

# **Stellungnahme zum Gesetzesvorschlag zur Regelung eines assistierten Suizids der Professoren Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing**

von  
Manfred v. Lewinski

Die Grundüberlegungen des vorgelegten Buches und die daraus abgeleiteten Ziele überzeugen mich weitestgehend. Sehr verdienstvoll ist es auch, dass es die Autoren nicht bei Grundüberlegungen belassen, sondern diese in einem praktischen Gesetzesvorschlag verdichtet haben, denn – wie so oft – zeigt sich erst in der handlungsbezogenen Konkretisierung von prinzipiellen Überlegungen und Intentionen ihre Angemessenheit und Brauchbarkeit.

Eben hierauf beziehen sich die nachfolgenden, kritischen Anmerkungen:

1. Die Suizidbeihilfe, wie in § 217 Abs. 1 des Entwurfes vorgesehen, abweichend von der bisherigen Rechtslage zu einem Straftatbestand zu machen, ist bedenkenswert als ein Mittel zur Vorbeugung gegenüber Missbräuchen. Sachgerecht ist auf alle Fälle, bestimmte Personengruppen vom Verbot der Suizidbeihilfe auszunehmen. Letztlich nicht überzeugend und unangemessen hingegen erscheint die unterschiedliche Behandlung von Ärzten einerseits und Angehörigen sowie dem Suizidwilligen nahestehenden Personen andererseits. Während erstere, die unter bestimmten Voraussetzungen Suizidbeihilfe leisten, nicht rechtswidrig handeln (§217 Abs. 4 d.E.), tun letztere, die Beihilfe zum Suizid leisten nach dem Verständnis des Entwurfes etwas Rechtswidriges. Sie werden lediglich straflos gestellt (§ 217 Abs. 3 d.E.).

Mit Blick auf ihre menschlich schwierige, in der Regel sehr selbstlose, für einen Suizidenten aber oft so wichtige Rolle ist dies ein stigmatisierender Makel. Angemessener und zielführender wäre es, die Rechtmäßigkeit auch ihres Beistandes zum Suizid inhaltlich daran zu knüpfen, dass sie den Sterbewilligen nicht zum Suizid anstiften und dass ihre Hilfe, so wie es in der Schweiz geregelt ist, nicht eigennützige Motiven verfolgt.

2. Der Entwurf des § 217, Abs. 4 macht die (nach dem Vorschlag wohl unumgängliche) ärztliche Suizid-Beihilfe davon abhängig, dass zwei Ärzte zu dem Ergebnis kommen müssen, dass sie den Suizidwilligen in seinem Sterbewunsch für freiverantwortlich, unheilbar todkrank und mit einer nur noch begrenzten Lebenserwartung versehen einschätzen.

Damit setzt sich der Entwurf in diametralen Widerspruch zu dem im Begleittext in den Mittelpunkt gestellten Ziel, die Autonomie des Patienten und sein Selbstbestimmungsrecht auch mit Blick auf sein Lebensende zu respektieren. Die nach dem Entwurf an staatliche Vorgaben gebunden ärztliche Suizidbeihilfe unterwirft den Suizidwilligen in seinem Sterbewunsch in bedenklicher Weise den Urteilen und Bewertungen Anderer. Das wird nicht nur zur Folge haben, daß in dieser Richtung angesprochene Ärzte eine Suizidbeihilfe ablehnen können, was ihnen unbedingt zugebilligt werden muss. Es kann und wird vor allem unweigerlich dazu führen, dass nicht allein die aus den Vorgaben abgeleiteten fachlichen Einschätzungen der Ärzte sehr unterschiedlich ausfallen können. Hinzu tritt, und zwar unkontrollierbar, auch ihr jeweiliges weltanschauliches Vorverständnis. Aus beidem heraus kommen sie dann u.U. zu verbindlichen Urteilen über eine in ihren Augen fehlende Freiverantwortlichkeit („jeder Suizidwunsch eine krankhaft depressive

Verstimmung?“<sup>1</sup>, über mögliche Heilbarkeit („lässt sich verbindlich sagen, welche denkbaren Heilungs- oder Wiederherstellungsmöglichkeiten noch geboten sind und muss ein Patient das dann wollen?“) und über ein noch nicht zu erwartendes nahes Ende abgeben („ist das nicht weitgehend manipulierbar angesichts der heutigen medizinischen Möglichkeiten?“). Diesen Urteilen ist der Sterbewillige dann hilflos ausgeliefert. Allenfalls bleibt ihm eine Ärzte-Odyssee, bis er vielleicht doch noch Ärzte findet, die bereit sind, die geforderten gesetzlichen Voraussetzungen als gegeben anzusehen.

Dieses Dilemma ließe sich auflösen durch ein, die Rolle der Ärzte begrenzendes Verfahren, wie es in dem auf der Website ebenfalls abrufbaren „Exposé zur Problematik selbstbestimmten Sterbens“ entworfen worden ist<sup>2</sup>.

3. Obwohl der Begleittext des Entwurfes an einer Stelle auch die Demenzproblematik aufgreift, wird er ihr in keiner Weise gerecht. Durch die Reaktivierung des Kriteriums der Todesnähe, das der Bundestag 2009 im Zuge seiner Regelung der Gültigkeit und Reichweite von Patientenverfügungen nach eingehender Debatte hinter sich gelassen hatte<sup>3</sup>, wird die Lösung dieses Problems praktisch unmöglich: Folgt man der Fassung von §217 Abs. 4 d.E., würde, wer angesichts einer heraufziehenden Demenz in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes noch freiverantwortlich seinem Leben ein Ende setzen möchte, in den meisten Fällen daran scheitern, daß er noch eine ganze (schreckliche) Weile damit zu leben hat. Denn Demenz ist nach aller Erfahrung keine Krankheit in Todesnähe. Näherte der Demenzkranke sich dann schließlich seinem Ende, würde er gar nicht mehr in der Lage sein, einen freiverantwortlichen Willen zu äußern, geschweige denn ihn selbst zu vollziehen.

Und noch eine weitere Problematik lässt der Gesetzentwurf völlig unberücksichtigt: Den Wunsch alter, aus ihren Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft entlassener, lebenssatter oder lebensmüder Menschen, denen in ihrer zunehmenden Hinfälligkeit die Interessen und Ziele wegsacken, vor ihrem nahenden körperlichen und seelischen Verfall einen ersehnten Weg in ein würdiges Sterben zu haben<sup>4</sup>. Wenn die Berücksichtigung dieses Anliegens, wie aus der Begründung ersichtlich, ausdrücklich nicht beabsichtigt ist, kneift der Entwurf vor einschlägigen, ernststen Problemen und bleibt damit Stückwerk. Das ist schade!

4. Nach Überzeugung der Autoren ist die Beihilfe zum Suizid also kein angemessener Ausweg für Demenz und Altersmüdigkeit. Die Gesellschaft als Ganzes respektive der Gesetzgeber, müssten für einen respektvollen Umgang mit diesen vulnerablen Gruppen sorgen. Solange die palliative Versorgung auch für diese Gruppen nicht flächendeckend gewährleistet sei (und die Realität sei davon weit entfernt), käme eine Legalisierung der Beihilfe zum Suizid für diese Gruppen einer Bewertung von deren Lebensunwertigkeit durch Dritte gleich. Das aber könne nicht im Sinne der Betroffenen sein, zumal das nur den sozialen Druck auf diese Menschen erhöhen würde, der Sozialgemeinschaft nicht zur Last zu fallen.

---

<sup>1</sup> Zur Freiverantwortlichkeit siehe des Näheren Exposé : Suizid – eine freie Entscheidung S. 2 ff und „Freiheit zum Tode? – Annäherungen und Anstöße, Kapitel 2: Freiheit zum Tode – gibt es das?

Zur Frage von Freiverantwortlichkeit und Depression siehe „Freiheit zum Tode? – Annäherungen und Anstöße, Kapitel 12: Seelisch krank – entscheidungsunfähig?

<sup>2</sup> Exposé : Eigenständiger oder assistierter Suizid S. 15 f und Sicherstellung einer freien Willensentscheidung S. 16 f sowie Einbindung naher Angehöriger S 17 f

<sup>3</sup> Hierzu Freiheit zum Tode? – Annäherungen und Anstöße, Kapitel 10: Patientenverfügung – Bundestag setzt Meilensteine

<sup>4</sup> Hierzu eingehend Exposé: Freiheit und fremdgeleitete Selbsttäuschungen S. 4ff und Lebenserhaltung – Bürgerpflicht? S. 8 ff (Ansprüche des Gemeinwesens)

Dem ist entgegenzuhalten: Ganz davon abgesehen, dass es für viele aus diesen beiden Gruppen ein dringender autonomer Wunsch ist, nicht weiter leben zu müssen oder weitere lebensverlängernde Hilfen Anderer in Anspruch zu nehmen und darüber hinaus palliative Maßnahmen bei ihren spezifischen Problemen vielfach überhaupt nicht die Mittel der Wahl sind (es sei denn, man lege das kritische Bewusstsein der Betroffenen medikamentös still oder versuchte, sie auf einen persönlichkeitsverändernden Wohlfühltrip zu bringen), beinhaltet diese so verantwortungsvoll und fürsorglich wirkende Argumentation im Klartext doch zugleich dies: Weil die Gesellschaft eine palliative oder sonst auffangende Versorgung von dementen und altersmüden Menschen noch nicht flächendeckend gewährleisten kann, vielmehr realiter noch weit davon entfernt ist, müssen die Betroffenen sehen, wie sie damit zurechtkommen ohne ihrem hinfällig werdenden Leben auf eine ihre Selbstachtung wahrende, sichere, sanfte und für ihre Mitmenschen einigermaßen erträgliche Weise ein Ende setzen zu können. Verschafft sich da nicht vielmehr die Gesellschaft mit erschwerenden Regelungen zum Suizid jeden ihr passenden Aufschub, ihr Problem oder das, was sie dafür hält, auf Kosten von Sterbewilligen nach Kassenlage zu lösen? Würde nicht vielmehr ihr erklärtes Anliegen, Suizidwünsche durch flächendeckende palliative Versorgung entbehrlich machen zu können, durch eine Liberalisierung der bisherigen Praxis erst zu einem echten Prüfstein für die Ernsthaftigkeit und Tragfähigkeit dieser Absichten?

5. Insbesondere im Zusammenhang mit Punkt 3 fehlt in der Entwurfsbegründung auch sonst unerlässliche Auseinandersetzung mit Art. 2 Abs. 1 GG und den mit ihm gezogenen Grenzen. Das in bestimmten Grenzen dem Einzelnen verbürgte Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit ist der im Zusammenhang mit der Suizidproblematik wirklich unverzichtbare "Antagonist" zur verfassungsmäßig dem Staat gebotenen Verpflichtung zum Lebensschutz. Ohne seine Einbeziehung muss in dieser Sache eine verfassungskonforme Rechtsgüterabwägung Stückwerk bleiben. Zumal aus ihm auch durchaus wichtige Einschränkungen abzuleiten wären, auf die ein Gemeinwesen Anspruch erheben kann – wenngleich andere, als der vorgelegte Vorschlag sie setzt. Auch hierzu möchte ich auf meine Ausführungen im Exposé verweisen.<sup>5</sup>

Stand 20. 10. 2014

---

<sup>5</sup> Exposé: Lebenserhaltung – Bürgerpflicht? S. 6 ff