

Position der Ethikkommission der Ärztekammer Bremen zum ärztlich assistierten Suizid (Zweite Stellungnahme)

Einleitung

Die Ethikkommission der Ärztekammer Bremen hat sich zuletzt vor 10 Jahren am 25. September 2011 in einer ersten Stellungnahme mit der Frage des ärztlich assistierten Suizids befasst und die wesentlichen zu diesem Zeitpunkt diskutierten Gesichtspunkte unter Federführung ihres Vorsitzenden Professor Dr. H. Rasche dargestellt.

Insbesondere wurden damals die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung mit der Aussage „die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ betont. Für eine Neuformulierung des § 16 der Muster-Berufs-Ordnung (MBO) erschien diese Formulierung dem Ärztetag 2011 offenbar nicht hinreichend, sodass die Delegierten sie mit rund 61% der Stimmen ablehnten bei 37% Ja-Stimmen und 2% Enthaltungen. Zustimmung fand dagegen die Formulierung „Sie (Ärztinnen und Ärzte) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ mit rund 72 % Ja-, 24 % Nein-Stimmen und 3% Enthaltungen. Für die MBO 2011 wurde dann die Formulierung gewählt: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Beachtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Die Ärztekammer Bremen folgte diesem Vorschlag und nahm ihn in ihre eigene Berufsordnung auf, so wie neun weitere Landesärztekammern. Zwei Kammern lehnten den ärztlich assistierten Suizid in ihrer Berufsordnung mit einer schwächeren Soll-Vorschrift ab, fünf Kammern enthielten sich einer ablehnenden Regelung ärztlicher Suizidhilfe.

Eine gewisse Stütze erfuhren die ablehnenden standesrechtlichen Regeln durch ein im Dezember 2015 erlassenes Bundesgesetz, das geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte. Es wurde am 6. Dezember 2015 vom Deutschen Bundestag nach langer Diskussion in einer fraktionsübergreifenden Abstimmung mit 525 Ja- und 61 Nein-Stimmen verabschiedet (Paragraf 217 StGB).

Neue Rechtslage

Das Gesetz hatte Bestand bis zu einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVG) vom 26. Februar 2020. Darin erklärte der 2. Senat unter Präsident Voßkuhle das Gesetz für verfassungswidrig und nichtig.

Verfassungsbeschwerde hatten Vereine und Einzelpersonen erhoben, darunter auch Ärztinnen und Ärzte. Sie argumentierten unter anderem, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte Gefahr liefen, mit Strafbestimmungen in Konflikt zu geraten, da nicht geklärt sei, wann sie geschäftsmäßig im Sinne des Paragraphen 217 StGB handelten (Urteilstext Randnummer (RN) 55).

Nach dem Sachbericht des Urteilstextes waren zum Zeitpunkt der Anhörung im Zuständigkeitsbereich der Staatsanwaltschaft Bremen zwei Ermittlungen wegen des Verdachtes einer Straftat nach § 217 StGB eingeleitet (RN 89).

Dem Urteil der Verfassungswidrigkeit zur Nichtigkeit des § 217 StGB stellt das Gericht sechs Leitsätze voran, in denen betont wird (S. 1 und 2 von 96 des *Urteilstextes*):

Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben... ein Ende zu setzen, ist ... als Akt autonomer Selbstbestimmung... zu respektieren. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen..... Das in § 217 Abs.1 StGB strafbewehrte Verbot macht esfaktisch unmöglich ... angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen... Die Rechtsnorm.... muss sicherstellen, dass trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereit gestellter Suizidhilfe real eröffnet wird.

Aber auch:

Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.

Bei der Darlegung der Begründetheit der Verfassungsbeschwerde werden Rolle und Haltung der Ärzteschaft zu Fragen der Suizidhilfe ausführlich diskutiert. Es wird davon ausgegangen, dass Ärzte nur im Ausnahmefall zur Suizidhilfe bereit sind und dabei das Standesrecht faktisch handlungsleitend sei (RN 284). Hierzu werden eine Reihe empirischer Daten aus den Jahren 2009-2013 zitiert (RN 285,286). Daran schließt sich eine Problematisierung des föderalen geregelten ärztlichen Berufsrechtes an (RN 290). Es mache den Zugang zu ärztlicher Suizidhilfe vom Wohnort des Hilfesuchenden in Deutschland abhängig. Im Wortlaut:

Aufgrund der gegen ihre Verfassungsmäßigkeit erhobenen Einwände handelt es sich bei den berufsrechtlichen Verboten der Suizidhilfe zwar um in seiner Gültigkeit ungeklärtes Recht. Sie wirken gegenüber ihren Adressaten aber jedenfalls faktisch handlungsleitend. Der tatsächliche Zugang zu Möglichkeiten der assistierten Selbsttötung kann nicht auf Grundlage der Annahme bejaht werden, dass persönlich zur Suizidhilfe bereite Ärzte ihr Handeln nicht am geschriebenen, wenngleich verfassungsrechtlichen Bedenken unterliegenden Recht ausrichten, sondern sich ihrerseits unter Berufung auf ihre verfassungsrechtlich verbürgte Freiheit eigenmächtig darüber hinwegsetzen werden (RN 296).

Abschließend bestätigt das BVerfG jedoch auch die Schutzpflicht des Gesetzgebers für die Autonomie und skizziert alternative Regelungskonzepte (RN 338 ff.). Verlangt wird *eine strikte Beschränkung staatlicher Institutionen auf den Schutz der Selbstbestimmung, der durch Elemente der medizinischen und pharmakologischen Qualitätssicherung und des Missbrauchsschutzes ergänzt werden kann*. Das Gericht erkennt auch die Möglichkeit *besonders gefahrträchtiger*

Erscheinungsformen der Suizidhilfe. Es verbiete sich aber, Hilfe zur Selbsttötung.... etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen.

Reaktionen der deutschen Ärzteschaft

Der 124. deutsche Ärztetag (TOP IVb) hat infolge des dargestellten Urteils im Mai 2021 beschlossen, §16 Satz 3 der MBO aufzuheben. Flankierend wurden eine Reihe weiterer Beschlüsse zur Frage des assistierten Suizids gefasst (TOP IVa).

Einzelheiten in Stichworten:

- Gefordert wird eine breite gesellschaftliche Diskussion über die ärztliche Rolle in der Sterbehilfe nach Hinweis darauf, dass die Herbeiführung des Todes nie Ziel einer ärztlichen Heilbehandlung war und ist, es lediglich bei terminal Erkrankten davon abweichende und begründete Einzelfallentscheidungen geben kann. Eigens betont wird, dass es niemals Aufgabe der Ärzteschaft sein könne, für Nichterkrankte Indikation, Beratung oder Durchführung eines Sterbewunsches zu vollziehen (Drucksache IVa-02)
- Abgelehnt wird eine Verpflichtung zur Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung am Ende eines gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsprozesses, bevor dem Sterbewilligen die notwendigen Medikamente verordnet werden dürfen (Drucksache IVa-01a)
- Abgelehnt wird eine Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten zur Mitwirkung am assistierten Suizid (Drucksache IVa-03)
- Eine Tötung auf Verlangen durch Ärztinnen und Ärzte darf es weiterhin nicht geben (Drucksache IVa-06)
- Gefordert wird, die Suizidprävention in Deutschland in den Fokus zu nehmen, zu unterstützen, aufzubauen und zu verstetigen (Drucksache IVa-04)

Im Juni 2021 publizierte die Bundesärztekammer Hinweise zum Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen (DÄB 118, A 1428 – 1432, 2021). Darin wird die Aussage von 2011 „die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ wiederholt. Eine Diskussion möglicher allgemeiner und standesrechtlicher Konsequenzen dieser Feststellung erfolgt jedoch nicht. Detailliert werden dagegen beratende und palliative ärztliche Möglichkeiten dargestellt.

Zwei weitere Wortmeldungen

Grundsätzlicher, über medizinethische Aspekte hinausgehend ist der Widerstand gegen den Tenor des Urteils aus Teilen der Rechtswissenschaft und der Philosophie:

Heiner Bielefeldt (Professor für Menschenrechte und Menschenrechtspolitik am Institut für Politische Wissenschaft der Universität Erlangen Nürnberg) schreibt:

„Der zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts ... hat die verfassungsrechtliche Überprüfung des Paragraphen 217 StGB... zum Anlass genommen, einen Weg zu eröffnen, der – konsequent zu Ende gedacht – in Abgründe führt. Das Gericht hat der Freiheit zum Suizid grundrechtliche Weihe verliehen; er hat das postulierte Grundrecht außerdem von Situationen schweren Leidens völlig entkoppelt und expressis verbis für alle Phasen menschlichen Lebens verfügbar gemacht; und

schließlich hat es die Ausübung dieses Rechts (abgesehen von Fällen pathologischer Entscheidungstrübung) gegenüber etwaigen normativen Rückfragen gänzlich freigestellt. Die Autonomie wird auf diese Weise solipsistisch enggeführt und normativ entleert. Mit dem von Kant eröffneten Autonomiebegriff, der in der Tradition der deutschen Verfassungsrechtsprechung eine große Rolle spielt, hat dies übrigens nichts mehr zu tun.“ (Stimmen der Zeit 8/2020 S. 563 – 572)

Steffen Augsberg (Professor für Öffentliches Recht an der Universität Gießen und Mitglied des Deutschen Ethikrates) stellt nach Anmerkungen zu Inkonsistenzen im Urteilstext und einer Anfrage zum Demokratieverständnis des BVG in Anbetracht der dem §217 vorausgehenden Meinungsbildung und des gewählten Abstimmungsverfahrens im Deutschen Bundestag (siehe oben) fest: „Konsequenterweise hätte das Urteil eine „flächendeckende Grundversorgung“ mit Suizidassistenten einfordern müssen. Stattdessen endet es mit der genannten, der zuvor bemühten Begründungsstrategie zuwiderlaufenden Aussage, eine „Verpflichtung zur Suizidhilfe“ dürfe es nicht geben.“

Und kommt zu dem Fazit:

„Die Entscheidung.... betrifft ein grundsätzliches Dilemma unserer Gesellschaft. Sie steht wie die beschwerdegegenständliche Strafnorm für die Schwierigkeiten, relationale Autonomie zu bestimmen und abzusichern. ... Das Vorgehen des Gerichts bedient – zuletzt vermehrt zu beobachtende – Wahrheits- und Einheitssehnsüchte, deren Wurzeln letztlich im traditionellen obrigkeitstaatlichen Denken liegen. Das beschädigt die pluralistische und damit notwendig relativistisch-tolerante Demokratie.“ (Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik Nr.1 (1/2020) S.81-83).

Mögliche Entwicklungen auch in Deutschland

Die an Deutschland grenzenden Länder Niederlande (T), Belgien (T), Luxemburg (T), Schweiz sowie in Europa Spanien (T), in Amerika Kanada (T) und Oregon (USA) ermöglichen organisierte Suizidbeihilfe, die mit (T) bezeichneten auch die Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe, Euthanasie im engeren Sinn). Die rechtlichen Regelungen dieser Länder werden im Urteil des BVG dargestellt (RN 25-32) mit Ausnahme von Spanien. Dort trat ein entsprechendes Gesetz erst am 25.6.2021 in Kraft. Luxemburg fehlt aus unbekanntem Grund. Der Vergleich zeigt, dass in der Mehrzahl der o.g. Länder, die sich für den assistierten Suizid entschieden haben, auch der Schritt zur Tötung auf Verlangen gegangen wurde; nur die Schweiz und Oregon haben diese Entwicklung nicht vollzogen. In Deutschland hat der §216 StGB, der Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt, weiter ohne Ausnahmeregelung Bestand. Probleme, die mit der Praxis einer Beihilfe zum Suizid verbunden sein können, und die Liste der Länder mit der Möglichkeit aktiver Sterbehilfe lassen auch bei uns lauter werdende Forderungen nach Änderung von §216 erwarten. Empirische Daten zur Praxis des assistierten Suizids und der Euthanasie fehlen im BVG-Urteil.

Die Königlich Niederländische Ärzte Vereinigung berichtet aktuell (www.knmg.nl/euthanasie): 2020 wurden 6938 Fälle von Euthanasie gemeldet. Dies ist ein Anstieg im Vergleich zum Vorjahr um 9,1 %. Der Anteil an allen Todesfällen ist seit 2016 jedoch um 4,16 % nahezu konstant. Krankheiten, die zur Euthanasie führten, waren in abnehmender Reihenfolge: Krebs (64,6 %), Sonstige

(28,3%), mehrfache Altersstörungen (3,4%), Demenz (2,5%), psychiatrische Störungen (1,3%). Ausführende waren in 82,4% der Fälle Hausärzte - sie haben in den Niederlanden eine zentralere Rolle im Gesundheitswesen als in Deutschland. In 81,8% erfolgte die Euthanasie zu Hause.

In der Schweiz ist die Zahl der Suizide ohne Beihilfe Dritter seit 2010 stabil (ca. 1000 pro Jahr), die Zahl assistierter Suizide hat sich in dem gleichen Zeitraum mehr als verdreifacht. 2018 waren es 1176.

In unserem Land konzentrieren sich vorerst Sterbehilfeorganisationen auf eine Ausweitung ihrer Tätigkeit. Hierzu dient u.a. die Propagierung der Sterbehilfe als „Grundrecht“. In der Schweiz gibt es Bemühungen, die öffentliche Förderung von Pflege- und Altenheimen an die Zulassung von Sterbehilfeorganisationen zu binden. Spanien verlangt von Ärzten, die Sterbehilfe ablehnen, eine Registrierung.

Die Nichtigkeitserklärung des §217 StGB durch das BVG im Frühjahr 2020 hat u.a. infolge der COVID19-Pandemie und des Regierungswechsels Ende 2021 eine gesetzgeberische Lücke hinterlassen. Den gesetzgeberischen Notwendigkeiten und Anliegen, wie sie auch im Urteil des BVG ausdrücklich hervorgehoben werden (RN 337 ff), wurde bisher nicht nachgegangen. Dies gilt auch - abgesehen von der Streichung des einen Satzes in der MBO - für die geforderte „konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzte“(RN 341).

Fazit und Konsequenzen für weiteres Vorgehen

- Satz 3 des Paragraphen 16 „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ sollte - wie in der ärztlichen Muster-Berufs-Ordnung auch - aus der ärztlichen Berufsordnung der Ärztekammer Bremen gestrichen werden.
- Der Feststellung des Ärztetages, dass die Herbeiführung des Todes nie Ziel einer ärztlichen Heilbehandlung war und ist, es lediglich bei terminal Erkrankten davon abweichende und begründete Einzelfallentscheidungen geben kann, schließen wir uns an.
- Die allgemeinen und standesrechtlichen Konsequenzen des Satzes „die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ sollte geklärt werden, wenn diese standesethische Position fassbarere Wirkung haben soll. Keinesfalls darf es eine Verpflichtung zur Mitwirkung am Suizid geben. Indirekten Zwang etwa durch Erstellen von Namenslisten mit Angabe ärztlicher Mitwirkungsbereitschaft beim Suizid oder Auskunftsverpflichtungen vor Anstellung zu einer ärztlichen Tätigkeit darf es nicht geben.
- Das Urteil des BVG hat die Schwäche der deutschen Ärzteschaft bei Dissensen zwischen den Kammern deutlich gemacht, vor allem dann, wenn es sich um wichtige standesrechtliche Fragen handelt. Dies sollte Konsequenzen für gesetzliche Mitgestaltungsinitiativen haben. Vorstöße, die aktive Sterbehilfe gesetzlich ermöglichen sollen, bei der Ärztinnen und Ärzte zwangsläufig in die Pflicht genommen werden, scheinen bereits absehbar.

- Eine Suizidprävention sollte konsequent ausgebaut werden. Hierbei haben seit langem die Palliativmedizin und die Einrichtung von Hospizen hohe Priorität. Weniger präsent ist häufig die präventive Bedeutung stabiler familiärer, aber auch anderer sozialer Netzwerke. Sichere emotionale Bindungen in der Eltern-Kind-Beziehung während der ersten Lebensjahre lassen persönliche und familiäre Schutzfaktoren entstehen. Sie stärken Menschen ein Leben lang – bis ins hohe Alter – und wirken als Gegengewichte zu Einsamkeit und Ungeborgenheit. Bereits bestehende Angebote psychischer Unterstützung für alle Lebensalter, wie z.B. Telefonseelsorge, sollen weiter gefördert werden.

Bremen, 27. September 2021

gez. Prof. Dr. Manfred Anlauf

Mitglieder der Ethikkommission, teilweise ebenfalls Mitglied in der AG "Ärztlich-assistierter Suizid":

Prof. Dr. Manfred Anlauf/Facharzt für Innere Medizin i. R. (Vorsitzender der Ethikkommission und Mitglied der AG)

Prof. Dr. Hannsjörg Bachmann/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin i. R. (Mitglied der AG)

Dr. Eva Ramsauer/Fachärztin für Dermatologie i. R. (Mitglied der AG)

Dr. Rolf-Dieter Schumann/Richter i. R., (Vertreter: Juliane Kamin-Schmielau/Richterin, Ass. jur. Florian Nienaber/Jurist)

Henning Drude/Pastor (Vertreterin: Thekla Röhrs/Pastorin)

Marie Rösler/Dipl. Sozialpädagogin (Vertreterin: Reina Tholen/ Gesundheitswissenschaftlerin)

(Ärztliche Vertreter: Prof. Dr. Willibald Schröder/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Christian Strube/Facharzt für Chirurgie)

Weitere beteiligte Ärzte der Arbeitsgruppe "Ärztlich-assistierter Suizid":

Dr. med. Carl Richard Meier (Vorsitzender der Ethikkommission ab 1. Oktober 2021)

Dr. med. Michael Sachse (Mitglied der Ethikkommission ab 1. Oktober 2021)

Dr. med. Frans Zantvoort (stellvertretendes Mitglied der Ethikkommission ab 1. Oktober 2021)