

- Christopher Geth* Organisierte Suizidhilfe in der Schweiz - aktuelle rechtspolitische Entwicklungen, S. 70
- Paul Cullen* Von Chimären, Zybriden und anderen Mischwesen, S. 76
- VG Berlin* Kein generelles Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe, S. 80 (m. Anm. *Büchner*, S. 90)

Editorial

- 69 Frauen als Opfer

Thema

Dr. Christopher Geth, Basel

- 70 Organisierte Suizidhilfe in der Schweiz – aktuelle rechtspolitische Entwicklungen

Beitrag

Prof. Dr. med. Paul Cullen, Paderborn

- 76 Von Chimären, Zybriden und anderen Mischwesen

Judikatur

- 80 VG Berlin: Kein generelles Verbot der Suizidbeihilfe durch einen Arzt
- 92 LG Coburg: Versuchter Mord in Tateinheit mit versuchtem Schwangerschaftsabbruch

Rezension

- 98 Medizinethik
- 99 Die Würde des Embryos

Umschau

- 100 Der Suizid als „Unglücksfall“
- 100 Ärztliche Suizidbegleitung

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 Redaktion

Weißdornweg 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 6848

www.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

Frauen als Opfer

Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch wird nach dem Gesetz allein von der schwangeren Frau getroffen. Die weiteren Bedingungen der Straffreiheit stellen für sie keine nennenswerten Hürden dar. Obwohl es Ärzte sind, die letztlich den Tötungsakt gegenüber dem ungeborenen Kind vollziehen, sind die Frauen im rechtstechnischen Sinn ebenfalls „Täterinnen“ (auch wenn sie weitgehend strafrechtlich privilegiert sind, vgl. § 218 Abs. 3 u. 4, § 218a Abs. 4 StGB).

Häufig sind sie in einem indirekten Sinn aber auch Opfer. Viele Frauen wären nämlich durchaus bereit, ihr Kind auszutragen, wenn sie ihr Partner mit den damit einhergehenden Herausforderungen nicht alleine ließe. Der scheinbar von Respekt vor der Entscheidungsfreiheit der Frau getragene Satz „Das musst Du selbst entscheiden“, wirkt insoweit wenig ermutigend. Die unausgesprochene Botschaft hinter diesen Worten aus dem Mund des Partners ist klar: mit rückhaltloser Unterstützung für ein Leben mit dem Kind ist nicht zu rechnen. Wenn dann noch gewisse objektive Schwierigkeiten hinzukommen (Wohnungsprobleme, Geldmangel, junges Alter ...), war diese Äußerung das Todesurteil für das Kind.

Noch schlimmer kann die Situation für die Frau werden, wenn sie sich gegen den Willen des Erzeugers für das Austragen des Kindes entscheidet. Dann können die „Herren der Schöpfung“ mitunter sehr rabiät werden. In dieser Zeitschrift kann man einige Fälle nachlesen, in denen versucht wurde, den unerwünschten Nachwuchs mit brutaler Gewalt zu verhindern. Da wird mit Fußtritten, Teleskopschlagstock oder Messerstichen gearbeitet (s. ZfL 2006, 103; 2007, 17; 2008 19; 2008, 20; 2008, 89).

Äußerlich weniger dramatisch ging es in einem weiteren Fall zu, über den das Landgericht Coburg zu entscheiden hatte, und dessen Sachverhalt in dieser Ausgabe dokumentiert wird (s. S. 92). Hier nutzte ein Arzt seine spezifischen medizinischen Kenntnisse bei dem Versuch, dem Leben seines un-

geborenen Kindes ein Ende zu bereiten. Er mischte heimlich ein Anti-Gerinnungsmittel in den Tee seiner Freundin. Auf diese Weise sollte das Kind während der Geburt innerlich verbluten. Den Tod der Freundin nahm er dabei billigend in Kauf.

Frauen können Täterinnen und Opfer sein. Da ihnen das Gesetz die Entscheidung über das Leben ihres ungeborenen Kindes zumutet, wählen sie allzu häufig die scheinbar einfache Lösung ihres „Problems“: Weg mit dem Kind! Sie machen sich damit mitschuldig an dessen Tod, stehen dabei aber oft genug unter erheblichem Druck. Das Ja zur Abtreibung fällt vielen Frauen nicht leicht. Wollen sie das Kind – gegen die Erwartung des Partners – sogar „behalten“, droht die nächste Eskalationsstufe: offene Gewalt oder Heimtücke – bis hin zur unmittelbaren Todesgefahr.

Frauen können daher in einem sehr direkten Sinn zum zweiten Opfer der lebensfeindlichen Gesinnung werden, die in jeder Abtreibung zum Ausdruck kommt.

Rainer Beckmann

Dr. Christopher Geth, Basel¹

Organisierte Suizidhilfe in der Schweiz – aktuelle rechtspolitische Entwicklungen

1. Ausgangslage

Die beiden großen Suizidhilfeorganisationen EXIT Deutsche Schweiz (über 50.000 Mitglieder) und Dignitas (ca. 5.700 Mitglieder) führen in der deutschsprachigen Schweiz jährlich ca. 350 Suizidhilfen durch.² Während EXIT Suizidhilfe nur bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz leistet, bietet Dignitas auch Personen mit Auslandswohnsitz Suizidhilfe an. Von insgesamt 1.138 durch Dignitas bis Ende 2010 durchgeführten Freitodbegleitungen hatten knapp 90 Prozent der Suizidenten ihr Domizil im Ausland, über 60 Prozent in Deutschland.³ Der Ablauf einer Suizidhilfe gestaltet sich dabei in etwa wie folgt: Ein Vertrauensarzt dieser Organisation verschreibt der suizidwilligen Person nach vorangegangener Untersuchung das Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital (NaP) in letaler Dosis. Die suizidwillige Person nimmt dieses Betäubungsmittel ein (teilweise im Beisein eines Mitglieds der Organisation). Innerhalb von zwei bis fünf Minuten führt das Medikament zum vollständigen Koma und zur Lähmung des Atemzentrums und somit schließlich zum Tod.⁴

Der Grund für den rege stattfindenden „Suizidhiletourismus“ von Deutschland in die Schweiz liegt u.a. an der unterschiedlichen rechtlichen Ausgestaltung sowohl des Strafrechts als auch des Heilmittel- und Betäubungsmittelrechts. Es lohnt sich deshalb zunächst ein kurzer, hier notwendigerweise oberflächlich gehaltener Blick auf die differierenden rechtlichen Ausgangslagen. In einem zweiten Schritt wird auf die jüngsten Gesetzgebungsentwicklungen im Bereich der organisierten Suizidhilfe in der Schweiz aufmerksam gemacht und ein kurzer Vergleich zu dem gegenwärtigen Gesetzgebungsvorhaben in Deutschland gezogen. Bereits an dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Schweizerische Bundesrat bereits wieder von einer konkreten Regelung der organisierten Suizidhilfe abgerückt ist.

2. Rechtslage in Deutschland und der Schweiz

Straf- und Heilmittel- bzw. Betäubungsmittelrecht unterscheiden sich in Deutschland und der Schweiz in verschiedener Hinsicht.

a) Strafrecht

In der Schweiz ist die Strafbarkeit der Suizidhilfe in einem Sondertatbestand geregelt. Strafbar wegen „Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord“ ist nach Art. 115 StGB-CH, wer aus „selbstsüchtigen Beweggründen“, also z. B. zur Erlangung eines materiellen Vorteils (etwa um ein Erbe zu erlangen) oder aus selbstsüchtigen Motiven

(etwa Hass, Rachsucht oder Bosheit) einen Dritten zum Suizid bewegt oder ihm bei der Organisation seines Suizides behilflich ist.⁵ Hinsichtlich der Suizidhilfeorganisationen wird allgemein angenommen, dass die Entgeltlichkeit ihrer Dienstleistungen - über die Bezahlung von Mitgliederbeiträgen - selbstsüchtige Beweggründe nicht zu begründen vermag.

Das deutsche Strafrecht kennt dagegen bekanntermaßen de lege lata keinen Art. 115 StGB-CH vergleichbaren Tatbestand. Zwar ist in Deutschland die aktive Teilnahme am tatbestandslosen Suizid mangels eines Sondertatbestands nach allgemeinen Grundsätzen straflos, da es hiernach Beihilfe und Anstiftung nur zu einer rechtswidrigen Haupttat geben kann, der Suizid aber keinen Straftatbestand erfüllt. Nach umstrittener, aber beständiger Rechtsprechung des BGH kann aber das tatenlose Geschehenlassen einer Selbsttötung als Unterlassungsdelikt strafbar sein.⁶ Ein Arzt, der in Deutschland einer sterbewilligen Person eine letale Dosis eines Betäubungsmittels beschafft (was er aufgrund der Straflosigkeit der aktiven Teilnahme an sich dürfte)⁷, wird nach dem Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidwilligen zum Unterlassungstäter (Tötung auf Verlangen, § 216 StGB), weil – so der BGH – in diesem Moment die Tatherrschaft auf ihn übergehe.⁸

Genau diese Argumentation einer Umgehung der Straflosigkeit von Teilnahmehandlungen über eine Unterlassungsstrafbarkeit wird in der Schweiz nicht gestützt und wäre auch vor dem Hintergrund, dass der Schwei-

1 Der Autor ist Wissenschaftlicher Assistent und Lehrbeauftragter an der Juristischen Fakultät der Universität Basel.

2 Zahlenangaben aus dem Jahr 2010. Die Zahlen aus der französischsprachigen Schweiz werden nicht systematisch erfasst.

3 Kunz, Der rechtliche Rahmen des begleiteten Sterbens in der Schweiz und das Wirken der Schweizer Sterbehilfeorganisationen, S. 1; abrufbar unter: http://www.krim.unibe.ch/unibe/rechtswissenschaft/isk/content/e2464/e2477/files5656/Kunz_begleiteterSuizidinderSchweiz_aktualisiert_ger.pdf (zuletzt besucht am 27.8.12).

4 Vgl. Ergänzungsbericht des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) zum Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“ vom Juli 2007, S. 2. Die in diesem Beitrag genannten Materialien zum Gesetzgebungsverfahren sind abrufbar unter: <http://www.bj.admin.ch/bj/de/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.html> (zuletzt besucht am 27.8.12).

5 Stratenwerth/Jenny/Bommer, Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I, 7. Auflage, Bern 2010, § 1 Rn. 59 m.w.N.

6 BGHSt 32, 367 ff. (Fall Wittig); Zusammenfassung der Kritik an dieser Rechtsprechung bei Eser in: Schönke/Schröder, Kommentar zum Strafgesetzbuch, 28. Auflage 2010, Vorbemerkungen zu §§ 211 ff. Rn. 41 ff. m.w.N.

7 Vorbehalt bleibt eine Strafbarkeit nach §§ 29 Abs. 1 lit. 6 i.V.m. 13 BtMG.

8 Ob diese Rechtsprechung angesichts der Entscheidung des BGH zum Behandlungsabbruch (NJW 2010, S. 2963 ff.) aufrecht erhalten werden kann, ist noch nicht abschliessend geklärt; in diese Richtung StA München I NStZ 2011, S. 345 ff.

zer Gesetzgeber eben nur bei „selbstsüchtigen Beweggründen“ eine Strafbarkeit des Suizidhelfers will, mit dem Gesetz nicht vereinbar.⁹ Die für die Praxis bedeutsame Aussage von Art. 115 StGB-CH besteht somit darin, dass ein Suizidhelfer, welcher ohne selbstsüchtige Beweggründe handelt, auch dann straflos bleibt, wenn er die suizidwillige Person nach deren Eintritt in die Bewusstlosigkeit nicht rettet. Ungeachtet der notwendigen Differenzierungen im Einzelfall, lässt sich deshalb festhalten, dass die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen, zumindest solange sie nicht auf Profit ausgelegt ist, in der Schweiz straflos bleibt.

Art. 115 StGB-CH vermag freilich in diesem Themenkreis nicht alle offenen Fragen zu beantworten, schweigt das Gesetz doch z. B. zu der Frage, wann ein freiverantwortlicher Suizid vorliegt, der die Anwendbarkeit dieser Norm überhaupt erst ermöglicht. An dieser Stelle soll der Hinweis genügen, dass in der Schweiz eine zu Deutschland vergleichbare Diskussion um die Kriterien der Freiverantwortlichkeit (Exkulpations- oder Einwilligungslösung) fehlt und das Bundesgericht und die Literatur nach den Kriterien der Einwilligung vorgehen und Urteilsfähigkeit nach Art. 16 des Zivilgesetzbuchs verlangen.¹⁰ Eine Patentlösung für die Fälle des „einseitig fehlgeschlagenen Doppelselbstmordes“¹¹ existiert auch in der Schweiz nicht.

b) Betäubungs- und Heilmittelrecht

Unterschiede zwischen der Rechtslage in Deutschland und der Schweiz in Bezug auf die Suizidhilfe sind auch im Heil- und Betäubungsmittelrecht auszumachen. Unabhängig von der in Deutschland drohenden Unterlassungsstrafbarkeit des Suizidhelfers liegt ein strafbarer Verstoß gegen die §§ 29 Abs. 1 lit. 6 i.V.m. 13 BtmG vor, wenn für Suizidhilfe das regelmäßig verwendete Barbiturat Natrium-Pentobarbital an eine sterbewillige Person abgegeben oder verabreicht wird.¹²

In der Schweiz hingegen sind die Verschreibung und Abgabe von Natrium-Pentobarbital in letaler Dosis zulässig.¹³ Zwar ist NaP ähnlich wie in Deutschland im Verzeichnis der Betäubungsmittel aufgeführt und untersteht damit dem Betäubungsmittelrecht.¹⁴ Betäubungsmittel können aber nach Art. 2 Abs. 1^{bis} BtmG-CH i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit. b HMG-CH auch als Heilmittel eingesetzt werden, womit das Heilmittelgesetz zur Anwendung kommt. Auch wenn die Verwendung von NaP als Sterbehilfemittel nicht den klassischen Zwecken des Heilmittelrechts (Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen, vgl. Art. 4 Abs. 1 lit. a HMG-CH) entspricht, kann ein Arzt aufgrund Art. 9 Abs. 2 lit. a HMG-CH im Rahmen seiner Therapiefreiheit auch nicht zugelassene Arzneimittel oder Betäubungsmittel verschreiben.¹⁵ Genügen soll dabei nach Ansicht des Bundesgerichts, dass die sterbewillige Person an einer unheilbaren, dauerhaften, schweren somatischen oder psychischen

Beeinträchtigung leidet, die der betroffenen Person das Leben auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt.¹⁶ Insbesondere bei psychischen Leiden sei aber besondere Zurückhaltung angebracht: „Es gilt zwischen dem Sterbewunsch zu unterscheiden, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und jenem, der auf einem selbst bestimmten, wohlerwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht („Bilanz-suizid“), den es gegebenenfalls zu respektieren gilt.“¹⁷ Die Kriterien zur Feststellung der Urteilsfähigkeit vor der ärztlichen Verschreibung von NaP sind hingegen noch nicht hinreichend geklärt.¹⁸

3. Maßnahmen zur gesetzlichen Erfassung der organisierten Suizidhilfe in der Schweiz

Trotz dieser suizidhilfefreundlichen rechtlichen Ausgestaltung des Straf- und Heilmittelrechts, ist auch in der Schweiz die politische Diskussion rund um das heikle Thema der Sterbebegleitung nicht neu.¹⁹ Standen zunächst Liberalisierungsvorhaben - bis hin zur Freigabe der aktiven Sterbehilfe - auf der politischen Agenda, führten fragwürdige Praxen von Dignitas zu einer verschärften öffentlichen Wahrnehmung. In den Medien kursierten Berichte darüber, dass Dignitas ihre Tätigkeit mangels geeigneter Räumlichkeiten teilweise in Autos oder Wohnwägen auf öffentlichen Parkplätzen oder Hotels verlagerte. Vereinzelt soll die sog. „Heliummethode“ genutzt worden sein. Der Tod tritt dabei wegen Sauerstoffmangels durch Einatmen von Helium mittels einer Atemmaske ein.²⁰ Dieser Vorgehensweise von Dignitas vorausgegangen war eine Entscheidung des Züricher Kantonsarztes, das Ausstellen eines Rezeptes

9 Stratenwerth/Jenny/Bommer, Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil 1, 7. Auflage, Bern 2010, § 1 Rn. 53 m.w.N.

10 BGER 6B_14/2009 vom 11. Juni 2009, E. 1.2.

11 Vgl. etwa: BGHSt 19, 135 (Gisela-Fall).

12 BGH NStZ 2001, S. 324 ff. mit Anm. Duttge, 546 ff.; Kunz (Anm. 3), S. 6.

13 Vgl. BGE 133 I 58 E. 4.

14 Anhänge a und b der Betäubungsmittelverordnung Swissmedic vom 12. Dezember 1996 (SR 812.121.2).

15 Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe, Bericht des Bundesrats vom Juni 2011, S. 22 ff. (vgl. Anm. 4).

16 BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1.

17 BGE 133 I 58 E. 6.3.5.1.

18 Vgl. etwa Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe, SJZ 2005, S. 53 ff., 81 ff.

19 Seit dem Jahr 2000 wurden mindestens vierzehn parlamentarische Vorstöße eingebracht; vgl. http://www.bj.admin.ch/content/bj/de/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/parlamentarische_vorstoesse.html (zuletzt besucht am 27.8.12).

20 Berichte in der Presse, wonach Dignitas zum Verabreichen des Gases eine Plastiktüte benutzt haben soll, wurden von Dignitas bestritten; vgl. Dignitas, Wie funktioniert Dignitas?, Informationsbroschüre vom Dezember 2008, S. 15 ff. Nachdem Dignitas öffentlich kritisiert wurde und diese Methode offenbar auch mit wesentlichen Nachteilen verbunden war, verzichtete Dignitas auf die Heliummethode.

nach nur einmaliger ärztlicher Konsultation als Verstoß gegen die ärztlichen Sorgfaltspflichten anzusehen, verbunden mit der Androhung, im Falle eines Verstoßes entsprechende Disziplinarmaßnahmen einzuleiten, die bis zum Entzug der Praxisbewilligung führen können.

Unter anderem diese (drohende) Umgehung einer ärztlichen Einbeziehung bzw. Kontrolle aufgrund der Verschreibungspflicht von NaP hat die Gemüter nachdrücklich bewegt woraufhin der Bundesrat im Juli 2008 das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) beauftragte, den Bedarf nach einer gesetzlichen Regelung neu zu prüfen.²¹ Von verschiedenen Seiten wurde deshalb vermehrt gefordert, Sorgfalts-, Dokumentations- und Beratungspflichten für Suizidhilfeorganisationen zu schaffen. Der Bundesrat entschied deshalb, für den Bereich der organisierten Suizidhilfe ausdrückliche Regelungen zu erlassen.²² Diese sollten vor allem verhindern, dass sich die organisierte Suizidhilfe zur gewinnorientierten Tätigkeit entwickelt. Zudem sollte gewährleistet werden, dass die organisierte Suizidhilfe todkranken Patienten vorbehalten bleibt und nicht durch chronisch oder psychisch kranke Menschen in Anspruch genommen werden kann. Ein vom EJPD erarbeiteter Vorentwurf mit zwei Varianten mündete im Oktober 2009 in ein Vernehmlassungsverfahren (eine Art Anhörungsverfahren).²³ Eine Variante sah ein gänzlich Verbot der organisierten Suizidhilfe vor, die andere machte deren Zulässigkeit von restriktiven Voraussetzungen abhängig. Nach teilweise harscher Kritik seitens der am Vernehmlassungsverfahren beteiligten Kantone und Interessengruppen hat der Bundesrat inzwischen entschieden, das Gesetzgebungsprojekt zur strafrechtlichen Erfassung der organisierten Suizidhilfe wieder fallen zu lassen.²⁴

a) Verbot der organisierten Suizidhilfe

Mit einem vollständigen Verbot der organisierten Suizidhilfe sollte insbesondere der Kommerzialisierung der Suizidhilfe entgegengewirkt und der Sterbehilfetourismus unterbunden werden. Mit einem Verbot würde sich die Schweiz für den Bereich der organisierten Suizidhilfe der derzeitigen Rechtslage in Deutschland annähern.

In der Vernehmlassung des Gesetzesentwurfs, bei der insgesamt 136 Stellungnahmen (z. B. von Kantonen, Parteien und Verbänden) eingegangen sind, ist dieser Vorschlag jedoch deutlich kritisiert worden.²⁵ Angeführt wurde, dass ein generelles Verbot organisierter Sterbegleitung die heutige Realität verkenne und mit der liberalen schweizerischen Grundhaltung nicht in Einklang zu bringen sei. Befürchtet wurde auch, dass die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen heimlich oder von unprofessionell agierenden Privaten durchgeführt werden könnte, was eine Kontrolle etwa im Hinblick auf die Urteilsfähigkeit des Suizidwilligen unmöglich machen würde. Schließlich wurde die Meinung geäu-

bert, dass ein generelles Verbot kein geeignetes Mittel sei, Suizide zu verhindern.

b) Strenge Sorgfaltspflichten

Aufgrund dieser Bedenken gegen ein gänzlich Verbot der organisierten Suizidhilfe bevorzugte der Bundesrat von vornherein diejenige Variante, welche organisierte Suizidhilfe unter restriktiveren Voraussetzungen zulässt. Art. 115 StGB sollte danach um die Absätze zwei bis fünf ergänzt werden:

Art. 115 StGB-CH

(1) Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Suizid verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Suizid ausgeführt oder versucht wird, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

(2) Wer im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation jemandem Hilfe zum Suizid leistet (Suizidhelfer), wird, wenn der Suizid ausgeführt oder versucht wird, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft, es sei denn, die folgenden Voraussetzungen sind erfüllt:

a. Der Entscheid zum Suizid wird von der suizidwilligen Person frei gefasst und geäußert und ist wohlwogen und besteht auf Dauer.

b. Ein von der Suizidhilfeorganisation unabhängiger Arzt stellt fest, dass die suizidwillige Person im Hinblick auf den Suizidentscheid urteilsfähig ist.

c. Ein anderer von der Suizidhilfeorganisation unabhängiger Arzt stellt fest, dass die suizidwillige Person an einer unheilbaren Krankheit mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge leidet.

d. Mit der suizidwilligen Person werden andere Hilfestellungen als der Suizid erörtert und sie werden, soweit von ihr gewünscht, ihr vermittelt und bei ihr angewandt.

e. Die Suizidhandlung wird mit einem ärztlich verschriebenen Mittel ausgeführt.

f. Der Suizidhelfer verfolgt keinen Erwerbszweck.

g. Die Suizidhilfeorganisation und der Suizidhelfer erstellen über den Suizidfall gemeinsam eine vollständige Dokumentation.

(3) Die für eine Suizidhilfeorganisation verantwortliche Person wird nach Absatz 1 bestraft, wenn:

a. der Suizidhelfer im Einvernehmen mit ihr zum Suizid Hilfe leistet, obschon eine in Absatz 2 genannte Voraussetzung nicht erfüllt ist, oder

21 Zuvor, d. h. im Juli 2007 wurde zunächst festgestellt, dass eine Änderung von Art. 115 StGB-CH nicht erforderlich sei, vgl. Ergänzungsbereich des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) zum Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“ vom Juli 2007 (Anm. 4).

22 Medienmitteilung des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) vom 28. Oktober 2009 (Anm. 4).

23 Abrufbar unter: <http://www.bj.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/entw-d.pdf> (zuletzt besucht am 27.8.12).

24 Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe, Bericht des Bundesrates vom Juni 2011 (vgl. Anm. 4).

25 Vgl. dazu die Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse betreffend die organisierte Suizidhilfe vom Juni 2010, S. 25 f. (vgl. Anm. 4).

b. wenn die Suizidhilfeorganisation von der suizidwilligen Person oder von ihren Angehörigen geldwerte Leistungen erhält; ausgenommen sind Mitgliederbeiträge und Zuwendungen, die mindestens ein Jahr vor dem Tod ausgerichtet oder verfügt wurden.

(4) Sie wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn:

a. sie vorsätzlich die erforderliche Sorgfalt bei Auswahl, Instruktion oder Kontrolle des Suizidhelfers außer Acht lässt; und
b. der Suizidhelfer ohne Wissen der verantwortlichen Person zum Suizid Hilfe leistet, obschon eine Voraussetzung nach Absatz 2 nicht erfüllt ist.

(5) Handelt sie in einem Fall von Absatz 4 fahrlässig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

Der Gesetzesentwurf geht in Absatz 2 davon aus, dass Suizidhilfe, die im Rahmen einer Suizidhilfeorganisation geleistet wird, grundsätzlich strafbar ist.²⁶ Nur wenn der Sterbehelfer die Voraussetzungen von lit. a bis lit. g erfüllt, ist organisierte Suizidhilfe weiter erlaubt. In den Absätzen drei, vier und fünf wird eine Strafbarkeit für die für eine Suizidhilfeorganisation verantwortliche Person bei der Verletzung von Aufsichtspflichten oder der Annahme geldwerter Leitungen für die Suizidhilfe normiert.

Auch dieser Vorschlag wurde von verschiedenster Seite als untauglich angesehen - aus unterschiedlichsten Gründen:²⁷ Teilweise wurde angeführt, dass der Erlass von Sorgfaltspflichten hinsichtlich der Zerstörung des Lebens im Widerspruch zur grundrechtlichen Verpflichtung des Staates stehe, Leben zu schützen. Dies fördere eine ähnliche Suizidmentalität wie in den Niederlanden und stelle einen Dammbrech für ethische Werte dar. Eine staatliche Legitimierung von Suizidbeihilfe setze überdies ein falsches Signal an die Gesellschaft. Außerdem bringe eine derartige Entwicklung eine Zunahme von Suizidbegleitungen mit sich und sei auch nicht geeignet, dem Suizidhelfertourismus Herr zu werden.

Von suizidhilfefreundlichen Organisationen und Parteien wurde der Gesetzesvorschlag als zu restriktiv angesehen. Insbesondere wurde das Modell kritisiert, nach dem mindestens zwei von der Suizidhilfeorganisation unabhängige Ärzte (zur Prüfung der Urteilsfähigkeit und zur Feststellung, dass die suizidwillige Person an einer unheilbaren Krankheit mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge leidet) herangezogen werden müssen. Einerseits sei es schwierig festzustellen, wer als von einer Suizidhilfeorganisation unabhängiger Arzt gelte, andererseits sei es praktisch unmöglich, einen Arzt zu finden, der – insbesondere bei psychisch kranken Patienten – bereit sei, ein Gutachten über die Urteilsfähigkeit anzufertigen. Die Verantwortung für die Suizidhilfe dürfe auch nicht den Ärzten auferlegt werden, da die Suizidhilfe nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehöre. Im Zentrum der Kritik stand auch das Kriterium, wonach die organisierte Suizidhilfe todkranken Patienten

vorbehalten bleiben solle. Dies sei gegenüber chronisch und psychisch kranken Patienten diskriminierend und verstoße gegen das Selbstbestimmungsrecht.

Die vorgeschlagene Regelung wurde auch von einer Vielzahl der Vernehmlassungsteilnehmer als zu unbestimmt angesehen. Unklar sei beispielsweise, wer als Suizidhelfer gelte und wie ein wohlwogener und auf Dauer bestehender Suizidwunsch zu definieren und festzustellen sei. Als unangemessen wurde auch die Tatsache empfunden, dass die im Anforderungskatalog (Abs. 2 lit. a-g) enthaltenen Voraussetzungen gleichberechtigt nebeneinander stehen. Insbesondere sei es nicht einsichtig, warum ein Verstoß gegen die Dokumentationspflicht die Strafbarkeit auslösen solle.

Die Schaffung spezieller Verantwortlichkeitsklauseln für Personen, welche für die Suizidhilfeorganisationen verantwortlich sind, wurde teilweise begrüßt, teilweise im Hinblick auf die Möglichkeit der strafbaren Teilnahme als unnötig angesehen. Generell scheint sich aber die Auffassung abzuzeichnen, dass nicht nur der Sterbehelfer strafrechtlich belangt werden soll, sondern auch diejenige Person, welche „die Fäden in der Hand hält“ und für die Funktionsfähigkeit und Rechtsförmigkeit der Suizidhilfeorganisation verantwortlich ist.

c) Entscheidung gegen eine Sonderregel für organisierte Suizidhilfe

Wie bereits eingangs erwähnt, ist das Gesetzgebungsverfahren in der Schweiz zur Regelung der organisierten Suizidhilfe wieder fallen gelassen worden.²⁸ Ausschlaggebend war wohl weniger der öffentliche Druck als vielmehr die Einsicht, dass die konsequente Anwendung und Durchsetzung des geltenden Rechts genüge, um eventuelle Missbräuche zu verhindern. Eine Änderung von Art. 115 StGB bringe gegenüber der aktuellen Situation keinen Mehrwert.

Ergänzend hätte man in der Diskussion noch fragen können, ob ein auf Repression ausgelegtes Strafrecht eine Norm verträgt, die sich durch das Aufstellen teilweise bedenklich formalistisch anmutender Anforderungen sehr weit vom Rechtsgüterschutz entfernt und Art. 115 zu einem abstrakten Gefährdungsdelikt mutieren lässt. Augenfällig ist dies bspw. für die Voraussetzung einer Dokumentationspflicht, deren Verstoß bereits die Strafdrohung auslösen soll. Eine Verbindung zum Lebensschutz lässt sich hier kaum herstellen. Auch die Konstruktion über ein fahrlässiges Unterlassungsdelikt, nach der die für die Suizidhilfeorganisation verantwortliche Person

26 Erläuternder Bericht des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) zu den Änderungen des Strafgesetzbuchs und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe vom Oktober 2009, S. 20 (vgl. Anm. 4).

27 Vgl. dazu ausführlich die Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse betreffend die organisierte Suizidhilfe vom Juni 2010, S. 14 ff. (vgl. Anm. 4).

28 Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe, Bericht des Bundesrates vom Juni 2011 (vgl. Anm. 4).

strafrechtlich verantwortlich ist, wenn sie es fahrlässig zulässt, dass ein Suizidhelfer entgegen der gesetzlichen Sorgfaltsnormen Suizidhilfe leistet, geht sehr weit.

Hinter dieser Entscheidung, die letztlich die Verantwortung an die Gerichte und die Wissenschaft zurückgibt, steht wohl auch ein gewisser Pragmatismus, gesetzgebende Entscheidungen nicht voreilig zu treffen, sondern zunächst abzuwarten, wie die jeweils betroffenen Gruppen oder Institutionen (z. B. Suizidhilfeorganisationen, Ärzteschaft, Gerichte etc.) organisierte Suizidhilfe praktisch handhaben. Als jedenfalls kein gangbarer Weg muss der Versuch der Sterbehilfeorganisation EXIT im Kanton Zürich gelten, die mit der Oberstaatsanwaltschaft Zürich eine individuelle Vereinbarung über die Zulässigkeit der organisierten Suizidhilfe abgeschlossen hatte.²⁹ Für eine solche Vereinbarung fehlt es einerseits an einer gesetzlichen Grundlage, andererseits muss die Anwendung und Auslegung von Straf- und Betäubungsmittelrecht den Gerichten vorbehalten bleiben.³⁰

Mit der Absage an eine ergänzende strafrechtliche Norm zur organisierten Suizidhilfe, behalten das ärztliche Standesrecht der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH)³¹ bzw. die konsensual gefundenen „soft law-Regelungen“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften prominente Bedeutung, was im Bereich des Medizinrechts in der Schweiz eine gewisse Tradition hat. Für die ärztliche Suizidhilfe beispielsweise halten die Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vom 25. November 2004 folgende Voraussetzungen fest:

„Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren. In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen. Entschliesst er sich zu einer Beihilfe zum Suizid, trägt er die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst durchgeführt werden.“

Als Nachteil dieser „vertrauensgetragene[n] Politik des grosszügigen Tolerierens“³² bleibt freilich einerseits ein

Stück Rechtsunsicherheit zurück, andererseits wird die gesellschaftlich notwendige öffentliche Diskussion im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens unterbunden.

4. Bemerkungen zum Referentenentwurf des BMJ

Die Diskussion um die rechtliche Einbettung des Phänomens „organisierte Suizidbegleitung“ in der Schweiz hat die Schwierigkeiten des Gesetzgebers bei der Schaffung strafrechtlicher Normen in diesem Bereich abermals vor Augen geführt. Was für die Schweiz bereits entschieden ist, wird in Deutschland nach der Veröffentlichung des Referentenentwurfs des Bundesministeriums der Justiz für ein Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung erneut³³ Debatten hervorrufen.³⁴ Der Entwurf greift ähnliche Bedenken gegen eine Kommerzialisierung der Suizidhilfe auf, wie das in der Schweiz mit dem Abstellen auf „selbstsüchtige Beweggründe“ bei Art. 115 StGB-CH bereits der Fall ist. Nach dem vorgeschlagenen § 217 StGB macht sich wegen gewerbsmäßiger Förderung der Selbsttötung mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe strafbar, wer „absichtlich und gewerbsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt“. Als abstraktes Gefährdungsdelikt ausgestaltet soll das Gesetz verhindern, „dass sich Menschen zur Selbsttötung verleiten lassen, die dies ohne ein solches Angebot nicht tun würden.“³⁵ Zwar erkennt die Begründung zum Referentenentwurf an, dass es an gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen fehle, inwieweit gerade die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung die Suizidrate beeinflussen könne.³⁶ Aus Statistiken in Ländern mit einem liberalisierten Sterbehilferecht (Belgien, Schweiz), ließe sich aber ableiten, dass ein solcher Zusammenhang zumindest plausibel und wahrscheinlich sei.

Erfreulich klar bringt der Entwurf zum Ausdruck, dass jede nicht-gewerbsmäßige Suizidförderung straflos

29 Die Vereinbarung ist abrufbar unter: http://static.nzz.ch/files/4/7/6/EXIT-Vereinbarung2_1.2980476.pdf (zuletzt besucht am 27.8.12).

30 Die Vereinbarung wurde deshalb zu Recht vom Bundesgericht für nichtig erklärt, vgl. BGE 136 III 415 ff.

31 Vgl. Art. 18 der Standesordnung der FMH vom 12. Dezember 1996 (zuletzt geändert am 26. Oktober 2011) mit dem Verweis auf die Geltung der Richtlinien der SAMW.

32 Kunz, Der rechtliche Rahmen des begleiteten Sterbens in der Schweiz und das Wirken der Schweizer Sterbehilfeorganisationen, a.a.O., 10.

33 Vgl. zuletzt den Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung, GA 152 (2005), 553 ff. und Verrel, Gutachten zum 66. DJT (§ 215a StGB-D).

34 Vgl. etwa die kritische Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 31. Mai 2012.

35 Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz, Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung (Bearbeitungsstand: 18.7.12), S. 5.

36 Vgl. Anm. 35, S. 5.

bleibt.³⁷ Auch die oben skizzierte Rechtsprechung des BGH zur Strafbarkeit des tatenlosen Geschehenlassens einer Selbsttötung als Unterlassungsdelikt dürfte angesichts dieser Spezialnorm, welche die strafbare Beteiligung am Suizid dann abschließend regelt, nicht mehr aufrecht zu erhalten sein. Konsequenz ist vor dem Hintergrund des beschriebenen Regelungszwecks auch die Schaffung eines persönlichen Strafaufhebungsgrundes in § 217 Abs. 2 StGB, der den nicht gewerbsmäßig handelnden Teilnehmer straffrei erklärt, wenn er Angehöriger der suizidwilligen Person ist oder ihr nahe steht. Im Umkehrschluss bedeutet dies freilich, dass Beihilfe oder Anstiftung zu einer Förderung der Selbsttötung auch dann strafbar sind, wenn die Teilnehmehandlung selbst nicht gewerbsmäßig erfolgt.³⁸ Der Taxifahrer, der im Wissen um die Absichten seines Fahrgastes, einem Dritten in strafbarer Weise zum Suizid zu verhelfen, zu der sterbewilligen Person fährt, würde deshalb den Tatbestand erfüllen, solange man diese „Beihilfe durch Alltagshandlung“ nicht durch eine Beschränkung auf der Ebene der objektiven Zurechnung eingrenzt.³⁹

Weitere Abgrenzungsprobleme zur straflosen Suizidhilfe stellen sich beim Merkmal der Gewerbsmäßigkeit. Die Ausführungen dazu im Referentenentwurf sind dabei ersichtlich von dem Bemühen getragen, dieses Tatbestandsmerkmal möglichst weit auszulegen, um möglichen Wertungswidersprüchen zum Anliegen des Gesetzesentwurfs vorzubeugen. Ausgehend von der Definition des BGH, wonach gewerbsmäßig handelt, wer die Absicht hat, 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,⁴⁰ soll das Merkmal der Gewerbsmäßigkeit z. B. auch dann erfüllt sein, „wenn die durch die Suizidhilfe erstrebten Einnahmen als Mitgliedsbeiträge an einen Verein fließen und dem oder den ‚Suizidhelfern‘ aus diesen Mitteln ein Gehalt oder Honorar gezahlt wird oder werden soll.“⁴¹ Nicht maßgeblich sei, ob die juristische Person selbst durch die für die Suizidhilfe gewährten Zuwendungen einen Überschuss erzielen solle, da diese weder Adressatin der Strafandrohung noch des Merkmals der Gewerbsmäßigkeit sei. Entscheidend und ausreichend sei vielmehr, dass der oder den die Suizidhilfe gewährenden natürlichen Personen unmittelbar oder mittelbar Vermögensvorteile zufließen.⁴²

Dass für die Gewerbsmäßigkeit auch mittelbare Vermögensvorteile ausreichen, ist grundsätzlich zutreffend, wenngleich in der Zielsetzung fragwürdig. Ein Suizidhelfer etwa, der von der Organisation kein Gehalt oder Honorar erhält und auch nicht gewinnorientiert, sondern lediglich kostendeckend und mangels Gewinnerzielungsabsicht folglich nicht gewerbsmäßig handelt, unterfiele § 217 StGB nicht. Vorsicht ist aber vielleicht gerade bei jenen Suizidhelfern geboten, die Suizidhilfe (nur) aus reiner Überzeugung oder „öffentlicher

Selbstdarstellung und Vorführung der Medizin und ihrer Standesvertreter“⁴³ leisten. Diese Form altruistischer Suizidhilfe, die selbst in professionalisierter und organisierter Form straflos möglich wäre, wirft jedenfalls die Frage nach der Tauglichkeit des Gewerbsmäßigkeit-Kriteriums zur Erfüllung des angestrebten Regelungszwecks auf.⁴⁴

4. Fazit

Zur kritischen Beurteilung sowohl der in der Schweiz als auch in Deutschland diskutierten Gesetzgebungsvorhaben im Bereich der organisierten (CH) oder gewerbsmäßigen (D) Suizidhilfe trägt nebst der hier nur kurz dargestellten Einzelfragen eine grundsätzlichere Überlegung bei. Beide Gesetzgebungsverfahren setzen sich nicht oder nur rudimentär mit der grundlegend zu klärenden Vorfrage auseinander, warum eine Norm, welche die Strafbarkeit einer Mitwirkung an einer freiverantwortlichen Selbsttötung⁴⁵ begründet, durch das Hinzutreten von Umständen gerechtfertigt sein soll, die keinen nachweisbaren Zusammenhang mit der Freiverantwortlichkeit des Suizidenten aufweisen. Die Behauptung, die Kommerzialisierung der Suizidhilfe stelle eine „qualitative Änderung in der Praxis der Sterbehilfe“⁴⁶ dar, bleibt zumindest solange diffus, als der Zusammenhang zwischen Kommerzialisierung und Häufigkeit der Suizide nicht wenigstens generell - wenn schon nicht im Einzelfall - nachgewiesen werden kann und darüber hinaus eine tragfähige Begründung fehlt, dass es eines strafbewehrten Verbotes bedarf, um diese freiverantwortlich gewählten Suizide zu verhindern. Ohne Bekenntnis zu und Auseinandersetzung mit diesem Paternalismusproblem sind Normen in diesem Bereich mit dem Makel lückenhafter Begründung behaftet.

37 Vgl. Anm. 35, S. 8.

38 Bei der Gewerbsmäßigkeit handelt es sich um ein strafbegründendes Merkmal nach § 28 Abs. 1 StGB.

39 Die subjektive Einschränkungstheorie der Rechtsprechung über den *dolus eventualis* (vgl. etwa BGHSt 29, 99; BGHSt 46, 107, 112; BGH StV 1985, 279; BGH NStZ 1995, 490) käme hier wohl an ihre Grenzen.

40 BGH NJW 1996, 1069, 1070.

41 Vgl. Anm. 35, S. 10.

42 Vgl. Anm. 35, S. 10.

43 So die treffende Formulierung von Verrel, Strafbarkeit gewerbsmäßiger Suizidförderung - mehr als nur symbolisches Strafrecht?, Impressum JA 7/2012.

44 Verrel, Strafbarkeit gewerbsmäßiger Suizidförderung - mehr als nur symbolisches Strafrecht?, Impressum JA 7/2012 bezeichnet die Vorschrift als „praktisch totes Recht“ und „symbolische Strafnorm“.

45 Der Fall einer Mitwirkung an einem unfreien Suizid ist bereits durch die Möglichkeit einer mittelbaren Täterschaft erfasst.

46 Referentenentwurf des Bundesministerium des Justiz (Anm. 35), S. 1.

Prof. Dr. med. Paul Cullen, Paderborn¹

Von Chimären, Zybriden und anderen Mischwesen

- Technische Manipulationen am Lebensanfang fordern ethische und juristische Bewertung heraus -

Zur Feier des 200. Geburtstags von Charles Darwin und 150 Jahre nach dem Erscheinen seines Schlüsselwerks „*On the Origin of Species*“ wurde das Jahr 2009 international zum „Darwin-Jahr“ erklärt. Als Teil dieser Feierlichkeiten wurde von der britischen Fernsehanstalt „Channel 4“ eine preisgekrönte Dokumentationsreihe mit dem Titel „*The Genius of Charles Darwin*“ produziert. In dieser Reihe erschien ein Interview dem australischen Radikal-Tierschützer Peter Singer und dem Biologen, Autor und „bekennenden Atheisten“ Richard Dawkins, bei dem die Grenze zwischen Mensch und Tier besprochen wurde. Singer vertrat die Ansicht, dass den Menschen keine besonderen Rechte gegenüber den Tieren zukommen, und führte das Beharren darauf, dass es fundamentale Unterschiede zwischen Mensch und Tier gibt, auf „Reste eines religiösen Glaubens“ zurück. Positiv erwähnt von Singer wird hierbei die Bildung von Chimären zwischen Mensch und Affe, da hierdurch das Besondere des Menschseins endgültig in Frage gestellt würde.

Der Staat mit der liberalsten Gesetzgebung bezüglich der Bildung von Mensch-Tier-Mischwesen ist wahrscheinlich Großbritannien. Nach dem „*Human Fertilisation and Embryology Act 2008*“² ist die Herstellung von Mensch-Tier-Mischembryonen und deren Erhaltung bis zum 14. Lebenstag oder bis zum Erscheinen des Primitivstreifens erlaubt. Noch dürfen jedoch solche Mischembryonen nicht implantiert werden. Im Rahmen der embryonalen Forschung werden sie aber regelmäßig hergestellt und auch vernichtet.

Mensch-Tier-Mischwesen können auf unterschiedliche Art hergestellt werden:

Chimäre:

Eine Chimäre ist ein menschlicher Embryo, in den Zellen tierischen Ursprungs eingebracht wurden. Der Embryo besteht daher aus einer Mischung von Zellen menschlichen Ursprungs und Zellen tierischen Ursprungs.³ Im Tierversuch sind beispielsweise Schaf- und Ziegen-Embryonen vermischt worden, wodurch eine sogenannte „Schiege“ zur Welt kam.

Hybrid:

Ein Hybrid entsteht dann, wenn eine menschliche Eizelle durch ein tierisches Spermium befruchtet wird oder umgekehrt.⁴ Im Gegensatz zur Chimäre haben alle Zellen eines Hybrids dieselbe genetische Zusammensetzung, die sowohl menschliche als auch tierische Anteile hat.

Zybrid (= zytoplasmatischer Hybrid):

Ein Zybrid entsteht dadurch, dass der Kern einer menschlichen somatischen Zelle (d. h. eine Zelle, die nicht aus der Keimbahn stammt) in eine befruchtete tierische Eizelle hineingebracht wird, aus der der befruchtete Kern vorher entfernt worden war (s. Abb.). Das Ergebnis ist eine totipotente Zelle, deren Kern-DNA von einem Menschen stammt, während die DNA in den Mitochondrien⁵ von einem Tier stammt. Die Bildung von Zybriden wird derzeit vom deutschen Embryonenschutzgesetz nicht erfasst.

Transgene Menschen:

Sogenannte „transgene“ Menschen entstehen dann, wenn DNA tierischen Ursprungs in eine oder mehrere Zellen eines menschlichen Embryos eingebracht wird, z. B. Tier-Gene zum Abbau von toxischen Substanzen. Da in der Regel nur ein einzelnes Gen in die menschliche Zelle eingebracht wird, werden transgene Menschen oder transgene Tiere allgemein nicht als Mischwesen betrachtet. Sie sind daher lediglich der Vollständigkeit halber hier erwähnt.

Von diesen verschiedenen Arten von Mischwesen sind die Zybride von besonderem Interesse, da diese am einfachsten herzustellen und (abgesehen von genetisch veränderten „transgenen“ Menschen) dem Menschen am ähnlichsten sind. Es darf nicht vergessen werden, dass wie oben bereits erwähnt, solche Zybride kein *science fiction* sind, sondern in Großbritannien und einigen anderen Ländern routinemäßig erzeugt werden. Zybride können als eine „Einführungstechnologie“ ge-

1 Der Autor ist 1. Vorsitzender des Vereins „Ärzte für das Leben e. V.“ (www.aerzte-fuer-das-leben.de).

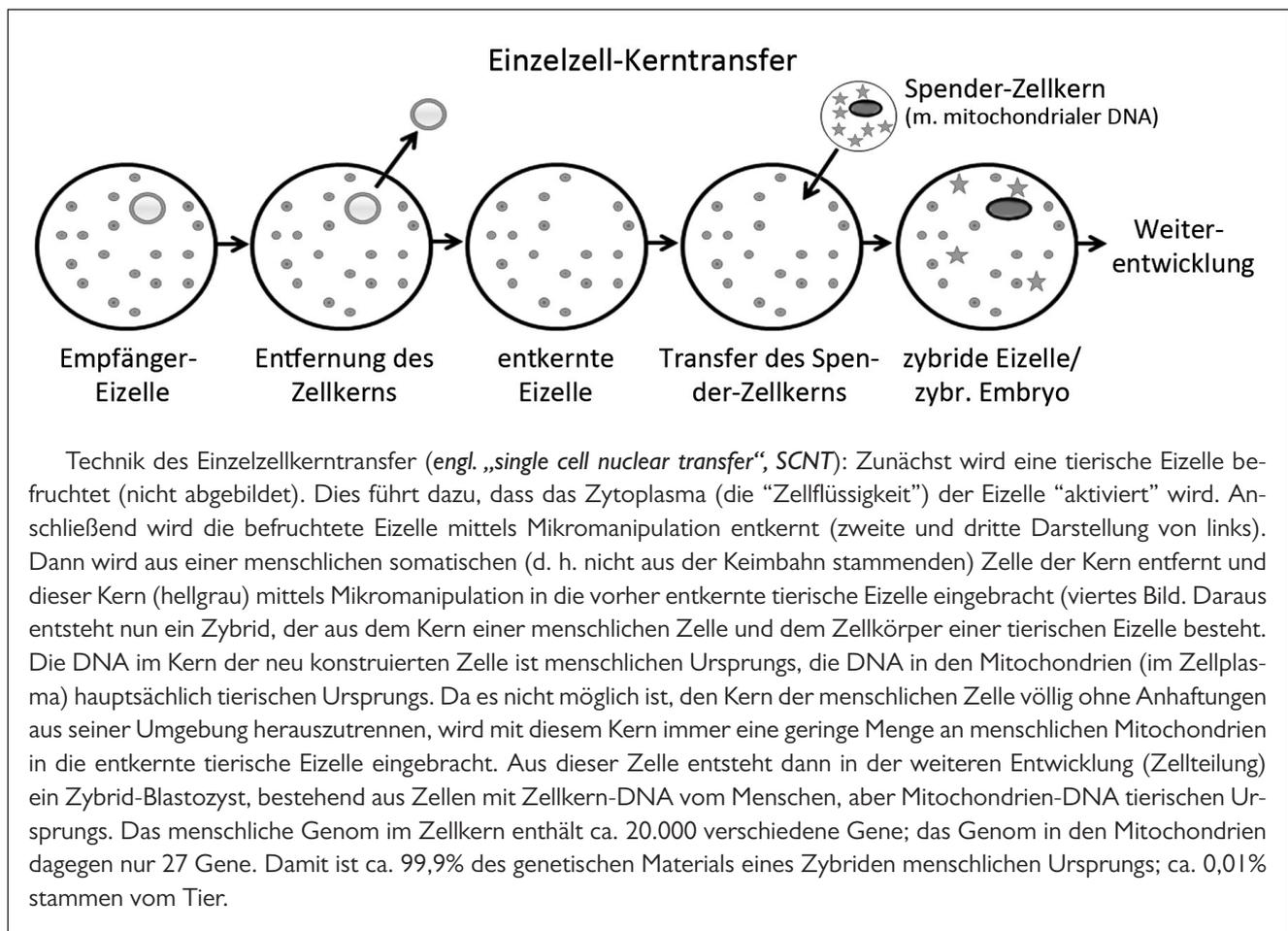
2 Abrufbar unter <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/contents>.

3 **Genaugenommen ist jedes Wesen, das aus genetisch unterschiedlichen Zellen aufgebaut ist, eine „Chimäre“.** Dies trifft beispielsweise auf den Empfänger eines transplantierten Organs oder auf ein Down-Syndrom Mosaik zu. Im vorliegenden Beitrag wird der Begriff ausschließlich für Wesen verwendet, die von einem Embryo stammen, das aus Zellen menschlichen und Zellen tierischen Ursprungs besteht.

Die „Chimäre“ der griechischen Mythologie war ein feuerschnaubendes Fabelwesen, vorn Löwe, in der Mitte Ziege und hinten Drache.

4 Theoretisch ist es auch möglich, solche Hybride nicht durch das Zusammenkommen von Gameten (Eizelle, Spermium) unterschiedlicher Spezies, sondern auch durch das Zusammenkommen der aus diesen Gameten hervorgehenden Vorkerne herzustellen. Die Fusion von Vorkernen verschiedener Spezies wird im britischen *Embryology Act 2008* ebenfalls ausdrücklich erlaubt.

5 **Mitochondrien („Faden-Korn“) sind Zell-Organellen mit eigener Erbsubstanz, die als die „Kraftwerke der Zellen“ gedacht werden können.**



sehen werden, die unter anderem dazu dienen soll, das Prinzip des Mensch-Tier-Mischwesens moralisch und juristisch zu etablieren.

Von der Erzeugung von Zybriden verspricht man sich die Gewinnung von wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Vorgänge in der Frühphase der Embryonalentwicklung. Außerdem könnte auf diesem Weg eine theoretisch unbegrenzte Anzahl an „menschlichen“ embryonalen Stammzellen gewonnen werden, ohne auf menschliche Embryonen zurückgreifen zu müssen, die sonst mühsam aus „überzähligen“ Embryonen im Rahmen der In-vitro-Fertilisation hergestellt werden müssten. Während menschliche Eizellen nur sehr begrenzt zur Verfügung stehen, kann auf befruchtete tierische Eizellen praktisch unbegrenzt zugegriffen werden. In Bezug auf diese Art der künftigen Stammzellgewinnung ist jedoch zu beachten, dass bislang mit embryonalen Stammzellen des Menschen noch keine therapeutischen Erfolge erzielt worden sind.

Mit der Herstellung von Zybriden hat sich in Deutschland bislang vor allem der Deutsche Ethikrat befasst. Seine Stellungnahme „Mensch-Tier-Mischwesen in der Forschung“ wurde im Oktober 2011 veröffentlicht.⁶ Hierin wird festgehalten, es hänge „vom moralischen Eigenwert der neu geschaffenen Wesen ab, ob ihre Herstellung als zulässig angesehen werden kann und welcher Umgang mit ihnen angemessen ist.“⁷ Ferner wird laut Ethikrat „die Frage

aufgeworfen, ob schon die Konstruktion eines menschlichen Mischwesens ... eine vollständige Instrumentalisierung“ des Menschen bedeute.⁸

Wie bereits aus früheren Stellungnahmen bekannt, besteht im Ethikrat „keine Einigkeit darüber, ob auch menschliche Embryonen ethisch bzw. grundrechtlich Träger von Menschenwürde sind. Dies führt ... zu unterschiedlichen Bewertungen von Handlungen, die menschliche Embryonen betreffen. ... Wer befruchtete Eizellen als Träger individueller Menschenwürde versteht, kann keinerlei Behandlung derselben akzeptieren, die ihre individuelle Aussicht auf eine gedeihliche Entwicklung gefährdet. Somit sind aus dieser Sicht alle Chimärisierungen und Hybridisierungen menschlicher Embryonen strikt unzulässig, die von vorneherein darauf abzielen, diese zur Forschung zu verwenden, statt sie austragen zu lassen.“⁹ Wichtig für den Ethikrat war neben dem Prinzip der Menschenwürde das Prinzip der Gattungswürde. Wie das Bundesverfassungsgericht bereits festgehalten hat, ist die „Menschenwürde ... nicht nur die individuelle Wür-

6 Mensch-Tier-Mischwesen in der Forschung. Stellungnahme. Herausgegeben vom Deutschen Ethikrat 2011, ISBN 978-3-941957-23-7. Herunterzuladen unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-mensch-tier-mischwesen-in-der-forschung.pdf>.

7 Ethikrat (Anm. 6), Seite 57.

8 Ethikrat (Anm. 6), Seite 59.

9 Ethikrat (Anm. 6), Seite 60.

de der jeweiligen Person, sondern die Würde des Menschen als Gattungswesen.“ Die Bildung von Mischwesen könnte diese Gattungswürde verletzen. „Das Individuum könnte sich womöglich weder der Gruppe der Menschen noch der Gruppe der Tiere als vollständig zugehörig begreifen“. Dies habe Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft, da „dieser Zustand der Gesellschaft den Umgang mit dem Mischwesen [erschwere], da sie ihm keine klare Identität zuweisen kann“.¹⁰ Nach einer ausführlichen Analyse der Unterschiede zwischen Mensch und Tier (Sprachfähigkeit, Kulturfähigkeit, Selbstbewusstsein beim Menschen; Einhaltung moralischer, über die Sprache vermittelter Handlungsnormen), befasst sich der Ethikrat damit, Kriterien zu ermitteln, anhand deren ein Mischwesen als „Mensch“ oder als „Tier“ einzuordnen sei. Diese umfassen neben den „ontologischen (seinsmäßigen) Merkmalsklassen“ - Substanz, Entstehungsprozess und Befähigung - die Kriterien Erscheinungsbild (Phänotyp/Optik), Quantität des artfremden Materials, Ebene des Eingriffs (subzellulär, zellulär, intrazellulär, Gewebe, Organ, Organsystem), Entwicklungsstand beim Einführen des artfremden Materials, und die Frage, ob „empfindliche Sphären“ tangiert werden¹¹.

Anhand einer fundierten und ausführlichen Analyse kommt der Ethikrat zu dem Schluss: „Die Erzeugung von Mensch-Tier-Mischwesen, die in weit erheblicherem Umfang als existierende Tiere eine Annäherung an die typisch menschlichen Befähigungen zeigen, würde die kulturell verankerte gattungsbezogene Basis unseres Verständnisses von Menschenwürde infrage stellen.“¹² Vor diesem Hintergrund befasst sich dann der Rat explizit mit der Frage, ob Zybride eher dem Menschen oder dem Tier zuzuordnen sind, und, daraus ableitend, ob solchen Wesen der Schutz zukommen sollte, den ein Mensch u. a. im Sinne des Grundgesetzes beanspruchen kann. In Bezug auf Phänotyp, Form, und Morphologie kommt der Ethikrat zu dem Schluss, dass ein solches Wesen eher dem Menschen als dem Tier zuzuordnen sei. Zwar wirken am Anfang noch epigenetische Prozesse des Tieres nach, wenige Zellteilungen später jedoch nicht mehr. Auch aufgrund der geringen Quantität des artfremden Materials (27 von ca. 20.000 Genen) wäre das Wesen eher der menschlichen Spezies zuzuordnen, während der doch recht künstliche Entstehungsprozess in dieser Frage eher ambivalent ist. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist bisher kein solches Wesen über das Embryonalstadium hinausgekommen. Es wäre jedoch anzunehmen, dass ein solcher Zybrid auch nach seinen Befähigungen eher der Gattung Mensch als einer Tiergattung zuzuordnen wäre.

Trotz dieser Argumente sind 13 von 25 Mitgliedern des Ethikrats (einschließlich dem damaligen Vorsitzenden Eduard Schmidt-Jortzig und der damaligen stellvertretende Vorsitzende Christiane Woopen sowie drei Mitgliedern, die Führungspositionen in der Evangelischen Kirche innehaben) zu dem Schluss gekommen, dass die

Herstellung von Mensch-Tier-Zybriden ethisch zulässig sei, weil es sich hierbei nicht um menschliche Embryonen handle.¹³ Als Gründe für diese Entscheidung wurde angeführt, dass das „Verfahren des Zellkerntransfers ... in einem völlig anderem Kontext als die Erzeugung von Nachkommen“ geschehe. Dazu sei dieses Verfahren „ein gänzlich anderes als das der (natürlichen oder künstlichen) Befruchtung. Dies und die Tatsache, dass das Stadium der möglicherweise künstlich herbeigeführten Totipotenz lediglich für wenige Tage in Kauf genommen wird, der gesamte Vorgang aber ganz auf die Erzeugung einer Entität gerichtet ist, die sowohl taxonomisch wie ontologisch weder der Gattung Homo noch der anderen beteiligten Tiergattung zuzuordnen ist, spricht dafür, das experimentelle Zellkonstrukt nicht als menschlichen Embryo anzusehen.“¹⁴ Selbst wenn man zu der Überzeugung gelange, dass es sich bei Zybriden um menschliche Embryonen handle, sei die Frage nach der ethischen Zulässigkeit ihrer Herstellung und Verwendung noch nicht beantwortet. Gehe man davon aus, dass Menschenwürde- und Lebensschutz allenfalls nach der Nidation zu beachten seien – so die (knappe) Mehrheit des Ethik-

10 Ethikrat (Anm. 6), Seite 61 f.

11 Vgl. Ethikrat (Anm. 6), S. 97 ff. Mit „empfindlichen Sphären“ sind Manipulationen in der Keimbahn gemeint oder solche, die Auswirkungen haben auf Befähigungen, die für den moralischen Status des Wesens relevant sind.

12 Ethikrat (Anm. 6), Seite 90.

13 Zustimmungsvotierten:

- Stefanie Dimmeler. Professorin für Experimentelle Medizin und Leiterin des Instituts für kardiovaskuläre Regeneration an der Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt/Main.
- Frank Emmrich. Direktor des Translationszentrums für Regenerative Medizin Leipzig.
- Volker Gerhardt. Professor für Philosophie an der Humboldt-Universität Berlin, Mitglied im Hochschulbeirat der EKD.
- Hildegund Holzheid. Präsidentin a. D. des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs und des Oberlandesgerichts München.
- Regine Kollek (Sondervotum). Professorin für Technologiefolgenabschätzung der modernen Biotechnologie in der Medizin im Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt der Universität Hamburg.
- Weyma Lübke. Professorin für Praktische Philosophie an der Universität Regensburg.
- Eckhard Nagel. Transplantationsmediziner, Leiter der Uniklinik Essen, Mitglied des Präsidiumsvorstands des Deutschen Evangelischen Kirchentages.
- Jens Reich. Mediziner und Molekularbiologe, em. Professor für Bioinformatik an der Humboldt-Universität zu Berlin. DDR-Bürgerrechtler.
- Edzard Schmidt-Jortzig (Vorsitzender). Em. Ordinarius für Öffentliches Recht an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Von 1996 bis 1998 Bundesjustizminister (FDP).
- Jürgen Schmude. Ehem. Bundesminister f. Bildung u. Wissenschaft (1978-1981, SPD), Justiz (1981-1982), Inneres (1982). Ehem. Präses der Synode und Ratsmitglied der EKD (1985 bis 2003).
- Kristiane Weber-Hassemmer. Ehem. Vorsitzende Richterin eines Strafsenates am OLG Frankfurt/Main.
- Christiane Woopen. (Stellvertretende Vorsitzende). Professorin für Ethik und Theorie der Medizin an der Uni Köln, Mitglied im Kuratorium der Bundesstiftung Mutter und Kind.
- Jochen Taupitz. Direktor d. Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Uni-Heidelberg/Mannheim. Ehem. Koordinator eines zweijährigen EU-Projekts (€600T) der Chimären- u. Hybridforschung.

14 Ethikrat (Anm. 6), S. 100.

rates –, „dann sprechen gute Argumente dafür, Herstellung und Nutzung von Zybriden für zulässig zu halten.“¹⁵

Dagegen hielten elf Mitglieder des Ethikrats fest, dass die Herstellung von Mensch-Tier-Zybriden ethisch nicht zulässig sei¹⁶. Der Zybrid komme, so ihr Urteil, dem menschlichen Embryo von seiner Grundstruktur sehr nahe. Eine Zuordnung zur taxonomischen Einheit Mensch sei beispielsweise aufgrund der molekulargenetischen Klassifizierung gegeben. Aufgrund des genetischen Musters könne man davon ausgehen, dass humanspezifische Befähigungen, die sich erst im Laufe einer prä- und postnatalen Entwicklung entfalten würden, von Anfang an angelegt sind. Der Zybrid werde zudem alle Eigenschaften einer menschlichen befruchteten Eizelle auf. Diese „Nahezu-Identität“ werde bei der Herstellung bewusst angestrebt. Somit sei insgesamt von einer Zuordnung zur Art Mensch auszugehen. Zybride seien daher in ihrem moralischen Status nicht grundsätzlich von menschlichen Embryonen in den ersten Stadien der Zellteilung zu unterscheiden. Ihnen komme demgemäß in vollem Umfang der Schutz vor ihrer Verwendung und Vernichtung im Rahmen der Forschung zu. Für die Entscheidung, dass die Erzeugung von Mensch-Tier-Mischwesen die Menschenwürde verletze, sei unerheblich, ob derartige Mischwesen frühzeitig vernichtet werden oder ob sie sich bis zur Implantation oder gar zur Geburt entwickeln könnten. Schließlich gelte in solchen Fällen die Vorsichtsregel: da nicht ausgeschlossen werden könne, dass Zybride in eine Gebärmutter eingepflanzt würden, und dass so auch ein menschliches Wesen erzeugt werden könne, das seiner Identität und Integrität beraubt wäre, sollte von derartigen Vorhaben Abstand genommen werden. Das Embryonenschutzgesetz müsse in dieser Hinsicht überarbeitet werden.

Fazit: Die offensichtliche Uneinigkeit im Ethikrat über die Zulässigkeit der Herstellung von Zybriden bezeugt, dass diese Forschungsrichtung von hoher gesellschaftlicher Brisanz ist. Letztlich hat auch die Stellungnahme des Ethikrats keine wirkliche Klärung des Problems erbracht.

Die Herstellung von Mensch-Tier-Mischwesen, von welcher Art auch immer, erscheint als Teil einer zunehmenden „Deformierung“ des Menschseins. Während einerseits in der sogenannten „transhumanistischen“ Bewegung darüber spekuliert wird, Mensch und Maschine zu vermengen und so eine gottähnliche Unsterblichkeit zu erlangen, wird andererseits alles daran gesetzt, die Grenze „nach unten“ zum Tier hin niederzureißen.

Können wir nicht zu Göttern werden, so wollen wir scheinbar nur Tiere sein.

Vor diesem Hintergrund verständlich, wenn sich etwa der Philosophen Robert Spaemann in scharfen Worten gegen die Herstellung von Mensch-Tier-Mischwesen wendet: Das sei „eine absolute Horrorvision, die schlimmste vielleicht, die je ausgedacht wurde.“ Die Menschen, die das machen, „legen Hand an die Wurzeln unseres Menschseins.“¹⁷

Wie fast überall in der Biotechnologie, geht auch auf dem Gebiet des Umgang mit menschlichen Embryonen (und ihrer Bestandteile) die technische Entwicklung mit hoher Geschwindigkeit voran. Die geschilderten Manipulationen zur Herstellung von Mensch-Tier-Wesen sind keine theoretischen Konstrukte, sondern spiegeln den derzeitigen Stand des technisch Machbaren wider. Sie gehören im Ausland zur Forschungsrealität und könnten auch schon bald an deutschen Universitäten in die Tat umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund ist dringend zu klären, ob die Herstellung von Mensch-Tier-Mischwesen, von welcher Art auch immer, rechtlich zu verantworten und mit der Menschenwürdegarantie vereinbar ist.

15 Ethikrat (Anm. 6), S. 101.

16 Vgl. Ethikrat (Anm. 6), S. 102 f. Diesem Votum folgten:

- Axel W. Bauer. Professor für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg.

- Alfons Bora. Jurist und Soziologe, Professor für Soziologie an der Universität Bielfeld.

- Wolf-Michael Catenhusen. 1998-2005 Staatssekretär BMBF (SPD). Mitglied im Präsidium des Dt. Evang. Kirchentages. Vorsitzender Kompetenznetzwerk Stammzellforschung NRW.

- Wolfgang Huber. Bis 2009 Bischof der Evang. Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz; 2003-2009 Ratsvorsitzender der EKD.

- Christoph Kähler. Lutherischer Theologe. 2001-2008 Landesbischof der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Thüringen. Bis 2009 stellv. Ratsvorsitzender der EKD.

- Anton Losinger. Weihbischof und Domprobst im Bistum Augsburg. Mitglied in der Kommission für soziale und gesellschaftliche Fragen der Deutschen Bischofskonferenz.

- Peter Radtke. Autor und Schauspieler, Vertreter der Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Medien e.V.

- Ulrike Riedel. Juristin (Medizinrecht), ehem. Staatssekretärin in Hessen und Sachsen-Anhalt (Die Grünen).

- Eberhard Schockenhoff. Katholischer Priester und Professor für Moralthologie in Freiburg im Breisgau.

- Erwin Teufel. 1991-2005 Ministerpräsident des Landes Baden-Württemberg u. Vorsitzender der CDU in Baden-Württemberg. Bis 2008 Mitglied im Zentralkomitee der deutschen Katholiken.

- Michael Wunder. Psychologe und Psychotherapeut. Mitglied im Kuratorium des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft (Behindertenhilfe).

17 Interview mit Robert Spaemann durch Oliver Maksan und Michael Stallknecht, *Die Tagespost*, 30. Dezember 2010. Im Internet unter <http://www.kath.net/detail.php?id=29529>.

VG Berlin: Kein generelles Verbot der Suizidbeihilfe durch einen Arzt

Ärztkeammergesetz Berlin §§ 2 Abs. 1 S. 1; 4 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3; 4a Abs. 1 S. 2 Nr. 1; Berufsordnung der Ärztekammer Berlin § 1 Abs. 2

Leitsätze

1. Die Doppelmitgliedschaft in zwei Ärztekammern führt grundsätzlich nicht zu einer unzumutbaren Belastung der Berufsausübung des betroffenen Arztes.

2. Die Berliner Ärztekammer ist gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 BerlKaG befugt, die Einhaltung der berufsrechtlichen Pflichten mit Hilfe von Untersagungsverfügungen durchzusetzen. Diese Befugnis wird nicht durch mögliche Eingriffsbefugnisse der Polizei und der Ordnungsbehörden im Rahmen der Gefahrenabwehr verdrängt.

3. Die Ärztekammer ist grundsätzlich für die Überwachung der Berufsausübung ihrer Mitglieder örtlich zuständig, unabhängig davon, wo diese den Beruf im Einzelfall ausüben.

4. Das Berliner Heilberuferecht enthält kein ausdrückliches Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid. Ein solches Verbot lässt sich allenfalls auf die gesetzliche Generalklausel zur gewissenhaften Berufsausübung in Verbindung mit der Generalklausel zur Beachtung des ärztlichen Berufsethos in der als Satzung erlassenen Berufsordnung der Ärztekammer Berlin stützen. Dies genügt aber unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlich geschützten Freiheit der Berufsausübung und der Gewissensfreiheit des Arztes nicht als Rechtsgrundlage, um einem Arzt die Weitergabe todbringender Mittel an Sterbewillige generell zu untersagen.

Der ärztlichen Ethik lässt sich kein klares und eindeutiges Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in Ausnahmefällen entnehmen, in denen der Arzt einer Person, zu der er in einer lang andauernden, engen Arzt-Patient-Beziehung oder einer längeren persönlichen Beziehung steht, auf deren Bitte hin wegen eines unerträglichen, unheilbaren und mit palliativmedizinischen Mittel nicht ausreichend zu lindernden Leidens ein todbringendes Medikament verschreibt.

Urteil v. 30.07.2012, Az. 9 K 63.09

Zum Sachverhalt:

Der Kläger wendet sich gegen eine berufsrechtliche Untersagungsverfügung.

Der Kläger ist Arzt (Urologe) und war zum Zeitpunkt des Erlasses der angegriffenen Verfügung als Betriebsarzt insbesondere in Berlin und in Thüringen tätig. Er ist Mitglied sowohl der beklagten Ärztekammer Berlin als auch der Landesärztekammer Thüringen. Zum Zeitpunkt des Erlasses der angegriffenen Verfügung war er 2. Vorsitzender des Vereins Dignitate (heute: Dignitas-Deutschland), dessen Mutterorganisation Dignitas in

der Schweiz ihren Mitgliedern „Freitodbegleitung“ anbietet.

Mit sofort vollziehbarem Bescheid vom 29. November 2007 untersagte die Ärztekammer Berlin dem Kläger,

a) Substanzen, die allein oder in Verbindung mit anderen dazu geeignet sind, den Tod eines Menschen herbeizuführen, an die Patientin Frau J. abzugeben oder in sonstiger Weise zum Gebrauch für deren beabsichtigten Suizid zu überlassen,

b) Substanzen, die allein oder in Verbindung mit anderen dazu geeignet sind, den Tod eines Menschen herbeizuführen, an andere Patienten abzugeben oder in sonstiger Weise zum Gebrauch für deren beabsichtigten Suizid zu überlassen.

Für den Fall der Zuwiderhandlung wurde ein Zwangsgeld in Höhe von 50.000 Euro angedroht. Zur Begründung führte die Ärztekammer Berlin aus, sie sei am 28. November 2007 von der Kriminalpolizeiinspektion Passau informiert worden, dass die Polizei von einem Bekannten der Frau J. erfahren habe, dass diese erklärt habe, sie werde sich am Sonntag, dem 2. Dezember 2007 das Leben nehmen und dass das Mittel zur Durchführung des Suizids vom Kläger bereitgestellt werde. Frau J. trage sich seit Jahren mit Suizidgedanken. Sie klagte über Einsamkeit, sei aber nicht nennenswert erkrankt. In den vergangenen Wochen sei in einer Vielzahl von Presseveröffentlichungen berichtet worden, dass der Kläger als Repräsentant des deutschen Ablegers der Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas sich politisch für die Möglichkeit der ärztlich assistierten Selbsttötung von Patienten in Deutschland einsetze. Zu diesem Zweck werde ein Patient gesucht; man wolle auf diesem Weg eine gerichtliche Entscheidung über das Thema erzwingen. Der Berliner Kurier habe in seiner Online-Ausgabe vom 20. November 2007 getitelt: „Berliner ArztX: „Wer will sterben? Ich helfe!“ Dr. A. will so das Recht auf Sterbehilfe in Deutschland durchfechten.“ Es bestehe die Gefahr, dass der Kläger Frau J. und auch anderen Personen Substanzen zur Verfügung stellen werde, die diese zur Selbsttötung verwenden würden.

Dies verstoße gegen die ärztlichen Berufspflichten. Gemäß § 1 Abs. 2 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO) sei es Aufgabe des Arztes, das Leben zu erhalten und die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen. Gemäß § 2 Abs. 1 BO übe der Arzt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Dabei seien die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004 zu beachten. Danach widerspreche die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos. Bei der Abgabe apothekenpflichtiger Arzneimittel an Patienten verstoße der Arzt zudem gegen § 43 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG). Die Ärztekammer sei gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 Berliner Kammergesetz (BerlKG) befugt, zur Verhinderung von Verstößen gegen die Berufspflichten

Untersagungsverfügungen gegenüber Kammermitgliedern zu erlassen. Die Androhung des Zwangsgeldes beruhe auf §§ 9, 13, 11 Verwaltungsvollstreckungsgesetz (VwVG) i.V.m. § 5 Abs. 2 Berliner Verwaltungsverfahrensgesetz (Bln VwVfG). Die Androhung des höchst möglichen Zwangsgeldes sei zum Schutz des höchsten Rechtsguts – des Lebens – angemessen.

Nachdem die Beklagte am selben Tage auch die Landesärztekammer Thüringen informiert hatte, erließ letztere am 30. November 2007 ebenfalls eine sofort vollziehbare Unterlassungsverfügung, in der dem Kläger alle Maßnahmen untersagt wurden, die geeignet seien, den Tod der Frau J. herbeizuführen. Ferner wurde ihm untersagt, Frau J. in ihrem Wunsch zu sterben in irgendeiner Weise zu unterstützen.

Beide Bescheide wurden dem Kläger am 30. November 2007 in München von der Polizei im Wege der Amtshilfe übergeben.

Gegen den Bescheid der Beklagten erhob der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 21. Dezember 2007, zugegangen am 27. Dezember 2007, Widerspruch. Zur Begründung führte er aus, die Untersagungsverfügung stütze sich auf einen unzutreffenden Sachverhalt. Die Darstellung von Frau J. sei unzutreffend. Im Sommer 2007 habe der Kläger ein Gespräch mit Frau J. geführt, in dem er sie dazu gebracht habe, ihren Sterbewunsch zunächst zurückzustellen. Er habe ein weiteres Gespräch für den 2. Dezember 2007 vereinbart, bei dem er habe versuchen wollen, Frau J. von ihren Suizidwünschen abzubringen. Wegen anderweitiger Pläne in München habe er das Gespräch abgesagt. Dies habe er auch der Polizei berichtet, die ihn am 29. November 2007 während seiner Fahrt nach München telefonisch erreicht habe. Er habe auch keine todbringenden Mittel bei sich geführt.

Mit Schreiben vom 18. März 2008 wurde der Kläger zur beabsichtigten Festsetzung eines Zwangsgeldes in zwei Fällen mit Äußerungsfrist zum 1. April 2008 angehört. Dem Kläger wurde zur Last gelegt, er habe im Jahr 2008 mehrfach eine Frau Gre. besucht, die beabsichtigt habe, sich das Leben zu nehmen, und habe wiederholt Barbiturate übergeben. Anfang Februar 2008 habe er einen Herrn H. besucht und ihm zugesagt, ihn in Kürze mit dem Medikament R. für einen Suizid zu beliefern. Mit Widerspruchsbescheid vom 28. März 2008, zugegangen am 3. April 2008, wies die Ärztekammer Berlin den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde nochmals ausführlich der von der Kriminalpolizeidirektion Passau mitgeteilte Sachverhalt dargestellt. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass der Ärztekammer im Juni 2007 aufgrund einer Anfrage des Polizeipräsidenten in Berlin ein Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Essen bekannt geworden sei. Danach habe der Kläger einer Frau Gro., die nicht gravierend körperlich erkrankt gewesen sei, im Jahr 2006 eine tödliche Dosis des Medikamentenwirkstoffes C. übergeben, das später von

der Polizei sichergestellt worden sei. Der Kläger habe Frau Gro. ein Schreiben vom 5. Juli 2006 geschickt, das im Widerspruchsbescheid wörtlich wiedergegeben wurde und das Informationen zur ärztlich assistierten Selbsttötung enthält. Ein weiteres Schriftstück, das der Kläger Frau Gro. übergeben habe, enthalte eine Anleitung zur Vorbereitung eines Suizids mittels zweier bestimmter Medikamente. Bei einer Anhörung des Prozessbevollmächtigten vor dem Widerspruchsausschuss am 21. Februar 2008 habe dieser angegeben, dass Dignitate zwar einen Patienten suche, der sein Leben wegen einer schwerwiegenden Erkrankung beenden wolle. Das Vorhaben solle aber nicht der Kläger, sondern ein anderer Arzt durchführen. Der Kläger selbst habe nicht vor, Patienten Medikamente für einen Suizid zu überlassen. Nach der Anhörung seien der Ärztekammer zwei weitere Fälle bekannt geworden, bei denen der Kläger Unterstützungshandlungen bei geplanten Suiziden leisten sollen. Zum Zeitpunkt des Erlasses des Bescheides vom 29. November 2007 habe ein Verstoß des Klägers gegen seine Berufspflichten unmittelbar vorgestanden. Die Behauptung des Klägers, er habe nie vorgehabt, Frau J. Medikamente für deren beabsichtigten Suizid zu überlassen, werde als Schutzbehauptung gewertet. Zum Zeitpunkt des Erlasses des Bescheides sei vom Vorliegen einer Gefahr auszugehen gewesen. Aufgrund der Informationslage am 29. November 2007 habe die Ärztekammer ferner davon ausgehen müssen, dass der Kläger vorhabe, auch anderen Patienten Medikamente für deren beabsichtigten Suizid zu überlassen. Diese Absicht bestehe weiterhin, wie die beiden neueren Fälle der Frau Gre. und des Herrn H. zeigten.

Der Kläger hat am 29. April 2008 Klage erhoben. Er meint, die Beklagte stütze sich weitgehend auf Spekulationen und ungeprüft übernommene Informationen Dritter. Zu Unrecht nehme die Beklagte an, maßgeblich sei allein der Sachverhalt, wie er sich zum Zeitpunkt des Erlasses des Ausgangsbescheids dargestellt habe. Vielmehr sei auf die Sachlage bei Erlass des Widerspruchsbescheides abzustellen. Zu diesem Zeitpunkt sei klar gewesen, dass Frau J. den Kläger missverstanden habe. Er habe jeden Kontakt zu Frau J. abgebrochen. Die unsinnigen Darstellungen in Bezug auf Frau Gre. seien frei erfunden. Herr H. habe sich darüber beklagt, dass Dignitas und der Kläger es abgelehnt hätten, ihm einschlägige Medikamente zur Verfügung zu stellen. Das Verfahren der Staatsanwaltschaft Essen gegen den Kläger sei inzwischen eingestellt worden, da ein strafbares Verhalten nicht vorgelegen habe. Der Verein Dignitate suche einen Arzt, der bereit sei, einen Suizid in der Weise zu begleiten, dass er bis zum Eintritt des Todes anwesend sei und die Einleitung eines Strafermittlungsverfahrens in Kauf zu nehmen. Dies sei aber nicht der Kläger.

Der Kläger ist der Ansicht, der hippokratische Eid sei überholt. Die Beklagte vermenge unzulässigerweise die

strafbare aktive Sterbehilfe mit der straflosen Beihilfe zum Suizid. Das Verbot aktiver Sterbehilfe werde durch das Überlassen von Medikamenten für einen Suizid nicht verletzt. Das ärztliche Standesrecht dürfe eine straflose Beihilfe zum Suizid nicht ordnungsrechtlich ahnden. Die generelle Verweigerung einer ärztlichen Begleitung eines Suizids sei ethisch unvertretbar. Unter Beachtung der Menschenwürde sei der Heilauftrag des Arztes weit zu verstehen. Die Konsultation mit einem Patienten, das Verschreiben von Medikamenten und die Erörterung von Möglichkeiten der Lebensbeendigung stellten keine Verletzung der Berufspflichten eines Arztes dar. Auch nach Auffassung von Prof. Dr. Taupitz, Mitglied in der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, gebe es im Berufsrecht keine Regel, die Ärzten die Suizidhilfe verböte. Der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Herr H, habe in einem Interview mit dem „Spiegel“ vom 19. Juli 2010 (Ethik: „Wer helfen will, kann das tun“) erklärt, Ärzte könnten Patienten beim Suizid etwa durch das Ausstellen eines Rezeptes helfen, ohne Angst haben zu müssen, bestraft zu werden oder die ärztliche Zulassung zu verlieren.

Darüber hinaus habe die Beklagte bislang ihre örtliche und sachliche Zuständigkeit nicht dargelegt. Das Berliner Kammergesetz gebe der Beklagten nur die Möglichkeit, nachträglich Verstöße gegen die Berufsordnung zu sanktionieren. Es öffne nicht die Möglichkeit, präventiv Aufgaben der Ordnungs- und Polizeibehörden wahrzunehmen. Es sei nicht Aufgabe der Ärztekammer, sondern der Polizei- und Ordnungsbehörden, Leib und Leben der Bürger zu schützen. Liege eine Anscheinsgefahr vor, seien zunächst Gefahrenerforschungsmaßnahmen vorzunehmen. Die Festsetzung eines Zwangsgeldes in Höhe von 50.000 Euro sei eine reine Willkürmaßnahme.

Im Erörterungstermin am 18. Mai 2011 hat der Kläger erklärt, dass er in Thüringen nur noch gelegentlich tätig sei und die überwiegende ärztliche Tätigkeit in Berlin bzw. von Berlin aus ausübe. Daher gehe er von einer berufsrechtlichen Zuständigkeit der Ärztekammer Berlin aus. Er sei nicht mehr im Vorstand von Dignitas Deutschland tätig. In der mündlichen Verhandlung am 30. April 2012 hat der Kläger eingeräumt, dass er sich nach wie vor zur Sterbehilfe bekenne und weiterhin Kontakt zu Personen aufnehme, die aufgrund von Krankheit aus dem Leben scheiden wollten. Er zeige ihnen Wege auf, wie sie das erreichen könnten, ohne ihnen Medikamente zu überlassen. Eine solche Überlassung sei durch das ärztliche Berufsrecht verboten; daran halte er sich. Er sei in der Vergangenheit auch in seinem persönlichen Umfeld von Personen um Sterbehilfe gebeten worden, die sich gesundheitlich in einer ausweglosen Lage befunden hätten.

Im Hinblick darauf, dass Frau J. am 7. November 2008 verstorben ist, haben die Beteiligten den Rechtsstreit

zu Punkt a) der angegriffenen Verfügung übereinstimmend für erledigt erklärt.

Die Beklagte Kammer verweist zur Begründung ihrer Bescheide darauf, dass der Kläger die Absicht gehabt habe, gegen seine ärztlichen Berufspflichten zu verstoßen. Die Bestimmung der zentralen Aufgabe des Arztes in § 1 Abs. 2 BO, Leben zu erhalten und die Gesundheit zu schützen und wiederzustellen, leite sich aus dem ursprünglichen hippokratischen Eid ab, der in die Genfer Deklaration des Weltärztebundes eingeflossen und als Gelöbnis der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin vorangestellt sei. Im hippokratischen Eid verpflichtete sich der Arzt, nie jemandem ein tödlich wirkendes Gift zu geben, auch auf seine Bitte nicht, und auch keinen Rat dazu zu erteilen. Die Ärzteschaft habe sich verpflichtet, für den Schutz des Lebens einzutreten. Nach den Grundsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Thema „Sterben in Würde“ vom Januar 2008 werte die deutsche Ärzteschaft die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung weiterhin als unärztlich. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung seien für den Arzt gemäß § 2 Abs. 2 und § 13 Abs. 1 BO bindend. Das Verbot des ärztlich assistierten Suizids ergebe sich ferner aus § 16 Abs. 1 Satz 2 BO, wonach der Arzt das Leben eines Sterbenden nicht aktiv verkürzen dürfe. Der 114. Deutsche Ärztetag, der vom 31. Mai bis 3. Juni 2011 stattgefunden habe, habe zudem § 16 der Musterberufsordnung so geändert, dass Ärzte „keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ dürften. Nach der Begründung handle es sich um ein über das Strafrecht hinaus gehendes Verbot, das nicht nur für Sterbende gelte, sondern in Bezug auf alle Patienten und insofern insbesondere auch für eine berufsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung. Einzelne Extremsituationen könnten indes nicht in der Musterberufsordnung geregelt werden. Es seien insofern Ausnahmesituationen denkbar, in denen eine ärztliche Suizidbeihilfe – trotz grundsätzlichen Verbots im Berufsrecht – nicht sanktioniert werde.

Der Fall der Frau Gro. zeige, dass der Kläger bereits gegen seine Berufspflichten verstoßen habe. Die Sterbehilfe beschränke sich auf die Aushändigung eines tödlich wirksamen Medikamentes an eine dem Kläger sonst nicht weiter bekannte Person, die einen Sterbewilligen bekundet habe. Dies habe er auch bei Frau J. vorgehabt, so dass es der Beklagten um die Verhinderung einer unmittelbar bevorstehenden Verletzung von Berufspflichten gegangen sei. Selbst wenn eine Gefahr für Frau J. tatsächlich nicht bestanden hätte, sei die Untersagungsverfügung bei Erlass des Bescheides jedenfalls nach den Grundsätzen der Anscheinsgefahr rechtmäßig gewesen. Es bestehe ferner die Gefahr, dass der Kläger Medikamente zur Begehung einer Selbsttötung auch an andere Personen abzugeben beabsichtigte. Ein Herr H. habe mehrfache Kontakte mit dem Kläger bestätigt. Zudem habe er Kontakt zu Frau Gre. gehabt, die an schweren Depressionen leide und ein akutes

Alkoholproblem habe. Bei Besuchen habe der Kläger ihr wiederholt Barbiturate übergeben. In einem Fernsehbeitrag von „Report Mainz“ vom 6. Juni 2011 habe der Kläger ein Medikament zur Sterbehilfe gezeigt und erklärt, dass er die Medikamente nicht beschaffe, aber dafür Sorge, dass sie in den Besitz der Patienten kämen. Auf die Frage, wie vielen Menschen er bereits in der Art geholfen habe, habe er geantwortet, dass er vielleicht mit 150 bis 200 Personen Kontakt gehabt hätte. Es bestehe weiterhin die Gefahr, dass der Kläger dafür sorgen werde, dass Sterbewillige tödlich wirksame Medikamente für ihren beabsichtigten Suizid erhielten.

Die Ärztekammer sei im Rahmen ihrer Kompetenzen tätig geworden. Die Berufsaufsicht diene dazu, Patienten und die Allgemeinheit zu schützen. Mögliche Überschneidungen bei der berufsrechtlichen und der ordnungsrechtlichen Gefahrenabwehr seien unschädlich, solange die originären Zuständigkeiten unangetastet blieben und die Maßnahmen insgesamt verhältnismäßig seien. Im vorliegenden Fall sei die Beklagte von der Polizei um ein Tätigwerden gebeten worden. Ein sich in der Regel mehrere Jahre hinziehendes berufsgerichtliches Verfahren sei demgegenüber ungeeignet zur Verhinderung in naher Zukunft drohender Berufspflichtverletzungen.

Die Doppelmitgliedschaft des Klägers in der Ärztekammer Berlin und der Landesärztekammer Thüringen sei Resultat der ausschließlichen Zuständigkeit der Länder im Bereich berufsrechtlicher Angelegenheiten. Die mit dieser Doppelmitgliedschaft verbundenen Belastungen seien nicht unverhältnismäßig. Dies gelte auch für die doppelten Untersagungsverfügungen in Bezug auf denselben Sachverhalt. Die Eingriffsbefugnis des § 4 Abs. 3 BerlKG beschränke sich auch nicht auf Tätigkeiten des Kammermitglieds in Berlin. Die zu verhindernde Berufspflichtverletzung sei nicht ortsgebunden und könne überall erfolgen.

Der Kläger hat gegen die parallele Untersagungsverfügung der Landesärztekammer Thüringen vom 30. November 2007 vor dem Verwaltungsgericht Weimar Klage erhoben. Im Erörterungstermin am 21. Mai 2008 hat der Kläger erklärt, dass er seine berufliche Tätigkeit überwiegend in Thüringen – durchschnittlich an drei Arbeitstagen pro Woche – und in einem geringeren Umfang in Berlin ausübe. Nach Verweisung des Rechtsstreits an das Verwaltungsgericht Gera hat dieses die Klage mit Urteil vom 7. Oktober 2008 (–3 K 538/08 Ge –, juris) abgewiesen. Über den Antrag auf Zulassung der Berufung hat das Thüringer Oberverwaltungsgericht noch nicht entschieden (– 3 ZKO 766/08 –).

Das Verfahren wurde eingestellt, soweit die Beteiligten den Rechtsstreit übereinstimmend für erledigt erklärt hatten. Im Übrigen wurde der Bescheid der Ärztekammer Berlin vom 29. November 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids derselben Behörde vom 28. März 2008 zu Punkt b) aufgehoben.

Aus den Gründen:

Das Verfahren war einzustellen, soweit die Beteiligten den Rechtsstreit übereinstimmend in der Hauptsache für erledigt erklärt haben (vgl. § 162 Abs. 2 VwGO).

Im Übrigen ist die zulässige Anfechtungsklage begründet. Punkt b) des Bescheides der Ärztekammer Berlin vom 29. November 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides derselben Behörde vom 28. März 2008 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten (§ 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO).

1. Zwar ist die Untersagungsverfügung formell rechtmäßig. Die Ärztekammer ist sachlich und örtlich zuständig für die Überwachung der Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten des Klägers. Nach der Vorschrift des § 4 Abs. 1 Nr. 2 des Berliner Kammergesetzes (BerlKaG) vom 4. September 1978 (GVBl. S. 1937, 1980), die vor Erlass des Ausgangsbescheides zuletzt durch Gesetz vom 30. Oktober 1995 (GVBl. S. 703) und danach durch Gesetz vom 15. Dezember 2007 (GVBl. S. 617) geändert worden ist, haben die Kammern die Aufgabe, die Erfüllung der Berufspflichten der Kammerangehörigen zu überwachen.

a) ... (*Ausführungen zur Zulässigkeit der Doppelmitgliedschaft in zwei Ärztekammern*)

b) Die Beklagte ist auch befugt, die Einhaltung der berufsrechtlichen Pflichten mit Hilfe von Untersagungsverfügungen durchzusetzen. Nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BerlKaG haben die Kammern die Aufgabe, die Erfüllung der Berufspflichten der Kammerangehörigen zu überwachen. Nach Absatz 3 der Vorschrift, zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. Oktober 1995 (GVBl. S. 703), stehen den Kammern zur Erfüllung dieser Aufgabe neben dem Verfahren nach dem Dritten Teil des Berliner Kammergesetzes – berufsgerichtliches Verfahren und Rüge – die Mittel des Verwaltungsverfahrens- und Verwaltungsvollstreckungsrechts zur Verfügung. Damit hat der Gesetzgeber die Kammern ermächtigt, die notwendigen Maßnahmen zur Beseitigung berufswidriger Zustände (auch) durch den Erlass belastender Verwaltungsakte in der Form einer Untersagungsverfügung zu treffen und die entsprechenden Regelungen durch Verwaltungszwang durchzusetzen (so auch das Urteil der Kammer vom 17. November 2011 – VG 9 K 467.09 –, UA S. 4). Mithin kann die Beklagte die Einhaltung berufsrechtlicher Pflichten neben den Möglichkeiten eines nachträglichen berufsgerichtlichen Verfahrens auch präventiv durch Ge- und Verbote in Verwaltungsakten erzwingen.

Die vom Oberverwaltungsgericht Koblenz in einem Urteil vom 6. März 2002 (– 6 A 11724/01 –, juris) Leitsatz und Rn. 14) vertretene Auffassung, die einer Ärztekammer übertragene Aufgabe, die Einhaltung der Berufspflichten der Kammermitglieder zu überwachen, umfasse nicht ohne weiteres eine Eingriffsbefugnis, trifft nicht auf die Rechtslage in Berlin zu, da die entsprechende Befugnis der Berufskammer durch den Hinweis auf das Verwaltungsverfahrens- und das Verwaltungs-

vollstreckungsrecht in § 4 Abs. 3 BerlKaG ausdrücklich eingeräumt wird. Auch die Zweifel des Oberverwaltungsgerichts Münster (Beschluss vom 30. Oktober 1997 - 13 B 161/97 -, juris Rn. 14), ob eine Berufskammer nicht lediglich zum Erlass feststellender Verwaltungsakte ermächtigt sei, werden nach der Rechtslage in Berlin durch besagten Verweis ausgeräumt.

c) Die sachliche Befugnis, die Einhaltung berufsrechtlicher Pflichten von Ärzten durch Untersagungsverfügungen sicherzustellen, wird nicht durch mögliche Eingriffsbefugnisse der Polizei und der Ordnungsbehörden im Rahmen der Gefahrenabwehr verdrängt. Bei der streitgegenständlichen Verfügung handelt es sich nicht um eine Maßnahme im Bereich der Gefahrenabwehr. Die Ärztekammer ist eine Selbstverwaltungskörperschaft und keine Sonderordnungsbehörde. Dementsprechend ist sie auch in Berlin nicht in § 2 des Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetzes (ASOG) vom 11. Oktober 2006 (GVBl. S. 930) i.V.m. dem Zuständigkeitskatalog Ordnungsaufgaben als Ordnungsbehörde aufgeführt. Eine Berufskammer hat nicht die Befugnis, anstelle oder neben der zuständigen staatlichen Ordnungsbehörde Maßnahmen im Bereich der Gefahrenabwehr zu erlassen (so auch OVG Münster, a.a.O.). Die Überwachungspflicht bezüglich des beruflichen Verhaltens ihrer Mitglieder dient dazu, die ordnungsgemäße Berufsausübung im Allgemeininteresse zu gewährleisten (BVerfG, Facharzt-Beschluss vom 9. Mai 1972 - 1 BvR 518/62 u.a. -, juris Rn. 104). In der Literatur wird dementsprechend die Auffassung vertreten, dass die Überwachungspflicht grundsätzlich nicht dem Schutz der Interessen eines Patienten diene; soweit eine Überwachungsmaßnahme dem einzelnen Patienten zugutekomme, handle es sich um einen bloßen Reflex (Narr, *Ärztliches Berufsrecht*, Band II, Loseblatt Stand 2010, Rn. B 28). Dies schließt freilich nicht aus, dass eine Ärztekammer wie im vorliegenden Fall eine Untersagungsverfügung zur Durchsetzung der Einhaltung der Berufspflicht eines ihrer Mitglieder auch in der Absicht erlassen darf, damit die betroffenen Patienten zu schützen.

Die spezielle berufsrechtliche Befugnis der Beklagten, die Einhaltung der Berufspflichten ihrer Mitglieder sicherzustellen, steht danach neben der Befugnis der Polizei und der Ordnungsbehörden, Maßnahmen zur Verhinderung eines Suizids zu erlassen. Nach wohl herrschender Meinung ist die Polizei generell verpflichtet, Suizide zu unterbinden, da diese als Unglücksfall eine Störung der öffentlichen Sicherheit darstellen, selbst wenn sie auf einem freiwilligen Entschluss beruhen (vgl. VG Karlsruhe, Urteil vom 11. Dezember 1987 - 8 K 205/87 -, juris zum Fall Hackethal; VG Hamburg, Beschluss vom 6. Februar 2009 - 8 E 3301/08 -, juris Rn. 60 m.w.N. im Fall Kusch; dieser dazu kritisch in ZRP 2011, 124). Sie kann dabei auch Unterlassungsverfügungen gegen einen Arzt als Handlungsstörer erlassen,

der zur Beihilfe zum Suizid bereit ist (VG Hamburg, a.a.O., Rn. 63). Die Frage, ob ein Handeln der Beklagten neben einem Eingreifen der Polizei im Rahmen der Gefahrenabwehr erforderlich ist, berührt die sachliche Zuständigkeit der Ärztekammer zur Überwachung der Einhaltung von Berufspflichten nicht, sondern ist lediglich im Rahmen der Verhältnismäßigkeit der erlassenen Maßnahme zu prüfen.

d) Die Beklagte ist auch örtlich zuständig. ... (*wird ausgeführt*)

2. Die Untersagungsverfügung verstößt aber jedenfalls gegen höherrangiges Recht, soweit sie die Weitergabe todbringender Substanzen an Suizidwillige ausnahmslos verbietet.

a) Maßgeblich für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Untersagungsverfügung ist die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung. Die Untersagungsverfügung stellt ihrem Inhalt nach einen Dauerverwaltungsakt dar, der sich nicht im Verlangen eines einmaligen Unterlassens erschöpft. Es ist anerkannt, dass bei der Beurteilung von Dauerverwaltungsakten auf die Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung abzustellen ist, wenn das materielle Recht – wie hier – nicht die Maßgeblichkeit eines anderen Zeitpunkts bestimmt (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. Januar 1998 - 3 C 6/97 -, juris Rn. 18).

b) Die auf der Grundlage des § 4 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 BerlKaG erlassene Untersagungsverfügung setzt voraus, dass ein entsprechender Verstoß des Klägers gegen berufsrechtliche Pflichten ernsthaft und unmittelbar droht. Da das Verbot der Überlassung todbringender Substanzen an Suizidwillige unterschiedslos ergangen ist, müsste für den Kläger ein generelles berufsrechtliches Verbot der Beihilfe zum Suizid bestehen. Ein solches Verbot lässt sich allenfalls auf die gesetzliche Generalklausel zur gewissenhaften Berufsausübung in Verbindung mit der Generalklausel zur Beachtung des ärztlichen Berufsethos in der als Satzung erlassenen Berufsordnung der Ärztekammer Berlin stützen (aa). Ärztliches Verhalten kann unter dem Gesichtspunkt des Gesetzesvorbehalts grundsätzlich auch auf der Grundlage einer gesetzlichen Generalklausel und einer Konkretisierung durch Berufsordnungen sanktioniert werden (bb). Die gesetzliche und die satzungsmäßigen Generalklauseln reichen aber nicht als Rechtsgrundlage aus, um per Untersagungsverfügung ein zwangsgeldbewährtes Verbot für ein Verhalten ausnahmslos auszusprechen, dessen ethische Zulässigkeit in bestimmten Fallkonstellationen auch innerhalb der Ärzteschaft äußerst kontrovers diskutiert wird und dessen Verbot in Ausnahmefällen intensiv in die Freiheit der Berufsausübung des Arztes und seine Gewissensfreiheit eingreift (cc). Die Untersagungsverfügung lässt sich auch nicht in der Weise auslegen, dass sie solche Ausnahmefälle nicht erfassen würde (dd).

aa) Die Untersagungsverfügung stellt eine Konkretisierung der Gebote der ärztlichen Ethik durch die Beklagte in Form einer Einzelfallregelung dar.

Ein gesetzliches Verbot ärztlicher Beihilfe zum Suizid etwa durch Überlassen todbringender Medikamente besteht nicht (vgl. Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 6. Aufl. 2008, Rn. 676). Beihilfe zur Selbsttötung ist straflos, auch soweit sie von einem Arzt geleistet wird. Die Verschreibung todbringender verschreibungspflichtiger Medikamente für einen geplanten Suizid dürfte zwar Sinn und Zweck der arzneimittelrechtlichen Verschreibungspflicht gemäß § 48 Arzneimittelgesetz (AMG) widersprechen, die gerade eine nicht indizierte, missbräuchliche Verwendung von Medikamenten verhindern will (so auch VG Hamburg, Beschluss vom 6. Februar 2009 – 8 E 3301/08 –, Rn. 50). Gleichwohl ist eine solche Verschreibung durch einen Arzt weder strafbar (nicht von § 96 Nr. 13 AMG erfasst) noch sonst verboten. Bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln kommt allerdings ein strafbarer Verstoß gegen §§ 13 Abs. 1, § 29 Abs. 1 Nr. 6. a) Betäubungsmittelgesetz (BtmG) in Betracht (vgl. BGH, Urteil vom 7. Februar 2001 – 5 StR 474/00 –, juris).

Das Berliner Recht der Heilberufe enthält zur Einhaltung von Berufspflichten lediglich eine weit gefasste gesetzliche Generalklausel. Gemäß § 4a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 BerlKaG, eingeführt durch Gesetz vom 30. Oktober 1995 (GVBl. S. 703), haben die Berufsangehörigen den Beruf gewissenhaft auszuüben. Weitere Einzelheiten regelt die auf der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des § 4a Abs. 1 BerlKaG als Satzung erlassene Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO) vom 30. Mai 2005 (ABl. 2005, S. 1883). Auch diese Berufsordnung enthält – anders als die rechtlich nicht verbindliche Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer in der Fassung vom Juni 2011 – keine ausdrückliche Regelung zur Frage einer ärztlichen Beihilfe zum Suizid.

Die speziellste in Betracht kommende Bestimmung findet sich in § 16 Abs. 1 Satz 2 BO in der bis zum 4. Nachtrag vom 23. September 2009 (ABl. 2010, S. 317) geltenden Fassung (nunmehr § 16 Satz 2 BO). Danach darf der Arzt das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. In Literatur und Rechtsprechung wird teilweise die Auffassung vertreten, hieraus ergebe sich auch ein Verbot der Beihilfe zum Suizid (Narr, *Ärztliches Berufsrecht*, Band II Stand 2010, Rn. B 118; Lipp/Simon, *Deutsches Ärzteblatt* 2011, A 212, A 213; VG Gera, a.a.O., Rn. 87 mit einem erst-recht-Schluss; a.A. offenbar Ratzel/Lippert, *Kommentar zur Musterberufsordnung der Deutschen Ärzte*, 5. Aufl. Berlin 2010, § 16 Rn. 11). Gegen eine solche Auslegung spricht, dass sich die Vorschrift nach Wortlaut und Systematik auf die strafbare aktive Sterbehilfe als Täter und nicht auf die straflose Beihilfe zum Suizid bezieht.

Zur Begründung eines Verbots ärztlicher Beihilfe zum Suizid zieht die Beklagte auch die allgemeinen Vor-

schriften heran, nach denen der Arzt dem Leben und der Gesundheit seiner Patienten verpflichtet ist: Nach § 1 Abs. 1 Bundesärzteordnung (BÄO) in der Fassung vom 16. April 1987 dient der Arzt der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Das der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin voran gestellte Gelöbnis besagt, dass die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten oberstes Gebot des Handelns des Arztes sein soll. Gemäß § 1 Abs. 2 BO ist es u.a. Aufgabe des Arztes, das Leben zu erhalten und die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen. Der Arzt ist durch Berufsethos und Berufsrecht darauf verpflichtet, sich grundsätzlich für die Erhaltung menschlichen Lebens einzusetzen (BVerfG, Urteil vom 28. Mai 1993, Schwangerschaftsabbruch II, – 2 BvF 2/90 u.a., juris Rn. 250 f.). Den zitierten Bestimmungen lässt sich ein allgemeines Gebot der Förderung des Lebens und der Gesundheit durch Ärzte entnehmen, dem beispielsweise die Überlassung todbringender Medikamente an körperlich und seelisch gesunde Personen widersprechen würde (so auch VG Gera, a.a.O., Rn. 86 f.). Das Gebot der Lebenserhaltung wird aber gerade in Grenzsituationen des Lebens durch das Gebot der Linderung von Leiden und des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten eingeschränkt: § 1 Abs. 2 BO nennt als Aufgabe des Arztes auch, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten; gemäß § 16 Satz 1 BO darf der Arzt – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. In gleicher Weise lässt sich aus dem Gebot, sich grundsätzlich für die Erhaltung menschlichen Lebens einzusetzen, nicht zwingend ein ausnahmsloses Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in Konfliktlagen mit anderen Rechtsgütern ableiten.

Ein generelles Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid ergibt sich auch nicht aus § 13 Abs. 1 BO. Danach hat der Arzt bei medizinischen Maßnahmen, die ethische Probleme aufwerfen, die dazu festgelegten Empfehlungen der Ärztekammer zur Indikationsstellung und zur Ausführung zu beachten. Mit „Ärztekammer“ (im Singular) ist in diesem Zusammenhang die Ärztekammer Berlin gemeint, von der es – anders als von der als privatrechtlichem Verein organisierten Bundesärztekammer – keine entsprechenden Empfehlungen gibt. Zudem werden in der Literatur zu Recht Bedenken dagegen geäußert, dass ärztliche Berufsordnungen teilweise dazu verpflichtet, Richtlinien oder Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten. Soweit damit Berufspflichten begründet oder bestehende Pflichten konkretisiert werden, bedürften die Empfehlungen ihrerseits einer Ermächtigungsgrundlage und sind deshalb ebenfalls als Satzung zu erlassen (Laufs

in: Laufs/Katzenmeiner/ Lipp, *Arztrecht*, 6. Aufl. München 2009, D. Rn. 27). Für diese Auffassung lässt sich auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts anführen, derzufolge Standesrichtlinien keine ausreichende Grundlage für die Einschränkung der Berufsausübung bilden (BVerfG, Beschluss vom 14. Juli 1987 – 1 BvR 537/81 u.a. –, juris Rn. 48 ff.).

Im Ergebnis lässt sich ein generelles Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid allenfalls auf die Generalklausel des § 2 Abs. 1 Satz 1 BO stützen, wonach der Arzt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit ausübt.

Es ist Aufgabe der Ärztekammer, Sorge für die sittliche Grundhaltung ihrer Mitglieder auf dem Gebiet der Heilkunde zu tragen (BVerwG, Urteil vom 18. Juli 1967 – I C 9.66 –, juris Rn. 20). Bei der „ärztlichen Ethik“ im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 BO handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der grundsätzlich einer vollständigen gerichtlichen Überprüfung unterliegt (vgl. Kopp/Schenke, *VwGO*, 17. Aufl. 2011, § 114 Rn. 24 m.w.N.). Die ärztliche Ethik umfasst die durch den Stand anerkannten, den einzelnen Standesgenossen sittlich bindenden Grundregeln des Berufs. Sie festzustellen, fällt in einer pluralistischen Gesellschaft schwer (Laufs in: Laufs/ Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, 3. Aufl. 2002, § 4 Rn. 1 f.). Mit der Bindung an die ärztliche Ethik nimmt das Standesrecht Bezug auf bestehende außerrechtliche Normen des Berufsstandes. Dies bedeutet, dass Regeln der ärztlichen Ethik nicht einfach durch Beschlüsse ärztlicher Standesorganisationen geschaffen werden können, sondern sich auf die von den Berufsangehörigen als verbindlich anerkannten sittlichen Normen und damit auf eine weitgehend gemeinsame Standesauffassung beziehen müssen. Die Beklagte beruft sich bei der Konkretisierung der ärztlichen Berufspflichten in Bezug auf die Beihilfe zum Suizid auf Grundsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer wird von den Landesärztekammern gebildet und repräsentiert damit mittelbar die deutsche Ärzteschaft. Die Bundesärztekammer hält eine ärztliche Beihilfe zum Suizid seit Jahrzehnten generell für ethisch unzulässig. Im Jahre 1993 stellte sie in einer Richtlinie für die Sterbehilfe fest, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung eines Patienten „unärztlich“ sei. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 und 2004 besagen in der Präambel, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspricht und strafbar sein kann (zitiert nach Birnbacher, *Aufklärung und Kritik*, Sonderheft 11/2006, S. 8; Grundsätze von 2004 auch abgedruckt in Deutsch/Spickhoff, *Medizinrecht*, 6. Aufl. 2008, Rn. 682). Nach den Grundsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer „Sterben in Würde“ vom Januar 2008, die unter Mitwirkung der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zustande gekommen ist, wer-

tet nach eigener Aussage die deutsche Ärzteschaft die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung weiterhin als „unärztlich“. Die – nach Erlass von Ausgangs- und Widerspruchsbescheid verabschiedeten – Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom Januar 2011 erklären, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe sei (abgedruckt in: *Deutsches Ärzteblatt* 2011, A 346 ff.). Diese Fassung könnte möglicherweise als Aufweichung des bisherigen Standpunktes verstanden werden (so das Verständnis der Formulierung „kein Teil der ärztlichen Tätigkeit“ in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft von 1995, Birnbacher, *Aufklärung und Kritik*, Sonderheft 11/2006, S. 7, 10). Im Juni 2011 hat dagegen der Deutsche Ärztetag – die Hauptversammlung der Bundesärztekammer – mit der Änderung der Musterberufsordnung wieder eindeutig Stellung bezogen, indem vorgeschrieben wird, dass Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen.

Diese Einschätzung wird durch das Ergebnis einer bei Ärzten durchgeführten Umfrage des Instituts Allensbach aus dem Jahre 2009 (Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009) gestützt. Danach sprachen sich 60% der befragten niedergelassenen Ärzte und 65 % der Krankenhausärzte gegen eine Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids aus. Die Frage, ob es für sie unter bestimmten Bedingungen in Frage käme, einem Patienten tödliche Medikamente für einen Suizid zur Verfügung zu stellen, verneinten 61 % der Ärzte.

Die Bezugnahme der Beklagten auf die Grundsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer genügt indes nicht, um aus der satzungsmäßigen Generalklausel über die Bindung der Ärzte an das Berufsethos ein ausnahmsloses Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid abzuleiten. Zwar spiegeln diese Grundsätze und Empfehlungen das Standesethos im Kern wider. Als Niederschlag vorhandener Standesauffassungen bewirken sie aber in Zweifelsfragen weder Rechtsklarheit noch Rechtssicherheit noch sind sie geeignet, auf umstrittenen Gebieten – wie das hier der Fall ist – Lösungen herbeizuführen (so das Bundesverfassungsgericht zu anwaltlichen Standesrichtlinien, Beschluss vom 14. Juli 1987 – 1 BvR 537/81 u.a. –, juris Rn. 48). Setzt man sich mit der ethischen Diskussion zur Zulässigkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid auseinander, die außerhalb des Bundesärztertages im ärztlichen, juristischen (vgl. Verrel, *Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung*, Gutachten C für den 66. Deutschen Juristentag, München 2006), theologischen (Kreß und Huber, *ZRP* 2011, 31) sowie im gesamtgesellschaftlichen Bereich (Stellungnahme des Nationalen Ethikrates, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, Berlin 2006) stattfindet, so ergibt sich nämlich ein differenzierteres Bild.

bb) Es kann dahin gestellt bleiben, ob die Beklagte bereits nach allgemeinen Auslegungsgrundsätzen kontroverse Auffassungen zur Reichweite eines ethischen Verbots der ärztlichen Beihilfe zum Suizid hätte berücksichtigen müssen und kein ausnahmsloses Verbot hätte aussprechen dürfen. Bei der Regelung von Berufspflichten ist zu ermitteln, ob und in welchen Grenzen bestimmte Verbote auch heute noch von einer gemeinsamen Standesauffassung der deutschen Ärzte getragen werden; es ist auch zu entscheiden, ob und inwieweit sie unter den Bedingungen der heutigen Gesellschaft auch gegenüber etwa abweichenden Standesauffassungen aufrechterhalten werden können und sollen (so BVerfG, Beschluss vom 9. Mai 1972 – 1 BvR 518/62 u.a. –, juris Rn. 118 zur Regelung von Berufspflichten durch den Gesetzgeber). Jedenfalls aber ergibt sich dies aus den verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine Einschränkung der Berufsausübung der betroffenen Ärzte. Regelungen der Berufsausübung, zu denen ein Verbot ärztlicher Beihilfe zum Suizid gehört, unterliegen dem Gesetzesvorbehalt in Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG. Grundlegend und noch heute maßgeblich in dieser Frage ist der Facharztbeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Mai 1972 (– 1 BvR 518/62 u.a. –, juris Rn. 101 ff.). Danach gebietet Art. 12 Abs. 1 GG zwar nicht, dass Regelungen, die die Berufsfreiheit beschränken, ausschließlich durch den staatlichen Gesetzgeber oder die vom Gesetzgeber ermächtigte staatliche Exekutive getroffen werden müssen. Vielmehr sind solche Regelungen innerhalb bestimmter Grenzen auch in Gestalt von Satzungen zulässig, die von einem mit Satzungsgewalt ausgestatteten Berufsverband des öffentlichen Rechts erlassen werden. Satzungen sind Rechtsvorschriften, die von einer juristischen Person des öffentlichen Rechts im Rahmen der ihr gesetzlich verliehenen Autonomie mit Wirksamkeit für die ihr angehörigen und unterworfenen Personen erlassen werden. Zweck der Berufsverbände des öffentlichen Rechts ist es, die beruflichen Interessen der Mitglieder zu fördern und ihre ordnungsgemäße Berufsausübung im Allgemeininteresse zu gewährleisten. Gerade wo der Gesetzgeber einem Berufsverband des öffentlichen Rechts zulässigerweise im Rahmen der Satzungsautonomie zu Eingriffen in den Grundrechtsbereich ermächtigt, erwächst dem Gesetzgeber aber eine besondere Verantwortung, seine Rechtssetzungsbefugnis nicht völlig preiszugeben. Ob ein Berufsverband zu berufsregelnder Rechtssetzung ermächtigt werden darf und welche Anforderungen im Einzelfall an die Ermächtigung zu stellen sind, hängt von der jeweiligen Intensität des Eingriffs ab. Die in der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung entwickelte, am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ausgerichtete Stufentheorie kann entsprechend herangezogen werden. Das zulässige Maß des Eingriffs in den Grundrechtsbereich muss umso deutlicher in der gesetzlichen Ermächtigung bestimmt wer-

den, je empfindlicher die freie berufliche Betätigung beeinträchtigt, je intensiver eine auf Dauer angelegte Lebensentscheidung des Einzelnen und das Interesse der Allgemeinheit an der Art und Weise der Tätigkeit berührt werden. Bestimmungen über Berufspflichten, die in mehr oder minder starkem Maße die freie Berufsausübung einschränken, bedürfen somit einer gesetzlichen Grundlage (ebenda, Rn. 115). Es entspricht allerdings der Natur allen Standesrechts, dass die Berufspflichten der Standesangehörigen nicht in einzelnen Tatbeständen erschöpfend umschrieben werden können, sondern in einer Generalklausel zusammengefasst sind, welche die Berufsangehörigen zu gewissenhafter Berufsausübung und zu achtungs- und vertrauenswürdigem Verhalten innerhalb und außerhalb des Berufs anhält, die nähere Bestimmung der sich hieraus ergebenden einzelnen Pflichten aber der Aufsichtspraxis der Standesorgane und der Rechtsprechung der Berufsgerichte überlässt (ebenda Rn. 116).

Danach ist es unter dem Gesichtspunkt des Gesetzesvorbehalts grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass § 4a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 BerlKaG die ärztlichen Berufspflichten generalklauselartig umschreibt und deren Konkretisierung einschließlich entsprechender Sanktionen bis hin zum Verbot eines bestimmten Verhaltens dem Satzungsrecht der Ärztekammer überlässt. Dabei kann das Standesrecht auch ein solches Verhalten verbieten, das nicht strafbar ist. Das Bundesverfassungsgericht geht hiervon in seinem Urteil zum Schwangerschaftsabbruch vom 28. Mai 1993 (– 2 BvF/90 u.a. –, juris Rn. 262) selbstverständlich aus, wenn es zur Erfüllung der Schutzpflicht für das ungeborene Leben auch unabhängig von einer strafrechtlichen Regelung bestimmte Vorschriften in den ärztlichen Berufsordnungen für erforderlich, aber auch ausreichend hält.

cc) Die gesetzliche und die satzungsmäßigen Generalklauseln reichen aber nicht als Rechtsgrundlage aus, um per Untersagungsverfügung ein zwangsgeldbewährtes Verbot für ein Verhalten ausnahmslos auszusprechen, dessen ethische Zulässigkeit in bestimmten Fallkonstellationen auch innerhalb der Ärzteschaft äußerst kontrovers diskutiert wird und dessen Verbot in diesen Ausnahmefällen intensiv in die Freiheit der Berufsausübung des Arztes und seine Gewissensfreiheit eingreift.

In seinem Kern wird das ethische Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid von einem breiten Konsens innerhalb der Ärzteschaft, aber auch in der gesamtgesellschaftlichen Diskussion getragen. Ärzte, die dem Leben und der Gesundheit der Patienten verpflichtet sind, dürfen todbringende Medikamente nicht Personen verschreiben, die im Wesentlichen körperlich und seelisch gesund sind. Dies stellt im Grundsatz auch der Kläger nicht in Frage, der auf Rechtsbehelfe gegen die Verfügung vom 29. November 2007 verzichtet hätte, wenn sie auf gesunde Personen begrenzt worden wäre (VV, Bl.

2/44 Rückseite). Ebenso besteht weitgehender Konsens darüber, dass ein Arzt todbringende Medikamente nicht psychisch kranken Personen verschreiben darf, deren Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt beeinträchtigt ist. In einem solchen Fall steht die freie Willensentschließung des Sterbewilligen in Zweifel. Derjenige, der in einem solchen Fall beim Suizid hilft, kann sich deshalb als Täter eines Tötungsdelikts strafbar machen. Überwiegend wird auch eine organisierte Beihilfe zum Suizid, wie sie „Dignitas“ jedenfalls in der Schweiz anbietet, als unethisch angesehen (Nationaler Ethikrat, a.a.O., S. 88, 100). Dies gilt umso mehr, aber nicht ausschließlich, wenn die Beihilfe zum Suizid kommerziell oder mit Gewinnerzielungsabsicht erfolgt (vgl. Verrel, a.a.O., C 116 f.; Lüttig, „Begleiteter Suizid“ durch Sterbehilfevereine: Die Notwendigkeit eines strafrechtlichen Verbots“, ZRP 2008, 58 ff.). Das VG Hamburg hat zu dieser Frage entschieden, dass die kommerziell betriebene Suizidbegleitung kein erlaubtes Gewerbe sei (Beschluss vom 6. Februar 2009 – 8 E 3301/08 –, juris Rn. 44). Durch die organisierte Suizidbeihilfe wird Handlungen, die auf die Auslöschung des eigenen Lebens gerichtet sind, der Anschein der Normalität verliehen (Nationaler Ethikrat, a.a.O., S. 89). Das Sterben wird durch Beihilfe zum Suizid gegen Entgelt kommerzialisiert (VG Hamburg, a.a.O., Rn. 46). Vor allem bieten diese Organisationen nicht die Gewähr für eine seriöse Beratung und Betreuung Sterbewilliger (Verrel, a.a.O., C 116). Soweit ein Mitglied einer solchen Organisation – selbst wenn es sich um einen Arzt handelt – den Sterbewilligen nur wenige Male persönlich trifft und keine vollständige Krankenakten zur Verfügung hat, erhöht sich das Risiko von Fehleinschätzungen hinsichtlich der Freiverantwortlichkeit und Endgültigkeit des Entschlusses zum Suizid und hinsichtlich eines irreversiblen und schweren krankheitsbedingten Leidens. Höchst strittig ist dagegen die Frage, ob ein Arzt gegen das Berufsethos verstößt, wenn er einem seiner Patienten todbringende Medikamente verschreibt, der unerträglich und irreversibel an einer Krankheit leidet und für den alternative Mittel der Leidensbegrenzung nicht in Sicht sind. In solchen Fällen sind die Meinungen auch innerhalb der Ärzteschaft geteilt. Bei einer Untersuchung aus dem Jahr 2004 sprachen sich zwar 75 Prozent der 251 befragten Palliativmediziner gegen die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung aus. In Einzelfällen konnten sich aber 30 Prozent von 282 befragten Ärzten Situationen vorstellen, in denen sie aus humanitären Gründen aktive Sterbehilfe leisten würden (Nationaler Ethikrat, a.a.O., S. 34 f.). Auch der Nationale Ethikrat selbst hat zu dieser Frage keine eindeutige Mehrheitsmeinung (ebenda, S. 84 ff., 100). Der 66. Deutsche Juristentag hat sich im Anschluss an das Gutachten von Verrel (a.a.O., C 114 ff.) dafür ausgesprochen, dass die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativme-

dizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert wird. Enger noch ist eine Auffassung, nach der in solchen Einzelfällen ausnahmsweise die Gewissenentscheidung eines Arztes, der in einer lang andauernden, engen Beziehung zum Patienten steht, respektiert und auf die Einleitung berufsgerichtlicher Verfahren verzichtet werden sollte (vgl. Nationaler Ethikrat, a.a.O., S. 87 f.; Birnbacher, Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006, S. 7, 18). Für eine solche Ausnahme sprechen sich teilweise auch diejenigen aus, die das generelle Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid aufrecht erhalten wollen (Lipp/Simon, Deutsches Ärzteblatt 2011, A 212, A 216). So ist wohl auch die Äußerung des früheren Präsidenten des Bundesärztes H. zu deuten, der in einem Interview mit dem „Spiegel“ vom 19. Juli 2010 (Ethik: „Wer helfen will, kann das tun“) sinngemäß erklärt hatte, Ärzte könnten Patienten beim Suizid etwa durch das Ausstellen eines Rezeptes helfen, ohne Angst haben zu müssen, bestraft zu werden oder die ärztliche Zulassung zu verlieren. In diesem Zusammenhang hatte er darauf hingewiesen, dass ihm außer im Fall Hackethal kein weiteres berufsgerichtliches Verfahren wegen Beihilfe zum Suizid erinnerlich sei (Streitakte, Bl. 208 ff.).

Eine solche eng begrenzte Ausnahme vom generellen Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid ist im Hinblick auf den Gesetzesvorbehalt wegen der Intensität der mit einem zwangsgeldbewährten Verbot verbundenen Einschränkung der Freiheit der Berufsausübung und der Gewissensfreiheit des betroffenen Arztes auch verfassungsrechtlich geboten. Es lassen sich gute Gründe dafür anführen, in einer Konfliktlage, in der das Gebot der Lebenserhaltung mit dem Gebot der Leidenslinderung und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Streit stehen (vgl. § 16 Satz 1 BO), die Gewissensentscheidung eines Arztes, der in einer lang andauernden, engen Arzt-Patient-Beziehung oder einer längeren persönlichen Beziehung zum Betroffenen steht, auch dann zu respektieren, wenn er sich dazu entschließt, dem Betroffenen die gewünschten Medikamente für einen Suizid zu überlassen. In dieser Situation ist eine schwierige Güterabwägung erforderlich, die nicht allein auf der Grundlage einer weit gefassten gesetzlichen Generalklausel verbindlich getroffen werden kann, sondern gegebenenfalls einer ausdrücklichen Regelung bedarf. Neben der Freiheit der Berufsausübung des Arztes streitet in diesen Konfliktlagen auch seine in Art. 4 Abs. 1 GG geschützte Gewissensfreiheit für eine Ausnahme vom generellen Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid. Das Grundrecht aus Art. 4 Abs. 1 GG schützt das Recht des Einzelnen, sein Verhalten an seiner religiösen oder weltanschaulichen Überzeugung auszurichten und dieser Überzeugung gemäß zu handeln. Die von der Verfassung gewährte Gewissensfreiheit umfasst nicht nur die Freiheit, ein Gewissen zu haben, sondern

grundsätzlich auch die Freiheit, von der öffentlichen Gewalt nicht verpflichtet zu werden, gegen Gebote oder Verbote des Gewissens zu handeln. Die Bedeutung der Bindung des Arztes an sein Gewissen bei der Berufsausübung hebt § 2 Abs. 1 Satz 1 BO hervor. Auch der Bundesgerichtshof in Strafsachen respektiert bei der Frage der Pflichten eines Arztes beim Selbstmord eines Patienten die ärztliche Gewissensentscheidung, die der Arzt in der Grenzsituation eines Konflikts zwischen der Verpflichtung zum Lebensschutz und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten trifft (BGH, Urteil vom 4. Juli 1984 – 3 StR 96/84 –, juris Rn. 34; dazu kritisch Verrel, a.a.O., C 113). Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts muss eine Landesorganisation bei ihren Anordnungen und Maßnahmen in gewissem Maße die Gewissensentscheidung eines Arztes respektieren; in entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit befinde sich der Arzt in einer unververtretbaren Einsamkeit, in der er – gestützt auf sein fachliches Können – allein auf sein Gewissen gestellt sei (BVerwG, Urteil vom 18. Juli 1967 – I C 9.66 –, juris Rn. 20; in dieser Entscheidung wird die ärztliche Gewissensfreiheit im Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit – Art. 2 Abs. 1 GG – verankert, a.a.O. Rn. 19). In späteren Entscheidungen hat das Bundesverwaltungsgericht herausgestellt, dass die Anerkennung von Gewissensgründen deren Objektivierbarkeit voraussetzt. Den an das Vorliegen eines Gewissenskonflikts zu stellenden Beweisanforderungen kann nur genügt werden, wenn gewisse objektive konkrete Anhaltspunkte dargetan und erwiesen sind, die eine echte Gewissensnot bei dem betreffenden Arzt zu motivieren vermögen (BVerwG, Beschluss vom 12. Dezember 1972 – I C 30.69 –, juris Rn. 30 f., 32). Die Konfliktlage, die im Fall eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden für den behandelnden Arzt entstehen kann, wenn der Patient seinen Sterbewilligen äußert und um Hilfe bittet, ist objektiv erkennbar. Die Entscheidung eines Arztes, seinem Patienten in einer Situation irreversiblen Leidens am Lebensende Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung zu stellen, ist umso nachvollziehbarer, je enger die Beziehung zum Patienten ist. Der Bundesgerichtshof in Zivilsachen hat dazu ausgeführt, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein starkes Vertrauen voraussetze und in starkem Maße in der menschlichen Beziehung wurzele und daher weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung sei (BGH, Urteil vom 9. Dezember 1958 – VI ZR 203/57 –, juris Rn. 19).

Das vorbehaltlos gewährleistete Grundrecht aus Art. 4 Abs. 1 GG hat seine Grenzen in den von der Verfassung selbst geschützten Rechtsgütern und Werten (zur ärztlichen Gewissensfreiheit vgl. BVerfG, Kammerbeschluss vom 11. August 1999 – 1 BvR 2181/98 u.a. –, juris Rn. 86-88). Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verpflichtet als Teil der objektiven Wertordnung den Staat dazu, das Leben

und die körperliche Unversehrtheit seiner Staatsbürger zu schützen. Diese staatliche Schutzverpflichtung kann in einen Gegensatz zum Selbstbestimmungsrecht des Rechtsträgers geraten (vgl. BVerwG, Urteil vom 27. April 1989 – 3 C 4.86 –, juris Rn. 33). Notfalls schützt die Rechtsordnung das Leben des einzelnen auch gegen dessen Willen, wie die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB zeigt. Es kann an dieser Stelle offen bleiben, ob es verfassungsrechtlich zulässig wäre, wenn der Staat die Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellen oder die ärztliche Beihilfe zum Suizid gesetzlich verbieten würde; dies würde jedenfalls nicht gegen die Europäische Menschenrechtskonvention verstoßen (vgl. den Fall des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, Urteile vom 29. April 2002 – 2346/02 – (Diane Pretty), NJW 2002, 2855 und vom 20. Januar 2011 – 31322/07 – (Haas), NJW 2011, 3773). Solange dies aber nicht geschehen ist und auch die ärztliche Ethik in dieser Frage keine eindeutige Antwort gibt, ist kein Grund dafür ersichtlich, weshalb das ärztliche Gewissen in den genannten Ausnahmefällen hinter der Auffassung der Ärztekammer zurückstehen sollte.

dd) Die Untersagungsverfügung der Beklagten lässt sich auch nicht in dem Sinne auslegen, dass sie sich nicht auf die genannten Ausnahmefälle bezieht. Ein Verwaltungsakt ist aus der Sicht eines objektiven Empfängers auszulegen (vgl. Kopp/Ramsauer, VwVfG, 12. Aufl. 2011, § 35 Rn. 55 m.w.N.). Zwar mag die Beklagte beim Erlass von Ausgangs- und Widerspruchsbescheid allein Fälle vor Augen gehabt haben, in denen der Kläger organisiert für einen Sterbehilfverein tätig wird, zumal er seit 1999 kein niedergelassener Arzt mehr ist. Eine solche Begrenzung der Untersagungsverfügung ist aber weder deren Wortlaut noch der Begründung der Bescheide zu entnehmen. Bei einer Zwangsgeldandrohung in Höhe von 50.000 Euro muss für den Adressaten einer Untersagungsverfügung völlig klar sein, welches Verhalten verboten ist und welches nicht. Insoweit wäre es dem Kläger auch nicht zuzumuten – wie von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung angeregt –, zunächst bei der Beklagten nachzufragen, ob ein vom Verbot nicht erfasster Ausnahmefall vorliegt, oder gar darauf zu hoffen, dass die Beklagte in solchen Ausnahmefällen von der Verhängung eines Zwangsgeldes absieht.

Bei den beschriebenen Ausnahmefällen handelt es sich im Zusammenhang mit der an den Kläger gerichteten Untersagungsverfügung auch nicht um eine bloß theoretische Möglichkeit, die im vorliegenden Einzelfall vernachlässigt werden könnte. Zwar ist der Kläger seit 1999 kein niedergelassener Arzt mehr, und es erscheint wenig wahrscheinlich, dass er bei seiner betriebsärztlichen Tätigkeit von Sterbewilligen angesprochen wird, zu denen er in einer lang andauernden, engen Arzt-Patient-Beziehung steht. Es ist aber keineswegs ausgeschlossen, dass der Kläger im Einzelfall unabhängig von

seiner Tätigkeit für Dignitas-Deutschland von Familienangehörigen, Freunden oder engen Bekannten mit einer irreversiblen Krankheit, die zu unerträglichem, mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu lindernden Leiden verbunden ist, um Sterbehilfe gebeten wird. Der Kläger hat auf Fragen des Gerichts in der mündlichen Verhandlung glaubhaft angegeben, dass es bereits solche Anfragen aus seinem privaten Umfeld gegeben hat.

Es besteht für die erkennende Kammer auch nicht die Möglichkeit, die Untersagungsverfügung nur insoweit für rechtswidrig zu erklären, als in Ausnahmesituationen ein Verbot ärztlicher Beihilfe zum Suizid nicht aus der Bindung des Arztes an das Berufsethos abgeleitet werden kann, und die Untersagungsverfügung für rechtmäßig zu erklären, soweit sich die Untersagungsverfügung zu Recht auf ein ethisches Verbot ärztlicher Beihilfe zum Suizid stützt. Die Untersagungsverfügung ist insoweit keiner teilweisen Erhaltung ihrer Gültigkeit zugänglich (vgl. Gerhardt in: Schoch/Schmidt-Aßmann/Pietzner, VwGO, Loseblatt Stand 2011, § 113 Rn. 33). Der Beklagten steht ein Entschließungsermessen hinsichtlich des Erlasses von Untersagungsverfügungen bei Verstößen gegen ärztliche Berufspflichten zu, in das das Verwaltungsgericht nicht einzugreifen befugt ist. Es liegt im Ermessen der Beklagten, eine enger gefasste Untersagungsverfügung zu erlassen oder nicht. Deshalb war die Untersagungsverfügung insgesamt aufzuheben. Da die Grundverfügung rechtswidrig ist, ist auch die Androhung des Zwangsgeldes hinfällig.

3. (Kostenauspruch)

4. Die Berufung war gemäß § 124 Abs. 1, 2 Nr. 3 VwGO zuzulassen, da der Frage, wieweit Berufskammern Grundsätze der Ethik auf der Grundlage von Generalklauseln verbindlich in Untersagungsverfügungen konkretisieren dürfen, grundsätzliche Bedeutung zukommt.

Anm. d. Red.:

Die Entscheidung ist nicht rechtskräftig. Die Berufung ist beim OVG Berlin-Brandenburg anhängig, Az: OVG 12 B 10.12.

Anmerkung:

Bereits nach seiner Verkündung – die schriftliche Begründung ließ ca. zwei Monate auf sich warten – wurde das vorliegende Urteil in der Presse mit vielfach unzulässig verallgemeinernden Schlagzeilen als „Piloturteil“ gefeiert. Es ist jedoch nicht rechtskräftig und in seiner Argumentation keineswegs unangreifbar. Ob es in den höheren Instanzen Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

Der Kläger des vorliegenden Verfahrens ist derselbe, der bereits beim VG Gera wegen einer ähnlichen Untersagungsverfügung (bisher erfolglos) geklagt hat (VG Gera, Urteil v. 7.10.2008 – 3 K 538/08 Ge -, ZfL 2009, 29 ff.). Mit dieser Verfügung hat ihm die Ärztekammer Thüringen alle Maßnahmen untersagt, die geeignet sind, den Tod einer Frau J. herbeizuführen, und sie in ihrem Wunsch zu sterben in irgendeiner Art zu unterstützen. Weder dürfe er ihr todbringende Mittel zur Verfügung stellen noch selbst verabreichen. Demgegenüber betrifft das vorliegende Urteil des VG Berlin (in der Sache zuletzt noch) eine Verfügung der Ärztekammer Berlin, soweit dem Kläger mit ihr untersagt worden ist, Substanzen, die allein oder in Verbindung mit anderen dazu geeignet sind, den Tod eines Menschen herbeizuführen, „an andere Patienten“ abzugeben oder in sonstiger Weise zum Gebrauch für deren beabsichtigten Suizid zu überlassen.

Das Urteil im Thüringer Fall verdient hier Beachtung, weil das VG Gera eine ausreichende Rechtsgrundlage für die angefochtene Verfügung in Vorschriften der Berufsordnung der Landesärztekammer Thüringen v. 27. März 2007 gesehen hat, die wortgleich auch die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin v. 30. Mai 2005 (BO) enthält, die dem VG Berlin jedoch zur Begründung eines ausnahmslosen Verbots der Beihilfe zum Suizid nicht genügen. Mit unterschiedlicher Begründung stimmen beide Urteile jedoch im Ergebnis darin überein, dass die jeweils geltenden Berufsordnungen es erlauben, Ärzten zu verbieten, Personen Suizidbeihilfe zu leisten, die im Wesentlichen körperlich und seelisch gesund sind.

Für das VG Gera ergab sich die nicht ausdrücklich normierte Verpflichtung des Arztes, einem körperlich und geistig gesunden Menschen die von diesem gewünschte Unterstützung bei einem Sterbewunsch zu verweigern, aus dem systematischen Zusammenhang zitierter Vorschriften der Berufsordnung. Entscheidend argumentiert hat es dabei mit dem ausdrücklichen Verbot, das Leben des Sterbenden aktiv zu verkürzen (§ 16 Satz 2). Dieses Verbot gelte „erst recht“ im Fall eines Patienten, bei dem der Sterbeprozess nicht eingesetzt hat, der vielmehr körperlich und geistig gesund ist (aaO. S. 33). Diese Auffassung teilt das VG Berlin ausdrücklich nicht. Gegen sie spreche, dass sich die einschlägige Vorschrift (§ 16 Absatz 1 Satz 2 BO) nach Wortlaut und Systematik auf die strafbare aktive Sterbehilfe beziehe. Diese Begründung überzeugt jedoch nicht. Dass der Arzt das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen darf, schließt zwar nach dem Wortlaut primär die aktive Sterbehilfe aus, bei welcher der Arzt Haupttäter ist. Sie lässt sich zwanglos jedoch auch dahin verstehen, dass dem Arzt jede aktive Mitwirkung an der Verkürzung des Lebens – auch in Form der Beihilfe – verboten sein soll. Diese – für das VG Gera offenbar selbstverständliche – weitere Auslegung entspricht der mit dem Hippokratischen Eid

übernommenen, für den Großteil der Ärzteschaft heute noch selbstverständlichen Verpflichtung, „niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift (zu) geben und auch keinen Rat dazu (zu) erteilen.“ Weshalb die Systematik der Vorschrift eine engere Auslegung gebieten soll, begründet das Gericht mit keinem Wort. Unter dem Überschrift „Beistand für den Sterbenden“ regelt § 16 BO über das Verbot der aktiven Verkürzung des Lebens hinaus lediglich, unter welchen Voraussetzungen der Arzt auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten darf. Dass diese Regelung für eine Beihilfe zum Suizid Raum lassen könnte, ist nicht ersichtlich.

Auch das VG Berlin geht jedoch letztlich vom Bestehen eines „generellen Verbot(s) der ärztlichen Beihilfe zum Suizid“ aus. Allerdings sei eine „eng begrenzte Ausnahme“ hiervon geboten. Dabei bedient sich das Gericht einer fragwürdigen Argumentation. Die gesetzlichen und satzungsmäßigen Generalklauseln sollen zwar ein grundsätzliches Verbot stützen können. Dessen Begründung und Grenzen sollen sich jedoch danach richten, ob und inwieweit über dieses Verbot innerhalb der Ärzteschaft, aber auch in der gesamtgesellschaftlichen Diskussion ein breiter bzw. „weitgehender Konsens“ besteht, eine (organisierte) Beihilfe zum Suizid „überwiegend“ als unethisch angesehen wird oder ob eine Frage „höchst strittig“ ist. Mit dieser Argumentationsweise begibt sich das Gericht selbst auf schwankenden Boden, nachdem es zuvor eine Bezugnahme auf die Grundsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung als nicht genügend bezeichnet hat, weil sie weder Rechtsklarheit noch Rechtssicherheit bewirkten.

Für eine Ausnahme vom generellen Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid, so das Urteil, streite auch die in Art. 4 Abs. 1 GG geschützte Gewissensfreiheit. Dieses vorbehaltlos gewährleistete Grundrecht hat, wie auch das Gericht bemerkt, seine Grenzen in den vom Grundgesetz selbst geschützten Rechtsgütern und Werten, zu denen das unverfügbare Recht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) gehört. Zum Schutz dieses Rechts stellt das Gesetz die Tötung eines Menschen auch auf sein Verlangen hin unter Strafe (§ 216 StGB). Im Einklang mit der Europäischen Menschenrechtskonvention, nach welcher jede Person das Recht auf Gewissensfreiheit hat (Art. 9 Abs. 1 S. 1), sieht der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in der im Urteil zitierten Entscheidung sogar ein gesetzliches Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid. Dass es jedoch gegen die Gewissensfreiheit verstoßen soll, die ärztliche Suizidbeihilfe wenigstens standesrechtlich generell zu verbieten

und dieses Verbot auch gegenüber einem namhaften Sterbehelfer zu konkretisieren, kann nicht überzeugen. Das ärztliche Gewissen bedarf der Orientierung an klaren und eindeutigen standesethischen Vorgaben. Wo diese Klarheit verloren geht, indem damit begonnen wird, vom Verbot der ärztlichen Mitwirkung am Suizid „eng begrenzte Ausnahmen“ zu machen, zeigt die Erfahrung, dass es bei diesen Ausnahmen nicht bleibt und als „Gewissensentscheidung“ gerechtfertigt wird, was Ärzte mit einem dehnbaren Gewissen meinen verantworten zu können.

Zweifel an der Richtigkeit des vorliegenden Urteils bestehen auch, soweit das Gericht die angefochtene Untersagungsverfügung insgesamt aufgehoben hat, obwohl sie sich nach seiner Auffassung bis auf genannte Ausnahmefälle zu Recht auf ein ethisches Verbot ärztlicher Suizidbeihilfe stützt. Denn es kann wohl ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die beklagte Ärztekammer dem Kläger bei Kenntnis der Rechtsauffassung des Gerichts die Suizidbeihilfe zumindest für den Regelfall untersagt hätte.

Wie das Verwaltungsgericht zu Recht ausgeführt hat, kommt dem in die Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer im Juni 2011 eingefügten Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe keine Rechtsverbindlichkeit zu. Inzwischen sind jedoch alle Ärztekammern, die ihre Berufsordnungen seither geändert haben, mit Ausnahme der Ärztekammern von Bayern, Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein der Empfehlung des Deutschen Ärztetags 2011 gefolgt, ausdrücklich in § 16 festzustellen, dass Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen. Es sind dies die Ärztekammern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Sachsen, Thüringen und Westfalen-Lippe. Die übrigen fünf Ärztekammern, unter ihnen Berlin, haben ihre Berufsordnungen seit Juni 2011 noch nicht novelliert. Sollte auch die Ärztekammer Berlin die in der Muster-Berufsordnung enthaltene Formulierung in ihre Berufsordnung übernehmen, wäre auch dort eine neue Rechtsgrundlage für ein uneingeschränktes Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe gegeben.

Die deutsche Ärzteschaft täte sich und ihrer Standesethik einen Bärendienst, wenn sie sich auf den im Urteil des VG Berlin gewiesenen Weg begeben würde und wenn sie sich bereit fände, Erwartungen zu entsprechen, wie sie beispielsweise durch den Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz für ein „Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ genährt werden.

VRiaVG a. D. Bernward Büchner, Freiburg

LG Coburg: Versuchter Mord in Tateinheit mit versuchtem Schwangerschaftsabbruch

StGB §§ 211; 218 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1; 223 Abs. 1; 224 Abs. 1 Nrn. 1, 3 und 5; 22; 52 StGB.

Urt. v. 21. März 2011, Aktenzeichen: 1 Ks 105 Js 2850/08

Zum Sachverhalt:

A. Vorspann

Der Angeklagte, damals chirurgischer Oberarzt in der Frankenwaldklinik Kronach, löste mindestens drei Mal, nämlich am Abend des 21.6.2007 bzw. der anschließenden Nacht, ferner in den ersten Stunden des 26.6.2007 sowie bei einem weiteren Treffen in seiner Wohnung am 12., 13., 16. und 17.6.2007 eine jeweils nicht genau bestimmbare Zahl von Tabletten eines die Blutgerinnung hemmenden Medikaments mit dem Wirkstoff Phenprocoumon (z. B. Marcumar) in dem Tee seiner von ihm schwangeren Geliebten, G., die in derselben Klinik als OP-Schwester angestellt war. G. die hiervon nichts mitbekommen hatte, trank von dem Tee. Dies führte dazu, dass die Blutgerinnung bei ihr und dem Fötus nahezu ausgeschaltet war. Die Blutgerinnung wurde anlässlich der Einlieferung in die Frankenwaldklinik Kronach wegen Rückenbeschwerden in der Nacht vom 26. auf den 27.6.2007 (38. Schwangerschaftswoche) mit überprüft. Insbesondere im Falle der Geburt bestand die Gefahr, dass Mutter und Kind verbluten. G. mit dem Hubschrauber in die Universitätsklinik Erlangen verlegt und dort behandelt. Am 11.7.2007 brachte sie per Kaiserschnitt ein gesundes Kind, K., zur Welt. Der Angeklagte wollte durch sein Verhalten erreichen, dass das gemeinsame Kind bei der Geburt stirbt. Ihm ging es darum zu verhindern, dass seine in der Nähe von Schmalkalden in der Ehewohnung lebende Ehefrau, mit der er bereits eine Tochter hatte, von seinem außerehelichen Verhältnis und der Vaterschaft erfährt, zumal er zum 1.7.2007 eine Stelle als Oberarzt in der Klinik in Schmalkalden antreten und nach mehrjähriger Wochenendbeziehung wieder vollständig zu seiner Familie ziehen wollte. Der Angeklagte nahm zudem billigend in Kauf, dass auch G. bei der Geburt oder auch unabhängig davon durch eine im Alltag zugezogene Verletzung versterben konnte, Er wählte die Beibringung des Phenprocoumon-Medikaments in Tee, damit G. hiervon nichts merkt.

Der Angeklagte bestreitet die Tat und macht geltend, G. habe sich das Medikament selbst beigebracht, um auf diesem Weg an ihn zu appellieren, dass er sie nicht verlasse, sondern Kontakt zu ihr und dem gemeinsamen Kind halte. Andernfalls komme auch noch eine Verwechslung in der Cranach Apotheke in Kronach zwi-

schen Marcumar und dem von G. dort gekauften und eingenommenen Schüssler Salz Nummer 7 „Magnesium Phosphoricum“ in Betracht. Er scheidet schließlich auch deshalb als Täter aus, weil er als kompetenter Arzt kein so untaugliches Mittel wie Marcumar eingesetzt hätte; schließlich sei einer unzureichenden Blutgerinnung bis zur errechneten Geburt zwischen dem 11. und dem 14.7.2007 doch leicht entgegenzuwirken gewesen. Der Tee habe bitter geschmeckt, weil er teilweise Kalmus (nicht - wie von G. falsch wiedergegeben - Kampfer) beigegeben hätte.

Die Kammer ist demgegenüber u.a. aufgrund der nachstehenden Umstände von der Täterschaft des Angeklagten überzeugt: Der Angeklagte verlangte zuerst von G. die Abtreibung. Als sie dem nicht nachkam, ging er dazu über, ihr bei jedem Treffen Tee zu kochen. Dabei hielt er sie an, in der Schwangerschaft hiervon viel zu trinken. Der Tee schmeckte teilweise bitter, was mit dem Geschmack von aufgelöstem Marcumar in Einklang steht. Sogar der Fenchel-Anis-Kümmel-Tee, den bei einem Treffen in der Nacht vom 25. auf den 26.6.2007 erstmals G. selbst kochte und dessen Geschmack ihr vertraut war, schmeckte, als sie ihn nach kurzzeitiger Abwesenheit probierte, bitter, und zwar in besonderem Maße. Die Untersuchungsbefunde (Phenprocoumon-Gehalt im Blut, Gerinnungswerte, Phenprocoumon-Nachweis in der Haarprobe) lassen sich plausibel mit der beschriebenen Beibringung des Phenprocoumon-Medikaments im Tee erklären. Schon am 7.5.2007 hatte der Angeklagte kräftig in einem mit kaltem Tee der G. gefüllten Messbecher, der sich in der Küche des OP-Bereichs der Frankenwaldklinik befand, gerührt und war hierbei von der OP-Schwester S. überrascht worden. Als G. von der Klinik in Erlangen aus den Angeklagten telefonisch darüber informierte, dass die Polizei ermittele, sagte er mit Blick auf die Klinikärzte: „Diese Schweine schalten die Polizei ein!“ Der Angeklagte verlangte daraufhin von G. sie solle der Polizei seinen Namen nicht nennen und sagen, sie hätten sich zuletzt im Januar 2007, bzw. wenigstens, sie hätten sich zuletzt im April 2007 gesehen, weil er einen Zeitraum nennen wollte, der für die Vergiftung bedeutungslos war. Auf die Frage von G. in einem weiteren Telefonat, ob er ihr das Marcumar beigebracht habe, antwortete der Angeklagte sinngemäß: „Du wirst doch nicht abgehört?“ Das Phenprocoumon-Medikament war auch nicht von vorneherein ungeeignet, den Tod des Embryos herbeizuführen. Der Angeklagte erfuhr am 20.6.2007, dass das Kind gegebenenfalls früher kommen würde, und ging von der vollen Wirkung von Marcumar eine Woche nach der Einnahme aus. Während Phenprocoumon auch in den Blutkreislauf des Fötus gelangt, passiert das „Gegenmittel“ Vitamin K kaum die Plazentaschranke, weswegen die Blutgerinnung des Kindes schwerer zu stabilisieren ist als die der Mutter.

Die Kammer ist ferner davon überzeugt, dass G. das Phenprocoumon-Medikament nicht bewusst selbst ein-

nahm, weder in suizidaler noch in appellativer Absicht, dass auch eine Verwechslung in der Apotheke und mithin die versehentliche Selbsteinnahme als Schüssler Salz ausscheidet und dass zuletzt auch die Beibringung durch eine sonstige Person nicht in Betracht kommt.

C. Die Tat

I. Medizinischer und pharmazeutischer Hintergrund

Kampfer ist ein wachsartiges ätherisches Öl und schmeckt nicht bitter, sondern intensiv mentholartig. Er wird durchaus in oder als Tee getrunken. Er wirkt unter anderem menstruationsfördernd und wehenauslösend und sollte daher in der Schwangerschaft gemieden werden.

Kalmus ist eine Sumpfpflanze, deren Wurzelstock unter anderem in der Naturheilkunde verwendet wird. Zur Teezubereitung wird eine Menge von 1,5g (entspricht etwa einem halben Teelöffel) Kalmuswurzel für 200 ml Tee und eine Ziehzeit von drei bis fünf Minuten empfohlen. Der Geschmack ist bei dieser Dosierung und sechsminütigem Ziehenlassen zusammen mit je einem Teebeutel Kräuter-, Fenchel- oder Schwarztee leicht seifig. Bei Überbrühen von 16 g Kalmuswurzel mit einem kochenden Liter Wasser schmeckt der Tee nach acht Minuten (schwach) bitter. Kalmus wird gegen Magenbeschwerden eingesetzt. Er wirkt kanzerogen und in der Schwangerschaft fruchtschädigend.

Schüssler Salze werden in der Homöopathie eingesetzt und bestehen aus Mineralsalzen und Milchzucker. Sie schmecken neutral bis allenfalls leicht süßlich und werden entweder gelutscht oder in Wasser aufgelöst getrunken. Das Schüssler Salz mit der Nummer 7 ist „Magnesium Phosphoricum“.

Phenprocoumon ist ein Wirkstoff, der zur Herabsetzung der Gerinnbarkeit des Blutes in der Medizin therapeutisch eingesetzt wird. Es wirkt auf die Blutgerinnung dadurch ein, dass es in der menschlichen Leber mit dem Vitamin K in Konkurrenz um dessen Bindungsstelle tritt (Vitamin-K-Antagonist). Vitamin K seinerseits ist erforderlich, damit in der Leber die Blutgerinnungsfaktoren II, VII, IX und X sowie auch die gerinnungshemmenden Faktoren Protein C und Protein S gebildet werden können. Je höher der Spiegel von Phenprocoumon im Blut und je niedriger der Spiegel von Vitamin K im Blut ist, desto stärker wird die Bildung der genannten Faktoren gehemmt.

Phenprocoumon wird in Tablettenform eingenommen. **Phenprocoumon-Tabletten** wurden im Jahr 2007 in Deutschland unter folgenden Marken vertrieben: Marcumar (Firma MEDA Pharma), Marcuphen-CT (Firma CT Arzneimittel), Phenprogamma (Firma Wörwag Pharma) und Phenpro.-ratiopharm (Firma Ratiopharm), Falithrom/Falithrom mite (Firma Hexal). Außer Falithrom mite mit einem Wirkstoffgehalt

von 1,5 mg enthalten alle Präparate pro-Tablette 3 mg Phenprocoumon: Marcuphen, Phenprogamma und Phenpro.-ratiopharm enthalten zudem die gleichen Hilfsstoffe. Bei Falithrom handelt es sich im Gegensatz zu allen anderen Phenprocoumon-Tabletten um Filmtabletten. Die Fetzen des in Wasser unlöslichen Films sind in Tee gut sichtbar.

Marcumar einerseits und die inhaltsgleichen Präparate Marcuphen, Phenprogamma und Phenpro.-ratiopharm andererseits haben Teilungslinien zur einfachen Zerkleinerung der Tabletten. Sie weisen ferner eine vergleichbare Wasserlöslichkeit auf: Bei einer Auflösung von fünf Phenprocoumon-Tabletten in 200 ml Tee werden 7,4% bis 11,7% des Phenprocoumons direkt im Tee gelöst. Der Rest verbleibt gebunden an die in feine Partikel zerteilte weißliche Grundsubstanz der Tabletten. Diese Partikel sedimentieren allmählich am Boden des Gefäßes, sind aber auch, solange sie in der Schwebe sind, in einer weißen Tasse nicht zu sehen. Die feinen Partikel werden beim Trinkvorgang sehr leicht aufgewirbelt und bei langsamem Ausgießen mit ausgespült, mithin bei Trinken mit aufgenommen. Löst man gesondert jeweils fünf Tabletten Marcumar, Marcuphen, Phenprogamma und Phenpro.-ratiopharm in einer Menge von je 200 ml Kräuter-, Fenchel- oder Schwarztee, schmecken alle Präparationen stark bitter. Dieser Geschmack wird jedoch erst wahrgenommen, wenn der Tee zum hinteren Teil der Zunge gelangt, wo sich die Geschmacksknospen für „bitter“ befinden. Gleichwohl ist es je nach subjektivem Geschmacksempfinden durchaus vorstellbar, eine Menge von beispielsweise einem Liter dieses Tees zu trinken. Die Zugabe von Zucker mildert den bitteren Geschmack ab. Beim Zerbeißen oder Lutschen einer Marcumar-Tablette zeigt sich ein sehr bitterer und unangenehmer Geschmack, sobald das Material der zerteilten Tablette in Speichel gelöst den Zungengrund erreicht.

Die **therapeutische Dosis** liegt regelmäßig bei drei Tabletten (mit je 3 mg Phenprocoumon) am ersten Tag, zwei Tabletten am zweiten Tag und je einer Tablette an den Tagen drei und vier. Die Plasmaeliminationshalbwertszeit, also die Zeitspanne, bis die Hälfte des zu Beginn vorhandenen Medikamentenspiegels abgebaut wird, beträgt 4 bis 6 Tage, nach den Gebrauchs- und Fachinformationen sogar ca. 6,5 Tage. Deswegen ist für die Aufrechterhaltung eines gleichbleibenden Wirkspiegels dann eine Erhaltungsdosis von einer halben bis zu eineinhalb Tabletten pro Tag ausreichend.

Ein Teilbereich der Blutgerinnung, namentlich das Wirken der Gerinnungsfaktoren II, VII und X, deren Spiegel (neben dem Faktor IX) durch Phenprocoumon herabgesetzt wird, kann durch den sogenannten **Quickwert** bestimmt werden. Normal ist ein Quickwert von 70% bis 100%. Ein aus therapeutischen Gründen herabgesetzter Quickwert liegt zwischen 20% und 35%. Ein Quickwert von 50% bedeutet, dass das Blut

der untersuchten Person gleich schnell gerinnt wie das der Norm-Person mit einem Quickwert von 100%, deren Blutplasma im Verhältnis 1:1 (1 Teil Blut und 1 Teil Verdünnungslösung) verdünnt wurde. Bei einem Quickwert von < 5% kommt es bei der Untersuchung überhaupt nicht zur Bildung eines Blutgerinnsels, die betreffenden Gerinnungsfaktoren sind praktisch ausgeschaltet.

Wenn eine überschießende Phenprocoumon-Wirkung vorliegt, drohen Blutungen. Je nach Dringlichkeit bestehen drei **therapeutische Möglichkeiten**: Erstes kann die Einnahme von Phenprocoumon abgesetzt werden. Zweitens kann Vitamin K gegeben werden. Drittens können Gerinnungsfaktorenkonzentrate zugeführt werden, namentlich PPSB. Darin sind die Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren konzentriert.

II. Die Vorgeschichte

Nachdem der Angeklagte als Chirurg in der Frankwaldklinik Kronach und G. als dortige OP-Schwester Ende 2002 beruflich aufeinander getroffen waren, lernten sie sich im Frühjahr 2003 auch privat kennen. Ab Juni 2003 hatten sie eine sexuelle Beziehung. Die Treffen fanden immer in der Wohnung des Angeklagten im Schwesternwohnheim unmittelbar neben der Klinik statt, und zwar in der Regel abends. Der Angeklagte erzählte G., dass er verheiratet und Vater einer Tochter ist. Er ließ keinen Zweifel daran, dass er seine Familie nicht verlassen werde. Für den Angeklagten war das Verhältnis mit G. vorrangig sexueller Natur, wobei überwiegend er bestimmte, wann sie sich trafen, wann sie - über regen SMS-Verkehr hinaus - telefonierten und wie lange G. in seiner Wohnung bleiben durfte. In der Beziehung gab es mehrere Krisen und auch eine Unterbrechung von August 2004 bis Ende 2004, weil G. erfahren hatte, dass der Angeklagte im August 2004 parallel eine weitere sexuelle Affäre mit der Zeugin Z., medizinisch technische Assistentin in der Frankwaldklinik, hatte.

Im Jahr 2006 setzte G. die Pille ab, ohne den Angeklagten hiervon zu unterrichten. Sie wünschte sich ein Kind vom Angeklagten, den sie liebte. Am 3.8.2006 erfuhr sie durch einen Schwangerschaftstest, dass sie (vom Angeklagten) schwanger war, verlor den Embryo aber am 6.8.2006 bei aufgetretenen Blutungen.

III. Das Geschehen von Oktober 2006 bis zum Morgen des 26.6.2007

Im Oktober 2006 war G. erneut vom Angeklagten schwanger. Dies teilte sie ihm am 14.11.2006 telefonisch mit. Er erklärte, dies sei das Schlimmste, was passieren können. Sie dürfe das Kind nicht bekommen und müsse es abtreiben. Der Angeklagte wollte unbedingt verhindern, dass seine Frau von dem Kind erfährt und seine Ehe gefährdet wird. Er drohte mit Liebesent-

zug, wenn sie das Kind nicht abtreibe. Sie nahm daraufhin den Pflichttermin bei der Schwangerschaftsberatung wahr und vereinbarte einen Abtreibungstermin in Nürnberg. Anfang Dezember übergab der Angeklagte seiner Geliebten einen Betrag von 300 bis 400 € für die Abtreibung. Am Tag des Abtreibungstermins in der Zeit zwischen dem 27. und 29.12.2006 begab sich G. nicht dorthin, weil sie das Kind behalten wollte und sich darauf freute. Als der Angeklagte, der extra telefonisch bei ihr nachfragte, dies erfuhr, war er erbost und legte auf. Nach der Rückkehr aus seinem Urlaub gab ihm G. am 8. oder 9.1.2007 das Geld zurück. Die Abtreibungsfrist war nunmehr abgelaufen.

In der Folgezeit intensivierte der Angeklagte den Kontakt. Sie trafen sich häufiger als vorher, nämlich jetzt etwa drei bis viermal pro Woche. Während es früher Wein oder Bier zu trinken gegeben hatte, kochte der Angeklagte jetzt bei jedem Treffen Tee. Er verwendete Teebeutel mit Kräuter-, Fenchel- oder Früchtetee. Der Tee war beim Eintreffen der Geliebten immer schon in einer Teekanne mit einem Fassungsvermögen von ca. einem Liter fertig zubereitet. Der Angeklagte hielt G. an, in der Schwangerschaft viel zu trinken, und schenkte mehrfach nach. Aus weißen Kaffeebechern mit einem Füllvermögen von zumindest 200 ml trank G. regelmäßig drei bis vier Tassen Tee.

Auch am Arbeitsplatz trank G. Tee. Diesen kochte sie sich in der Küche des OP-Bereichs, in den man nur in der (grünen) Operationskleidung hinein durfte, selbst und bewahrte ihn in einem ein Liter großen Messbecher auf. Am 7.5.2007 kurz vor 8.30 Uhr rührte der Angeklagte in der Küche des OP-Bereichs einen nicht näher bestimmbar, aber - zumindest aus Sicht des Angeklagten - für das ungeborene Kind gesundheitsschädlichen Stoff in den Tee seiner Geliebten. Wenn es sich hierbei um ein Phenprocoumon-Medikament handelte, lag die Menge entweder allenfalls im Bereich der therapeutischen Initialdosis (2-3 Tabletten) oder G. trank den Tee nicht vollständig. Der Angeklagte wurde beim längeren kräftigen Rühren in dem kalten Tee von der OP-Schwester X. überrascht. Sie sprach ihn an, ob er Durst habe, er könne bestimmt etwas von G.s Tee trinken. Der Angeklagte wurde daraufhin rot im Gesicht, hielt eine Hand ungewöhnlich über die Kitteltasche und trug den Messbecher mit Tee seitlich durch die Küche, als wolle er etwas verdecken. Der Tee wies eine leichte, kalkig aussehende Trübung auf. Als X. kurz darauf den Löffel abschleckte, stellte sie fest, dass der Tee nicht süß schmeckte.

Der 7. und 8.5.2007 waren im Übrigen die letzten Tage, an denen G. in der Frankwaldklinik arbeitete. Davor war sie vom 23.4. bis zum 4.5.2007 und danach vom 9.5. bis zum 1.6.2007 arbeitsunfähig krankgeschrieben, ab 2.6.2007 in Mutterschutz.

Der Tee, den der Angeklagte in seiner Wohnung für G. zubereitete, schmeckte teilweise unangenehm bit-

ter bzw. eklig, weswegen sie mitunter Zucker hinzufügte. Sie sprach den Angeklagten mehrfach auf den Geschmack an. Er erklärte ihr entweder, sie würde in der Schwangerschaft falsch schmecken, oder, der Geschmack komme von einem zusätzlichen Stoff, den er beigemischt habe; dies sei gut für sie. Ob der Angeklagte als zusätzlichen Stoff „Kampfer“ oder „Kalmus“ nannte, war nicht aufklärbar. G. vertraute dem Angeklagten als Geliebtem und Arzt und trank weiter.

Vor der Feststellung der Gerinnungsstörung bei G., traf sie sich mit dem Angeklagten im Juni (Anfang des Monats war er beruflich ortsabwesend) am 12., 13., 15., 16., 17. und 21.6.2007 jeweils abends bzw. in der Nacht auf den nächsten Tag in dessen Wohnheimwohnung, wobei er jedes Mal wieder Tee servierte, von dem sie jeweils drei bis vier Tassen trank. Bei diesen Gelegenheiten schmeckte der Tee jedenfalls bei dem Besuch am 21./22.6.2007 und bei einem der weiteren Treffen bitter.

Am 20.6.2007 erfuhr G. von ihrer Frauenärztin, F., dass das Baby angesichts der Wehentätigkeit früher als zum errechneten Geburtstermin in der Zeit zwischen dem 11. und 14.7.2007 kommen könnte; bei einer Steigerung der Wehen solle sie direkt den Kreißsaal aufsuchen. Mit SMS vom 20.6.2007 teilte G. dem Angeklagten die Möglichkeit der anstehenden Geburt mit.

Am 21.6.2007 teilte der Angeklagte G. mit, dass er Kronach am nächsten Tag verlassen würde. Hintergrund war sein beruflicher Wechsel zum 1.7.2007 als Oberarzt an das Kreiskrankenhaus Schmalkalden. Zum Abschied schenkte er ihr eine Lederkette mit einem Herz. Er erklärte ihr, sie würden Freunde und in Kontakt bleiben. Am Abend des 25.6.2007 feierte der Angeklagte, ohne dass G. hiervon wusste, in Kronach mit Kollegen seinen Ausstand. Danach kündigte er überraschend seinen Besuch - erstmals in ihrer Wohnung - an und schrieb ihr am 26.6.2007 um 0.57 Uhr eine SMS mit dem Inhalt: „Du musst uns aber einen Tee kochen!“ Sie bereitete darauf hin einen Tee aus Teebeuteln mit dem Gemisch Fenchel-Anis-Kümmel. Nach dem Eintreffen des Angeklagten war sie zwischenzeitlich auf der Toilette. Anschließend saßen sie beisammen und G. probierte aus einer Tasse, die innen weiß und etwa so groß wie die Tassen des Angeklagten war, den Tee, dessen Geschmack ihr an sich geläufig war. Er schmeckte jedoch außergewöhnlich bitter. Auf Vorhalt kostete der Angeklagte von dem Tee und erklärte, sie schmecke in der Schwangerschaft falsch. G. trank daraufhin weiter, brachte wegen des besonders bitteren Geschmacks diesmal aber nur eine Tasse herunter. Bei dem Treffen in den frühen Stunden des 26.6.2007 hatten der Angeklagte und G. Geschlechtsverkehr. Dabei kam es bei G. zu einer vaginalen Schmierblutung. Sie wies den Angeklagten darauf hin, dass sie blutete. Er kümmerte sich jedoch nicht darum, zog sich an und verabschiedete sich mit dem Hinweis, sie würden Freunde bleiben und sie könne ihn immer anrufen.

IV. Die eigentliche Tat

Tatsächlich löste der Angeklagte bei den Treffen mit G. mindestens drei Mal, nämlich am Abend des 21.6.2007 bzw. der anschließenden Nacht, ferner in den ersten Stunden des 26.6.2007 sowie mindestens bei einem der weiteren Treffen in seiner Wohnung am 12., 13., 15., 16. und 17.6.2007 eine jeweils nicht genau bestimmbare Zahl von Tabletten eines Phenprocoumon-Medikaments in dem Tee auf, namentlich Marcumar, Marcuphen, Phenprogamma oder Phenpro-ratiopharm. Der Tee schmeckte deswegen bitter. Die Dosierung des Medikaments im Tee war am 26.6.2007 am höchsten. Ansonsten lässt sich die Menge insoweit eingrenzen, als der in der Blutprobe vom 27.6.2007 gemessene Phenprocoumon-Spiegel von 5.913 ng/ml beispielsweise von G. erreicht worden wäre mit einer einmaligen Aufnahme am 21.6.2007 im Bereich von 25 bis 40 Tabletten oder auch mit einer gleichbleibenden Zufuhr bei den sechs Treffen am 12., 13., 15., 16., 17. und 21.6.2007 in der Größenordnung von je 8 bis 16 Tabletten.

Möglicherweise fügte der Angeklagte auch dem Tee, den er bei den übrigen Treffen am 12., 13., 15., 16. und 17.6.2007 servierte, dieses Präparat hinzu. Eine Aufnahme von Phenprocoumon durch G. in der Zeit vor Juni 2007 lässt sich nicht feststellen, ist aber möglich, dann allerdings allenfalls sporadisch jeweils im Abstand von Wochen oder in sehr niedrigen (subtherapeutischen) Dosen. Durch die beschriebene Beibringung von Phenprocoumon in der Zeit zwischen dem 12. und 21.6.2007 wurde die Blutgerinnung bei G. wie folgt beeinträchtigt: Die Quickwerte nach Blutentnahmen am 27.6.2007 mit Laboreingang um 4.07 Uhr, 7.01 Uhr, 9.27 Uhr sowie um 13.03 Uhr lagen jeweils unter 5 %. Im letztgenannten Fall wurden zusätzlich die Aktivitäten der einzelnen Gerinnungsfaktoren bestimmt. Der Faktor II lag bei 3% (Normwert: 65-130 %), Faktor VII bei 3 % (Normwert: 70-140 %), Faktor IX bei 6 % (Normwert: 60-160 %) und Faktor X bei 2 % (Normwert: 65-125 %). Das Blut war damit praktisch ungerinnbar aufgrund eines extremen Mangels an Vitamin-K-abhängigen Einzelfaktoren. Die zusätzliche Aufnahme von Phenprocoumon im Tee am 26.6.2007 fand in diesen Werten keinen Niederschlag, weil Phenprocoumon frühestens nach zwei bis drei Tagen und am stärksten nach vier bis fünf Tagen auf die Gerinnungsfaktoren wirkt.

Eine bei G. ebenfalls am 27.6.2007 entnommene Blutprobe ergab einen Phenprocoumon-Gehalt von 5.913 ng/ml. In diesem Wert ist die Aufnahme vom 26.6.2007 enthalten, denn im Blut erreicht die Phenprocoumon-Konzentration bereits vier Stunden nach der Aufnahme ihren Höhepunkt.

Beim Embryo war die Blutgerinnung in vergleichbarem Maße beeinträchtigt wie bei der Mutter, denn Phenprocoumon gelangt ohne Weiteres auch in den Blutkreislauf des Kindes.

Die Blutgerinnung war so nachhaltig gestört, dass trotz Behandlung ab dem 27.6.2007 mit Vitamin K und PPSB-Konzentrat erst ab dem 5.7.2007 die Quickwerte bei G. auf über 70% stabilisiert werden konnten. Ohne Therapie hätte die Gerinnungsstörung über den 5.7.2007 hinaus noch viele Tage weiter bestanden, jedenfalls noch am 11.7.2007. Am Tag der Entbindung am 11.7.2007 wurde bei G. morgens um 8.34 Uhr ein Quickwert von 96% gemessen und Werte für einzelne Gerinnungsfaktoren wie folgt: Faktor II: 88 %, Faktor VII: 157 %, Faktor X: 100 %. In der bei der Entbindung entnommenen Blutprobe aus der Nabelschnur konnte noch immer Phenprocoumon in einer Konzentration von 297 ng/ml. gemessen werden. Die Gerinnungsanalyse des Kindsblutes am 11.7.2007 ergab einen Quickwert von 73 % und folgende Einzelfaktoren: Faktor II: 44 %, Faktor VII: 41 %, Faktor IX: 29 % und Faktor X: 50 %. Dies bedeutet, dass die Blutgerinnung beim Kind anhaltender gestört war als bei der Mutter. Vitamin K passiert (im Gegensatz zu seinen Antagonisten) nur sehr schlecht die Plazenta; eine Vitamin-K-Gabe verbessert die Blutgerinnung bei der Mutter, aber kaum beim ungeborenen Kind.

Bei dem Quickwert von unter 5 % bestand sowohl für G. als auch für das ungeborene Kind akute Lebensgefahr bei der Geburt. Für die Mutter gilt dies insbesondere mit Blick auf die im Rahmen der Geburt ablaufende Ablösung der Plazenta, bei der eine große Wundfläche entsteht und riesige Blutmengen in kürzester Zeit verloren gehen können. Aufgrund der Gerinnungsstörung hätte G. innerhalb von weniger als 10 Minuten verbluten können. Außerdem bestand das Risiko einer massiven Hirnblutung, weil es bei Presswehen im Rahmen einer Spontangeburt zu Blutdruckspitzen kommt. Wäre die Gerinnungsstörung nicht erkannt worden, wäre G. somit angesichts der praktischen Ungerinnbarkeit des Blutes bei einer normalen Geburt mit hoher Wahrscheinlichkeit verblutet. Bei einer Geburt direkt nach Einlieferung in die Frauenklinik der Universität Erlangen und in Kenntnis des Gerinnungsproblems wäre das Risiko des Verblutens trotz der Behandlung mit PPSB und Blutkonserven immer noch erheblich gewesen, in einer Klinik der Versorgungsstufe wie der Frankenwaldklinik Kronach noch deutlich größer als in der spezialisierten Universitätsklinik. Unabhängig von dem Ereignis der Geburt bestand jederzeit im Alltag die Gefahr, dass G. infolge der Verletzung eines Blutgefäßes eine lebensbedrohliche Blutung erleidet. Zwar kommt eine kleine Blutung, wie sie etwa bei der Akupunktur, der Blutabnahme oder einer oberflächlichen Verletzung entstehen kann, auch mit derart schlechten Gerinnungswerten, wie sie bei G. vorlagen, zum Stillstand. Erheblichere Verletzungen oder solche an Stellen, an denen bereits der erhöhte Blutaustritt Probleme bereitet, bergen indes Lebensgefahr. So konnte beispielsweise das Platzen eines kleineren Blutgefäßes im Kopf, wie

dies beim Pressen auf der Toilette vorkommt (aber bei ordnungsgemäßer Blutgerinnung regelmäßig unproblematisch ist), lebensbedrohliche Folgen haben.

Auf Seiten des Kindes wäre es im Falle einer Spontangeburt auf natürlichem Weg mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit dadurch, dass der Kopf durch den Geburtskanal gepresst wird, zu tödlichen intrazerebralen Blutungen gekommen. Auch wenn man die Gerinnungsproblematik während der Geburt erkannt hätte, hätte infolge der Geburtswehen Lebensgefahr für das Kind bestanden. Wäre G. außerhalb der Geburt verblutet, wäre das ungeborene Kind auf diesem Weg mitverstorben.

Der Angeklagte kannte als fachlich guter Chirurg die Funktionsweise der menschlichen Blutgerinnung und die Gefahren ihrer Herabsetzung, insbesondere das Risiko lebensgefährlicher Blutungen. Ihm war auch die Wirkung der Phenprocoumon-Medikamente bekannt. Außerdem wusste er, dass im Rahmen einer Geburt durch die Plazentaablösung eine großflächige Blutung entsteht und dass Presswehen bei nachhaltig gestörter Blutgerinnung gefährliche Hirnblutungen der Mutter auslösen können. Er nahm an, dass die auf den Kopf des Kindes bei einer normalen Geburt wirkende mechanische Belastung intrazerebrale Blutungen auslösen kann. Insgesamt wusste er um die Gefahr des Verblutens für Mutter und Kind, insbesondere im Fall einer Spontangeburt, die angesichts der von ihm verabreichten extremen Überdosierung des Medikaments bestand. Zwar war ihm auch bekannt, dass man als Gegenmittel zur Verbesserung der Blutgerinnung Vitamin K und PPSB geben konnte. Er rechnete jedoch damit, dass die hohe Dosis an Phenprocoumon, die er G. beigebracht hatte, ausreicht, um jedenfalls das Kind zu töten. Er ging davon aus, dass die Geburt vor dem errechneten Termin (zwischen dem 11. und dem 14.7.2007) stattfinden könnte und dass Marcumar erst eine Woche nach der Aufnahme die volle Wirkung entfaltet. Der Angeklagte wollte durch sein Verhalten erreichen, dass das gemeinsame Kind von ihm und G. bei der Geburt stirbt, damit seine Frau von seinem außerehelichen Verhältnis und der Vaterschaft nichts erfährt und seine Ehe nicht gefährdet wird. Auf den Tod von G. kam es ihm nicht an. Er wusste jedoch, dass er den genauen Wirkungsgrad des Phenprocoumons und das weitere Geschehen nicht in der Hand hatte. Er konnte insbesondere nicht davon ausgehen, dass es bei dem Geburtsvorgang - selbst wenn der herabgesetzte Gerinnungswert entdeckt worden wäre - zu einer lebensbedrohlichen Situation für G. nicht gekommen wäre. Jedenfalls bei einer Sturzgeburt hätte die Zeit nicht ausgereicht, um die Blutgerinnung rechtzeitig zu stabilisieren. Bei einem Kaiserschnitt wäre der Blutverlust bei G. noch größer als bei einer normalen Geburt gewesen. Dies wusste der Angeklagte. Um sein Ziel, das Kind zu beseitigen, zu erreichen, nahm er billigend in Kauf, dass auch G. bei der Geburt oder (infolge einer für möglich erachteten Verletzung)

unabhängig davon verbluten konnte. Als nach dem Geschlechtsverkehr am 26.6.2006 die vaginale Schmierblutung auftrat, hielt er es für möglich, dass die Blutung wegen des beigebrachten Phenprocoumons nicht aufhören würde.

Der Angeklagte wählte die Beibringung des Phenprocoumon-Medikaments in Tee, damit G. hiervon nichts merkt, das Getränk vielmehr in dem Glauben, es sei ihrer Gesundheit sogar dienlich, bereitwillig zu sich nimmt. Den bitteren Geschmack glaubte er durch den Verweis auf die angebliche (und vermeintlich fürsorgliche) Beigabe eines Zusatzes, wobei nicht aufklärbar war, ob er von Kalmus oder Kampfer sprach, bzw. auf das veränderte Empfinden in der Schwangerschaft entkräften zu können. Er hoffte daher, dass G., wenn die Gerinnungsproblematik erkannt und sie gerettet werden würde, nicht auf eine Vergiftung des Tees käme und ihn nicht verdächtigen würde. Er ging auch nicht davon aus, dass im Falle des Überlebens von G. ohne Weiteres die Polizei eingeschaltet werden würde.

V. Das Nachtatgeschehen

In der Nacht vom 26. auf den 27.6.2007 kontaktierte G. wegen starker Rückenschmerzen ihre Freundin F. und ließ sich von ihr in die Frankenwaldklinik bringen, wo sie gegen 2.30 Uhr im Kreißaal ankam. Dort wurden die Beschwerden von der diensthabenden Ärztin A. und der Hebamme H. auf die Wehentätigkeit zurückgeführt und ärztlicherseits eine Entlassung am nächsten Morgen erwogen. Aus Routine und nicht, weil die Befunde hierfür Veranlassung gaben, wurde bei der Blutabnahme mit Laboreingang um 4.07 Uhr auch die Blutgerinnung geprüft. Dabei ergab sich der Quickwert von unter 5%. In der Frankenwaldklinik wurde daraufhin die Verdachtsdiagnose einer erworbenen Hemmkörperhämophilie (Blutgerinnungsstörung infolge der Bildung von Antikörpern gegen Gerinnungsfaktoren) gestellt und eine Verlegung der Patientin mit dem Hubschrauber in die Frauenklinik der Universität Erlangen veranlasst.

Am 28.6.2007 besuchte der Angeklagte G. in der Frauenklinik in Erlangen auf dem Rückweg von seiner Proktologie-Prüfung in München zu seiner Familie nach Sch.

Auf Hinweis des Oberarztes O., bei der Polizei Anzeige gegen Unbekannt erstatten zu können, entschloss sich G. nicht sofort, sondern erst am Folgetag, dem 30.6.2007, hierzu, wobei sie zugleich die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entband. Als G. daraufhin, aber noch vor Erscheinen der Polizeibeamten dem Angeklagten telefonisch mitteilte, dass die Polizei komme, äußerte dieser mit Blick auf die Klinikärzte in Erlangen: „Diese Schweine schalten die Polizei ein!“ Der Angeklagte verlangte sogleich von G., sie solle der Polizei seinen Namen nicht nennen und sagen, sie

hätten sich zuletzt im Januar 2007 gesehen. Tatsächlich verständigte er sich in dem Telefongespräch mit G. dann auf die Behauptung, sie hätten sich zuletzt im April 2007 getroffen. Der Angeklagte wollte nämlich - selbst davon ausgehend, dass Marcumar die volle Wirkung eine Woche nach der Einnahme entfalte - einen Zeitraum nennen, der für die Vergiftung bedeutungslos war. In einem weiteren Telefonat zwischen G. und dem Angeklagten fragte sie ihn, ob er ihr das Marcumar beigebracht habe. Er antwortete: „Du wirst doch nicht abgehört?“

Am 11.7.2007 kam K. durch Kaiserschnitt auf die Welt. Dieser Termin war angesetzt worden, nachdem sich die Blutgerinnung bei G. stabilisiert hatte. Zwischenzeitlich hatte sie die Frauenklinik noch einmal vom 7.7.2007 bis zum Entbindungstermin verlassen können. G. hat aus der Beibringung von Phenprocoumon und der dadurch verursachten Gerinnungsstörung keine weiteren negativen gesundheitlichen Folgen davongetragen.

Am 21.8.2007 trafen sich der Angeklagte und G. zur Durchführung eines von ihm verlangten Vaterschaftstests. Ein letztes Treffen fand am 25.10.2007 beim Jugendamt statt, wo der Angeklagte die Vaterschaft anerkannte und sich zur Zahlung von Unterhalt verpflichtete.

Am 13.11.2007 erfuhr die Ehefrau des Angeklagten, E., von der Beziehung des Angeklagten zu G. und dem gemeinsamen Kind dadurch, dass das Jugendamt die Vaterschaftsanerkennung an die Privatadresse des Angeklagten statt - wie von ihm verlangt - an die Dienstanschrift schickte. Der Angeklagte teilte G. noch am 13.11.2007 per SMS mit, dass seine Frau „es“ wisse, und am 14.11.2007 (ebenfalls per SMS), dass sie ausziehe und sich scheiden lasse. Damit brach er den Kontakt zu G. jäh ab.

Am 14.12.2007 ging beim Kreiskrankenhaus Schmalkalden ein an den Angeklagten adressierter Brief von G. ein. Darin wünschte sie sich im Wesentlichen eine Aussprache mit ihm. Schließlich schickte sie dem Angeklagten und seiner Frau im Namen von K. eine am 23.12.2007 gestempelte Weihnachts-Grußkarte. Außerdem versuchte G. telefonisch mit dem Angeklagten Kontakt aufzunehmen. Deswegen ließ dieser sie mit Anwaltsschriftsatz vom 15.1.2008 unter Fristsetzung bis zum 25.1.2008 dazu auffordern, eine beigelegte Unterlassungserklärung unterzeichnet zurückzusenden, nach der sie jegliche Kontaktaufnahme unterlassen und sich zur Zahlung einer Vertragsstrafe in Höhe von 3.000 Euro pro Zuwiderhandlung verpflichten sollte.

G. hat erhebliche psychische Folgen aus der Tat davongetragen. Sie leidet an einer posttraumatischen Belastungsstörung, wobei das Trauma die erlebte Lebensgefahr für sich und das ungeborene Kind ist. Sie hat die Tatsache, dass ein Mensch, den sie liebte, ihr und ihrem Kind nach dem Leben trachtete, zunächst nicht wahrhaben wollen. Sie empfindet Scham und Schuld-

gefühle, weil sie sich mit einem verheirateten Mann einließ, der sie schlecht behandelte und der ihr das lebensgefährdende Medikament in den Tee rührte, das sie selbst, ohne es zu merken, sich und ihrem Kind einverleibte. Sie hat bis heute Panikattacken verbunden mit Todesängsten, Schlafstörungen und Unruhezustände. Ihr machen diverse Ängste um die Sicherheit und das Leben ihres Kindes, aber auch Ängste um ihre eigene Person zu schaffen. Die ursprünglich lebensfrohe junge Frau hat sich sozial zurückgezogen. Wegen der Beschwerden befindet sich G. seit 30.8.2008 in psychotherapeutischer Behandlung bei dem Diplompsychologen D. Behandlungsziel ist die emotionale Stabilisierung. Die Behandlung wird voraussichtlich noch mehrere Jahre andauern. Mit einer dauerhaften Beeinträchtigung, deren Umfang aber noch nicht abzusehen ist, ist zu rechnen. G. ist aufgrund der psychischen Folgen arbeitsunfähig. Sie hat einen Antrag auf Frührente gestellt, befindet sich derzeit aber noch im unbezahlten tariflichen Sonderurlaub wegen Kindeserziehung.

D. Beweiswürdigung

Die Kammer ist davon überzeugt, dass G. das Phenprocoumon-Medikament nicht bewusst selbst einnahm, weder in suizidaler noch in appellativer Absicht, dass auch eine Verwechslung in der Apotheke und mithin die versehentliche Selbsteinnahme als Schüssler Salz ausscheidet und dass zuletzt auch die Beibringung durch eine sonstige Person nicht in Betracht kommt.

...

(Es folgen Ausführungen zur Beweiswürdigung, zur rechtlichen Würdigung und zur Strafzumessung.)

Hinweis der Redaktion:

Der Angeklagte wurde wegen versuchten Mordes in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung und mit versuchtem Schwangerschaftsabbruch zu einer Freiheitsstrafe von 10 Jahren sowie einer Schmerzensgeldzahlung von 20.000 Euro verurteilt.

Das Urteil ist rechtskräftig.

rezension

Medizinethik

Giovanni Maio

Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch

Schattauer Verlag, Stuttgart 2012

424 Seiten, EUR 19,95

Ein Lehrbuch über Ethik in der Medizin müsste nutzlos bleiben, wenn es sich auf die bloße Darstellung medizinethischer Probleme und gängiger Lösungen beschränken würde. Dieser Gefahr hat Giovanni Maio, Lehrstuhlinhaber für Medizinethik an der Universität Freiburg i. Br., mit großem Erfolg widerstanden. Ethische Fragen lassen sich ohne Rückgriff auf philosophisch Gedachtes nicht vernünftig behandeln, und solchem Rückgriff hat der Autor weiten Raum gewidmet. Andererseits bleibt eine Lehre der Ethik in der Medizin ohne lebendigen Bezug zur Praxis blass und blutleer. Deswegen hat der Autor 39 kommentierte Patientengeschichten in seinen Text eingeflochten, anhand derer er die ethischen Lehren einer praktischen Prüfung unterzieht. Diese Lehren werden von ihm nicht etwas ausformuliert verkündet; vielmehr wird dem Leser abverlangt, nach eingehender Diskussion des Für und Wider selbst die ethischen Konsequenzen zu ziehen. Welche der Autor jeweils persönlich zieht, erfährt der Fragende eher behutsam zwischen den Zeilen. Deswegen muss man Maios Lehrbuch als ehrlich und für Anhänger jeder Weltanschauung geeignet bezeichnen.

Es beginnt mit philosophischen Grundlagen der Pflichtenethik Kants, dem Utilitarismus und den Tugendlehren von Platon, Aristoteles, Epikur, der Stoa und des Thomas von Aquin. Ein Blick in die Geschichte beschreibt den Wandel der Konzeption der Medizin von Hippokrates bis in die Neuzeit und Gegenwart. Die medizinethischen Prinzipien Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit werden erläutert, wobei der letzteren besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird, weil dieses Prinzip in der klassischen Medizinethik kaum Beachtung gefunden hat. Das besonders diffizile Gebiet der Ethik in der Psychiatrie wird sehr behutsam behandelt. Der Autor geht davon aus, dass die psychiatrische Erkrankung Ausdruck der Persönlichkeit des Patienten sein könne, und dass die Abgrenzung von einer persönlichkeitsunabhängigen Erkrankung schwierig sei. Immer komme es darauf an, die Autonomie des Patienten zu respektieren und sich auf ihn einzulassen, um ihn zu einem selbstbestimmten Leben zu befähigen. Man werde ihm nicht gerecht, wenn man ihm lediglich Abwehrrechte einräume, sondern erst dann, wenn man ihm helfe, sich so zu entwickeln, dass er fähig werde, seinen eigenen Weg tatsächlich zu wählen.

Als Spezialthemen der Ethik in der Medizin werden Embryonen- und Stammzellforschung, Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch, Präimplantationsdiagnostik und Reproduktionsmedizin eingehend behandelt. Bei der Besprechung der Transplantationsmedizin kommt die Diskussion des Hirntodes als des Todes des Menschen etwas zu kurz. Forschung am Men-

schen und Medizin und Ökonomie werden ebenso wie die wunscherfüllende Medizin (Enhancement) unter Berücksichtigung der neuesten Literatur breit behandelt, ebenso die Fragen der Sterbehilfe.

Ganz hervorragend bespricht der Autor die beherrschenden Menschenbilder der modernen Medizin als Mensch-Maschine, als souveränen Kunden, als atomistisches Einzelwesen und als das Machbare. Dem stellt Maio einen Gegenentwurf für eine zukunftsweisende Medizin entgegen, der auf der Vulnerabilität und Angewiesenheit des Menschen als wesentlichen Aspekten aufbaut.

Auffällig ist, dass die Päpste mit ihren Enzykliken und Lehrschreiben, mit denen sie in die bioethischen Diskussionen der Gegenwart massiv eingegriffen haben, nicht zitiert werden. Der einzige Papst, der in dem Lehrbuch erscheint, ist Pius IX. mit seiner Ablehnung der Sukzessivbeseelung. Eine Neuauflage, die dem Buch zu wünschen ist, sollte die kirchlichen, auch evangelischen Lehren zur Bioethik ebenso wie die des Islam zumindest ergänzend anführen.

Das Buch ist trotz diffiziler Inhalte in verständlicher Sprache geschrieben und wendet sich nicht nur an Medizinstudenten und Ärzte, sondern auch an Theologen, Philosophen und interessierte Laien.

Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen

Die Würde des Embryos

*Klaus F. Gärditz, Christian Hillgruber, Manfred Spieker
Die Würde des Embryos. Ethische und rechtliche
Probleme der Präimplantationsdiagnostik und der
embryonalen Stammzellforschung
(Veröffentlichungen der Joseph Höffner-Gesellschaft)
Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn 2012
Ca. 96 Seiten, kart., EUR 14,90*

Ist die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik ein Weg zur Verhinderung von Krankheiten oder zur Vernichtung von Kranken? Führen die Präimplantationsdiagnostik und die embryonale Stammzellforschung zur Optimierung des Menschen oder in eine eugenische Gesellschaft?

Kompetente Autoren haben die Folgen der PID-Entscheidung des Bundestages analysiert. Der Sozialethiker Manfred Spieker konfrontiert den Anspruch der Reproduktionsmediziner und der Politiker, durch die PID Krankheiten und Behinderungen zu vermeiden, mit der Menschenwürdegarantie, dem Lebensrecht, dem Diskriminierungsverbot Behinderter und dem Demokratieprinzip des Grundgesetzes. Der Kölner Verfassungsrechtler Christian Hillgruber geht dem Widerspruch zwischen dem verfassungsrechtlichen Verbot der PID und ihrer gesetzlichen Erlaubnis nach und plädiert nicht nur

für eine neue Bewertung der Elternverantwortung von Eizellspenderin und Samenspende, sondern auch für neue rechtliche Wege bei der Verfassungsbeschwerde zur Wahrung des Lebensrechts. Der Verfassungsrechtler Klaus Ferdinand Gärditz, ebenfalls Verfassungsrechtler in Bonn, sieht in der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 18. Oktober 2011 zum Patentrecht gegen den Stammzellforscher Oliver Brüstle eine Verteidigung der Würde des Embryos, die für die ganze EU verbindlich ist. Er fragt nach den Folgen dieser Entscheidung für die embryonale Stammzellforschung.

Wer die kommende Praxis der PID in Deutschland weiterhin kritisch begleiten will, wird in diesem Band das erforderliche argumentative Rüstzeug finden. (rb)

*Bernward Büchner / Claudia Kaminski
Mechthild Löhr (Hg.)*

Abtreibung Ein neues Menschenrecht?

Sinus-Verlag, Krefeld 2012, 192 Seiten

Ein „gesellschaftlicher Kompromiss“ sollte den Streit über die Abtreibung in Deutschland vor etlichen Jahren beenden. Er fand seinen Ausdruck in der Formel „straffrei, aber rechtswidrig“.

Inzwischen wird Abtreibung – angeblich im Interesse der „reproduktiven Gesundheit“ der Frauen und ihres Selbstbestimmungsrechts – weltweit sogar als „Menschenrecht“ propagiert. Abtreibung ist zum millionenfachen, staatlich finanzierten, alltäglichen Geschehen geworden. Das Lebensrecht des ungeborenen Kindes hat in der öffentlichen Diskussion kaum noch einen Stellenwert. Gefördert von UNO und EU wird die Tötung Ungeborener bedenkenlos angeboten und praktiziert, als scheinbar selbstverständliche medizinische Dienstleistung, als Instrument der Geburtenplanung oder gar als Form der „Menstruationsregulierung“.

Die zwölf Autorinnen und Autoren dieses Buches setzen sich aus unterschiedlicher fachlicher Perspektive mit dieser Entwicklung kritisch auseinander. Sie zeigen ihre verhängnisvollen Folgen auf, für die Frauen selbst, aber auch für Familie und Gesellschaft, und beleuchten die Rolle der Ärzteschaft wie der Medien.

Das Buch vermittelt eine Fülle von Informationen, die jeder benötigt, der für den Lebensschutz ungeborener Kinder eintreten will oder am Schutz der Gesundheit von Frauen wirklich interessiert ist.

Die Neuerscheinung kann zum Sonderpreis von 10 Euro beim Sekretariat der JVL bestellt werden (s. Impressum).

Der Suizid als „Unglücksfall“

Der Ehemann der Angeklagten – so schildert der Bundesgerichtshof das Geschehen in seinem Urteil vom 22. Januar 1952 (BGHSt. 2, 150 – 157) – tötete sich wegen ehelicher und häuslicher Zerwürfnisse durch Erhängen. Als er schon bewusstlos, aber noch zu retten war, kam die Angeklagte dazu, erkannte dies, ließ ihn aber hängen. Sie war „mit dem Verlauf der ohne ihr Zutun in Fluss gekommenen Dinge einverstanden“ und „wollte ihn nicht durch Hilfeleistung abändern“.

Die Rechtsprechung ahndet ein derartiges Verhalten regelmäßig als unterlassene Hilfeleistung gemäß § 323 c StGB, wenn nicht – bei bestehender Garantenstellung – als Tötung auf Verlangen durch Unterlassen gemäß § 216 StGB, sieht sie doch im Suizid einen Unglücksfall, den es zu verhindern gilt. Diese strafrechtliche Beurteilung steht – so ist leicht einzusehen – einer ärztlichen Suizidbegleitung als Hindernis entgegen. Zwar ist die Beihilfe zum Suizid mangels einer strafbaren Haupttat ebenfalls straffrei. Der Arzt als „Lebensgarant“ läuft jedoch Gefahr, strafrechtlich zur Rechenschaft gezogen zu werden, wenn er dem einmal in Gang gesetzten Lauf der Dinge nicht Einhalt gebietet. **Klaus Kutzer**, ehemals Vorsitzender des 3. Strafsenats des Bundesgerichtshofs und Mitglied der – vor Erlass des Patientenverfügungsgesetzes – eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe, hält diese Auffassung angesichts der veränderten Einstellungen zur Verbindlichkeit des Patientenwillens nicht mehr für zeitgemäß (**Strafrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Beteiligung an einem freiverantwortlichen Suizid**, ZRP 2012, S. 135 – 138).

Kutzer weist in diesem Zusammenhang auf Wertungswidersprüche hin, die seiner Ansicht nach zu der Beurteilung ärztlichen Handelns ohne Einwilligung des Patienten einerseits und zu § 1901 a Abs. 2 und 3 BGB andererseits bestehen. Der Umstand, dass ein ärztlicher Heileingriff, so sinnvoll er auch immer sein möge, als vorsätzliche Körperverletzung geahndet werde, wenn der Patient dem Eingriff nicht vorher zugestimmt habe, zeige – so Kutzer – deutlich, dass der Patient „selbstherrlich“ über sein eigenes Leben verfügen könne. Denn sein Wille sei selbst dann zu respektieren, wenn er aus ärztlicher Sicht unvernünftig und unverständlich sei. Aus § 1901 a Abs. 2 und 3 BGB lasse sich dagegen das allgemeine Verbot lebensrettender Interventionen gegen den mutmaßlichen Willen des im Zeitpunkt der Intervention Einwilligungsunfähigen ableiten. Dieses Verbot gelte unterschiedslos sowohl bei heilbaren als auch bei selbstverschuldeten Erkrankungen des Patienten.

Für die ärztliche Suizidbegleitung bedeutet dies nach Kutzer im Ergebnis, dass sich ein Arzt weder einer unterlassenen Hilfeleistung noch einer Tötung auf Verlangen schuldig macht, wenn er dem freiverantwortlichen Suizid eines Schwerkranken seinen freien Lauf lässt und nicht lebensrettend einschreitet. (us)

Ärztliche Suizidbegleitung

An die Überlegungen von Kutzer schließt sich nahtlos die Abhandlung von **Dr. med. Meinolfus Strätling** zu dem Thema: „**Assistierter Suizid – grundsätzlich ,keine ärztliche Aufgabe‘**“ an, welcher sich mit den geänderten „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer befasst. In ihrer Neufassung enthalten diese Grundsätze die Aussage, dass eine Suizidbeihilfe nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehöre. Strätling hält diese Einschränkung des ärztlichen Tätigkeitsfeldes für nicht begründbar.

Eingangs seiner Überlegung zieht sich Strätling zunächst einmal auf einen agnostischen Standpunkt zurück: Die pluralistische Gesellschaft habe zu dem Thema der ärztlichen Suizidbegleitung verschiedene Auffassungen hervorgebracht, die allesamt ihr Für und Wider hätten und daher gleichberechtigt nebeneinander stünden. Gebe es in der Sache also keine Wahrheit, sei nach anderen Kriterien zu suchen, die eine Auswahl zwischen den Meinungen ermöglichen. Strätling findet dieses Kriterium in der empirischen Wirklichkeit. Gestützt auf eine Allensbach-Umfrage aus dem Jahre 2011 erweist sich nach Strätling bereits, dass die Ärzteschaft nicht einhellig hinter ihrem Berufsverband stehe, da diese Umfrage ergeben habe, dass „sich mehr als ein Drittel [der Ärzte] vorstellen können, unter bestimmten Voraussetzungen Beihilfe zum Suizid zu leisten“. Vor allem aber mache sich die Bundesärztekammer mit ihren Festlegungen – so Strätling – eine Sichtweise der Palliativmedizin zu eigen, welche regelmäßig den medizinischen und ethischen Anspruch erhebe, durch „kompetent betriebene Symptomenkontrolle (...) ‚aktive‘ Verkürzungen des Sterbeprozesses oder assistierten Suizid unnötig“ zu machen. Dieser Anspruch aber sei – wie neueste Forschungsergebnisse zeigten – nicht erfüllbar. Trotz palliativmedizinischer Versorgung sterbenskranker Menschen sei nämlich nicht zu vermeiden, dass sich Fragen nach einer Tötung auf Verlangen oder nach einem assistierten Suizid stellen. Diese Fragen erst gar nicht aufkommen zu lassen, gelinge der Palliativmedizin trotz aller öffentlichkeitswirksamen Beteuerungen nicht. Sie sei nämlich nicht in der Lage, in jedem Einzelfall unerträgliches Leiden vor dem Sterben zu verhindern. So bleibe die Frage des ärztlich assistierten Suizids mit oder ohne Palliativmedizin als drängendes Problem bestehen. Angesichts des Umstandes, dass die verschiedenen Arten von Sterbebeihilfe ohnehin nicht trennscharf voneinander unterschieden werden könnten und nach empirischen Erkenntnissen auch bei der jetzigen Gesetzeslage ärztlich assistierte Suizide sowie Tötungen auf Verlangen in nicht unerheblicher Zahl vorkämen, sei eine Erweiterung des ärztlichen Aufgaben um diese Tätigkeitsfelder – entgegen der Auffassung der Bundesärztekammer – naheliegend. (us)

Gesundheitsminister Bahr wegen PID in der Kritik

Bundestagsabgeordnete aller Fraktionen haben Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) für den Umgang seines Hauses mit der Präimplantationsdiagnostik (PID) kritisiert. In einem Brief bemängeln Parlamentarier der Linken, der SPD und Bündnis 90/Die Grünen sowie der CDU/CSU und der FDP Bahrs Rechtsverordnung für die Durchführung von Gentests, mit denen Embryonen vor der Einsetzung in den Mutterleib auf schwerwiegende Erbkrankheiten hin untersucht und im Falle einer positiven Diagnose selektiert werden. Die Autoren kritisieren, die im Entwurf vorgesehene Zahl der lizenzierten Zentren, an denen die PID durchgeführt werden darf, sowie der kontrollierenden Ethikkommissionen sei viel zu groß. Die Unterzeichner verlangen, es dürfe nur eine bundesweite Prüfkommision geben: „In Anbetracht der angenommenen Fallzahlen sollte bundesweit möglichst nur eine Ethikkommission eingerichtet werden“, schreiben die stellvertretenden Unionsfraktionsvorsitzenden Johannes Singhammer (CSU) und Günter Krings (CDU), der FDP-Abgeordnete Pascal Kober, die frühere Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), die beiden Grünen Birgitt Bender und Harald Terpe sowie Kathrin Vogler von der Linken. Auch müsse die Kommission größere Freiheiten haben, eine PID abzulehnen. Im vorliegenden Entwurf hingegen würde „die Kommission auf ein lediglich beratendes Gremium reduziert“, so dass „allein aufgrund einer bestimmten Diagnose ein Anspruch auf PID besteht“, schreiben die sieben Parlamentarier. Die Verfasser monieren weiterhin, die Ethikkommissionen seien zu eng mit den durchführenden Zentren verbunden, die psychosoziale Beratung der betroffenen Eltern erfolge nicht neutral und die

Krankheiten, bei denen die PID erlaubt werde, würden nicht genau genug dokumentiert. Nach Ansicht der Autoren müssten „auch die Indikationen für die PID sowie mitgeteilte Nebenbefunde erfasst werden, um einer Ausweitung der PID frühzeitig begegnen zu können“.

Zahl der Abtreibungen erneut gestiegen

Die Zahl der vorgeburtlichen Kindstötungen in Deutschland ist im zweiten Quartal 2012 – verglichen mit dem entsprechenden Vorjahresquartal – um 1,2 Prozent gestiegen. Wie das Statistische Bundesamt Mitte September mitteilte, wurden der Behörde im zweiten Quartal des Jahres 2012 rund 26900 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Das sind 300 mehr als im zweiten Quartal 2011. Nach Berechnungen des Osnabrücker Sozialethikers Manfred Spieker wurden demnach in Deutschland (Ost und West) seit der Einführung der Fristenregelung im Jahr 1972 allein nach den Angaben der Wiesbadener Behörde 5.432.350 Kinder im Mutterleib getötet. Wie Spieker in einem Zeitungsbeitrag für die Tageszeitung „Die Welt“ schrieb, sei die Zahl der vorgeburtlichen Kindstötungen, die in den letzten vier Jahrzehnten tatsächlich in Deutschland vorgenommen wurden, jedoch weit höher. Begründeten Schätzungen zufolge liege sie, so Spieker weiter, bei „rund zehn Millionen“.

Wie das Statistische Bundesamt ferner mitteilte, hatten 40 Prozent der Frauen, die im zweiten Quartal 2012 eine Abtreibung durchführen ließen, vor dem Eingriff noch keine Lebendgeburt. 97 Prozent der gemeldeten Abtreibungen wurden nach der Beratungsregelung vorgenommen. Medizinische und kriminologische Indikationen waren lediglich in drei Prozent der Fälle die Begründung für die Abtreibung. Die meisten vorgeburtlichen Kindstötungen (69 Prozent) wurden mit der Absaugmethode (Vakuumaspiration) durchge-

führt, bei 16 Prozent wurde die Abtreibungsspielle Mifegyne verwendet.

Bischöfe für umfassendes Verbot von Suizidhilfe

Der Ständige Rat der katholischen Bischöfe hat sich für ein umfassendes Verbot von jeglicher organisierter Beihilfe zur Selbsttötung ausgesprochen. Ein gesetzliches Verbot nur der gewerblichen und damit gewinnorientierten Beihilfe zum Suizid greife zu kurz, erklärte die Deutsche Bischofskonferenz Mitte September in Bonn. Die katholischen Oberhirten kritisierten damit indirekt den vom Bundeskabinett verabschiedeten Gesetzentwurf zum begleiteten Suizid, der lediglich ein Verbot der gewerblichen Beihilfe vorsieht. Eine solche Beschränkung könnte den Eindruck erwecken, als wenn alle nicht-kommerziellen Formen der Beihilfe zur Selbsttötung legitim seien, so die Bischöfe. Nach Einschätzung der Geistlichen ist die Zahl der Fälle des begleiteten Suizids in den vergangenen Jahren „alarmierend“ angestiegen. Es bestehe die Gefahr, dass die Beihilfe zum Suizid zu einer „normalen, gesellschaftlich anerkannten Dienstleistung“ werde. Als „ethisch verwerflich“ verurteilte der Ständige Rat die öffentliche Duldung oder Förderung jeder Form von institutionalisierter Suizidhilfe, „deren hauptsächlicher Zweck darin besteht, Notleidenden eine schnelle und effiziente Möglichkeit für die Selbsttötung anzubieten“. Demgegenüber betont die Bischöfe, es stehe niemandem zu, „über Wert und Unwert menschlichen Lebens zu entscheiden und dieses vorzeitig zu beenden“. „Das Leben eines jeden Menschen – gerade auch des hilfsbedürftigen, alten, kranken und verzweifelten – ist unbedingt zu schützen“, heißt es in der Erklärung weiter. Die katholische Kirche dränge deshalb auf eine Ausweitung der Hospizangebote für Sterbenskranke und eine Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland.

Kusch will drohendes Verbot umgehen

Vor dem Hintergrund des Ende August vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurfs zur Strafbarkeit der „gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ geht der ehemalige Hamburger Justizsenator Roger Kusch in die Offensive. Auf einer Mitgliederversammlung seines Vereins „Sterbehilfe Deutschland e.V.“ beschlossen die Mitglieder Anfang September eine Satzungsänderung, die geeignet sein soll, ein mögliches Vereinsverbot zu umgehen. Die neue Satzung sieht vor, dass alle Beiträge und Spenden, die ein Mitglied an den Verein gezahlt hat, nach einem begleiteten Suizid an seine Hinterbliebenen zurückgezahlt werden. Auf diese Weise solle dokumentiert werden, „dass der Verein keinerlei wirtschaftliche Zielsetzung hat.“ Kusch erhofft sich von diesem Schritt, nicht unter das Verbot zu fallen und als gewerbsmäßiger, kommerzieller Anbieter zu gelten, der sich für Suizidhilfe bezahlen lasse. Nach dem vom Bundeskabinett gebilligten Gesetzentwurf soll die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe mit bis zu drei Jahren Haft bestraft werden. Zugleich hob der Verein seine Jahresbeiträge von 100 auf 200 Euro an. Die alternativ mögliche Einmalzahlung für eine lebenslange Mitgliedschaft wurde ebenfalls verdoppelt. Sie soll für Neumitglieder nun 2000 statt bisher 1000 Euro betragen. Damit solle möglichen Finanzierungsengpässen vorgebeugt werden. Außerdem hat Kusch einen Ableger seines Vereins in Zürich gegründet. Dessen Statuten seien mit dem deutschen Verein identisch. Auch der Vorstand sei derselbe, berichtete Mitte September die „Neue Zürcher Zeitung“.

Unterdessen forderte Bayerns Justizministerin Beate Merk angesichts des Versuchs Kuschs, das geplante Verbot der gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe

zu umgehen, eine Nachbesserung des Gesetzentwurfs. „Die Versuche von Herrn Kusch, durch eine Sterbehilfe mit einer zynischen ‚Geld-zurück-Garantie‘ den Eindruck zu erwecken, seine Organisation sei nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet (...), zeigen, dass das Gesetz in diesem Punkt dringend nachgebessert werden muss. Solange es für das Verbot entscheidend auf die Gewerblichkeit ankommen soll, wie das der Gesetzentwurf vorsieht, bietet der Straftatbestand zu viele Schlupflöcher, die es unseren Staatsanwälten zumindest erschweren werden, ihn vor Gericht zu beweisen. Wir müssen die Strafbarkeit deshalb auf jegliche organisierte Sterbehilfe ausdehnen“, so Merk. Die Furcht der Suizidbeihilfeorganisationen zeige laut Merk andererseits, dass das Gesetz an der richtigen Stelle ansetzt und dringend erforderlich sei. „Wir müssen der organisierten Suizidbeihilfe wie beispielsweise Roger Kusch sie betreibt, einen Riegel verschieben. Wenn der Tod gleichsam als Dienstleistung auf dem Markt angeboten wird, wird Menschen ein scheinbar schneller Ausweg suggeriert, den sie bei entsprechender Beratung, wirklicher menschlicher Zuwendung und Sorge möglicherweise nicht wahrgenommen hätten“, so Merk.

Erste Konsequenzen aus Organspende-Skandal gezogen

Über Konsequenzen aus den Organspende-Vorfällen in Göttingen und Regensburg hat Mitte September der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages beraten. „Alle Transplantationszentren werden im Laufe der nächsten Monate durchgeprüft“, kündigte der Vorsitzende der zuständigen Prüfungs- und Überwachungskommission der Bundesärztekammer, Hans Lippert, in Berlin an. Der Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft, Wolf Bechstein, teilte mit, dass den Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) und der Länder bei Beratungen seines Gremiums ein Gaststatus eingeräumt worden sei.

EGMR kippt umfassendes PID-Verbot Italiens

Am 28. August 2012 entschied der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg in einem Aufsehen erregenden Urteil, die Republik Italien dürfe die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) nicht völlig verbieten. In seinem Urteil zu dem Fall „Rosetta Costa und Walter Pavan gegen Italien“ vertritt das Gericht die Ansicht, eine gesetzliche Einschränkung der PID dürfe nicht weiter reichen, als jene, die ein Staat bei Abtreibungen vorsehe. Andernfalls entstünde ein gesetzlicher Widerspruch, der in unzulässiger Weise in das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens eingreife, das durch Artikel 8 der europäischen „Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten“ geschützt werde. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, der nicht zu verwechseln ist mit dem Europäischen Gerichtshof der Europäischen Union, wacht über die Einhaltung der Konvention in den Mitgliedstaaten des Europarates.

In dem den Richtern zur Entscheidung vorliegenden Fall wollte ein verheiratetes Ehepaar die per künstlicher Befruchtung erzeugten Kinder im Embryostadium mittels PID auf Mukoviszidose untersuchen lassen. Im Jahr 2006 hatte Rosetta Costa bereits ein Kind geboren, das an der genetisch vererbaren Stoffwechselkrankheit Mukoviszidose litt. Ursache für die Krankheit sind Mutationen auf Abschnitten des Chromosoms 7. Bei der anschließenden Untersuchung der Eltern des Kindes wurde festgestellt, dass sowohl der Vater als auch die Mutter, die selbst nicht an Mukoviszidose litten, Träger der Erbkrankheit sind. Da Mukoviszidose autosomal-rezessiv vererbt wird, bricht die Krankheit nur dann aus, wenn die betreffende Person von beiden Elternteilen das jeweils mutierte Gen erbt. Sind beide Eltern Träger der Krankheit, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass eines ihrer Kinder die beiden mutierten Gene ererbt, bei 25 Prozent.