

Die Rechtsfolgen für den Arzt, der beim Suizid seines Patienten assistiert

Rechtsanwalt Dr. jur. Peter Holtappels

- I. Über kaum ein anderes medizinisches Thema ist in letzter Zeit so viel publiziert und gestritten worden, wie über den „ärztlich assistierten Suizid“. Dazu hat der Autor mit seinem Artikel über den „Ärztlich assistierten Suizid und die Ärztekammern“ beigetragen, in dem er dargestellt hat, dass die BUÄK und der Deutsche Ärztetag keineswegs befugt waren, zu diesem Thema allgemein verbindliche Grundsätze zu erlassen.¹ Hier geht es um die Konsequenzen von ärztlich assistierten Suiziden für die assistierenden Ärzte.
- II. Worum geht es beim ärztlich assistierten Suizid?² In der ganz überwiegenden Anzahl der Fälle, in denen Menschen ärztliche Hilfe bei ihrem Suizid erbitten, leiden diese unter einer tödlich verlaufenden, fortschreitenden Erkrankung.³ Dabei handelt es sich in der Regel um Krebserkrankungen, die amyotrophe Lateralsklerose und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.⁴ Die Erforschung der Motive für diesen Wunsch hat ergeben, dass die Patienten primär die Umstände ihres Todes unter Kontrolle behalten wollen, sekundär den Verlust von Würde und Selbstständigkeit nicht weiter ertragen wollen und schließlich ist es die Angst vor Schmerzen oder anderen belastenden Symptomen, die sie motiviert, den sie mit palliativer Therapie behandelnden Arzt um ein Gespräch über ein beschleunigtes Ableben unter dessen Assistenz zu bitten.⁵ Die häufig geäußerten Vermutungen, der Suizidwunsch resultiere aus akuten Schmerzen oder Vereinsamung oder der Befürchtung, anderen zur Last zu fallen, hält wissenschaftlicher Überprüfung nicht stand.⁶
- III. Zur Häufigkeit des Phänomens liegen nur kürzlich in der Schweiz veröffentlichte Zahlen aus der Schweiz, Belgien und den Niederlanden vor.⁷ Bei der Betrachtung der Zahlen für die Schweiz ist zu berücksichtigen, dass assistierte Suizidhilfe dort im Wesentlichen von zwei Organisationen (Dignitas und Exit) ausgeübt wird. Für das Jahr 2009 ergeben sich folgende Zahlen zur Häufigkeit von assistiertem Suizid: Belgien 7,9 pro 1000 Todesfälle, Niederlande 2,3 und Schweiz 4,8.⁸ Unterstellen wir – *argumendi causa* – in der Bundesrepublik gäbe es relativ ebenso viele Fälle von ärztlich assistiertem Suizid wie in der Schweiz, so wären das – bei 800.000 Todesfällen p.a. – absolut 3840 Fälle p.a.. Allerdings eine rein hypothetische Annahme!

1 Holtappels „Der ärztlich assistierte Suizid und die deutschen Ärztekammern“ in ASUP 2012; 5 (1) S. 19 ff und unter www.palliativ-rissen.de – downloads

2 Der Begriff resultiert wahrscheinlich aus einem Übersetzungsfehler. Dazu Holtappels a.a.O.

3 Jox, „Sterben lassen“ 2011 S. 173 4 Jox a.a.O. mit weiteren Nachweisen.

5 Jox a.a.O. mit weiteren Nachweisen.

6 Jox S. 174 mit weiteren Nachweisen. Siehe dazu auch die Veröffentlichung des Bundesamtes für Statistik der Schweiz (FN 5)

7 www.statistik.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit → Sterblichkeit, Todesursachen

8 Vergl. dazu auch ärzteblatt.de vom 27.3.2012. Danach sind die Zahlen seit 2009 erheblich gestiegen, Statistikliegt jedoch noch nicht vor.

IV. In nahezu allen Veröffentlichungen wird die Assistenz des Arztes beim Suizid seines Palliativpatienten negativ bewertet. Es wird behauptet, er werde sich strafbar machen oder, sein Verhalten könne zu berufsrechtlichen Sanktionen führen oder schließlich, sein Verhalten sei unethisch, mithin keine ärztliche Tätigkeit. Solche Ansichten halten kritischer Überprüfung nicht stand. Übersehen wird zudem, dass es durchaus Situationen geben kann, in denen die Assistenz des Arztes beim Suizid seines Patienten zu einer ihm obliegenden moralischen Pflicht werden kann.

Die genannten Bedrohungen des behandelnden Palliativarztes sollen sich aus dem Strafrecht, dem Standesrecht und der Standesethik ergeben. Dazu im Einzelnen:

1. Das Strafrecht.

- a. Der Suizid ist in der Bundesrepublik nicht strafbar. Daraus folgt, dass die Teilnahme daran auch nicht strafbar sein kann. Es stünde dem deutschen Gesetzgeber allerdings frei, die Hilfe bei dem Suizid als eigenständiges Delikt unter Strafe zu stellen. Dies insbesondere, weil – wie Duttge treffend formuliert – *einer Suizidbeihilfe doch dieselbe unmittelbar auf Herbeiführung des Todes gerichtete Zwecksetzung eigen ist wie einer aktiv-direkten Tötung, wengleich mit dem Unterschied, dass sich der Suizid-gehilfe in der Ausführung etwas zurücknimmt und den letzten und definitiven Akt allein dem Suizidenten überlässt.*⁹ In einer Reihe von Staaten – auch der Europäischen Union – hat der Gesetzgeber die Hilfe beim Suizid auch bereits unter Strafe gestellt¹⁰ und der BGHZ hat noch im Jahre 2011 die Ansicht vertreten, die deutsche Rechtsordnung bewerte eine Selbsttötung grundsätzlich als rechtswidrig.¹¹ Wenn der deutsche Strafgesetzgeber gleichwohl anders entschieden hat, so geschah dies erkennbar bewusst. Er wollte und will die Hilfe bei dem Suizid nicht unter Strafe stellen.¹²
- b. Das gilt allerdings nur solange, wie der helfende Arzt sich an die gesetzlichen Grenzen der Beihilfe (§ 27 StGB) hält. Danach muss der Haupttäter während der Tat die Tatherrschaft innehaben und frei verantwortlich handeln. Bei der Festlegung seines Tatbeitrages muss der helfende Arzt deshalb sorgfältig darauf achten, nicht in die Tatherrschaft zu gelangen. Stellt z.B. der Arzt dem Patienten den Schierlingsbecher auf den Nachttisch, so hat der Patient, der ihn austrinkt, die Tatherrschaft. Führt der Arzt den Strohhalm in den Mund, so wird es fraglich und stützt er dem Patienten dazu noch den Kopf, so handelt es sich nicht mehr um Beihilfe, sondern um Täterschaft. Der Arzt hat sich dann eines Totschlags in der strafgemilderten Form der Tötung auf

9 Duttge in: „Der assistierte Suizid aus rechtlicher Sicht »Menschenwürdiges Sterben« zwischen Patientenautonomie, ärztlichem Selbstverständnis und Kommerzialisierung“ in Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009) S. 257 ff. sub 2.2.

10 § 78 des österreichischen StGB lautet: Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen. Die Beihilfe zum Suizid ist auch strafbar in Dänemark, England, Portugal und Spanien. Umfassend zu den Fakten: S. Stiel et al. „Wunsch nach vorzeitigem Lebensende. Was steht dahinter?“ (Schmerz 2010 • 24:177–189)

11 BGHSt – 5 StR 474/00 – 46/279/285

12 So in der Begründung des Gesetzesantrages des Landes Rheinland-Pfalz vom 23.3.2010 (Drucksache 149/10 des Bundesrates, mit dem die Werbung für Suizidbeihilfe unter Strafe gestellt werden sollte.

Verlangen (§ 216 StGB) schuldig gemacht und ist – nach völlig einhelliger Meinung – zu bestrafen. Gleichwohl herrscht – auch unter Ärzten – erheblicher weiterer Aufklärungsbedarf: Das Verhalten von Dr. Schur, der seinem Freund Sigmund Freud zur „Erlösung“ verhalf, indem er ihm eine Überdosis Morphin spritzte, ist keine Freundschaftstat, die doch strafflos bleiben müsse, sondern Totschlag gewesen.

- c. Die Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid wird kontrovers, sobald sie sich dem Thema der Freiverantwortlichkeit nähert. Dabei wird jedoch vielfach übersehen, dass der Gesetzgeber die zu beachtenden Grenzen bereits gezogen hat. Ein erwachsener Patient ist jedenfalls frei verantwortlich, *wenn er sich zum Zeitpunkt des Suizids nicht in einem Zustand krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit befindet, der die freie Willensbestimmung ausschließt und seiner Natur nach nicht nur vorübergehend ist.* Dann ist er nämlich nach § 104/II BGB voll geschäftsfähig und nach §§ 19–21 StGB schuldfähig.¹³ Er nimmt am Rechtsverkehr als gleichberechtigter Partner teil und wird für die Folgen seines Verhaltens – wie jeder Andere – verantwortlich gehalten. Diese uneingeschränkte Geschäfts- oder Schuldfähigkeit, d.h. die Freiverantwortlichkeit, kommt ihm nur abhanden, wenn er nachweislich nicht nur vorübergehend unfähig ist, seinen Willen frei zu bestimmen, weil er krank ist. Ob eine Person derart krank ist, bestimmt der dazu berufene Arzt. Dieser hat dabei jedoch die Einschränkungen zu beachten, die das BVerfG. etabliert hat. Es hat in einem Fall der Zwangsunterbringung in einer geschlossenen Anstalt, die ja nur bei einer Gefährdung als Folge einer psychischen Krankheit zulässig ist, zum Krankheitsbegriff folgendes ausgeführt: *Wenn auch der zur Entscheidung über die Anordnung einer Freiheitsentziehung berufene Richter die Frage, ob eine Person an einer Geisteskrankheit leidet und welche Auswirkungen und Bedeutung dies hat, regelmäßig nur mit Hilfe eines ärztlichen Sachverständigen beurteilen kann, so ist er doch nicht verpflichtet, die Begriffswelt des Arztes zu übernehmen, die teils weiter, teils aber auch enger sein kann als die juristischen Begriffe, die bei der Gesetzesanwendung allein zugrunde zu legen sind. Die juristischen Begriffe klammern die leichteren Formen geistiger oder seelischer Störungen gerade aus. Dies trägt dazu bei, der möglichen Gefahr einer „Vernunftlosigkeit des Arztes über den Patienten“ und einer umfassenden staatlichen Gesundheitsvormundschaft zu begegnen. Bei psychischen Störungen, deren Grenzen zum Krankhaften fließend und die medizinisch lediglich als Abweichungen von einem angenommenen Durchschnittsverhalten zu beschreiben sind, ist der Richter allerdings zu einer besonders sorgfältigen Prüfung aufgerufen, ob den festgestellten Störungen Krankheitswert im Sinne des Gesetzes zukommt.*¹⁴

13 Duttges Ansicht, wonach das Vorliegen eines freiverantwortlichen Suizids innerhalb der einschlägigen Fachdisziplinen ungeklärt und damit als bloßes Gedankenkonstrukt ohne greifbare lebensweltliche Anbindung ist. (a.a.O. S. 263) vermag ich ebenso wenig zu folgen, wie seiner Warnung eine fiktive Freiverantwortlichkeit zu postulieren, wo in Wahrheit keine besteht.“(a.a.O. S. 262). Die Lebenswirklichkeit scheint mir das Gegenteil zu beweisen: Es gibt Suizide bei denen die Freiverantwortlichkeit schwerlich bezweifelt werden kann, wie z. B. die von Sigmund Freud, Henning von Treskow, Hans Langsdorff. Gunter Sachs oder dem Ehepaar von Brauchitsch.

14 BVerfGE 58/208; Abs. 44

Leicht depressive Symptome und Befindlichkeitsstörungen schließen danach die Freiverantwortlichkeit nicht aus.¹⁵ Im Übrigen dürfte die Diskussion um die Freiverantwortlichkeit, die beim nicht assistierten Suizid maßgebliche Bedeutung hat¹⁶, für die ärztliche Hilfe beim Suizid von geringerer Wichtigkeit sein. Angesichts der dem Arzt immer wieder vorgehaltenen rechtlichen Gefahren, denen er ausgesetzt sein soll, wenn er sich mit Hilfe beim Suizid beschäftige, wird er jedenfalls dieses Risiko dank eigener Sachkenntnis vermeiden können und dies auch tun.

- d. Auch alle anderen rechtlichen Gefahren, die in den letzten Monaten in der Diskussion um ärztliche Hilfe zum Suizid beredt geschildert worden sind, können von dem umsichtigen behandelnden Arzt vermieden werden. Theoretisch könnte er sich auch nach §§ 13,216 StGB einer Tötung auf Verlangen durch Unterlassen schuldig gemacht haben, wenn er es unterlassen hat, den Patienten zu retten. Auch könnte er – wiederum theoretisch – wegen einer unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) belangt werden. In der Praxis aber bestehen auch diese Gefahren nicht. Der ärztlich assistierte Suizid ist keine Spontantat, sondern in aller Regel wohl vorbereitet, weil der behandelnde Arzt anders nicht mitwirken wird. Dann gehört dazu aber auch, dass er sich vom Suizidenten bestätigen lässt, dass dieser sich jeden „rettenden“ Eingriff durch den Arzt verbittet, womit dieser seine spezielle Garantenstellung verliert und sich der Suizid auch nicht mehr als Notlage darstellt, in der jedermann Hilfe leisten müsse. Dass das ohnehin höchst zweifelhafte, rechtliche Konstrukt der Garantenstellung¹⁷ durch eine gegenteilige Äußerung des Suizidenten vernichtet wird, hat das BVerfG nunmehr endgültig entschieden, als es – unter Berufung auf die Freiheitsrechte des Art 2 GG – ausführte, diese schlossen das Recht ein, *von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der – jedenfalls in den Augen Dritter – den wohlverstandenen Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Daher ist es grundsätzlich Sache des Einzelnen, darüber zu entscheiden, ob er sich therapeutischen oder sonstigen Maßnahmen unterziehen will, die ausschließlich seiner „Besserung“ dienen. Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt auch die „Freiheit zur Krankheit“ und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind.*¹⁸

14 BVerfGE 58/208; Abs. 44

15 So auch Jox a.a.O. S. 172

16 Nach Jox (a.a.O. S. 169) geschehen „mindestens“ 90 % aller Suizide im Rahmen „Behandlungsbedürftiger psychischer Krankheiten“. Die Ursache für solche – auch von anderen geäußerten – Ansichten könnten in einem psychologischen Phänomen begründet sein: Die Tatsache, dass es Menschen gibt, die sich „frei verantwortlich“ für einen Suizid entscheiden, stellt für jeden Menschen, der das Leben als höchstes Gut bezeichnet, eine tiefe Erschütterung seines eigenen Wertesystems und mitunter gar eine narzisstische Kränkung dar. In dem Moment, in dem jemand sein Leben als nicht lebenswert betrachtet und bereit ist, daraus eine Konsequenz in der Form des Suizids zu ziehen, gerät für jeden „Lebensliebhaber“ der Wert des eigenen Daseins in Gefahr, herabgestuft zu werden. Damit wird der Suizident für diesen Mitmenschen zu einer Gefahr. Als Reaktion wird zunächst versucht, dem Verursacher der Gefahr eine postmortale Depressionsdiagnose zu stellen und ihn für psychisch krank oder zumindest unzurechnungsfähig zu erklären. Hermann Burger hat diesen Vorgang in seinem Buch „Tractatus logico-suicidalis“ so benannt: „Die Komik wie die Tragik des Selbstmörders besteht darin, dass er nicht einmal als Leiche ernst genommen wird“.

17 Siehe dazu BGHSt vom 4.7.1984 – 3 StR 96/84 – BGH 32, 367ff sub 2.c. – Wittig-Fall

18 BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, RN 48 (http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html); anders noch BGH St. a.a.O. sub 3/b.). Insoweit ist die Bemerkung bei Simon/Lipp Beihilfe zum Suizid, keine ärztliche Aufgabe. (Dtsch Arztebl 2011; 108(5): A 212–6 – 213), die Frage bedürfe zu ihrer Klärung noch höchstrichterlicher Rechtsprechung überholt, denn Entscheidungen des BVerfG haben Bindungswirkung auch für andere Gerichte (§ 31/I BVerfGG)

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt für diesen keine Gefahr der strafrechtlichen Verfolgung darstellt, wenn er denn sicherstellt,

- dass er die Grenzen der Beihilfe nicht überschreitet und
- dass der Suizident sich zum Zeitpunkt des Suizids nicht in einem Zustand krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit befindet, der seine freie Willensbestimmung ausschließt, wobei leichte depressive oder sonstige Befindlichkeitsstörungen unbeachtet bleiben können
- und wenn der Arzt sich zudem von dem Suizidenten hat bestätigen lassen, dass dieser sich während seines Sterbens auf seine palliative Betreuung beschränken und insbesondere jede Aktion unterlassen soll, die das Sterben verhindern könnte.

2. Die ärztliche Standesethik.

Für den Arzt, der beim Suizid seines Patienten assistiert, soll auch die Standesethik und/oder das Standesrecht eine Quelle der Gefahr darstellen. Dazu: Es ist völlig unstrittig, dass für jeden in der Bundesrepublik praktizierenden Arzt die Normen der Standesethik grundsätzlich verbindlich sind.¹⁹ Hierzu zählten nach bisher allgemein akzeptierter Ansicht die Verlautbarungen der Bundesärztekammer, soweit diese nach Inhalt und Sprachduktus erkennbar moralische Normen darstellen und nach der Art ihrer Verkündung Allgemeingültigkeit beanspruchen sollten. Das BVerfG hat dieser Standesethik bereits 1979 eine Bedeutung beigemessen, die weit über das üblich Maß hinausging, als es formulierte: *Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung. Die Standesethik steht nicht isoliert neben dem Recht. Sie wirkt allenthalben und ständig in die rechtlichen Beziehungen des Arztes zum Patienten hinein. Was die Standesethik vom Arzte fordert, übernimmt das Recht weithin zugleich als rechtliche Pflicht. Weit mehr als sonst in den sozialen Beziehungen des Menschen fließt im ärztlichen Berufsbereich das Ethische mit dem Rechtlichen zusammen.*²⁰ Das alles galt insbesondere für die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, die bei der Entwicklung der Palliativmedizin eine maßgebliche Rolle gespielt haben.²¹

Man wird der Geschäftsleitung der Bundesärztekammer unterstellen dürfen aber auch müssen, sie habe alleweil gewusst, dass dieselbe nach ihrer eigenen Satzung zu Setzung von Standesethik nicht befugt war. Sie soll danach lediglich *auf die einheitliche Regelung*

19 § 2/I MBO-Ä in der Fassung der Bos der Länder. Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus.

20 BVerfG. vom 25.7.1979 (BVerfG. NJW79/1925/ 1930);BGHSt 32, 367ff, RN 31. Anders Duttge, der Arztethik und Recht als jeweils eigenständige normative Kreise versteht. (a.a.O. S. 265)

21 Jox a.a.O. S. 63, Duttge spricht von den das ärztlichen Ethos leitbildhaft prägenden Grundsätzen der Bundesärztekammer in Einseitige („objektive“) Begrenzung ärztlicher Lebenserhaltung? – Ein zentrales Kapitel zum Verhältnis von Recht und Medizin (NStZ 2006 Heft 9 479)

der Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit auf allen Gebieten hinwirken.²² Wenn gleichwohl der Schein solcher Befugnis entstanden ist, hätte die BUÄK ihn entweder zerstören oder sorgfältig hüten müssen. Geschehen ist jedoch etwas anderes: Die BUÄK hat versucht, für einen identischen Sachverhalt, die ärztliche Hilfe beim Suizid, von 2004 bis 2011 dreimal unterschiedliche moralische Normen zu setzen.²³ Wer jedoch als Repräsentant eines bedeutenden Berufsstandes bei der Bewertung eines wichtigen und seit längerem unverändert bestehenden, moralischen Problems derart inkonsistent argumentiert, dessen Berufung zur Setzung moralischer Normen wird man in Zweifel ziehen müssen. Und das gilt auch für den Inhalt der Normen. Hieß es 2004 noch: *Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein*, so lautete die geänderte Fassung im Januar 2011 *Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe*, um schließlich im Juni 2011, in einem Beschluss des Deutschen Ärztetages, der Mitgliederversammlung der BUÄK, folgenden Wortlaut zu erhalten: *Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*²⁴ Erst in diesem Beschluss wird deutlich, was das Präsidium der BUÄK wirklich intendiert hat: Ein Verbot der Hilfe zur Selbsttötung.²⁵ Die vorgehenden Verlautbarungen hatten nach ihrem Wortlaut dagegen lediglich narrativen Charakter, entsprachen aber der Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin,²⁶ die von sich behaupten darf, die Mehrheit der in der Bundesrepublik tätigen Palliativmediziner in sich zu vereinigen. Die Schaffung von rechtlichen wie moralischen Normen ist eine Kunst, die in der medizinischen Ausbildung nicht gelehrt wird. Das unerfreulichste Ergebnis des Verhaltens der Bundesärztekammer wird wohl sein, dass das BverfG und die oberen Bundesgerichte an ihrer Wertschätzung der ärztlichen Standesethik nicht mehr festhalten werden.

3. Das ärztliche Standesrecht.

Der zitierte Beschluss des 114. Deutschen Ärztetages erging zu § 16 MBO. Dieses Muster in geltendes Berufsrecht umzusetzen wäre die Aufgabe der Landesärztekammern. Einige von diesen verweigern sich aber der Erfüllung dieser Aufgabe.²⁷ Das Ergebnis wird sein,

22 § 2/I der Satzung.

23 Die Richtlinien zur Sterbehilfe von 1979 bleiben hier außer Betracht. Sie sind zu wenig konkret.

24 Hierzu im Detail Holtappels, S. 20

25 Zu entsprechenden Äußerungen des damaligen Präsidenten der BUÄK siehe Holtappels a.a.O.

26 Die Stellungnahme der DGP zu den überarbeiteten Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung lautet: Die DGP vertritt ebenfalls die Auffassung, dass der ärztlich assistierte Suizid nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört. Dennoch ist sie sich dessen bewusst, dass die Beihilfe zum Suizid von ihren Mitgliedern ethisch unterschiedlich bewertet wird und Ärzte im Einzelfall vor einer ethischen Herausforderung stehen, wenn Patienten sie um Beihilfe zum Suizid bitten. Die DGP betont ausdrücklich, dass es sehr wohl zu den ärztlichen Aufgaben zählt, sich respektvoll mit dem Todeswunsch der Patienten auseinanderzusetzen. Hierzu gehört in erster Linie, mit den betroffenen Patienten, deren Angehörigen und dem eingebundenen Team die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung von Leid zu erörtern und zu versuchen, einen gemeinsamen Weg zu finden. Siehe auch eine Umfrage im Auftrage des SPIEGEL aus 2008: 35 % der befragten Palliativärzte befürworteten ärztlich assistierten Suizid. Spiegel-online 22. 11.2008.

27 Im Detail bei Holtappels (a.a.O.) dargestellt.

dass in der Bundesrepublik ein Flickenteppich an ärztlichem Berufsrecht entstehen wird, was bei der erstaunten Öffentlichkeit möglicherweise den Eindruck erweckt, die Normsetzung sei wohl besser in den Händen von Fachleuten aufgehoben. Zusammenfassend ist festzustellen, dass dem Arzt, der seinem Palliativpatienten bei dessen Suizid assistiert und sich dabei an die oben empfohlenen Beschränkungen hält, weder aus dem Standesrecht noch der ärztlichen Standesethik rechtliche Gefahren drohen können. Zu konstatieren ist dagegen, dass es zurzeit weder allgemeinverbindliche standesrechtliche noch standesethische Normen gibt, die den deutschen Ärzten als Leitlinien dienen könnten, wenn sie denn von ihren Palliativpatienten um Hilfe bei der Selbsttötung gebeten werden.

V. Das Gewissen des behandelnden Arztes als Leitlinie für seine Entscheidung über eine Hilfe beim Suizid eines Patienten.

1. Wann immer den behandelnden Arzt das Standesrecht oder die Standesethik bei der Entscheidung über seine Hilfe zum Suizid seines Patienten im Stich lässt, darf er sich jedoch auf sein Gewissen verlassen. Das Bundesverwaltungsgericht hat bereits 1967 judiziert: *Der Beruf des Arztes ist in einem hervorragenden Maß ein Beruf, in dem die Gewissensentscheidung des einzelnen Berufsangehörigen im Zentrum der Arbeit steht. In den entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit befindet sich der Arzt in einer unvertretbaren Einsamkeit, in der er – gestützt auf sein fachliches Können – allein auf sein Gewissen gestellt ist.*²⁸ Damit nimmt der behandelnde Arzt zudem sein Grundrecht auf die Freiheit seines Gewissens gemäß Art 4/I GG in Anspruch.²⁹ Solcher Entscheidung zu folgen ist er nach seinem Standesrecht sogar ausdrücklich verpflichtet,³⁰ was dazu führen kann, dass ihm im Einzelfall eine moralische Pflicht zur Assistenz beim Suizid seines Palliativpatienten erwachsen kann. Anzumerken ist insoweit lediglich, dass die Berufung auf das Gewissen eine sehr gründliche Selbstprüfung seines Gewissens durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Er ist nicht nur vor seinem Gewissen verantwortlich, sondern auch für dasselbe.
2. Sollten die Landesärztekammern bei der Umgestaltung des § 16 ihrer Berufsordnungen für Ärzte – analog dem Vorschlag de 114. Deutschen Ärztetages – absolute Verbote einer ärztlichen Hilfe zum Suizid des Patienten aussprechen,³¹ so führt das in allen Fällen, in denen sich der behandelnde Arzt fundiert auf sein Gewissen für die geleistete Hilfe beruft, zu einer Kollision des Grundrechtes des Arztes mit dem § 16 der

28 BverwG. NJW 68/218/219, dieser Rechtsprechung scheint sich das VG Berlin jetzt angeschlossen zu haben (VG 9 K 63/09). Das Urteil ist noch nicht veröffentlicht worden.

29 Dazu mit reichen Nachweisen aus Rspr. und Literatur Herzog in Maunz-Dürig „Grundgesetz“ RN 125 zu Art 4. Dazu auch H. Kress „Selbstbestimmung und assistierter Suizid“ Wuppertal, 24.5.2011. Darüber hinaus wird es zu einer Frage des persönlichen Gewissens, ob ein Dritter, insbesondere ein Arzt, einem Patienten Suizidbeihilfe leisten darf. (a.a.O. S. 10)

30 § 2/I MBO-Ä: Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus.

31 Wie das im Bereich der Ärztekammer Sachsen bereits geschehen ist, siehe <http://www.slaek.de/10ordnung/20berufsrecht/10berufsordnung/>

jeweiligen BO. Der Arzt ist in seinen subjektiven Rechten verletzt, wenn die Landesärztekammer wegen des Verstoßes gegen § 16 BO ein berufsgerichtliches Verfahren nach dem jeweiligen Heilberufsgesetz gegen ihn betreibt und dieses mit einer den Arzt belastenden Entscheidung endet. Das jeweilige Landesverfassungsgericht hat sodann darüber zu entscheiden, ob die endgültige Entscheidung der Berufsgerichtsbarkeit das Grundrecht des Arztes nach Art 4 GG verletzt und deshalb aufzuheben ist.³²

3. Nicht jede Neufassung des § 16 BO durch die Vertreterversammlung einer Landesärztekammer enthält jedoch ein absolutes Verbot der ärztlichen Hilfe beim Suizid des Patienten. So hat die Kammerversammlung der Ärztekammer von Westfalen-Lippe z.B. beschlossen, dass *Ärztinnen und Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten sollen*. Der Vorstand der Kammer hält diese Formulierung für „appellativ“³³ Der § 16 der bayrischen Berufsordnung lautet nunmehr: *Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen*.³⁴ Daraus folgt, dass in Bayern der ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung nicht gegen das dortige Berufsrecht verstößt. Zu dieser Art von Normsetzung ist oben bereits Stellung bezogen worden.

VI. Der einwilligungsfähige Palliativpatient, der die Aufnahme von Nahrung mit der Absicht verweigert, den Eintritt seines Todes zu beschleunigen. Die Nahrungsverweigerung ist sehr häufig die Folge von Erkrankungen – insbesondere der Demenz.³⁵ Hier geht es jedoch um den in seiner geistigen Kompetenz völlig uneingeschränkten – mithin freiverantwortlichen – Patienten, der sich bewusst ist, dass er in absehbarer Zeit sterben wird, seine Angelegenheiten geregelt hat und es nunmehr leid ist, das Ende weiter abzuwarten, insbesondere mag er seine Zeit nicht mit Diskussionen über den § 16 der Berufsordnung für Ärzte verbringen, weshalb er seinem behandelnden Arzt erklärt hat, er verweigere nunmehr jede Aufnahme von Nahrung und verbitte sich jede ärztliche Intervention außerhalb der Symptomkontrolle, um die er bitte.

1. Definiert man den Suizid als das Ingangsetzen einer Kausalkette, die zwangsläufig zum Tode führt, so könnte ein derartiges Verhalten als Suizid oder jedenfalls als ein diesem ähnliches Verhalten bewertet werden.
2. Fraglich kann in diesem Zusammenhang nur sein, ob die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Zeit bis zu seinem Tode dann als Hilfe zu seinem Suizid mit den hier besprochenen Konsequenzen betrachtet werden kann. Das ist nicht der Fall. Zum einen hat jeder Palliativpatient ein Grundrecht auf ein Sterben in Würde. Dazu gehört unstreitig die palliativmedizinische Versorgung und zwar unabhängig davon, wie er zum Palliativpatienten wurde.³⁶ Zum anderen wird dieser Anspruch auch

32 In dem berufsgerichtlichen Verfahren ist die Verfassungswidrigkeit in jeder Instanz zu rügen.

33 Westfälisches Ärzteblatt 01/12 S. 18

34 Bayrisches Ärzteblatt 1/2012 S. 7

35 Dazu Borker Akute und chronische Nahrungsverweigerung in : Heilberufe 4/2002, S. 32-33

36 Vergl. Holtappels/Lehmann Das Recht des sterbenden Menschen in www.palliativ-rissen.de

durch das ärztliche Standesrecht postuliert, wie sich aus § 1/II der MBO ergibt, welche Vorschrift von den Ländern übernommen worden ist.³⁷

Hamburg, den 1.4.2012

Dr. Peter Holtappels

e-mail: peter@holtappels.de

³⁷ Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken