

Selbstbestimmt sterben – künftig ein Speirutenlauf?

Zur Neuregelung der Suizidhilfe bedarf es keines neuen Strafgesetzes, indes Vertrauen in ärztliches Urteilsvermögen.

von

Dr. med. Michael de Ridder

Das Recht sich selbst zu töten und dabei die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen steht seit dem nun zwei Jahre zurückliegenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) jedem Bürger zu, unabhängig von Alter und Krankheit, vorausgesetzt, er ist befähigt, freiverantwortlich zu entscheiden. Indes bleiben bedeutsame, vom Bundestag zu beantwortende und zu regelnde Fragen: Soll es einen neuen Strafrechtsparagrafen geben? Eine Beratungspflicht? Gar einen Beratungszwang? Wem obliegt es, Freiverantwortlichkeit zu attestieren? Nahe liegt die Frage: Wie hoch dürfen - oder müssen - die Hürden sein, die ein Suizidwilliger zu nehmen hat, um sein Begehren zu verwirklichen?

Bislang kursieren hierzu diverse Gesetzentwürfe von Bundestagsabgeordneten, Strafrechtsprofessoren sowie eine Empfehlung der LEOPOLDINA. Auf ihnen lastet der Druck eines Balanceakts: Sie müssen entsprechend den Vorgaben des BVerfG einerseits das Individualrecht auf freiverantwortliche Selbsttötung und auf Beihilfe zur Selbsttötung ermöglichen. Andererseits sind vulnerable Personen, wie Alte, psychisch Kranke oder anderweitig mental eingeschränkte Menschen zu schtzen; überdies auch, um sie künftig nicht einem möglichen gesellschaftlichen Druck auszusetzen, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen.

Ein neues Strafgesetz?

Einige Gesetzentwürfe fordern, die Suizidbeihilfe unter dem Dach des Strafrechts zu verorten: Damit bliebe sie - mit Ausnahmen - grundsätzlich strafbar. Indes ein Grundrecht - und Suizid und Suizidbeihilfe sind Grundrechte! - im Strafrecht zu verankern bedeutet, Suizidbeihilfe prinzipiell zu missbilligen und mit einem Drohpotential zu versehen, sie auch wahrzunehmen. Das träfe den Suizidwilligen ebenso wie seinen Arzt und widersprche dem Geist und der Intention des Urteils des Bundesverfassungsgerichts. Der angemessene Ort für eine Neuregelung wäre aus Sicht des Autors möglicherweise das Zivilrecht.

Ignoriert wird, dass Suizidhelfer (Ärzte, Angehörige, Sterbehilfeorganisationen) durch das scharfe Schwert des Strafrechts seit jeher(!) bedroht sind: Denn Suizidbeihilfe einem nicht freiverantwortlichen Suizidenten zu leisten, war und bleibt eine Tötung in mittelbarer Täterschaft, die das Strafrecht durch § 212 StGB und § 222 StGB mit weit höheren Strafen belegt, als es der vom BVerfG im Februar 2020 für „nichtig“ erklärte § 217 StGB je vorsah.

Freiverantwortlichkeit – wer stellt sie fest?

Freiverantwortlichkeit ist der Dreh- und Angelpunkt selbstbestimmten (autonomen) Sterbens: Der Suizident muss seine Entscheidung frei von Willensmängeln, wohlwogen, ohne äußeren Druck und nachhaltig getroffen haben. Wer aber sollte darüber befinden dürfen?

In liberalen Gesellschaften existiert ein weithin akzeptiertes „Standardverständnis“ von Autonomie. Danach bezeichnet Autonomie die Fähigkeit zur sittlichen Selbstbestimmung, gleichzusetzen mit dem Vermögen, auf der Grundlage eigener Werte und Überzeugungen authentisch, d.h. nach kritischer Selbstreflexion zu entscheiden und zu handeln. Das beinhaltet Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit, die anhand der *formalen* - nicht der *inhaltlichen* Kriterien - der Entscheidung zu prüfen ist, als da sind Informationsverarbeitung, schlussfolgerndes Denken und Kommunizieren von Entscheidungen. Im Falle einer medizinischen Behandlung - auch einer unter Umständen das Leben riskierenden! - prüft dies immer und allein der behandelnde Arzt, der nur in Zweifelsfällen eine kollegiale Zweitmeinung, einen Psychiater oder das Betreuungsgericht hinzuzieht.

Die bisherigen Gesetzentwürfe offenbaren hingegen ein tiefes Misstrauen in ärztliches Urteilsvermögen - Psychiater ausgenommen. Einem einzelnen Hausarzt oder Palliativmediziner wird nicht zugestanden, beurteilen zu können, ob bei seinem ihm langjährig bekannten und ihm vertrauenden Patienten neben einer schweren unheilbaren Erkrankung nicht zusätzlich eine von dieser unabhängige psychische Krankheit besteht, die seinem Suizidbegehren zugrunde liegt und seine Freiverantwortlichkeit zumindest in Frage stellt. Deshalb fordern mehrere Gesetzentwürfe, wenigstens(!) einen Psychiater zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit hinzuzuziehen.

Indes ist jeder erfahrene und gewissenhafte Arzt in der Lage, zumindest die Verdachtsdiagnose einer psychischen Erkrankung zu stellen - das gehört heute zu seinen Basics. Er wird folglich im Zweifel seinen suizidwilligen Patienten an

einen Psychiater überweisen, allein schon aus Eigenschutz, um nicht Gefahr zu laufen, einem nicht freiverantwortlichen Patienten Suizidbeihilfe zu leisten und damit möglicherweise schwere Schuld resp. Strafe auf sich zu laden. Von der Tatsache, dass auch (forensische!) Psychiater nicht selten irren, wie die nicht gerade wenigen Beispiele fehlbeurteilter rückfälliger Straftäter verdeutlichen, soll hier erst gar nicht die Rede sein, wie auch nicht davon, dass Psychiater mit wenigen Ausnahmen ein Suizidbegehren per se für nicht autonom halten und damit Suizidwilligen Freiverantwortlichkeit absprechen.

Beratungspflicht oder Beratungsangebot?

Alle Gesetzesvorschläge und Eckpunktepapiere sehen eine Beratungspflicht vor, manche fordern gar eine „*zwingende* ärztliche Expertise“. Fraglos sind Beratung und Aufklärung eines Suizidwilligen unbedingt zu befürworten, zu ermöglichen und auszuweiten. Doch darf man sie auch zur Pflicht machen, gar erzwingen? Hierzu sagt das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB § 630 e Abs.3): „Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist.....oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.“ Kein Arzt hat mithin eine *Beratungspflicht*, doch hat er die Pflicht, dem Patienten ein *Beratungsangebot* zu machen.

Innerhalb einer gewachsenen und vertrauten Arzt-Patientenbeziehung (Haus- oder Palliativarzt) löst sich diese Frage auf, weil ohne einen vertrauensvollen Dialog zwischen Patient und Arzt eine Behandlung jedweder Art undenkbar ist, zumal dann, wenn es um die „besonderen Umstände“ eines Suizidbeihilfebegehrens geht. Dessen Ernsthaftigkeit und Konstanz kann nur ein Arzt auf Basis der Kenntnis der Biographie und Krankengeschichte seines Patienten beurteilen. Undenkbar für einen Arzt ist es - pro domo gesagt - einem Menschen in einer akuten psychosozialen Krisensituation (z.B. Partner- oder Arbeitsplatzverlust) Suizidbeihilfe zu leisten. Und fraglos wird er mit einem Schwerstkranken alle Alternativen (Palliativmedizin, Hospiz u.a.) einer Suizidbeihilfe, die immer die Ultima Ratio(!) der Hilfeleistung am Lebensende darstellt, sorgfältig erörtern. Es erübrigt sich mithin eine Beratungspflicht, zumal eine obligatorische psychiatrische Untersuchung - es sei denn der behandelnde Arzt zweifelt.

Gelegentlich wünschen auch gesunde Menschen einen Suizid, etwa einen sogenannten Bilanzsuizid. Aus Angst vor Demenz oder aus wohlverstandener „Lebensmüdigkeit“ erwägen manche Menschen einen Präventiv-Suizid. An derart heikle Suizidhilfebegehren sollten in der Tat strengere Bedingungen (z.B. externe Beratung, psychiatrische Beurteilung) geknüpft werden, vor allem

dann, wenn es an professionelle Sterbehelfer (Sterbehilfeorganisationen) herangetragen wird, denen eben gerade kein gewachsenes Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis zugrunde liegt.

Ganz im Vordergrund indes stehen Suizidwillige, die an einer unheilbaren körperlichen Krankheit leiden, den Tod vor Augen. Ihnen einen Spießrutenlauf zuzumuten, der das Vier-Augen-Prinzip, mehrfache psychiatrische Begutachtung ihres Sterbewillens, diverse bürokratische Hürden sowie wochenlange Wartezeiten bis zu seiner Umsetzung aufnötigt, wäre unzumutbar, ja unmenschlich. Viele schwerkranke Suizidwilligen würden sich einem solchen verpflichtenden Procedere auch nicht beugen wollen. Im Übrigen werden ihnen bis heute, entgegen einem höchstrichterlichen Urteil (BVerwG 2017), auf Anweisung des damaligen Gesundheitsministers Spahn an das Bundesinstitut für Arzneimittel („Nichtanwendungserlass“) Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung vorenthalten.

Der Bundestag wäre gut beraten, keine gesetzliche Neuregelung der Suizidbeihilfe zu beschließen, die ihr kaum zu überwindende Hürden in den Weg stellt; die faktisch einem Suizidhilfeverhinderungsgesetz gleichkäme und damit das Urteil des Bundesverfassungsgerichts konterkarierte. Anderenfalls sind weitere Verfassungsbeschwerden absehbar.

Meine persönliche Position, gerade auch als Gründer eines Hospizes, will ich nicht verschweigen: Palliativmedizin und Ärztliche Suizidbeihilfe verhalten sich für mich nicht antagonistisch, vielmehr (letztlich) komplementär zueinander. Ärztliche Suizidbeihilfe kann nach meinem Dafürhalten zu einer äußersten Maßnahme palliativer Medizin werden. Unter Umständen ist sie nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten. Suizidbeihilfe kann also zu einer ärztlichen Aufgabe werden.

Solche Umstände liegen - nach meinem ärztlichen Gewissen - insbesondere dann vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Ein aussichtslos kranker oder schwerstversehrter Mensch, der frei verantwortlich zu entscheiden in der Lage ist; der über alle Möglichkeiten palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung informiert ist; der soziale Aufgehobenheit und beste ärztliche und pflegerische Versorgung erfährt - und dennoch weiter leidet oder die erwähnten Alternativangebote aus plausiblen und nachvollziehbaren Gründen ablehnt, darf bei einem nachhaltig geäußerten Suizidwunsch ein Suizid mit ärztlicher Unterstützung nicht verwehrt werden.

Suizidbeihilfe, die auf humane Weise Selbstverfügung am Lebensende ermöglichen soll – eine unerlöste Debatte, bei weitem nicht allein in der Ärzteschaft. Das Wort „Selbstverfügung“ mag für manche/n Zeitgenossen/In einen Geruch von Selbstherrlichkeit haben. Indes ist Selbstverfügung ein hohes verfassungsrechtlich geschütztes Gut, das es nicht nur zu ertragen, sondern dann, wenn das Leiden übermächtig geworden ist, auch mitzutragen gilt: Der Zusammenhalt unserer Gesellschaft setzt Respekt vor dem Mitmenschen voraus, auch und gerade in der Anerkennung der Vorstellung seines eigenen Lebensendes. Mein Plädoyer: Diesem Respekt sollte sich die Ärzteschaft nicht verschließen.