, als grundsätzlich erlaubt oder toleriert, sagt aber, man möchte bestimmte Dinge verbieten, und die muss man dann definieren. Bei C und D geht es also um den Unterschied dazwischen, was definiert wird, und dem, was erlaubt ist oder verboten wird.

(E) Das kann man, wie bei Herrn Merkel schon anklang, auch in anderen Rechtsbereichen als im Strafrecht regeln.

(Folie 7)

Vorweg eine Erläuterung dazu, was mit materiell, personell und/oder prozedural begründeten Ausnahme- oder Verbotstatbeständen gemeint ist. Das kann sich einmal auf die Spezifizierung der Art der Erkrankung beziehen: Muss sie tödlich verlaufen? Wie ist es mit psychischen Erkrankungen? Onkologisch, schweres Leiden, unerträgliches Leiden oder andere Begriffe – all

dies sind Spezifizierungen der Krankheitssituation.

Man kann es spezifizieren im Hinblick auf das Stadium der Erkrankung: Muss es das Endstadium, ein fortgeschrittenes Stadium sein oder lässt man das offen?

Man kann die Beihilfe leistenden Personen spezifizieren: Muss ein Näheverhältnis bestehen? Dürfen es Angehörige, Ärzte oder irgendwelche Dienstleister im Sinne fremder Personen?

Und man kann Verfahrensvorschriften einführen, beispielsweise ein Vier-Augen-Prinzip, um Missbrauch abzuwenden, oder man kann ein Gutachten zur Einwilligungsfähigkeit einfordern. Das sind die Dinge, an denen die Tatbestände konkretisiert werden.

(Folie 8)

Nun zu den einzelnen Vorschriften jeweils einige Stärken und Schwächen, nicht als abschließende oder umfassende Bewertung (das geht in dieser Zeit nicht), sondern nur schlaglichtartig in dem Versuch, die Grundsätze – Leben, Selbstbestimmung, Solidarität und ärztlicher Beruf – in der Reihenfolge zu adressieren.

(A) Keine Gesetzesänderung hieße: Man betont die Selbstbestimmung in erheblichem Ausmaß. Man stellt sie in den Vordergrund und lässt damit auch Freiraum für unterschiedliche Weltanschauungen, also den Pluralismus, der zu den Fragen, die wir hier diskutieren, in der Gesellschaft existiert. Es gibt keine, jedenfalls keine gesetzliche Einschränkung der ärztlichen Gewissensentscheidung, und – das gilt auch für alle anderen Regulierungsvorschläge – § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) bleibt erhalten. Der Fremdeingriff in den Schutz der Integrität der Person wird damit nicht berührt; das scheint wichtig, und viele haben darauf hingewiesen,

wie das – aus welchen Gründen auch immer – in der öffentlichen Debatte häufig durcheinandergeht.

Was wären Nachteile, wenn man nichts tut? Möglich wäre eine Gefährdung der Integrität durch eine fehlende Regulierung. Wenn man Sterbehilfevereine nicht verbietet, geht man möglicherweise gewisse Risiken ein für nicht freiverantwortliche Suizide, und manche empfinden Sterbehilfevereine als öffentliches Ärgernis, weil sie eine Art Normalität konstituieren: Es darf sie geben, also ist es normal, diesen Weg gehen zu können; es wird zu einer Option unter anderen. Das wird von einigen als öffentliches Ärgernis wahrgenommen.

Es gäbe möglicherweise die Gefahr der Kommerzialisierung und eine Schwächung der gesellschaftlichen Solidarität, und es gibt – derzeit jedenfalls – Konflikte mit dem Berufsrecht. Das ist in der Debatte im Bundestag häufiger angeklungen; heute wurde es auch schon erwähnt. Dieses jedenfalls in den öffentlichen Stellungnahmen der Bundesärztekammer doch sehr stark vorgebrachte Verbot ohne irgendeine kleine Wendung auf die Gewissensfreiheit vermittelt in der Öffentlichkeit den Eindruck, als ob man die Ärzte besser nicht darauf ansprechen soll.

(Folie 9)

(B) Die zweite Regelungsmöglichkeit, das umfassende gesetzliche Verbot, hätte den Vorteil einer starken Lebensorientierung. Es gäbe allerdings Einschränkungen von Zugangsmöglichkeiten zum Suizid. Es gibt zwei Urteile vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, die das durchaus als problematisch ansehen könnten, aber jedenfalls gibt es die Einschränkung. Damit verbunden ist auch die Vermeidung von Anreizstrukturen, denn es ist klar, dass dieser Weg verschlossen ist. Es gibt auch oder es entspricht – je

nachdem, wie man das sieht – der Eindeutigkeit des ärztlichen Handlungsauftrags.

Nachteile könnten in der Einschränkung von Zugangsmöglichkeiten zum Suizid bestehen. Sie sehen: Manche sehen es als Vorteil (bei starker Lebensorientierung), manche als Nachteil (das sind diejenigen, die die Selbstbestimmung in den Vordergrund stellen). Manchmal wird argumentiert, dass es noch weniger wünschenswerte Ausweichhandlungen provoziert: sich vor den Zug werfen, vom Hochhaus springen, sich erschießen müssen, andere grausame Methoden verwenden. Da muss man allerdings auch die Fallgruppen im Hinterkopf haben und welche Handlungsmöglichkeiten ihnen überhaupt zur Verfügung stehen.

Bei einem umfassenden Verbot gibt es auch eine Einschränkung von Gewissensentscheidungen. Auch wenn es dafür rechtlich andere Auswege gibt, wäre die Grundbotschaft klar. Und es gibt die Gefahr der Tabuisierung und Vereinsamung mit einem Suizidwunsch, denn dann sind Ansprechpartner ausgeschlossen: Dann kann ich keinen mehr ansprechen, von dem ich mir erhoffe, dass er mir möglicherweise beim Suizid hilft.

Manche sehen – aber das ist umstritten – Abgrenzungsprobleme zu bestimmten Formen palliativer Begleitung oder Sedierung bei Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht. Wenn die palliative Sedierung in einem Grenzbereich zur terminalen Sedierung angewendet wird (wie Herr Wunder das differenziert hat), um einen Therapieverzicht oder auch den Verzicht auf Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr zu ermöglichen, sehen manche das als Abgrenzungsproblem, ob es sich dabei nicht auch um eine Suizidassistenz handelt.

(Folie 10)

(C) Ein grundsätzliches strafrechtliches Verbot mit definierten Ausnahmetatbeständen hätte den

Vorteil, dass es tatsächlich Standards für die Gewährleistung von Lebensorientierung und Selbstbestimmung gibt durch die Vorschrift bestimmter lebensorientierter Beratung von Wartezeiten usw. Auch das wäre eine Einschränkung von Zusatzmöglichkeiten zum Suizid. Es käme allerdings zu einer Enttabuisierung der Äußerung eines Suizidwunsches, allerdings nur in den definierten, erlaubten Ausnahmefällen. Und es gäbe gegebenenfalls eine Klärung der ärztlichen Handlungsmöglichkeiten. Das hängt davon ab, wie das genau definiert ist, nach den Kriterien, die ich genannt habe (Art, Stadium der Erkrankung usw.).

Die damit verbundenen Nachteile kann man darin sehen, dass es das Risiko einer Schwächung lebensorientierter Beratung geben könnte. Wenn es nämlich erlaubt ist, das so zu tun, gibt man sich, so jedenfalls die Vermutung mancher, als Arzt oder Angehöriger vielleicht weniger Mühe, auf den Lebenserhalt hinzuwirken. Manche vermuten im selben Sinne, dass es eine Schwächung der Suizidprävention zur Folge haben könnte. Auch hier gibt es je nachdem, wie weit oder eng man die Ausnahmen definiert, eine Einschränkung von Zugangsmöglichkeiten zum Suizid. Bestimmte Fallgruppen fallen dann nicht unter diese Definition von erlaubten Ausnahmetatbeständen. Außerdem wird wiederum je nach Ausgestaltung vielleicht eine neue Indikation für ärztliches Handeln geschaffen, das heißt, es wird in bestimmten Fällen zu einer ärztlichen Aufgabe, zu der der Arzt aber nicht gezwungen werden kann. Er kann sich aus Gewissensgründen dagegen entscheiden. Aber jedenfalls würde es als Normalfall ärztlichen Handelns gesetzlich akzeptiert.

(Folie 11)

(D) Das Gegenstück ist die grundsätzliche Zulässigkeit mit Verbotstatbeständen. Dies ginge einher mit verstärktem Schutz von Leben und Selbstbestimmung. Damit verbunden ist ein Schutz vor Fremdbestimmung, je nachdem, wie man die Verbotstatbestände definiert, sodass man Fremdbestimmung zumindest weitestgehend ausschließt. Auch das verhindert Anreize oder hat jedenfalls das Potenzial dazu. Es enttabuisiert die Äußerung eines Suizidwunsches, weil die generelle Tolerierung erhalten bleibt, und es führt gegebenenfalls zu einer Klärung der ärztlichen Handlungsmöglichkeit.

Als Nachteile muss man in Betracht ziehen, dass weitreichende Verbotstatbestände ähnliche negative Implikationen haben wie das umfassende Verbot, zum Beispiel in Bezug auf Selbstbestimmungsmöglichkeiten, Gewissensentscheidungen und Vereinsamungsprozesse. Gegebenenfalls gibt es eine implizite Normalisierung von Suiziden in den nicht verbotenen Fallkonstellationen. Das ist ein indirekter Effekt, den man auf jeden Fall beobachten müsste, so wie wir ihn jetzt schon beobachten müssen, weil wir uns die Frage stellen müssen, welches Ausmaß an Missbrauch und Fehlentwicklung es eigentlich derzeit in der Gesellschaft gibt, dass es zum Handlungsbedarf kommt.

(Folie 12)

(E) Andere Rechtsbereiche wären das Bürgerliche Gesetzbuch und das Öffentliche Recht; darauf ist Herr Merkel schon eingegangen. Das Strafrecht ist nicht die einzige und wohl auch nicht die beste Möglichkeit, die Probleme, die manche oder viele in der Gesellschaft empfinden, in den Griff zu bekommen, sondern es kann andere Wege geben, die wir später noch diskutieren können.

(Folie 13)

Ich hoffe, dass nach den schlaglichtartigen Ausführungen deutlich geworden ist, dass es nicht die eine gute Lösung für diesen Handlungsbe- reich gibt. Angesichts der vielfältigen und individuellen Situationen im Alltag, in den Biogra- fien der einzelnen Menschen, in den Krankheits- konstellationen usw. muss man schauen, dass man der individuellen Situation gerecht werden kann. Aber auch auf der allgemeinen Ebene der Regulierung gibt es nicht die eine gute Lösung, sondern wir müssen abwägen und schauen, was die am wenigsten schlechte oder die von allen am besten zu unserer Gesellschaft passende Lö- sung ist.

Vielleicht stehen jetzt drei Fragen in der Diskus- sion im Vordergrund: erstens die Frage zum Verhältnis zwischen den Vor- und Nachteilen einer gesetzlichen Regulierung vor dem Hinter- grund der gegebenen Situation: Welche Fehl- entwicklungen und Missstände haben wir eigent- lich?

Zweitens die Frage nach der Verantwortung des Gesetzgebers angesichts pluralistischer Auffas- sungen: Wie wir etwas moralisch im Alltag beur- teilen, ist etwas anderes als das, was der Gesetz- geber zu regulieren hat.

Drittens die Frage nach der Verantwortung der Ärzte und dem Stellenwert ihrer Gewissensfrei- heit in den unterschiedlichen rechtlichen Regu- lierungsmöglichkeiten und den Botschaften, die die Ärzteschaft in die Öffentlichkeit sendet. Da- mit danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Diskussion

Christiane Woopen

Für die Gäste möchte ich noch sagen, dass die Folien ins Internet gestellt werden und dass es

auch ein Audioprotokoll gibt. Insofern kann man alles nachvollziehen, wenn man nicht hier saß oder das ein oder andere nachschauen möchte. Damit eröffne ich die Runde der sich melden Wollenden.

Carl Friedrich Gethmann

Der Punkt Handlungsurheberschaft, Würde, Selbstbestimmung hatte zwei Redner: Herrn Dabrock und mich. Ich möchte gerne auf das reagieren, was Herr Dabrock gesagt hat. In der Tat ist aus meiner Sicht die Sache eher komplementär als antagonistisch zu interpretieren. Herr Dabrock hat auf die leiblich-responsorische Aktualität des Menschen aufmerksam gemacht und damit einen gewissen Individualismus der kantischen Perspektive kritisiert; das halte ich für richtig. Ich habe mit Blick auf den Begriff der Würde gesagt: Es geht nicht darum, zu bestimmen, unter welchen Bedingungen ein Individuum Würde hat, sondern darum, zu sagen, unter welchen Bedingungen jemand die Würde von jemandem anerkennt. Das ist eine responsorische oder dyadische Beziehung. Herr Höfling hat das als Aussage des Bundesverfassungsgerichts unterstrichen. Es kann nicht darum gehen zu sagen: Die und die Merkmale sagen aus, dass jemand Würde hat oder nicht; das ist eine aussichtslose Strategie.

Das hat natürlich Folgen, und zwei Folgen möchte ich hervorheben. Erstens: Ich halte es für richtig, dass wir verlangen, mangels besseren Wissens zunächst dem Suizidenten in den Arm zu fallen. Wenn die freiverantwortliche Entscheidung nicht klar ist, müssen wir als Folge des allgemeinen Hilfegebotes – das ist auch eine dyadische Situation – erst einmal unterstellen, dass dort etwas zu prüfen ist. Da man unter unklaren Wissensbedingungen nichts Irreversibles tun oder zulassen sollte, sollte man erst einmal

davon ausgehen, dass hier eine Hilfsituation da ist. Wenn sich dann herausstellt, dass es eine freiverantwortliche, souveräne Entscheidung ist, dann ist ihr selbstverständlich stattzugeben. Das ist eine erste Folge einer antiindividualistischen Sicht.

Als zweiten Punkt möchte ich hervorheben: Es gibt nicht so etwas wie einen heroischen Lebensgestaltungsentwurf, auch aus der Sicht der Philosophie nicht. Das haben die Stoiker einmal versucht; der Petronius in *Quo vadis?* ist vielleicht allen bekannt. Die Vorstellung, die vielleicht bei Ernst Jünger oder anderen Literaten da ist, wer nur bei Trost ist, muss aus heroischer Sicht der Selbsttötung zustreben, ist falsch. Dem sollte man entgegentreten; das ist kein Lebensgestaltungsideal.

Aber was man retten muss, und das wäre meine Frage an Herrn Dabrock: Auch in dieser mehr leiblich-responsorischen Sicht der Dinge muss es einen Begriff von Individualität geben. Individualität anerkennen heißt vor allem anerkennen, dass es so etwas wie eine Binnenrationalität des Individuums gibt, die für ihn gilt, wo jeder seine Gründe hat, nicht mit dem Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit: Ich verlange nicht, dass der andere meine Gründe anerkennt, aber ich erwarte, dass die anderen meine Gründe anerkennen. Das muss man respektieren, sonst würde man einen Gedanken von Individualität verlieren. Mir scheint mit dem Würdeverständnis des Grundgesetzes – das sage ich als juristischer Laie – die Anerkennung von Individualität mit gesetzt zu sein. Das muss man Tat respektieren.

Das gilt auch – und jetzt komme ich zum eigentlichen Punkt – für das Arzt-Patient-Verhältnis. Die dyadische Beziehung Arzt-Patient ist nicht in andere dyadische, soziale oder kommunikative Beziehungen auflösbar, sondern ist einmalig.

So wie Elter-Kind oder Lehrer-Schüler ist auch Arzt-Patient nicht in andere soziale Rollen auflösbar. Auch hier spielt die Individualität eine Rolle, sowohl die des Arztes – da spricht man gern von Gewissen – als auch die Binnenrationalität des Patienten. Weil jede Arzt-Patienten-Beziehung in dem Sinne einmalig ist, halte ich es für aussichtslos, das durch allgemein verbindliche rechtliche Regulierungen zu erfassen. Der Status quo der rechtlichen Situation ist aus meiner Sicht hinreichend gut, um Missbrauchsfälle durch Strafrecht oder anderes abzuwehren; ansonsten sollte man diesen Bereich unreguliert lassen.

Das einzige Feld, wo ich eine gewisse Beweglichkeit erwarte, ist das Standesrecht und noch nicht einmal das Standesrecht so, wie es ist, sondern eher die öffentliche Rhetorik, die Standesvertreter um das Standesrecht herum pflegen. Denn diese erweckt für einen Patienten den Eindruck: Der Arzt darf mir nicht helfen. Dadurch wird überhaupt erst ein gewisser Bedarf an Sterbehilfevereinen usw. erweckt. Wenn man das etwas anders darstellen würde, sodass jeder Patient weiß: Mein Arzt hilft mir und kommt auch nicht ins Gefängnis, wenn er mir hilft, würde dies die ganze Angelegenheit zur Zufriedenheit bereinigen. Aber das ist meine persönliche Stellungnahme.

Christiane Woopen

Ins Gefängnis kommt er nach dem Berufsrecht sowieso nicht. Aber es gibt einige Fälle, wo es zu Geldstrafen gekommen ist; ganz so harmlos ist das nicht, wie es manchmal dargestellt wird.

Peter Dabrock

Ich möchte gerne auf Herrn Gethmann antworten und habe dann einige Fragen an Herrn Merkel.

Herr Gethmann, unter welchen Bedingungen jemand die Würde eines anderen anerkennt, ist ein Indiz für die Responsivität in dem bei Ihnen dargestellten Gedankengang. Das ist eine schöne Zuspitzung, dass wir nicht antagonistisch, sondern komplementär argumentieren. Im Blick auf diese Komplementarität würde ich Ihnen antworten: Aber die Anerkennung der Würde eines anderen stellt die weitere Frage, nach welchem Kriterium das passiert. Passiert es nach einer bestimmten Eigenschaft, beispielsweise Vernunftfähigkeit? Das ist eine Frage, die sich nicht sofort aus dem Dargestellten ergibt, sondern für die ein, philosophisch gesagt, synthetisches Urteil notwendig ist, in das die Inklusionssensibilität hineinkommt. Es ergibt sich nicht automatisch aus dem grundsätzlichen Gedanken der Anerkennung des anderen.

Das führt mich weiter zu Ihrer zweiten Frage, wie in dem responsiv gedeuteten Selbstbestimmungsbegriff der Begriff der Individualität berücksichtigt ist. Das ist in der Tat eine wichtige Frage, gerade wenn es um die normative Regelung bei uns im Staate geht. Auch von der Choreografie dieser Veranstaltung her war es wichtig, deutlich zu machen, dass die jetzige Debatte nicht in den rechtlichen Regelungen aufgeht, sondern dass diese immer durch dahinterliegende ethische Überlegungen grundiert oder mit formatiert sind. In dieser Hinsicht kommt dem Individualitätsgedanken sowohl moraltheoretisch als auch verfassungsrechtlich eine große Bedeutung zu. Aber man muss auch fragen, welche sozialtheoretischen Konsequenzen das hat und wie diese rechtlich umgesetzt werden sollen. Das wäre mein Appell in diese Runde: darauf zu achten, welche sozialtheoretischen Implikationen und welche sozialen Verantwortlichkeiten die jeweiligen im Feld befindlichen Selbstbestimmungsbegriffe haben. Ich würde den Spieß der Indivi-

dualisierung umdrehen und nach der dabei jeweils vertretenen sozialen Verantwortung fragen.

Drei kommentierende Fragen, Herr Merkel. Zu *slippery slope* im Blick auf die Gefährdungslage haben Sie gesagt: Wenn empirische Plausibilität vorliegt, sollte man das Argument aufgreifen. Die Frage ist: Was meint die Wortkombination empirisch plausibel? Reicht es, zu sagen, es liegt bereits vor? Oder kann man aus gesellschaftlichen Umständen, die jetzt noch nicht da sind, plausibel extrapolieren, dass so etwas sich ereignen könnte? Ich halte die zwei Anhaltspunkte demografischer Wandel und die Situation in den Nachbarländern sehr wohl für einen Korridor, bei dem man sagen kann, dass man jenseits der rhetorischen Figur der *slippery slope*, die von beiden Seiten benutzt wird, sehr wohl eine Situation gegeben sieht, die nicht ungefährlich ist.

Zweitens: Sie haben gesagt, dass Sie nur bei Gewerbsmäßigkeit, nicht aber bei Geschäftsmäßigkeit eine erhöhte Gefährdung sehen. Kann man das so unterscheiden, wenn es Vereine gibt, die offiziell nach dem Vereinsrecht agieren, aber so hohe Beiträge in Anschlag bringen, dass man als Laie doch den Eindruck hat, dass das an der Grenze zur Geschäftsmäßigkeit ist, selbst wenn es formaljuristisch nicht der Fall ist, sodass die Unterscheidung, die Sie einführen, plausibel ist?

Drittens: Sie haben gesagt, dass das Argument, es darf hier nicht geholfen werden, ein utilitaristisches Argument verwendet. In der Analyse dieses Argumentes stimme ich Ihnen zu. Ich bezweifle nur, dass das auf die gesellschaftliche Situation zutrifft, denn „es darf dir nicht geholfen werden“ trifft für Deutschland schlicht und einfach nicht zu. Es gibt alternative Möglichkeiten des Helfens, und man sollte nicht sagen: Es wird dir geholfen (das heißt: Suizidassistenz) oder es wird dir nicht geholfen. Diese Prämisse würde

ich hinterfragen. Dies zeigt, dass wir schon in der Beschreibung der Situation zu unterschiedlichen Deutungen kommen, die offensichtlich auch die Frage nach den Vor- und Nachteilen der jeweiligen Modelle erheblich mitbestimmen.

Reinhard Merkel

Das, was Sie gesagt haben, lässt sich mit einigen Sätzen abweisen. Sie haben gefragt, wie der Begriff der *slippery slope* hier zu verstehen sei, ob die *slope* empirisch schon feststellbar sein muss oder ob aus bestimmten Gegebenheiten, die keiner bestreitet, gefolgert werden kann, dass es immerhin eine Gefahr gibt. Ich meine das Letztere. Man hat nicht abzuwarten, bis wir uns alle einig sind, dass wir rutschen; das muss man nicht abwarten.

In diesem Sinne ist es wichtig, auch die Situation in den Nachbarländern in den Blick zu nehmen. Die Situation müsste aber umfassend in einer Bestandsaufnahme beglaubigt werden können. Wir müssten auch nach Oregon blicken, obwohl es hier um den ärztlich assistierten Suizid geht, aber das ist selbstverständlich eine organisierte Form. Die Ärzte machen das nicht, weil sie zu Hause in der Küche angerufen werden: „Du bist doch mein Freund, hilf mir mal“, sondern weil sie als Ärzte in einem organisierten Rahmen tätig sind.

Wir müssen also auch nach Oregon blicken, und dann ist es schwierig, plausibel zu beglaubigen, dass eine solche *slippery slope* wirklich droht. Ich persönlich glaube das nicht, aber ich bin interessiert an sämtlichen Argumenten, die sagen: Schau mal in die Nachbarländer, ob das nicht – wir alle führen Gespräche mit holländischen Kollegen. Ich erlebe immer mehr, dass sie ironisch reagieren und sagen: „Are you Germans always better than the rest of the world?“ Und dann sagen sie: Glaubt ihr ernsthaft, dass wir in

Holland sehenden Auges den Untergang des Abendlands jedenfalls für Holland in Kauf nehmen? Wir müssten also diese Bestandsaufnahme sorgfältig genug machen, nicht im Modus der mobilisierten Klischees, wie es oft geschieht. Ich bin sehr wohl Ihrer Meinung, dass das genau analysiert werden muss, und die zweite Variante der *slippery-slope*-Analyse, die Sie formuliert haben, ist die einzig vernünftige. Können wir das plausibel wirklich befürchten? Wir müssen die *slope* selbst nicht abwarten.

Das führt mich zu Ihrer dritten Frage, der Utilitarismusfrage. Ich wollte nur abstrakt sagen: Wer immer sagt, hier droht der Gesellschaft etwas, formuliert ein Argument, das man salopp so ausdrücken kann (wie ich es vorhin zu sagen versuchte): Dir kann nicht geholfen werden, weil wir sonst Angst haben, dass wir uns hinterher etwas antun, was wir nicht wollen. Davon hat aber der nichts mehr, weil es um dessen Tod geht.

Dieses Argument halten wir in vielen Kontexten in einem liberalen Staat, der auf Grundrechten beruht, mit Recht für unzulässig. Ich halte es schon in der Ethik für wenig erfolgversprechend, strikt utilitaristisch zu argumentieren. Rechtsprinzipiell ist ein solches Argument nicht zulässig. Die Gefahr müsste schon massiv drohen. Derjenige, der Suizid begehen möchte, aber nicht vor die U-Bahn springen, sondern Hilfe zu seinem Suizid in Anspruch nehmen will, könnte antworten: Weil ihr euch hinterher etwas antut, muss ich jetzt vor die U-Bahn? Das ist eine Verkürzung. Sie haben gesagt, Sie stimmen dem Konsequentialismuscharakter des Arguments zu. Sie sagen aber: Empirisch haben wir diese enge Situation in Deutschland nicht. Da stimme ich Ihnen weitgehend zu; ich wollte abstrakt die Mobilisierung dieser Argumente etwas dämpfen.

Gewerbsmäßigkeit versus Geschäftsmäßigkeit: Wenn die Beiträge so hoch sind, dass man das Gefühl hat, es grenzt an Gewerbsmäßigkeit, dann ist es nicht autonome Sache der Vereine, selbst zu definieren, das ist nicht gewerbsmäßig. Wenn das kontrolliert wird, entscheidet das der Staat im weitesten Sinne, die Aufsichtsbehörde. Diese kann dann sagen: Ob ihr das so nennt oder nicht – wir definieren es als gewerbsmäßig, das wird nicht erlaubt, wenn wir die entsprechenden Normen haben. Es gibt strafrechtliche Möglichkeiten, das zu verbieten, aber das sind wucheranaloge Tatbestände, keine Tötungstatbestände. Das wird immer wieder verkannt, oder/und besser, meine ich, im Verwaltungsrecht im Modus der strikten Kontrolle dieser Dinge. Gegebenenfalls haben wir nicht nur ein Zivilrecht der Vereine, sondern ein öffentliches Vereinsrecht, das Verbotsmöglichkeiten vorsieht.

Edzard Schmidt-Jortzig

Mein Eindruck ist, dass die Diskussion, soweit sie immer vom Suizidenten ausgeht, zu eng geführt wird. In meinen Augen ist es weniger eine Frage des Sterbens in Würde. Ich vermute, dass Herr Höfling, den ich heute Morgen nicht hören konnte, deutlich gesagt hat, dass aus verfassungsrechtlicher Perspektive diese Würdeargumente nicht nur zweischneidig sind, sondern Scheinargumente und dass das Abstellen auf Selbstbestimmung, Würde, Autonomie des Suizidenten bezüglich der Problematik der Suizidbeihilfe der Sache nicht voll gerecht wird.

Wir müssten dann auch fragen: Umfasst der Anspruch auf selbstbestimmte Entscheidung über das eigene Lebensende auch einen Übergriff in die Entscheidungsfreiheit Dritter? Das heißt: Habe ich einen Anspruch darauf, dass mir dabei von Dritten geholfen wird? Nach meiner Sicht ist die Frage des Verbotenseins oder -werdens wo-

möglich sogar strafrechtlich, wo ich ähnlich wie Herr Merkel eher zurückhaltend wäre, eher eine Frage, wie weit dieser Dritte bei seinem Sich-einmischen in die autonome Entscheidung anderer mit dem Ziel, bei der Beendigung dieses Lebens mitzuwirken, eigentlich gerechtfertigt oder geschützt ist. Diese Perspektive kommt mir viel zu kurz, gerade in der Grenzziehung zum Paragraphen 216, also zur Tötung auf Verlangen und überhaupt zum Übergang der Tatherrschaft vom Beihelfer auf den Mittäter (oder möglicherweise dann sogar Haupttäter). Ich frage: Darf sich ein hilfswilliger Dritter – und wenn ja, unter welchen Umständen? – in das Leben anderer mit Blick auf die Beendigung dieses Lebens einschalten? Wenn ich das akzeptieren möchte, dann wahrscheinlich nur aus dem Aspekt des Altruismus heraus.

Im Übrigen ist das Strafrecht und auch sonst das Recht nicht blind gegenüber dieser Frage. Im Strafrecht haben wir – das weiß Herr Merkel besser – die Figuren des rechtfertigenden, aber auch des entschuldigenden und notfalls des übergesetzlichen entschuldigenden Notstands, nämlich dann, wenn jemand aus unerträglicher Gewissensnot heraus handelt und ihm dann der Staat keinen strafrechtlichen Vorwurf machen kann. Aber das ändert nichts daran, dass seine Tat, ein Mitten bei der Lebensbeendigung des Dritten, grundsätzlich rechtswidrig ist.

Ich glaube, wenn man seine Perspektive auf diese Position richtet, dass es auf das Tun des Dritten, des Beihelfers, des Mitwirkenden, in welcher Form auch immer, ankommt. Dann kann man auch bei der Frage eines möglichen Verbotes des organisierten, gewerbsmäßigen oder geschäftsmäßigen Tuns anders oder globaler argumentieren. Denn wo immer sich dann dieses rechtfertigende, legitimierende Altruismus-

moment verflüchtigt hin zu einer objektiven, ohne seelische Einbeziehung des Beihelfers laufenden Mitwirkung, da wird man auch weniger Probleme haben, gegebenenfalls Verbote auszusprechen.

Daher plädiere ich dafür, die schwierige Problematik der Beihilfe oder Assistenz nicht allein aus Sicht des Suizidenten zu bewerten und zu beurteilen, sondern immer auch das Tun des Mitwirkenden, egal in welcher Form, in den Blick zu nehmen. Denn hier ist die Schutzpflicht des Staates für die Autonomie, die Integrität, das Leben usw. für den Dritten, in diesem Fall den Suizidenten mit im Spiel. Da darf sich nicht ohne Weiteres ein Dritter einmischen oder einmischen lassen.

Michael Wunder

Ich kann an meinen Vorredner, Herrn Schmidt-Jortzig, anschließen: Der Blick muss sowohl zu den Suizidenten als auch zu den Assistenten und deren Tun und Verantwortung gelenkt werden, und dieses Zweite ist in dieser Debatte wenig im Blick. Der Assistent trägt – egal in welchem Recht, vor welchem rechtlichen Hintergrund – auf jeden Fall Eigenverantwortung für sein Handeln. Er muss die Situation beurteilen, er muss entsprechende Mittel zur Verfügung stellen, er muss die Situation gestalten – das sind alles eigenverantwortliche Dinge, die nur bedingt dadurch zu legitimieren oder zu entverantworten sind, indem er sagt, der andere habe es so gewünscht. Er trägt auch Verantwortung für die Beurteilung der Situation.

Die Kategorie der Freiverantwortlichkeit wird schnell als eine gegebene, leicht nachvollziehbare oder nachweisbare Kategorie dargestellt. Das ist aber nicht so.

Außerdem ist in der Suizidforschung diese Polarität zwischen Bilanz- und Appellsuizid lange

aufgegeben; das ist in der Beurteilung der Probleme, um die es hier geht, so nicht mehr haltbar. Das liegt daran, dass auch in den Bilanzsuiziden Momente von Einengung des Denkens, Resignation usw. zu finden sind, genauso wie der Appellsuizid auch das Ergebnis einer kognitiven, operativen Denkleistung sein kann: Ich werde es den anderen – der Umwelt oder was auch immer – zeigen. Die Beurteilungsskala, die zugrunde liegt, wenn man von Bilanz und Appell spricht, bewegt sich daher auf einem breiten Kontinuum. Weil es im Einzelfall so schwer zu verorten ist, verbietet es sich auch, von einer sicheren Kategorie der Freiverantwortlichkeit auszugehen.

Was ich habe, schließt nicht aus, dass es diesen Fall gibt. Aber es warnt davor, zu sagen: Das ist eine feste Gruppe: Das sind diejenigen, und es verweist – und das sage ich natürlich auch vor meinem Professionshintergrund, der Psychologie – darauf, dass die Feststellung, ob etwas wirklich von dem Individuum gewollt wird und dann freiverantwortlich – obwohl ich das immer mit einem Fragezeichen versehen würde – zu titulieren ist. Das kann nur in einem Kommunikationsprozess hergestellt und festgestellt werden.

In der Palliativmedizin, aber auch in der Psychotherapie von chronisch kranken, psychisch erkrankten Menschen und in vergleichbaren Feldern, beispielsweise in der Geriatrie, begegnet man dem Suizidwunsch immer wieder. Es ist immer ein kommunikatives Herangehen: Was steckt dahinter, was ist der eigentliche Grund, was ist an Lebensperspektive da? Das ist wie ein Aushandeln, wie ein Feststellen. Natürlich gibt es – das sage ich auch als Therapeut – irgendwann einen Fall, wo man sagt: Es ist so manifest, es hat sich konstituiert, habituiert als Wunsch, und das habe ich hinzunehmen und anzuerkennen; ich kann es nicht mehr aufhalten. Man kann

es als Bilanz, wohlüberlegt oder freiverantwortlich bezeichnen; meistens ist es auch das nicht, es ist immer noch Resignation und Verzweiflung dabei.

Die Sicherheit, die hier von auch Juristen angesprochen wird, gibt es in dieser Kategorie nicht. Das ist ein hochsensibles Gebiet, und meine persönliche Bewertung ist (da kann ich mich einigen hier anschließen): Dazu braucht es keine gesetzliche Regelung, weil damit eine Kategorie geschaffen wird, die den Schein von Klarheit und Leichtfeststellbarkeit aufrechterhält. Das ist eine riesige Gefahr, ganz abgesehen davon, dass man dann so etwas wie eine Folgenabschätzung bräuchte: Was passiert, wenn das eine wählbare Leistung wird? Ist dann gewährleistet, dass die Alternativen aus der Medizin, Palliation, Psychologie, noch genügend klar gemacht und ausgehandelt werden? Es ist eine Wahl zwischen: Nein, ich möchte keine Palliativmedizin, ich möchte jetzt das. Das ist fast so etwas wie die Beendigung der Kommunikation. Ich habe auch persönlich davor Angst, wenn das eine wählbare Leistung wäre, würde aber nie sagen, dass es diese verzweifelten Einzelfälle nicht gibt.

Herr Hoppe, der verstorbene Präsident der Bundesärztekammer, ist in einem Interview gefragt worden, wie es in diesen Fällen mit dem Approbationsentzug sei. Er hat gesagt: Wer das macht, muss mit Approbationsentzug rechnen. Wir hatten in den letzten 15 Jahren einen Fall, wo wir das erwogen haben, und es gab deutlich mehr Fälle. Damit ist viel gesagt und ich meine, es sollte so bleiben. Durch die Musterberufsordnung gibt es jetzt eine zugespitzte Situation, aber da lassen sich andere Wege als die des Gesetzgebers finden.

Herbert Mertin

Wir diskutieren im Bereich der gesetzlichen Suizidregelungen zwei Aspekte: einmal die organisierte Form und einmal die Möglichkeit, dass der Arzt assistiert. Bevor man etwas regelt, sollte man sich anschauen, was bisher galt. Das ist außerordentlich großzügig: Die Selbsttötung ist straflos möglich, ebenso die Beihilfe dazu. Wenn eine Garantenpflicht ins Spiel kommt, muss man sorgfältiger hinschauen, was man macht, damit es keine Probleme gibt. Aber wer das alles beachtet, kann heute – und damit leben wir seit vielen Jahrzehnten – relativ viel machen. Es ist bei uns relativ viel möglich. Das sollte man nicht aus dem Auge verlieren, wenn man über Regelungen nachdenkt.

Warum denken wir an zwei Stellen über eine Regelung nach? Einmal die organisierte Form: Es gibt diese Vereine; Herr Merkel hat sie dargestellt. Da gibt es einen Vertreter, der vielen die Zornesröte ins Gesicht treibt mit der Art und Weise, wie er auftritt (jedenfalls kenne ich einige, die sich über ihn ärgern). Aber es nutzt ja nichts, das Kind mit dem Bade auszuschütten, nur weil man sich über jemanden geärgert hat. Es geht darum, die Erscheinungsform, die uns ärgert, so gut es geht rechtlich zu unterbinden, ohne das zu tangieren, was bisher gut funktioniert hat. Mir würde es genügen, im Verwaltungsrecht entsprechende Regelungen zu schaffen, sodass wir so etwas notfalls verbieten können.

Dann werden wir aber in Schwierigkeiten kommen, weil die Unterscheidung getroffen werden muss, wann etwas gewerbsmäßig ist und wann nicht. Das ist eine Einzelfallentscheidung, um die kommen wir nicht herum. Aber diese gibt es auch heute schon. Es gibt heute an vielen Stellen entsprechende Entscheidungen: Wann ist etwas

gemeinnützig, wann nicht? Das muss im Einzelfall entschieden werden, aber wir hätten dann ein Instrumentarium, um Organisationen, die in organisierter Weise geschäftsmäßig und gewinnorientiert so etwas betreiben, zu unterbinden, gegebenenfalls bußgeldbewehrt; wir könnten ihnen auch die Handlung untersagen.

Das andere, weshalb gesetzgeberisch diskutiert wird, ist der Wunsch der Menschen, eine Art Notausgang zu haben, im Fall der Fälle an den Arzt herantreten zu können: „Ich habe folgende Idee“ oder „Hilf mir doch, ich möchte mich selbst aus dem Leben nehmen.“ Diese Vorstellung haben die Menschen. Und sie haben die Vorstellung, sie dürften es nicht tun und der Arzt dürfte es nicht tun. Wenn wir uns im Strafrecht umschaun, ist diese Vorstellung falsch. Es geht unter Beachtung der Einschränkungen, die sich aus der Garantenpflicht ergeben, aber es geht. Man kann es machen. Wieso geht es nicht? Weil an einigen Stellen in der Bundesrepublik Deutschland das Berufsrecht es schlichtweg verbietet. Aus meiner Sicht wäre viel gewonnen, und deswegen appelliere ich immer wieder an die Ärzteschaft, an das ärztliche Standesrecht oder an diejenigen, die es setzen: Regelt doch die Berufsordnungen so, dass ihr die Passagen zur Selbsttötung einfach herausnehmt. Ich will nicht und erwarte auch nicht, dass die Ärzte in ihr Standesrecht aufnehmen, Suizidhilfe sei eine ärztliche Handlung. Es würde vollauf genügen, wenn man es herausnimmt und einfach regelt, was ärztliche Handlung ist. Dann bleibt es, wie es bisher auch war: etwas, was im Grenzbereich des Lebens zwischen Arzt und Patient ausgemacht werden muss.

Denn Sie haben völlig recht, Herr Wunder: Die Fälle lassen sich nicht katalogisieren, sie lassen sich nicht in irgendeine gesetzliche Regelung

einsortieren. Deswegen wäre es mir am liebsten, wenn es gelänge, die Ärzteschaft davon zu überzeugen, ihre Musterberufsordnung und ihre Berufsordnungen so zu ändern, dass der normale Mensch draußen nicht das Gefühl hat, ich kann mich nicht an den Arzt wenden. Dann wendet er sich an die Politik: Schafft eine Regelung, dass der Arzt es doch darf. Und was wird die Politik schaffen? Wenn ich die Entwürfe sehe – ja, sie wird eine entsprechende Regelung machen, aber was wird sie nicht machen? Sie wird keinen Arzt verpflichten, es zu tun. Das ist nämlich das, was bisher auch gilt: Sie können sich an den Arzt wenden, haben aber keinen Anspruch darauf. Das heißt, das, was die Politik machen wird, wird nicht mehr bringen, als jetzt schon gilt. Es wird nur die Berufsordnung außer Kraft setzen, sonst nichts. Da rentiert es sich vielleicht, mit den Ärzten darüber zu sprechen, ob wir die Berufsordnung nicht an der Stelle etwas zurücknehmen und dann im Verhältnis zwischen Patient und Arzt die Dinge sich selbst finden lassen, wie es seit Jahrzehnten gut funktioniert.

Christiane Woopen

Ich stimme Ihnen zu. Vielleicht kann man im selben Atemzug sagen: Stehen bleiben könnten auch die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, die auch Herr Nagel erwähnt hat, worin steht: Die Beihilfe zum Suizid ist keine ärztliche Aufgabe. Wir sprechen ausschließlich über das über das Strafrecht hinausgehende Verbot in den manchen Berufsordnungen.

Jochen Taupitz

Ich stimme Herrn Mertin zu und sage an die Ärzteschaft gewandt: Das muss auch an anderer Seite kommuniziert werden, denn es geht nicht nur um die Strafbarkeit oder das Berufsvergehen des Arztes (also Verstoß gegen die Berufsordnung), sondern auch darum, dass die Patienten Angst

haben, sich dem Arzt zu offenbaren, denn wenn ich dem sage: „Ich habe einen Suizidwunsch“, dann weist er mich gleich ein. Auch das hört man immer wieder von den Patienten, dass sie Angst haben, dass sie einen Nachteil haben, dass sie pathologisiert werden. Herr Wunder, ich stimme zu, wenn es so schwierig ist, die Einwilligungsfähigkeit, Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten festzustellen – wer anders als der Arzt soll denn diese Beurteilung treffen? Das ist doch die originäre ärztliche Aufgabe, jeden Tag die Einwilligungsfähigkeit ihrer Patienten zu ermitteln, um Klarheit zu haben, ob die Einwilligung, die die Patienten abgeben, wirksam ist oder ob die Ärzte eine Körperverletzung begehen.

Ich möchte aber noch kurz auf einen anderen Punkt eingehen: *slippery slope*. Peter Dabrock hat gesagt, wir müssen auch in die Nachbarländer schauen. Herr Merkel hat gesagt, nicht nur die Nachbarländer, sondern auch in andere Länder. Wenn man den Blick in dieser Weise weitet, sieht man einen massiven Unterschied, der bedeutsam ist für die Frage der *slippery slope*. Die Suizidzahlen und die Fremdtötungszahlen in Belgien und Holland, in denen sowohl die Fremdtötung (Euthanasie, Tötung auf Verlangen) als auch die Beihilfe zum Suizid erlaubt ist, gehen rasant nach oben. Die Beihilfe zum Suizid ist auf einem relativ niedrigen Niveau, aber die Fremdtötungszahlen steigen. In Ländern wie in Oregon, die nur die Beihilfe zum Suizid erlauben, verharren die Zahlen auf einem konstant niedrigen Niveau, gehen also weder in die Höhe noch sind sie absolut hoch. Offenbar ist in den Ländern, in denen nur die Beihilfe erlaubt ist, das Ganze kein großes gesellschaftliches Problem.

Woran liegt das? Das ist auch für mich der springende Punkt, um strikt zwischen Tötung auf Verlangen (Fremdtötung, Euthanasie) und bloßer Beihilfe zum Suizid zu unterscheiden. Offenbar ist es psychologisch gesehen für einen Menschen eine ungeheure Hemmschwelle, sich selbst das tödlich wirkende Medikament einzuverleiben, es einzunehmen, während es offenbar psychologisch viel einfacher ist, einem anderen zu sagen: Töte du mich. Man hält den Arm hin und der andere tötet einen. Diese psychologische Hemmschwelle, die eine natürliche Hemmschwelle ist, sollte von der Rechtsordnung aufrechterhalten bleiben.

Deswegen glaube ich, dass eine gute Beihilfe zum Suizid, und ich beschränke mich jetzt auf eine ärztliche Beihilfe zum Suizid, wenn die in der Gesellschaft etabliert ist – nicht im Sinne eines Regelangebots, sondern im Bewusstsein der Patienten: Wenn ich in Not bin, kann ich mich vertrauensvoll an meinen Arzt wenden und mir passiert nichts und ihm auch nicht, wenn es in geregelten Bahnen verläuft –, dass diese Form der ärztlichen Suizidbeihilfe Prophylaxe gegenüber Suiziden bedeutet.

Silja Vöneky

Herr Höfling, ich stimme Ihnen in Ihrer verfassungsrechtlichen Beurteilung zu. Wenn wir die Praxis des Landesärztekammern betrachten, wirft es nicht auch verfassungsrechtliche Fragen auf, wenn es zehn Landesärztekammern gibt, die hier mit Verboten drohen, möglicherweise Geldstrafen verhängen, wo sogar die Approbation entzogen werden kann? Meines Erachtens ist das verfassungsrechtlich nicht ausdiskutiert. Mich würde interessieren, was Sie dazu meinen, ob es überhaupt verfassungskonform ist, was die Landesärztekammern, die diese Verbote implementieren, hier tun.

Meine Frage an Herrn Merkel, auch im Nachgang zu dem, was Herr Dabrock gesagt hat. Sie unterscheiden begrifflich zwischen organisiert, geschäftsmäßig und gewerbsmäßig und sagen: Organisierte und geschäftsmäßige Sterbehilfe sollen nicht verboten werden, gewerbsmäßige aber doch. Gewerbsmäßig sei aber nur der Wucher. Das heißt, dass Sie im Bereich der Verbotsstatbestände nur einen engen Bereich verbieten würden. Ich gebe Ihnen recht: Wenn wir verfassungsrechtlich argumentieren, müssen wir Verbotstatbestände eng auslegen. Was haben wir denn aber bei den Vereinen? Ist das alles nur organisierte Sterbehilfe? Oder ist es mittlerweile schon geschäftsmäßig? Und wo grenzt sich das gegen Wucher ab? Wenn das alles ineinanderfließt und wenn wir nur die Extremfälle des Wuchers pönalisieren könnten, macht das überhaupt Sinn? Ich bin mir da nicht sicher.

Eine Bemerkung zur Frage: Muss es empirisch plausibel sein, dass der *slippery slope* hier eintritt? Herr Höfling hat dargelegt, dass wir diese empirische Plausibilität im Rahmen der Gesetzgebung nicht brauchen. Der Gesetzgeber hat ein grundrechtsgebundenes Ermessen, hier die Schutzpflichten zugunsten des Rechts auf Leben und der Gesundheit der Bevölkerung auszuüben. Ich glaube, dass die empirische Plausibilität eine falsche Prämisse ist.

Wie auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte betont hat, ist jedes Land berechtigt, die historischen Erfahrungen in die Gesetzgebung einfließen zu lassen. Selbst wenn wir in Bezug auf andere Länder großzügigere Regelungen in Bezug auf die Suizidbeihilfe finden, bedeutet dies keinen Zugzwang für die Bundesrepublik Deutschland, sondern im Gegenteil: Hier hat der Gesetzgeber nicht nur das Ermessen, die guten Gründe abzuwägen, sondern auch das Er-

messen, die historischen Erfahrungen mit in die Gesetzgebung einfließen zu lassen.

Reinhard Merkel

Sie haben gesagt, ob nicht alles in einer bestimmten Perspektive gewerbsmäßig ist, was diese Vereine da an Mitgliedsbeiträgen usw. einnehmen. Das kann man so und so sehen. Wie es der Gesetzgeber sehen sollte, könnte und sollte er regeln: also Obergrenzen vorgeben, das gehört nicht ins Strafrecht (na gut, wenn man einen wucheranalogen Tatbestand formuliert, kann man es im Strafrecht machen). Dann sollte vorgegeben werden, wie diese Grenzen auszusehen haben. Sie haben so auszusehen, auch strafrechtlich, dass kein Gewinn mit diesen Dingen gemacht werden kann. Der Wucher, § 291 StGB, lässt wesentlich mehr Gewinnstrebensmargen zu, als wir im Bereich der Suizidhilfe akzeptieren würden und sollten. Das kann der Gesetzgeber eng zuschneiden und sagen: Just damit soll nichts verdient werden. Er sollte diese Grenzen selbst vorschreiben.

Ihre zweite Bemerkung kann ich nicht unterschreiben, dass Sie sagen, die *slippery-slope*-Befürchtung müsse nicht plausibel gemacht werden; auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte habe den Staaten ein weites Ermessen zugestanden. Wir sind uns einig, dass wir das nicht vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte beglaubigen müssen; er erlaubt es den Staaten, es so oder so zu regeln. Aber es geht nicht, zu sagen, wir mobilisieren das Strafrecht mit Blick auf eine drohende *slippery slope*, deren Plausibilität wir nicht darlegen müssen. Das geht nicht. Ich halte ...

[Zwischenruf Silja Vöneky: Nicht empirisch plausibel.]

... es für verfassungswidrig, wenn der Staat das macht: eine *slippery-slope*-Behauptung aufzu-

stellen und ihre Plausibilität nicht darzulegen. Die muss natürlich in der Diskussion beglaubigt werden und darf nicht einfach behauptet werden.

Warum ich das sage? In der gesamten Sterbehilfe-Diskussion – Sie können sie im Strafrecht zurückverfolgen bis Feuerbach Anfang des 19. Jahrhunderts – war das immer wieder ein zentrales Argument: was dann alles droht! Nie hat irgendjemand versucht, das zu belegen. Ich kann Herrn Taupitz nur zustimmen: Wir müssen uns umschauen, wo *slippery slopes* drohen, und er hat recht: In Oregon gibt es keine *slippery slope*.

[Zwischenruf, N. N.: Aber selbstverständlich.]

Aber selbstverständlich nicht. Sie müssen ...

[Zwischenruf, N. N.: ... seit der Einführung ...]

Sie müssen schon sehen, Herr Nagel – vielleicht stimmt das. Die Dokumentationspflicht ist mangelhaft. Sie können aber daraus, dass das nicht dokumentiert wird, nicht schließen, dass der Worst Case schon Realität ist. Das ist ein Kurzschluss, ein Non sequitur. Natürlich dauert es nach der Freigabe solcher Dinge einige Jahre, bis sich die Transparenz hinreichend hergestellt hat, um zu sagen: Das ist der Zustand. Am Anfang gibt es eine gewisse Scheu der Leute: Das, was bis Anfang dieses Jahres verboten war, hängen wir lieber nicht an die große Glocke. Nach drei, vier Jahren des Eingespieltseins bleibt das Niveau konstant; da kann ich Herrn Taupitz nur zustimmen, das sehen wir an Oregon. Ich bin aber offen für den Nachweis, dass es *slippery slopes* in Oregon gibt. Das möge man aber zeigen und dokumentieren.

Wolfram Höfling

Das trifft sich gut, Herr Merkel. Ich würde jetzt nicht auf den *slippery-slope*-Aspekt abstellen, sondern auf die Andeutung in Ihrer Präsentation, dass es einen strafwürdigen Tatbestand für orga-

nisierte (als Oberbegriff für geschäftsmäßig, gewerbsmäßig) [Beihilfe] nicht geben kann. Da offenbart sich ein Dauerdissens zwischen Verfassungsrechtlern und Strafrechtlern. Frau Vöneky hat zu Recht darauf hingewiesen, dass es zunächst im Einschätzungsspielraum des Gesetzgebers liegt, wie er Gefahren einschätzt. Gerade im Blick auf das in der Tat hohe Schutzgut, und ich stimme Herrn Wunder zu: Es geht um prekäre Selbstbestimmung, und wenn wir das annehmen können, besteht immer eine Gefährdungslage, wenn sich Dritte in diesen Prozess einschalten. Wenn der Gesetzgeber das so sieht, ist jede Dritteinschaltung im Prozess eine Gefahr, an die er Regulierungen knüpfen kann, auch strafrechtliche Regulierungen. Ich habe nicht gesagt: muss, aber kann. Insofern gibt es keine Legitimitätsprobleme und erst recht kein Problem mit einem evidenzbasierten Nachweis solcher Gefahren. Diese kommen allein aus der Suizidforschung. Das können Sie nicht gegeneinander auspielen. Verfassungsrechtlich wäre es kein Problem (wie immer man den Straftatbestand fassen würde), organisierte Beihilfe (als Oberbegriff) unter Strafe zu stellen. Ob man das will, ist eine andere Frage, verfassungsrechtlich aber geht es.

Das Zweite: Sie haben auf Interessenkollisionen bei gewerbsmäßig abgestellt. Gibt es nicht auch Interessenkollisionen bei geschäftsmäßigem Handeln? Wer diese Sachen aus missionarischem Eifer macht – 250 bis 300 Fälle in dem einen Fall, da muss man sich doch fragen: Was treibt einen solchen Menschen eigentlich um? Und was einen pensionierten Lehrer, der seine neue Karriere als Sterbehilfe macht? Dass auch in diesen Konstellationen Interessenkollisionen gegeben sein können – die wollen das zu Ende führen –, daran kann man durchaus eine verfas-

sungslegitime Regulierung knüpfen; auch damit hätte ich verfassungsrechtlich kein Problem.

Das Dritte betrifft das Standesrecht. Frau Vöneky hat zu Recht darauf hingewiesen. Ich hatte es aus Zeitgründen nicht mehr gesagt, aber es stand auf meiner Folie: „Inkurs: Hier wird eine verfassungskonforme Handhabung des Standesrechts vorausgesetzt“. Das habe ich extra so gemacht, denn das Verfassungsgericht Berlin hat für die Berliner Regelung klar darauf hingewiesen, dass das verfassungsrechtlich nicht geht, so wie es überhaupt – da rennen Sie bei mir offene Türen ein – mit Selbstverwaltung nichts zu tun hat, was im Standesrecht zu diesem Problem gesagt wird.

Ich würde aber sagen, ganz im Sinne von Herrn Mertin: Es wäre eine einfache Regelung, in diese Dinge das hineinzuschreiben, was in den Grundsätzen steht: Sterbehilfe (Hilfe zur Selbsttötung) ist keine ärztliche Aufgabe. Dafür gibt es keine Indikation, und nicht indizierte Handlungen von Ärzten sind keine ärztliche Aufgabe. Wenn man es dabei belässt, wäre viel gewonnen, was die Kollisionsdinge angeht und das, was Herr Dabrock oder andere angesprochen haben, die Bereitschaft, sich Ärzten mit dieser Frage zuzuwenden; das hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin nachdrücklich hervorgehoben. Das wäre ein wichtiger Schritt und eine Erleichterung. Es würde dazu führen, dass wir mit dieser Art von Anpassung des Standesrechts und Beibehaltung der jetzigen geltenden Rechtslage schon viel erreichen können, und es würde sich auf die Frage konzentrieren, wie wir mit bestimmten Organisationen umgehen; dazu hat Herr Mertin schon Zutreffendes gesagt. Man muss darüber nachdenken, auf welcher Ebene man das machen kann.

Zum verwaltungsrechtlichen Ansatz: Da muss man unterscheiden. Verwaltungsrechtlich in dem Sinne, wie Herr Merkel es vorgestellt hat, mit Genehmigungspflichten und staatlicher Kontrolle – das ist kein Lösungsweg. Aber es ist eine Möglichkeit des gefahrenabwehrrechtlichen, verwaltungsrechtlichen Umgangs mit dieser Problematik. Wenn man davon ausgeht, dass es prekäre Selbstbestimmungsentscheidungen sind, und wenn man gefahrenabwehrrechtlich davon ausgeht, dass man auf jeden Fall eingreifen kann als Ordnungshüter, wenn man erfährt, es bringt sich einer um, dann erst recht, wenn sich Dritte in diesen Prozess einschalten – ob das in der Implementation wirklich zu viel führt und ob Ordnungsbehörden sich mit diesen Dingen auseinandersetzen, ist eine andere Frage.

Herr Schmidt-Jortzig, Sie haben recht, wir müssten auch die Dritten in den Blick nehmen, aber in doppelter Hinsicht. An Dritte gerichtete Verbote sind mittelbare Beeinträchtigungen von Suizidwilligen. Das ist die eine Seite. Die andere Seite: Denen etwas zu verbieten halte ich für verfassungsrechtlich unproblematisch im Blick auf deren Grundrechte. Selbst wenn sie es gewerbsmäßig machen und selbst wenn sie sich auf Berufsfreiheit berufen können, halte ich es für verfassungsrechtlich unproblematisch, es ihnen das zu verbieten.

Christiane Fischer

Wird die Frage der weitergehenden Liberalisierung der Suizidassistentz nicht auch als Stellvertreterdiskussion geführt, um später die Tötung auf Verlangen in die gesellschaftliche Debatte zu werfen? Ich habe den Verdacht, dass das so ist.

Über die ethische Dimension Dritter wurde viel gesagt, ich kann Michael Wunder nur zustimmen. Ich halte die Frage der Stellvertreterdiskussion für relevant, und ich halte auch für gesell-

schaftlich relevant, warum ein Druck auf Ärzte und Ärztinnen ausgeübt wird, die Suizidassistentz zu leisten. Sie haben einmal in einer Diskussion gesagt: Dann machen Sie es doch (zu Juristen), das kann doch jeder. Dem kann ich nur zustimmen. Warum sollen wir das machen? Das ist für mich nicht nachvollziehbar. Suizidassistentz oder Hilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Punkt. Und wenn, dann sollte es dafür einen eigenen Berufsstand geben. Ärzte und Ärztinnen sind der schlechteste Berufsstand, das durchzuführen.

Eckhard Nagel

Der Hinweis von dir, dass in den Grundsätzen der Bundesärztekammer klar geregelt ist, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist, während die ärztlichen Aufgaben ansonsten beschrieben werden, ist ein deutliches Zeichen im Jahr 2011 gewesen. Das hat man hinzugenommen, es ist eine andere Formulierung, vorher war es verboten. Dass sich in der Ärzteschaft hier ein Gedankenwandel ergeben hat – so wird es auch in der Praxis heute realisiert – und das, was Herr Wunder und Herr Gethmann ausgeführt haben im Hinblick auf die Frage der besonderen Beziehungsverhältnisse ist eine wichtige Unterscheidung und Differenzierung zu allen anderen Regelungen, die es woanders gibt. Denn diese Regelung, nehmen wir einmal die Empirie, sei es in Oregon, in den Niederlanden, in Belgien oder Luxemburg: Dort haben wir keine Beziehungssituation mehr, sondern nur noch eine professionelle Übertragung einer spezifischen Beurteilungssituation (das gilt auch für die Ärzteschaft dort).

Hier wurde mehrfach angesprochen: Wenn ich zum Arzt gehe, möchte ich nicht allein gelassen werden oder das Thema das Suizids ansprechen können und nicht weggesperrt werden. Allein die

Logik dieser Formulierung, dass Sie etwas in einer Arzt-Patient-Beziehung nicht ansprechen können, ist absurd. Sie können selbstverständlich einen Sterbewunsch, ein Leiden, eine Verzweiflung – das hat Herr Wunder deutlich gemacht – in einer Arzt-Patient-Beziehung ansprechen.

Ich kann Ihnen aus der letzten Woche berichten von einem jungen Mann, der bei mir war und den von seiner Mutter mir übertragenen Sterbewunsch nicht mitgeteilt hat, sondern darüber hinweggegangen ist – nicht weil er Angst hatte, den bei mir anzusprechen, sondern weil es einen inneren Widerstand gibt, diese Formulierung auszusprechen oder den eigentlichen Todeswunsch, den man außerhalb des Gesprächs wieder hat, nicht zu artikulieren. Es sich so einfach zu machen und zu sagen, die Patienten trauen sich nicht, dieses Thema anzusprechen, das sei tabuisiert, entspricht nicht der Realität der Menschen, die einen solchen Wunsch haben. Deshalb glaube ich, wie auch Herr Gethmann und Herr Wunder gesagt haben: Das ist eine Situation, die Beziehung und über das Ausgesprochene hinaus ein langfristiges Vertrauensverhältnis braucht, und das können Sie nicht gesetzlich regeln. Die Regelungen, die wir haben, reichen aus, um eine entsprechende empathische Situation herzustellen.

Dass es in einer Situation, in der eine zunehmende Vereinzelung und Vereinsamung von Menschen in unserem Land Realität ist, immer schwieriger wird, tragfähige Beziehungen zu haben, in denen man solche Dinge bespricht, ist ein außerhalb dieser Diskussion, die wir gerade führen, relevanter Tatbestand. Diesen Tatbestand sollte man – ähnlich wie den der Palliativmedizin – näher anschauen, wenn man über die Sterbekultur in diesem Land spricht, und nicht sagen, es bräuchte Regelungen im Hinblick auf eine be-

stimmte Berufsgruppe, damit Sterben in Würde – die Absurdität, die diese Diskussion zum Teil trägt, hat Herr Höfling noch einmal dargestellt – im Sinne einer Suizidbeihilfe demnächst auch in diesem Land reguliert werden könnte.

Claudia Wiesemann

An einer Stelle kann ich das nicht teilen: Du hast den Begriff des Freitodes verworfen mit dem Argument, es gibt Suizide, die nicht freiverantwortlich sind. Aber Freitod als Unterbegriff des Suizids müsste doch zulässig sein, wenn man von der Annahme ausgeht, dass es so etwas wie einen freiverantwortlichen Suizid gibt, und ich glaube, du gehst davon aus.

Ich möchte gerne einen Aspekt aus Christiane Woopens Vortrag aufgreifen, den ich hervorragend fand, weil er gut aufzeigt, dass mit den Vorteilen einer bestimmten rechtlichen Lösung auch Nachteile verbunden sind und dass das auf anschauliche Art und Weise kontrastiert. Einen Begriff würde ich gern weiter differenzieren, und zwar den der Normalisierung des Suizids, der auf mehreren Folien auftauchte, und zwar immer als Kontra-Argument. Auch hier müsste man eine begriffliche Präzisierung vornehmen, die sehr wichtig ist: Wenn, dann geht es um die Normalisierung des freiverantwortlichen Suizids und nicht um die 95 oder 99 Prozent aller Fälle, in denen der Suizid nicht freiverantwortlich ist; das will hier niemand im Raum normalisieren.

Selbst unter dem Gesichtspunkt der Normalisierung des freiverantwortlichen Suizids müssten wir ein paar weitere Differenzierungen vornehmen. Zunächst geht es sicher niemandem darum, auch den freiverantwortlichen Suizid als rundweg normal zu bezeichnen. Selbst die, die hier weitestgehende Liberalisierung fordern, werden anerkennen, dass damit viele Sorgen verbunden sind, schwere Beziehungsstörungen, Traumati-

sierungen für Angehörige und dass es für den Betroffenen selbst eine überaus schwere Entscheidung ist, die sicher nie unter den Begriff der Normalität fällt, sondern eine Ausnahmesituation darstellt.

Es geht wohl eher um die Normalisierung des freiverantwortlichen Suizidwunsches, und da sind die Befürworter einer liberaleren Lösung sicher nicht so weit weg von ihren Kritikern. Michael Wunder sprach in seinem Vortrag über Palliative Care davon, wie wichtig eine respektvolle Kommunikation über den Todeswunsch mit schwerkranken Patienten ist. Das ist ja eine Anerkennung, dass Menschen in dieser Situation einen Todeswunsch haben können, und das könnte man als Normalisierung bezeichnen, als erwünschte Normalisierung in dem Sinne, dass es zu einem Bestandteil eines menschlichen Gesprächs werden kann, zu einem normalen Teil von Kommunikation, ohne dass damit Normalität dieser Thematik angesprochen ist.

Diese Differenzierung fände ich sehr wichtig, denn eine Normalisierung des Suizids wäre eine schreckliche Folge. Eine Normalisierung des freiverantwortlichen Suizidwunsches in der Hinsicht, dass man diesen Wunsch äußern und vor allem mit Ärzten diskutieren kann, von ihnen Hilfestellung erbeten kann, die auch darin bestehen kann, dass dieser Suizidwunsch ausgeräumt wird, aber in Einzel- und Extremfällen auch darin, dass dem Suizidwunsch nachgegeben wird – wenn das Normalisierung ist, finde ich das einen sehr wichtigen und sehr guten Schritt.

Peter Radtke

Bei der Diskussion über aktive oder überhaupt über Sterbehilfe wird fast wie ein Klischee immer die Stärkung der Palliativmedizin genannt. Wenn man sich umhört, wissen die meisten überhaupt nicht, wie weit die Palliativmedizin

tatsächlich helfen kann, dass es Möglichkeiten gibt, zum Beispiel bei vielen, wenn nicht den meisten Fällen Schmerzen zu verhindern. Das wissen viele nicht. Das heißt, es geht nicht nur um eine Stärkung finanzieller oder struktureller Art, sondern auch um die Öffentlichkeitsarbeit, um die Möglichkeiten der Palliativmedizin überhaupt bekannt zu machen.

Das Zweite ist der Aspekt des Patienten-Arzt-Verhältnisses. Ich hab immer ein etwas schlechtes Gefühl, wenn ich höre: *der* Arzt, so eine Art anonymen Arzt, als ob alle Ärzte vertrauenswürdige Mediziner sind. Wir wissen, welche Rolle Ärzte im Dritten Reich gespielt haben. Ich denke, es müsste viel eher heißen: *mein* Arzt. Wenn mein Arzt ein Vertrauensverhältnis zu mir hat und ich zu ihm, ist das etwas anderes, als wenn ich sage: *der* Arzt. Das bräuchte eine Art Klärung, eine Art Definition.

Und schließlich – ich sitze hier nicht als qualifizierter Jurist oder qualifizierter Naturwissenschaftler, sondern weil ich behindert bin und weil ich einen Großteil von Menschen repräsentiere, die ebenfalls behindert sind. Ich habe den Wunsch nach Sterbehilfe aus unserem Kreis ganz selten gehört. Und ich frage: Woher kommt die Diskussion um Sterbehilfe, die in den letzten Jahren wieder aufgetaucht ist?

Wenn ich sehe, dass in den Niederlanden heute schon ein großer Anteil von Menschen nicht mehr mit dem gesetzlich erforderlichen Einverständnis, ja, euthanasiert wird, muss ich sagen: Warum diskutieren wir so, als ob es das Dritte Reich nicht gegeben hätte? Als ob es nicht gerade in unserem Land – und damit unterscheiden wir uns sehr wohl von Belgien oder den Niederlanden – nicht schon Vorbilder gegeben hätte. Jeder weiß, dass die letzten Monate im Leben eines Menschen der größte Kostenfaktor sind. Wer

sagt denn, wenn wir in eine Wirtschaftslage kommen, in der wir nicht so privilegiert sind wie heute, dass das alles nur Hirngespinnste sind? Ich wünsche mir, dass wir uns etwas mehr vor dem Hintergrund unserer Vergangenheit mit diesem Thema befassen.

Christiane Woopen

Sie haben gut dargelegt, warum wir nicht über Tötung sprechen, sondern ausschließlich über Suizidassistenten, wo wir beim Betreffenden immer die Freiverantwortlichkeit voraussetzen. Das ist in allen Vorträgen deutlich geworden, so prekär das manchmal auch sein kann oder so unsicher es feststellbar ist. Es geht ausschließlich darum.

Ilhan Ilklic

Herr Wunder hat schon gesagt, dass eine gut funktionierende palliative Medizin einen gewissen Präventionscharakter hat, und hat auch über terminale Sedierung gesprochen. Wenn ärztlich assistierter Suizid so problematisch ist und deswegen terminale Sedierung mit ähnlicher Indikation angesetzt wird, ist natürlich die Frage, inwiefern wir diese Indikationsstellung bzw. Anwendung ethisch legitimieren können, was also der normative Unterschied bei den Anwendungsformen ist.

In mehreren Vorträgen ist gesagt worden, dass es durch diese Tätigkeit zu einer Veränderung des Arztbildes bzw. Selbstbildes des Arztes kommt. Dann müssen wir auch in der Diskussion problematisieren, ob dieser Satz eher ein deskriptiver Satz ist oder ob er eher einen normativen Anspruch hat. Wenn es der Fall ist, dass die Veränderung als solche normativ zu bewerten ist, stellt sich die Frage, wie diese normative Bewertung aussieht. Viele Prinzipien, die im hippokratischen Eid vorhanden sind, sind momentan nicht mehr der Fall – und auch die Veränderung des

Selbstbildes des Arztes soll normativ bewertet werden; das wollte ich nur hervorheben.

Anton Losinger

Ich möchte jenseits der juristischen Argumente noch einmal die sozialpsychologische Beobachtung bemühen. Derzeit begegnet man einer Reihe von Abgeordneten, die sagen: In dieser Abstimmung, die im Bundestag jetzt diskutiert wird, begegnet einem in den Wahlkreisen eine Mehrheit – zum Teil bis zu 70 Prozent, was auch den Querzählungen entspricht –, die nicht nur für den assistierten Suizid sind, sondern sogar für Tötung auf Verlangen. Ein Argument mag sein, dass das mit diesem psychologischen Auswegargument zu tun hat, was letztlich beweist, dass es sich um ein angstgetriebenes Phänomen handelt: wahrscheinlich Angst vor Schmerzen, vor dem Alleinsein und vor dem Pflegefall in einer Gesellschaft, in der man sich nicht in Abhängigkeit begeben möchte. Insofern teile ich die Ansicht, die mehrfach geäußert wurde: dass dieser Lebenssituation mit Hilfe, Beistand und Empathie begegnet werden muss.

Das würde auch im Blick auf eine gesetzliche Regelung für mich bedeuten, dass gegenüber der Garantie freiheitlicher autonomer Selbstbestimmung in einem solchen Fall – ich nenne es Illusion des freiverantwortlichen Suizids – eine Fürsorgepflicht des Staates an die erste Stelle treten muss. Der Beweis für mich ist ein Zitat, das wir hier im Deutschen Ethikrat hatten: Wir hatten den Vorsitzenden des Anti-Suizid-Programms der deutschen Bundesregierung hier bei uns, Herrn Schmidtke. Er berichtete über schwerstverletzte Jugendliche in seiner Praxis, von denen, wenn ein Bein amputiert wurde, schwere Kopfverletzungen, Armamputationen vorfielen, nach dem Erwachen aus dem Koma die absolute Mehrheit in den ersten acht Tagen sterben woll-

te. Wenn eine Therapie gelang, nach einem halben Jahr die Prothese angepasst ist, sagt er, will die gleiche Mehrheit leben. Er hat es plastisch ausgedrückt und gesagt: Muss man hier im Blick auf den Antagonismus zwischen freiheitlicher Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht des Staates nicht sagen, dass der Staat in einer solchen Situation wie der Schiedsrichter den Linienrichter überstimmen sollte? Und, zurück zum Anfang, im Blick auf ärztliche und politische Verpflichtungen Beistand, Hilfe und Empathie garantieren und stärken müsste? Die Zeilen, in denen wir dies niedergeschrieben haben, war unser Dokument zu Demenz und Selbstbestimmung.

Christiane Woopen

Herzlichen Dank. Erlauben Sie mir, mich zum Schluss selbst kurz zu äußern und dann unsere Diskussion zu beenden. Frau Wiesemann, herzlichen Dank, dass Sie den Normalisierungsbegriff so differenziert eingegangen sind. Ich habe es, wie hoffentlich bei der Einführung klar geworden ist, ausschließlich auf die freiverantwortlichen Suizide bezogen und auf die Regelungsmodelle, die durch die Definition bestimmter Fallkonstellationen als gesetzlich erlaubt verfahrensmäßig abgesichert sind, das aus der Tragik in die Normalität holen. Ich glaube, da sind wir uns einig und ich möchte das gerne noch einmal betonen vor dem Hintergrund meiner ärztlichen Vergangenheit, dass ich es in der Vielfalt der existenziellen Situationen des Lebensendes für angemessen halte, wenn es da bleiben kann, wo es hingehört. Ich empfinde ein Unbehagen dabei, wenn diese existenzielle intime Situation des Sterbens im Kreis der Angehörigen, in Begleitung eines Arztes, vielleicht noch eines zusätzlich psychologisch geschulten Menschen, eines Seelsorgers usw. ins Licht der Öffentlichkeit geholt wird, um den Schein zu entwickeln, dass man es in allgemeine Regeln fassen könnte. Ich

glaube, diese Spannung müssen wir aushalten. Das ist meine persönliche Auffassung. Was in den Zimmern in den letzten Wochen und Minuten eines Lebens geschieht, in dieser Auseinandersetzung, da haben wir als Gesellschaft die Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen und als einzelner Mensch zur Verfügung zu stehen, um es angemessen zu begleiten, um Leiden zu lindern – nicht dadurch, dass man einen Tod herbeiführt, sondern dass man für diesen Menschen da ist und ihn begleitet, aber auch Gewissensentscheidungen, die in diesen intimen Raum gehören, zulässt, toleriert und akzeptiert, aber nicht reguliert.

Ich habe von vielen wahrgenommen, dass eine große Vorsicht da ist, hier regulierend einzugreifen, und dass wir bestimmte Dinge nicht wollen und dass wir alle wahrnehmen, dass die Art und Weise, wie die Ärzteschaft sich positioniert, hier eine herausragende Rolle spielt, weil es Handlungsdruck produzieren kann und Signale in die Gesellschaft sendet. Es gibt Studien, in denen deutlich wird, dass Menschen, wenn sie eine klare Ablehnung spüren und darum wissen, sich nicht mehr trauen, von ihren Wünschen, Bedürfnissen und Ängsten in dieser Hinsicht zu sprechen. Das muss man ernst nehmen.

An dieser Stelle nun der Dank an alle Vortragenden, an Sie alle für die differenzierte Diskussion, an unsere Gäste Dank für das Ausharren und das Zuhören. Dank an diejenigen, die die Simultanmitschrift mitgeschrieben haben. Uns allen eine gute Mittagspause und nachher eine Fortführung der Diskussion.