

Friedrich Kummer

## Kehrtwende: Keine ärztliche Assistenz beim Suizid

Turn Back: no physician-assisted Suicide

„Ärztinnen und Ärzten ist es verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ So lautet die Neuformulierung des §16 (Beistand für Sterbende“) der Deutschen Musterberufsordnung, die Anfang Juni 2011 vom Deutschen Ärztetag – der jährlichen Hauptversammlung der Deutschen Bundesärztekammer – mit großer Mehrheit angenommen wurde. Dem Beschluss war eine über Monate kontrovers geführte öffentliche Debatte vorangegangen, die der scheidende Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe ausgelöst hatte. Im Februar 2011 hatte Hoppe für eine Aufweichung des ärztlichen Berufsethos plädiert, indem er meinte, dass Beihilfe zum Suizid zwar „keine ärztliche Aufgabe“ sei, die Gewissensentscheidung im Einzelfall aber jedem Arzt selbst überlassen sein sollte. Knapp vor dem Deutschen Ärztetag in Kiel ruderte der Vorstand der Deutschen Bundesärztekammer in letzter Sekunde zurück – wohl aufgrund der Proteste aus den eigenen Reihen. Eine knappe und klare Neuformulierung wurde vorgelegt, die mit deutlicher Mehrheit von den obersten Medizinern in Kiel angenommen wurde. Fortan wird in ihrer Berufsordnung nicht nur stehen, dass es verboten ist, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Es folgt auch der unmissverständliche Zusatz, dass Mediziner „keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ dürfen. Federführend war dabei der neugewählte Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery.

Strafrechtlich ist Beihilfe zum Suizid in Deutschland – im Gegensatz zu Österreich – nicht verboten, womöglich wird es daher für die Kammer nicht einfach, zuwider handelnde Kollegen zu sanktionieren. Die Debatte wird also weitergehen, meinen Beobachter: Die Musterberufsordnung muss jetzt in jedem Bundesland in die rechtsver-

bindlichen Landesberufsordnungen umgesetzt werden. Anders als es in der öffentlichen Debatte dargestellt wird, sei auch damit nur ein Rahmen vorgegeben, schreibt Oliver Tolmein in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (12.06.2011). Denn „was geschieht, wenn tatsächlich bekannt wird, dass ein Arzt Beihilfe zum Suizid geleistet hat, wird durch die Berufsordnungen nicht vorgegeben“. In weniger wichtigen Fällen entscheide der Kammervorstand, ansonsten werden Berufsgerichte tätig, die ein weites Spektrum von Sanktionsmöglichkeiten haben, „darunter so harmlose wie die Verwarnung“.

Die der Kehrtwende vorangegangene Debatte darf aber dennoch als Lehrstück betrachtet werden.

Am 18. Februar 2011 hatte die deutsche Bundesärztekammer bekannt gegeben, dass „eine Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“ sei. Damit sollte die seit 2004 gültige Formulierung ersetzt werden. Diese lautete: „Die Mitwirkung bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“ – eine Formulierung, die für die heikle Materie des Lebensendes sensibilisieren sollte und Ärzten die Vielschichtigkeit ihres Tuns eindringlich bewusst machen. Der scheidende Präsident der Deutschen Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, sprach hingegen von einem „Widerspruch“ zwischen Strafrecht und ärztlichem Berufsethos, den man nun „auflösen“ sollte.

Hinter der neuen, radikalen Umformulierung stand eine schon seit Mitte 2010 anhaltende Diskussion, die sich einerseits an Urteilen des Deutschen Bundesgerichtshofs (BGH) in Fällen von strittigen Kompetenzüberschreitungen im Rahmen der End-of-Life-Care, und andererseits am Inkrafttreten des Gesetzes zur Patientenverfügung entzündet hatte.

Die Unverbindlichkeit der neuen Formel war

bemerkenswert. Hoppe wand sich in den darauffolgenden Monaten durch die Interviews mit der deutschen Presse: Es sei weiterhin wichtig darauf hinzuweisen, dass die Mitwirkung des Arztes beim Suizid dem ärztlichen Ethos widerspreche; er selbst strebe ja keineswegs eine Liberalisierung der Position der Bundesärztekammer in dieser schwierigen Frage an; außerdem solle jeder Arzt nach seinem Gewissen entscheiden, und er, Hoppe, würde aber natürlich selbst keine Suizidbeihilfe leisten.

Ende 2010 hatte die Bundesärztekammer im Zuge einer Allenbachstudie erhoben, dass 62% der befragten Ärzte die ärztliche Hilfestellung beim Suizid ablehnen gegenüber 30% Befürwortern. Dieses Umfrageergebnis wurde – wie üblich – von Befürwortern („... über ein Drittel der Ärzte sieht im assistierten Suizid kein ethisches Problem!“) und Gegnern („massive Mehrheit der Ärzte gegen Beihilfe zum Suizid“) als Erfolg gewertet. Noch gewichtiger war aber der Beschluss der Landesärztekammer von Hessen und jener von Westfalen-Lippe, in dem sie ihre Zustimmung zu der geplanten Änderung verweigerten. In Österreich liegt die Sache anders – und einfacher: Hier ist jegliche Mitwirkung am Selbstmord strafrechtlich pönalisiert (§78 StGB), sodass schon allein auf dieser Basis kein Spielraum für eine Umdeutung des ärztlichen Ethos besteht.

Es gibt so manche Fortschritte, die in Wahrheit Rückschritte sind: Es beginnt mit der „Sterbehilfe“ als Recht auf Autonomie, dann ertönte der Ruf nach Euthanasie für jene, die ohnehin schon ein „mensenunwürdiges“ Leben führen und wo Ärzte „aus Mitleid“ inzwischen auch ungefragt töten. Länder wie Holland und Belgien haben vorgezeigt, dass das alles offenbar lupenrein ist, weil ja auch entsprechende Gesetze geschaffen wurden, die die Tötung auf Verlangen (auch der Angehörigen?) legalisieren.

Vor Monaten bereits hatten die beiden Professoren, der Mediziner Christoph Student (Leiter des Deutschen Instituts für Palliative Care) und der Jurist Thomas Klie (bis 2008 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) festgehalten, dass menschenunwürdige Pflegesitu-

ationen den Ruf nach dem Giftbecher provozieren, während durch eine differenzierte Schmerztherapie mit Ausbau der Palliativmedizin eine nachhaltigere Besserung der Lage zu erreichen sei.

Die Palliativmedizin spielt hier wohl eine wichtige Rolle. Sie bietet die besten Konzepte für den Ausweg aus dem Suizid-Dilemma an. Tatsächlich sind die dort tätigen Ärzte dem menschenfreundlichen Paternalismus der verantwortlichen Obsorge verpflichtet, die sehr wohl zwischen „Nachhelfen“ (Euthanasie) und echter Sterbebegleitung zu differenzieren weiß.

Zurecht weist aber Tolmein auch darauf hin, dass unerträgliche Schmerzen zwar oft in den Medien als oberstes Suizid-Motiv dargestellt werden, in der Praxis es jedoch andere Probleme sind, die Menschen dazu bringen, den Arzt um Beihilfe zum Suizid zu bitten. So würden Zahlen aus dem amerikanischen Bundesstaat Oregon belegen, dass, wo ärztlich assistierter Suizid legal ist, das beherrschende Motiv für den Suizid der „Verlust von Autonomie“ ist, genauer der „Verlust der Fähigkeit etwas zu unternehmen, was das Leben lebenswert macht“. Selbst die Angst, Angehörigen zur Last zu fallen, rangiert weit vor einer tatsächlichen oder befürchteten unzureichenden Schmerzbehandlung.

Fazit: Wenn Menschen aber nicht aus medizinischen Gründen den schnellen Tod suchen: Warum sollen dann gerade Ärzte hier „helfend“ einspringen? Ärzte stehen in einer besonderen Verantwortung: Helfen sie Patienten bei der Selbsttötung, ist das auch ein Expertenurteil über den Wert menschlicher Existenz. Das aber kann und darf sich niemand anmaßen – ein Arzt, der sich zum Helfen verpflichtet hat, am allerwenigsten. Selbst die Feuerwehr hat ihr „Bergen, Retten, Löschen, Schützen“, analog dazu die Ärzte ihr Helfen, Heilen, Lindern. Es ist klüger, sie nicht vom „Schützen“ zu entbinden.

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer  
IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
fkummer@aon.at