Humanistische Union

„Nach bestem Wissen und Gewissen“

Zur Entscheidungslast der Abgeordneten bei der Abstimmung über die Sterbehilfe. In: vorgänge 210/211 (2-3/2015), S. 185-195

In den Begründungen und Erläuterungen der Gesetzentwürfe zur Suizidbeihilfe (s. die Dokumentation ab S. 17 ff.) finden sich teils widersprüchliche Aussagen zur gegenwärtigen Praxis der Suizidbeihilfe in Deutschland und den Erfahrungen mit der expliziten Regelung ärztlicher Sterbehilfe in anderen Ländern. Sofern die Parlamentarier_innen ihrem selbst gestellten Anspruch gerecht werden wollen, die Entscheidung über eine gesetzliche Beschränkung der Suizidbeihilfe nicht auf der Basis eigener Werturteile, sondern empirischer Erfahrungen, Gefahren und Probleme zu fällen – dann müssen Sie diese Empirie möglichst vorurteilsfrei und gewissenhaft zur Kenntnis nehmen. Wolfgang van den Daele setzt sich im folgenden Beitrag mit einigen Behauptungen über die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regulierung auseinander und zeigt, dass sie einer genauen Betrachtung nicht stand halten.

Das Faktum des moralischen Pluralismus

Soll es Ärzten oder Organisationen der Zivilgesellschaft erlaubt sein, unheilbar kranken, schwer leidenden Patienten Hilfe bei der Selbsttötung zu leisten? Die Frage wirft schwerwiegende moralische Probleme auf. Die Abgeordneten des Bundestages sind in diesem Fall, weil es keine Vorgaben durch Regierung oder Fraktionen gibt, bei ihrer Entscheidung nicht nur nach der Verfassungsnorm, sondern in praktischer Wirklichkeit „nur ihrem Gewissen unterworfen“ (Artikel 38, Absatz 1 Grundgesetz). Aber sie sind zugleich mit der Tatsache konfrontiert, dass die involvierten moralischen Probleme in der Gesellschaft und im Parlament höchst unterschiedlich beurteilt werden. Was nach eigenem Gewissen verboten werden sollte, können andere nach ihrem Gewissen für erlaubt halten. Das Faktum des moralischen Pluralismus zwingt zu wechselseitigem Respekt. Man kann Andersdenkende nicht als moralisch irregeleitet oder inkompetent abqualifizieren; man muss anerkennen, dass sie ebenfalls einen moralischen Standpunkt vertreten – den man freilich nicht teilt. In der Bundestagsdebatte zu den eingebrachten Gesetzentwürfen im Juli 2015 ist dieser Respekt von allen Seiten in durchaus beeindruckender Weise gewahrt worden.

Die Debatte hat aber auch eine andere Implikation des moralischen Pluralismus zu Tage gefördert: Wenn das Urteil des eigenen Gewissens sich als subjektiv und partikular erweist und Allgemeingültigkeit nicht beanspruchen kann, stellt sich die Frage, ob und unter welchen Bedingungen man es legitimer Weise in Form gesetzlicher Regelung allen auferlegen kann. Verfassungsgemäß sollen die Abgeordneten nicht nur nach ihrem Gewissen entscheiden können, sie sind auch als „Vertreter des ganzen Volkes“ berufen. Viele Sprecher haben in der Bundestagsdebatte die Frage aufgeworfen, worauf das Mandat des Parlaments zu stützen sei, moralische Fragen, über die die Gesellschaft pluralistisch zerfallen ist, allgemeinverbindlich zu regeln. Dabei wurde deutlich, dass die Abgeordneten für ihre Entscheidung eine Legitimationsbasis jenseits ihrer Gewissensfreiheit und jenseits des Mehrheitsprinzips suchen. Sie mobilisieren Gründe, bei denen sie davon ausgehen, dass sie gesellschaftlicher Konsens sind, also von allen geteilt werden.

Auf der Suche nach von allen akzeptierten Gründen

Auf Konsens setzen die Abgeordneten schon bei der Eingrenzung der strittigen Regelungsmaterie. Sie betonen übereinstimmend, dass es in Deutschland bei der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen bleiben soll. Niemand plädiert dafür, dem Vorbild der Beneluxstaaten zu folgen und betroffenen Patienten auch einen Zugang zu aktiver Sterbehilfe (Euthanasie) zu eröffnen. Einigkeit besteht auch darin, dass man keinesfalls zulassen sollte, dass Sterbehilfe ein kommerzielles Dienstleistungsangebot wird. Organisationen oder Personen, die aus der Beihilfe zur Selbsttötung finanziellen Profit schlagen, verletzen elementares moralisches Empfinden und müssen gesetzlich verboten werden. Schließlich bekennen sich die Abgeordneten auch einmütig zum überragenden Wert der Selbstbestimmung. Selbst die Verfechter restriktiver Regelung räumen ein, dass unheilbar kranke und schwer leidende Patienten in eine Lage geraten

können, in der nachvollziehbar ist, dass sie sterben wollen. Das sind existentielle Ausnahmesituationen, für die der Gesetzgeber nicht versuchen sollte, die autonome Entscheidung des Einzelnen durch allgemein geltende Regelungen zu ersetzen. Das schließt durchaus ein, dass die Betroffenen im Einzelfall auch ärztliche Hilfe finden und in Anspruch nehmen können, um sich sicher und schmerzlos selbst töten zu können und sich nicht etwa erschießen, aufhängen oder vor einen Zug werfen zu müssen. Allerdings soll der helfende Arzt nur durch einen persönlichen Strafausschließungsgrund bzw. eine faktische Praxis der Nichtverfolgung vor straf- oder berufsrechtlichen Sanktionen geschützt werden. Auf diese Weise will man unabweisbare Selbstbestimmungsansprüche der Patienten respektieren, zugleich aber ausschließen, dass ärztliche Suizidbeihilfe zu einem Angebot wird, mit dem Patienten im Bedarfsfall rechnen können.

Diese Position steht allerdings in scharfem Kontrast zur Einschätzung der überwältigenden Mehrheit der deutschen Bevölkerung, die in eben solcher Praxis, also im geregelten Zugang zu ärztlicher Suizidbeihilfe, ein wesentliches Element der Selbstbestimmung am Lebensende sieht. Nach einer neueren Umfrage befürworten 79 % der Befragten (in Ostdeutschland 91 %) eine Regelung, die es Ärzten erlaubt, „Schwerstkranken ein tödliches Medikament zur Selbsteinnahme zur Verfügung zu stellen“ (Infratest-dimap 2014). Diese positive Einschätzung ist seit mehreren Jahrzehnten stabil, mit steigender Tendenz. Und sie kann schwerlich, wie etwa die Reaktionen zur Todesstrafe, als massenhaftes Vorurteil oder Ressentiment abgetan werden. Auch besagt sie keineswegs, dass den Menschen das Gespür für die moralische Problematik der Selbsttötung abhanden kommt. Das eigene Leben wird nach wie vor als Gut angesehen, das man auch selber zu respektieren hat und das nicht einfach freier Selbstbestimmung anheimgegeben ist. Daher gilt die Beihilfe zur Selbsttötung, obwohl sie strafrechtlich nicht geahndet wird, im Urteil der Bevölkerung grundsätzlich als moralisch verwerflich. Nur eben kehrt sich diese Wertung um, wenn es um die Hilfe zur Selbsttötung bei todkranken, leidenden Patienten geht (Daten in NER 2006 und van den Daele 2008).

Die Tatsache, dass ein geregelter Zugang zu ärztlicher Hilfe zur Selbsttötung von einer großen Mehrheit der Bevölkerung befürwortet, ja als ein Kern von Selbstbestimmung am Lebensende geradezu gefordert wird, hat in der Bundestagsdebatte so gut wie keine Rolle gespielt. Das bedeutet nicht, dass die Abgeordneten kein Problem darin sehen, diese Mehrheit zu überstimmen. Sie verweisen nicht einfach darauf, dass das Bundestagsmandat selbstverständlich das Recht einschließt, sich gegebenenfalls auch gegen die Bevölkerungsmeinung zu entscheiden. Die Abgeordneten machen vielmehr geltend, dass eine geregelte Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe gravierende gesellschaftliche Fehlentwicklungen auslösen würde: Sie beschädige die Integrität des ärztlichen Berufsethos, untergrabe den Respekt vor dem Wert des Lebens, insbesondere den Respekt vor dem Leben von Menschen mit Behinderung, und sie gefährde die Autonomie der Patienten am Lebensende. Mit diesen Gründen stellen die Abgeordneten sich auf einen gemeinsamen moralischen Boden jenseits aller partikularen Gewissensentscheidung. Dass zum Schutz verfassungsmäßiger Rechte und wichtiger Gemeinschaftsgüter Einschränkungen der Selbstbestimmung legitim und notwendig sein können, ist gesellschaftlicher Konsens. Für die angeführten Gründe kann daher die Zustimmung aller erwartet und eingefordert werden.

Annahmen über drohende Folgeschäden sind wissensabhängig

Freilich sind diese Gründe wissensabhängig. Sie sind tragfähig, sofern die befürchteten schädlichen Folgen einer Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe tatsächlich drohen. Ob das der Fall ist, mag schwer festzustellen sein, da Prognosen über gesellschaftlichen Wandel und die Entwicklung von Mentalitäten und Einstellungen der Menschen notorisch unsicher sind. Das ändert aber nichts daran, dass es sich dabei um Fragen der Erkenntnis und um die Prüfung empirischer Annahmen handelt, nicht um Fragen der moralischen oder politischen Wertung. Die Abgeordneten des Bundestages haben sich mit ihrer Begründungsstrategie darauf eingelassen, über die Zulassung ärztlicher Sterbehilfe nicht nur nach ihrem persönlichem und subjektivem ‚besten Gewissen’ zu entscheiden, sondern auch nach dem von allen anerkannten und objektiven ‚besten Wissen’. Wer mit Annahmen über drohende Folgen argumentiert, übernimmt Beweislasten und unterwirft sich Standards kognitiver Rationalität. Dazu gehört ein unverstellter, nicht-selektiver Blick auf die Fakten. Man muss verfügbare Erkenntnisse über die Realitäten in der Gesellschaft und die tatsächliche Haltung der Bevölkerung mobilisieren und in Rechnung stellen. Dazu gehört auch, dass man sich der Disziplin des Vergleichs nicht entzieht: Hat die Praxis ärztlicher Suizidbeihilfe in den Ländern, in denen sie zugelassen worden ist, zu den prognostizierten Folgen geführt? Sind in anderen Problemfeldern, in denen in Deutschland vergleichbare Regelungen in Kraft gesetzt worden sind, entsprechende Folgen aufgetreten? Im Lichte dieser Standards dürften eine Reihe von Folgeannahmen, die in der gegenwärtigen Debatte eine

zentrale Rolle spielen, schwerlich zu verteidigen sein.

Gefahren für die Integrität der ärztlichen Profession?

Das gilt etwa für Annahmen, dass eine Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe die professionelle Integrität des Arztberufs beschädigen und das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten untergraben werde. Die Ärzteschaft ist gespalten, steht aber der Suizidbeihilfe für sterbenskranke Patienten deutlich skeptischer gegenüber als die allgemeine Bevölkerung. In einer von der Bundesärztekammer 2009 in Auftrag gegebenen repräsentativen Erhebung unter deutschen Ärzten (n = 527) gaben zwar 37 % der Befragten an, dass sie eine Suizidbeihilfe im Einzelfall in Betracht ziehen würden (bei Ärzten, die schon einmal um Suizidbeihilfe gebeten worden waren, waren dies 45 %; Allensbach 2010). Und nach einer Erhebung für den Spiegel von 2008 wünschte sich fast die Hälfte (44,5 %) der befragten Krankenhausärzte (n = 483), dass „bei eigener unheilbarer Krankheit (ein) Kollege beim Suizid helfen darf“ (TNS Healthcare 2008). Aber in der Umfrage von 2009 sprach sich eine deutliche Mehrheit von 62 % der Befragten gegen eine gesetzliche Regelung aus, die den ärztlich begleiteten Suizid ausdrücklich erlaubt, nur 30 % waren dafür. Diese Mehrheit will Suizidbeihilfe nicht als normales und insofern auch erwartbares ärztliches Handeln anerkennen. Zwar würde es für einen geregelten Zugang zu ärztlicher Suizidbeihilfe schon genügen, wenn die standesrechtliche Ächtung aufgegeben und Ärzten zugestanden wird, nach eigenem Gewissen zu entscheiden, ob sie jenseits des kanonisierten Repertoires ärztlichen Handelns betroffenen Patienten solche Hilfe leisten wollen. Diese Lösung hat die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften gewählt, um Ärzten Raum für die Kooperation mit Sterbehilfevereinen zu geben. Aber auch in dieser Form dürfte eine Öffnung für Suizidbeihilfe von der deutschen Ärzteschaft mehrheitlich abgelehnt werden.

53% der 2009 befragten Ärzte fanden, dass man ihnen „eine zu hohe Bürde“ auflaste, wenn man ihnen zumutet, über den Suizidwunsch von Patienten zu entscheiden. Das muss man als Urteil darüber, was man subjektiv für zumutbar hält, respektieren. Man sollte bei einer Zulassung von Suizidbeihilfe ausschließen, dass Ärzte verpflichtet werden können, sich an einer solcher Praxis zu beteiligen. Die befragten Ärzte machten jedoch auch geltend, dass ärztliche Suizidbeihilfe die Integrität und den Status der ärztlichen Profession in Frage stellen würde. 65 % sahen in ihr einen Verstoß gegen den hippokratischen Eid; diese Meinung teilten auch 30 % derjenigen, die für eine Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe plädieren. Eine Mehrheit erwartete auch (negative) Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Ärzte (63 %) und auf ihr Ansehen in der Öffentlichkeit (57 %; Allensbach 2010). Das sind Aussagen über objektive Folgen, die einer Überprüfung schwerlich standhalten.

Ärztliches Handeln jenseits des Ethos des Heilens

Richtig ist zweifellos, dass eine ärztliche Praxis der Suizidbeihilfe nicht durch das klassische professionelle Ideal der Medizin gedeckt ist. Sie zielt weder kurativ auf die Heilung einer Krankheit noch präventiv auf die Erhaltung von Gesundheit. Die Frage ist allerdings, ob das angesichts der Tatsache, dass ärztliches Handeln in vielen Bereichen ohnehin nicht mehr diesem Ideal entspricht, noch ins Gewicht fällt. Bei der Abtreibung nach der Fristenlösung, der Verschreibung von Medikamenten zur Stimmungsaufhellung, dem Kaiserschnitt nach Wunsch und vor allem bei der kosmetische Chirurgie ist das ärztliche Handeln auf dem Weg zur medizinisch-technischen Dienstleistung im Kundenauftrag; die Ärzte agieren als Spezialisten für Humantechnologie. Trotzdem stoßen diese Entwicklungen nicht auf nennenswerten Widerstand von Seiten der verfassten Ärzteschaft. Das steht im Einklang mit den Erwartungen von Politik und Öffentlichkeit, die auf die Zuständigkeit der Ärzte pochen, weil diese solche Dienstleistungen effizient und mit möglichst geringen Risiken für die Patienten/ Klienten zu erbringen vermögen. Der Arztvorbehalt dient hier dem Verbraucherschutz. Die Ziele des ärztlichen Eingriffs in den menschlichen Körper bestimmen sich nach Kundenwünschen, nicht nach dem Ethos des Heilens; es regiert die Selbstbestimmung, nicht die medizinische Indikation.

Angesichts dieser faktisch vorhandenen und allgemein akzeptierten Gemengelage von professionellen Orientierungen erscheint es wenig wahrscheinlich, dass die Zulassung von Suizidbeihilfe das ärztliche Berufsethos in Frage stellen kann. Als verfehlte Polemik wird man jedenfalls die Einlassung des damaligen Vizepräsidenten (und heutigen Präsidenten) der Bundesärztekammer, Ulrich Montgomery, abtun dürfen, dass der Arzt auf die Rolle eines „Mechanikers des Todes“ reduziert würde (Frankfurter Rundschau, März 2009). Zwar spielt die bloß technische Kompetenz auch aus der Sicht der befragten Ärzte durchaus eine Rolle. 72 % der Befürworter einer Legalisierung von Suizidbeihilfe (50 % der Gegner) stimmten der Aussage zu, dass „ein Arzt besonders gut geeignet ist, Patienten beim Suizid zu unterstützen, weil er weiß,

wie man Medikamente richtig dosiert“. Aber 75 % (43 % der Gegner) befanden zugleich, dass „durch den ärztlich begleiteten Suizid verhindert wird, dass ein Patient unnötig lange Schmerzen erleiden muss“ (Allensbach 2010). Es geht eben nicht darum, die Technik für beliebige Selbsttötungspläne zu liefern. Es geht darum, unheilbar kranken und schwer leidenden Menschen zum Sterben zu verhelfen. Solche Hilfe liegt sicher näher am klassischen Ideal professioneller ärztlicher Fürsorge als die Bedienung von Körpergestaltungswünschen durch kosmetische Chirurgie.

Wird das Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft untergraben?

Wenig realistisch ist die Befürchtung, dass eine Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe das öffentliche Ansehen des Arztberufs beschädigen und insbesondere das Vertrauensverhältnis zu den Patienten untergraben werde. Es gibt aus keinem der Länder, in denen Suizidbeihilfe erlaubt ist, belastbare Belege dafür, dass dies tatsächlich der Fall ist. Und in Deutschland dürften angesichts der Tatsache, dass die klare Mehrheit der Patienten für die Erlaubnis eintritt, solche Folgen kaum zu erwarten sein. Nach einer Umfrage von 2003 würden 84 % nicht das Vertrauen in ihren Hausarzt verlieren, wenn sie wüssten, dass dieser schon einmal einem unheilbar Kranken ein Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung gestellt hat (Forsa 2003). Und mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung findet, dass die Beihilfe zur Selbsttötung bei unheilbar kranken und in absehbarer Zeit versterbenden Patienten zu den „beruflichen Aufgaben“ von Ärzten gehören sollte (Schröder et al. 2003).

Gefährdung des Respekts vor dem Leben von Menschen mit Behinderung?

In der Bundestagsdebatte werden starke Annahmen dazu gemacht, dass gesellschaftsweit mit schwerwiegenden Fehlentwicklungen gerechnet werden müsse, falls man ärztliche Suizidbeihilfe gesetzlich zulasse. Die ins Spiel gebrachten Folgeszenarien präsentieren Gründe für die Ablehnung der Zulassung, denen man, wenn sie zutreffen, wohl kaum etwas entgegensetzen könnte. Ob sie zutreffen, ist jedoch fraglich.

Nicht zu halten dürfte die Annahme sein, dass eine Praxis ärztlicher Suizidbeihilfe dazu führen werde, die Achtung vor Menschen mit Behinderung herabzusetzen, vielleicht sogar deren Lebensrecht in Frage zu stellen, weil von ihr das Signal ausgehe, dass Leben mit Behinderung oder schwerer Krankheit nicht lebenswert sei. Ein solches Signal ist nirgendwo erkennbar. Ähnliche Gefahren sind bei der Pränataldiagnostik beschworen worden, weil sie schwangeren Frauen die Option eröffnet, von Behinderung betroffene Föten selektiv abzutreiben. Solche vorgeburtliche Selektion ist längst Routine in der Praxis der Familienplanung geworden, ohne jede schädliche Rückwirkung auf die Akzeptanz und die Rechte von Menschen mit Behinderung (vgl. van den Daele 2005). Der Status von Menschen mit Behinderung ist in den vergangenen Jahrzehnten in Politik und Gesellschaft nachhaltig und kontinuierlich aufgewertet worden. Nichts spricht dafür, dass sich dieser Trend umkehren könnte, wenn ärztliche Suizidbeihilfe zugelassen würde.

Geraten Patienten unter Druck, Selbsttötung zu wählen?

Das am häufigsten vorgebrachte Argument ist, dass eine Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe entgegen der gängigen Rhetorik die Selbstbestimmung der Patienten nicht aufwerten, sondern einschränken oder vereiteln wird. Es sei damit zu rechnen, dass Patienten von Angehörigen oder Ärzten unter Druck gesetzt werden, den Suizid zu wählen, obwohl sie ihn eigentlich nicht wollen.

Dass Patienten sich auch deshalb für den Suizid entscheiden, weil sie ihren Angehörigen oder der Gesellschaft nicht zur Last fallen wollen, kann man nicht ausschließen. Es kann offen bleiben, ob das ein legitimes Motiv sein kann. Es ist jedenfalls nach allem, was man weiß, kein dominantes Motiv. Daten aus dem US-Staat Oregon, in dem ärztliche Suizidbeihilfe nach zwei Volksabstimmungen zugelassen wurde, zeigen, dass die betroffenen Patienten vor allem von der Angst davor getrieben sind, in einen Zustand des Verfalls zu geraten, in dem sie die Kontrolle über sich selber verlieren und vollständig handlungsunfähig und von anderen abhängig werden. Von den 246 Patienten, die sich in Oregon zwischen 1998 und 2005 Medikamente zur Selbsttötung haben geben lassen, nannten 86 % die Sorge vor dem Verlust der Autonomie als Motiv, 85 % den drohenden Verlust der Fähigkeit, Dinge zu tun, die das Leben angenehm machen, 83 % die Sorge vor dem Verlust ihrer Würde, 57 % den Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper. 37 % nannten die Sorge vor den Belastungen für die Familie, 23 % die Angst vor unstillbaren Schmerzen. Befürchtungen in Bezug auf die Kosten der Behandlung spielten keine Rolle (3 %) (Oregon 2006, Tabelle 4).

Gravierend ist natürlich der Einwand, dass die Gefahr besteht, dass Patienten nicht durch die eigene Motivlage, also gewissermaßen von innen unter Druck geraten, den Suizid zu wählen, sondern das solcher Druck in mehr oder weniger subtiler Form von ihrer sozialen Umgebung ausgeht. Dass diese Gefahr besteht, wird man kaum bestreiten können. Aber jede Handlungsfreiheit kann unter dem Druck sozialer Erwartungen und Zumutungen zu Handlungszwang pervertieren. Die legitime Reaktion darauf ist normalerweise nicht, dass man die Handlungsfreiheit gar nicht erst einräumt oder sie wieder abschafft, sondern dass man den Betroffenen hilft, ihre Autonomie zu behaupten und externen Einflüssen zu widerstehen – z.B. indem man Aufklärung und Beratung anbietet. An diesem Punkt wird man dem Vergleich nicht ausweichen können: Die Gefahr, am Lebensende zum Sterben gedrängt zu werden, besteht nicht nur bei den sehr wenigen Fällen eines ärztlich assistierten Suizids, sondern ebenso bei den sehr häufigen Fällen, in denen mögliche lebensverlängernde medizinische Maßnahmen unterlassen oder abgebrochen werden. Hier ist aber unstrittig, dass man Patienten nicht die Entscheidungsfreiheit verweigern kann, weil sie sozial unter Druck geraten könnten.

Für die Schweiz ergaben die im Rahmen europäischer Vergleichsstudien durchgeführten anonymen Ärztebefragungen, dass bei 75 % aller nicht plötzlichen Todesfälle ‚Entscheidungen am Lebensende' getroffen wurden. Nur bei 0,52 % der Fälle handelte es sich um einen (in der Schweiz erlaubten) ärztlich assistierten Suizid, bei 32,3 % wurde eine Schmerzbehandlung eingeleitet, die möglicherweise den Eintritt des Todes beschleunigte, 41,1 % der Fälle betrafen die Nichteinleitung oder Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen (Seale 2006, Tabelle 7). In dieser Fallgruppe waren allerdings auch Behandlungsabbrüche erfasst, die nicht auf Verlangen der Patienten erfolgten, sondern vom Arzt verfügt wurden, weil es für weitere lebensverlängernde Maßnahmen keine medizinische Indikation mehr gab. Die Daten zeigen gleichwohl, dass der ärztlich assistierte Suizid ein marginales Problemfeld darstellt, wenn man Sorge hat, Patienten könnten am Lebensende zum Sterben gedrängt werden.

Dammbrüche: Sind restriktive Zulassungsbedingungen auf Dauer zu halten?

Realistischer Weise wird man damit rechnen müssen, dass Erwartungen geweckt werden, ärztliche Suizidbeihilfe, wenn sie für unheilbar tödlich erkrankte Patienten zugelassen wird, auch für ähnlich gelagerte aber weniger strikt begrenzte Fallkonstellationen in Anspruch nehmen zu dürfen (vgl. dazu auch NER 2006, 30ff.). Tendenzen in diese Richtung sind bei der Euthanasie in den Beneluxländern und bei den Sterbehilfevereinen in der Schweiz tatsächlich zu beobachten. Hinzu kommt, dass jede Abgrenzung des Anwendungsbereichs von Suizidbeihilfe Grauzonen hat. Der Aussage: „Niemand kann genau sagen, wann der Gesundheitszustand des Patienten so hoffnungslos ist, dass ein begleiteter Suizid gerechtfertigt ist" stimmten 48 % der befragten Ärzte zu und 65 % der Palliativmediziner (Allensbach 2010). Es trifft daher zu, dass die Grenzen legitimer ärztlicher Suizidbeihilfe in Bewegung geraten könnten. Aber doch nicht in beliebiger Weise! Es gibt keinerlei Anzeichen dafür, dass in dieser Hinsicht bei uns Dämme brechen könnten und von der Voraussetzung abgerückt wird, dass ein schweres Leiden des Patienten und eine autonome eigene Entscheidung, sterben zu wollen, vorliegen müssen. Es gibt in Deutschland kein öffentliches Meinungsklima, aus dem sich irgendeine Legitimität für die Anwendung ärztlicher Suizidbeihilfe bei Patienten ableiten ließe, die ‚kerngesund' sind (davor wurde in der Bundestagsdebatte ebenfalls gewarnt). Und die Tötung von Patienten gegen ihren Willen kann zwar faktisch vorkommen, zählt aber normativ eindeutig als Verbrechen, und nichts deutet darauf hin, dass sich das ändern könnte.

Wenn sich Erwartungsdruck aufbaut, die Kriterien für ärztliche Suizidbeihilfe aufzuweichen, kann man dem gegebenenfalls durch weitere Regulierung entgegentreten. Das kann politisch mühsam sein, ist aber grundsätzlich möglich. Das beweist nicht zuletzt die Tatsache, dass die seit Jahrzehnten stabile Erwartung der Bevölkerungsmehrheit, dass ärztliche Suizidbeihilfe gesetzlich erlaubt werden sollte, bei Regierungen, Parlamenten und organisierter Ärzteschaft bis heute ins Leere gelaufen ist. Zur Debatte steht, ob es dabei bleiben soll, oder ob man sich alternativ der Regulierungslast stellen soll, die Grenzen zulässiger ärztlicher Suizidbeihilfe zu verteidigen oder gegebenenfalls neu zu justieren. Das ist allerdings nur noch eine Frage der politischen Bewertung, nicht mehr eine Frage des Wissens.

Entscheidung „nach bestem Wissen und Gewissen"

Es steht den gewählten Abgeordneten frei, bei der anstehenden Abstimmung über die Zulassung von ärztlicher Suizidbeihilfe nach eigenem ‚besten Gewissen' zu entscheiden und sich bei dieser Wertung über die Mehrheitsmeinungen in der Bevölkerung und die in der öffentlichen Debatten erhobenen Einwände

hinwegzusetzen. Aber es steht ihnen nicht in gleicher Weise frei, für ihre Entscheidung Begründungen in Anspruch zu nehmen, die einer Prüfung im Lichte ‚besten Wissens' nicht standhalten. Die Abgeordneten schulden ihren Wählern intellektuelle Redlichkeit. Dazu gehört, dass sie sich offen dazu bekennen, dass sie eine subjektive persönliche Gewissensentscheidung treffen und auf den Versuch verzichten, für diese Entscheidung objektive Allgemeingültigkeit zu reklamieren, indem sie sich auf unbewiesene oder nachweislich falsche Folgebehauptungen und Schadensszenarien berufen.

WOLFGANG VAN DEN DAELE Dr. jur., war bis 2005 Professor für Soziologie an der Freien Universität Berlin und bis 2006 Direktor der Abteilung „Zivilgesellschaft und transnationale Netzwerke" am Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin. Er war Mitglied des Nationalen Ethikrates von 2001-2007. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen zivilgesellschaftliche Verfahren der Konfliktlösung sowie Bioethik und Biopolitik.

Literatur:
Allensbach (2010), Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus der Sicht der deutschen Ärzteschaft. Institut für Demoskopie Allensbach, http://www.bundesaerzte kammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf.
infratest-dimap (2014), „Vier Fünftel der Deutschen für ärztliche Sterbebegleitung"., http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/ vier-fuenftel-der-deutschen-fuer-aerztliche-sterbe-unterstuetzung/.
Forsa (2003), Repräsentative Bevölkerungsumfrage 2003 für die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben: Sterbehilfe und das Vertrauen zum Hausarzt, http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Umfrage_November_2003.pdf.
Oregon, Department of Human Services - Office of Disease Prevention and Epidemiology (2006), Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, March 9, 2006.
Nationaler Ethikrat (2006), Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme. Berlin: Nationaler Ethikrat 2006.
Schröder, C. et al. (2003), Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. Psychother Psych Med 53, S. 334–343.
Seale, C. (2006), National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. Palliative Medicine 20(1), pp. 3–10.
TNS Healtcare (2008), (Befragung von 483 Krankenhausärztee); Angaben nach Spiegel.de vom 22.11.2008, http://www.spiegel.de/nachrichtenarchiv/artikel-22.11.2008. html.
van den Daele, W. (2005), „Vorgeburtliche Selektion: Ist die Pränataldiagnostik behindertenfeindlich?", in: Ders. (Hg.), Biopolitik. Leviathan Sonderheft 23/2005, 97-122.
van den Daele, W. (2006), Einstellungen zum Sterben – Befunde aus der Umfrageforschung. In: Nationaler Ethikrat (Hg.) Tagungsdokumentationen: Wie wir sterben /Selbstbestimmung am Lebensende, Berlin: Nationaler Ethikrat 2006, S. 141–163.
van den Daele, W. (2008), Das Euthanasieverbot in liberalen Gesellschaften – aus soziologischer Sicht. In: Robertson-von Trotha, C. (Hg.), Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft. Baden-Baden: Nomos, S. 37–62.

---

https://www.humanistische-union.de/publikationen/vorgaenge/210-211/publikation/nach-bestem-wissen-und-gewissen/
Abgerufen am: 26.11.2026