

<i>Giovanni Maio</i>	Vom Leben als Geschenk zum Leben als Produkt, S. 34
<i>Bernward Büchner</i>	Apotheker im Gewissenskonflikt, S. 40
<i>Eugenio Yáñez</i>	Das Lebensrecht in Chile nach der Rückkehr zur Demokratie, S. 42
<i>Kontrovers</i>	Strafbarkeit der Suizidbeteiligung, S. 47

Editorial

- 33 Grundsatzfragen

Thema*Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Freiburg*

- 34 Vom Leben als Geschenk zum Leben als Produkt

Beitrag*VRiaVG a. D. Bernward Büchner, Freiburg*

- 40 Apotheker im Gewissenskonflikt

Prof. Dr. Eugenio Yáñez, Santiago de Chile

- 42 Das Lebensrecht in Chile nach der Rückkehr zur Demokratie

Kontrovers*Christdemokraten für das Leben (CDL), Münster*

- 47 Mitwirkung am Suizid und „Autonomie“ am Lebensende

Prof. Dr. Gunnar Duttge, Göttingen

- 51 Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMJ „Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB-E)“

Rezension

- 54 Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik
-
- 57 Frauenfeindlich

Umschau

- 58 Organverteilung nach dem TPG

Dokumentation*Stellungnahmen zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung*

- 59 Bundesärztekammer
-
- 61 Deutsche Hospiz Stiftung
-
- 68 Brief an Bundespräsident Joachim Gauck zum Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes

Aus der JVL

- III Prof. Dr. Christian Hillgruber wiedergewählt
-
- III Marsch für das Leben 2012

III Trends

impresum

Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL)

ISSN 0944-4521

Redaktion

Redaktion: Rainer Beckmann (verantwortlich), RiAG, Würzburg (rb), Dr. Friederike Hoffmann-Klein, RAin, Stuttgart (fhk), Dr. Urban Scheffer, RiOLG, Dresden (us), Knut Wiebe, RiLG a.D., Köln (kw)

Anschrift der RedaktionWeißdornweg 1
97084 Würzburg
eMail: zfl@juristen-vereinigung-lebensrecht.de
Telefon: 09 31 / 35 99 490**Herausgeber**Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.
Postfach 50 13 30, D-50973 Köln
Telefon: 02233 / 376 775
Telefax: 02233 / 949 6848www.juristen-vereinigung-lebensrecht.de
eMail: info@juristen-vereinigung-lebensrecht.de**Vorstand der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.**

Bernward Büchner, Vors. Richter am VG a. D., Freiburg i. Br.; Prof. Dr. Christian Hillgruber, Bonn; Rainer Beckmann, Richter am AG, Würzburg; Knut Wiebe, Richter am LG a. D., Köln; Erika Nagel, Richterin am AG, Brühl

Satz & Layout

Rehder Medienagentur, Aachen

Druck

Luthe Druck und Medienservice, Köln

Abonnement

Die ZfL erscheint viermal jährlich. Das Jahresabonnement beträgt 22 Euro inkl. Versand. Studenten zahlen 16 Euro.

Zahlungen erfolgen über die Kölner Bank, BLZ 371 600 87, Konto-Nr. 584 302 003, IBAN Code: DE 45 3716 0087 0584 3020 03, BIC: GENODED1CGN
Bestellungen an den Herausgeber erbeten.**Hinweis**

Die ZfL ist urheberrechtlich geschützt. Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Ansicht des Herausgebers wieder. Die Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. ist interdisziplinär und nur dem Recht verpflichtet. Sie ist als gemeinnützig anerkannt.

Leserbriefe und Manuskripte ...

sind jederzeit willkommen und werden an die Anschrift der Redaktion erbeten.

Herausgeber: Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. (Köln)

Herausgeberbeirat

Prof. Dr. iur. Gunnar Duttge, Göttingen

Prof. Dr. Klaus F. Gärditz, Bonn

Prof. Dr. med. Hermann Hepp, München

Prof. Dr. iur. Christian Hillgruber, Bonn

Prof. Dr. iur. Eike von Hippel, Hamburg

Prof. Dr. phil. Rupert Hofmann, Regensburg

Prof. Dr. iur. Winfried Kluth, Halle

Prof. Dr. iur. Winrich Langer, Marburg

Prof. Dr. iur. Joseph Listl, Bonn

Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Harro Otto, Bayreuth

Prof. Dr. med. Johannes Pechstein, Mainz

Prof. Dr. theol. Anton Rauscher, Augsburg

Prof. Dr. iur. Wolfgang Rüfner, Köln

Prof. Dr. phil. Manfred Spieker, Osnabrück

Prof. Dr. iur. Herbert Tröndle, Waldshut-Tiengen

Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Wolfgang Waldstein, Salzburg

Prof. Dr. iur. Ralph Weber, Rostock

Prof. Dr. phil. Paul-Ludwig Weinacht, Würzburg

Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen

Grundsatzfragen

Fragen des Lebensschutzes und des Lebensrechts sind schon ihrer Natur nach Grundsatzfragen. Es geht nicht nur um das eine oder andere Recht, das so oder anders ausgestaltet, abgewogen und ggf. eingeschränkt werden kann. Es geht, wie das Bundesverfassungsgericht es einmal ausdrückte, um „die vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung aller anderen Grundrechte“ (BVerfGE 39, I, 42). Deshalb ist immer wieder erneut darüber nachzudenken, welche grundsätzlichen Auffassungen, welches Welt- und Menschenbild einzelnen rechtlichen Regelungen zugrunde liegt. Das betrifft etwa die Fortpflanzungsmedizin, aber auch die aktuell diskutierte Frage, ob und wie man auf dem Gebiet der Suizidbeteiligung mit dem Strafrecht Grenzen setzen soll.

Die Fortpflanzungsmedizin ist in Deutschland nicht umfassend gesetzlich geregelt, sondern wurde durch das Embryonenschutzgesetz von 1990 nur fragmentarisch erfasst. Über kurz oder lang wird es hier ergänzende Regelungen geben müssen. Die Juristen-Vereinigung Lebensrecht hat sich daher auf ihrer Jahrestagung im Mai mit der Grundsatzfrage befasst, welche Einstellung zum menschlichen Embryo in der Fortpflanzungsmedizin zum Ausdruck kommt. Der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio kommt zu dem beunruhigenden Ergebnis, dass auf diesem Spezialgebiet der Medizin eine fundamentale Veränderung der Einstellung zum Leben stattgefunden hat: „Vom Leben als Geschenk zum Leben als Produkt“ (s. S. 34).

Nicht weniger grundlegend sind Überlegungen, die das Gesetzgebungsvorhaben des Justizministeriums zur strafrechtlichen Behandlung der „gewerbsmäßigen Selbsttötungsförderung“ betreffen. Während der Referentenentwurf aus dem Ministerium nur einen kleinen Ausschnitt möglicher Beteiligungsformen an Selbsttötungshandlungen erfasst, nämlich das „gewerbsmäßige“ Handeln, sind durchaus verschiedene weitergehende Vorschläge diskutabel. Sie reichen von der Strafbarkeit jeder Form der Suizidbeteiligung, über

die Pönalisierung „geschäftsmäßigen“, „organisierten“ oder „selbstsüchtigen“ Handelns bis hin zur Beibehaltung des aktuellen Zustandes der völligen Straflosigkeit (s. hierzu die Rubrik „kontrovers“, S. 47, sowie weitere Stellungnahmen im Abschnitt „Dokumentation“, S. 59). Auch hier kommt es nur auf den ersten Blick auf die Gesetzestechnik oder aktuelle kriminalpolitische Ziele an. Entscheidend für die Richtung, die der Gesetzgeber einschlagen wird, ist letztlich die Grundhaltung zur Selbsttötung. Handelt der Suizident – zumindest in Einzelfällen – in Ausübung eines Freiheits(grund)rechts oder gibt es überhaupt kein „Recht“ zu töten, auch dann nicht, wenn man selbst das Opfer ist?

Auf dem Gebiet der Organtransplantation hat der Gesetzgeber kürzlich ohne nennenswerte Kontroversen die so genannte „Erklärungslösung“ verabschiedet. Das wird sicher nicht die letzte „Reform“ in Zusammenhang mit dem Thema „Organspende“ sein. Denn auch hier bleiben Grundsatzfragen ungeklärt: Ist der Hirntod wirklich der Tod des Menschen? Gibt es eine moralische oder sogar rechtliche Pflicht, seinen Körper nach dem Tod anderen als Organressource zur Verfügung zu stellen? Welchen Rechtsstatus hat der Leichnam?

Wir werden uns weiterhin gerade den Grundsatzfragen widmen müssen.

Rainer Beckmann

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Freiburg¹

Vom Leben als Geschenk zum Leben als Produkt

Eine ethische Kritik der Reproduktionsmedizin

Die Debatten zur Präimplantationsdiagnostik haben zuweilen aus dem Blick geraten lassen, dass auch die Präimplantationsdiagnostik letzten Endes ein Folgeproblem der künstlichen Befruchtung ist. Sie ist allerdings nicht etwa eine Fehlentwicklung der künstlichen Befruchtung, sondern sie ist bereits als Denken in die Verfahren der künstlichen Befruchtung hineingelegt worden. Dies zeigt sich sogar historisch, denn der Nestor der Reproduktionsmedizin Robert G. Edwards hat offen zugegeben, dass es ihm bei der Entwicklung der Methoden der künstlichen Befruchtung darum ging, einen Beitrag zur Auswahl von nur gesunden Kindern zu leisten. So spricht er von „Design methods for diagnosing and avoiding genetic disease before implantation“². Bei der starken Allianz von Medizin und Technik wird zuweilen verkannt, dass die Technik ja nicht nur eine Methode ist, die gewählt wird, sondern sie ist zugleich auch ein Programm, das mit einem bestimmten Grunddenken verknüpft ist³. Wie dieses Grunddenken einer technisierten Fortpflanzung genau beschaffen ist, soll im Folgenden herausgearbeitet werden, indem das der künstlichen Befruchtung zugrundeliegende Herstellungsdenken kritisch im Hinblick auf seine Vorannahmen beleuchtet wird.

1. Voraussetzungen des Herstellungsdenkens in der Reproduktionsmedizin

Die künstliche Befruchtung ist so normal für uns geworden, dass wir gar nicht mehr merken, was sich dahinter verbirgt, wenn wir sagen, wir möchten mittels künstlicher Befruchtung ein Kind erzeugen. Das zentrale ethische Problem der künstlichen Befruchtung liegt in die Tatsache begründet, dass es einen fundamentalen Unterschied gibt, ob ein Kind durch die Vereinigung von Mann und Frau gezeugt wird, oder ob dieses Kind durch technisches Handeln vermeintlich produziert wird. Schon der Name der Disziplin Reproduktionsmedizin ist verräterisch. Etymologisch soll es in der Reproduktionsmedizin um die Wieder-Produktion von Menschen gehen. Damit wird der Mensch zu einem „beliebig wiederholbaren, auf Abruf herstellbaren Fakt“⁴. Was bedeutet es aber, wenn wir meinen, wir könnten Menschen in bestimmter Hinsicht herstellen? Mit dem Herstellungsdenken gehen fünf Implikationen einher:

1.1. Herstellen heißt Beherrschen

Wie sehr die Reproduktionsmedizin letztlich eine Disziplin der Beherrschung ist, lässt sich daran verdeutlichen,

dass wir uns fragen, wie denn ein Kind seine Existenz betrachten würde, wenn es später wüsste, dass seine Eltern sich für eine künstliche Befruchtung entschieden hätten, aus der es hervorgegangen ist, und wie sich ein Mensch empfinden müsste, der wüsste, dass er Frucht einer natürlichen Zeugung war. Das natürlich gezeugte Kind müsste eigentlich sagen, dass es existiert, weil es einfach gekommen ist. Selbst wenn die Eltern ihn sich gewünscht haben, so ließe sich nicht sagen, dass die Eltern durch den Beischlaf es einfach hergestellt hätten, sondern der geschlechtliche Akt sei eine notwendige Bedingung seiner Existenz gewesen, aber aus der ehelichen Vereinigung ergibt sich nicht in logischer und deterministischer Weise seine Existenz. Ob ein Kind aus der Liebe seiner Eltern hervorgeht, entzieht sich eben dem Zugriff der Eltern. Deswegen können wir auch sagen, dass der natürlich gezeugte Mensch seine Existenz letztlich einer Schenkung verdankt; daher ist er nicht allein „Produkt des Wollens und Tuns seiner Eltern“⁵, sondern er ist mehr als das. Und weil er mehr als das ist, kann sich ein Kind einfachhin als gegeben begreifen. In diesem Gegebenen drückt sich immer etwas aus, was dem direkten Zugriff des Menschen entzogen ist.

Daher kann sich dieser Mensch unhinterfragt einfachhin als Geschenk betrachten, als Geschenk in der Weise, dass er nicht produziert worden ist, aber auch in der Weise, dass er letzten Endes immer auch eine Überraschung war. Er mag zwar in den Köpfen seiner Eltern vorgedacht gewesen sein, aber seine faktische Existenz kommt nicht von seinen Eltern, weil man hier wie selbstverständlich anerkennt, dass er grundsätzlich der Menschenhand entzogen bleibt. Diese Anerkennung der Überraschung, des einfachhin Gegebenen ist bei der künstlichen Befruchtung nicht mehr in dieser Weise da. Hier läuft man Gefahr, zu denken, dass der künstlich gezeugte Mensch Resultat einer technischen Anordnung sei und nicht ein Geschenk, das einfach kommt und gegeben ist. Man denkt wie selbstverständlich, dass es die Eltern und die Ärzte sind, die erst über diese Technik es bewirkt haben, dass der Mensch ist. Das heißt also, man denkt, dass dieses Kind nicht einfach ist, weil sich seine Eltern ein Kind gewünscht haben, sondern es ist, weil seine Eltern die Erfüllung ihres Wunsches mit allen Mitteln durchsetzen wollten.

1 Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. (phil.), Lehrstuhl für Medizinethik, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Stefan-Meier-Straße 26, 79104 Freiburg i.Br., maio@ethik.uni-freiburg.de

2 Zit. in Hofheinz, S. 131 f.

3 S. Maio 2012, S. 376 ff.

4 Petersen, S. 90.

5 Rhonheimer 1993, S. 53.

Bei der künstlichen Befruchtung übersieht man grundlegend, dass auch hier der Mensch nicht einfach durch die Technik entsteht, sondern dass er hier in einer Weise zum Werden kommt, die dem Menschen entzogen ist. Gleichwohl wähnt man sich als Macher der Menschwerdung und durch dieses Wähnen verändert sich der Blick auf das vermeintlich hergestellte Leben. Der Blick verändert sich in der Weise, dass man meint, dieses Leben im Griff zu haben und es tatsächlich bewusst, willentlich herbeiführen zu können, dieses Leben. Nur vor dem Hintergrund dieses Gedankens entsteht die Einstellung, dieses Leben eben mit allen Mitteln zum Entstehen bringen zu wollen. Nur vor diesem Hintergrund entsteht eine Neigung zur Obsession. Diese Obsession ist das Problem der technischen Kinderwunschbehandlung, wie sie die Reproduktionsmedizin anpreist. Umso problematischer wird es, wenn mit dem Herstellungsdenken ein Sich-verschließen vor der Möglichkeit verbunden ist, dass dieser Wunsch auch nicht in Erfüllung geht.

Grundlage dieser Versteifung ist das der Technik inhärente Herrschaftsdenken, die Grundeinstellung einer Herrschaft über das Leben. Es wird dem Leben eben nicht einfach der Raum gelassen, sondern über das technische Denken wird das Leben selbst zu einem Herstellungsprodukt herabgestuft, das keinen Raum zu brauchen scheint, sondern nur eine ganz strikt festgelegte Prozessanordnung. Diese technische Prozessanordnung verstellt den Blick darauf, dass menschliches Leben gerade nicht hergestellt werden kann, sondern dass man ihm nur zum Entstehen verhelfen kann, wenn man keinen Herstellungsmechanismus etabliert im Denken, sondern eine Grundhaltung des Dienstes am Leben; nicht das Machen von Leben ist die Grundlage, sondern das dem Leben Raum geben, was nichts anderes ist als zu ermöglichen, dass das Leben durch die Liebe geschenkt wird. Leben kann daher nur in der Grundhaltung des dem Leben dienen Wollens zum Entstehen gebracht werden und nicht in der Grundhaltung des absoluten Machenwollens, weil menschliches Leben sich nicht machen lässt, sondern nur empfangen und angenommen werden kann. Diese Grundeinsicht wird unter dem Herstellungsdenken der Technik immer fremder.

1.2. Herstellen heißt Denken in Zweck-Mittel-Relationen

Warum wird künstliche Befruchtung vorgenommen? Weil die Eltern sich ein Kind wünschen. Die Künstliche Befruchtung dient also der Erfüllung eines Wunsches. Sie ist das Instrument, mit dem ein Wunsch erfüllt wird. Das heißt, dass die künstliche Befruchtung und ihr Resultat, nämlich der Mensch, nur dann gut ist, solange es einen Wunsch gibt, der damit erfüllt wird. Das heißt nichts anderes, als dass mit der künstlichen Befruchtung letztlich das zu „produzierende“ Kind als Mittel benutzt wird zur Erfüllung eines Wunsches. Das auf diese Weise

zum Entstehen zu bringende Kind ist also nicht etwa zwecklos und damit ganz sinnvoll, sondern das Kind ist nur so lange sinnvoll wie es eben einen Zweck erfüllt, nämlich den Wunsch der Eltern. Wenn wir in diesem Duktus sagen würden, „Es ist gut ein Kind zu bekommen, weil dadurch mein Wunsch, ein Kind zu haben, erfüllt wird“, so begäben wir uns auf eine schiefe Bahn, weil wir damit das Kind zu einem Instrument machen würden⁶. Mehr noch, wir würden das Kind dadurch herabstufen, weil wir nicht im Sein des Kindes einen Wert sähen, sondern nur insofern dieses Sein eine bestimmte Funktion erfüllte; es wäre also nichts anders als eine nur bedingte Anerkennung⁷.

Daher würde ich sagen, dass eine adäquate Einstellung zum Kind doch nur darin liegen kann, dass der Mensch sich jederzeit bereit zeigt, sich damit auch anzufreunden, wenn der Wunsch nach einem Kind nicht in Erfüllung geht. Insofern kann der Kinderwunsch nur so lange ein vernünftiger und guter Wunsch bleiben als dieser Wunsch ein Ausdruck des Hoffens auf einen neuen Menschen gesehen werden kann. Ein Ausdruck des Hoffens und nicht eine Haltung der Bestellung eines Kindes. Diese Haltung der Bestellung, das ist das, was an der Reproduktionsmedizin kritikwürdig erscheint, weil in dieser Haltung letzten Endes eine Asymmetrie hergestellt wird zwischen Eltern und Kind, die letztlich eine Haltung der Verfügung impliziert. Ein jedes menschliches Leben ist angemessen nur als eine Gabe zu verstehen, als etwas Gegebenes, das nicht dadurch gut ist, dass wir uns das neue Leben gewünscht haben, sondern das aus sich selbst heraus gut ist und daher selbst dann gut bleibt, wenn wir uns das entstandene Leben vorher gar nicht gewünscht haben.

Je mehr nun die Reproduktionsmedizin aus dem Gegebenen des menschlichen Lebens ein Bestellenkönnen des Lebens macht, desto mehr würdigt sie das menschliche Leben zu einem Instrument herab und nährt eine Grundeinstellung zum menschlichen Leben, das verhängnisvolle Folgen hat. Denn wenn wir sagen, dass die menschliche Existenz nur deswegen gut ist, weil sie gewünscht wurde, so müssten wir zugleich anerkennen, dass es dann eben auch menschliche Existenzen geben müsste, die – weil wir sie uns nicht gewünscht haben – dann eben auch überflüssig und nutzlos und deswegen als Last zu betrachten wären. Genau diesen Übergang vom Leben als Gabe zum Leben als Instrument zur Wunscherfüllung erleben wir heute, wenn mit umgekehrten Vorzeichen bei der Präimplantationsdiagnostik so getan wird, als wäre es das Selbstverständlichste, dass man ein menschliches Leben, das man sich nicht so gewünscht hat, im Vorhinein ausmustert. Hier sehen wir also, was eigentlich das Resultat der Herstellungslogik der Reproduktionsmedizin ist; wenn suggeriert wird, man könne menschliches Leben technisch „herstellen“,

⁶ Rhonheimer 1993, S. 42 f.

⁷ Ebd.

so wird damit zugleich das Leben selbst zu einem Produkt, das man sich bestellt und dessen Seinsqualitäten man im Vorhinein auch angeben kann.

1.3. Herstellen heißt Festlegung auf das Resultat

Das natürliche Zeugen eines Kindes ist in gewisser Weise immer ein ergebnisloses Handeln; es ist ein Liebeshandeln, das nicht auf ein bestimmtes Resultat ausgerichtet ist. Das Kind, es mag kommen, aber es ist nicht vollständig absehbar und auch letzten Endes nicht verfügbar, ob es kommen wird oder nicht. Vor allem aber ist nicht nur die Existenz selbst, sondern auch die Art seiner Existenz vollkommen unvorhersehbar und damit einer absoluten Offenheit anheimgestellt. Daher der Gedanke des Geschenks, die Vorstellung des Lebens als einer Gabe. Wenn wir nun nicht mehr von „Leben zeugen“, sondern nur noch von „Leben herstellen“ ausgehen, dann gibt es hier keine Offenheit mehr, keine Unvorhersehbarkeit, keine Gabe mehr. Dann wird aus der Gabe ein Produkt, und mit dem Produkt werden neue Maßstäbe gesetzt. Keine Offenheit, sondern Festgelegtheit, keine Unvorhersehbarkeit, sondern Kontrollierbarkeit und Planbarkeit, kein Hoffen mehr, sondern die Erwartung der bestellten „Ware“. Daher müssen wir beim Herstellungsdenken anerkennen, dass das Resultat des Herstellens bereits in den Anfang der Produktion hineingewoben worden ist. Man stellt nicht etwas Blindes her, sondern der gesamte Prozess des Herstellens ist auf ein ganz bestimmtes Produkt ausgerichtet, das nicht offen, sondern von vornherein fest determiniert ist. Das Resultat bestimmt den gesamten Prozess des Herstellens.

Innerhalb dieser – der Reproduktionsmedizin implizit zugrunde gelegten – Logik erscheint es insofern als selbstverständlich, dass es bestimmte Kind-„Produkte“ gibt, die die Eltern scheinbar zu Recht nicht gewollt haben können. Es erscheint geradezu logisch, dass das Produkt auf Qualitätskriterien abgeklopft wird, bevor es weiter behandelt wird. Dass Eltern meinen, es gäbe Embryonen, die sie zurückgeben könnten, wenn sie ihnen nicht gefallen, ist genau die Konsequenz eines Herstellungsdenkens, wie es in die Reproduktionsmedizin von vornherein hineingelegt worden ist. So lässt sich sagen, dass die Ansprüche an ein Kind und die sich immer weiter etablierende Einstellung einer Rückgabegarantie letzten Endes Resultate einer Herstellungslogik sind. Das ist auch innerhalb der Herstellungslogik stimmig. Denn wenn gesagt wird, dass das Kind deswegen „hergestellt“ wird, weil es der Erfüllung des Kinderwunsches dient, so ist es nur folgerichtig, dass das Kind eben dann zurückgegeben werden darf, wenn es dem Wunsch der Eltern doch nicht entspricht, wenn es also Eigenschaften hat, die die Eltern sich nicht gewünscht haben. Wenn also ein Kind deswegen lebt, weil und nur deswegen weil die Eltern es sich gewünscht haben, dann wird auch das Leben nicht leben dürfen, das nicht

gewünscht ist. Durch die Herstellungslogik wird also nichts anderes eingeführt als die Aufgabe einer Grundhaltung der bedingungslosen Annahme eines Lebens aus sich selbst heraus, nur weil es ist und nicht weil es eine bestimmte Funktion erfüllt.

So lässt sich sagen, dass die Reproduktionsmedizin mit ihrer Herstellungslogik am Ende den wunderbaren Satz „ich bin erwünscht, weil ich existiere“ umwandelt in den Satz „ich existiere weil ich gewünscht wurde“⁸. Deswegen macht die Reproduktionsmedizin letzten Endes vergessen, dass Kinder gezeugt werden müssen, damit sie kommen aber sie können nicht gemacht werden, nur weil man sie bestellt hat.

1.4. Herstellen heißt eine Rücknahmepflicht eingehen

Verfolgen wir den Gedanken der Herstellungslogik weiter, so werden wir unweigerlich auf einen nächsten Punkt stoßen, und das ist die Vorstellung einer Reversibilität des Herstellungsprozesses. Diese Reversibilität ist ein Bestandteil des in den Produktionsprozess hineingelegten Kontrollierzwangs⁹. Herstellen heißt zurücknehmen müssen, wenn das Produkt nicht den Produktionsvorgaben entspricht. Damit geraten wir eben in einen fundamentalen Widerspruch zur Zeugung. Zeugen als menschliches Handeln ist grundsätzlich, wie jedes Handeln, unumkehrbar. Gezeugt ist gezeugt; eine Rücknahme dieser Handlung ist nicht möglich. Man mag die Handlung bedauern, aber man kann sie nicht ungeschehen machen. Beim Herstellen ist es anders; in das Herstellungsdenken ist die Rücknahme geradezu hineingewoben, weil allein das Produkt zählt und nicht der Prozess des Herstellens. Wenn wir also aus der Zeugung eines Menschen eine Herstellung des Menschen machen, wie es die Reproduktionsmedizin schon vom Namen her suggeriert, dann führen wir damit unweigerlich die Vorstellung einer Umkehrbarkeit der Existenz von Menschen ein. Nur vor diesem Hintergrund kann überhaupt verstanden werden, warum die Präimplantationsdiagnostik als eine Verhinderung von Leben mit Behinderungen begriffen wurde, obwohl es ja keine Verhinderung, sondern eine Aussortierung von Leben ist. Dieser im Herstellungsprozess hineingelegte Gedanke der Umtauschgarantie ist es, der die Präimplantationsdiagnostik salonfähig gemacht hat, und der blind werden ließ für die Einsicht, dass menschliches Handeln nicht einfach ungeschehen gemacht werden kann ohne Gewalt anzutun.

1.5. Herstellen heißt Verdinglichen

Wenn wir davon ausgehen, dass in der Reproduktionsmedizin nicht gezeugt, sondern hergestellt wird, dann

⁸ Rhonheimer 1993, S. 54.

⁹ Siehe auch Hofheinz, S. 143 f.

haben wir damit implizit bereits akzeptiert, dass das Produkt des Herstellens nicht etwas Unverfügbares ist, sondern als Produkt wird es zu einer verfügbaren Sache gemacht. Es gibt im Produktionsprozess einen Produzenten Mensch und ein Produkt Mensch und eine Beziehung der Herrschaft des Produzenten über das Produkt, und zwar eine Herrschaft, die als eine totale Verfügungsherrschaft bezeichnet werden muss. Das ist nur möglich, weil in dem Produzieren selbst schon eine Tendenz zur Verdinglichung inhärent ist. Das Produkt wird zur bloßen Sache, zum Objekt der technischen Berechnung. Das, was vermeintlich hergestellt wird, verliert geradezu automatisch seinen inneren Wert und wird durch die gedankliche Überformung des Herstellungsdenkens zu einer Sache mit einem bloß instrumentellen Wert. Das Produkt menschliches Leben steht auf diese Weise dem Menschen sogar wörtlich zur Verfügung, zur Verfügung in dem Sinne, dass es sowohl optimiert als auch ausgemustert werden darf, weil es im Kontext des Produzierens nichts gibt, was Staunen oder gar Ehrfurcht ermöglichen könnte. Die Ehrfurcht vor dem Leben wird ersetzt durch die Qualitätsprüfung. Und dies ist nur möglich, weil das Leben selbst durch den Produktionszusammenhang zur Sache erklärt worden ist.

Ein Grundproblem der Reproduktionsmedizin besteht somit darin, dass sie menschliches Leben nicht als Gegebenheit wahrnimmt, sondern dass sie menschliches Leben wie selbstverständlich zum Objekt macht. Wie sehr diese Tendenz vorhanden ist, können wir schon an der Sprachregelung erkennen. So teilen die Reproduktionsmediziner die Embryonen bezeichnenderweise in Güteklassen ein. Je nachdem wie überlebensfähig sie rein morphologisch erscheinen, werden sie eingeteilt in Güteklasse A bis D. Mit dem Begriff der Güteklasse bringt man nichts anderes zum Ausdruck als dass diese Embryonen schon sprachlich nicht als Menschen betrachtet werden, sondern vielmehr als Waren, als Sachgegenstände, ja in gewisser Hinsicht zunehmend als produzierbare „Konsumgüter“. Nur vor dem Hintergrund einer derartigen Verdinglichung menschlichen Lebens kann man begreifen, dass die meisten Reproduktionsmediziner den Embryo als freie Verfügungsmasse betrachten, wenn es darum geht, die Wünsche ihrer Kunden, nämlich der Kinderwunschaare, zu erfüllen. Und gerade weil der Reproduktionsmediziner in seiner Herstellungslogik den Embryo zu einer bloßen Sache macht, entwickelt er immer neue Arsenalien, die zwar der Geburtenratestatistik dienlich sind, die aber das Lebensrecht des Embryos in untragbarer Weise missachten. Dies zeigt sich schon an den Bestrebungen der Reproduktionsmediziner, die Schwangerschaftsrate dadurch zu erhöhen, dass nicht nur drei, sondern bis zu 20 Embryonen kultiviert werden um dann den besten Embryo auszusuchen (single embryo transfer), weil mit dem besten, d.h. entwicklungsfähigsten Em-

bryo die höchste Aussicht auf eine Schwangerschaft besteht. Die weniger aussichtsreichen Embryonen würde man vom Transfer ausschließen und verwerfen. Diese Vorschläge werden in Deutschland gemacht, mit dem Verweis darauf, dass man damit die effizienteste Methode parat hätte, eine moderne Methode, die im Ausland vollzogen wird. Man könne den Paaren in Deutschland keine veraltete Methode zumuten, wenn es bessere gäbe.

Der Single-Embryo-Transfer ist jedoch unausweichlich mit dem Entstehen zusätzlicher „verwaister“ Embryonen verbunden. Im Zuge einer Betonung des Elternwunsches nach hohen Schwangerschaftsraten wird hier die Lebensbedrohung für menschliche Embryonen nicht nur billigend in Kauf genommen, sondern bewusst herbeigeführt, indem absichtlich mehr Embryonen gezeugt als transferiert werden können. Dies stellt nichts anderes dar, als eine vorsätzliche und bewusste Opferung von Embryonen im Interesse einer höheren Schwangerschaftsrate. Das besonders Strittige an dieser Technik besteht also darin, dass das Zustandekommen überzähliger Embryonen geradezu systematisch einkalkuliert wird. Diese inakzeptable Methode stellte einen besonders eklatanten Hinweis auf die totale Verdinglichung des Embryos dar.

Nicht nur befruchtete Eizellen werden auf Halde produziert, sondern letztlich werden auch Embryonen so „produziert“, dass ihr vorzeitiges Verenden bewusst in Kauf genommen wird. Schon vom Grundsatz der Reproduktionsmedizin her ist das so; denn man weiß, dass der extrakorporal gezeugte Embryo eo ipso in eine sehr vulnerable Lage gebracht worden ist, in der eher mit dem Sterben als mit dem Weiterleben des Embryos gerechnet werden muss. Dies ist vom Grundsatz her problematisch, denn de facto müsste man sich hier eingestehen, dass man viele Embryonen bewusst in Lebensgefahr bringt, um einigen wenigen Embryonen dadurch und über diese hinweg zum Weiterleben zu verhelfen. Nimmt man noch hinzu, dass durch die künstliche Befruchtung die – für alle Embryonen lebensgefährliche – Mehrlingsrate steigt und dass die Frühaborte nach künstlicher Befruchtung sehr viel häufiger auftreten, ja auch Eileiterschwangerschaften häufiger sind, so kommt man nicht umhin, festzuhalten, dass die Reproduktionsmedizin unweigerlich mit einem Verschleiß an Embryonen einhergeht, und zwar mit einem Verschleiß, der nicht schicksalhaft sich ereignet oder im extremen Notfall hingenommen wird, sondern einem Verschleiß, den man ganz bewusst schon im Vorfeld rational einkalkuliert. Dies hat Adolf Laufs treffend auf den Punkt gebracht, als er betonte, dass die Reproduktionsmedizin „embryonales Leben als Preis für ihren Erfolg fordert“¹⁰. – Die Verdinglichung des Embryos ist also sozusagen als Vorbedingung der gesamten Repro-

10 Laufs 1992, S. 70.

duktionsmedizin von Anfang an bereits angelegt und wird konsequent durchbuchstabiert.

2. Die Präimplantationsdiagnostik im Lichte der technisierten Fortpflanzung

Mit der ethischen Kritik des technologischen Zugangs auf die Fortpflanzung des Menschen sollte verdeutlicht werden, wie sehr die Technik den Menschen blenden kann und ihm den Blick versperrt auf das Wesentliche. Gerade durch diese Übermacht der Technik drohen zentrale Einsichten verloren zu gehen. Dies zeigt sich gerade an der stattgehabten Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik, bei der man sehen kann, wie sehr vor allem das beschriebene Herstellungsdenken bereits zur Selbstverständlichkeit geworden ist.

Wir leben mittlerweile in einer Zeit, in der das einfach hin und selbstverständlich Gegebene nicht mehr sein darf. Alles möchte der moderne Mensch selbst planen und in die Hand nehmen, bis hin zu seinen Nachkommen. Dieses Denken ist am Ende infiltriert durch einen ökonomisch-rationalistischen Blick. Fast scheint es, als würde ein Qualitätsmanagementdenken, das ursprünglich aus den Wirtschaftswissenschaften kommt, auch auf den innersten Bereich des Menschen übertragen, nämlich dort, wo zwei Menschen sich für einen neuen Menschen entscheiden. Innerhalb dieser Logik der Qualitätskontrolle sollen alle vorhandenen Selektionsmittel ausgeschöpft werden, um nur jene Kinder zu bekommen, die sich die Erwachsenen ausgesucht haben. Der Wunsch der Eltern soll entscheiden, welcher Mensch leben darf und welcher nicht.

Im Zuge einer solchen Denkweise verändert sich unsere Einstellung zu den ungeborenen Kindern und damit zugleich unsere Einstellung zu uns selbst. Gerade hier werden Kinder damit immer mehr als Produkte begriffen, die man bestellt, nach Qualitätskriterien prüft und bei Nichtgefallen auch wieder abbestellt. Gerade hier geht das Gefühl der Dankbarkeit für das kommende Kind verloren; die Dankbarkeit wird ersetzt durch die Angst, die Angst der nicht ausreichenden Kontrolle. Das Kind wird somit zum Resultat der je eigenen Überprüfungs-kriterien, als ein Produkt, das man nur annimmt, wenn es den vorgegebenen Ansprüchen und Qualitätsstandards auch genügt. Nichts anderes geschieht bei der Präimplantationsdiagnostik. Je mehr diese Techniken Eingang finden, umso mehr wird es rechtfertigungsbedürftig, wenn man das gegebene Leben in seinem Sosein akzeptiert. Was induziert durch die Technik und als Resultat eines Machbarkeitsglaubens am Ende entsteht, ist eine radikale Abwehr des Gegebenen und damit ein Blindwerden für den Wert des Gegebenen, ein Blindwerden für das Gute im Imperfekten.

Technische Errungenschaften werden immer als neue Freiheiten gepriesen und vermarktet, aber es wird versäumt zu erkennen, dass dies Freiheiten sind, die auf

Kosten eines anderen erobert wurden, in diesem Fall auf Kosten des Embryos als eines Menschen im Werden. Es wird aber auch die Freiheit derer in Mitleidenschaft gezogen, die die Selektion im Reagenzglas überlebt haben werden. Denn die für das Überleben ausgesuchten Embryonen werden später in dem Bewusstsein leben müssen, dass sie gezeugt, aber zunächst nicht angenommen wurden. Ein nicht sichtbarer Genbefund hätte ihren Tod bedeutet. Das Bewusstsein eines Menschen, dass seine Eltern fest entschlossen waren, ihn zu verwerfen, wenn er einen Gendefekt gehabt hätte, wird zu dem Grundgefühl einer lediglich bedingten Annahme führen. Der nicht verworfene Embryo wird später wissen, dass er lebt, nicht etwa weil er einzigartig ist, sondern weil er eine Prüfung bestanden hat. Die Vorstellung, dass seine Eltern sich ein Leben mit ihm als einem Kind mit Behinderungen nicht zumuten wollten, wäre eine Hypothek, weil der Gedanke aufkommen könnte, seinen Eltern auch später irgendwann möglicherweise nicht mehr zu genügen, wenn er krank werden sollte. Hierin zeigt sich, was der Preis der Aufgabe einer bedingungslosen Annahme eines jeden Lebens wäre. Es zeigt sich, wie sehr der Mensch darauf angewiesen ist, im Bewusstsein zu leben, dass sein Leben etwas Gegebenes ist und nicht etwas Ausgesuchtes.

3. Das Kind als Gabe

Die moderne Medizin macht, wenn sie sich als reine Technik versteht, aus ungeborenen Menschen Objekte der Verfügung, Objekte der Kontrolle, Objekte der Qualitätsprüfung, Objekte eines Dienstleistungsvertrages. Das aber ist kein angemessener Umgang mit dem ungeborenen Leben. Kein Mensch ist unter uns, der mit dem Bewusstsein leben möchte, das er seine Existenz oder gar sein Sosein der Entscheidung einer anderen Person zu verdanken habe. Es ist das Ungeplante, das Verborgene, das nicht Verfügbare, auf das wir alle in unserem Selbstverständnis als freie Menschen am Ende zentral angewiesen sind. Auch IVF-Kinder sind nicht als Produkt einer Technik entstanden. Die Technik mag geholfen haben, dass sie entstehen konnten, aber die Technik hat sie nicht gemacht. Und dieses Bewusstsein, dass wir nicht gemacht, sondern gegeben sind, ist für die allermeisten Menschen von zentraler Bedeutung. Kinder sind uns nicht als Resultat einer Technik geliefert worden, sondern sie sind uns gegeben worden als Wesen, die erst einmal nur für sich da sind. Keine Werkzeuge, die da sind, weil Eltern Anspruch darauf haben, keine bestellbaren Einheiten, die man sich aussucht, um sich selbst zu verwirklichen, sondern Menschen, die selbstverständlich ihren Wert in sich tragen und zunächst einmal nur für sich da sind und nicht zur Erfüllung von Wünschen Dritter.

Anstatt eine absolute Kontrollierbarkeit und Machbarkeit des Lebens zu suggerieren, wäre es angemessener,

wenn der Mensch im Angesicht des ungeborenen Lebens das zurückgewinnt, was er wohl am meisten verloren hat, nämlich eine Grundhaltung der Demut. Diese Grundhaltung der Demut ist von zentraler Bedeutung, weil nur so verhindert werden kann, dass Kinderwunschpaare sich geradezu verbissen an die technische Lösung ihres Lebensproblems der ungewollten Kinderlosigkeit klammern. Zu dieser technologischen Obsession der Paare trägt die Reproduktionsmedizin, die mit ihren Erfolgen wirbt, maßgeblich bei.

4. Schlussfolgerung: Stärkung der Alternativen zur technisierten Fortpflanzung

Aus dem Dargelegten wird deutlich, dass es notwendig ist, die Alternativen der technischen Lösung stärker in den Blick zu nehmen. Solange nämlich die Geburt eines Kindes als einziges Ziel medizinischen Handelns gesehen wird, erscheinen alle Maßnahmen, die nicht zur Geburt führen, als sinnlos. Bedenkt man aber, dass man Menschen mit ungewollter Kinderlosigkeit auch anders helfen kann, so wird deutlich, dass nicht die Geburt, sondern vielmehr der Leidenszustand der Paare als zentraler Orientierungspunkt der Medizin (als Heilkunde) betrachtet werden müsste. Nicht also die „Herbeiführung“ einer Geburt, sondern das Lindern einer Leiderfahrung oder die Hilfe zur Bewältigung des Leidens an der ungewollten Kinderlosigkeit müsste als adäquates Ziel einer humanen Medizin als Dienst am Menschen formuliert werden. Mit dieser Zielsetzung könnte verhindert werden, dass die Medizin Hilfe mit der Anwendung technischer Apparaturen gleichsetzt. Bedenkt man, dass Paare mit ungewollter Kinderlosigkeit in eine Sinnkrise geraten, wird deutlich, wie einseitig es ist, wenn die Medizin auf diese Sinnkrise allein mit technischen Angeboten reagierte und damit suggerierte, dass die technische Lösung die einzig mögliche Antwort auf die Herausforderung wäre, die sich aus einer ungewollten Kinderlosigkeit ergibt.

Zu oft setzt die Reproduktionsmedizin Hilfe mit Anwendung technischer Apparatur gleich. Damit reagiert sie auf die Sinnkrise vieler Menschen mit der Aufwartung von Technik. Mehr noch, implizit erklärt sie die technische Lösung als die einzig mögliche Antwort auf die Herausforderung, die sich aus einer ungewollten Kinderlosigkeit ergibt. Damit schafft eine so sich verstehende Medizin nicht nur ein Angebot, sondern sie schafft auch Normen, denen sich die Menschen, die sich mit ungewollter Kinderlosigkeit konfrontiert sehen, nur schwer entziehen können¹¹. Das Schwangerwerden ist – so das implizite Credo – jeder Frau eröffnet, und wenn sie dennoch kinderlos bleibt, dann hat man eben nicht gut genug investiert, ist nicht gut beraten gewesen oder hat es einfach nicht oft genug versucht.

Vor allem versäumt eine so verstandene Reproduktionsmedizin die Chance, die Paare früh genug auf das

Potential alternativer Lebensentwürfe einzustimmen. Folge einer solchen Verabsolutierung der technischen Lösung ist die Verfestigung der Abhängigkeit infertiler Paare von den technischen Lösungsangeboten der Reproduktionsmedizinindustrie, anstatt sie aufzuschließen für die Einsicht, dass die Sinnkrise auch durch eine neue Sinnstiftung bewältigt werden kann, eine Sinnstiftung, die sich durch das Eröffnen neuer Lebensperspektiven ergeben kann. Wenn man den Paaren von vornherein suggeriert, dass man es mit der Technik in jedem Fall schaffen wird, versteifen sich die Paare so sehr auf die technische Lösung, dass sie gar nicht mehr aufgeschlossen bleiben für die Überlegung, dass man sich im Falle des Scheiterns auch mit der Kinderlosigkeit anfreunden kann oder auch die Adoption als eine neue und sinnstiftende Aufgabe ernsthaft in Erwägung ziehen könnte.

Zum Schluss: Ein Kind kann man sich nur wünschen. Man kann es nicht bestellen. Der Kinderwunsch muss ein Wunsch bleiben, weil man einen neuen Menschen nur wünschend empfangen kann. Der Wunsch drückt aus, dass es nicht in unserer Macht steht, ob der Wunsch in Erfüllung geht. Wir können hoffen und erwarten, aber wir können nicht einfach damit rechnen. Das müsste man den Kinderwunschpaaren auch in unserem technologischen Zeitalter jederzeit und ganz offen sagen. Auch im technologischen Zeitalter ist es notwendig, dass wir jeden Anfang eines Menschen nicht mit rationalem Kalkül berechnen, sondern bei aller Berechnung die Grundhaltung des Staunens nicht ablegen dürfen. Denn bei aller Technik wohnt dem Anfang eines Menschen immer noch etwas Geheimnisvolles inne. Es gibt so etwas wie ein Geheimnis der Entstehung des Menschen, und gerade dieses Geheimnis des Anfangs eines jeden Menschen fordert auf, das Entstehen eines Menschen nicht als machbar, sondern immer und zu jeder Zeit als ein unverfügbares Ereignis anzusehen.

Literatur:

- Böckle, Franz: Biotechnik und Menschenwürde. Über die sittliche Bewertung extrakorporaler Befruchtung. Die neue Ordnung 33 (1979) 356-362
- Brewaeys, Anne: Review: Parent-child relationships and child development in donor insemination families. Human Reproduction Update 7 (2001) 38-46
- Hölzle, Christina, u. Wiesing, Urban: In-vitro-Fertilisation, ein umstrittenes Experiment. Berlin: Springer, 1991
- Hofheinz, Marco: Gezeugt, nicht gemacht. In-vitro-Fertilisation in theologischer Perspektive. Münster: Lit, 2008
- Laufs, Adolf: Fortpflanzungsmedizin und Arztrecht. Berlin: Duncker u. Humblot, 1992
- Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer, 2012
- Petersen, Peter: Reproduktionsmedizin – Herausforderung an die ärztlich-wissenschaftliche Haltung der Menschwerdung. In: Udo Benzenhöfer (Hrsg.): Herausforderung Ethik in der Medizin. Frankfurt: Peter Lang, 1994, S. 81-98
- Rhonheimer, Martin: Die Instrumentalisierung menschlichen Lebens. Ethische Erwägungen zur In-vitro-Fertilisierung. In: Fortpflanzungsmedizin und Lebensschutz 1993, S. 41-64

11 Vgl. Hölzle u. Wiesing 1991, S. 47 ff.

VRiaVG a. D. Bernward Büchner, Freiburg

Apotheker im Gewissenskonflikt

Gibt es ein Recht, die Abgabe nidationshemmender Arzneimittel zu verweigern?

In einem früheren Beitrag „Das Weigerungsrecht bezüglich vorgeburtlicher Kindestötungen“ (ZfL 1/2008, 2 ff.) hat der Verfasser die Frage erörtert, unter welchen Voraussetzungen und in welchen Grenzen die Ärzteschaft und ihr medizinisches Hilfspersonal berechtigt sind, ihre Mitwirkung an solchen Tötungen zu verweigern. Unerörtert ist dabei die Frage geblieben, ob auch Apotheker berechtigt sind, die Abgabe von Arzneimitteln zu verweigern, deren Wirkung für den Embryo tödlich sein kann.

Für die häufig verharmlosend als „medikamentöser Schwangerschaftsabbruch“ bezeichnete Tötung Ungeborener mit zugelassenen Arzneimitteln (RU 486; Mifegyne) schreibt § 47a des Arzneimittelgesetzes (AMG) einen Sondervertriebsweg vor. Pharmazeutische Unternehmer dürfen derartige Mittel nur an Einrichtungen im Sinne des § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) und nur auf Verschreibung eines dort behandelnden Arztes abgeben. Eine Mitwirkung der Apotheker am Schwangerschaftsabbruch durch Abgabe der Abtreibungspille ist deshalb ausgeschlossen.

In Apotheken erhältlich sind jedoch rezeptpflichtige Arzneimittel, welche nicht nur den Eisprung (Ovulation) verhindern oder verschieben, sondern auch die Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter (Nidation) hemmen (Nidationshemmer). Zu ihnen gehört insbesondere die „Pille danach“, von deren (auch) nidationshemmender Wirkung z. B. der Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) übereinstimmend ausgehen.¹

Wird die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle als Beginn der Schwangerschaft, erkannt, erscheint es logisch, in der für den Embryo tödlichen Verhinderung der Nidation einen Schwangerschaftsabbruch zu sehen. Nach § 218 Abs. 1 Satz 2 StGB gelten jedoch Handlungen, deren Wirkung vor Abschluss der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne „dieses“ Gesetzes, d. h. des Strafgesetzbuchs. Obwohl der Gesetzeswortlaut dies nicht ausschließt, erscheint es wegen des engen Regelungszusammenhangs der §§ 218 ff. StGB mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz nicht möglich, den in diesem Gesetz verwendeten Begriff Schwangerschaftsabbruch in einem anderen Sinne zu verstehen als im Strafgesetzbuch. Deshalb ist die Abgabe der „Pille danach“ und anderer Nidationshemmer keine Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch im Sinne des § 12 SchKG.

Während Ärzte und ihre Hilfskräfte grundsätzlich nicht verpflichtet sind, an Schwangerschaftsabbrüchen mit-

zuwirken, ist die Abgabe von Arzneimitteln Pflicht der Apotheker. Nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz; ApoG) obliegt ihnen die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung. Der Betrieb einer Apotheke bedarf der Erlaubnis, die bei Pflichtverletzungen widerrufen bzw. zurückgenommen werden kann (§§ 1 Abs. 2, 2 und 4 ApoG). Nach der aufgrund des Apothekengesetzes erlassenen Apothekenbetriebsordnung (ApoBetO) sind Verschreibungen von hierzu berechtigten Personen in angemessener Zeit auszuführen (§ 17 Abs. 4). Nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Nach § 129 Abs. 1 SGB V sind Apotheken zur Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte nach Maßgabe eines Rahmenvertrages verpflichtet. Mit der Verordnung eines Arzneimittels handelt der Vertragsarzt als Vertreter der Krankenkasse. Das Kassenrezept verkörpert ein Vertragsangebot an den Apotheker, welches der Versicherte als Bote diesem übermittelt. Mit der Aushändigung des Arzneimittels nimmt der Apotheker das Angebot der Krankenkasse an und zwischen dieser und ihm kommt ein öffentlich-rechtlicher Kaufvertrag nach § 433 BGB zugunsten des Versicherten als begünstigten Dritten zustande.² Ausnahmen, welche Apotheker von diesen Pflichten bezüglich der Abgabe nidationshemmender Mittel entbinden könnten, sieht das Apothekenrecht nicht vor.

Eine Gruppe von Apothekerinnen und Apothekern wandte sich 1986 mit einer Initiative an die damalige Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit mit der Forderung, die gesetzlichen Regelungen, Verordnungen und standesrechtlichen Bestimmungen so neu zu fassen, dass kein Angehöriger des Apothekerberufs gezwungen ist, gegen seine freie Gewissensentscheidung Mittel vorrätig zu halten und abzugeben, welche eine Tötung menschlichen Lebens bezwecken sollen. Hierzu gehörten alle Mittel, welche menschliches Leben nach der Befruchtung vernichten sollen, d. h. alle die Nidation verhindernden Präparate. In seinem Antwortschreiben teilte das Ministerium dem Sprecher der Apothekerinitiative mit, als Ergebnis der erfolgten Beratungen sei „festzustellen, dass das

1 So unter www.frauenaeerzte-im-netz.de/pille-danach. Verschleiernd dagegen www.verhuetung-danach.de und www.profamilia.de unter Pille danach; verschweigend *Maria Rossbauer* im Artikel „Gestatten, Gestagen“ v. 24.02.2012 unter www.taz.de.

2 Bundessozialgericht (BSG), NJW-RR 2002, 1691. Hierzu *Kuhlmann*, in: *Nomos-Kommentar Gesamtes Medizinrecht*, 2012, Rn. 2 zu § 129 SGB V; *Axer*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 2. Aufl. 2010, Rn. 2 ff. zu § 129 m. w. N.

Recht der Apotheker, sich bei der Abgabe bzw. einer Verweigerung von nidationshemmenden Mitteln auf eine freie Gewissensentscheidung gemäß Artikel 4 Abs. 1 des Grundgesetzes zu berufen, zu respektieren und zu schützen ist und dass ein Apotheker, der die Abgabe von Nidationshemmern aus religiös motivierten Gewissensgründen verweigert, grundsätzlich keine Diskriminierung oder Benachteiligung erfahren darf. Das bedeutet, auch wenn die in der Apothekenbetriebsverordnung verankerte Verpflichtung zur unverzüglichen Ausführung von Verschreibungen ... nicht durch ausdrückliche Vorschrift eingeschränkt wird, in diesen Fällen im Hinblick auf Artikel 4 Abs. 1 des Grundgesetzes ... von Bußgeldbescheiden oder ähnlichen Maßnahmen abzuweichen. Es ist darauf hinzuweisen, dass eine Berufung auf Artikel 4 Abs. 1 Grundgesetz nicht in Betracht kommt, wenn die Nidationshemmer aus einer therapeutischen Indikation verschrieben worden sind ...³ Diese Stellungnahme des zuständigen Bundesministeriums kann nicht gleich einem Rechtssatz allgemeine Verbindlichkeit beanspruchen. Entscheidend ist deshalb, ob der darin vertretene Standpunkt einer rechtlichen Prüfung standhält.

Die grundrechtlich als Individualrecht⁴ garantierte Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG) gewährt jedem das Recht, dem Gebot seines Gewissens entsprechend zu handeln und ein Verhalten zu unterlassen, das ihm sein Gewissen verbietet. Ein Recht zur autonomen Disposition über Rechtsgüter Dritter oder gar der Allgemeinheit vermittelt die Gewissensfreiheit nicht.⁵ Dieses Grundrecht ist vorbehaltlos gewährleistet und findet seine Schranken allein in kollidierenden Verfassungsrechtsgütern.⁶ Konflikte zwischen einem Gewissensgebot und einer gesetzlichen Pflicht sind deshalb nach Maßgabe der grundgesetzlichen Wertordnung und unter Berücksichtigung der Einheit dieses grundlegenden Wertesystems zu lösen,⁷ Grundrechtskollisionen durch Herstellen praktischer Konkordanz.⁸

Der Verzicht auf den strafrechtlichen Schutz des Embryos vor der Nidation (§ 218 Abs. 1 Satz 2 StGB) ist teils aus pragmatischen Gründen (bewusste Duldung der Verhütungspraxis mit Nidationshemmern), teils aus Beweisgründen erfolgt.⁹ Mit einem minderen rechtlichen Status während dieser Entwicklungsphase lässt er sich jedenfalls nicht begründen. Denn mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle hat das Leben begonnen¹⁰ und von diesem Zeitpunkt an ist der Embryo Träger der Menschenwürde und eines eigenen Lebensrechts.¹¹ Insoweit unterscheidet er sich qualitativ nicht vom Embryo in vitro und auch nicht von dem in utero in der Phase ab der Nidation. Jedes menschliche Leben ist vielmehr „gleich wertvoll“.¹² Deshalb obliegt dem Staat auch für den Embryo in utero vor der Nidation eine Schutzpflicht, die den Einsatz des Strafrechts während dieser Phase nicht gebieten mag, welcher der Staat jedenfalls aber nicht gerecht wird, indem er die Tötung

des Embryos durch hierfür zugelassene Arzneimittel ermöglicht und sich deren Bewertung und Kennzeichnung als Unrecht völlig enthält.

Als Rechtsgut von Verfassungsrang ist die Gesundheit in Betracht zu ziehen. Ihr Schutz gebietet es jedoch nicht, dass Frauen nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr in sämtlichen Apotheken Arzneimittel erhalten, die nicht nur den Eisprung hemmen, sondern auch den bereits gezeugten Embryo durch Verhinderung der Nidation töten können, von den gesundheitlichen Risiken für die Frau ganz abgesehen.¹³

Die Gewissensfreiheit der Frauen bzw. der Eltern in der Frage der Fortpflanzung findet ihre Grenze an den Rechten Dritter (hier: des Embryos), weshalb die Berufung auf dieses Grundrecht wie beim Schwangerschaftsabbruch¹⁴ auch bei der Anwendung der „Pille danach“ ausgeschlossen ist.¹⁵

Schließlich stellt sich auch bei Apothekern wie bei Ärzten die Frage, ob ihnen nicht angesonnen werden kann, einem Gewissenskonflikt dadurch auszuweichen, dass sie auf ihren Beruf verzichten. Für Apotheker wäre dies die einzige Alternative, während einem zum Schwangerschaftsabbruch nicht bereiten Arzt immerhin die Möglichkeit bleibt, das Fachgebiet zu wechseln. Zu Recht hält Kluth eine solche Lösung dann für problematisch, wenn die der Gewissensentscheidung zugrunde liegende Haltung sich auf grundlegende Wertungen des Grundgesetzes berufen kann. In Fällen „konservative(r) Gewissenskonflikte“ bestehe der Konflikt zwar im Verhältnis zum Gesetz, aber gerade nicht zu den materialen Vorgaben der Verfassung. In solchen Fällen, in denen auf der verfassungsrechtlichen Ebene

3 Schreiben des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) v. 30.12.1986 – 354/356-5820-2/9, veröffentlicht in: *Cyran/Rotta*, Apothekenbetriebsordnung (Stand: April 2010), Rn. 491 zu § 17 (unkommentiert), sowie in: *Pfeil/Pieck/Blume*, Apothekenbetriebsordnung (Stand: 2009), Rn. 172 zu § 17 (mit uneingeschränkter Zustimmung).

4 Mückl, in: BK GG (August 2008), Rn. 63 zu Art. 4, m. w. N. Deshalb ist nur der einzelne Apotheker Grundrechtsträger, nicht die Berufsgruppe der Apotheker.

5 Mückl, (Fn. 4), Rn. 113 u. 144 zu Art. 4.

6 Mückl, (Fn. 4), Rn. 168 zu Art. 4; Kluth, in: Festschrift für Wolfgang Rübner, 2003, S. 459.

7 Hierzu BVerfGE 32, 98, 108; 33, 23, 29.

8 Mückl, (Fn. 4), Rn. 137 zu Art. 4; vgl. auch *Germann*, in: *Epping/Hillgruber*, GG-Kommentar, 2009, Rn. 95 zu Art. 4.

9 Hierzu *Eser*, in: *Schönke/Schröder*, StGB, 28. Aufl. 2010, Rn. 10 u. 34 f. Vor § 218; *Gante*, § 218 in der Diskussion, 1991, S. 264 ff.

10 *Rager*, in: *Rager* (Hg.), Beginn, Personalität und Würde des Menschen, 3. Aufl. 2009, S. 67 ff. u. 319 ff.; ders., ZfL 2004, 66 ff.

11 *Hillgruber*, ZfL 2/2011, 47 ff., 48 f.; *Spieker*, ZfL 3/2011, 80 ff., 83.

12 BVerfGE 39, 1, 59.

13 Während pro familia erneut die rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“ gefordert hat, haben die DGGG, die Deutsche Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin, der BfV und die BZgA in einer gemeinsamen Pressemitteilung vom 7.12.2011 hiervor unter Hinweis auf die hohe Dosis von Levonorgestrel und die nicht zu unterschätzenden Nebenwirkungen gewarnt.

14 BVerfGE 88, 203, 308.

15 Das verkennen *Th. J.* und *F. Diekmann*, Apothekenrecht 2008, 29 ff.

keine Konfliktlage bestehe, erscheine es angemessener, aus Art. 4 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG ein Gebot zu differenzierender Regelung abzuleiten. Allein eine solche Lösung entspreche einem diskriminierungsfrei gewährleisteten Grundrecht im sozialen Rechtsstaat. Und nur so könne das Grundrecht der Gewissensfreiheit die ihm zugewiesene Aufgabe wahrnehmen, als Garant einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft und ihrer Rechtsordnung zu wirken.¹⁶ Ähnlich plädiert Mückl für Berücksichtigungs- bzw. Ausnahmeklauseln, soweit sie aus Gründen des Art. 4 Abs. 1 und 2 GG (ggfs. auch des Art. 3 Abs. 3 GG) verfassungsrechtlich geboten oder unter Würdigung jener Verfassungsnormen (lediglich) zulässig sind.¹⁷

Soweit es um eine gesetzliche Verpflichtung geht, durch die Abgabe von Nidationshemmern an der Tötung menschlichen Lebens mitzuwirken, ist die verfassungsrechtliche Schutzpflicht des Staates für dieses Leben zusätzlich in den Blick zu nehmen. Solange die apothekenrechtlichen Vorschriften eine Ausnahmeklausel zugunsten von Apothekern, denen ihr Gewissen – ganz im Sinne der staatlichen Schutzpflicht – die Abgabe von Nidationshemmern verbietet, nicht enthalten, sind sie verfassungskonform so auszulegen, dass solche Apotheker einer Abgabepflicht für derartige Präparate nicht unterliegen.¹⁸ Ohne echte Gewissensgründe wird ein

sich weigernder Apotheker in der heutigen Gesellschaft die ihm drohenden Nachteile nicht in Kauf nehmen.¹⁹ Die Wenigen, die von ihrem Weigerungsrecht Gebrauch machen, gefährden die rechtzeitige Versorgung mit der „Pille danach“ nicht ernsthaft.²⁰ Aber sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewusstseinsbildung für die Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos in der vornidativen Phase, den die Organe des schutzpflichtigen Staates schuldig bleiben.

16 Kluth, (Fn. 6), S. 469 u. 479 f.

17 Mückl, (Fn. 4), Rn. 149 zu Art. 4.

18 Von Fällen der medizinischen Indikation abgesehen im Ergebnis ebenso Hirsch, MedR 1987,12, 15; a. A. Th. J. u. F. Diekmann, (Fn. 15). Für die Achtung der Gewissensfreiheit der Apotheker plädiert überzeugend Prat, Imago Hominis 2008, Band. 15, Heft 2, S. 155 ff.; vgl auch Wallner, Ethik in der Medizin 2010,117 ff. Eine Mindestforderung wäre es, Verstöße von Apothekern gegen eine Abgabepflicht dem „Wohllollensgebot“ gegenüber Gewissenstätern entsprechend unsanktioniert zu lassen. Hierzu BVerfGE 23, 127, 134; 32, 98, 108.

19 Nach einem Bericht der Tageszeitung (taz) v. 10.03.2011 wurden einem Neuköllner Apotheker, der die „Pille danach“ nicht verkauft, zweimal in Folge am Weltfrauentag von radikalen Feministinnen die Scheiben eingeschlagen.

20 Die den Wirkstoff Levonorgestrel enthaltende „Pille danach“ kann bis zu 72 Stunden (3 Tage) nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr eingenommen werden. Seit Oktober 2009 gibt es auch die (in ganz Europa rezeptpflichtige) Pille mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat. Bei ihr beträgt die Anwendungszeit 120 Stunden (5 Tage); hierzu www.netdoktor.de.

Prof. Dr. Eugenio Yáñez, Santiago de Chile

Das Lebensrecht in Chile nach der Rückkehr zur Demokratie

– Unter besonderer Berücksichtigung des Beitrags der Katholischen Kirche –

Die chilenische Identität ist ohne christliche Werte schwer zu verstehen. Seit fünfhundert Jahren ist die katholische Kirche tief im Land verwurzelt. Ihr religiöser Auftrag kommt auch in den politischen, kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Bereichen zum Tragen. Ihre Aussagen über das nationale Leben sind deshalb von großer gesellschaftspolitischer Bedeutung. In letzter Zeit hat sie an religiösem und „politischem“ Einfluss verloren. Seit etwa vier Dekaden nimmt die Zahl der Katholiken langsam ab. Im Jahr 2010 bezeichneten sich 70 Prozent der Bevölkerung als katholisch.

Die fortschreitende Entchristianisierung in Chile stellt die chilenische Kirche vor besondere Aufgaben. Die Antwort auf die Säkularisierung besteht nicht in der Anpassung der Kirche an die Forderungen einer entchristianisierten Gesellschaft, sondern in der Verteidigung der christlichen Werte. Es entspricht dem Evangelium, dass sich die Kirche an der Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens beteiligt. Die chilenische Bischofskonferenz will der gesamten Gesellschaft einen Dienst leisten. Es gehört zum Grundauftrag der Kirche, sich für das

Leben einzusetzen und jedem Versuch des Menschen, sich als Herr über Leben und Tod aufzuspielen, entgegen zu treten.

Mit Ausnahme der Abtreibung und der Euthanasie gibt es in Chile keine intensive und landesweite Bioethikdiskussion. Themen wie Klonen, Stammzellenforschung, In-Vitro-Fertilisation, Präimplantations- und Pränataldiagnostik werden bisher kaum diskutiert. Dennoch ist zu erwarten, dass die Diskussion darüber in naher Zukunft verstärkt aufkommen wird, weil linke Parteien und feministische Nichtregierungsorganisationen diese Themen in den Mittelpunkt der politischen und kulturellen Diskussion stellen. Die Offensive solcher Parteien, feministischer Bewegungen und anderer gesellschaftlicher Kräfte wird durch die sogenannte „Agenda Valórica“ (Agenda der Werte) geprägt. Unter dem Motto: „In der Demokratie gibt es keine Tabus“ begann unter der Regierung von Eduardo Frei Ruiz-Tagle eine politische und kulturelle Strategie, die darin bestand, neue Wertvorstellungen in der Öffentlichkeit zu erörtern. In einer direkten Anspielung auf die chilenische Kirche behaupten

tete der Abgeordnete Marco Henríquez-Ominami, dass in einer demokratischen Gesellschaft niemand seine Ideen anderen aufzwingen könne. Dieser sozialistische Parlamentarier will, dass die Kirche zu diesen umstrittenen Themen schweigt¹. Die Bischofskonferenz antwortete, dass sie jeder Zeit zum Dialog bereit sei. Sie strebt nach einer tiefgehenden Diskussion.

Die chilenische Kirche ist die wichtigste Verteidigerin des Lebens im Land. Durch eine Reihe von Erklärungen, Pastoralen und anderen Veröffentlichungen, wie ihre Zeitschrift „Iglesia de Santiago“ und ihre Zeitung „Encuentro“, wendet sie sich an die Gesellschaft. Das Verhältnis zwischen der Bischofskonferenz und den Regierungen der „Konzertation für die Demokratie“ hat im Laufe der Jahre eine beträchtliche Wandlung erfahren. Der Schutz des Lebens und der Familie hat tendenziell zu einer Verschlechterung des Verhältnisses zwischen Kirche und Staat geführt.

Die Evangelischen Kirchen, die Methodisten, die Pfingstkirche, die Evangelisch-Lutherische Kirche, halten sich in der Bioethikdiskussion eher bedeckt. Eine Ausnahme war die gemeinsame Erklärung „Carta acerca de los Valores Fundamentales sobre la Vida, el Matrimonio y la Familia“ (3. Oktober 2011), die von Erzbischof Ricardo Ezzatti (Katholische Kirche), Erzbischof Sergio Abad (Orthodoxe Kirche), Bischof Emiliano Soto („Mesa Ampliada de Organizaciones Evangélicas“), Erzbischof Héctor Zavala (Anglikanische Kirche), Bischof Roberto López (Methodistische-Pentekostal Kirche), und Bischof Francisco Anabalón (Apostolische Pentekostal Kirche) unterschrieben wurde.

Die Diskussion über die Abtreibung

Unter den Regierungen Aylwin (1990-1994) und Frei (1994-2000) gab es kaum Diskussionen über die Liberalisierung der Abtreibung. Obwohl Chile am Weltbevölkerungsgipfel 1994 in Kairo sowie bei der Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking teilgenommen und auf beiden Konferenzen die jeweiligen Aktionsplattformen unterzeichnet hatte, fanden die Unterschriften keinerlei Beachtung, auch nicht von Seiten der Kirche, weil die Kirche zu dieser Zeit ihre Hauptaufgabe darin sah, die verschiedenen Teile des zerrissenen Landes miteinander zu versöhnen. Aus diesem Grund wollte der Episkopat keine Kritik an den Regierungen Aylwin und Eduardo Frei Ruiz-Tagle üben. In der Regierung Lagos (2000-2006) war die Abtreibung ein ständiges und heftiges Streitthema. Sowohl die Regierung, die Katholische Kirche, die politischen Parteien, die Nicht-Regierungsorganisationen als auch andere gesellschaftliche Kräfte äußerten sich positiv bzw. negativ. Erste Angriffe auf das Lebensrecht erfolgten unter den Regierungen von Ricardo Lagos und Michelle Bachelet (2006 - 2010). Die Wahl von Lagos und Bachelet (beide Sozialisten und bekennende Agnostiker) zu chilenischen Präsidenten

waren ein Schock für die Christen. Beide Regierungen haben einen Wertewandel in Chile gefördert. Ihr Ziel war eine „liberale“ oder „progressive“ Denkweise, die keine moralischen Tabus kennt. Sie wollten eine Säkularisierung der Gesellschaft, die als Bedingung der Freiheit verstanden wurde. Die zunehmende Säkularisierung übt zur Zeit großen Einfluss auf die chilenische Gesellschaft aus.

Unter den Regierungen der so genannten Konzertation wurden laut dem Alan Guttmacher Institut jährlich 160.000 Abtreibungen vorgenommen. Nach Schätzungen der Pro Life-Bewegungen erreicht die Zahl der Abtreibungen höchstens 20.000². Nach dem Gesundheitsministerium müssen jährlich ca. 40.000 Frauen, wegen eines missglückten Abtreibungsversuchs ein Krankenhaus aufsuchen³. Obwohl Lagos und Bachelet während ihren Wahlkampagnen versprochen, kein Gesetz zur Legalisierung der Abtreibung zu erlassen, haben ihre Regierungen mittelbar die Legalisierung gefördert. Die Strategie bestand darin, durch Umwege ans Ziel zu kommen. Beide Präsidenten wussten, dass sie in dem zu siebzig Prozent katholischen Land vorsichtig vorgehen müssen. Sie äußerten sich gegen die Abtreibung, forderten aber die Verteilung der „Pille danach“. Darüber hinaus stand im Regierungsprogramm Bachelets, dass durch das Gesundheitsministerium die sexuellen und reproduktiven Rechte gefördert werden sollten⁴. Im Jahre 2005 hat Kardinal Jorge Medina die Katholiken dazu aufgerufen, bei den Parlamentswahlen nicht für die Kandidaten zu stimmen, die Abtreibung befürworteten. Die Debatte um Abtreibung flammte im Präsidentschaftswahlkampf 2010 wieder auf.

Nach der Wahl von Sebastian Piñera zum Staatspräsidenten 2010-2014 hat sich die Diskussion jedoch wieder abgeschwächt. Piñera ist strikter Abtreibungsgegner. Kurz vor einer Diskussion im Kongress im Frühjahr 2012 hat sich Piñera in einer Kolumne in der wichtigsten Zeitung Chiles El Mercurio (16. März 2012) gegen jede Form der Abtreibung ausgesprochen. In seiner Kolum-

1 El Mostrador, 22. 01. 2007, S. 2.

2 Genaue Zahlen gibt es nicht, aber nach Angaben von Dr. Elard Koch gibt es in Chile nicht mehr als 20.000 heimliche Abtreibungen im Jahr. Siehe: Presentación a la Comisión de Salud del Senado de Chile (16. August 2011). In: www.redporlavid.com Die Ergebnisse seiner Untersuchungen wurden auch vor den Vereinten Nationen vorgestellt (15. September 2010). Vgl. auch Eugenio Yáñez, „Cuestión de Vida o Muerte. La discusión bioética en Chile tras el regreso a la democracia“. Editorial Altazor, Santiago 2011, S. 37-42.

3 Frauen aus der Ober- und Mittelschicht zahlen etwa 1000 Euro, um in einer privaten Klinik abtreiben zu lassen. Anders sieht es bei den armen Chileninnen aus. Sie treiben ab mit der Hilfe von unqualifizierten „parteras“ (Hebammen), bei schlechten hygienischen Bedingungen, und laufen Gefahr, sich zu infizieren oder sogar an den Folgen der Abtreibung zu sterben. Abtreibungen unter unsicheren Bedingungen standen bei den Ursachen der Müttersterblichkeit in Chile an erster Stelle. Dennoch ist die Müttersterblichkeit in den letzten Dekaden stark gesunken.

4 Siehe Michelle Bachelets Regierungsprogramm 2006 - 2010, „Chile somos todos: igualdad de género“, S. 87.

ne „mi compromiso con la vida“ (mein Engagement für das Leben) nannte Piñera vier Argumente: Zunächst die Verfassung Chiles, die das Leben der Ungeborenen schützt. Zweitens: selbst wenn der rechtliche Status des Embryos nicht so eindeutig wäre wie er gemäß Chiles Verfassung ist, wäre es richtig, sich im Zweifelsfall für das Leben zu entscheiden. Drittens: die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung betreffe nicht nur die Mutter oder die Eltern des Ungeborenen. „Eine neue, einmalige, unwiederholbare Person, verschieden von ihren Eltern, ist auch betroffen, deren Leben noch vehementer verteidigt werden muss, eben deshalb, weil es sich in einem Zustand völliger Unschuld und Wehrlosigkeit befindet“. Viertens: „als Christ glaube ich, dass das Leben ein Geschenk Gottes ist“. Nur Gott habe das Recht, Leben zu schenken und es wieder zu beenden. Deshalb setze er sich für das Leben von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod ein. Zuletzt wies Piñera darauf hin, dass der Zivilisationsgrad einer Gesellschaft sich darin zeige, wie sie mit ihren schwächsten Mitgliedern umgehe. Dazu gehörten auch die Ungeborenen.

Die aktuelle Gesetzgebung zur Abtreibung

Abtreibung ist in Chile verboten. Seit 1989 sind auch „therapeutische“ Schwangerschaftsabbrüche (bei Gefährdung des Lebens der Mutter) verboten. Sie waren aber von 1931 bis 1989 zugelassen. Seit 1931 gab es die Möglichkeit einer legalen Abtreibung aus „therapeutischen Gründen“, wenn das Leben der Mutter durch die Schwangerschaft in Gefahr war. Aber im Jahr 1989, gegen Ende der Militärregierung, wurde dieses Gesetz geändert. Seitdem darf „keine Handlung durchgeführt werden, die ein mögliches Ende der Schwangerschaft zur Folge haben könnte“. Abtreibungen gelten in Chile als Straftat. Das Strafgesetzbuch (Artikel 342-345) sieht Haftstrafen von drei bis fünf Jahren vor. Über die Zahl der wegen einer Abtreibung inhaftierten Frauen gibt es keine genauen Daten. Solche Verurteilungen sind aber sehr selten.

Bisher sind mehrere Gesetzesvorschläge zur Legalisierung der Abtreibung im Kongress eingebracht worden, der erste 1991. Drei Mitglieder der Sozialistischen Partei haben 2003 einen Gesetzesvorschlag gegen das Abtreibungsverbot im Kongress vorgestellt. Er sah vor, dass die Abtreibung entkriminalisiert werden sollte, wenn es sich um Extremfälle handelt, bei Lebensgefahr für die Frau oder bei einer Schwangerschaft in Folge einer Vergewaltigung. Dieser Vorschlag wurde im Kongress abgelehnt. Im Jahr 2006 wurden zwei Gesetzesvorschläge eingebracht. Carlos Ominami und Guido Girardi, zwei sozialistische Senatoren plädierten unter den Stichworten „Reproduktive Rechte“ und „Autonomie des Individuums“ für die Legalisierung der Abtreibung. Abtreibungen sollten straffrei gestellt werden, wenn sie vor der 12. Schwangerschaftswoche vorgenommen wer-

den. Eine Abtreibung sollte auch dann straffrei bleiben, wenn das Leben und die Gesundheit der Mutter gefährdet ist. Nach vier Monaten der Diskussion beschloss die chilenische Abgeordnetenversammlung im November 2006 mit großer Mehrheit, dass die Abtreibungen weiterhin illegal bleiben sollen. Im Jahre 2009 wurden nochmals zwei Gesetzesentwürfe eingebracht, die praktisch identisch mit den früheren waren. Der letzte Gesetzesentwurf wurde im Dezember 2010 von Evelyn Matthei, zu dieser Zeit Senatorin der rechten Partei Unabhängige Demokratische Union (und derzeit Arbeitsministerin) und von Fulvio Rossi, einem Senator der Sozialistischen Partei, vorgestellt. Vom 21. März bis 4. April 2012 wurden im Kongress drei Gesetzesvorschläge diskutiert. Der erste Vorschlag von Camilo Escalona sah einen Abbruch der Schwangerschaft auf Grund therapeutischer Indikation vor. Er wurde mit 15 Ja-Stimmen gegen 18 Nein-Stimmen abgelehnt. Der zweite Vorschlag von Girardi und Ominami sah einen Schwangerschaftsabbruch auf Grund einer therapeutischen, eugenischen oder sozialen Indikation vor. Er wurde mit 9 Ja-Stimmen gegen 22 Nein-Stimmen abgelehnt. Der dritte Vorschlag von Rossi und Matthei sah Strafflosigkeit der Abtreibung vor, wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist. Auch er wurde mit 12 Ja-Stimmen gegen 19 Nein-Stimmen abgelehnt. Die wichtigsten Vertreter der Forderung nach einer Freigabe der Abtreibung sind die „Sozialistische Partei“, die „Partei für die Demokratie“ und die „Kommunistische Partei“. Ihnen schließen sich feministische Nicht-Regierungsorganisationen wie das „Foro Red de Salud y Derechos Sexuales Reproductivos“ (Forum für Gesundheit, Sexuelle und Reproduktive Rechte), die „Asociación Chilena de protección de la Familia“ (APROFA), und das Offene Forum „La Morada“ an, das im Jahre 2008 eine Kampagne „Ich habe das Recht zu entscheiden“ gestartet hat. Das Chilenische Frauengesundheitsnetzwerk „Red Salud Mujeres Chile“ unterstützte die niederländische Frauenorganisation „Women on Waves“, die 2009 mit ihrem Klinikschiff zum internationalen Aktionstag für Frauengesundheit die Küste vor Santiago angelaufen hatte. An Bord des Schiffes konnten chilenische Frauen die Abtreibungspille frei erhalten. Die Verteidiger der Abtreibung stellten nun das Recht der Mutter auf Abtreibung in den Mittelpunkt der Diskussion. Die Mutter sei Opfer eines ungerechten Angriffs, das Ungeborene sei der Angreifer. Die wichtigsten Argumente der Abtreibungsbefürworter in Chile sind:

1. Ein Schwangerschaftsabbruch sei eine private Angelegenheit. Jede Frau habe ein unveräußerliches Recht zu entscheiden, ob sie zu einem bestimmten Zeitpunkt in ihrem Leben ein Kind bekommen möchte oder nicht. Sie müsse daher auch frei und in eigener Verantwortung über einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden können.

2. Abtreibungen, die in illegalen Kliniken oder unter schlechten Bedingungen durchgeführt worden sind, könnten nicht zu guten Ergebnissen führen. Wo Abtreibungen heimlich und unsachgemäß durchgeführt würden, gefährdeten sie das Leben und die Gesundheit der Frauen. Das Leben der Frauen werde aufs Spiel gesetzt. Diese illegalen Praktiken stünden der freien Ausübung des ärztlichen Berufes entgegen. Dieses Argument wurde inzwischen widerlegt. Chile hat mit 18,8 Todesfällen auf 100.000 Lebendgeburten zur Zeit die niedrigste Muttersterblichkeitsquote Lateinamerikas. Nach Elard Koch sind die Todesfälle wegen Abtreibungen in Chile heutzutage praktisch null⁵.
3. Restriktive Gesetze führten nicht zu einer Senkung der Abtreibungszahlen. Im Gegenteil, die Legalisierung der Abtreibung führe längerfristig zu niedrigeren Abtreibungszahlen.
4. Das Verbot der Abtreibung sei eine Verletzung der Rechte der Frauen im Sinne der internationalen Verträge. Das vorhandene chilenische Gesetz stelle eine Verletzung der Rechte der Frauen auf Gleichberechtigung, Leben, Gesundheit, Würde und Entwicklung dar.
5. Die Abtreibung sei ein Menschenrecht. Wenn es sich aber um ein „Recht“ handelt, könne es keinen Beschränkungen unterworfen werden. Der Zugang zur Abtreibung müsse daher folgerichtig völlig ungehindert und legal möglich sein.
6. Die Befindlichkeit und verantwortliche Entscheidung der Mutter habe Vorrang von dem Lebensrecht des Kindes.

Befürworter der Legalisierung der Abtreibung sind auch die Freimaurer. Der Großmeister der Großen Chilenischen Loge, Jorge Carvajal, betrachtet die Haltung der katholischen Kirche gegen die Abtreibung als „absolut fehl am Platz“. Für die Entkriminalisierung der Abtreibung in Chile plädiert schließlich auch die UNO. Ihr Menschenrechtsausschuss empfahl zwei Mal den chilenischen Regierungen, alle Maßnahmen zu ergreifen, die notwendig sind, um das Recht auf Leben aller Menschen (mit Ausnahme natürlich der noch nicht geborenen Kinder) einschließlich jener Frauen zu gewährleisten, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Für den Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen steht das Nicht-abtreiben-lassen einer Folter gleich. Das Abtreibungsverbot schädige die psychophysische Gesundheit der schwangeren Frau.

Abtreibungsgegner in der Politik sind die Christlich Demokratische Partei (PDC), die Unabgängige Demokratische Union (UDI) und die Nationale Erneuerung (RN). Unter den Nichtregierungsorganisationen gibt es in Chile einige Pro-Life-Bewegungen wie das „Instituto de Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer“ (ISFEM), das „Movimiento Anónimo por la Vida“ und die „Fundación Chile Unido“. Eine Kampagne mehrerer

Organisationen im Mai 1999 hatte das Ziel, eine Kultur des Lebens zu fördern und das Leben vom Augenblick der Empfängnis an zu schützen. In einem Beschluss des Parlaments wurde der damalige Staatspräsident Eduardo Frei aufgefordert, den 25. März zum „Tag des empfangenen und ungeborenen Kindes“ zu erklären.

Die Haltung der chilenischen katholischen Kirche

Die „Flitterwochen“ zwischen der katholischen Kirche und den früheren Regierungen sind mit der Präsidentschaft Ricardo Lagos zu Ende gegangen. Der ehemalige Erzbischof von Santiago Kardinal Errazuriz fragte 2002 vor der Kommission für Auswärtige Beziehungen des Senats, ob das Land zulassen will, dass die Vereinten Nationen in seine Sozialpolitik hineinreden dürfe. Errázuriz lehnte eine solche Einmischung ab. Chiles Senat beriet zu der Zeit darüber, ob Chile das Zusatzprotokoll der UNO zu der „Konvention über die Beseitigung jeglicher Form von Diskriminierung der Frauen“ (CEDAW - Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women) ratifizieren soll. Der Kardinal bat den Senat, das Protokoll nicht zu ratifizieren, weil es Chile verpflichten könnte, die Abtreibung zu legalisieren. Die Argumente der chilenischen Kirche gegen die Legalisierung der Abtreibung beziehen sich auf die kirchliche Lehre:

1. Das menschliche Leben beginne zum Zeitpunkt der Empfängnis. Wenn Ei- und Samenzelle verschmelzen, entstehe ein neuer lebender Mensch.
2. Die Entwicklung des Kindes verlaufe kontinuierlich. Die Befruchtung sei das einzige gravierende Ereignis. Es gebe keinen anderen Zeitpunkt, an dem der Beginn des Lebens nachgewiesen werden könne.
3. Abtreibung sei also keine Privatangelegenheit und nicht nur eine Sache der Moral. Sie sei in erster Linie eine Ungerechtigkeit, weil dabei einem unschuldigen, gleichwertigen Menschen das Recht auf Leben verwehrt werde.
4. Der Mensch habe sich seine Würde nicht selbst gegeben. Sie entspringe der Tatsache, dass er als einziges Lebewesen nach dem Abbild Gottes geschaffen sei. Im Augenblick der Empfängnis schaffe Gott für jeden Menschen eine unsterbliche Seele.
5. Für die Bischöfe stellt die Abtreibung ein „verabscheuungswürdiges Verbrechen“ dar (Gaudium et spes 51).
6. Der Staat habe die Pflicht, den noch nicht geborenen Menschen vom ersten Augenblick seiner Existenz an durch ein Strafgesetz zu schützen.⁶

⁵ Siehe: Elard Koch (Anm. 2).

⁶ Siehe u. a., Erklärung des Ständigen Rates der Chilenischen Bischofskonferenz, „Vida, Solidaridad y Esperanza“, 23.10.2001, N° 1; ders.: „Matrimonio y Familia. Una buena noticia para la humanidad“, 25.11.2005; ders., „Acoger y Promover la Vida“, 10.01.2007.

Was den Begriff der reproduktiven Rechte angeht, erklärte die katholische Kirche, dass die Abtreibungsbefürworter eine sehr eingeeengte Sichtweise hätten, weil sie sich nur auf das Recht einer Frau auf vollständige Autonomie über ihren Körper beschränkten, ohne Berücksichtigung der Rechte der Männer und der Kinder⁷. Solch ein individualistischer Begriff führe zur Diskriminierung anderer, besonders der Ungeborenen. Die Bischöfe argumentierten gegen die Abtreibung nicht nur mit Glaubensargumenten, sondern sie appellierten an das Gewissen der Menschen. Abtreibung sei nicht nur eine Glaubensfrage, sondern auch eine Frage, die jeden Menschen angehe. Eine Demokratie müsse die Menschenrechte achten. Das Recht auf Leben sei eines der wesentlichen Menschenrechte. Im April 2007 erklärte Kardinal Errázuriz in einem Fernsehinterview, dass die Chilenen stolz darauf sein sollten, dass in ihrem Land die Abtreibung verboten ist. Feministinnen und „progressive“ Gruppen beurteilen die Haltung der Kirche dagegen als inakzeptabel. Aus ihrer Sicht stellt die Haltung der Kirche eine Diskriminierung der Frau dar. Diese Gruppierungen betonen, dass Schwangerschaftsabbrüche als gesundheitspolitisches und nicht als religiöses oder ethisches Problem diskutiert werden müssten. Die Kirche verletze das Prinzip der religiösen Neutralität des Staates.

Die „Pille danach“

Zu einem besonderen Konflikt zwischen Kirche und Staat führte die „Pille danach“. Die Regierung Lagos kündigte am 19. März 2001 an, dass die Pille bei Vorlage eines ärztlichen Rezepts verkauft werden könne. Lagos sagte, dass keine Frau dazu gezwungen werden könne, die „Pille danach“ zu nehmen, jedoch die Möglichkeit haben solle, sich aus freien Stücken dafür zu entscheiden. Er wies alle Bürgermeister an, die „Pille danach“ für alle Frauen, die sie wollen, in Notpraxen bereit zu halten. Im Falle einer Vergewaltigung solle die Abgabe auch an Minderjährige möglich sein.

Die katholische Bischofskonferenz erklärte, dass die „Pille danach“ kein Verhütungsmittel sei, sondern ein Abtreibungsmittel⁸. Die Entscheidung der Regierung veranlasste sie, an die Bürgermeister zu appellieren, die Pillen nicht zur Verfügung zu stellen. Der Kardinal von Santiago sagte dazu, dass „zuerst Gott gehorcht werden sollte und erst dann anderen Autoritäten“ und dass er alle diejenigen, die wegen ihrer Haltung vom Staat bestraft würden, unterstützen werde. Der Kardinal erklärte weiterhin, wenn die Kirche sich in der Vergangenheit gegen die Verletzung der Menschenrechte durch die Militärregierung gewandt habe, so werde sie heute mit gleicher Energie für den Schutz des ungeborenen Lebens eintreten. Nach seinen Angaben beschränke sich die katholische Kirche darauf, ihre Meinung zur Verteilung der Pille zu äußern, wie es jeder anderen Glaubensgemeinschaft freistehe.

Der Gesundheitsminister Pedro García behauptete, die Stellungnahme des Kardinals sei „ein Akt der Rebellion der Kirche“ und betonte, dass die Bürgermeister die Pflicht hätten, der Anweisung zu gehorchen oder mit Strafen zu rechnen hätte. Die sozialistische Abgeordnete María Antonieta Saa erklärte, dass die Haltung der katholischen Kirche ein Aufruf zu zivilem Ungehorsam und der Kardinal ein „Aufrührer“ sei.

Nach einer Klage der Pro Life-Organisationen wurde die „Pille danach“ verboten, weil sie eine Form der Abtreibung darstelle. Zahlreiche linke Abgeordnete und feministische Frauenverbände klagten gegen diesen Beschluss. Trotz der heftigen Debatte und beschwörender Warnungen der Bischöfe ist im September 2006 ein Dekret zur „Pille danach“ in Kraft getreten. Es erlaubt schon 14-jährigen Mädchen den kostenlosen Zugang zu diesem Abtreibungsmittel, auch ohne die Einwilligung ihrer Eltern. Die sozialistische Präsidentin Michelle Bachelet, nennt das Gesetz notwendig, weil es ärmeren Mädchen helfe, eine ungewollte Schwangerschaft zu vermeiden⁹. Die katholische Kirche kritisierte die neue Norm als fahrlässig¹⁰. Die Bischofskonferenz erklärte, dass das Gesetz nicht die Lösung sei, die das Land eigentlich verdient hätte. Stattdessen solle sich die Ministerin um aktive Familienförderung kümmern¹¹.

Trotz dieser Offensive ist Abtreibung in Chile immer noch verfassungswidrig. Die Strategie der Abtreibungsbefürworter besteht darin, die Diskussion so breit wie möglich in den „fortschrittlichen“ Sektoren der Gesellschaft, in den politischen Parteien und sozialen Bewegungen zu führen. Die Legalisierung der Abtreibung bleibt für die selbsternannten „progresistas“ das zentrale Ziel. Obwohl die katholische Kirche an politischem Einfluss im Land verloren hat, spielt sie weiterhin eine wichtige Rolle in dieser Diskussion und gilt als feste Größe im Kampf um die Verteidigung des Rechts auf Leben.

7 Siehe: Pastoralbrief von Kardinal Francisco Javier Errázuriz: „A los miembros de nuestra Iglesia en la Arquidiócesis de Santiago“, 01.05.2004, N° 6.

8 Siehe u.a.: Erklärung des Ständigen Rates der Bischofskonferenz, „En defensa de la vida humana“, 20.03.2001; Cardenal Francisco Javier Errázuriz, „El derecho a la vida; también hoy“, 26.03.2001; Comisión Nacional de Bioética de la Conferencia Episcopal Chilena, „Algunas consideraciones en torno a la ‘píldora del día después’ o ‘anticoncepción de emergencia’“, 16.04.2004; Carta Pastoral del Cardenal Francisco Javier Errázuriz, „A los miembros de nuestra Arquidiócesis de Santiago“, 01.05.2004; Bischof von Concepción Antonio Moreno, „¿Se puede obligar a distribuir la píldora?“, 05.05.2004; Bischof von Calama Guillermo Vera, „Calameños, defendamos la vida“, 06.05.2004.

9 Siehe: Ministerio de Salud, „Normas Generales sobre Regulación de la Fertilidad“, Santiago de Chile 2006.

10 Siehe: Erklärung des Ständigen Rates der Chilenischen Bischofskonferenz, „¿Hacia dónde camina Chile?“ (Welchen Weg geht Chile?), Santiago 7.09.2006

11 A.a.O.

Strafbarkeit der Suizidbeteiligung

Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung formuliert und den betroffenen Fachkreisen und Verbänden zur Stellungnahme übermittelt. Der Gesetzentwurf schlägt die Schaffung eines neuen Straftatbestands im Strafgesetzbuch vor, der die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt. Die entsprechende Strafvorschrift soll lauten:

§ 217 (Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung)

Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines Menschen zu fördern, diesem hierzu gewerbsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Dieses Gesetzgebungsvorhaben setzt eine Vereinbarung der Regierungskoalition aus dem Jahr 2009 um. Die vorgeschlagene Lösung wird teils als zu weitgehend, teils als nicht weitgehend genug kritisiert. Nachfolgend stellen wir zwei unterschiedliche Positionen vor. Die Lebensschutzinitiative in der CDU/CSU „Christdemokraten für das Leben“ (CDL) tritt für eine generelle Strafbarkeit jeder Form der Suizidbeteiligung ein. Prof. Dr. Gunnar Duttge, Leiter der Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht der Georg-August-Universität Göttingen, hält den Einsatz des Strafrechts auf diesem Gebiet dagegen für verfehlt. (rb)

Christdemokraten für das Leben (CDL), Münster

Mitwirkung am Suizid und „Autonomie“ am Lebensende

Ethische und rechtliche Grenzen

I. Selbsttötung als gesellschaftliches Problem

Als Menschen sind wir nicht immer glücklich. Wir müssen mit vielfältigen Schwierigkeiten wie Enttäuschungen, Verletzungen, Lieblosigkeit, privaten und beruflichen Niederlagen, schweren Krankheiten oder wirtschaftlichen Problemen leben und diese bewältigen. In extremen Situationen denken nicht wenige Menschen daran, sich selbst zu töten, um damit ihrer Not ein Ende zu bereiten. Nach Angaben der EU-Kommission aus dem Jahre 2005 begehen in der Europäischen Union jährlich etwa 58.000 Menschen Suizid. Dem stehen etwa 50.700 Verkehrstote und 5.350 Opfer von Gewaltverbrechen gegenüber. In Deutschland nahmen sich im Jahre 2007 etwa 9.400 Menschen das Leben, was einer Suizidrate von 11,4 je 100.000 Einwohner entspricht. Seit 1980 ist die Zahl der Selbsttötungen insgesamt zurückgegangen. Als Gründe für diesen deutlichen Rückgang gelten eine verbesserte psychiatrische Versorgung und eine Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, denn die meisten Menschen, die durch Selbsttötung aus dem Leben scheiden, leiden unter Depressionen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass die Anzahl der Suizidversuche international je nach Land 10 bis 15 Mal höher liegt. Die Suizidrate ist deutlich geschlechtsabhängig. Bei Männern liegt sie weltweit höher als bei Frauen, meist ist sie mehr als doppelt so hoch. Die Suizidrate ist auch altersabhängig, allerdings variiert diese Abhängigkeit nach kulturellem und sozialem Kontext. Besonders in Deutschland steigt die Sui-

zidrate ab dem 60. Lebensjahr, mit zunehmendem Alter und insbesondere bei Männern, sehr signifikant an.

II. Suizid und psychische Krankheit

Die Neigung zur Selbsttötung, insbesondere aber der vollendete Suizid stehen in deutlichem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die klinische Depression oder um psychiatrische Krankheitszustände, die mit einer depressiven Symptomatik verbunden sind. Hierzu zählen die Schizophrenie, Angststörungen, Substanzabhängigkeit (zum Beispiel Alkohol und Rauschdrogen) oder Persönlichkeitsstörungen. Auch bei körperlichen Erkrankungen kann es zur Depression kommen, die eine Selbsttötung in den Bereich des Möglichen rücken lässt. Quälende psychische oder physische Zustände, verbunden mit Hoffnungslosigkeit, ohne Perspektive auf deren Ende, lassen den Suizid mitunter als möglichen Ausweg erscheinen. In extremen persönlichen Situationen werden dann natürliche Hemmschwellen in Bezug auf Suizidhandlungen überschritten.

Die Depression entsteht durch direkte Schädigung des Gehirns, durch Vergiftung mit Stoffwechselprodukten oder – psychologisch einfühlbar – als Reaktion auf eine lebensbedrohliche oder mit massiven persönlichen Einschränkungen verbundene Krankheit. Die Depression schränkt die Wahl- und Handlungsmöglichkeiten eines Menschen stark ein. Die krankhafte Ursache dieses Perspektivenverlusts wird im Nachhinein deutlich, wenn die dem Selbsttötungswunsch zugrunde liegende Depression erfolgreich behandelt werden konnte. Sehr bemerkenswert ist, wie bereits erwähnt, dass seit dem Ende der 1980er Jahre die Suizidrate in Deutschland kontinuierlich sinkt, vermutlich aufgrund einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und damit einer verbesserten Behandlung von Depressionen. In

der Wissenschaft herrscht Einigkeit darüber, dass durch eine sachgemäße medizinische Behandlung die Neigung zum Suizid verringert werden kann.

Die empirische Sozialforschung befasst sich seit mehr als einhundert Jahren mit der Analyse von sozialen Faktoren, die fördernd oder hemmend auf die Neigung zum Suizid einwirken können, wie etwa soziale Isolation oder längerfristige Arbeitslosigkeit. Die Bedeutung des Suizids als Kulturphänomen hat allerdings, wie es scheint, einen erheblichen Einfluss auf dessen Häufigkeit. Gesellschaften, die den Suizid eindeutig verurteilen, haben geringere Suizidraten, während Gesellschaften, die den Suizid positiv bewerten, mit höheren Raten rechnen müssen. Zu den wirksamen Maßnahmen der Suizidprävention gehört deshalb auch eine klare Ablehnung der Selbsttötung durch die Gesellschaft, da eine neutrale oder gar wohlwollende Einstellung zum Suizid dessen Häufigkeit erhöht.

Gibt es überhaupt Suizid aufgrund eines wirklich frei gebildeten Willens? Diese wichtige Frage ist durch empirische Untersuchungen nicht beantwortet.

III. Das eigene Leben als unverfügbares Gut

Die dargestellten Tatsachen müssen im Zusammenhang mit aktuellen ethischen wie rechtspolitischen Tendenzen gesehen werden, die eine Förderung der Selbsttötung durch tatsächlich und rechtlich erleichterte Mitwirkung Dritter am Suizid zum Ziel haben. Dies betrifft sowohl die Beteiligung am Suizid seitens kommerzieller oder auf Vereinsbasis arbeitenden Sterbehilfeorganisationen als auch die inzwischen in Deutschland diskutierte Suizidassistenten durch Ärzte. Damit folgt diese Diskussion einer Entwicklung, wie sie durch weit reichende Liberalisierungen der aktiven Sterbehilfe vor allem in den Beneluxstaaten zu beobachten ist, wo diese inzwischen als übliche ärztliche Dienstleistung und als Rechtsanspruch gegenüber dem Gesundheitswesen behandelt und abgerechnet wird.

Mit der aktiven Beendigung des eigenen Lebens überschreitet der Mensch jedoch Grenzen, die ihm vorgegeben sind, weil sie seiner Existenz vorausgehen. Der Mensch hat eine unveräußerliche Würde und ist ethisch nicht berechtigt, seine eigene Würde aufzugeben. Grundsätzlich hat jeder Mensch das Recht, sein Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Die vernichtende Verfügung über die physische Grundlage des eigenen Lebens gehört allerdings nicht dazu, denn dadurch zerstört der Mensch die Basis seiner Autonomie, seine Würde, da sich diese nur in der physischen Existenz entfalten kann.

Die Selbsttötung ist Ausdruck einer Haltung, die ethisch gerade nicht mit der Autonomie des Menschen legitimiert werden kann. Die Autonomie, die mit Immanuel Kant als die Fähigkeit der menschlichen Vernunft, sich eigene Gesetze zu geben und nach diesen

zu handeln, beschrieben werden kann, hat ihre Voraussetzung in der physischen Existenz der Person, sie ist Folge und nicht Ursache unserer biologischen Konstitution. Daher beschränkt sich die legitime Reichweite der menschlichen Autonomie auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage. Die Selbsttötung ist damit ein Akt unberechtigter Gewalt gegen sich selbst, an dem der Einzelne zwar nicht gehindert werden kann, dessen Förderung die Rechtsordnung aber ablehnen muss.

IV. Illusion der Autonomie am Lebensende

Nicht nur in Deutschland gibt es eine Tendenz, der zufolge das Selbstbestimmungsrecht von Patienten besonders am Lebensende in medizinethischen Debatten mit immer größerer Ausschließlichkeit in den Vordergrund rückt. Wenn aber die immer nachdrücklicher eingeforderte Selbstbestimmung des Patienten zunehmend an die Stelle der Würde des Menschen träte und schließlich zum alleinigen Maßstab ärztlichen Handelns würde, dann hätte dies nichts mehr mit einem partnerschaftlich verstandenen Heil Auftrag des Arztes zu tun. Vielmehr würde dies zu einer wachsend leichtfertigen Preisgabe der zentralen Fürsorgepflicht für das Leben kranker Menschen führen. Zunehmend drängt sich der Eindruck auf, Autonomie oder Selbstbestimmung seien zu identifizieren mit einem moralischen Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung wäre jedoch eine Entkernung dieses Begriffs.

Unser persönlicher Entscheidungsspielraum am Ende des Lebens ist sehr begrenzt. Die meisten Menschen werden mit großer Wahrscheinlichkeit nicht „autonom“ sterben, wie es vermeintliche Idealvorstellungen aus Rechtspolitik und Ethik gegenwärtig einfordern. Es ist daher geboten und sinnvoll, sich selbst und anderen Menschen diese Illusion eines vermeintlich „selbst bestimmten“ Sterbens nicht aufzubauen oder zu verstärken. Im Gegenteil: Menschen sind gerade am Lebensende, bei schwerer Erkrankung oder Depressionen auf die besondere Solidarität, Unterstützung und medizinische Betreuung angewiesen. Sie mit dem Suizidwunsch nicht allein zu lassen oder gar bei seiner Umsetzung mitzuwirken, ist deshalb das ethische und rechtliche Gebot und die Verwirklichung tatsächlicher Humanität. Das Angebot der Beihilfe zur Selbsttötung kann sonst schnell als Ermunterung zu ihr interpretiert und umgesetzt werden. Es öffnet ein neues Tor zur generellen gesellschaftlichen Akzeptanz und Billigung für den Suizid.

V. Suizid und sozialetische Verantwortung

Auch aus Gründen der sozialetischen Verantwortung ist die Selbsttötung ethisch abzulehnen, da immer mittelbar oder unmittelbar Angehörige, Freunde sowie das persönliche und soziale Umfeld von einer solchen Tat

in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Akzeptanz der Selbsttötung beeinträchtigt zudem den Lebensschutz anderer Menschen. Denn wer der Auffassung ist, über die körperliche Grundlage seines eigenen Selbst unbeschränkt verfügen zu dürfen, der relativiert zugleich die Unantastbarkeit der physischen Integrität seiner Mitmenschen. Dies folgt aus der Forderung nach einer Generalisierbarkeit ethischer Prinzipien, wie sie Immanuel Kant im kategorischen Imperativ ausgedrückt hat: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“. In den meisten Kulturen wird der Suizid deshalb negativ bewertet und abgelehnt. Christen wissen zudem, dass jeder Mensch von Gott gewollt ist und von ihm in ein individuelles und einzigartiges Leben gerufen wurde, verbunden mit einer unsterblichen Seele.

VI. Die Selbsttötung ist nicht strafbar, Anstiftung und Beihilfe sind deshalb auch nicht ohne weiteres strafbar

In unserer Gesellschaftsordnung wird die Selbsttötung bisher aus den erwähnten Gründen abgelehnt, aktive Vertreter der Freitod-Theorie ausgenommen. Der deutsche Gesetzgeber sieht von einer Strafverfolgung ab, weil der Suizident nach Vollendung seiner Tat nicht mehr verfolgt werden kann und der Staat in dem (etwa zehnmal häufigeren) Fall des Misslingens eine Strafverfolgung als ungeeignet ansieht. Wer sein Leben aufgeben will, wird sich durch eine Strafandrohung nicht daran hindern lassen. Für das Strafrecht hat dies die Konsequenz, dass Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung ohne eine besondere Strafbestimmung ebenfalls nicht strafbar sind. Nach dem deutschen Strafrecht sind Anstiftung (§ 26 StGB) und Beihilfe (§ 27 StGB) nämlich nur dann strafbar, wenn die Haupttat selbst, hier also die Selbsttötung, ihrerseits eine Straftat ist. Einem anderen bei einer nicht mit Strafe bedrohten Handlung zu helfen, ist nicht strafbar. Diese Rechtslage ist keineswegs neu, wenngleich in der Bevölkerung bislang wenig bekannt. Die aktuellen Diskussionen um die Zulässigkeit kommerzieller und nicht kommerzieller Suizidassistenten durch Sterbehilfeorganisationen oder gar durch Ärzte machen es aber nunmehr dringend erforderlich, über eine Änderung der bestehenden Regelung nachzudenken.

VII. Aktive Mitwirkung Dritter am Suizid ist ethisch und rechtlich inakzeptabel

Die Mitwirkung Dritter an einer Selbsttötung beruht auf zwei im Grundsatz unterschiedlichen Motiven. Einerseits ist falsch verstandene Nächstenliebe im Spiel, insbesondere das im Ergebnis tödliche Mitleid mit einem schwerkranken Menschen. Andererseits kommen hier nicht selten egoistische Bestrebungen zum

Ausdruck, so etwa bei einem lieblosen Umfeld, das sich eines Mitmenschen aus Überdruß oder Habgier entledigen will. Beide Motivstränge lassen sich jedoch in der Lebenswirklichkeit nicht auseinander halten. Im Zweifel lässt sich nicht unterscheiden, ob jemand aus Mitleid oder aus Eigennutz gehandelt hat, wenn er sich dazu bekennt, einem anderen Menschen zum Tode verholfen zu haben. Insbesondere die zwischenzeitlich deutlich erkennbare demografische Entwicklung und Alterung der Bevölkerung sowie die immer schwieriger und teurer werdende Versorgung alter oder behinderter Menschen verführt dazu, auch dort ein Verlangen nach Hilfe zur Selbsttötung zu behaupten, wo ein solches Verlangen nicht besteht. Diese Gefahr wird durch die neue gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in §§ 1901a ff. BGB noch erhöht, die von einem unbeschränkten Recht des Patienten - oder, dramatischer noch, seines Bevollmächtigten - im Hinblick auf die Ablehnung einer medizinischen Behandlung ausgeht. Wenn jemand zum Beispiel vor Jahren eine schriftliche Verfügung des Inhalts getroffen hat, dass er für einen bestimmten von ihm beschriebenen Fall lebensverlängernde Maßnahmen einschließlich der unverzichtbaren Grundversorgung ablehnt, ist es für den Bevollmächtigten später leicht zu behaupten, der Verstorbene habe nach dem angeblichen Eintritt der von ihm selbst beschriebenen (oder auch nur gesprächsweise thematisierten) Situation unbedingt sterben wollen. Man muss deshalb feststellen, dass der Bereich der Mitwirkung an der Selbsttötung oder dessen, was dafür ausgegeben wird, immer größer wird.

VIII. Ärzte sind dem Leben und seiner Erhaltung verpflichtet

Die aktuelle Diskussion in der deutschen Ärzteschaft um die im Februar 2011 veröffentlichten neu formulierten Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Therapiebegrenzung) sowie um die Novellierung der ärztlichen Musterberufsordnung zeigt, dass die Ärzte einerseits bestrebt sind, die seit dem Hippokratischen Eid tradierte Ethik ihres Handelns zu verteidigen. Andererseits aber werden sie inzwischen durch Interessenvertreter, unter anderem die Humanistische Union oder die Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS) und europapolitische Initiativen zunehmend unter erheblichen gesellschaftlichen Druck gesetzt, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten nicht mehr allein für das Leben ihrer Patienten einzusetzen, sondern auf deren Wunsch auch den Tod durch assistierende Mitwirkung am Suizid herbei zu führen. Ein derartiges zukünftiges Verhalten von Ärzten würde einen radikalen Bruch mit den aus guten Gründen tradierten berufsethischen Normen sowie eine gefährliche, grundsätzliche Neudefinition des ärztlichen Auftrags bedeuten.

IX. Suizidgefährdete Menschen bedürfen der Hilfe zum Leben

Ein Suizid aus „freier“ Entscheidung, der nicht auf hypothetischen oder vom Betroffenen empfundenen Zwängen beruht, entspricht nicht der Realität. Keinesfalls aber würde eine solche, vermeintlich autonom handelnde Person die Hilfe eines anderen Menschen benötigen, um ein derartiges Vorhaben durchzuführen. Eine Selbsttötung beruht in der sozialen Wirklichkeit praktisch immer auf der Vorstellung des Betroffenen von einer unausweichlichen Situation, die ihn zu dem Schluss führt, die Beendigung des eigenen Lebens sei die einzige Lösung für diese Lebenssituation. Die Sicht dieser Personen auf die vermeintlich unlösbaren Probleme und ihre Leiden ist aber verständlicher Weise in hohem Maße subjektiv und somit objektiv eingeschränkt. Dieser Zustand ist, wie bereits erwähnt, in aller Regel Ausdruck von Verzweiflung oder klinischer Depression. Solchen Menschen muss aber mit dem Ziel der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten geholfen werden. Auf keinen Fall darf man sie in ihrer Vorstellung bestärken, eine Selbsttötung sei die einzige oder gar die beste Lösung in ihrer als unerträglich empfundenen Lage.

Beihilfe zum Suizid ist in jedem Fall eine unsolidarische Handlung. Die Hilfe, die wir derart gefährdeten Personen schulden, muss immer darauf gerichtet sein, ihnen in jedem Fall solidarisch und helfend zur Seite zu stehen und ihr Leben auf würdige Weise zu erhalten und Leiden entsprechend zu lindern. Niemand darf deshalb die Hand dazu reichen, selbst schwer kranken oder depressiven Menschen zur Verwirklichung ihres Suizidwunsches Beihilfe zu leisten oder sie gar zur Selbsttötung anzustiften. Kein lebensmüder Mensch kann umgekehrt von einem anderen Menschen eine Beihilfehandlung zum Suizid verlangen. Mit Recht wird deshalb bereits heute die Tötung auf Verlangen, die oft auch beschönigend als aktive Sterbehilfe bezeichnet wird, gemäß § 216 StGB strafrechtlich verfolgt.

X. Forderung nach einem gesetzlichen Verbot der Mitwirkung an der Selbsttötung

Eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Umgekehrt aber wird eine an sich schlechte Handlung auch nicht dadurch gut, dass sie kostenlos zu haben ist. Die Mitwirkung an der Selbsttötung fördert in jedem Fall eine Handlung, die ethisch nicht mit der Autonomie oder gar der Würde und dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen legitimiert werden kann. Diese Situation verlangt eine klare und rechtlich verbindliche Regelung einzuführen, welche die Mitwirkung an der Selbsttötung generell unter Strafe stellt. Diese Forderung erscheint zum einen notwendig, um

suizidgefährdete Menschen zu schützen, zum anderen aber, um deren Mitmenschen davon abzuhalten, sie in ihrem Suizidwunsch zu bestärken oder zu unterstützen. Erst recht ist es nötig zu verhindern, dass Menschen in irgendeiner Art und Weise zur Selbsttötung angestiftet werden. Bestraft werden muss deshalb, wer es unternimmt, einem Dritten die Selbsttötung zu ermöglichen, sei es, dass er ihm in irgendeiner Weise Hilfestellung gibt, sei es, dass er ihn sogar dazu verleitet, sich selbst zu töten. Da nicht nur Sterbehilfeorganisationen, sondern im Internet zahlreiche „Angebote“ zur Durchführung oder Unterstützung eines Suizides bestehen, ist ein gesetzlicher Regelungsbedarf entstanden, um so eine zusätzliche Schranke für gefährdete Personen aufzubauen.

Diese Erkenntnis ist nicht neu. Im Österreichischen Strafgesetzbuch findet sich eine entsprechende Bestimmung. Die Mitwirkung an der Selbsttötung wird dort in einem eigenständigen Straftatbestand untersagt.

§ 78 öStGB

„Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

Damit ist die Mitwirkung am Suizid im Strafmaß der Tötung auf Verlangen gleichgestellt. Nach wie vor existiert in Österreich die grundsätzliche sozialetische Missbilligung der Involvierung Dritter in den Suizid eines Menschen. Ob diese Handlung von Ärzten oder Nichtärzten, von nahen Verwandten oder Fremden, kommerziell oder nicht kommerziell, organisiert und öffentlich oder privat und heimlich ausgeführt wird, ist dem gegenüber eine nachrangige Frage.

In Deutschland fehlt bisher eine entsprechende Bestimmung. Ein neu einzuführender § 217 StGB könnte in Anlehnung an die österreichische Bestimmung lauten:

§ 217 StGB

(1) Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

XI. Der Gesetzgeber ist zum Handeln aufgefordert

Dass die Mitwirkung an der Selbsttötung unter Strafe gestellt werden muss, ergibt sich zusätzlich zu den hier formulierten grundsätzlichen ethischen und rechtlichen Gründen auch dringend aus der Beobachtung der Entwicklungen in den Ländern, die in den letzten 10 bis 20 Jahren den ärztlich assistierten Suizid straffrei gestellt haben. Hier hat sich aus dem Angebot der Sterbehilfe eindeutig eine entsprechend weiter wachsende Nachfrage und umfängliche Nutzung in und für alle Altersgruppen und zahlreiche Krankheitsbilder (wie z. B. Depression, Demenz etc.) ergeben. Da sich auch unter ethischen Aspekten der Unrechtsgehalt der Bei-

Hilfe zur Selbsttötung nur graduell von dem der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) unterscheidet, besteht hier eine Strafbarkeitslücke, die es dringend zu schließen gilt. Anders als bei anderen Straftatbeständen, bei denen Täter und Gehilfe sich gegen dasselbe Rechtsgut wenden, unterscheidet sich beim Suizid das bedrohte Rechtsgut für Täter und Gehilfen grundsätzlich. Der Suizident zerstört sein eigenes Leben, der Gehilfe ein fremdes.

Jede Beteiligung und Mitwirkung an der Beendigung des Lebens eines anderen Menschen muss in Deutschland aus Achtung und Respekt vor der Würde jedes menschlichen Lebens eindeutig unter Strafe gestellt werden. Jeder kann aufgrund der verschiedensten Lebensumstände in eine Situation geraten, die bei ihm den Gedanken an Selbsttötung oder einen schnellen Tod aufkommen lässt. Hier darf nicht Mutlosigkeit und Verzweiflung unterstützt, sondern muss Hilfe gewährt werden. Wir fordern daher den Gesetzgeber auf, alsbald tätig zu werden, um auf diesem wichtigen gesellschaftlichen Gebiet Rechtssicherheit herzustellen, um Suizidgefährdete, Alte und Kranke zu schützen.

Prof. Dr. Gunnar Duttge, Göttingen

Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMJ „Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB-E)“

I. Zur Legitimation einer Kriminalisierung

Der Referentenentwurf nimmt zum Ausgangspunkt die Befürchtung, „dass die Hilfe zum Suizid als eine normale Dienstleistung angesehen wird und sich Menschen zur Selbsttötung verleiten lassen, die dies ohne ein solches Angebot nicht getan hätten“ (S. 1, 5). Eben hierin liege die „qualitative Änderung“, die mit einer „Kommerzialisierung“ der Suizidbeihilfe einhergehe; denn „durch die Kommerzialisierung ... kann in der Öffentlichkeit nicht nur der Eindruck entstehen, hierbei handele es sich um eine gewöhnliche Dienstleistung, sondern auch für die Selbsttötung selbst der fatale Anschein einer Normalität erweckt werden“ (S. 5).

Diese Motivationslage und Zielsetzung ist angesichts der Ereignisse der letzten Jahre im Zusammenhang mit „Dignitas“/„Dignitate“ und „Roger Kusch Sterbehilfe e.V.“ nur allzu verständlich; das gewählte Mittel – die Schaffung eines Straftatbestandes – dürfte aber aller Voraussicht nach ungeeignet sein und ist jedenfalls straflegitimatorisch und verfassungsrechtlich nicht haltbar. Der vorgelegte Entwurf erweckt vielmehr im Ganzen den Eindruck hilfloser Symbolpolitik.

Im Einzelnen: Die Entwurfsbegründung legt selbst offen, dass ein „abstraktes Gefährdungsdelikt“ geschaffen werden solle, und zwar in Gestalt einer „zur Täterschaft verselbständigten Beihilfehandlung ... im Vorfeld des Versuchs der Haupttat (Selbsttötung)“. Nach deutschem Strafrechtsverständnis kann es jedoch eine (straf-)rechtswidrige Beihilfe im Lichte des Autonomieprinzips nur geben, wenn diese sich tatsächlich auf die Förderung von (strafrechtlich relevantem) Unrecht richtet (vgl. §§ 26, 27 i.V.m. § 11 Abs. 1 Nr. 5 StGB). Denn es wäre wertungswidersprüchlich, einen eher am Rande stehenden Tatbeteiligten (scil.: Gehilfen) zu sanktionieren, den Inhaber der „Tatherrschaft“ jedoch zu verschonen. Demzufolge kann eine Suizidbeihilfe nur dann dem Zugriff des Strafrechts unterworfen werden, wenn der Suizid selbst strafgesetzliches Unrecht darstellt. Strafgesetzlich ist der Suizid aber nach ganz einhelliger Auffassung irrelevant (vgl. § 212 StGB), und auch an der Rechtsordnung jenseits des Strafgesetzbuchs gemessen findet sich nirgendwo eine Rechtsnorm, die den Suizid als verboten kennzeichnet. Wenn aber der zuvörderst zur Rechtssetzung berufene Gesetzgeber die Selbsttötung nicht verbietet, ist diese auf dem Boden einer freiheitlichen Rechtsordnung erlaubt!

Eine kategorische Rechtswidrigkeit behauptet – soweit ersichtlich – allein der BGH in Strafsachen unter Verweis auf „das Grundgesetz“; Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG schützt das Lebensrecht aber gerade nicht absolut (im Unterschied zur Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG), und im Übrigen ist Individualgrundrechten stets die Berechtigung immanent, hierauf (selbstbestimmt) zu verzichten (deshalb mit Recht gegen die „Sonderrechtsprechung zum Suizid“ *Kutzer*, in: Schöch-FS 2010, S. 481 ff.). Bei der viel zitierten Entscheidung BGHSt 46, 279, 285 handelt sich somit um eine seit langem veraltete Sichtweise, die das tradierte Verdikt eines Verstoßes gegen das „Sittengesetz“ (vgl. BGHSt 6, 147, 153) auf untaugliche Weise zu retten versucht und damit die Trennung von Recht und Moral grob missachtet (vgl. *Duttge*, NStZ 2001, 546 f.; *Sternberg-Lieben*, JZ 2002, 153 ff.). Rechtsphilosophisch wird seit langem angemahnt, zwischen den Gründen, die einer Anerkennung der Selbsttötung von Grund auf entgegenstehen sollen (Verletzung von Gemeinwohlbelangen, Missachtung eines göttlichen Gebots, Verletzung von „Pflichten gegen sich selbst“ u.a.m.) und jenen, die Zweifel an der „Freiverantwortlichkeit“ der Tat wecken, strikt zu unterscheiden; letztere sind nach den Erkenntnissen der psychiatrischen Suizidforschung im Regelfall begründet, erstere sind es hingegen auf dem Boden einer freiheitlich-rechtsstaatlichen Grundordnung nicht (dazu eingehend *Wittwer*, Philosophie des Todes, 2009, S. 85 ff.; ebenso *Roxin*, in: ders./Schroth, Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Aufl. 2010, S. 94: „kein Glaubens- und Gewissenszwang“). Auch das in der Entwurfsbegründung mehrfach in Anspruch genommene Urteil des VG

Hamburg hat nachdrücklich betont, dass in der Selbsttötung eine „persönliche Grenzenscheidung“ zum Ausdruck kommen kann, die – sofern „bei klarem Bewusstsein“ und mit der Geltungskraft des „Unbedingten“, Irreversiblen getroffen – zu respektieren ist (MedR 2009, 550, 555). In demselben Sinne ist ein „Angehörigen-Fall“ durch Einstellungsbeschluss der *StA München* vom 30.7.2010 entschieden worden (MedR 2011, 291).

Wenn es somit erwiesenermaßen Fälle gibt, in denen sich der Suizidentschluss – wenngleich eher selten (üblicherweise wird der Kategorie des „Bilanzsuizids“ ein Anteil von ca. 5 % zugeschrieben) – als Manifestation der „Autonomie“ des Rechtsgutsträgers erweist, so verletzt in eben jenem Ausmaß die Kriminalisierung eines Suizidgehilfen denknötwendig das Selbstbestimmungsrecht beider. Die Entwurfsbegründung sucht diesem Einwand zu entgehen, indem sie darauf abstellt, dass sich dem Selbstbestimmungsrecht „kein Anspruch auf Hilfe zum eigenen Suizid“ entnehmen lasse (S. 7): Das stellt jedoch die Begründungslast auf den Kopf und geht an der Sache vorbei, weil es nicht um einen „Leistungsanspruch“, sondern um die Berechtigung der staatlichen Hoheitsgewalt zur strafrechtlichen Sanktionierung geht. Letztere schmälert unbestreitbar den Handlungsspielraum eines Suizidwilligen ebenso wie den seiner Helfer, wenn eine Hilfeleistung mit Strafe bedroht ist (Art. 2 Abs. 1 GG). Im Übrigen hat der EGMR im zitierten Fall *Haas* ./.. Schweiz deutlich hervorgehoben, dass das Recht, über den Zeitpunkt und die Weise des eigenen Lebensendes (als essentieller Aspekt des Rechts auf Privatheit!) zu befinden, „nicht nur theoretisch und scheinbar“ bestehen dürfe (NJW 2011, 3773, 3775 Rz. 61, in der originalen Urteilsbegründung heißt es: „if not, his right to choose when and how he died would have been theoretical and illusionary“).

Suizidförderndes Verhalten zu unterbinden kann somit nur gerechtfertigt sein, wenn das suizidale Verhalten nicht „freiverantwortlich“ ins Werk gesetzt wird und deshalb nicht Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts ist. Schon dies steht einer generellen, undifferenzierten Pönalisierung wegen Verstoßes gegen das Übermaßverbot entgegen. Zudem enthält in Bezug auf nichtfreiverantwortliches Suizidalität bereits das geltende Recht hinreichende Instrumente der Prävention wie Repression: Im Zweifelsfall darf der Suizidwillige zu seiner eigenen Sicherheit untergebracht werden und jeder, der untätig bleibt oder gar suizidfördernd tätig wird, kann wegen eines Unterlassungsdelikts (unterlassener Hilfeleistung, § 323c StGB, im Falle einer Garantenstellung wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen) oder bei Erlangung der „Steuerungsherrschaft“ sogar wegen Tötung in mittelbarer Täterschaft belangt werden. Insofern ist daher die geplante neue Strafvorschrift schlechterdings überflüssig. Dies gilt aber um so mehr, als die Betätigung als Suizidhelfer ausweislich von VG Hamburg, MedR 2009, 550 ff. polizeipräventiv unterbun-

den werden kann. Warum dies nicht ausreichen soll, darüber hüllt sich die Entwurfsbegründung in beredtes Schweigen.

Mit der „Kommerzialisierung“ nimmt § 217 StGB-E schließlich einen Aspekt zum Bezugspunkt, der als solcher keine Pönalisierung rechtfertigt und im Hinblick auf seine Relevanz für das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen auf empirisch völlig ungesicherter Grundlage steht. Letzteres gesteht die Entwurfsbegründung zu (vgl. S. 6), ohne jedoch zu erläutern, warum die bloß gedankliche Möglichkeit eines Unterwanderns der Entschließungsfreiheit schon eine Kriminalisierung rechtfertigen können soll. Die bloße Behauptung eines sog. „Dammbruchs“ belegt noch keineswegs, dass mit einem solchen auch tatsächlich gerechnet werden muss; soweit der Entwurf in diesem Zusammenhang auf Konstellationen der aktiv-direkten Tötung in den Niederlanden und Belgien verweist, fehlt es ersichtlich an der Vergleichbarkeit, denn die eigenhändige Selbsttötung fällt bekanntlich weit schwerer. Diese Bedenken verstärken sich, nimmt man vergleichend zur Kenntnis, dass die Absicht der Einkommens- oder Gewinnerzielung auch sonst niemals genügt, um als solche Unrecht zu begründen: Stets kommt sie entweder zu einem schon für sich gegebenen Unrecht erschwerend hinzu (z.B. §§ 243 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, 263 Abs. 3 S. 2 Nr. 1, 267 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 StGB), oder aber es muss der Nachweis geführt werden, dass der Täter „die Zwangslage, die Unerfahrenheit, ein Mangel an Urteilsvermögen oder die erhebliche Willensschwäche ... ausbeutet“ (§ 290 Abs. 1 StGB). Bei bloß spekulativer Mutmaßung über evtl. Auswirkungen auf die Willensentschließungsfreiheit fehlt es infolgedessen von Grund auf an der Verletzung oder (ernstlichen) Gefährdung eines „Rechtsgutes“ (bzw. verfassungsrechtlich geschützten „Schutzgutes“, vgl. BVerfGE 120, 224, 247 ff.); denn das Streben nach „Geldverdienen“ lässt sich in einer marktwirtschaftlich orientierten Gesellschaftsordnung nicht als „anstößig“ oder gar als „rechtswidrig“ auffassen. Soweit jedoch die „Unanständigkeit“ daraus resultieren soll, dass man „mit dem Leid anderer Menschen ... keine Geschäfte machen dürfe“ (Pressemitteilung des Niedersächsischen Justizministeriums v. 27.9.2005; siehe auch *Heister-Neumann*, RuP 2006, 39 ff.; *Lüttig*, ZRP 2008, 57 ff.; *Müller-Piepenkötter*, ZfL 2008, 66 ff.), soll ein subjektives Moralverständnis zum allgemeinen Maßstab erhoben und mit Rechtszwang durchgesetzt werden. Bloße „Unmoral“ oder „Tabubrüche“ zu kriminalisieren gilt seit den Zeiten eines moralisierenden Sexualstrafrechts (Homosexualität, Kuppelei etc.) jedoch als illegitim (dazu grundlegend *Hörnle*, Grob anstößiges Verhalten, 2005)!

Schließlich darf nicht übersehen werden, dass die Schaffung eines auf die „Gewerblichkeit“ abhebenden Sondertatbestandes zwangsläufig eine Kehrseite hat: Im Falle seines Inkrafttretens würden diejenigen Konstel-

lationen, in denen einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung ohne Einkommenserzielungsabsicht verschafft wird, explizit für straflos erklärt. Es kann aber wohl kaum angenommen werden, dass sich die (behauptete) Gefährdung des Lebensrechts ausschließlich auf solche Helfer beschränkt, die von finanziellen Beweggründen geleitet sind; aus guten Gründen sieht das schweizerische Recht hierin nur eine Variante der sog. „selbstsüchtigen Motive“ (Art. 115 schwStGB). Soweit ideologisch motivierte Suizidhelfer in Erscheinung treten, könnte dem Schutzanliegen der Entwurfsverfasser daher nicht Rechnung getragen werden, und dies womöglich unabhängig davon, ob der Suizidwillige „freiverantwortlich“ gehandelt oder nicht: Denn wenn die Unfreiwilligkeit kein strafbegründendes Element der *lex specialis* ist, warum sollte es hierauf bei Anwendung der allgemeinen Vorschriften noch ankommen? Dieser Aspekt gewinnt nicht nur in Fällen der Hilfeleistung durch Angehörige, sondern jüngst auch durch die Entwicklung der Debatten innerhalb der Ärzteschaft an praktischer Bedeutung: Entgegen den veralteten Erwägungen der Entwurfsverfasser zeichnet sich nämlich ab, dass der ärztlich assistierte Suizid in einigen Regionen von den zuständigen Landesärztekammern durchaus toleriert werden dürfte (jetzt schon: Bayern, Westfalen-Lippe; in der Mehrzahl noch offen). Soll die Suizidassistenz aber insoweit – dem ärztlichen Selbstverständnis zuwider – gleichwohl dem Zugriff des Strafrechts unterworfen werden? Oder soll umgekehrt der ärztlich assistierte Suizid, soweit unvergütet, unabhängig von den Bedingungen seines Vollzugs („aussichtslose Lage“, „unerträgliches Leiden“, Alternativlosigkeit etc.) das „Gütesiegel“ der Rechtsordnung erhalten?

II. Zur Problematik der tatbestandlichen Fassung

Die Entwurfsbegründung räumt selbst ein, dass der in Aussicht genommene Tatbestand im weiten Vorfeld einer Selbsttötung ansetzt (S. 10: „...allerdings bereits im Vorfeld des Versuchs der Haupttat...“). Dies zeigt sich schon anhand der benannten Tathandlungsmerkmale des (Gelegenheit) Gewährens, Verschaffens oder Vermitteln sowie an dem Umstand, dass über die Brücke der §§ 26, 27 StGB selbst die „Teilnahme zur Teilnahme...“ einbezogen ist. Überdies wird das zentrale Tatbestandsmerkmal der „Gewerblichkeit“ nach h.M. subjektivierend in dem Sinne ausgelegt, dass bei entsprechender, in die Zukunft gerichteter Verdienstsabsicht schon die erstmalige Gesetzesverletzung ausreichen soll (dazu *Duttge*, in: *Dölling/Duttge/Rössner*, *Gesamtes Strafrecht. Handkommentar*, 2. Aufl. 2011, § 243 Rn 37 m.w.N.). Auf diese Weise hat die tatbestandlich erfasste „Tat“ aber nur noch einen sehr dünnen Bezug zum (behaupteten) Rechtsgut; straflegitimatorisch muss der pönalisierte Tat jedoch ein substantielles, spezifisches, d.h. nicht nur fernliegendes Schädigungsrisiko

immanent sein (vgl. *Frisch*, in: *Hefendehl/Wohlers*, *Die Rechtsgutstheorie*, 2003, S. 227; v. *Hirsch/Wohlers*, ebd., S. 200 ff.), weil sonst das fundamentale Tatprinzip verletzt wird und sich das strafbare Verhalten *cum grano salis* in der bloßen (angeblich schlechten) Gesinnung erschöpft. Dies zeigt § 217 StGB-E in besonderer Anschaulichkeit: Da er den Bezug zur Selbsttötung nur als Element der täterseitigen „Absicht“ vorgibt, ist der Tatbestand nicht nur unabhängig von einer Begehung der „Haupttat“ (einschließlich Versuch, insoweit zutr. S. 12), sondern selbst dann erfüllt, wenn es objektiv gar keinen Suizidwunsch eines anderen gibt, mithin die Lebensgefahr sich allein in der Vorstellung des „Täters“ abspielte. Wie aber ein objektiv untaugliches Handeln im weiten Vorfeld einer bloß irrig vorgestellten „Tat“ ernsthaft das Rechtsgut Leben zu schützen geeignet sein soll, bleibt das Geheimnis der Entwurfsverfasser.

Selbst wenn man aber sowohl das „Fördern“ als auch die „Gewerblichkeit“ mit einem objektiven Kern versehen wollte, dürften sich die als strafwürdig und strafbedürftig angesehenen Phänomene hiermit nicht erfassen lassen: Zum einen sollten vor solcher Annahme schon die Erfahrungen in der Schweiz bewahren, denn dort ist es trotz Strafbarkeit der „selbstsüchtigen“ Suizidbeihilfe bis heute nicht gelungen, das Wirken von „Dignitas“ zu unterbinden. Ursache hierfür ist nicht nur der Umstand, dass sich das auf eine Kommerzialisierung abhebende Grenzkriterium leicht durch Schutzbehauptungen unterlaufen lässt, indem – nicht so leicht widerlegbar – ein Altruismus oder Idealismus (zugunsten der „Selbstbestimmung“) hervorgekehrt wird. Zum anderen ist aus dem Kontext der medizinischen Forschung an Menschen hinlänglich bekannt, dass zwischen bloßer „Aufwandsentschädigung“ und „echter Vergütung“ nur schwer unterschieden werden kann.

III. Mögliche Alternativen

Im Lichte der übergreifenden Sterbehilfedebatte weckt der vorliegende Entwurf den Anschein einer rein symbolischen Gesetzgebung. Eine rationale Rechtspolitik müsste hingegen dort ansetzen, wo die eigentlichen Ursachen für das Wirken von Suizidorganisationen bzw. Suizidhelfern liegen: Sind diese erst doch möglich geworden, als die Bevölkerung zunehmend den Eindruck gewann, durch eine grenzenlose „Apparatemedizin“ am „natürlichen Sterbendürfen“ gehindert zu werden. Dies wiederum war auch durch Rechtsunsicherheiten begründet, deren Beseitigung die höchstrichterliche Rechtsprechung über lange Zeit hinweg versäumt hat (z.B. durch das bis heute nicht aufgegebene Urteil des BGH im sog. „Peterle-Fall“, BGHSt 32, 367 ff.) bzw. der Gesetzgeber im Hinblick auf das praktisch besonders bedeutsame Strafrecht bis heute verweigert (siehe dagegen den *AE-Sterbehilfe*, GA 2006, 553 ff.). Ob diese Sorge inzwischen nicht schon durch die gesetzliche Veranke-

rung der Patientenverfügung (§§ 1901a, b, 1904 BGB) und deren Absicherung auch innerhalb des Strafrechts (vgl. BGHSt 55, 191 ff.: „Fall Putz“) entkräftet ist, lässt sich derzeit noch nicht absehen. Doch es dürfte kaum bestreitbar sein, dass sich der Wunsch nach einem „Notausstieg“ dezidiert an den jeweils behandelnden (Vertrauens-)Arzt richtet, der erstens zumeist als hinreichend sachkundig gilt und zweitens bei Gebrauch eines Betäubungsmittels ohnehin unverzichtbar ist. Wenn die augenblickliche Entwicklung des ärztlichen Standesrechts tatsächlich darauf hinauslaufen sollte,

dass künftig jedenfalls in einigen Regionen in (freilich unbestimmten) Ausnahmefällen der ärztlich assistierte Suizid toleriert wird, dürfte damit evtl. „kommerziellen“ bzw. „organisierten“ Suizidhelfern der Boden entzogen sein. Im Übrigen sollte eine nachhaltige (weitere) Förderung der schon ihrem Selbstverständnis nach „ganzheitlich“ ausgerichteten Palliativmedizin (unter Einbeziehung psychologischen und seelsorgerischen Beistands) Suizidwünsche weithin verschwinden lassen. Das letzte, was leidende Menschen in ihrer Not benötigen, ist das unbarmherzige Schwert des Strafrechts!

rezension

Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik

Hille Haker

Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik

Kösel 2011, 268 S., 19,99 Euro

Wie im Untertitel konkretisiert ist, handelt das Buch von den ethischen Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik. Dem Gegenstand ihres Buches nähert sich Haker auf besondere Weise. Sie belässt es nicht dabei, die verschiedenen Diagnosemöglichkeiten von Embryonen im Einzelnen darzustellen und sie einer allgemein ethischen Bewertung zu unterziehen. Vielmehr betrachtet sich die Pränatal- und die Präimplantationsdiagnostik aus dem Blickwinkel der betroffenen „Eltern“.

Was aber ist der Grund für die Einnahme dieser besonderen Perspektive? Haker empfindet die Hilfestellungen, die „Eltern“ bei der Beantwortung der Frage erhalten, wie sie verantwortlich mit den bei der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik gewonnenen Erkenntnissen umgehen können, als unzulänglich. Zwar gibt es eine breite Palette von Beratungs- und Aufklärungsangeboten, so wie sie etwa im Schwangerschaftskonflikt- oder Gendiagnostikgesetz vorgesehen sind. Die Last der Entscheidung darüber, ob eine Präimplantationsdiagnostik mit der Konsequenz einer „Verwerfung“ von Embryonen durchgeführt oder ein Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik vorgenommen werden soll, ruht aber letztlich auf dem Einzelnen. Wie aber kann der Einzelne zu einer verantwortlichen Entscheidung gelangen? Die hierzu bislang vertretenen Auffassungen scheinen Haker nicht wirklich förderlich zu sein. Dies gilt sowohl für eine „liberale“ Ethik, die Leben und Würde des Embryos im Allgemeinen hinter dem elterlichen Interesse an einem gesunden Kind zurücktreten lässt, als auch für eine Ethik, welche die

„Heiligkeit“ und „Würde“ des individuellen Menschen (Embryos) uneingeschränkt verteidigt. Beide Ansätze verfehlen nach Ansicht Hakers in eigentümlicher Weise die tatsächlichen Konflikte, unter denen die Betroffenen leiden und in denen die eigenen Belange der Eltern ebenso eine Rolle spielen wie der Respekt vor dem ungeborenen Leben. In aller Deutlichkeit zeigen dies die Erfahrungsberichte Betroffener, auf die Haker immer wieder zurückgreift, um die konkreten Konfliktlagen zu analysieren und die dabei gewonnenen Erkenntnisse für die ethische Reflexion nutzbar zu machen. Nur wenn man alle hier miteinander streitenden Interessen berücksichtigt und ernst nimmt, sie gleichermaßen anerkennt und rational ordnet, können sie – so ist Haker überzeugt – zu einem gerechten Ausgleich gebracht werden. Nur wenn der Einzelne um die objektiven Gegebenheiten der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik weiß und sich deutlich macht, welche externen Einflüsse und gesellschaftlichen Anschauungen sich bemerkbar machen, kann er zu einer Entscheidung gelangen, die er vor sich selbst und der Gesellschaft verantworten kann. Denn Selbstbestimmung ist für Haker nicht mit Willkürlichkeit gleichzusetzen, sondern impliziert immer auch moralische Verantwortung.

Schon bei der Bestimmung der ethisch Verantwortlichen macht sich nach Haker der Einfluss der modernen Medizin deutlich bemerkbar. Die Möglichkeiten einer Leihmutterschaft sowie einer Samen- und Eizellspende führen dazu, dass die leiblichen (genetischen) Eltern nicht mehr mit denjenigen identisch sind, die sich des Kindes annehmen und es als eigenes behandeln. Homo- und heterosexuelle Paare, bei denen ein Abstammungsverhältnis jeweils nur zu einem „Elternteil“ besteht, sind genauso denkbar, wie Alleinerziehende, die sich ein Kind „künstlich haben produzieren lassen“. Es erscheint Haker daher notwendig, die durch die moderne Medizin geänderten Gegebenheiten auf den Begriff der „Elternschaft“ zurückwirken zu lassen. „Elternschaft“ ist „nicht nur Abstammungslehre“, son-

dem „soziale Praxis“: Sie ist eine besondere Beziehung der Sorge um und für einen anderen Menschen, der über eine relativ lange Zeitspanne in seiner Existenz und in seinem Wohlergehen abhängig von denjenigen ist, die seine Eltern sind – entweder, weil sie die soziale Elternschaft (und Sorgspflicht) übernehmen oder weil ihnen das Recht zur Sorge überantwortet wird (S. 37).

Ihrem Ansatz entsprechend nimmt Haker nicht nur die Technik der Präimplantations- und Pränataldiagnostik in den Blick, sondern analysiert zugleich auch die Konfliktsituationen, welche aus einer positiven Diagnose für den Einzelnen entstehen. Die Fülle der hier zusammengetragenen Gesichtspunkte lässt sich im Rahmen einer Rezension nicht wiederholen. Es mag daher genügen, drei wesentliche Aspekte herauszugreifen.

Eugenik

Nach Haker ist es notwendig, sich klarzumachen, dass bei der Etablierung der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik Gesichtspunkte einer allgemeinen Eugenik mitschwingen. Ihrer Ansicht nach wäre es daher zu kurz gegriffen, die Verwerfung künstlich befruchteter Eizellen und den Schwangerschaftsabbruch wegen einer Krankheit des Embryos lediglich als einen der möglichen Auswege aus einem persönlichen Konflikt aufzufassen. Vielmehr verwirklicht sich in solchen „Maßnahmen“ zugleich das allgemeine Ziel, gewisse Erbkrankheiten oder genetische Anomalien – beredtes Beispiel: die Trisomie 21 – auf die Dauer zu eliminieren bzw. ihre Weitervererbung zu verhindern. Es versteht sich von selbst, dass derartige Zielsetzungen angesichts des allgemein anerkannten Selbstbestimmungsrechts nicht gegen den Willen der Betroffenen durchgesetzt werden können – sind doch die Zeiten vorbei, in den die „Volks Gesundheit“ öffentliche Aufgabe war und ggf. mit Zwang durchgesetzt werden konnte. Mittelbar machen sich Gedanken der Eugenik jedoch – so Haker – über eine weit verbreitete gesellschaftliche Stimmung geltend. Dass Behinderungen gewisser Art „heute nicht mehr sein müssen“, ist – so stellt Haker fest – Tenor des gesellschaftlichen Bewusstseins und Werbeversprechen der Fortpflanzungsindustrie. Die aktuell gültige Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland verschleiern die hier weiterhin wirksamen Gedanken einer Eugenik, denn der frühere Tatbestand der „eugenischen“ (embryopathischen/kindlichen/medizinischen) Indikation ist seit 1995 in der allgemeinen medizinischen Indikation des § 218 a Abs. 2 StGB aufgegangen. Durch diese Einebnung der Tatbestände besteht die Gefahr, dass die Unterschiede von sozialer und „eugenischer“ (embryopathischer) Indikation aus dem Blick geraten. Grund für einen Abbruch der Schwangerschaft im Rahmen der eugenischen Indikation ist nicht – wie bei der übrigen sozialen Indikation – (vorrangig) die Beeinträchtigung, welche die Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes für die Mutter bedeutet, son-

dern die „Qualität“ des Embryos. Diese einseitige Zielsetzung tritt bei der Präimplantationsdiagnostik noch stärker zutage. Die im Jahre 2011 verabschiedete Regelung ermöglicht es ausdrücklich, auffällige Embryonen unter bestimmten Bedingungen auszusortieren, und nur diejenigen in die Gebärmutter der Frau einzupflanzen, welche den Gesundheitscheck der Präimplantationsdiagnostik erfolgreich absolviert haben. Vom Ergebnis her betrachtet sind die Präimplantations- und die Pränataldiagnostik also – so betont Haker – durchaus vergleichbar: Es geht auch um Selektion.

Unterschiede zwischen PID und PND

Doch eine solche Betrachtungsweise allein würde dem Geschehen nach Ansicht der Autorin nicht gerecht. Nach Hakers Ansicht sind die Pränataldiagnostik und der Schwangerschaftsabbruch nicht lediglich eine Präimplantationsdiagnostik mit anderen Mitteln. Die Präimplantationsdiagnostik ordnet sich vielmehr in den Zusammenhang der Unfruchtbarkeitsbehandlung in Form der In-Vitro-Fertilisation ein. Sie ist Teil der ärztlichen Kunst, welche darauf ausgerichtet ist, unfruchtbaren Paaren zu einem Kind zu verhelfen. Es versteht sich daher von selbst, dass nur überlebensfähige, gesunde Embryonen aus dem Kreis der befruchteten Eizellen in den Mutterleib eingepflanzt werden, um die Therapie zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Der Umgang mit dieser Technik ist daher – so Haker – ebenso ein gesellschaftliches wie ein Problem der kinderlosen Eltern. Es sind die Eltern und die Gesellschaft gleichermaßen, welche die massenweise Produktion und Verwerfung von Embryonen verantworten müssen. Nach Haker geht die Geburt eines Kindes statistisch auf die Erzeugung von 16 bis 40 Embryonen zurück. Ganz anders bei der Pränataldiagnostik: Zu dem Zeitpunkt dieser Diagnostik besteht bereits eine Schwangerschaft und es kann nach Ansicht von Haker nicht zweifelhaft sein, dass allein die Frau berechtigt und in der Lage ist, die sich aus einem auffälligen Diagnosebefund ergebenden Konsequenzen zu ziehen. Auch der moralische Status des Embryos soll hier keine Einschränkung rechtfertigen. Denn nach Haker haben Embryonen vor der Geburt kein „schlecht-hinniges Existenzrecht“, weil sie – im Gegensatz zu geborenen Kindern – nicht unabhängig von der Mutter existieren können. Die Differenz zu einem geborenen Kind kann nicht einfach geleugnet werden: Ihrer Ansicht nach unterstellt der Würdebegriff eine zumindest elementare Selbständigkeit einer individuellen Existenz, die erst mit der Geburt entstehe (S. 25).

Die schleichende Lockerung des Eltern-Kind-Verhältnisses

Vor diesem Zeitpunkt führen die Möglichkeiten der modernen Medizin und die von ihr angebotenen Dia-

gnosemöglichkeiten zu einer schleichenden Lockerung des Eltern-Kind-Verhältnisses. Augenscheinlich ist dies bei der Präimplantationsdiagnostik. Sie ordnet sich in den Rahmen der künstlichen, extrakorporalen Befruchtung ein und erscheint – so Haker – als ein Teil des medizinisch-technischen Verfahrens zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Bevor nicht zumindest ein geeigneter Embryo gefunden und in die Gebärmutter der Frau eingepflanzt worden ist, kann eine gefühlsmäßige Bindung überhaupt nicht entstehen. Eine weitere Distanzierung zwischen „Eltern“ und ihrem Nachwuchs entsteht aus der Möglichkeit der Eizellen- und Samenspende sowie der Leihmutterchaft. Hier fehlt es an „Blutsbanden“ zumindest eines Elternteils zu „seinem“ Kind und dieser Umstand führt nach den Beobachtungen Hakers dazu, dass das herkömmliche Selbstverständnis der Mutter oder des Vaters ins Wanken gerät und neu definiert werden muss. Denn das Konzept der „sozialen Elternschaft“, welches von Haker entwickelt wird, ist – so möchte man hinzufügen – in den Köpfen der Menschen noch nicht allgemein verwurzelt. Auch mit der Einpflanzung von Embryonen in die Gebärmutter der Frau und dem Beginn der Schwangerschaft ist eine Sicherheit in dem Verhältnis der Eltern und ihrem Kind/ihren Kindern noch nicht eingetreten. Zum einen besteht bei der In-Vitro-Fertilisation ein erhöhtes Risiko von Mehrlingsschwangerschaften, dem möglicherweise mit einer „Mehrlingsreduktion“ begegnet wird. Zum anderen schließt sich – wie bei „normalen Schwangerschaften auch – die Pränataldiagnostik an, die – so konstatiert Haker – einen eigentümlich nüchternen Blick auf den Embryo vermittelt und die einen gefühlsmäßigen Abstand von Frauen zu dem in ihnen heranwachsenden Leben herbeiführt. Nur wenige vermögen sich diesem Automatismus begleitender pränataler Untersuchungen zu entziehen. Ungeachtet jeglicher ethischer Bewertung dieser Tatbestände kann nach Haker daher allgemein konstatiert werden, dass die moderne Medizin eine Distanz zwischen Eltern und ihren ungeborenen Kindern schafft.

Grundzüge einer Beziehungsethik

Nachdem Haker die „Medikalisierung der Schwangerschaft im 20. Jahrhundert“ im einzelnen nachgezeichnet und sowohl die Pränatal- als auch die Präimplantationsdiagnostik einer näheren Betrachtung unterzogen hat, wendet sie sich in ihrem letzten Kapitel wieder der von ihr entworfenen „Ethik der Elternschaft“ zu. Ihrem Verständnis nach handelt es sich bei dem Eltern-Kind-Verhältnis – anders als bei einer Freundschaft oder einer Vertragsbeziehung – um eine asymmetrische Beziehung. Hier halten sich Geben und Nehmen nicht in der Waage, sondern es überwiegt die Sorge für den anderen – das Kind. Das aber bedeutet nicht, dass die Selbstsorge in diesem Fall nicht mehr zum Tragen kommen dürfte. Einen absoluten Würdeschutz des Embryos, welcher

mit dem Zwang einhergeht, um den Preis der Selbstaufgabe für einen anderen sorgen zu müssen, lehnt Haker ab. Für sie ist die bewusste und willentliche Annahme eines Kindes die Voraussetzung für eine Begründung der (sozialen) Elternschaft. Diese Annahme stellt das Ergebnis einer Abwägung dar, welche die konfligierenden Handlungsmodalitäten des Wollens, Könnens und Sollens auszugleichen hat:

das *Wollen*, das heißt der Wunsch, das Leben und Wohlergehen eines Kindes zu schützen und für es zu sorgen, ohne dabei die Selbstsorge zu missachten,

das *Können*, die faktisch gegebenen Möglichkeiten, diese Sorge konkret zu leisten, und

das *Sollen*, die Anerkennung der drei Prinzipien des Lebensrechts, der Freiheit und Gleichheit, die jedoch in Einklang mit dem Wollen und Können gebracht werden müssen (S. 186; vgl. auch S. 59, 63, 170).

Dieser gedankliche Rahmen, ausgefüllt durch die individuellen Gegebenheiten und Werte, soll die Eltern nach Haker dazu befähigen, eine verantwortliche Entscheidung in denjenigen Fragen zu finden, welche durch die Pränatal- und die Präimplantationsdiagnostik aufgeworfen werden.

„Hauptsache gesund“!?

Was aber lässt darauf hoffen, dass „Eltern“ dieses ausgeklügelte „Reflexionsgerüst“ übernehmen werden? Und wenn sie dies tun sollten: Besteht die Hoffnung, dass die von Haker vorgeschlagene Art der ethischen Reflexion zukünftige Eltern in die Lage versetzen und ermutigen wird, gegen die gesellschaftliche Stimmung und die Einflüsterungen der Reproduktionsmedizin auf eine Präimplantationsdiagnostik zu verzichten oder sich – trotz eines positiven Befundes im Rahmen der Pränataldiagnostik für ein behindertes Kind zu entscheiden? Skepsis und Zweifel sind angebracht. Denn es steht zu befürchten, dass Eltern trotz der durchaus kritischen Bemerkungen von Frau Haker zu dem Machbarkeitswahn und den Risiken der Reproduktionsmedizin sowie den gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber einem Leben mit Behinderungen die im Titel des Buches gestellte Frage: „Hauptsache gesund?“ uneingeschränkt bejahen werden, ist es doch – wie Frau Haker formuliert – „der verständlichste Wunsch, den Eltern überhaupt haben können, dass ihr Kind gesund auf die Welt kommen und gesund bleiben möge“ (Vorwort, S. 9). Ist es da nicht völlig konsequent, dass jedes Elternpaar die neu eröffneten Diagnosemöglichkeiten der modernen Medizin uneingeschränkt nutzen wird, um dieses Ziel zu erreichen? Der Entwicklung aber wohnt die Tendenz inne, eine immer größere Anzahl von Tests für immer entlegenerer Krankheitsbilder anzubieten. Wie gerade Erfahrungen in anderen Ländern gezeigt haben, folgt auf jede neue Diagnosemöglichkeit auch eine entsprechende Nach-

frage, die ihrerseits wieder auf das Angebot zurückwirkt – ein lukrativer Markt, auf dem Milliardengewinne winken. Wie sonst, wenn nicht über den Würde- und Lebensschutz des Embryos lässt sich einer derartigen Entwicklung entgegenreten? Aber gerade in dieser Hinsicht hat sich die Autorin aller Trümpfe begeben, indem sie ein „schlechthinniges Existenzrecht“ des Embryos negiert. Eine solche Konzeption kommt für Haker schon deshalb nicht in Frage, weil sie den Schwangerschaftsabbruch als „Errungenschaft“ der Frauenbewegung in Frage stellen würde. Haker rührt daher auch nicht an dem Dogma, dass nur die Schwangere selbst über die Zumutbarkeit der Schwangerschaft urteilen darf und ein uneingeschränkter Lebens- und Würdeschutz erst mit der Geburt des Kindes einsetzt. Was aber lässt die jahrzehntelange Unterhöhnung jeglichen Unrechtsbewusstseins im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch für den verantwortlichen Umgang mit den bei der Präimplantations- und Pränataldiagnostik gewonnenen Erkenntnissen erwarten? Ist es vor diesem Hintergrund tatsächlich „zynisch anzunehmen, dass Frauen oder Paare sich die Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch nach PND leicht machen können“ (vgl. S. 251)? Genauso wenig wie echte Gewissensnöte ignoriert werden können, sollte ein leichtfertiger Umgang mit der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs nicht per se ausgeschlossen werden. Und zwingen die Erkenntnisse über die Entwicklung des Kindes im Mutterleib und seine Überlebensfähigkeit schon ab der 21. Woche nicht zu einer Revision der Ansichten über den Beginn des Würde- und Lebensschutzes?

Auch die Ausführungen von Haker zu der von ihr entwickelten „Beziehungsethik“ im oben skizzierten Sinne erzeugt Missbehagen. Das Eltern-Kind-Verhältnis als einen Unterfall des reinen Musters einer Vertrags- oder Freundschaftsbeziehung aufzufassen, schöpft die Eigenarten und den Reichtum dieses Verhältnisses nicht aus. Zu einer solch nüchternen Sichtweise kann man nur dann gelangen, wenn man die Aufhebung des „besonderen Schutzes für Ehe und Familie“ sowie die Auflösung des herkömmlichen Eltern-Kind-Verhältnisses durch Leimutterschaft, Eizell- und Samenspende als geschichtliches Faktum hinnimmt und zur „sozialen“ Elternschaft gelangt, die erst durch die bewusste Annahme des gezeugten Kindes entsteht. Aber von den besonderen Beziehungen der Mutter zu ihrem Kind (Mutterliebe) möchte Frau Haker nichts wissen, vermutet sie doch hier – ganz im Sinne der Gender-Ideologie – gesellschaftliche Zuschreibungen. Akzeptiert man aber die Auflösung traditioneller Bindungen und vermag das Kind nicht mehr als ein „Gegebenes“ zu begreifen, so ist es weder verwunderlich noch grundsätzlich verwerflich, wenn das Kind nur noch unter der Bedingung seiner Mangelfreiheit an- und abgenommen wird.

RiOLG Dr. Urban Scheffer, Dresden

Frauenfeindlich

Martina Kempf

Frauenfeindlich – Wie Frauen zur Ungeborenentötung gedrängt werden

Gerhard Hess Verlag, Bad Schussenried 2012

223 Seiten, 16,90 Euro

Penetrant und unverfroren versucht die Abtreibungslobby die Tötung Ungeborener als legitimes Mittel der Geburtenkontrolle, als Menschenrecht der Frauen und als ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit förderlich darzustellen. Umso dringlicher ist es, dieser absurden Propaganda aufklärend zu begegnen.

Martina Kempf, Jahrgang 1964, verheiratete Volljuristin und Mutter von drei Kindern, seit 2004 Vorsitzende des Regionalverbandes Freiburg der Aktion Lebensrecht für Alle e. V. (ALfA), widmet sich der Schwangerenberatung und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Schutz der Ungeborenen. Mit Ihrem Buch leistet sie einen beachtlichen Beitrag zur unverzichtbaren Aufklärung, von der es gar nicht genug geben kann.

Wer es noch nicht wusste, wird nach der Lektüre dieses Buches überzeugt sein, dass Abtreibung frauenfeindlich ist. In diesem Zusammenhang von Selbstbestimmung zu sprechen, verbietet sich bereits deshalb, weil bei einer Abtreibung nicht, wie beispielsweise „Pro Familia“ glauben machen möchte, lediglich „Schwangerschaftsgewebe abgesaugt“, sondern stets ein kleiner Mensch getötet wird. Mit Selbstbestimmung hat eine solche Tötung in den vielen Fällen erst recht nichts zu tun, in denen sie unter dem Druck des Partners, der Familie oder des sonstigen Umfeldes geschieht. Wie die Autorin berichtet, wurden etwa 70 Prozent der Frauen, die ihr ungeborenes Kind töten ließen, solchem Druck ausgesetzt. Sie wurden also zur Fremdbestimmung fremdbestimmt.

Wie der Druck auf die Schwangeren konkret aussehen kann, wird in 20 Beispielfällen von Betroffenen selbst geschildert. Die Autorin folgert daraus, dass die derzeitige Gesetzeslage eine Situation geschaffen habe, in der mit der vorgeburtlichen Kindestötung ein extremer Machtmissbrauch zwischen den Geschlechtern möglich sei, sowohl von Männern gegenüber Frauen als auch umgekehrt.

Den zweiten Hauptgrund für die Frauenfeindlichkeit der Ungeborenentötung sieht die Autorin zu Recht in den durch diese vielfach verursachten Leiden, die wiederum von betroffenen Frauen eindrücklich geschildert und mit einer Reihe von Veröffentlichungen belegt werden.

Martina Kempf wirbt für eine kinder- und frauenfreundliche gesetzliche Neuregelung. Sie befürwortet eine Strafbarkeit der vorgeburtlichen Kindestötung für den Arzt und für die Frau, auch zu ihrem Schutz. Angesichts einer Wählerschaft, die das Unrechtsbewusstsein

bezüglich des „Schwangerschaftsabbruchs“ weitgehend verloren hat, Abtreibung vielmehr für ein Frauenrecht hält, wird sich hierfür auch längerfristig keine parlamentarische Mehrheit finden. Nur eine mit Geduld und langem Atem geleistete Aufklärung wird allmählich in der Bevölkerung und bei Politikern ein Umdenken bewirken.

Ein besonders lesenswertes Kapitel des Buches schildert ausführlich mutmachende Beispiele von Frauen und Mädchen, die es geschafft haben, schwierige Situationen mit Kind zu meistern. Hier wird auch mit einer Fülle von Hinweisen der Weg zu Beratungs- und Hilfsangeboten und weiteren Informationen gebnet.

Weil Beziehungsprobleme die wichtigsten Gründe für Ungeborenentötungen darstellen, plädiert die Autorin schließlich sehr einleuchtend für eine neue Kultur der verantwortlichen Partnerschaft, auch mit dem Ziel, Frauen stark zu machen. Die Paarbeziehung mit einer Abtreibung retten zu wollen, gelinge meist nicht. Nach dem Ergebnis einer zitierten Untersuchung seien 70 Prozent der Beziehungen bereits innerhalb eines Monats nach der Abtreibung am Ende gewesen.

Mit einer Fülle wichtiger Informationen und wertvoller Anregungen leistet dieses Buch Aufklärung im besten Sinne. Deshalb sind ihm viele Leser zu wünschen.

VRiaVG Bernward Büchner, Freiburg

umschau

Organverteilung nach dem TPG

Am 22. März 2012 erfolgte im Deutschen Bundestag die erste Lesung des Gesetzentwurfes der Abgeordneten Volker Kauder, Dr. Frank-Walter Steinmeier, Gerda Hasselfeld, Rainer Brüderle, Dr. Gregor Gysi und Renate Künast u.a. über ein „Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz“ (BT-Drs. 17/9030). Die Bundesbürger sollen danach regelmäßig durch die Krankenkassen über ihre Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende befragt und auf diese Weise zu einer Entscheidung in dieser Frage bewegt werden. Die Gesetzesverfasser hoffen auf diesem Weg, die Lücke zu schließen, welche zwischen der in Umfragen erklärten hohen Organspendebereitschaft in der Bevölkerung (75 %) und dem tatsächlich dokumentierten Willen zur Organspende (25 %) besteht.

Derweil herrscht allerdings weiterhin ein erheblicher Mangel an Spenderorganen. Die verfügbaren Organe – es handelt sich um die nach dem Transplantationsgesetz vermittlungspflichtigen Organe wie Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Darm (§ 1 a Abs. 1 Nr. 2 TPG) – werden nach § 12 Abs. 3 S. 1 TPG von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit an geeignete Patienten vermittelt. Die Konkretisierung dieser Vorgabe obliegt – verfassungsrechtlich nicht unbedenklich – der Bundesärztekammer, welche entsprechende Richtlinien erlassen hat.

Wie nun Professor Dr. **Gerhard Dannecker** und **Anne Franziska Streng** in ihrer Abhandlung über „**Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation**“ (JZ 2012, S. 444 – 452) ausführen, sind die im

Transplantationsgesetz aufgeführten Maßstäbe einer Verteilung von Spenderorganen häufig gegenläufig. Wie am Beispiel der Leber gezeigt wird, werden die Erfolgsaussichten einer Transplantation in der Regel umso geringer, je mehr die Funktionsfähigkeit der geschädigten Leber abnimmt und die Dringlichkeit zunimmt. Gleichwohl werden Spenderorgane vorrangig nach dem Kriterium der Dringlichkeit verteilt, was einen verfassungsrechtlichen Hintergrund hat. Aus dem Anspruch jedes Patienten auf gleichmäßige Teilhabe am vorhandenen Organaufkommen, welcher aus den Artikeln 1 Abs. 1, 2 Abs. 2 S. 1, 3 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip hergeleitet wird, ergibt sich nach dieser Auffassung nicht nur die Unzulässigkeit einer Organverteilung nach dem Verschulden des Patienten an seinem Organversagen, der sozialen Wertigkeit des Organempfängers, seines Alters oder seiner Finanzkraft. Vielmehr gebietet sich – so die herrschende Meinung – eine Organverteilung, die sich ausschließlich an der Bedürftigkeit des Organempfängers orientiert. Denn nach dieser Anschauung gebührt jedem menschlichen Leben und seiner Würde ohne Rücksicht auf seine Dauer der gleiche verfassungsrechtliche Schutz („Lebenswertindifferenzkonzeption des Grundgesetzes“). Dem Gesetzgeber wäre es daher, so konzidieren auch *Dannecker* und *Streng*, versagt, Spenderorgane so zu verteilen, dass der größtmögliche Nutzen erreicht würde. Ein solcher Verteilungsschlüssel müsste zwangsläufig dazu führen, dass menschliches Leben unterschiedlich bewertet und etwa ein junger Patient einem bereits betagten Patienten vorgezogen würde.

Die Autoren möchten gleichwohl das Kriterium der „Erfolgsaussicht“ bei der Verteilung von Spenderorganen stärker berücksichtigt wissen. Aus ihrer Sicht ist es auch

unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Vorgaben zulässig, der „Dringlichkeit“ einer Organspende nicht in jedem Fall gleichermaßen den Vorzug zu geben, sondern die vorhandenen Spenderorgane so zu verteilen, dass die Zahl der geretteten Organempfänger maximiert werden kann. Konkret würde dies bedeuten, dass ein Patient trotz eines dringenden Bedarfs an einem Spenderorgan bei der Verteilung nicht berücksichtigt würde, wenn ein hohes Risiko dafür besteht, dass die Transplantation fehlschlägt (etwa infolge eines hohen Abstoßungsrisikos) und der Patient den Eingriff nicht überlebt. Einem solchen Patienten würde derjenige vorgezogen, der zwar weniger dringlich auf das Spenderorgan angewiesen ist, bei dem jedoch die hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass er den operativen Eingriff überlebt. An einer solchen Modifikation der Allokationskriterien für Spenderorgane, so wie sie bisher verstanden worden sind, sehen sich *Danne-*

cker und *Streng* auch nicht durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Luftsicherheitsgesetz (BVerfGE 115, 118 = ZfL 2006, S. 47 ff.) gehindert. Denn nach dieser Entscheidung sei es dem Staat allein verboten, eine geringe Anzahl Unschuldiger zu töten, um eine große Zahl möglicher Opfer zu retten. Hier dagegen gehe es nicht um die Grundrechte als Abwehrrechte gegen Eingriffe des Staates, sondern um den vom Bundesverfassungsgericht aus den Grundrechten hergeleiteten Anspruch des Einzelnen auf eine Teilhabe an den vorhandenen Transplantationskapazitäten. Diese werden vom Staat monopolistisch verwaltet, so dass er auch für eine verfassungskonforme Verteilung der knappen Ressourcen verantwortlich zeichne. Die Überlebenschancen eines Organempfängers dabei zu berücksichtigen, ist nach Ansicht der Autoren möglich, ohne dass das Leben und die Würde des einzelnen Menschen unterschiedlich bewertet würde. (us)

dokumentation

Bundesärztekammer

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Die Bundesärztekammer ... begrüßt den vorliegenden Gesetzentwurf.

Der gewerbsmäßigen, also der auf Gewinnerzielung ausgerichteten Förderung der Selbsttötung soll durch ein strafrechtliches Verbot entgegengewirkt werden. Dazu soll ein neuer Straftatbestand (§ 217 StGB-E) geschaffen werden, der lautet:

„Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines Menschen zu fördern, diesem hierzu gewerbsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Die Selbsttötung und die Teilnahme (z. B. die Beihilfe) sind in Deutschland nicht strafbar. Straffrei sind auch der gerechtfertigte Behandlungsabbruch (früher als passive Sterbehilfe bezeichnet) und die sogenannte indirekte Sterbehilfe (Gesetzentwurf, S. 4). Mit Strafe bedroht ist dagegen die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB).

I. Grundlegende Position zum Regelungsvorschlag

Vor diesem rechtlichen Hintergrund wird in Deutschland seit einigen Jahren über die Grenzen und Bedingungen der ärztlichen Sterbebegleitung und insbesondere über die Beteiligung eines Arztes oder einer Ärztin

am Suizid diskutiert. Die Ärzteschaft hat sich intensiv damit auseinandergesetzt, ob die Beihilfe eines Arztes oder einer Ärztin zum Suizid berufsrechtlich sanktioniert werden sollte. Auf dem Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel hat diese komplexe Diskussion insoweit ihren Abschluss gefunden, als folgende Regelung des § 16 (Muster-) Berufsordnung (MBO) mit großer Mehrheit angenommen wurde:

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Strafrechtliche und berufsrechtliche Regelungen haben zweifellos eine wichtige spezial- und eine generalpräventive Funktion. In der täglichen Arbeit reagieren Ärztinnen und Ärzte, wenn sie mit dem Wunsch eines Patienten oder einer Patientin nach dem Tod konfrontiert werden, ärztlich. Das heißt: Sie antworten darauf mit ihren Mitteln und im Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten. Deshalb stehen bei der Auseinandersetzung mit dem Thema nicht Verbote oder Sanktionen im Vordergrund, sondern entscheidend ist die ethische Haltung des Arztes oder der Ärztin zu diesen Fragen und ihre Vermittlung im Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten.

Eine grundlegende Orientierung für die Tätigkeit des Arztes oder der Ärztin bei der Behandlung und Begleitung schwerstkranker oder sterbender Patientinnen und Patienten geben die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In der Präam-

bel wird in Anlehnung an die MBO an die Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten angeknüpft und ausgeführt: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Ein offensichtlicher Sterbevergang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.

Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

Die Grundsätze befassen sich mit der ärztlichen Sterbebegleitung und mit dem Recht der Patientin oder des Patienten, über den Umfang seiner Behandlung zu bestimmen, aber nicht mit der Frage, ob Ärztinnen oder Ärzte eine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen oder nicht. Hilfe zur Selbsttötung ist keine Form der ärztlichen Sterbebegleitung. Das wird in den Grundsätzen ganz unmissverständlich zum Ausdruck gebracht („Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“).

Ob ein Arzt oder eine Ärztin über seine/ihre ärztlichen Aufgaben hinaus auch andere Tätigkeiten übernehmen und ob er/sie insbesondere bei der Selbsttötung eines Menschen Hilfe leisten darf und wie dies ggf. zu sanktionieren ist, ist eine berufsrechtliche Frage. Die einschlägige Regelung findet sich nunmehr in § 16 Satz 3 MBO.

Nach der Überzeugung der Ärzteschaft sind sowohl unsere Rechtsordnung als auch der praktische Umgang

mit schwerkranken Menschen darauf ausgerichtet, sie von dem Wunsch, sich selbst das Leben zu nehmen, abzubringen und ihnen eine Perspektive für ihr Leben zu eröffnen.

Daher darf die Angst der Menschen vor Krankheit und Schmerzen von sog. Sterbehilfevereinen nicht für deren Geschäftemacherei ausgenutzt werden. Bei diesen Organisationen stehen nicht Beratungsangebote über lebensbejahende Perspektiven im Vordergrund, sondern die rasche und sichere Abwicklung des Selbsttötungsentschlusses (Gesetzentwurf, S. 4/5). Mit dem vorliegenden Gesetzgebungsvorschlag soll diesen strafwürdigen Erscheinungen entgegengewirkt werden, dies begrüßt die Bundesärztekammer ausdrücklich.

II. Strafrechtliche Sanktionierung der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung und ihre Grenzen

Die bisherigen Gesetzgebungsvorhaben zu diesem Themenkreis werden in der Begründung des Gesetzentwurfs angeführt (S. 4). Ihr Scheitern dürfte nicht nur politische, sondern auch rechtsstaatliche Gründe gehabt haben. Denn strafbewerte Verbotsregelungen müssen mit der Verfassung und insbesondere mit den Grundrechten in Einklang stehen. Im Hinblick auf den vorliegenden Gesetzgebungsvorschlag ist dies wegen der verwerflichen Kommerzialisierung der Suizidhilfe und auch wegen der mit ihr einhergehenden Gefahr, Menschen zu unfreien Suiziden zu verleiten, der Fall. Insoweit wird auf die Begründung auf S. 6 des Gesetzentwurfs verwiesen.

Die Bundesärztekammer fordert zudem, nicht nur die gewerbliche Suizidbeihilfe, sondern jede Form der organisierten Sterbehilfe in Deutschland zu verbieten. Dies entspricht auch dem Entschließungsantrag des 115. Deutschen Ärztetages (I-07) zum „Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid“. Damit soll insbesondere verhindert werden, dass solche Organisationen unter anderem Rechtsstatus weiter ihren Geschäften nachgehen können. Zu bedenken ist, dass „gewerbsmäßig“ nach der Rechtsprechung die Absicht voraussetzt, „sich durch wiederholte Tatbegehung eine fortlaufende Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang zu verschaffen ..., wobei die Tätigkeit von der Absicht getragen sein muss, Gewinn zu erzielen ...“ (Gesetzentwurf, S. 10). Damit bestehen hohe Hürden für den Nachweis eines nach § 217 StGB-E strafbaren Verhaltens. Die Bundesärztekammer sieht jedoch den Bedarf für eine weitergehende Unterbindung der Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen. Sie schlägt daher mit Rücksicht auf die verfassungsrechtlichen Bedenken, die gegenüber einer umfassenden strafrechtlichen Pönalisierung bestehen könnten, eine Ergänzung von § 217 StGB-E um weitere, außerstrafrechtliche Bestimmungen vor.

III. Ergänzung der strafrechtlichen Norm um weitere, außerstrafrechtliche Bestimmungen

Die strafrechtliche Regelung in § 217 StGB-E sollte um weitere Bestimmungen ergänzt werden, die insbesondere das Verbot der organisierten Sterbehilfe und die Werbung für die gewerbliche oder organisierte Suizidbeihilfe betreffen. Damit kann den im Gesetzentwurf eingehend beschriebenen Gefahren (S. 4 ff.) entgegen gewirkt werden. Dies könnte wie folgt umgesetzt werden:

a) Ein Verbot der organisierten Sterbehilfe einschließlich der Vermittlung der Beihilfe zum Suizid über vereins- und gewerberechtliche Regelungen, beispielsweise über die Ausgestaltung entsprechender Tatbestände als Ordnungswidrigkeit.

Bezüglich der konkreten Formulierungen und Begründungen könnte u. a. auf die Empfehlungen der Ausschüsse zur BR-Drs. 149/1/10 vom 25.10.2010 zurückgegriffen werden.

b) Ein Verbot der Werbung für gewerbliche oder organisierte Suizidhilfe durch Organisationen (z. B. Verein) oder Personen, die eine solche Hilfe anbieten oder vermitteln. Hinsichtlich der konkreten Formulierungen des Tatbestandes könnte auf den Gesetzesantrag des Landes Rheinland-Pfalz, BR-Drs. 149/10 rekuriert werden.

Es ist nicht hinnehmbar und mit dem Grundgesetz nicht vereinbar, wenn Menschen in verzweifelter Lebenssituation, die sie an Suizid denken lassen, hierzu durch Werbung eingeladen werden und ihr Suizid planmäßig organisiert wird, statt ihnen in der zugrunde liegenden Lebenssituation Hilfe und Unterstützung anzubieten. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass der Wunsch nach einem Suizid zumeist nicht freiverantwortlich gefasst wird, sondern der Hilferuf eines kranken Menschen ist und oft auf einer psychischen Erkrankung beruht. „Es ist unerträglich, wenn die natürliche Hemmschwelle vor dem Tod dadurch abgebaut werden soll, dass vermeintlich leichte Wege vom Leben zum Tod aufgezeigt werden und der Suizid so zum Gegenstand von Profilierungsversuchen bzw. des Gewinnstrebens Einzelner“ wird. Zudem ist die Frage der Freiverantwortlichkeit des Suizids und die Aufgabe, die in diesem Kontext Ärztinnen und Ärzten zukommt, zu thematisieren. Ferner besteht die Befürchtung, „dass die scheinbare Möglichkeit des leichten Übergangs vom Leben zum Tod eine zutiefst unmoralische und unmenschliche Lebenshaltung gegenüber schwerstkranken und alten Menschen zu erzeugen geeignet ist“ (BR-Drs. 149/10, S. 3).

Berlin, 31. Mai 2012

Deutsche Hospiz Stiftung

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“

Zusammenfassung

(1) Im Rechtssystem des Grundgesetzes stellt die strafrechtliche Sanktionierung eines Verhaltens die schärfste Form der Missbilligung dar. Sie ist daher (allenfalls) bei echten Rechtsgutsgefährdungen zulässig und erfordert zudem besondere legislative Sorgfalt. Es ist sowohl die Zielsetzung der entsprechenden gesetzlichen Regelung deutlich festzulegen als auch sicherzustellen, dass die gewählten Formulierungen keine ungewollten negativen Effekte verursachen.

(2) Der aktuelle Gesetzesentwurf erfüllt diese Voraussetzungen allenfalls partiell: Er enthält sich zwar der grundrechtlich problematischen Formulierungen, die in einigen der Vorentwürfe enthalten waren. Zugleich kreiert aber die Bezugnahme auf die „Gewerbsmäßigkeit“ Abgrenzungsprobleme und droht sogar, die bestehenden verwaltungsrechtlichen Instrumentarien, die dem organisierten assistierten Suizid nicht hinreichend Einhalt gebieten, noch weiter zu schwächen.

(3) Gesetzestechisch vorzuzugwürdig ist deshalb im Sinne einer Vermeidung von Strafbarkeitslücken eine die „Geschäftsmäßigkeit“ in Bezug nehmende Gesetzesfassung. Im Übrigen ist es aber allgemein misslich, dass sich die Diskussion einseitig auf die (straf)gesetzliche Regelung des Verbots der Förderung der Selbsttötung konzentriert. Vonnöten sind flankierende Maßnahmen, die auf die zugrunde liegende Leidenspositionen der Menschen eingehen und damit dazu beitragen, die strafrechtlich zu erfassenden Situationen gar nicht erst entstehen zu lassen.

1. Einleitung

Die Praxis des sog. assistierten Suizids, insbesondere durch hierauf spezialisierte Organisationen und Personen, hat in den vergangenen Jahren – auch unter dem Eindruck intensiver Medienberichterstattung – immer wieder politische Aufmerksamkeit erregt und legislative Reaktionen hervorgerufen. Dementsprechend existiert eine ganze Reihe von Gesetzesentwürfen, die jedoch sämtlich die Entwurfs- und Diskussionsphase nicht überstanden. Einem jetzt vorliegenden Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums (nachfolgend: Referentenentwurf) zufolge soll den spezifischen „Gefahren für das Leben suizidgeneigter Menschen“ nur „durch ein strafrechtliches Verbot der gewerbsmäßigen, also auf Gewinnerzielung ausgerichteten Förderung der Selbsttötung entgegengewirkt werden.“¹ Das bietet Veranlassung, sich nicht nur mit dem konkreten Gesetzesvorschlag, sondern auch mit den allgemeinen Fragen einer gesetzlichen Regelung dieses Problemkomplexes auseinanderzusetzen.

¹ Referentenentwurf, S. 1

Auf Basis einer Skizzierung des verfassungsrechtlichen Hintergrunds (dazu 2.) ist insoweit zunächst grundlegend nach dem Sinn gerade einer strafrechtlichen Regelung zu fragen (dazu 3.). Im Übrigen muss sich die vorgeschlagene Gesetzesfassung einer Kritik im Detail stellen (dazu 4.).

2. Verfassungsrechtlicher Hintergrund: Zur Reichweite der Selbstbestimmung über das eigene Leben

Aus der Perspektive des Verfassungsrechts ist zunächst einmal hervorzuheben, dass der grundgesetzlichen Garantie der körperlichen Integrität (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und des Persönlichkeitsschutzes (Art. 2 Abs. 1 [i.V.m. Art. 1 Abs. 1] GG) ein Grundrecht auf Selbstbestimmung über die eigene Integrität zu entnehmen ist, das sich namentlich auch im Bereich der Medizin auswirkt und insoweit die prinzipielle Verbindlichkeit autonom getroffener Behandlungsentscheidungen verlangt. Grundsätzlich sind dabei zunächst keine sachlichen Grenzen des Selbstbestimmungsrechts vorgegeben, insbesondere ist auch das Recht erfasst, über den eigenen Tod zu entscheiden. Ein in Kenntnis der konkreten entscheidungsrelevanten Umstände von einer einwilligungsfähigen Person abgegebenes Behandlungsveto ist deshalb für Ärzte und Pflegepersonal verbindlich. Umgekehrt besteht keine Behandlungspflicht der Patienten; im Gegenteil bedeutet die Weiterbehandlung gegen den erklärten Willen des Betroffenen eine Verletzung von dessen körperlicher Integrität. Das gilt auch und gerade dann, wenn die Nichtbehandlung zum Tode des Patienten führt.

Umstritten ist allerdings innerhalb der Verfassungsrechtswissenschaft, ob es ein Verfügungsrecht des Einzelnen über sein Leben auch in dem Sinne gibt, dass (freiverantwortlich getroffene) Suizidentscheidungen grundrechtlich geschützt sind.² In der Tat erscheint die Annahme eines „Grundrechts auf Selbsttötung“ im Kontext des auf Lebensschutz ausgerichteten Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG prima facie widersinnig. Gleichwohl dürfte eine prinzipielle Betrachtung für die Annahme sprechen, auch lebensbeendende Maßnahmen dem grundrechtlichen Gewährleistungsgehalt zu unterstellen. Für eine solche Interpretation spricht insbesondere, dass sie Abgrenzungsschwierigkeiten und widersprüchliche Ergebnisse vermeidet: Denn die Kehrseite der Ablehnung eines Verfügungsrechts über das eigene Leben ist die – grundrechtlich inakzeptable – Annahme einer Behandlungspflicht.

Allerdings folgt umgekehrt selbst aus der Anerkennung eines entsprechend weitgehenden Selbstbestimmungsrechts nicht, dass staatliche Schutzmaßnahmen in diesem Bereich ausgeschlossen sind. Im Gegenteil ist angesichts der Höchstwertigkeit des Rechtsguts Leben eine besondere Sensibilität im Hinblick auf das Verhältnis von Integritätsschutz und Autonomiesicherung geboten. In diesem Sinne kann sich (ausnahmsweise)

in einer Situation existentieller Unsicherheit unter Umständen die staatliche (Lebens-)Schutzpflicht zu einem Eingriffsgebot verdichten, das auch ein Sichhinwegsetzen über einen unklaren Patientenwillen erlaubt. Ganz analog hierzu ist es rechtlich nicht nur zulässig, sondern regelhaft geboten, einen Selbsttötungsversuch zu unterbinden, weil und soweit nicht erkennbar ist, ob diesem eine freiverantwortlich getroffene Entscheidung zugrunde liegt. Letzteres kann dabei keineswegs einfach als Regelfall unterstellt werden, wie schon die Zahl der Menschen, die einen Suizid(versuch) überlebt haben zeigt: Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Anzahl der Suizidversuche 10 bis 20 Mal so hoch wie die Anzahl der Suizide³. Offensichtlich besteht also eine erhebliche Divergenz zwischen dem kurzzeitigen Suizidverlangen und dem langfristigen Überlebenswunsch.

Im Übrigen besitzt die schutzrechtliche Dimension Bedeutung vor allem im Blick auf denkbare fremdbestimmte Übergriffe, namentlich der Angehörigen und des ärztlichen und Pflegepersonals. Insoweit obliegt es dem Gesetzgeber, der allerdings einen breiten Entscheidungsspielraum besitzt, eine Regelung zu treffen, die wirksam verhindert, dass die Betroffenen gegen ihren Willen behandelt werden bzw. umgekehrt Behandlungsabbrüche vorkommen bzw. lebensbeendende Maßnahmen vorgenommen werden, die nicht durch deren klare Willensäußerung legitimiert sind. Selbst wenn die autonome Entscheidung über das eigene Lebensende als grundrechtsbasiert anerkannt wird, verpflichtet das darüber hinaus keineswegs dazu, rechtliche Mechanismen zur Umsetzung dieser Entscheidung bereitzustellen.⁴

Das deutsche Strafrecht hat aus dieser Ausgangslage bekanntlich die Konsequenz gezogen, die (freiverantwortliche) Selbsttötung straffrei zu lassen, mit der Konsequenz, dass mangels einer Haupttat auch die Beteiligung keine Strafrechtsrelevanz besitzt. Strafrechtlich erfasst und verboten wird demgegenüber in § 216 StGB die Tötung auf Verlangen. Inwieweit die unterschiedlichen Konstellationen der indirekten und direkten, aktiven und passiven Sterbehilfe in diesen Regelungskomplex einzuordnen sind, ist seit Jahren Gegenstand juristischer Debatten.

Diese verfassungsrechtliche Bewertung liegt erkennbar auch dem Referentenentwurf zugrunde; die Begründung des Referentenentwurfs fasst insoweit durchaus zutreffend zusammen: „Nach deutschem Strafrecht ist die eigenverantwortliche Selbsttötung ebenso wie deren Versuch oder die Teilnahme daran straflos, weil sich die Tötung nicht gegen einen anderen Menschen

2 Vgl. kritisch insbesondere *U. Di Fabio*, in: Maunz/Dürig (Begr.), GG, Loseblatt, Art. 2 Rn. 47 m.w.N.

3 Vgl. *G. Fiedler*, Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland - Daten und Fakten 2005, <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>

4 Dies betont zu Recht auch die Begründung des Referentenentwurfs, S. 7.

richtet. Dieses Regelungskonzept hat sich grundsätzlich bewährt. Es bedarf jedoch der Korrektur, wo eine kommerzialisierte Suizidhilfe Menschen dazu verleiten kann, sich das Leben zu nehmen“ (S. 1). Insoweit wird in grundsätzlich nachvollziehbarer Weise aus der Möglichkeit der Kommerzialisierung auf die Interessenheterogenität der Beteiligten geschlossen; damit ist die stets prekäre freiverantwortliche Entscheidung über das Lebensende in besonderem Maße gefährdet: „Diese Kommerzialisierung stellt eine qualitative Änderung in der Praxis der Sterbehilfe dar. Sie lässt befürchten, dass die Hilfe zum Suizid als eine normale Dienstleistung angesehen wird und sich Menschen zur Selbsttötung verleiten lassen, die dies ohne ein solches Angebot nicht getan hätten“ (S. 1).⁶ Diese Einschätzung begegnet nicht nur keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, sondern im Gegenteil verlangt die Einsicht in eine entsprechende Gefährdung autonomer Entscheidungen über ein höchstrangiges Rechtsgut wie das menschliche Leben eine staatliche Reaktion.

Allerdings ist diese zu Recht befürchtete „Normalisierung“ keineswegs nur auf Konstellationen beschränkt, in denen die Suizidhilfe aus kommerziellen Motiven heraus erfolgt. Auch eine ohne Gewinnabsicht, aber organisiert, planmäßig und wiederholt durchgeführte Sterbehilfe kann Gewöhnungseffekte hervorrufen. Das gefährdet die Entscheidungsautonomie der Betroffenen und damit das Rechtsgut Leben.⁷

3. Normative Regelungsoptionen: Strafrecht als ultima ratio?

Keine nähere Auseinandersetzung ist dem Referentenentwurf zu der – keineswegs selbstverständlich und a priori mit „Ja“ zu beantwortenden – Frage zu entnehmen, ob eine entsprechende Reaktion mit den Mitteln des Strafrecht zu erfolgen hat, ob also das Verbot des assistierten Suizids jedenfalls in bestimmten Konstellationen notwendig im Strafgesetzbuch geregelt werden muss. Hierzu heißt es nur knapp: „Der Entwurf schlägt die Schaffung eines neuen Straftatbestands im Strafgesetzbuch vor (§ 217 StGB-E), der die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt. Diese Tätigkeit soll als abstrakt das Leben gefährdende Handlung verboten werden.“⁸ Unter der anschließenden Überschrift „Alternativen“ werden lediglich die bereits bestehenden strafrechtsändernden Vorschläge der Vergangenheit erörtert.⁹

Die Begründung erklärt dann zur Erforderlichkeit eines strafbewährten Verbots, mildere Maßnahmen, etwa eine Zulassungs- oder Kontrollpflicht, seien nicht ausreichend. Unter Bezugnahme auf Erfahrungen aus den Niederlanden verweist sie auf Vollzugsdefizite hinsichtlich der dort bestehenden Anzeigepflicht. „Vor allem aber kann den beschriebenen Gefahren, die daraus drohen, dass eine gewerbsmäßig angebotene Suizidhilfe als normale

Dienstleistung angesehen wird, nicht dadurch begegnet werden, dass ein solches Angebot auch noch mit dem ‚Gütesiegel‘ staatlicher Kontrolle versehen wird.“¹⁰

In der Tat führt ein vergleichender Blick auf alternative Regelungsmechanismen zu ambivalenten Ergebnissen: So hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass das Ordnungsrecht grundsätzlich operationalisiert werden kann, um den Gefahren zu begegnen, die sich aus der kommerziellen oder doch geschäftsmäßigen, also wiederholten Suizidbeihilfe ergeben. In diesem Sinne hat namentlich das VG Hamburg in einer Eilentscheidung¹¹ – unter Berufung auf einen Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz und gegen die „allgemein anerkannten moralischen und sittlichen Wertvorstellungen“ – diese Form der „Kommerzialisierung der Unterstützung von Selbsttötungen“ als sozial unwertig und gewerberechtlich nicht erlaubt eingeordnet. Ausdrücklich betont das Gericht dabei die Sozial- und Gemeinschaftsschädlichkeit einer entsprechenden Tätigkeit, die einer Berufung auf das Grundrecht der Berufsfreiheit entgegenstehe. Letztlich beruht indes die polizeiliche Untersagung auf der zulässigen Erwägung, das kommerzielle Angebot zur Suizidhilfe gefährde „mit erheblicher Wahrscheinlichkeit [...] das Leben von Menschen, die ohne die vom Antragsteller angebotenen Erleichterungen beim Suizid allein auf sich gestellt vor diesem unumkehrbaren Schritt zurückgeschreckt wären“¹².

Die Fragwürdigkeit der mit dieser Entscheidung beabsichtigten Rechtsklarheit zeigt sich indes darin, dass sie bei ihrem konkreten Adressaten keine relevante Verhaltensänderung bewirkt hat. In Reaktion auf den Beschluss hat dieser den Verein „SterbeHilfeDeutschland“ gegründet, und in dem von ihm herausgegebenen „Weißbuch 2012“ heißt es, seit der Gründung im Jahr

5 Vgl. zusammenfassend etwa T. Linke, Grundrechtliche Spannungslagen am Lebensende, 2004; V. Lipp, Patientenautonomie und Lebensschutz. Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe“, Göttingen 2005; siehe auch – kritisch zur Terminologie – W. Höfling, Sterbehilfe im grundgesetzlichen Gemeinwesen, in: Graumann u.a. (Hrsg.), Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel, 2004, S. 104 ff; ders., „Sterbehilfe“ zwischen Autonomie und Integritätsschutz, JuS 2000, 111 ff.

6 Referentenentwurf S. 1: „Auch in Deutschland nehmen die Fälle zu, in denen Personen auftreten, deren Anliegen es ist, einer Vielzahl von Menschen in Form einer entgeltlichen Dienstleistung eine schnelle und effiziente Möglichkeit für einen Suizid anzubieten. Dies geschieht beispielsweise durch das Verschaffen eines tödlich wirkenden Mittels und das Anbieten einer Räumlichkeit, in der das Gift durch die suizidwillige Person eingenommen werden kann. Zu denken ist aber auch an Fälle, in denen von Deutschland aus die Gelegenheit vermittelt wird, im Ausland die für eine Selbsttötung notwendigen Mittel und Räumlichkeiten zu erhalten. Im Vordergrund solcher Handlungen steht dabei nicht ein Beratungsangebot mit primär lebensbejahenden Perspektiven, sondern die rasche und sichere Abwicklung des Selbsttötungsentschlusses, um damit Geld zu verdienen.“

7 Siehe näher unten 4. b).

8 Referentenentwurf, S. 1

9 Dazu noch unten 4.

10 Referentenentwurf, S. 7

11 Beschluss vom 6. Februar 2009, Az.: 8 E 3301/08, MedR 2009, 550 ff

12 MedR 2009, 550 (555 f.)

2010 habe dieser Verein 48 Mitgliedern beim Suizid geholfen.¹³

Demgegenüber hat ein Urteil des VG Berlin¹⁴ die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen berufsrechtlicher Regulierung verdeutlicht. Auch wenn die Urteilsbegründung im Einzelnen noch nicht vorliegt, ist doch schon auf Basis der Pressemitteilung erkennbar, dass ungeachtet der auf den ersten Blick divergierenden Ergebnisse die beiden verwaltungsgerichtlichen Entscheidungen durchaus eine vergleichbare Zielsetzung haben: Denn das VG Berlin betont zwar die Berufs- und Gewissensfreiheit des betroffenen Arztes. Ausdrücklich wird aber diese Argumentation auf eine Sondersituation bezogen, in der ein Arzt aufgrund einer lang andauernden, engen persönlichen Beziehung in einen Gewissenskonflikt geraten würde, weil die Person, die freiverantwortlich die Selbsttötung wünscht, unerträglich und irreversibel an einer Krankheit leidet und alternative Mittel der Leidensbegrenzung nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Gleichzeitig und in Abgrenzung hierzu hebt das Gericht hervor, dass erstens ein Verbot der Überlassung todbringender Medikamente an Sterbewillige verfassungsrechtlich unbedenklich sei, soweit diese Gesunden oder in ihrer Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigten psychisch Kranken überlassen werden sollen, und dass zweitens ein Verbot beruflicher oder organisierter Sterbehilfe, wie sie etwa der Verein Dignitas anbiete, ohne weiteres zulässig sei.

Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung keinesfalls als Dammbuch in der Debatte um ärztlich unterstützte Selbsttötungen anzusehen. Die in ihr vorgenommene Unterscheidung zwischen einer konkreten, auf einer persönlichen Behandlungserfahrung und Gewissensentscheidung des betroffenen Arztes beruhenden Unterstützung der Selbsttötung und deren Durchführung durch hierauf spezialisierte Organisationen bedeutet vielmehr eine verallgemeinerungsfähige Leitlinie auch für gesetzgeberische Aktivitäten.

4. Konkrete Bedenken gegenüber der vorgeschlagenen Gesetzesfassung

Letztlich könnte man damit bereits fragen, ob nicht die vorhandenen Mittel des Ordnungs- und Berufsrechts genügen, um dem Problem des organisierten und kommerzialisierten assistierten Suizids Herr zu werden. Indes kann von einer eindeutigen und gefestigten Rechtsprechungslinie kaum gesprochen werden; daher spricht für eine klare gesetzgeberische Lösung der damit erzielte Zugewinn an Rechtsklarheit und Rechtssicherheit.¹⁵ Zu Recht verweist der Referentenentwurf insoweit auf die Bedeutung einer einheitlichen und umfassenden gesetzgeberischen Regelung. Denn der in der Praxis gängige Einwurf, die problematischen Konstellationen ließen sich durch eine konsequente Anwendung der bestehenden betäubungs- und arzneimit-

telrechtlichen Vorschriften vermeiden, trifft zumindest in dieser Pauschalität nicht zu und verkennt die verbleibenden Regelungsdefizite.

Angesichts der Gefährdung höchststrangiger Rechtsgüter bestehen auch keine grundsätzlichen Bedenken dagegen, die Regelung im Strafgesetzbuch zu platzieren. Das Bundesverfassungsgericht betont zwar den Charakter des Strafrechts als „ultima ratio“; es zieht hieraus indes nicht den Schluss, das Übermaßverbot zum Prüfungsmaßstab der legislativen Handlungsoptionen zu erheben: „Es ist aber grundsätzlich Sache des Gesetzgebers, den Bereich strafbaren Handelns verbindlich festzulegen. Er ist bei der Entscheidung, ob er ein bestimmtes Rechtsgut, dessen Schutz ihm wesentlich erscheint, gerade mit den Mitteln des Strafrechts verteidigen und wie er dies gegebenenfalls tun will, grundsätzlich frei.“¹⁶

Allerdings muss eine strafrechtliche Regelung angesichts der mit ihr verbundenen Eingriffstiefe besonderen Anforderungen genügen. Dementsprechend kann die vorliegende Analyse nicht auf der Stufe einer grundsätzlichen Akzeptanz dieser Regelungsform stehenbleiben. Vielmehr ist zu klären, ob die aktuell vorgeschlagene Gesetzesfassung den avisierten Zweck erfüllt. Insofern sind Zweifel angebracht, denn es ist eine gewisse Unklarheit und Lückenhaftigkeit der Neuregelung zu attestieren (dazu a). Ohne damit der gesetzgeberischen Entscheidung im Einzelnen vorzugreifen, kann in diesem Sinne doch auf die Vorzüge einer alternativen Formulierung hingewiesen werden (dazu b).

a) Unklarheit und Lückenhaftigkeit der Neuregelung

Der Referentenentwurf betrifft ausdrücklich nur die „Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung“; der neue § 217 StGB soll demnach lauten: „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines Menschen zu fördern, diesem hierzu gewerbsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“¹⁷

Der Gesetzgeber verfolgt an dieser Stelle das doppelte Ziel, einerseits ein effektives strafrechtliches Verbot einzuführen, andererseits aber dessen Reichweite so zu begrenzen, dass die prinzipielle Strafflosigkeit der Suizidbeihilfe nicht durch den Sondertatbestand aufgehoben und jegliche Unterstützungshandlung unter Strafe gestellt wird. Zum entscheidenden Abgrenzungsmerkmal avanciert dabei das Merkmal der Gewerbsmäßigkeit.

¹³ Vgl. R. Kusch/J. F. Spittler, Weißbuch 2012, S. 9

¹⁴ Urteil vom 30. März 2012, Az.: VG 9 K 63.09; vgl. <http://www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/vg/presse/archiv/20120402.1455.368295.html>

¹⁵ Dies betont die Begründung des Referentenentwurfs (S. 7 f.) mit dem Hinweis, namentlich die erwähnte Entscheidung des VG Hamburg (MedR 2009, 550 ff.) sei nur im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes getroffen und zudem auch auf den Verdacht eines Verstoßes gegen das Arzneimittelgesetz gegründet worden.

¹⁶ BVerfGE 120, 224 (239 f.)

¹⁷ Referentenentwurf, S. 3

Der Entwurf argumentiert, es handele sich um einen bekannten und in der strafrechtlichen Judikatur hinreichend bestimmten Terminus.¹⁸ Ergänzend wirken insoweit die Merkmale des Verschaffens und die auf subjektiver Tatbestandsseite erforderliche Absicht.

Mit dem Kriterium der Gewerbsmäßigkeit ist eine Abgrenzung in zwei Richtungen verbunden: Zum einen werden bestimmte Handlungsformen ausdrücklich als strafrechtlich irrelevant hervorgehoben. Zum anderen stellt sich indes die Frage, inwieweit die Betonung der Gewerbsmäßigkeit nicht zu darüber hinausgehenden (ungewollten) Strafbarkeitslücken führt.

aa) Explizit gewollte Reichweitenbegrenzung

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Gesetzesentwurfsbegründung den Anwendungsbereich der Vorschrift explizit negativ abgrenzt. In der Tat ist es „weiterhin nicht wünschenswert“¹⁹, die allein aus Mitleid geleistete Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe zu stellen. Nichts anderes gilt für die „Hilfe beim Sterben, die durch Angehörige von Heilberufen im Rahmen medizinischer Behandlung, z. B. in Krankenhäusern, Hospizen und anderen palliativmedizinischen Einrichtungen geleistet wird.“¹⁹ Entsprechend bleiben auch bestimmte Vorfeldmaßnahmen ausgenommen, etwa der bloße Gedankenaustausch oder allgemeine, nicht adressatenorientierte Informationsverbreitungsmaßnahmen. Hier kommt der für das Strafrecht grundlegende Gedanke einer zu vermeidenden Vorfeldstrafbarkeit zum Tragen. Der Referentenentwurf setzt sich an dieser Stelle ausdrücklich von den vorangehenden Gesetzesgebungsvorschlägen ab.²⁰ Während die Ersetzung der Geschäfts- durch die Gewerbsmäßigkeit nicht überzeugt (dazu unten b), ist die Abgrenzung gegenüber den anderen zwischenzeitlich diskutierten Varianten nicht nur politisch sinnvoll, sondern verfassungsnormativ geboten. Betroffen sind die folgenden Regelungsvorschläge:

(1) der von Bayern und Baden-Württemberg in den Rechtsausschuss des Bundesrates eingebrachte Entwurf²¹, demzufolge sowohl die (auch schon: nur versuchte!) Gründung einer auf die Unterstützung von Selbsttötungen ausgerichteten Vereinigung wie die Beteiligung „als Rädelsführer“ und die Unterstützung „als Hintermann“ unter Strafe gestellt wurden;

(2) die durch eine Arbeitsgruppe der Justizstaatssekretäre erarbeitete Neufassung dieses Entwurfs²², die in Absatz 1 das Merkmal „wer ein Gewerbe betreibt“ hinzufügte, in Absatz 2 die Begriffe Rädelsführer und Hintermann durch die Umschreibung „wer für eine Vereinigung der in Absatz 1 bezeichneten Art als Mitglied oder Außenstehender geistig oder wirtschaftlich eine maßgebende Rolle spielt“ ersetzte und die Versuchsstrafbarkeit ersatzlos strich;

(3) der Gesetzesantrag des Landes Rheinland-Pfalz (BR-Drucksache 149/10²³), der die Werbung für Dienste zur Vornahme oder Förderung einer Selbsttötung

oder hierfür geeignete Mittel, Gegenstände oder Verfahren bestrafte;

(4) die im Rechtsausschuss und im Ausschuss für Innere Angelegenheiten überarbeitete Fassung dieses Entwurfs (BR-Drucksache 149/1/10²⁴), der die Gesetzesgebungsvorschläge (2) und (3) kombinierte.

Gemeinsam ist diesen Vorschlägen eine erhebliche, nicht durch besondere Rechtsgutgefährdungen erklärbare Vorverlagerung des strafbegründenden Verhaltens.²⁵ Diese wird besonders deutlich in der Bestrafung

18 Referentenentwurf, S. 10: „Gewerbsmäßig handelt nach der Rechtsprechung, wer in der Absicht handelt, sich durch wiederholte Tatbegehung eine fortlaufende Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang zu verschaffen (vgl. nur BGH vom 13. Dezember 1995 – 2 StR 575/95 = NJW 1996, S. 1069, 1070), wobei die Tätigkeit von der Absicht getragen sein muss, Gewinn zu erzielen (BGH vom 29. Januar 1980 – 1 StR 349/79 = BGHSt 29, 187, 189; weitere Nachweise bei Fischer, StGB, 59. Auflage, Vor § 52 Rn. 62).“

19 Referentenentwurf, S. 11.

20 Vgl. Referentenentwurf, S. 1: „Weiter als der hier vorgelegte Entwurf geht der Vorschlag, jede schon geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe zu stellen (BR-Drucksache 230/06). Enger als der hier vorgelegte Entwurf ist die Initiative, die sich darauf beschränkt, die Werbung für die Förderung der Selbsttötung zu pönalisieren (BR-Drucksache 149/10). Eine Modifikation dieser Initiative sieht vor, sowohl die gewerbliche Suizidhilfe als auch die Werbung für eine Suizidhilfevereinigung für strafwürdig zu befinden (BR-Drucksache 149/1/10).“

21 Vgl. http://www.landtag-bw.de/wp14/drucksachen/3000/14_3773_d.pdf:

§ 217 Suizidhilfe-Organisationen

(1) Wer eine Vereinigung gründet, deren Zweck oder Tätigkeit darauf gerichtet ist, anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren oder zu verschaffen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer an einer Vereinigung der in Absatz 1 bezeichneten Art als Rädelsführer beteiligt ist oder sie als Hintermann unterstützt.

(3) Der Versuch, eine in Absatz 1 bezeichnete Vereinigung zu gründen, ist strafbar.

22 http://www.landtag-bw.de/wp14/drucksachen/3000/14_3773_d.pdf

23 Vgl. http://www.bundesrat.de/cln_152/SharedDocs/Drucksachen/2010/0101-200/149-10,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/149-10.pdf:

§ 217 Werbung für Suizidhilfe

(1) Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Abs. 3) seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise

1. eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung einer Selbsttötung oder

2. Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Selbsttötung geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekannt gibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Hat die Werbung zur Folge, dass eine Person unter Inanspruchnahme der Angebote des Absatzes 1 eine Selbsttötung unternimmt, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

24 Vgl. [http://www.bundesrat.de/cln_152/nn_8336/SharedDocs/Drucksachen/2010/0101-200/149-1-10,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/149-1-10.pdf](http://www.bundesrat.de/cln_152/nn_8336/SharedDocs/Drucksachen/2010/0101-200/149-10,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/149-1-10.pdf):

§ 217 Gewerbliche und organisierte Suizidhilfe

(1) Wer ein Gewerbe betreibt oder eine Vereinigung gründet, dessen oder deren Zweck oder Tätigkeit darauf gerichtet ist, anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren oder zu verschaffen, und für die Vereinigung öffentlich wirbt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer an einer Vereinigung der in Absatz 1 bezeichneten Art, für die öffentlich geworben wird, als Rädelsführer beteiligt ist oder sie als Hintermann unterstützt.

25 Vgl. ähnlich schon O. Tolmein, Strafe für geistige Sterbehilfe?, FAZ vom 04.07.2008, Nr. 154, S. 35, abzurufen unter <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/gesetzentwurf-im-bundesrat-strafe-fuer-geistige-sterbehilfe-1662974.html>.

schon des Versuchs der Vereinigungsgründung, ist aber auch im Übrigen anzunehmen. Ein solches Vorgehen ist bereits allgemein rechtsetzungstechnisch bedenklich, weil strafrechtliche Regelungen notwendig auf Rechtsgutgefährdungen zu beziehen sind.²⁶ In den vorliegenden Konstellationen kommt indes erschwerend hinzu, dass mit den Strafrechtsbestimmungen massive Eingriffe in Grundrechte, namentlich in die Meinungsfreiheit des Art. 5 Abs. 1 S. 1 I. Alt. GG und die Vereinigungsfreiheit des Art. 9 Abs. 1 GG verbunden sind, ohne dass hierfür – zumindest in dieser zeitlichen Abfolge – ein dies rechtfertigender hinreichender „Gegengrund“ erkennbar wäre.

bb) Erwartbare Schwierigkeiten der Reichweitenbegrenzung

Allerdings führt die gewählte Gesetzesformulierung zu problematischen Strafbarkeitslücken, soweit die bloße geschäftsmäßige, mit Wiederholungsabsicht ausgeübte Suizidunterstützung ausdrücklich straflos bleibt. Auch insoweit liegt eine klare Abkehr von einem älteren Gesetzesvorschlag²⁷ vor; an dieser Stelle überzeugt die vorliegende Begründung indes nicht.

Dass an dieser Stelle Strafbarkeitslücken bestehen (werden), lässt sich knapp an einem bekannten Beispiel belegen: In der Schweiz ist bekanntlich die aktive Sterbehilfe, die Tötung auf Verlangen, ebenso wie in Deutschland unter Strafe gestellt (vgl. Art. 114 Schweizerisches StGB). Zudem ist nach dortigem Recht das Verleiten zur Selbsttötung oder Hilfeleisten dazu aus selbstsüchtigen Beweggründen strafbar (Art. 115 Schweizerisches StGB²⁸). Gleichwohl hat ausgerechnet die (zunächst nur) dort agierende Organisation Dignitas große Bekanntheit erlangt. Ersichtlich bereitet es keine Mühen, dem Vorwurf der „selbstsüchtigen Beweggründe“ zu entgehen. Dignitas selbst betont auf der Internetseite²⁹, keine kommerziellen Interessen zu verfolgen. Fakt ist aber, dass nach den Angaben auf der Dignitas-Homepage³⁰ folgende Kosten heute auf einen Dignitas-„Kunden“ zukommen:

200 CHF (ca. 160 Euro)	einmalige Eintrittsgebühr
80 CHF (ca. 65 Euro)	jährlicher Mitgliederbeitrag (Mindestbeitrag)
3000 CHF (ca. 2400 Euro)	Vorbereitung einer Freitod-Begleitung (besonderer Mitgliederbeitrag)
1000 CHF (ca. 800 Euro)	Arztbesuch
3000 CHF (ca. 2400 Euro)	Durchführung einer Freitod-Begleitung (besonderer Mitgliederbeitrag)
2000 CHF (ca. 1600 Euro)	Wenn Personen nicht an ihrem Wohnort, sondern in einer Wohnung von Dignitas in der Schweiz versterben: Kosten für die Leistungen der örtlichen Bestattungsorgane

Angesichts dessen dürfte es auch in anstehenden deutschen Strafverfahren schwerfallen, den Nachweis der „Gewerbsmäßigkeit“ zu erbringen. Denn die mit diesem Kriterium verbundenen Erfordernisse einer Regelmäßigkeit des Handelns und der Gewinnerzielungsabsicht sind wohl allein durch die Tatsache, dass der assistierte Suizid auch mit finanziellen Gegenleistungen verbunden ist, nicht gegeben. Erforderlich ist damit

der (schwierige) Nachweis, dass die verlangten Gegenleistungen nicht lediglich dazu dienen, entstehende Unkosten abzudecken. Gerade der Hinweis der Gesetzesbegründung auf die weiterhin zulässigen Formen altruistischer, jedenfalls aber nicht gewinnorientierter Unterstützung der Selbsttötung dürfte dazu führen, dass Sterbehilfsorganisationen wie Dignitas noch stärker als bislang ihr vorgeblich humanitäres Engagement hervorheben. Erst recht wird die Bezugnahme auf die Gewinnerzielungsabsicht es erschweren, gegen Organisationen wie den Verein SterbeHilfe-Deutschland vorzugehen, der nach eigenen Angaben kein Honorar für die Sterbehilfe verlangt, sondern sich nur durch Mitgliedsbeiträge in Höhe von 100 Euro pro Jahr finanziert.³¹ Schließlich dürften sich die Strafrechtsvorschriften durch eine entsprechende finanzielle bzw. organisationsrechtliche Ausgestaltung wohl allzu leicht „aushebeln“ lassen. Dementsprechend erscheint etwa der vordergründig relativ klare Widerspruch zwischen der schweizerischen Rechtslage und dem Handeln von Dignitas als nur scheinbarer. Von entscheidender Bedeutung sind dabei die Zahlungsflüsse: Dignitas kann als Organisation nicht strafrechtlich verfolgt werden, und der Nachweis gegen verantwortliche Personen nicht geführt werden, weil sie selbst nicht als Suizidbegleiter auftreten.

Ähnliche Vollzugsdefizite dürften auch für die deutsche Regelung zu erwarten sein. Wenn und soweit auf diese Weise die eigentliche Unterstützungsleistung gerade nicht gewerbsmäßig erfolgt, bietet im Übrigen auch die Möglichkeit, die (selbst nicht notwendig gewerbsmäßige) Teilnahme in Form einer Anstiftung oder Beihilfe zu einer Förderung der Selbsttötung zu bestrafen, keine taugliche Abhilfe. Denn es fehlt in diesen Fällen an einer tatbestandsmäßigen Haupttat.

Im Ergebnis könnte man damit zu dem – bereits für sich gesehen bedenklichen – Zwischenergebnis gelangen, der Neuregelung drohe von vornherein ein Dasein als „dead letter law“.³² Möglicherweise sind aber noch weitergehende negative Folgen zu erwarten: Denn die explizite Reichweitenbeschränkung beinhaltet ein je-

26 Vgl. grundlegend schon H.L.A. Hart, *Law, Liberty and Morality*, 1963; mit Blick auf das deutsche Recht jüngst G. Steinberg, *Aus der Zeit gefallen*, FAZ vom 16.5.2012, Nr. 114, S. 8.

27 BR-Drs. 230/06, Gesetzesantrag der Länder Saarland, Thüringen, Hessen; *Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zu Selbsttötung*, abzurufen unter: http://www.bundesrat.de/chn_152/SharedDocs/Drucksachen/2006/0201-300/230-06.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/230-06.pdf.

28 http://www.admin.ch/ch/d/sr/311_0/index2.html#id-2-1

29 www.dignitas.ch

30 http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=5&lang=de

31 http://www.sterbehilfedeu.de/sterbehilfe_1671_Haeufige_Fragen.htm.

32 In diese Richtung – „bloßer Kriminalisierungsversuch“ – O. Tolmein, FAZ-Blog Biopolitik, 25.04.2012, abzurufen unter <http://faz-community.faz.net/blogs/biopolitik/archive/2012/04/25/selbsttuetung-foerdern-ein-bisschen-kriminalisieren-und-was-sagen-die-sterbehelfer-dazu.aspx>

denfalls implizites soziales (Un-)Werturteil, als sich der Gesetzgeber bewusst gegen die Bestrafung bestimmter Unterstützungsformen entschieden hat. Zählt man nun jegliche nicht gewerbsmäßige Unterstützungsleistung hierzu, dann kann der enge Anwendungsbereich im Sinne eines Umkehrschlussarguments verwandt werden – erlaubt wäre dann, was nicht strafrechtlich verboten ist. Die bestehenden Möglichkeiten, ordnungs- bzw. berufsrechtlich gegen den assistierten Suizid vorzugehen, werden dadurch, wie gezeigt, potentiell eingeschränkt.

b) Vorzugswürdigkeit einer alternativen Formulierung

Angesichts dieser offensichtlichen Defizite ist mit Nachdruck für eine Änderung des Gesetzentwurfs im Sinne einer Rückkehr zu der bereits erwähnten Länderinitiative aus dem Jahr 2006 (Gesetzesantrag der Länder Saarland, Thüringen, Hessen: Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zu Selbsttötung BR-Drucksache 230/06) zu plädieren.

Dies hätte den Vorteil, weitgehende Modifikation vermeiden zu können, denn der vorliegende Referentenentwurf unterscheidet sich von dieser Entwurfsfassung aus dem Jahre 2006 vor allem dadurch, dass er statt eines nur „geschäftsmäßigen“ ein „gewerbsmäßiges“ Handeln verlangt. Mit der Bezugnahme auf die Geschäftsmäßigkeit würde indes ein relativ einfach handhabbares formales Kriterium in Ansatz gebracht, das gerade keine Erwerbs- oder Gewinnerzielungsabsicht voraussetzt, sondern daran anknüpft, dass der Täter „die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegenstand seiner Beschäftigung macht“.³³ Völlig zu Recht betont insoweit die Begründung der seinerzeitigen Länderinitiative: „Daher steht auch die nicht entgeltliche Hilfeleistung oder die Hilfeleistung aus ideellen Motiven unter der Strafantrohung, soweit sie in organisierter oder gleichartig wiederkehrender Form erfolgt.“³⁴

Soweit dem in der Begründung des Referentenentwurfs entgegengehalten wird, es sei fraglich, ob „allein die Absicht einer Wiederholung überhaupt ein hinreichender Grund sein kann, aus einer straffreien Handlung eine Straftat zu machen“³⁵, kann zunächst auf die Tatsache verwiesen werden, dass es sich nicht um eine bereicherspezifische, völlig neuartige Terminologie, sondern um eine dem Strafgesetzbuch durchaus geläufige Formulierung handelt. Im Übrigen dient die Geschäftsmäßigkeit ebenso wie die Gewerbsmäßigkeit nicht als strafbegründendes Element im engeren Sinne, sondern (nur) als gesetzgeberisch umgesetztes Indiz für eine besondere Gefährdung der Betroffenen, weil die damit zum Ausdruck gebrachten Eigeninteressen eine Orientierung allein an deren Entscheidung in Frage stellen.

Gewichtiger erscheint auf den ersten Blick der Hinweis, eine solche Regelung werde „voraussichtlich auch Abgrenzungsschwierigkeiten im Hinblick auf die weiterhin als grundsätzlich zulässig anzusehenden Formen der Sterbehilfe begründen, etwa wenn eine Ärztin einer In-

tensiv- oder Schwerstkrankenstation oder ein Hausarzt ausnahmsweise und mehr als einmal eine solche Hilfe anbietet.“³⁶ Letztlich lässt sich dieses Argument aber gerade umkehren: Auch ohne Gewinnerzielungsabsicht entstehen Gewöhnungseffekte und Abhängigkeiten: Der einmal eingeschlagene Weg wird durch fortgesetztes Beschreiten zum Trampelpfad, und ehe man sich versieht, dient er als übliche, nicht länger hinterfragte Verkehrsrouten. Die Konsequenzen sind überaus problematisch: Wenn infolge der wiederholten Suizidhilfe diese als eine Art „Standard“ etabliert wird, dient das zum einen mit Blick auf die „Sterbehelfer“ der professionellen Profilbildung. Es baut zum anderen gegenüber den Betroffenen zusätzlichen (Entscheidungs-)Druck auf. Autonomiegefährdende Interessenkonflikte sind insoweit keineswegs notwendig finanziell bedingt. Deshalb muss die strafrechtliche Regelung gewährleisten, dass keinesfalls die Suizidhilfe als „normale Therapieoption“ verstanden wird. Des Weiteren muss auch klar gestellt sein, dass an dieser Stelle kein bloß gradueller, sondern ein kategorischer Unterschied zu palliativmedizinischen Maßnahmen vorliegt. Die Strafrechtssanktionierung kann hier dazu beitragen, falschen Gleichsetzungen entgegenzuwirken. Sie beinhaltet zudem die Forderung namentlich an die behandelnden Ärzte, diese Unterschiede im Behandlungsalltag zu beachten und den Patienten gegenüber zu verdeutlichen.

Dass die Formulierung des Referentenentwurfs keine Möglichkeit bietet, selbst gegen die regelmäßig wiederkehrende oder serielle Unterstützung der Selbsttötung vorzugehen, dürfte angesichts dessen eher für die Aufnahme einer weitergehenden Formulierung sprechen. Ein solches Vorgehen entspräche schließlich auch der in der Entscheidung des Berliner Verwaltungsgerichts angesprochenen Orientierung an den Umständen des konkreten Einzelfalls und sicherte insofern einen Gleichlauf von Straf- und Verwaltungsrecht.

4. Juni 2012

Prof. Dr. iur. Steffen Augsberg, Professor für öffentliches Recht insbesondere Recht des Gesundheitswesens, Universität des Saarlandes

Eugen Brysch M. A., Geschäftsführender Vorstand der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung

³³ BR-Drs. 230/06, S. 4, Begründung II. Vgl. K. Altenhain, in: Münchener Kommentar zum StGB, 1. Auflage 2003, § 206 Rn. 16 f.: „Geschäftsmäßiges Erbringen ist demnach ein nachhaltiges Betreiben [...] oder Anbieten [...] gegenüber Dritten mit oder ohne Gewinnerzielungsabsicht. Nachhaltig ist das Betreiben oder Anbieten, wenn es auf Dauer, dh. auf Wiederholung, und auf einen nicht nur geringfügigen Umfang angelegt ist. Ein erstmaliges Angebot kann unter diesen Voraussetzungen genügen.“ Ähnlich W. Kargl, in: Kindhäuser/Neumann/Paeffgen (Hrsg.), StGB, 3. Auflage 2010, § 206 Rn. 8.

³⁴ BR-Drs. 230/06, S. 4, Begründung II.

³⁵ Referentenentwurf, S. 8.

³⁶ Referentenentwurf, S. 8.

Gesellschaft für Gesundheitsberatung (GGB) e.V.
Dr.-Max-Otto-Bruker-Straße 3
56112 Lahnstein/Rhein

An den Präsidenten der Bundesrepublik Deutschland
Herrn Joachim Gauck

26. April 2012

Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes

Sehr geehrter Herr Bundespräsident,

seit 1978 sehen sich die Gesellschaft für Gesundheitsberatung GGB wie auch ihre inzwischen 4500 Mitglieder mit ihren Bildungsprogrammen der Aufgabe verpflichtet, die Gesundheit des Menschen zu erhalten und Krankheiten vorzubeugen. Diese Aufgabe ist im Zusammenhang mit den ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen und vor allem in Bezug auf die Transplantationsmedizin von besonderer Bedeutung. Denn ein wesentlicher Teil der Erkrankungen, die eine Organtransplantation notwendig erscheinen lassen, wäre vermeidbar.

Dies vorausgeschickt, wenden wir uns mit der höflichen Bitte an Sie, das im Bundestag beschlossene Gesetz nicht zu unterschreiben, und zwar aus folgenden verfassungsrechtlichen wie auch christlich-ethischen Gründen.

Wenn in dem Gesetz mehrmals „die Entnahme von Organen bei verstorbenen Spendern“ erwähnt wird, so handelt es sich dabei um eine Täuschung. Denn die so bezeichneten Patienten auf Intensivstationen sind weder Verstorbene noch „Spender“, soweit sie nicht selber zu Lebzeiten in eine Organspende eingewilligt und dies schriftlich dokumentiert haben. Niemand wird bisher darüber aufgeklärt, dass der Hirntod nicht dem biologischen Tod gleichgesetzt werden kann. Es handelt sich bei dem zu Explantierenden um einen Sterbenden, der getötet werden muss.

Einen wissenschaftlichen Nachweis darüber, dass der sogenannte Hirntod der Tod des Menschen sei, konnte weder die Bundesärztekammer (BÄK) noch irgendeine medizinische Fachgesellschaft führen. Ungeachtet dessen steht weder einer Interessenvertretung wie der BÄK noch dem Staat eine Deutungshoheit zur Beantwortung der Frage zu: Wann ist der Mensch tot?

In den USA wurde inzwischen erkannt, dass die interesseleitete Verabredung der Ad-hoc-Kommission von Harvard aus dem Jahre 1968, den Hirntod dem Tod des Menschen gleichzusetzen, ein Irrtum war. Dort wird inzwischen vielmehr diskutiert, ob man sich von der Sprachregelung verabschieden soll, Organe nur von so genannten Toten zu explantieren, oder vielmehr die Organentnahme als „justified killing“, als gerechtfertigtes Töten, zu legalisieren. Vorausgegangen war eine

Erklärung des amerikanischen Nationalen Bioethikrats, Hirntote seien nicht notwendigerweise tot.

Mit dem 1968 in den USA eingeführten Hirntod-Konzept habe man sich geirrt. Auch die American Academy of Neurology hat 2010 der von ihr selbst 1995 vorgeschriebenen Hirntoddiagnostik eine fehlende wissenschaftliche Fundierung bescheinigt. Wie der Philosoph Hans Jonas zu Recht feststellte, handelt es sich bei dem Geschehen um den Tatbestand einer „definitiv umgedeuteten Vivisektion“.

...

Wenn nun der Gesetzgeber die Krankenversicherer verpflichten will, ihre Mitglieder zu einer Erklärung pro oder contra Organspende „nach dem Tod“ aufzufordern und diese zu dokumentieren, bleibt dieses Vorgehen unter Verzicht auf seriöse Aufklärung ein vorsätzliches Vortäuschen falscher Tatsachen. Sollten in Zukunft alle möglichen „Spender“ in den Entnahmekrankenhäusern identifiziert und an die Koordinierungsstelle gemeldet werden, führt das sowohl die ärztliche Schweigepflicht als auch den Datenschutz ad absurdum.

Fragwürdig ist auch, die hoheitliche Aufgabe der privaten „Deutsche Stiftung Organtransplantation“ (DSO) zu überantworten. Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass die DSO durch Organisationspauschalen für jede Organbeschaffung zweistellige Millionenumsätze tätigt. Schließlich bekommt die DSO für jedes transplantierte Organ eine Organisationspauschale in Höhe von 8.765 Euro. Das könnte Motivation genug sein für eine erfolgreiche Überzeugungsarbeit bei trauernden Angehörigen. In der von der DSO erarbeiteten „Leitlinie für die professionelle Gesprächsführung beim Angehörigengespräch“ werden dazu folgende Fragen formuliert, um den „mutmaßlichen Willen“ des hirntoten Patienten zu ermitteln:

- War er/sie ein Mensch, der gerne geholfen hat?
- War er/sie ein Mensch, der gerne geteilt hat?
- War die Hilfe für andere ein wichtiger Lebensinhalt?
- War er/sie gemeinnützig tätig?

Wer Angehörigen in einer Schocksituation mit solchen suggestiven Fragen eine Zustimmung in eine Organentnahme entlockt, handelt grob fahrlässig. Denn wer will auf diese Fragen mit „Nein“ antworten? Daraus folgt, die Angehörigen geraten in eine Falle und stimmen gegebenenfalls einer Organentnahme zu. Damit spenden sie etwas, das ihnen nicht gehört.

...

Ilse Gutjahr-Jung, 1. Vorsitzende

Dr. med. Jürgen Birmanns, 2. Vorsitzender

Dr. phil. Mathias Jung, GGB-Vorstand

trends

**Wieder steigende
Abtreibungszahlen**

Die Zahl der dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Abtreibungen hat erstmals seit 2004 wieder zugenommen. Wie die Wiesbadener Statistiker Mitte Juni mitteilten, stieg die Zahl der gemeldeten Abtreibung im ersten Quartal 2012 gegenüber dem entsprechenden Quartal im Vorjahr um 0,4 Prozent. Demnach wurden der Behörde 29.100 vorgeburtliche Kindstötungen gemeldet, die in Deutschland in ersten drei Monaten dieses Jahres vorgenommen wurden. Das seien 100 mehr als im Vergleichszeitraum des vergangenen Jahres. Lebensrechtler zeigten sich angesichts der neuen Zahlen alarmiert und forderten die Politik zum Handeln auf. So erklärte etwa die Bundesvorsitzende der Aktion Lebensrecht für Alle (ALFA), Claudia Kaminski: „Angesichts der Tat-

sache, dass die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter aufgrund des demografischen Wandels seit Jahren beständig zurückgeht, muss ein Anstieg der dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Abtreibungen um 0,4 Prozent im ersten Quartal 2012 regelrecht alarmieren. Denn wenn die Zahl der Frauen, die überhaupt noch schwanger werden können, sinkt, müsste eigentlich auch die Zahl der dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Abtreibungen zurückgehen. Selbst bei gleich bleibenden Abtreibungszahlen würde unter dem Strich häufiger abgetrieben als zuvor. Vor diesem Hintergrund ist jeder Anstieg der in Deutschland vorgenommen vorgeburtlichen Kindstötungen besonders dramatisch und zwar unabhängig davon, wie ‚gering‘ er sich in absoluten Zahlen ausdrückt.“ Die Ärztin appellierte „an den Gesetzgeber, sich nicht länger der Tatsache zu verschließen, dass das Konzept ‚Hilfe statt Strafe‘ gescheitert ist und daher entweder die flankierenden Hilfen für Frauen in Schwangerschaftskonflikten erheblich ausge-

weitert werden müssen oder aber der Paragraf § 218 StGB erneut auf den Prüfstand gestellt werden muss.“ Ähnlich äußerten sich auch die Christdemokraten für das Leben (CDL). „Der erneute Anstieg der Abtreibungszahlen“, müsse „unsere Gesellschaft endlich alarmieren“, erklärte deren Stellvertretende Bundesvorsitzende Odila Carbanje und forderte den Gesetzgeber zum Handeln auf. Dieser sei schon 1993 vom Bundesverfassungsgericht dazu aufgerufen worden, „die Abtreibungszahlen genau zu beobachten und bei steigender Tendenz, einen wirksameren Schutzmechanismus für die ungeborenen Kinder zu installieren“. Es sei daher „zwingend notwendig, dass der Gesetzgeber endlich eine nähere Untersuchung der Ursachen und der Begleitumstände von Abtreibungen, sowie deren Anstieg durch einen Ausschuss des Bundestages durchführen lässt, um gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes seiner Schutzpflicht für die ungeborenen Kinder und deren Mütter wirkungsvoller nachkommen zu können“, forderte Carbanje.

Aus der JVL

Mitgliederversammlung der JVL 2012

**Prof. Dr. Christian Hillgruber
wiedergewählt**

Auf der Mitgliederversammlung der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V. am 5. Mai 2012 in Königswinter wurde der Stellvertretende Vorsitzende, Prof. Dr. Christian Hillgruber, einstimmig in seinem Amt bestätigt.

Marsch für das Leben in Berlin, 22. September 2012

**Ja zum Leben – für ein Europa ohne
Abtreibung und Euthanasie!**

Der jährliche Marsch für das Leben, der vom Bundesverband Lebensrecht veranstaltet wird, steht in diesem Jahr unter dem Motto: *Ja zum Leben – für ein Europa ohne Abtreibung und Euthanasie!*

Die Veranstaltung beginnt am 22. September 2012 um 13 Uhr vor dem Bundeskanzleramt (Willy-Brandt-

Straße, 10557 Berlin) mit einer öffentlichen Kundgebung. Anschließend folgt der Schweigemarsch. Gegen 15:30 Uhr findet ein ökumenischer Gottesdienst in der St.-Hedwigs-Kathedrale am Bebelplatz statt (Hedwigskirchgasse, 10117 Berlin). Ende der Veranstaltung ist voraussichtlich gegen 17 Uhr.

Eine Teilnehmeranmeldung zum Marsch für das Leben ist nicht erforderlich. Mit dem Marsch für das Leben soll der Kinder gedacht werden, die Tag für Tag in Deutschland noch vor ihrer Geburt getötet werden. Gleichzeitig wird an die unzähligen Frauen, Mütter, Männer, Väter und Familien erinnert, die unter diesen Taten und ihren Folgen leiden.

Der Marsch für das Leben wird von den Mitgliedern des Bundesverbands Lebensrecht unterstützt, neben der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. u. a. von der Aktion Lebensrecht für Alle e. V. (ALFA), den Christdemokraten für das Leben e. V. (CDL), dem Verein Kooperative Arbeit Leben Ehrfürchtig Bewahren e. V. (KALEB), der Stiftung Ja zum Leben und dem Treffen Christlicher Lebensrecht-Gruppen e. V. (TCLG).

Nähere Informationen: www.marsch-fuer-das-leben.de

Erdogan will schärfere Abtreibungsgesetzgebung

Der türkische Ministerpräsident Recep Tayyip Erdogan will die türkische Abtreibungsgesetzgebung reformieren. Bislang erlaubt das geltende Recht dort Abtreibungen generell bis zur zehnten Schwangerschaftswoche. Nach den Plänen Erdogans sollen in der Türkei künftig nur noch nach medizinischer Indikation und bis zur vierten Schwangerschaftswoche möglich sein. Der Ministerpräsident begründete die geplante Gesetzesreform damit, dass jede Abtreibung ein Verbrechen sein. Gesundheitsminister Recep Akdag kündigte an, seine Regierung wolle einen entsprechenden Gesetzentwurf noch vor der am 1. Juli beginnenden Sommerpause in das Parlament einbringen.

Bundeskabinett macht Weg für Gräber von Sternenkindern frei

Die „Ärzte für das Leben“ haben den Beschluss des Bundeskabinetts für eine Änderung des Personenstandsgesetzes für sogenannte „Sternenkinder“ begrüßt. Laut dem Beschluss, soll es Eltern von tot geborenen Kindern, die bei der Geburt weniger als 500 Gramm wiegen, möglich werden, diese künftig namentlich beim Standesamt registrieren zu lassen. Auch sollen Eltern der „Sternenkinder“ damit die Möglichkeit eingeräumt bekommen, die Leichen dieser Kinder ordentlich zu bestatten. Bislang können Fehlgeburten erst ab einem Geburtsgewicht von 500 Gramm namentlich beim Standesamt auf Antrag registriert werden. Dieses stellt dann eine Geburtsurkunde aus, ohne die eine ordentliche Bestattung auf den allermeisten Friedhöfen nicht möglich ist. „Dass Menschenkinder, die mit einem Geburtsgewicht von

unter 500 Gramm unter der bisher geltenden Gesetzeslage nicht zu begraben sind, sondern formal dem Kliniksondermüll subsumiert werden können, ist nach dem gegenwärtigen Wissensstand völlig unverständlich und dringend korrekturbedürftig. Mensch-Sein findet seinen Ausdruck nicht im Körpergewicht. Menschenleben beginnt mit der Befruchtung“, erklärte der Vorsitzende der Ärzte für das Leben, Prof. Dr. med. Paul Cullen in Münster. Dass auch „Sternenkinder“ künftig als Personen anerkannt werden sollen, bedeute eine „längst überfällige Reformierung der Justiz eines zivilisierten Staates, dem die Kultur des Lebens aufgetragen ist“, so Cullen.

Wird Eugenik zu einem Menschenrecht?

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) befasst sich derzeit mit einem sogenannten „Kind-als-Schaden-Fall“. Bei dem Streitfall hat eine Lettin, die im Jahr 2001 im Alter von 40 Jahren noch einmal schwanger wurde, die Baltische Republik Lettland verklagt. Der Grund: Die Frau argumentiert unter Berufung auf Artikel 8 der Menschenrechtskonvention, ihr „Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens“ sei verletzt worden, weil ihr Gynäkologe nicht überprüft habe, ob sie seinem Rat gefolgt sei, einen Spezialisten aufzusuchen, um sich dort einem pränatalen Screening zu unterziehen. Die Frau, die das unterließ, gebar schließlich ein Kind mit Down-Syndrom und verlangt nun, die Aufnahme eines Trisomie-21-Tests in die gewöhnliche Schwangerenvorsorge. Lettische Gerichte hatten den Arzt im Jahr 2002 zu einer Geldstrafe wegen Nachlässigkeit verurteilt. In dem Fall „Kruzmane against Latvia“ werden die Richter des EGMR entscheiden müssen, ob die Möglichkeit ein Kind wegen eines Chromosomenschadens abzutreiben, Teil des Menschenrechts auf „Achtung des Privat- und Familienlebens“ sein kann.

Mehr Fehlbildungen nach ICSI

Kinder, die im Labor mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) erzeugt wurden, weisen eine deutlich höhere Fehlbildungsrate auf, als Kinder, die auf herkömmliche Weise gezeugt wurden. Das geht aus einer Datenbankanalyse des „South Australian Birth Defects Registers“ hervor, welche Wissenschaftler um Michael Davies von der Universität Adelaide jetzt im renommierten „New England Journal of Medicine“ veröffentlichten. Dabei berücksichtigten die Forscher um Davies die Daten von insgesamt 308.974 Kindern, von denen 6.163 mittels verschiedener Methoden künstlicher Befruchtungen erzeugt wurden. In den letzten Jahren hatten bereits mehrere andere Studien auf eine erhöhte Rate von Fehlbildungen bei Kindern hingewiesen, die im Rahmen künstlicher Befruchtungen erzeugt worden waren. Doch bislang konnte keine von ihnen auf einen so umfangreichen Daten-Pool zurückgreifen. Laut den Autoren um Davies lag die Häufigkeit der Fehlbildungen bei Kindern, die mittels der verschiedenen Methoden künstlicher Befruchtung erzeugt wurden mit 8,3 Prozent höher als bei Kindern, die auf natürliche Weise gezeugt wurden (5,8 Prozent). Bei ICSI betrug die Fehlbildungsrate sogar 9,9 Prozent. Bei dem technisch hochkomplizierten Verfahren wird der Zellkern eines Spermiums mit einer Hohlnadel in die zu befruchtende Eizelle eingeführt. Allerdings führen die Forscher, die signifikant erhöhte Fehlbildungsraten nicht auf die Techniken künstlicher Befruchtung zurück. Für plausibler halten sie, dass die eingeschränkte Zeugungsfähigkeit der Eltern mit einer höheren Disposition zu Fehlbildungen des Nachwuchses einhergeht als bei Menschen, deren Zeugungsfähigkeit solchen Einschränkungen nicht unterliegt.