

Sterbehilfe heute: Wo liegen die Gefahren des „guten Todes“?

Axel W. Bauer

Vortrag bei der Gedenkfeier
Alle hatten einen Namen ... Gedenktag für die Opfer der „Euthanasie“-Verbrechen
im Festsaal von Vitos Riedstadt (Philippshospital)
am 1. September 2019

„Ich klage an“

„Nicht das ist die beste Propaganda, bei der die eigentlichen Elemente der Propaganda immer sichtbar zutage treten, sondern das ist die beste Propaganda, die sozusagen unsichtbar wirkt, das ganze öffentliche Leben durchdringt, ohne dass das öffentliche Leben überhaupt von der Initiative der Propaganda irgendwie Kenntnis nimmt.“¹

Dieses Zitat stammt aus einer Rede von Joseph Goebbels (1897-1945), Reichsminister für Volksaufklärung und Propaganda sowie Präsident der Reichskulturkammer, die er im Februar 1941 vor der Reichsfilmkammer in der Charlottenburger Meinekestraße 21 hielt. Als Goebbels diese perfide, aber in der Sache absolut zutreffende strategische Bemerkung machte, lief die mörderische Vernichtungsmaschinerie der sogenannten „Euthanasie“ bereits seit mehr als 16 Monaten auf Hochtouren. Nur wenige Tage vor der Berliner Rede hatte der Propagandaminister am 31. Januar 1941 in sein Tagebuch notiert: „Mit Bouhler Frage der stillschweigenden Liquidierung von Geisteskranken besprochen. 80.000 sind weg, 60.000 müssen noch weg. Das ist eine harte, aber auch eine notwendige Arbeit. Und sie muss jetzt getan werden. Bouhler ist der rechte Mann dazu.“² Philipp Bouhler (1899-1945), Chef der Kanzlei des Führers, war neben dem Chirurgen Karl Brandt (1904-1948) der von Adolf Hitler (1889-1945) persönlich ernannte Organisator jener seit dem Herbst 1939 planmäßig betriebenen Ermordung geistig Behinderter.

Aus der Reichskanzlei kam dann auch, ganz im Sinne der eben zitierten Analyse von Goebbels, alsbald die Anregung zur Produktion des am 29. August 1941 uraufgeführten Spielfilms *Ich klage an*, der unter der Regie von Wolfgang Liebeneiner

¹ Joseph Goebbels, Rede vor der Reichsfilmkammer, Februar 1941. Zitiert nach Schmid (2012).

² Ebd.

(1905-1987) entstand. Dieser Film war mehr als ein „Sterbehilfe-Melodram“, er diente vielmehr als ein Vehikel zur subtilen Verführung der Zuschauer, zur Parteinahme für die sogenannte „aktive Sterbehilfe“. Die Sympathie des Publikums gilt zunächst Hanna Heyt, einer jungen Frau, deren Mann, der Mediziner Dr. Thomas Heyt, einen Ruf auf den Direktorenposten eines Münchener Forschungsinstituts bekommen hat. Während einer privaten Feier des beruflichen Aufstiegs zeigen sich bei Hanna erste Symptome der Multiplen Sklerose, die kurz darauf von Dr. Bernhard Lang, einem Freund des Ehepaares, diagnostiziert wird.

Nun forscht Professor Heyt in seinem Labor nach einem mögliche Erreger dieser Krankheit und einem Mittel für deren Heilung. Bei Hanna schreitet indessen die Multiple Sklerose rasch fort. Sie erkennt, dass sie sich nach der Lähmung ihrer Beine und Arme immer weniger bewegen können. Daraufhin bittet sie Dr. Lang, sie zu töten, falls es ganz schlimm werden sollte. Sie möchte nicht, dass ihr Mann eines Tages froh ist, wenn sie endlich gestorben ist, nachdem sie ihm womöglich „nur noch eine Last“ war. Dr. Lang weist ihr Ansinnen als ethisch inakzeptabel zurück. Doch infolge der Krankheit verschlechtert sich Hannas Gesundheitszustand rasch. Als Hanna unter Atemlähmungen leidet, bittet sie ihren Mann, ihr zu helfen. Der entwendet ein Medizinfläschchen von Dr. Lang und verabreicht seiner Frau eine Überdosis, an der sie stirbt.

Dr. Lang ist außer sich, er bezichtigt Heyt des Mordes und kündigt die Freundschaft. Thomas Heyt wird schließlich von seinem Schwager angezeigt. Im Strafverfahren vor dem Schwurgericht stellt sich die Tat nach den Zeugenaussagen als ein quasi-humanitärer Akt dar; die Schöffen diskutieren kontrovers. Der Vorsitzende Richter meint jedoch, es fehle der Nachweis des ausdrücklichen Verlangens der Tötung durch die Getötete gegenüber dem Angeklagten, wie ihn § 216 StGB damals wie heute verlangt.

Zuletzt erscheint auch Dr. Lang als Zeuge vor Gericht. Durch die Konfrontation mit einem geistesgestörten Kind wurde Lang mittlerweile zum Umdenken veranlasst. Er hatte das an Hirnhautentzündung erkrankte Kind mit allen Mitteln am Leben erhalten. Die Eltern des Kindes fragen ihn, warum er es nicht habe sterben lassen, denn nun lebt es als Folge der Behandlung blind, gelähmt und geistesgestört in einer

Psychiatrischen Anstalt. Dr. Lang bestätigt dem Gericht das ausdrückliche Verlangen von Hanna Heyt. Der Angeklagte Thomas Heyt hält noch ein kurzes Plädoyer in eigener Sache. Er fordert ein Urteil, „um Klarheit zu schaffen für sich und zukünftige solche Fälle“.³ Damit endet der Film, der sowohl die NS-Euthanasie an Geisteskranken als auch die „aktive Sterbehilfe“ im milden Licht der Humanität erscheinen lässt. Die Antwort auf die offene Frage nach der Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen gibt nicht das Gericht im Film, sondern der Zuschauer sich selbst auf dem Heimweg vom Kino. Genau darin liegt die suggestive Kraft der Verführung von Liebeneiners Werk.

Vor diesem historischen Hintergrund ließ mich in Mai 2019 der selbst verfasste Nachruf eines ausgerechnet 1941 geborenen 78 Jahre alten Mannes aus dem Rhein-Sieg-Kreis erschauern, der seit 2017 an Amyotropher Lateralsklerose erkrankt war. Es heißt darin: „Da ich diese Krankheit nicht bis zum Schluss auskosten wollte, stellte ich beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einen Antrag zum Erwerb eines tödlichen Medikamentes. Dieser Antrag wurde abgelehnt. Das Sterbefasten war die einzige Möglichkeit, die mir nach reiflicher Überlegung verblieb. Es ist ein Verhungern und Verdursten bis zum Organversagen, das palliativ begleitet wird. Das ist meines Erachtens unzumutbar und unwürdig. [...] Ich bin nicht verbittert, aber ich klage an - unseren Staat - der es mir verweigert hat, in Würde zu sterben.“⁴

Die wohl kaum zufällige Parallele zwischen dem Film *Ich klage an* von 1941 und der Todesanzeige eines Bürgers im Jahr 2019 ist für den Medizinhistoriker und Medizinethiker äußerst verstörend. Hat eine staatliche Behörde - 74 Jahre nach dem Ende der NS-Diktatur - etwa bereits eine zumindest moralische Pflicht, Schwerkranken auf deren individuellen Antrag hin in den Tod zu verhelfen? Diese Frage bildet den historischen und ethischen Hintergrund meiner folgenden Reflexionen.

³ Zur Inhaltsangabe siehe auch [https://de.wikipedia.org/wiki/Ich_klage_an_\(1941\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Ich_klage_an_(1941)) (Stand: 20.8.2019).

⁴ Aus dem Nachruf von Klaus Grosch (1941-2019): <https://www.wirtrauern.de/traueranzeige/klaus-grosch> (Stand: 20.8.2019). Zu den weiteren Umständen des Falles siehe Ebert (2019).

Grenzen und Entgrenzung in Politik und Wissenschaft

Im Jahr 2017 erschien mein Buch *Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland*.⁵ Darin habe ich auch über Entgrenzungsprozesse am Ende des Lebens nachgedacht. Ich äußere mich dabei nicht als *der* Medizinethiker schlechthin, sondern aus meiner individuellen Sicht, die von der konservativen „Pro-Life“-Position geprägt ist. Andere Medizinethiker würden Ihnen vermutlich Gegensätzliches darlegen, vor allem dann, wenn sie der liberalen „Pro-Choice“-Fraktion innerhalb unseres Faches angehören. Am Beginn jeder Moral, auch der ethisch reflektierten, steht nämlich stets ein nicht letztbegründbares Axiom oder Prinzip, das man nicht wegnehmen kann, ohne das gesamte Gedankengebäude zum Einsturz zu bringen.⁶

Seit dem Herbst 2015 beschäftigt uns in Deutschland das Thema *Grenzen* und deren Öffnung in topographischer, demographischer und sozialer Perspektive. Ähnlich wie vor mehr als zwei Jahrzehnten mit dem Aufkommen des *Internets* der Begriff *Vernetzung* plötzlich in aller Munde war, hat das Thema *Grenzen* und deren Auflösung, die *Entgrenzung*, derzeit durchaus das Potenzial, zu einem neuen interdisziplinären Reflexions- und Diskursfokus zu werden. Doch während das *Netz* und die *Vernetzung* eine eher positive Bedeutung erhalten haben, sieht es bei den *Grenzen* ganz anders aus. Die Protagonisten der *Entgrenzung* nutzen mehr oder minder subtil das immer noch wirkungsvolle Bild des im Herbst 1989 geöffneten *Eisernen Vorhangs* zwischen Ost und West, um Grenzen ganz generell als einengende, tödliche und in jedem Fall zu überwindende Einrichtungen darzustellen. Der Held der vor diesem Hintergrund mit suggestiver Kraft erzählten Geschichten ist dann stets derjenige, der - wie einst US-Präsident Ronald Reagan (1911-2004) am 12. Juni 1987 vor dem Brandenburger Tor in Berlin - rhetorisch brillant fordert: „Mr. Gorbachev, tear down this wall!“

Nicht immer jedoch müssen Grenzen aus der Perspektive desjenigen betrachtet werden, der sie niederreißen möchte. Denn Grenzen haben oft auch eine schützende Funktion, wie etwa die Hecke in unseren Vorgärten oder die mittelalterliche Stadtmauer. In der Moral kennen wir normative Grenzen, die wir uns setzen, um

⁵ Bauer (2017).

⁶ Engelhardt (2012).

Gutes von Schlechtem unterscheiden zu können. Solche Grenzen jedoch stehen in modernen pluralistischen Gesellschaften seit einigen Jahrzehnten zur Disposition. Es ist geradezu eine *normative Entgrenzung* der Lebenswissenschaften in Gang gebracht worden, speziell auf den Beginn und das Ende des menschlichen Lebens bezogen.

Dabei fällt auf, dass auf der argumentativen Vorderbühne, der *Front of House* im Sinne des Soziologen Erving Goffman (1922-1982), vor allem hehre und positiv konnotierte Begriffe wie *Ethik des Heilens* oder *Respekt für die Selbstbestimmung* geradezu obsessiv ins Zentrum der Debatten gerückt werden, während es hinter den Kulissen, also *Backstage*, häufig darum geht, den Schutz des menschlichen Lebens im Interesse der biologischen Forschung einerseits so spät wie möglich beginnen, ihn andererseits aber unter dem Druck demografischer und vermeintlicher ökonomischer Notwendigkeiten eher (zu) früh enden zu lassen. Medizin- und Bioethik, die dem Wortlaut nach Bereichsethiken des Heilens beziehungsweise des Lebendigen schlechthin sein sollten, verwandeln sich vor unseren Augen allmählich in Disziplinen, die allzu oft den Tod im Gepäck haben, dessen vorzeitige Herbeiführung sie philosophisch zu rechtfertigen suchen.

Die öffentlich vermittelte Illusion vom „selbstbestimmten“ Tod

Nirgendwo lässt sich diese Entwicklung besser verfolgen als auf dem Gebiet der Sterbehilfe, hier insbesondere bei dem in den letzten Jahren besonders aktuellen Thema des assistierten Suizids. In den letzten 25 Jahren hat sich eine zunehmende Tendenz gezeigt, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten solitär in den Vordergrund zu rücken. Es liegt eine gewisse Tragik dieser Entwicklung darin, dass es ausgerechnet das Sterben ist, bei dem sich das Selbstbestimmungsrecht vorrangig bewähren soll.⁷ Man gewinnt den Eindruck, dass das Recht auf Selbstbestimmung inzwischen mit einem Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt geradezu identifiziert wird. Die ständig wiederholte Rede vom *selbstbestimmten Sterben* oder gar vom *Sterben in Würde* wirkt irritierend, denn man will uns damit einreden, wir hätten enorme Spielräume ausgerechnet beim Sterben, und ein ungesteuert eintretender Tod sei würdelos.⁸

⁷ Bauer (2009a), S. 169-180 sowie im Hinblick auf das Thema *Autonomie* Bauer (2016).

⁸ Bauer (2013).

Nicht wenige Juristen und Medizinethiker sagen, der Suizid sei Ausdruck der personalen Autonomie, die Selbsttötung demnach eine zumindest grundsätzlich respektable Ausdrucksform menschlichen Handelns. Doch stimmt das wirklich? Zumindest die Autonomie im Sinne Immanuel Kants (1724-1804) als die Fähigkeit des mit Vernunft begabten Menschen, sich vernünftige - und nicht etwa beliebige - moralische Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, hat ihren nicht hinweg zu denkenden Grund in der physischen Existenz der Person. Sie ist also Folge und nicht Ursache unserer biologischen Konstitution. Insoweit beschränkt sich die legitime Reichweite der menschlichen Selbstbestimmung eigentlich auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage.⁹

Der assistierte Suizid als rechtspolitisches Thema in Deutschland

Doch zurück in die Gegenwart, und die wird weniger von der Philosophie als vielmehr von der jeweiligen Rechtslage geprägt. In Deutschland beispielsweise waren bis zum 9. Dezember 2015 sämtliche Formen der Anstiftung und der Beihilfe zur Selbsttötung nicht rechtswidrig und somit nicht strafbar. Nach dem tradierten Rechtsgrundsatz der Akzessorietät von Täterschaft und Teilnahme wurden Anstiftung und Beihilfe (§§ 26 und 27 StGB) zur Selbsttötung nicht geahndet, weil der Suizid selbst kein Straftatbestand ist.¹⁰ Der Suizident handelt außerhalb der Sphäre des Strafrechts.

Am 6. November 2015 jedoch beschloss der Deutsche Bundestag den neuen § 217 StGB. Es wurde dabei die *geschäftsmäßige* Suizidhilfe unter Strafe gestellt. Anders als im Fall der *Gewerbsmäßigkeit*¹¹, bei der eine Gewinnerzielungsabsicht bestehen müsste, liegt geschäftsmäßiges Handeln bereits dann vor, wenn jemand beabsichtigt, die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegenstand seiner beruflichen Betätigung zu machen. § 217 StGB stellt in Absatz 1 die „geschäftsmäßige Förderung

⁹ Auf die offenkundigen logischen Schwächen in der Begründung des uneingeschränkten Selbsttötungsverbots als Lebenserhaltungspflicht bei Immanuel Kant hat Manfred Wetzel mit Recht verwiesen: Für die einem Suizid zugrunde liegende Maxime macht es in der Tat einen Unterschied, ob sie postuliert, „nach Belieben ...“ oder aber zum Beispiel „im Falle jahrelanger qualvoller unheilbarer Krankheit“ erfolge die Einwilligung zur Sterbehilfe. Nur die Maxime „nach Belieben“ würde einen transzendentalphilosophischen Selbstwiderspruch erzeugen. Vgl. Wetzel (2004), S. 390-391.

¹⁰ Bauer (2015a).

¹¹ Siehe dazu den ersten, 2013 gescheiterten Gesetzgebungsversuch zu einem § 217 StGB, bei dem die Gewerbsmäßigkeit der strafrechtliche Anknüpfungspunkt war. Vgl. hierzu Winkelmeier/Bauer 2018.

der Selbsttötung“ unter Strafe. Allerdings bleiben gemäß Absatz 2 Anstiftung und Beihilfe zu dem neuen Delikt dann straffrei, wenn der Teilnehmer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und er entweder Angehöriger des Suizidenten ist oder diesem nahesteht.¹²

Abgesehen davon, dass der unscharfe Begriff *Geschäftsmäßigkeit* verfassungsrechtliche Probleme aufwirft, bleibt unverständlich, weshalb die Autoren des Gesetzesentwurfs Angehörigen und dem Suizidenten nahestehenden Personen grundsätzlich „altruistische Motive“¹³, „tiefes Mitleid“ und „Mitgefühl“¹⁴ unterstellen, womit deren Straffreiheit begründet werden soll. Auch „Angehörige von Heilberufen“, also vor allem Ärzte, sollen „im Einzelfall“ vom Tatbestand des § 217 Absatz 1 StGB nicht erfasst werden, weil sie dann typischerweise gerade nicht geschäftsmäßig handeln würden.¹⁵ Es bleibt dabei unklar, an welche konkreten Methoden der „Suizidbegleitung“ für die „im Einzelfall“ legale ärztliche Suizidassistenz gedacht wird, da zumindest bislang das Betäubungsmittelgesetz nicht geändert wurde. Das in der Schweiz verschreibungsfähige Gift Natriumpentobarbital ist in Deutschland nur zum Einschläfern von Tieren zulässig.¹⁶

Das Gesetz wirft mehr Probleme auf, als es zu lösen in der Lage wäre. Wie soll man, zumal bei Ärzten, die Gewissensentscheidung in „Ausnahmefällen“ von regelmäßigem, „geschäftsmäßigem“ Handeln abgrenzen? Vor Gericht zu klären wäre dann jeweils, mit welcher Absicht und welchem „Regelmäßigkeitsbewusstsein“ die Suizidhelfer handeln. In der Bundestagsdebatte am 2. Juli 2015 betonte der federführende Autor des neuen Gesetzes, der Fuldaer CDU-Abgeordnete Michael Brand, strafbar solle nur ein Handeln sein, das „auf Wiederholung angelegt“¹⁷ sei.

Dubios bleibt auch der Umgang mit dem „Sterbetourismus“ in die Schweiz: Zwar ist die „geschäftsmäßig“ organisierte Suizidhilfe nach deutschem Recht jetzt eine Straftat. Das heißt, dass man in Deutschland bestraft werden könnte, wenn man

¹² Brand, Griese, Vogler, Terpe, Frieser (2015), S. 5.

¹³ Ebd., S. 14.

¹⁴ Ebd., S. 24.

¹⁵ Ebd., S. 23.

¹⁶ Siehe dazu aber auch Bauer (2018).

¹⁷ Siehe dazu das Plenarprotokoll der 115. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 2. Juli 2015, S. 11053. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/18/18115.pdf> (Stand: 20.8.2019)

Teilnehmer dieses Sterbetourismus wäre, etwa dadurch, dass man den Suizidenten bei der Fahrt nach Zürich unterstützt oder selbst das Auto steuert. Doch gerade hier gibt es eine Ausnahme: Angehörige oder „nahestehende“ Personen bleiben nach § 217 Absatz 2 StGB als Anstifter oder Gehilfen einer solchen Tat selbst straf-frei. Der neue Paragraph soll prinzipiell verhindern, dass Menschen sich durch orga-nisierte Sterbehilfeangebote zum Suizid „direkt oder indirekt gedrängt fühlen“. Doch ein direktes oder indirektes Drängen zum Suizid kann man sich am ehesten in Familien vorstellen: Ein Schwerstkranker wird aufmerksam zuhören, wenn die Tochter oder ein enger Freund über eine mögliche Fahrt in die Schweiz sprechen.¹⁸

Man darf ferner nicht übersehen, dass es auch in der Ärzteschaft Kräfte gibt, die einen rechtsfreien Raum erstreben, der ihnen die Möglichkeit gibt, Patienten ein tödliches Gift für den Suizid zur Verfügung zu stellen - und vielleicht noch mehr zu tun. Keineswegs geht die Stimmung in den Bezirks- und Landesärztekammern ein-hellig dahin, dass alle Ärzte der Meinung wären, Suizidbeihilfe gehöre nicht zu ih-ren Aufgaben. Vielmehr gibt es durchaus Bestrebungen, den Willen der Bundesärz-tekammer durch stille Opposition zu unterlaufen. Nicht zufällig gewählt erscheint deshalb etwa die von der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer abwei-chende Formulierung in § 16 der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, in welcher der Satz „Sie *dürfen* keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ in den Satz „Sie *sollen* keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ relativiert wurde.

Noch weiter ging die Bayerische Landesärztekammer, die in der Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in § 16 die beiden Sätze aus der Musterberufs-ordnung der Bundesärztekammer, die ein standesrechtliches Verbot der Suizidbei-hilfe enthalten, gar nicht übernahm. In gleicher Weise entschied sich die Landes-ärztekammer Baden-Württemberg in ihrer geänderten Berufsordnung. Damit dürf-ten sowohl in Bayern als auch in Baden-Württemberg genügend Ärzte bereitstehen, die Suizidassistenz auf nicht geschäftsmäßige Weise leisten wollen. Dies ist ein No-vum in der Geschichte der Medizin, nämlich ein bewusster standesrechtlicher Bruch mit der seit 2400 Jahren gepflegten Tradition des Hippokratischen Eides, der jede

¹⁸ Kamann (2015).

Beteiligung an der Tötung oder Selbsttötung eines Patienten kategorisch ausschließt.¹⁹

Gefahren des § 217 StGB für den Lebensschutz

Aus der anfänglichen Debatte um ein Verbot der organisierten Mitwirkung am Suizid wurde im Lauf des Jahres 2015 eine Diskussion um die gesetzlich geregelte Organisation der Beihilfe zur Selbsttötung. Es ging inzwischen nicht mehr um die Einschränkung, sondern um die straffreie Ermöglichung dieser Tat, insbesondere für Angehörige und Ärzte. Da es schließlich nur zu einem Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe kam, signalisierte der Gesetzgeber, dass nicht geschäftsmäßige und privat geleistete Sterbehilfe staatlicherseits als akzeptiert und legitimiert gelten.

Damit ist bereits die juristische Hintertür erkennbar, die als Einfallstor für suizidasistenzwillige Ärzte und Angehörige geöffnet werden dürfte: Sofern keine Eigeninteressen erkennbar und von der Staatsanwaltschaft nachweisbar sind, soll die Beihilfe zur Selbsttötung als „nicht geschäftsmäßig“ weiterhin straffrei bleiben. Würden aber auch nur 50.000 der etwa 365.000 berufstätigen Ärzte in Deutschland jeweils einem einzigen Patienten pro Halbjahr in dieser uneigennütigen Weise „aus dem Leben helfen“, so käme man auf 100.000 legale, ärztlich assistierte Suizide im Jahr, was bei derzeit²⁰ etwa 932.000 Sterbefällen in Deutschland insgesamt fast 11 Prozent aller Toten ausmachen würde.

Ein Arzt, der sich am assistierten Suizid eines Patienten beteiligt, muss zumindest das dazu erforderliche pharmakologische und technische *Know-how* besitzen, damit die Sterbehilfe nicht scheitert und er am Ende einen schwerstbehinderten Patienten erzeugt. Dieses Wissen wird bislang im Medizinstudium aber nicht vermittelt. Wer es sich anderweitig systematisch aneignet, handelt offensichtlich in der Absicht, diese „Kunst“ mit auf Wiederholung ausgerichteter Tendenz in der Praxis anzuwenden. Das wäre dann allerdings geschäftsmäßiges Handeln.

¹⁹ Siehe dazu Bauer (1995) und Bauer (2009b).

²⁰ Die Zahl der Sterbefälle in Deutschland lag im Jahr 2017 bei 932.272 Personen.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/> (Stand: 20.8.2019).

Zur Frage der Verfassungsmäßigkeit von § 217 StGB

Bundespräsident Joachim Gauck unterzeichnete das Gesetz am 3. Dezember 2015, schon am 10. Dezember 2015 trat es in Kraft.²¹ Nicht nur der Hamburger Verein *Sterbehilfe Deutschland (StHD)* hält den neuen § 217 StGB für verfassungswidrig; vier Mitglieder des Vereins und zahlreiche weitere Antragsteller erhoben 2016 Verfassungsbeschwerden zum Bundesverfassungsgericht.²² Am 16. und 17. April 2019 fand in Karlsruhe die mündliche Verhandlung mit Expertenanhörung dazu statt. Das Urteil über die Verfassungsmäßigkeit oder die Verfassungswidrigkeit von § 217 StGB wird für den Herbst 2019 erwartet.

Aus meiner Sicht ist insbesondere die Anknüpfung des Unrechtstatbestandes an die Geschäftsmäßigkeit angreifbar, denn dieses Merkmal verweist den Sterbewilligen an einen nicht geschäftsmäßig handelnden Dilettanten, dessen „Sterbehilfe“ am Ende scheitern und in eine Schwerstbehinderung des Suizidenten münden kann. Indem formal die Geschäftsmäßigkeit in engsten Grenzen verboten wurde, hat der Staat jegliches nicht geschäftsmäßige Handeln auf diesem Gebiet als angeblich altruistisches Tun positiv herausgehoben. Darin besteht die große Gefahr für den Lebensschutz und für die Suizidprävention.²³ Der assistierte Suizid setzt immerhin voraus, dass ein Menschenleben von einem Dritten, nämlich dem Sterbehelfer, als „lebensunwert“ beurteilt wird. Damit ist aber bereits die Grenze zur Euthanasie überschritten.

Die Situation in den Schweizer Altersheimen

Schauen wir über die deutschen Grenzen hinaus. In der Schweiz wächst im Augenblick der Druck auf Altersheime und Krankenhäuser, ihre Tore auch für Suizidhelfer zu öffnen.²⁴ Schon 2014 führte der Verein *Exit* Beihilfe zum Suizid bei 60 älteren Menschen in Altersheimen durch. Die meisten Einrichtungen wehren sich jedoch, die Sterbehilfeorganisationen ins Haus zu lassen. Im Kanton Bern ist keine Instituti-

²¹ Bundesgesetzblatt I, Nr. 49 vom 9.12.2015, S. 2177.

²² Bundesrat billigt das Verbotsgesetz: § 217 StGB wird bald in Kraft treten. Pressemitteilung von *Sterbehilfe Deutschland (StHD)* vom 27.11.2015. <http://www.sterbehilfedeuutschland.de/sbgl/files/PDF/2015%2D11%2D27%20Bundesrat%20billigt%20%A7%20217%20StGB.pdf> (Stand: 29.2.2016; inzwischen offline)

²³ Bauer (2015b).

²⁴ Schweiz: Druck auf Altersheime für Suizidbeihilfe wächst. In den Niederlanden sterben täglich 15 Menschen durch Tötung auf Verlangen. IMABE Bioethik aktuell, Mai 2016. <http://www.imabe.org/index.php?id=2295> (Stand: 20.8.2019)

on verpflichtet, Suizidassistenten zuzulassen, ebenso wenig in den Kantonen Basel-Stadt und Wallis. Der Direktor des *Berner Burgerspittels* begrüßte diese Regelung: „Wenn eine Person in einer Alterseinrichtung aus dem Leben scheiden will, dann ist das zwar ein persönlicher Entscheid. Er berührt aber auch viele andere Menschen.“ Neben den Familienangehörigen seien auch Mitbewohner und Mitarbeiter davon betroffen. Wenn sie den Suizid eines Heimbewohners miterleben müssten, sei das für alle eine große Belastung, sagte der Geschäftsführer des Verbands *Senesuisse*, in dem 350 Alterseinrichtungen zusammengeschlossen sind.²⁵ Im Kanton Tessin positionierte sich das Parlament im März 2016: Es gebe kein Recht auf Suizidhilfe in Gesundheitseinrichtungen, entschied die Mehrheit der Abgeordneten.²⁶

2015 begingen rund 1.300 Menschen in der Schweiz mithilfe von *Dignitas*, *Exit* und *Eternal Spirit* Suizid. Dies geht aus den publizierten Zahlen der drei Schweizer Sterbehilfevereine hervor. Die Gründe für den weiteren Anstieg der Freitodbegleitungen von rund 30 Prozent bei *Exit* führte der Verein neben stetigem Mitgliederzuwachs auf die deutliche Alterung der Gesellschaft zurück. Das Durchschnittsalter der Suizidenten lag bei 77,4 Jahren. Laut *Exit* gab es aufgrund der Nachfrage schon Engpässe bei den angemieteten Sterbestudios sowie in der Ausbildung neuer Freitodbegleiter. Auch der umstrittene Verein *Eternal Spirit*, der vor 2015 zwei betagten Schotten, die Angst vor dem Alleinsein hatten, einen tödlichen Giftcocktail verschafften²⁷, klagte über Raumnot. Nachbarn hatten per Gericht erwirkt, dass der Verein seine Sterbewohnung nicht weiter betreiben durfte - die seelische Belastung sei nicht zumutbar, er solle sich einen Standort im Industriequartier suchen.²⁸ Bis dahin wollte der Verein seinen Kunden die tödlichen Medikamente in Wohnmobilen verabreichen. Die Kosten für eine Freitodbegleitung sind auch bei *Eternal Spirit* nicht unerheblich: Ausländer bezahlen 10.000 Schweizer Franken (CHF), Einheimische 3.000 CHF.

Am günstigsten bietet *Exit* seine Dienste an: Unterstützung beim Suizid kostet 900 bis 3.500 CHF, abhängig davon, wie lange jemand Mitglied der Organisation war. Ab drei Jahren Mitgliedschaft gibt es den Freitod gratis. *Exit* zählt inzwischen 100.000

²⁵ Diener-Morscher (2016).

²⁶ Vgl. Medinside <https://www.medinside.ch/de/post/tessin-kein-recht-auf-sterbehilfe> (Stand: 20.8.2019).

²⁷ Assistierter Suizid (2016).

²⁸ Zaslowski (2016).

zahlende Mitglieder (Jahresbeitrag: 45 CHF), das Durchschnittsalter beträgt 67 Jahre, alle müssen einen Schweizer Pass haben. 995 Menschen nahmen sich im Jahr 2015 mit *Exit* das Leben. Bei *Dignitas* waren es 222 Menschen, wobei der Suizidtourismus eine große Rolle spielt: Rund 75 Prozent der Sterbewilligen kamen aus Deutschland, Großbritannien und Frankreich. Der Verein hat rund 7.100 Mitglieder, berechnet werden eine Einschreibgebühr von 200 CHF sowie ein jährlicher Mitgliedsbeitrag von 80 CHF. Für eine „Freitodbegleitung“ verlangt der Verein 7.000 CHF, und 10.500 CHF sind es, wenn auch die Bestattungsfragen geregelt werden sollen.²⁹

Die Entwicklung in den Niederlanden

In den Niederlanden, wo die Tötung auf Verlangen erlaubt ist, starben im Jahre 2015 täglich 15 Menschen durch Euthanasie. Das zeigen die Daten der *Regionale Toetsingscommissies Euthanasie* (RTE).³⁰ Von 2006 bis 2015 schnellte die Zahl der Fälle um knapp 300 Prozent auf 5.516 Personen pro Jahr nach oben. „Zehnmal mehr Menschen sterben in den Niederlanden durch Euthanasie als dort im Straßenverkehr“, sagte Eugen Brysch, Vorsitzender der *Deutschen Stiftung Patientenschutz* anlässlich der Weltkonferenz von Euthanasie-Befürwortern in Amsterdam. Auch in Belgien habe sich die Zahl im selben Zeitraum von 429 auf 2.021 verfünffacht: Brysch hielt die Beneluxstaaten für ein warnendes Beispiel. „Offenkundig ist Töten ansteckend“.³¹

Die tödlichen Medikamente für einen Suizid kann man - wenn auch illegal - über die sogenannte China- oder die Mexiko-Route bestellen. Ein paar Tage später werden sie per Post geliefert, üblicherweise in einer Geburtstagskarte als Tarnung. Die Adressen und Handynummern der Händler sind in den Niederlanden kein großes Geheimnis. Im Jahre 2016 gab es Pläne, die tödlichen Mittel offen und legal anzubieten, als sogenannte „Letzter-Wille-Pille“. Die potenziellen Suizidenten hätten die Mittel zu Hause und könnten selbst ihr Leben beenden - ohne die Hilfe eines Arztes. Es geht dabei nicht zuletzt um die ethische und rechtliche Frage, wie weit das Recht auf Selbstbestimmung gehen soll.

²⁹ Vgl. Fußnote 24.

³⁰ <http://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/persberichten/2016/april/26/persbericht-jaarverslag-van-de-regionale-toetsingscommissies-euthanasie-2015> (Stand: 20.8.2019)

³¹ Patientenschützer warnen vor Ausbreitung der aktiven Sterbehilfe (2016).

Die Niederlande waren 2001 das erste Land der Welt, das Sterbehilfe ermöglichte. Bislang dürfen jedoch nur Ärzte Euthanasie leisten und das auch nur bei Patienten, die aussichtslos und unerträglich leiden. Zusätzlich muss ein zweiter, unabhängiger Arzt einem solchen Wunsch zustimmen. Manche Ärzte lehnen Sterbehilfe jedoch aus moralischen Gründen ab. Zudem haben Mediziner in der Vergangenheit über die psychische Belastung geklagt. Sie wollen eigentlich Menschenleben retten, sollen Patienten aber auch tödliche Infusionen legen.

Nun könnte das Verfahren so reformiert werden, dass die Ärzte künftig eine geringere Rolle spielen müssten. Ende 2015 stellte die *Niederländische Vereinigung für ein Freiwilliges Lebensende*³² (NVVE) dazu Pläne und verschiedene Szenarien vor. „Ärzte haben im heutigen System bei Euthanasie-Fragen die Rolle von Richtern bekommen“, sagte Robert Schurink, Direktor der NVVE, der einflussreichsten Lobbyorganisation des Landes. Manche Patienten würden gerne ihr Leben beenden, haben aber einen Hausarzt, der ihnen diesen Wunsch nicht erfüllen kann oder will. „Mit einer Neuregelung könnte mehr Autonomie geschaffen werden, sodass der Einzelne selbst entscheiden kann“, erklärte Schurink.

Demografische Alterung und Thanatopolitik

Die prognostizierte demografische Alterung der Bevölkerung in den meisten westlichen Ländern bringt es mit sich, dass immer mehr Menschen in absehbarer Zukunft ein wesentlich längeres Dasein im Ruhestand erleben werden als ihre Eltern oder Großeltern, und dies selbst dann, wenn das Renteneintrittsalter auf 70 Jahre angehoben werden sollte. Mit zunehmendem Alter kommen mehr und kostspieligere Krankheiten auf uns zu. Wer sich mithilfe körperlicher Aktivität lange fit hält, wird die Krankheiten, die seine Eltern mit 75 Jahren trafen, gegebenenfalls erst mit 80 oder mit 85 Jahren erleben; erspart bleiben sie ihm jedoch nicht. Damit steigen auch die Krankheits- und Pflegekosten während der letzten Phase des Lebens an. Denn es wäre eine Illusion zu glauben, wir würden in der näheren Zukunft nicht nur später, sondern sozusagen in „kerngesundem“ Zustand von heute auf morgen sterben - es sei denn, durch (assistierten) Suizid.

³² *Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde* <https://www.nvve.nl/> (Stand: 20.8.2019)

Wie sähe nun das Ende alter und kranker Menschen im Jahre 2030 aus, wenn es gelänge, sie - das heißt *uns* - schon weit im Vorfeld des Todes davon zu überzeugen, dass ein freiwilliger Abgang nach einem erfüllten Leben eine Tugend, gar eine soziale Verpflichtung sei? Schon heute kennen wir jene euphemistischen Begriffe, mit denen in der akademischen Medizinethik gerne gearbeitet wird, um unangenehme Tatsachen schönzufärben. So macht es eben einen erheblichen semantischen Unterschied, ob man von *aktiver Sterbehilfe* oder von *Tötung auf Verlangen* spricht. Der erste Begriff klingt nach einem Akt der Humanität, der zweite nach einem strafbewehrten Delikt gegen das Leben. Gemeint ist aber jeweils ein und derselbe Sachverhalt.

Zwischen 1950 und 1970 wurden in Deutschland jährlich nahezu doppelt so viele Kinder geboren wie heute. Es geht um mehr als 20 Millionen Menschen, deutlich mehr als ein Viertel aller Bürgerinnen und Bürger dieses Landes, die jetzt zwischen knapp 50 und 70 Jahren alt sind und die 2030 die Senioren unserer Gesellschaft darstellen werden. Das Problem der hohen Renten-, Krankheits- und Pflegekosten wird dann eskalieren. In dieser Lage käme ein angeblich „selbstbestimmt“ herbeigeführter „Freitod“ älterer Menschen gerade im richtigen Augenblick zur Auswirkung. Denn in den Jahren nach 2030 müssen immer weniger Jüngere die Renten für die immer mehr werdenden Senioren erwirtschaften. Angesichts der wenig erfreulichen Aussicht, dass das Rentenniveau dann deutlich unter dem gegenwärtigen Wert liegen wird, muss man durchaus die Frage stellen, ob sich die auffällige politische Toleranz für die Mitwirkung am Suizid künftig tatsächlich nur auf Schwerstkranke in einem medizinischen Finalstadium beziehen wird, wie derzeit in beschwichtigender Absicht meistens argumentiert wird.³³

In Aldous Huxleys (1894-1963) Roman *Schöne neue Welt*, erschienen 1932, scheiden die Menschen aus dem Leben, bevor sie ernsthaft erkranken und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit Kosten verursacht. Huxley hat seine Erzählung im Jahr 2540 angesiedelt. Man muss, wenn man ehrlich ist, feststellen, dass wir diesem ernüchternden Gesellschaftsentwurf mittlerweile gefährlich nahe gekommen sind. Es ist erstaunlich, wie der damals 38-jährige Autor eine technisch perfektionierte Zivili-

³³ Sterben? Sorgen im Angesicht des Todes. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD, publiziert am 12.5.2015.
http://www.ekd.de/download/150512_Ergebnisse_Umfrage_zum_Sterben.pdf (Stand: 20.8.2019)

sation des inhumanen Grauens prognostiziert hat. Er war offenbar zu optimistisch, als er dieses Szenario rund 600 Jahre in die Zukunft verschob. Hat er die Geschwindigkeit der Entwicklung unterschätzt?³⁴

Resümee

In einer Zeit, in der die Disziplin *Ethik* als eine im Binnenraum der Wissenschaften agierende, wertneutrale Klaviatur der jeweils gewünschten Moral und somit als ein Instrument zur politischen Legitimationsbeschaffung angesehen wird, kommt die fortlaufende Relativierung verbindlicher Werte durch den polyphonen Chor von sorgsam ausgewählten Exponenten konträrer Positionen den politisch Verantwortlichen sehr gelegen. Falls es ihnen gelingt, die Kritiker der Suizidmitwirkung als antiquierte „konservative Hardliner“ zu diffamieren und ins Abseits des gesellschaftlichen Mainstreams zu stellen, werden in Europa die Signale für die freie Fahrt in den Tod unwiderruflich auf „Grün“ gestellt werden. Im Moment sieht es ganz danach aus.

Daher mein abschließender Appell, auch mit dem Blick zurück in die Geschichte des 20. Jahrhunderts: Hinterfragen wir die psychologischen, sozialen und ökonomischen Interessen, die hinter der organisierten Sterbepolitik stehen, und lassen wir uns nicht mit Euphemismen über „Autonomie“ ausgerechnet im Tod täuschen!

³⁴ Huxley (2014).

Literaturverzeichnis

Assistierter Suizid: Schweiz macht ernst mit Altersfreitod für Ausländer. Die Angst vor getrennten Altersheimen trieb schottische Pensionisten in den Suizid. IMABE Bioethik aktuell, Februar 2016. <http://www.imabe.org/index.php?id=2152> (Stand: 20.8.2019)

Bauer, A.W.: Der Hippokratische Eid. Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. Zeitschrift für medizinische Ethik 41 (1995), S. 141-148.

Bauer, A.W.: Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende. Die Patientenverfügung als Patentlösung? Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009a), S. 169-182.

Bauer, A.W.: Hippokrates' Albtraum. Selbsttötung: Der Medizinrechtler Jochen Taupitz plädiert dafür, dass Ärzte künftig als Suizidassistenten tätig werden dürfen. Doch das wäre das Aus des ärztlichen Ethos. Rheinischer Merkur 64 (2009b), Nr. 12 vom 19.3.2009, S. 4.

Bauer, A.W.: Todes Helfer. Warum der Staat mit dem neuen Paragraphen 217 StGB die Mitwirkung am Suizid fördern will. In: Krause Landt, A.: Wir sollen sterben wollen. Warum die Mitwirkung am Suizid verboten werden muss. Waltrop und Leipzig 2013, S. 93-169.

Bauer, A.W.: Notausgang assistierter Suizid? Die Thanatopolitik in Deutschland vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. In: Hoffmann, T.S. und Knaup, M. (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Wiesbaden 2015a, S. 49-78.

Bauer, A.W.: Verrat am Lebensschutz. Der neue § 217 StGB als Einstieg in den assistierten Suizid. Der Durchblick 88 (2015b), S. 16-17.

Bauer, A. W.: Der Autonomiebegriff im bioethischen Diskurs der 1990er Jahre. Imago Hominis 23 (2016), S. 199-211.

Bauer, A.W.: Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland. Wiesbaden 2017.

Bauer, A. W.: Tod auf Rezept? Irrwege bei der Sterbehilfe. Katholisches Sonntagsblatt. Das Magazin für die Diözese Rottenburg-Stuttgart 166 (2018), Nr. 6 vom 11. Februar 2018, S. 28-29.

Brand, M.; Griese, K.; Vogler, K.; Terpe, H.; Frieser, M.: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/5373 vom 01.07.2015. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/053/1805373.pdf> (Stand: 20.8.2019)

Diener-Morscher, E.: Immer mehr Berner Heime erlauben den Freitod. BZ - Berner Zeitung vom 25.4.2016. <http://www.bernerzeitung.ch/region/kanton-bern/immer-mehr-heime-erlauben-den-freitod/story/17631357> (Stand: 20.8.2019)

Ebert, S.: „Ich klage an“: Die traurige Geschichte hinter der Todesanzeige von Klaus Grosch. Kölner Stadtanzeiger vom 17.5.2019. <https://www.msn.com/de-de/nachrichten/panorama/%E2%80%9EIch-klage-an%E2%80%9C-die-traurige-geschichte-hinter-der-todesanzeige-von-klaus-grosch/ar-AABrBYo> (Stand:20.8.2019)

Engelhardt, Jr., H. T.: Bioethik „after morality“: Entmoralisierung und Deflation der traditionellen Moralität und Bioethik. Preprints and Working Papers of the Centre for Advanced Study in Bioethics, 39. Universität Münster 2012. https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegrueundung/intern/publikationen/fellows/39_engelhardt_-_bioethik_after_morality.pdf (Stand: 20.8.2019)

Huxley, A.: Schöne Neue Welt. Ein Roman der Zukunft. Übersetzt von Uda Strätling. Frankfurt am Main 2014.

Kamann, M.: Das sind die vier Möglichkeiten bei der Sterbehilfe. Im Bundestag nehmen die verschiedenen Gesetzentwürfe zur Suizidhilfe Gestalt an. Die Welt vom 10.6.2015. <http://www.welt.de/142227868> (Stand: 20.8.2019)

Patientenschützer warnen vor Ausbreitung der aktiven Sterbehilfe. Tiroler Tageszeitung online vom 12.5.2016. <http://www.tt.com/home/11492113-91/patientensch%C3%BCtzer-warnen-vor-ausbreitung-aktiver-sterbehilfe.csp> (Stand: 20.8.2019)

Schmid, H.: Blick in den Abgrund. Das Dritte Reich im Selbstversuch, Teil 11/I. Telepolis vom 1.1.2012. <https://web.archive.org/web/20120108023015/http://www.heise.de/tp/artikel/36/36065/1.html> (Stand: 20.8.2019)

Schweiz: Druck auf Altersheime für Suizidbeihilfe wächst. In den Niederlanden sterben täglich 15 Menschen durch Tötung auf Verlangen. IMABE Bioethik aktuell, Mai 2016. <http://www.imabe.org/index.php?id=2295> (Stand: 20.8.2019)

Wetzel, M.: Praktisch-politische Philosophie, 1: Allgemeine Grundlagen. Würzburg 2004.

Winkelmeier, L. P.; Bauer, A. W.: Das 2013 gescheiterte deutsche Gesetzgebungsverfahren zum assistierten Suizid. Imago Hominis 25 (2018), S. 205-214.

Zaslowski, V.: Wo Sterben nicht genehm ist. Suizidhilfe im Wohnquartier. Neue Zürcher Zeitung vom 11.2.2016. <http://www.nzz.ch/schweiz/keine-frage-der-ethik-1.18693240> (Stand: 20.8.2019)

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer
 Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
 Universitätsmedizin Mannheim (UMM)
 Ludolf-Krehl-Straße 13-17
 68167 Mannheim
 E-Mail: axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de
 Homepage: www.umm.uni-heidelberg.de/gte