

Positionspapier  
der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung

# Hilfen am Lebensende



# Inhalt

<b>Vorwort .....</b>	<b>1</b>
<b>1      <b>Medizinische Gesichtspunkte .....</b></b>	<b>8</b>
1.1 <i>„Sterbehilfe“ aus ärztlicher Sicht.....</i>	8
1.2 <i>Altersmedizin im Kontext der demografischen Entwicklung</i>	11
1.3 <i>Der Wunsch nach Suizidbeihilfe in der ärztlichen Tätigkeit.</i>	13
1.4 <i>Stellungnahme der Ärztekammern .....</i>	15
1.5 <i>Situation in den Nachbarländern .....</i>	17
1.6 <i>Palliative Care und Hospizarbeit.....</i>	20
<b>2      <b>Die öffentliche Debatte .....</b></b>	<b>25</b>
2.1 <i>Zur Charakteristik der Debatten.....</i>	26
2.2 <i>Umfragen .....</i>	28
2.3 <i>Stellungnahmen .....</i>	30
2.4 <i>Anthropologische Gesichtspunkte .....</i>	31
2.5 <i>Erste Konvergenzen .....</i>	33
<b>3      <b>Rechtslage und rechtspolitische Diskussion .....</b></b>	<b>36</b>
3.1 <i>Rechtslage .....</i>	36
3.2 <i>Rechtspolitische Diskussion .....</i>	47
3.3 <i>Internationale Lage zur Sterbehilfe.....</i>	54
3.4 <i>Ärztliches Standesrecht .....</i>	57
<b>4      <b>Schwerpunkte der ethischen Debatten .....</b></b>	<b>59</b>
4.1 <i>Selbstbestimmung statt Paternalismus.....</i>	59
4.2 <i>Der Patientenwille .....</i>	62
4.3 <i>Die spezielle Problematik von nicht-einwilligungsfähigen         Personen.....</i>	64

4.4	<i>Die Rolle des Arztes</i> .....	67
4.5	<i>Zur Problematik der Suizidbeihilfe</i> .....	68
4.6	<i>Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen im Vergleich</i> .....	77
4.7	<i>Der Blick auf die Ressourcen</i> .....	78
4.8	<i>Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen</i> .....	81
<b>5</b>	<b>Empfehlungen</b> .....	<b>84</b>
5.1	<i>Zur Gesundheits- und Sozialpolitik</i> .....	84
5.2	<i>Zur strafrechtlichen Behandlung der Sterbehilfe</i> .....	87
	<b>Die Bioethik-Kommission</b> .....	<b>92</b>
	<i>Aufgaben und Ziele</i> .....	92
	<i>Mitglieder</i> .....	93
	<b>Impressum</b> .....	<b>96</b>

## Vorwort

Die Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung (BayBEK) hat im Jahr 2007 eine Stellungnahme „Sterben in Würde“ vorgelegt, die die Themenbereiche Patientenverfügung, Sterbehilfe und Sterbebegleitung umfasste. Die heute vorgelegte Stellungnahme „Hilfen am Lebensende“ greift auf vieles davon zurück.

Einer der Schwerpunkte der damaligen Stellungnahme war die Problematik der Patientenverfügung. Unklarheiten über Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen und widersprüchliche gerichtliche Entscheidungen hierzu hatten eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung dringend notwendig gemacht. Der Deutsche Bundestag hat am 29.07.2009 durch das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts in §§ 1901a, 1901b BGB eine Regelung getroffen, die den damaligen Empfehlungen der BayBEK weitgehend entspricht. Eine weitere Äußerung zu diesem Teilbereich ist derzeit nicht erforderlich.

Für den Bereich der Sterbehilfe ist es bisher nicht zu einer gesetzlichen Regelung gekommen. Hier ist die gesellschaftliche und politische Diskussion weitergegangen. Sie dreht sich jetzt vor allem um die gewerbsmäßige, die geschäftsmäßige und die organisierte Sterbehilfe, um die Tötung auf Verlangen, aber auch um den Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung.

Spektakuläre Einzelfälle führten ebenso zu kontroversen öffentlichen Debatten wie die Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen wie „Dignitas Deutschland“ (Minelli) und „Sterbehilfe Deutschland“ (Kusch). Gesetzliche Regelungen in anderen Ländern werfen Fragen an den deutschen Gesetzgeber auf. In einer „Orientierungsdebatte“ hat sich der Deutsche Bundestag am 13.11.2014 mit den verschiedenen Aspekten des Themas befasst. Er beabsichtigt, nach Eingang der erwarteten Gesetzent-

würfe aus der Mitte des Parlaments und deren Beratung im Herbst 2015 eine Entscheidung zu treffen. Nach Auffassung des Bundestagspräsidenten handelt es sich dabei um das „vielleicht anspruchsvollste Gesetzgebungsprojekt dieser Legislaturperiode“.

Die aktuelle Diskussion war Anlass für die BayBEK, sich erneut mit dem Thema zu befassen, obwohl die Aussagen der Stellungnahme von 2007 grundsätzlich weiterhin Gültigkeit haben.

Die Empfehlungen zum Thema „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ der Stellungnahme der BayBEK von 2007 lauteten:

### *„Empfehlungen zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung*

#### **I.**

#### **Zur Gesundheits- und Sozialpolitik**

*Die Bioethik-Kommission anerkennt die seit Jahren anhaltenden Bemühungen der Bayerischen Staatsregierung und der privaten Träger, die Voraussetzungen zu stärken, zu verbessern und in manchen Fällen allererst zu schaffen, dass schwerkranke, alte und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige dem Lebensende in der Gewissheit entgegengehen dürfen, dass ihr Sterben unter Respektierung ihrer Würde stattfinden kann.*

*Abgesehen vom Schutz des Lebens mittels strafrechtlicher Bestimmungen [...] müssen die politischen Anstrengungen der Intensivierung der medizinischen Forschung in den Bereichen Krankheit, altersbedingte Beschwerden und Bekämpfung von Schmerzen sowie dem Ausbau der Unterstützung bei der Pflege zu Hause und in Einrichtungen gelten. Ärzteschaft und Pflegepersonal sind verpflichtend mit der Notwendigkeit der Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen vertraut zu machen. Palliativmedizin und -pflege muss zu einem expliziten Pflichtlehr- und Prüfungsfach des Medizinstudiums sowie auch im Curriculum bei der Ausbildung für die Berufe in der Krankenpflege deutlich aufgewertet werden.*

*Ärzte und Pflegekräfte, die in der Begleitung von Sterbenden zu Hause, in der Klinik oder in Heimen tätig sind, haben einen Anspruch darauf, ihre Erlebnisse, Gefühle und persönlichen Belastungen mit anderen auszutauschen und zu bearbeiten (z. B. Balintgruppen, Supervision). In nicht wenigen Strafverfahren wegen Gewaltanwendung oder wegen Tötung schwerkranker Patienten wurde offenbar, dass die angeklagten Pflegekräfte von der Situation lang dauernder Pflege schließlich überfordert waren und sich dabei allein gelassen fühlten. Auch deshalb soll Fortbildung in ganzheitlicher Palliativmedizin und -pflege gefördert werden.*

*Vorrangige Bedeutung bei den Bemühungen um eine neue Kultur des Umgangs mit Sterben und Tod kommt dem Ausbau einer flächendeckenden palliativ-medizinischen Versorgung sowie dem Angebot einer ausreichenden Zahl von Hospizplätzen zu. Ausgehend vom Wunsch vieler Menschen, zu Hause zu sterben, sollen ambulante Betreuungsdienste in den Kommunen gestärkt werden, die multiprofessionell arbeiten und gegebenenfalls mit teilstationären Einrichtungen kooperieren.*

*Darüber darf freilich nicht aus dem Blick geraten, dass es gerade erhebliche, zum Teil beschämende, ja empörende Mängel in der ambulanten und stationären Pflege alter und schwerkranker Menschen sind, die bei Betroffenen, Angehörigen und in der öffentlichen Meinung den Eindruck erwecken, dass die Würde der Sterbenden nicht ausreichend geachtet wird. Dieser Eindruck trägt dazu bei, dass das Altwerden vielfach mit Ängsten besetzt ist und der Forderung nach Zulassung der Tötung auf Verlangen Sympathien entgegengebracht werden. Deshalb ist es auch eine zentrale Aufgabe einer Politik, die sich der Ermöglichung des Sterbens in Würde verpflichtet weiß, die Rahmenbedingungen so zu gestalten und durch Überprüfung durchzusetzen, dass in der Pflege schwerkranker und alter Menschen zureichende Ernährung, Flüssigkeitsversorgung, Hygiene, Unterbringung, Schmerzfreiheit, das Bedürfnis nach Respektierung der Intimität, soweit die Umstände es erlauben, und nicht zuletzt auch menschliche Zuwendung gewährleistet sind. Sterben in Würde setzt ein würdiges Lebenkönnen im Alter voraus.*

## II.

### *Zur strafrechtlichen Behandlung der Sterbehilfe*

#### **Tötung auf Verlangen**

*Am ausnahmslosen strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen ist festzuhalten. Änderungen am Strafbestand des § 216 StGB sind nicht angezeigt.*

*In Fällen, in denen durch die Tötung auf Verlangen ein als unerträglich empfundenenes Leiden beendet werden soll, muss die Praxis mit den Möglichkeiten des geltenden Rechts zu angemessenen Ergebnissen kommen.*

#### **Passive Sterbehilfe**

*Im Strafrecht ist klarzustellen, dass sog. passive Sterbehilfe, d. h. das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen bei schwer und unheilbar Kranken entsprechend dem Willen des Patienten, der auch in einer Patientenverfügung geäußert sein kann, oder entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten straffrei ist.*

*Dies soll nicht auf den Fall beschränkt sein, dass die Krankheit schon einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat. Es ist gesetzlich zu bestimmen, dass Ärzte und Pflegepersonal, die aus Gewissensgründen an passiver Sterbehilfe nicht mitwirken wollen, hierzu nicht verpflichtet werden können.*

#### **Indirekte Sterbehilfe**

*Ebenso ist im Strafrecht klarzustellen, dass sog. indirekte Sterbehilfe bei tödlichen Krankheiten, d. h. Leidensmilderung nach Regeln der ärztlichen Kunst unter Inkaufnahme einer gewissen Lebensverkürzung straffrei ist.*

*Dies soll nicht auf den Fall beschränkt sein, dass der Sterbeprozess schon eingesetzt hat.*

## **Dokumentation**

*Um in den Fällen 2. und 3. Missbrauch zu verhindern, soll eine Pflicht zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs eingeführt werden.*

## **Suizid**

*Es ist daran festzuhalten, dass der Suizid und deshalb auch die Teilnahme am Suizid straffrei sind. Es sollte aber erwogen werden, für die Fälle der Anstiftung zum Suizid, in denen auf Kranke aus wirtschaftlichen Gründen Druck ausgeübt oder ihnen nahe gelegt wird, hohe Behandlungskosten zu vermeiden und ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen, einen eigenen Straftatbestand zu schaffen.*

*Eine strafrechtlich bewehrte Rettungspflicht sollte, auch für sog. Garanten (Ärzte, Angehörige), nicht angenommen werden, wenn zweifelsfrei feststeht, dass der Suizid auf einer frei verantwortlichen Entscheidung beruht.*

*Für Ärzte sollte es bei dem standesrechtlichen Verbot der Assistenz beim Suizid bleiben.*

*Geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid ist strafrechtlich zu verbieten.*

## **III.**

### **Zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben**

*Die Ermöglichung eines Sterbens in Würde für den Einzelnen ist weder ausschließlich noch an erster Stelle die Aufgabe staatlicher Politik. Diese kann vielmehr nur die rechtlichen, organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen gestalten und bereitstellen, unter denen das Sterben und seine Begleitung sich in den meisten Fällen abspielen werden. Sie im konkreten Fall zugunsten der jeweils Sterbenden zu nutzen, ist die Aufgabe aller Bürger, insofern sie mit der hier betroffenen Person professionell, familiär oder sonstige in Beziehung stehen oder einfach mit ihr mitmenschlich verbunden sind.*

*Es ist deshalb wichtig, dass das Sterbenmüssen als eine grundlegende Realität des menschlichen Daseins nicht aus dem Bewusstsein der Öffentlichkeit verschwindet oder in den Raum der Privatheit abgedrängt wird. Das Wissen um die eigene Sterblichkeit und das Wissen um die Verletzlichkeit und Not des Sterbens der Anderen gehört zu den Grundelementen jeder Bildung, die auch im Rahmen der staatlich verantworteten Bildungsbemühungen angemessene Berücksichtigung finden müssen.*

*Ideelle Anerkennung und finanzielle Unterstützung durch die staatliche Politik verdienen auch die bürgerschaftlichen und religiösen Initiativen, die dem Ziel, ein Sterben in Würde zu ermöglichen, in der Form dienen, dass sie ehrenamtliche Besuchsdienste organisieren (etwa als Hospizhelfer), sich für Beratung in Krisensituationen zur Verfügung stellen (etwa als Mitarbeiter der Telefonseelsorge) oder pflegende Familienangehörige vertreten, um ihnen eine zeitweise Erholung zu ermöglichen.“*

Zwei der damaligen Empfehlungen führen ins Zentrum der derzeitigen Diskussion:

- Die seinerzeitige Empfehlung der BayBEK, die nach geltender Rechtslage wegen des Grundsatzes der Akzessorietät gegebene Straffreiheit der Beihilfe zum straffreien Suizid für den Fall einer geschäftsmäßigen Beihilfe aufzugeben, findet Widerhall in der derzeitigen Diskussion um strafrechtliche Verbote für die geschäftsmäßige, gewerbliche und organisierte Förderung des Suizids.
- Die seinerzeitige Empfehlung der BayBEK, für Ärzte solle es beim standesrechtlichen Verbot der Assistenz beim Suizid bleiben, betrifft eine Problematik, die von den Ärztekammern gegenwärtig unterschiedlich beurteilt wird.

Nicht zuletzt diese beiden Themenbereiche gilt es im Lichte der tatsächlichen Entwicklung und der Diskussionen der letzten Jahre neu zu bewerten. Wie die BayBEK schon in der Stellungnahme von 2007 zugrunde gelegt hat, müssen gesetzliche Änderungen bei der Sterbehilfe im

engeren Sinn, insbesondere beim assistierten Suizid, eingebettet sein in einen weiteren Ausbau der Hilfen am Lebensende, insbesondere der Palliativ- und Hospizversorgung.

# 1 Medizinische Gesichtspunkte

## 1.1 „Sterbehilfe“ aus ärztlicher Sicht

Die ureigene Aufgabe des Arztes<sup>1</sup> ist die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des erkrankten Menschen. Soweit eine vollständige Wiederherstellung aber nicht möglich ist, beschränkt sich seine Aufgabe auf das Lindern der krankheitsbedingten Einschränkungen und Schmerzen sowie auf die Sorge für eine möglichst hohe Lebensqualität. Mit dem Begriff der Lebensqualität wird in jüngerer Zeit versucht, die subjektiv erlebte Qualität der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Verfassung des Kranken als relevante Orientierungsgröße der ärztlichen bzw. der ärztlich verantworteten Gesamtbehandlung in den Blick zu bringen. Dies entspricht im Kern dem Grundsatz des Wohltuns und der Fürsorge im überlieferten Ethos der Ärzteschaft.

Diese Forderung gilt auch und in besonderem Maße dann, wenn schwere Krankheit oder der drohende Tod der physiologischen Regenerierbarkeit des kranken Menschen wie auch den Möglichkeiten der Medizin Grenzen setzen. So gesehen ist Sterbehilfe im umfassenden Verständnis der Sonderfall der Gesundheitspflege und Hilfe zu einem qualitativ guten Leben während der letzten Lebensphase. Sie umfasst alle Arten ärztlicher und dem ärztlichen Handeln zugeordneter Hilfen, die den Sterbenden in die Lage versetzen, einen eigenen, ihm angemessenen Tod zu sterben. Dazu gehören immer sorgfältige Pflege, Bekämpfung der Schmerzen, Unterstützung bei der Verarbeitung der seelischen Probleme sowie das Zulassen des Sterbens, wenn ein Hinausschieben

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird keine Schreibweise verwendet, die Geschlechter eigens kennzeichnet, sofern dies nicht sachlich notwendig ist.

des Sterbeprozesses medizinisch und menschlich nicht sinnvoll erscheint.

Darüber hinaus wird der Begriff Sterbehilfe im engeren Sinn auch für medizinische Maßnahmen verwendet, die das Sterben beschleunigen; doch sind solche Maßnahmen in der Ärzteschaft hoch umstritten (siehe 1.4).

Die Aufgabe einer qualitativ guten Begleitung von Menschen in schwerer Krankheit und im Sterben verlangt vom Arzt auch dort, wo er von anderen, spezielleren Professionen (Pfleger, Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger) unterstützt wird, nicht nur medizinische und technische Kompetenzen, um die belastenden Symptome unter Kontrolle halten zu können, sondern auch menschliche Qualitäten wie Zugewandtheit, Interesse, Zuhören und Bereitschaft zum Gespräch. Nur bei Fähigkeit zur Empathie und dem Bewusstsein eigener Verwundbarkeit wird ein Arzt in der Lage sein, zum Sterbenden eine Beziehung des Vertrauens herzustellen, innerhalb derer der Patient seine tatsächlichen Bedürfnisse artikulieren kann. Umgekehrt schafft erst eine solche Beziehung des Vertrauens Gelegenheiten, in denen zur weiteren Behandlung notwendige oder vom Kranken selbst gewünschte ärztliche Aufklärung stattfinden und vom Patienten auch verarbeitet werden kann.

Solche Vertrauensbeziehung wird in vielen Fällen existent sein, in denen die ärztliche Begleitung der letzten Lebensphase ein über Jahre gewachsenes Betreuungsverhältnis durch den persönlich vertrauten Hausarzt fortsetzt. In der großen, ständig wachsenden Zahl der Fälle aber, wo Kranksein und Sterben wegen der medizinischen Kompliziertheit oder fehlender Betreuungsmöglichkeiten in der Familie nicht in vertrauter Umgebung stattfinden können, sollte sie innerhalb kürzester Zeit aufgebaut oder muss einfach vorausgesetzt werden. Da ein immer höherer Anteil der Menschen in einem Krankenhaus oder Pflegeheim stirbt, also in Einrichtungen, in denen alle Abläufe nach betrieblicher und

wirtschaftlicher Logik organisiert sind und die medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, auch solche intimster Natur, von fremden und häufig wechselnden Personen ausgeführt werden, muss bei der Implementierung neuer Versorgungsstrukturen und bei der Regelung der Vergütungen besonders darauf geachtet werden, dass Ärzten und Pflegenden die für diese Art von Hilfe beim Sterben notwendige Zeit überhaupt zur Verfügung steht.

Für eine angemessene und qualitativ gute Begleitung am Lebensende sind aber nicht ausschließlich die Ärzte und ihre Helferteams verantwortlich. Eine gewichtige Rolle kommt auch den Angehörigen zu, sowohl was die Begleitung und menschliche Unterstützung des Schwerkranken oder Sterbenden betrifft als auch was die Kommunikation mit dem verantwortlichen Arzt betrifft.

Schließlich ist es eine Aufgabe der ganzen Gesellschaft, Schulen, Kirchengemeinden, Verbände, Medien und Träger der Erwachsenenbildung Menschen dabei zu unterstützen, dass der Dialog zwischen Patienten und ihren Angehörigen oder auch engen Freunden schon „mitten im Leben“ stattfindet, da wir alle „mitten im Leben vom Tod umgeben“ sind. Auch das vertraute Gespräch zwischen Patient und Hausarzt sollte spätestens angesichts einer schwerwiegenden Krankheit, die in absehbarer Zeit zum Tode führen kann, geführt werden. Dabei werden Behutsamkeit und ehrlicher Umgang von besonderer Bedeutung sein.

Gerade in der Bildungsarbeit sollten Möglichkeiten genutzt werden, um kulturelle Unterschiede im Verständnis von Krankheit und Gesundheit, der Kommunikation mit Patienten und Patientinnen und der Grundeinstellung zu Leben und Tod wie auch Leben nach dem Tod zu thematisieren und kennenzulernen.

## 1.2 Altersmedizin im Kontext der demografischen Entwicklung

Aufgrund verbesserter Lebensbedingungen und des stetigen medizinischen Fortschrittes steigt die Lebenserwartung der Menschen kontinuierlich an. Seit 1840 nimmt die Lebenserwartung jährlich um drei Monate zu und es gibt derzeit keinen Hinweis, dass die Zunahme der Lebenserwartung in naher Zukunft eine Limitation erfahren wird.<sup>2</sup> Bis zum Jahr 1950 kann die Steigerung der Lebenserwartung vor allem auf rückläufige Sterberaten im Kindesalter zurückgeführt werden. Die nachfolgende Zunahme der Lebenserwartung erklärt sich hingegen überwiegend durch eine abnehmende Sterblichkeit ab dem 65. Lebensjahr.

Gemäß der neuesten WHO Veröffentlichung von 2014<sup>3</sup> liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen in Deutschland bei 83 Jahren und für Männer bei 78 Jahren, bezogen auf den Geburtsjahrgang von 2012. Nach wie vor werden Frauen im internationalen Durchschnitt um 4,6 Jahre älter als Männer. Bei den Frauen steht Japan mit durchschnittlich 87 Jahren an der Spitze, bei den Männern Island mit 81 Jahren. Die Menschen in den Nachbarländern Österreich und den Niederlanden haben die gleichen Lebenserwartungen wie die Menschen in Deutschland. Schweizer und Luxemburger hingegen haben eine deutlich höhere Lebenserwartung als die Deutschen: hier werden die Frauen im Durchschnitt 85 Jahre und die Männer 80 Jahre alt.

Geht man davon aus, dass die Lebenserwartung wie in den letzten 160 Jahren linear pro Dekade um 2,5 Jahre steigt, ist zu erwarten, dass die Lebenserwartung der Menschen im Jahr 2090 100 Jahre und im Jahr 2170 120 Jahre betragen wird. Als der älteste Mensch der Welt gilt bis-

---

<sup>2</sup> J. Oeppen and J. W. Vaupel, Broken Limits to Life Expectancy, in: Science 62: 1029-1031, 2002.

<sup>3</sup> [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014)

lang der Bolivianer Carmelo Flores, welcher 2014 im Alter von 123 Jahren gestorben ist.

Die demographische Entwicklung der Weltbevölkerung und der Bevölkerung Deutschlands zeigt deutlich, dass die Altersmedizin weiter in den Vordergrund der ärztlichen Tätigkeiten rücken wird. Mit steigendem Alter nimmt die Inzidenz von Krebserkrankungen, neurodegenerativen Erkrankungen und Herz-Kreislaufkrankungen stark zu. Aus dem Jahresbericht von 2013 der niederländischen regionalen Prüfungskommission für Euthanasie<sup>4</sup> geht hervor, dass genau diese drei Erkrankungsgebiete die Hauptgründe für Sterbehilfe sind: Von den 4.829 Patienten waren 3.588 an Krebs erkrankt, 294 litten an Erkrankungen des Nervensystems und 223 an Herz-Kreislaufkrankungen.

Die steigende Zahl älterer Menschen in Deutschland führte nach neuen Berechnungen des Robert Koch-Instituts<sup>5</sup> zu einem Anstieg der Krebserkrankungen innerhalb der letzten 10 Jahre bei Männern um 21 % und bei Frauen um 14 %. Aktuell erkranken weltweit jährlich schätzungsweise 14 Millionen Menschen neu an Krebs. In den nächsten zwei Dekaden soll gemäß dem Weltkrebsbericht von 2014 die Zahl der Krebsneuerkrankungen auf 22 Millionen Fälle jährlich steigen.<sup>6</sup>

Nach jüngsten Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft<sup>7</sup> wird sich die Zahl der Demenzkranken bis 2050 mehr als verdoppeln. Sie wird in Deutschland von derzeit 1,4 Millionen auf rund 3 Millionen Betroffene ansteigen. Die WHO hatte 2013 veröffentlicht, dass sich auch

---

<sup>4</sup> <http://www.euthanasiecommissie.nl>

<sup>5</sup> <http://www.rki.de>

<sup>6</sup> Weltkrebsbericht 2014: World Cancer Report 2014, Edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild, ISBN 978-92-832-0429-9.

<sup>7</sup> <http://www.deutsche-alzheimer.de>

die Zahl aller Demenzkranken weltweit bis 2050 auf 115 Millionen Menschen verdreifachen werde.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nach wie vor die Todesursache Nummer eins in Deutschland. Vor allem ältere Menschen sind von Kreislauferkrankungen betroffen. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der wachsenden Anzahl chronischer Herzerkrankungen ist deshalb mit einer weiteren Zunahme dieser Krankheiten in Deutschland und weltweit zu rechnen.<sup>8</sup>

Aktuell sterben in Deutschland die meisten Menschen im Rahmen der oben genannten fortschreitenden und unheilbaren Erkrankungen, bei denen ein Lebensende absehbar und somit gestaltbar ist. Diese werden aufgrund der steigenden Lebenserwartung weiter zunehmen.

### **1.3 Der Wunsch nach Suizidbeihilfe in der ärztlichen Tätigkeit**

Die ärztliche Praxis zeigt, dass der Wunsch eines unheilbar kranken Patienten, nicht mehr leben zu wollen, meist einen Hilferuf darstellt nach Linderung von Symptomen, psychosozialer Unterstützung und Anerkennung als vollwertiger Teil unserer Gesellschaft. Meist äußern die Patienten einen Todeswunsch und zeigen im gleichen Moment einen enormen Lebenswillen, was als „Double Awareness“ bezeichnet wird.<sup>9</sup> Meist resultiert der Todeswunsch aus einer „passiven Akzeptanz“<sup>10</sup> des Todes als Anpassung des Patienten an ein nicht kontrollierbares Geschehen. Wenn Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung durch ei-

---

<sup>8</sup> <http://www.rki.de>

<sup>9</sup> B. Erdogan-Griese Todeswunsch und Lebenswille: Beides zur gleichen Zeit ist möglich. Rheinisches Ärzteblatt, März 2014.

<sup>10</sup> B. Erdogan-Griese Todeswunsch und Lebenswille: Beides zur gleichen Zeit ist möglich. Rheinisches Ärzteblatt, März 2014.

nen palliativmedizinisch geschulten Arzt aufgeklärt werden, dass Schmerzen und Leid abgewendet werden können, rücken jedoch viele Menschen von ihrem Todeswunsch ab.

Der Anteil der Suizidenten mit chronischen, schmerzhaften und einschränkenden Krankheiten ist relativ gering, jedoch nimmt das Suizidrisiko mit steigendem Lebensalter zu und ist bei den über 85-Jährigen am höchsten. Bei älteren Menschen spielen zudem Vereinsamung, Hoffnungslosigkeit und mangelnde Perspektiven als Gründe für einen Suizid eine Rolle.

Viele unheilbar Kranke verschweigen ihren Wunsch zu sterben gegenüber den Ärzten oder halten ihre Selbsttötungsabsicht geheim. In einer Studie mit Patienten mit einer amyotrophen Lateralsklerose gaben 42 % der Befragten an, dass sie bereits darüber nachgedacht hätten, sich das Leben zu nehmen. Jeder zweite Befragte könnte sich vorstellen, einen Arzt um Hilfe bei der Selbsttötung zu bitten, jedoch hatte keiner von ihnen mit den Ärzten je darüber gesprochen.<sup>11</sup>

Im Auftrag der Bundesärztekammer hat das Allensbacher Institut für Demographie 2010 eine repräsentative Befragung unter 527 Medizinern zum ärztlich begleiteten Suizid in Deutschland durchgeführt. 75 % gaben an, dass Wünsche zum ärztlich begleiteten Suizid Ausnahmefälle darstellen würden. Allerdings gaben 34 % der Ärzte an, dass sie schon einmal von einem Patienten um Hilfe beim Suizid gebeten worden sind, wobei davon am häufigsten Hausärzte und Palliativmediziner betroffen waren. Diese Ärzte gaben zu über 90 % an, dass sie die Gründe des Patienten nachvollziehen könnten und Verständnis für seinen Wunsch hätten. 37 % wären bereit, unter bestimmten Umständen Beihilfe zum

---

<sup>11</sup> E. Richter-Kuhlmann, Gemeinsames Bekenntnis der Kammern: Helfen, aber nicht töten. Deutsches Ärzteblatt Heft 51-52, C 1815, 22.12.2014.

Suizid zu leisten.<sup>12</sup> Wie häufig Ärzte in Deutschland tatsächlich Beihilfe zum Suizid geleistet haben, ist nicht offiziell bekannt und bleibt somit unklar. Journalistischen Recherchen zufolge ist mit mindestens 155 Fällen jährlich in Deutschland zu rechnen.<sup>13</sup> Dignitas hat nach eigenen Angaben in den Jahren 2007 bis 2012 im Durchschnitt 131 Deutsche beim assistierten Suizid begleitet.<sup>14</sup>

In Oregon (USA) gibt es seit 1997 bei unheilbaren Erkrankungen die gesetzlich geregelte Möglichkeit, durch assistierten Suizid aus dem Leben zu scheiden. Die Statistik zum Oregon's Death with Dignity Act (DWDA) zeigt einen stetigen Anstieg der registrierten Fälle von 16 Fällen im Jahr 1998 auf 85 Fälle im Jahr 2012.<sup>15</sup>

#### **1.4 Stellungnahme der Ärztekammern**

Am 12.12.2014 stellten die Präsidenten aller Landesärztekammern zusammen mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer erstmals in einer gemeinsamen Pressekonferenz dar, dass die Tötung von Patienten, auch wenn sie auf deren Verlangen erfolgen würde, und die Beihilfe zum Suizid nicht zu den Aufgaben eines Arztes gehören. Das in der Hippokratischen Tradition formulierte Prinzip „Nil nocere“ stelle nach wie vor die Grundlage alles ärztlichen Handelns dar, worauf sich Patienten auch angesichts der gegenwärtigen gesellschaftlichen Debatte über eine mögliche gesetzliche Regelung der ärztlich Suizidbeihilfe verlassen

---

<sup>12</sup> <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf>

<sup>13</sup> Gian Domenico Borasio, Ralf J. Jox, Jochen Taupitz, Urban Wiesing: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, Stuttgart 2014, 14-15.

<sup>14</sup> <http://www.dignitas.ch>

<sup>15</sup> <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year16.pdf>

könnten. Sämtliche Berufsordnungen der Landesärztekammern formulierten einheitlich und bundesweit, dass es die Aufgabe des Arztes sei, „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten“. Die länderspezifischen Unterschiede bei der Formulierung der (Muster-)Berufsordnung reflektierten lediglich eine föderale Umsetzung in den einzelnen Kammern, nicht eine unterschiedliche Haltung.<sup>16</sup>

Die Kammerpräsidenten stellten weiterhin klar, dass Ärzte Hilfe beim Sterben leisten, aber nicht zum Sterben leisten sollen. Hierbei verwiesen sie auf die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung: Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung bestehe nicht unter allen Umständen. Es gebe Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik- und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen im Sinne einer Therapiezieländerung geboten seien. Dann trete eine palliativmedizinische Versorgung eines Patienten in den Vordergrund, die das Sterben ermögliche – sofern dies seinem Willen entspricht. Dies schließe auch die Gabe von sedierenden Medikamenten ein. Nach Aussage des Bundesärztekammerpräsidenten wünscht sich die Ärzteschaft deshalb von der Politik lediglich ein Verbot jeder Form der organisierten Beihilfe zum Suizid. Weitere straf- oder zivilrechtliche Änderungen seien nicht nötig. Die letzte Instanz werde immer das ärztliche Gewissen sein.

Die in der Pressekonferenz vorgestellte Meinung wird allerdings nicht von allen Ärzten geteilt. Ein berufsrechtliches Verbot wird nur von 25% der Ärzte befürwortet, wie eine kürzlich veröffentlichte Studie von Jan Schildmann<sup>17</sup> ergab. Unterstützung findet die Forderung nach einem

---

<sup>16</sup> E. Richter-Kuhlmann. Gemeinsames Bekenntnis der Kammern: Helfen, aber nicht töten. Deutsches Ärzteblatt Heft 51-52, C 1815, 22.12.2014.

<sup>17</sup> Jan Schildmann, Assistierter Suizid: nur jeder vierte Arzt ist für ein Verbot. In: Ärzte Zeitung vom 03.12.2014.

Verbot allerdings bei Palliativmedizinerinnen, die Sterbebegleitung von Schwerkranken täglich praktizieren.<sup>18</sup> Sie fordern vielmehr einen Ausbau der Palliativmedizin und der Hospizversorgung in Deutschland.

## 1.5 Situation in den Nachbarländern

2001 haben die Niederlande als erstes Land der Welt die aktive Sterbehilfe für Ärzte straffrei gestellt und die Tötung auf Verlangen durch den Arzt gesetzlich geregelt.<sup>19</sup> Dem ging eine intensive Euthanasie-Debatte in Holland seit 1969 voraus, wobei „Euthanasie“ im Niederländischen schlicht „Sterbehilfe“ bedeutet. Das am 1. April 2002 in Kraft getretene „Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe zur Selbsttötung“ sieht Änderungen des Strafgesetzbuches dahingehend vor, dass die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zum Suizid nicht als strafbar gelten, wenn sie von einem Arzt begangen werden, der dabei besondere Sorgfaltskriterien beachten muss. Aktive Sterbehilfe ist straffrei, wenn ein Patient ein Verlangen nach Sterbehilfe unbeeinflusst, freiwillig und wiederholt ausspricht. Der Arzt muss prüfen und bestätigen, dass der fragende Patient unerträglich leidet und nicht zu heilen ist. Darüber hinaus muss er einen unabhängigen Kollegen hinzuziehen, der das Vorliegen der Voraussetzungen schriftlich bestätigt. Sollte ein Patient nicht mehr in der Lage sein, seinen Willen zu äußern und hat er eine Bitte um Lebensbeendigung schriftlich formuliert, so kann der Arzt dieser Bitte nachkommen. Nach dem Tod des Patienten muss der Arzt den Fall einer Kommission melden, welche die

---

<sup>18</sup> Friedemann Nauck, Christoph Ostgathe, Lukas Radbruch. Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111(3): A 67–71.

<sup>19</sup> <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe>

Rechtmäßigkeit der Sterbehilfe prüft. Die Sterbehilfefälle werden in jährlichen Kommissionsberichten veröffentlicht, zuletzt 2013.<sup>20</sup>

Kurz darauf legalisierten auch Belgien (2002) und einige Jahre später Luxemburg (2009) die aktive Sterbehilfe durch Ärzte, wobei Belgien seit Februar 2014 als erstes Land der Welt auch die Altersgrenze aufgehoben hat, sodass auch bei unheilbar kranken Kindern unter bestimmten Umständen aktive Sterbehilfe möglich ist. In allen anderen europäischen Staaten einschließlich der Schweiz und in Israel ist eine aktive Sterbehilfe gesetzlich verboten. Selbst die Beihilfe zur Selbsttötung, welche in Deutschland grundsätzlich keinen Straftatbestand darstellt, ist in Ländern wie Österreich, Dänemark, Griechenland, Frankreich, Norwegen und Großbritannien strafbar.

Die Nachbarländer Belgien und Holland mit einer liberal geregelten Sterbehilfe verzeichnen einen jährlichen Anstieg der Tötungen auf Verlangen und ärztlichen Hilfe bei der Selbsttötung um 10-13 %. In den Niederlanden waren es im Jahr 2010 2.120 Fälle und im Jahr 2013 4.829 Fälle von registrierten Sterbehilfen.<sup>21</sup> In Belgien haben sich die gemeldeten Sterbehilfefälle seit dem Jahr 2010 verdoppelt. 2010 wurden 953 Sterbehilfefälle registriert, 2013 waren es 1.807 Fälle. In den Niederlanden war der häufigste Grund (78 %) für die Tötung auf Verlangen das Vorliegen einer Krebserkrankung. Jedoch verzeichnen beide Länder auch einen Anstieg der Sterbehilfefälle bei Demenzkranken und Patienten mit anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen. Bei lediglich 5 von 4.829 Fällen stellte die niederländische Kontrollkommission fest, dass die Ärzte nicht die gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltspflichten beachtet hätten.

---

<sup>20</sup> <http://www.euthanasiecommissie.nl>

<sup>21</sup> <http://www.euthanasiecommissie.nl>

In der Schweiz sind drei Sterbehilfeorganisationen bekannt, die Menschen in den Freitod begleiten. Es handelt sich um die 1982 gegründeten Vereinigungen EXIT (Deutsche Schweiz und Swiss Romande) mit rund 100.000 Mitgliedern<sup>22</sup> und die 1998 gegründete Vereinigung Dignitas<sup>23</sup> mit rund 7.000 Mitgliedern. Die Vereinigungen leisten gegen Bezahlung Hilfestellung und Begleitung zur Selbsttötung. In der Schweiz ist Hilfe zur Selbsttötung nicht strafbar, sofern keine selbstsüchtigen Motive vorliegen. In Analogie zur Deutschen Bundesärztekammer betont die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften jedoch in ihren Richtlinien, dass die Hilfe zur Selbsttötung nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit sei.

Eine Studie von Züricher Rechtsmedizinern und Psychiatern zeigt, dass die Zahl von Ausländern, die zur Inanspruchnahme von Sterbehilfe in die Schweiz reisen, in den vergangenen Jahren stark zugenommen hat.<sup>24</sup> Insgesamt wurden Daten von 611 Nicht-Schweizern, die sich zwischen 2008 bis 2012 bei der Selbsttötung assistieren ließen, ausgewertet, wobei die meisten (268) aus Deutschland kamen, gefolgt von 126 Briten und 66 Franzosen. Demnach verdoppelte sich im Kanton Zürich innerhalb von vier Jahren die Zahl der Ausländer, die zum Sterben in die Schweiz kamen.<sup>25</sup> Fast die Hälfte litt an neurologischen Erkrankungen. Dazu zählen etwa Lähmungen, die Parkinson-Krankheit oder Multiple Sklerose. Krebs und rheumatische Erkrankungen folgten erst auf Platz 2. Im Vergleich zu früheren Studien zeigt sich, dass der Anteil nicht tödlicher Krankheiten zugenommen hat.

---

<sup>22</sup> <http://www.exit.ch>

<sup>23</sup> <http://www.dignitas.ch>

<sup>24</sup> G. Iacobucci, . Number of people travelling to Switzerland for assisted dying doubles in four years. BMJ. 2014 Aug 22; 349.

<sup>25</sup> S. Gauthier, J. Mausbach , T. Reisch, C. Bartsch, Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. J Med Ethics. 2014 Aug 20.

## 1.6 Palliative Care und Hospizarbeit

Die Beobachtung, dass Menschen am Lebensende nicht nur optimale medizinische Hilfe brauchen, sondern auch Zuwendung und menschliche Begleitung, sie diese aber vielfach nicht in ausreichendem Maß bekommen oder nicht bekommen können, hat in allen Industrieländern seit einigen Jahrzehnten die Aufmerksamkeit auf die Umstände des Sterbens fokussiert. Dabei zeigt sich übereinstimmend ein Wunsch, in der vertrauten häuslichen Umgebung zu sterben, und ebenso ein starker Wunsch nach ganzheitlicher Versorgung. Tatsächlich stirbt aber ein immer höherer Anteil in einem Krankenhaus oder Pflegeheim, also in Einrichtungen, in denen alle Abläufe nach betrieblicher und wirtschaftlicher Logik organisiert sind. Ärzte und Mitarbeiter haben sich bemüht, in den Einrichtungen selbst unhaltbare Zustände abzustellen und die Sterbenden nach Möglichkeit Würde und Achtung verspüren zu lassen. Auch die Träger von Einrichtungen haben Anstrengungen unternommen, durch Schaffung einer individuelleren Umgebung, Organisation von Besuchsdiensten, phantasievolle Raumgestaltung dem Sterben mehr Individualität, mehr Ruhe und mehr Raum zu lassen. Besonders nachhaltige Impulse kamen von der Hospiz- und Palliativbewegung, deren Konzepte mit einer Verzögerung von zwei Jahrzehnten auch in Deutschland großen Widerhall fand und große Unterstützung seitens der Bevölkerung erfährt. Freilich haben sich ihre beiden ursprünglich und auch sachlich eng verwandten Zweige gerade in Deutschland recht unterschiedlich und teilweise auch in Konkurrenz zueinander entwickelt, was zum einen mit Unterschieden in der Finanzierung und zum anderen mit der unterschiedlichen Rolle der ehrenamtlichen Mitarbeit zusammenhängt.

Die Impulse für eine Verbesserung der Kultur der Sterbebegleitung (und weitergehend sogar einer Kultur des Abschieds) haben sämtliche Ebenen der Versorgung erfasst und zu ersten Schritten einer qualitativ bes-

seren Versorgung geführt. Allerdings handelt es sich noch um erste Schritte, denen weitere folgen müssen.

Nach wie vor am häufigsten wird Hilfe am Lebensende von niedergelassenen Haus-, Allgemein- und Fachärzten geleistet. Ein wichtiges Ziel besteht darin, die Qualifikation dieser Ärzte in Schmerztherapie und Palliativmedizin zu verbessern.

Zu ihrer Unterstützung bei der Betreuung schwerkranker Patienten zuhause wurde im Zug der Gesundheitsreform 2007 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingerichtet. Sie besteht aus einem flächendeckenden Netz von Teams mit in der Regel je acht Mitarbeitenden (Ärzte, Krankenschwestern, Koordinierungskräfte, Seelsorger) pro 250.000 Einwohnern. Diese Teams sollen durch Beratung, Unterstützung und in schweren Fällen auch durch Fortführung der Behandlung den Wunsch, zuhause zu sterben, realisierbar machen.

In größeren Krankenhäusern wurden eigene Palliativstationen eingerichtet. Sie sind für Patienten mit starken Schmerzen oder in psychosozialen oder auch existenziellen Krisen reserviert. Die Verweildauer dort ist vergleichsweise kurz, weil der Aufenthalt als Übergang zur Entlassung nach Hause bzw. zur Überweisung in ein Heim oder ins Hospiz gehandhabt wird. Für kleinere Häuser ohne Palliativstation gibt es palliativmedizinische Beratung und Unterstützung als Konsiliardienst.

Stationäre Hospize sind spezialisierte Pflegeheime, die Sterbenden in ihrer letzten Lebensphase ein „normales“ Wohnen und Leben ermöglichen wollen. Die Versorgung erfolgt ganzheitlich und steht rund um die Uhr bereit. Träger ist ein Verein oder eine Stiftung. Eine hospizliche Versorgung kann auch in Form eines ambulanten Dienstes organisiert sein. Dann arbeiten im Team auch ehrenamtliche Helfer mit, die eine spezifische Ausbildung absolviert haben.

Nicht nur junge, sondern auch ältere und alte Menschen unterliegen heute oft gesellschaftlichen Erwartungen und eigenen Idealvorstellungen, die sie in ihren tatsächlichen Möglichkeiten und ihrem Selbstgefühl unter Druck setzen oder sogar überfordern. Befragt nach ihren Vorstellungen von der letzten Lebensphase, wünschen sich viele Menschen einen Tod, der möglichst schnell und möglichst ohne Leiden eintritt, sie mitten heraus aus dem aktiven Leben reißt. Es gibt mehr und mehr das Ideal von springlebendigen Senioren, die auch noch im hohen Alter behände Berge besteigen, Nordic Walken, geistig und körperlich unvermindert an allem teilnehmen.

In einer Gesellschaft, die häufig an Erfolg, Karriere, Vitalität und Schönheit orientiert ist, können schwere Krankheit, Behinderung, Altern und Tod wie unangenehme „Begleiterscheinungen“ wirken. Der Mensch soll für sein Leben Verantwortung tragen. Der Erwartungsdruck ist hoch und damit auch der Zwang zur Rechtfertigung, wenn es einem nicht so ergeht wie von anderen erwartet. Leben wird zunehmend als eigenes Projekt eines Menschen betrachtet.

Wer Autonomie mit Autarkie gleichsetzt, für den oder die kann jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und des Angewiesenseins eine narzisstische Kränkung darstellen. Autonomie ist aber mehr als bloße Autarkie. Zur Selbstbestimmung gehört auch, sowohl Glück als auch Zerbrochenheit wahrnehmen zu können und sich dabei akzeptiert zu wissen.

Würde definiert sich nicht durch Gesund- oder Heilsein. Menschenwürde ist ein unverlierbares Gut und Ausdruck von Beziehung. Beim Sterben geht es um die Kultur und die Humanität einer Gesellschaft.

Menschen wollen nicht um jeden Preis am Leben erhalten werden, sondern, wenn ihre Zeit gekommen ist, auch sterben dürfen – dann, wenn es unangemessen ist, dem Widerfahrnis des Todes weitere Aktivitäten

entgegen zu setzen. Das Miterleben des Sterbens ist belastend. Es kann Schuldgefühle und Gewissensbisse bei nahestehenden Personen hervorrufen. Die Errungenschaften der Palliativmedizin und die Hospizbewegung wollen Sterbenden und Angehörigen Hilfe geben.

Palliative Care und Hospizkultur machen Menschen Mut, ihre Angehörigen auch am Ende nicht alleine zu lassen – sie befähigen zu einer Humanität, ohne die eine Gesellschaft zu Grunde geht. Einen sterbenden Menschen zu begleiten, ist eine Zeit, die viel Kraft kostet. Trotzdem hat die Nähe zu sterbenden Angehörigen unvergleichliche Qualität. Wer einem anderen bis zum Tod zur Seite steht, gewinnt Momente einer Nähe, die bleiben.

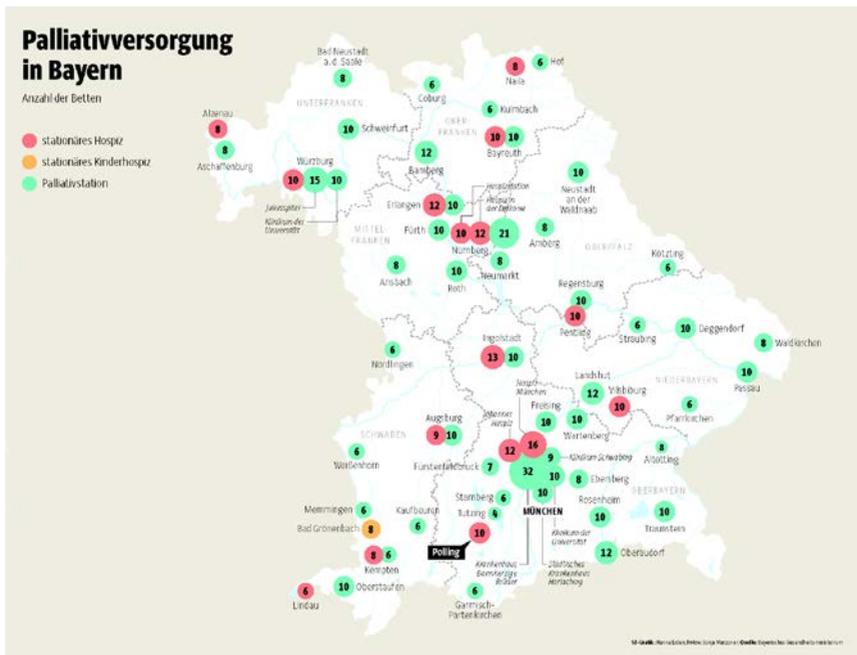
Sterben gehört wie das Geborenwerden zum Leben. Bei beidem ist die Gesellschaft als Solidargemeinschaft gefordert. Etwa 40 % der Summe, die ein Mensch seine Krankenkasse kostet, verursacht er in seinem letzten Lebensjahr. Es besteht die Gefahr, dass ökonomische Zwänge die ethische Diskussion um den letzten Lebensabschnitt bestimmen.

Es kann sich individuell und gesellschaftlich die Haltung entwickeln, nicht zur Last fallen zu dürfen. Der Wunsch, die Gesellschaft und sich selbst nicht mit Kosten zu belasten, kann dazu führen, dass Menschen ihre Bedürfnisse nicht äußern und vor der Zeit sterben wollen. Auch birgt die Ökonomisierung die Gefahr, dass Menschen in Heimen oder Kliniken vor allem als Kostenfaktor wahrgenommen und darauf reduziert werden. Maßstab ist und bleibt jedoch, was Menschen und die, die für sie da sind, für ein würdiges Leben und Sterben brauchen.

Wenn es die Perspektive von Heilung oder Lebensverlängerung nicht mehr gibt, stellt sich die Frage nach der bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit. Palliative Care und Hospizarbeit sind Angebote, in der letzten Lebensphase nicht allein zu sein: Die Ab-

schiedssituation wird miteinander erlebt und ausgehalten, der oder die Sterbende darf gehen, der Tod wird zugelassen: Sterben hat seine Zeit.

Sterben ist ein individuelles und zugleich soziales Geschehen: In der hospizlichen Arbeit und Palliative Care bekommen auch medizinisch-pflegerische, seelsorgliche und andere Berufsgruppen Unterstützung für die Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen in ihren physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen.



## 2 Die öffentliche Debatte

Nicht nur die technischen Möglichkeiten der Medizin, das ärztliche Selbstverständnis im Blick auf die Patienten und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen haben sich verändert, sondern auch der Stellenwert, den der Komplex Sterbehilfe in der Öffentlichkeit einnimmt. Das zeigt sich zum Einen in der gestiegenen Aufmerksamkeit für die Themen Tod und Sterben, zum Anderen in der Problematisierung der Art und Weise, wie das Sterben heute vielfach geschieht und wahrgenommen wird. Während noch bis vor nicht allzu langer Zeit unter den kritischen Zeitdiagnostikern weitgehende Einigkeit zu bestehen schien, dass der Tod und das Sterben in der modernen, erfolgsorientierten Gesellschaft zu den letzten Tabus gehören, entwickelten sich das Sterben und die Möglichkeit, den Sterbenden mit den Mitteln der Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge zu helfen, im Lauf der letzten Jahre geradezu zu einem „Megathema“, das in so gut wie allen Sparten und Formaten der Medien, von der Berichterstattung angefangen über Talkrunden und Magazindokumentationen bis zu autobiographischen Berichten von Angehörigen und dem künstlerischen Film, behandelt wird und seinen Platz behauptet. Auslöser und zugleich Kristallisationspunkte der entsprechenden Debatten waren meistens Berichte über das Sterben von Personen, deren Krankheit sich besonders lang hingezogen hat oder die in jungen Jahren so aggressiv von ihr befallen wurden, dass Vertrauenspersonen aus dem Umfeld sich zu Interventionen provoziert fühlten, die mit den üblichen Standards des ärztlichen Standesethos und den geltenden Bestimmungen des Rechts in Konflikt geraten mussten. Manche dieser Fälle sind, weil sie als Ausdruck eines hochdramatischen Schicksals und gleichzeitig als Exempel für unangemessene Normierung herangezogen wurden, zu weltweiter und bleibender Bekanntheit gekommen, wie die holländische Ärztin Geertruida Postma van Boven, die ihre todkranke Mutter auf deren Bitten hin mit einer

Überdosis Morphinum getötet hatte (1973), der Chirurg Julius Hackethal, der unheilbaren Krebspatienten tödliches Gift besorgte (1980er Jahre), der an Muskeldystrophie erkrankte Italiener Piergiorgio Welby, der trotz eines entgegengesetzten Gerichtsurteils den Therapieabbruch durchsetzte, woraufhin sein Arzt des Mordes angeklagt wurde (2006) und die Amerikanerin Theresa Schiavo, bei der nach 15-jährigem Wachkoma und einem bis vor das höchste Gericht ausgetragenen Streit zwischen ihrem früheren Ehemann und ihren Eltern die künstliche Ernährung eingestellt wurde. Und noch in frischer Erinnerung sind die Suizide des früheren MDR-Intendanten Udo Reiter, der seit Jahrzehnten querschnittsgelähmt im Rollstuhl sitzend sich seit Jahren und noch bis eine Woche vor seinem Suizid öffentlich für den selbstbestimmten Tod eingesetzt hat, und der Amerikanerin Brittany Maynard, die erst 29-jährig, ihrem Krebsleiden angekündigt ein vorzeitiges Ende gesetzt hat, nachdem sie über Monate für die Erlaubnis aktiver Sterbehilfe öffentlich geworben und hierfür vor allem das Internet benutzt hatte.

## **2.1 Zur Charakteristik der Debatten**

Alle diese Namen – und sie ließen sich leicht vermehren – stehen für Lebensgeschichten konkreter Menschen, die durch eine Krankheit unversehens an eine schicksalhafte Bruchstelle ihrer Biographie geraten sind, die von den Betroffenen als Bedrohung ihres Lebensprojekts oder gar ihrer Identität empfunden worden ist. Ihr Los kann auch andere Menschen weit über den Kreis der Angehörigen und Bekannten hinaus bewegen und bei ihnen Mitgefühl hervorrufen oder Empörung gegen die Hindernisse, die einer plausiblen Lösung im Weg zu stehen scheinen. Das erklärt die Vehemenz, mit der die Debatten um Sterbehilfe, Palliativmedizin, Selbstbestimmung und Suizid streckenweise geführt werden, und die starken Polarisierungen, die dabei immer wieder zu beobachten sind.

Denn beides, starkes Mitgefühl und Empörung, sind Emotionen, aus denen öffentliche Debatten Dynamik gewinnen können. Ereignisse und Handlungsweisen, die offensichtlich gegen weit verbreitete moralische Intuitionen verstoßen, werden durch eine bestimmte Form medialer Inszenierung rasch zum Skandal. Skandale aber bieten die Chance, Aufmerksamkeit auf problematisches Handeln wie auch auf fehlende oder störende Regulierungen zu lenken.

Die Aufmerksamkeit für ganz bestimmte bewegende Schicksale reicht allerdings nicht aus, um diese Fälle angemessen zu beurteilen und bessere Regelungen daraus ableiten zu können. Dazu bedarf es so gut wie immer sehr viel mehr an Information und weitgehender Kenntnis der Umstände. Infolge dessen sind öffentliche Debatten, in deren Mittelpunkt ein skandalöser Einzelfall steht, typischerweise auch mit der Gefahr verbunden, dass Verhältnisse verzerrt dargestellt, und Probleme vereinfacht werden.

Auch die jüngeren Debatten über Sterbehilfe, Sterbetourismus und Suizidhilfe sind nicht frei von diesen Gefahren. So lässt sich beispielsweise die Tendenz beobachten, die Proportionen zwischen dem vergleichsweise selten auftretenden Wunsch nach vorzeitiger Lebensbeendigung und dem Zuendeleben im ganz überwiegenden Teil der Sterbefälle zu verkehren, sodass der Eindruck entstehen kann, der Wunsch nach Sterbehilfe sei die eigentliche und dringlichste Frage am Lebensende. Die Folgen sind starke und sehr spezifische Veränderungserwartungen, aber auch der Eindruck, die bestehenden Standards seien völlig untauglich. Verzerrungen dieser Art können übrigens beide Streitparteien erleiden, also sowohl Befürworter einer Liberalisierung bestehender Normierungen als auch deren Verteidiger, die gerne mit den Bildern des Dammbrochs oder der schiefen Ebene eine unaufhaltsame negative Entwicklung prognostizieren.

Darüber hinaus lässt sich in der öffentlichen Debatte immer wieder die Neigung beobachten, dass von verkürzten Alternativen ausgegangen wird oder solche unterstellt werden. Wer etwa für die Möglichkeit des assistierten Suizids votiert, muss nicht gegen den Ausbau der Palliativversorgung sein. Und wer die Übertherapie am Lebensende kritisiert, ist nicht automatisch ein Sympathisant des Angebots einer Tötung auf Verlangen. Derlei Unterstellungen erschweren oder vergiften die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen über mehr und qualitativ bessere Hilfen am Lebensende. Und sie können vorhandene Gemeinsamkeiten verdecken oder beschädigen.

## **2.2 Umfragen**

Nicht selten werden im Umfeld der öffentlichen Diskussion skandalisierter Fälle von Sterbewünschen Umfragen durchgeführt. Sie können heute durch die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation zeitnah und innerhalb kurzer Zeit erfolgen. Manche Ergebnisse sagen etwas aus über die Einstellungen der Bürger, die sich auf der Straße, am Telefon oder online zu den gestellten Fragen äußern. Das sind sicher mehr oder weniger voraussetzungsreiche Situationen und zufällige Kontexte; und deshalb sind auf diesem Wege eher nur Momentaufnahmen erreichbar.

Die Ergebnisse mancher dieser Erhebungen sind denn auch plakativ und die zugrundeliegende Fragestellung „digital“, d. h. dass sie in der öffentlichen Präsentation nur die Antwort „ja“ oder „nein“ zuzulassen scheinen. Auch dort, wo die Befunde nach Maßstäben der Repräsentativität erhoben wurden, hängt offensichtlich viel von der Art der Fragestellung, den verwendeten Begriffen und den angebotenen Alternativen ab. Gleichwohl ergibt sich aus den Repräsentativbefragungen von Instituten wie Allensbach, Forsa und Gallup ein einigermaßen stabiles Bild

davon, wie die Bürger in Deutschland im statistischen Durchschnitt über die verschiedenen Arten von Sterbehilfe denken:

- Mehr als die Hälfte (58 %, nach neuesten Untersuchungen vom September 2014 sogar 67 %) votiert für aktive Sterbehilfe im Fall einer schweren Erkrankung ohne Überlebenschance.<sup>26</sup>
- Fast drei Viertel der Bürger befürworten die Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen, auch die der künstlichen Ernährung.<sup>27</sup>
- Mehr als 70 % der Bevölkerung sprechen sich für die Straflosigkeit von Suizidbeihilfe im Krankheitsfall aus.<sup>28</sup>

Freilich ist auch bei diesen, als valid geltenden Ergebnissen Vorsicht bei Schlussfolgerungen insofern geboten, als es bei keiner der zugrundeliegenden Befragungen eine Rolle gespielt hat, ob die Befragten die entsprechende Situation nur vom Hörensagen oder auch aus eigener Anschauung bzw. sogar aus eigenem existenziellen Erleben kennen. Darauf, dass dies von erheblichem Einfluss auf die jeweils gegebene Antwort ist, verweist die mit zunehmendem Alter abnehmende Zustimmung in den Befragungen.

Die Veröffentlichung von Umfrageergebnissen und ihre Interpretation bildet nicht nur öffentliche Meinung ab, sondern stellt selber einen Einflussfaktor im Prozess der öffentlichen Meinungsbildung dar.

---

<sup>26</sup> Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage vom Juli 2008. Neueste Zahlen aus Allensbacher Kurzbericht vom 06.10.2014.

<sup>27</sup> Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage vom August 2008.

<sup>28</sup> Belege bei Gian-Domenico Borasio u.a., Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, Stuttgart 2014, 52.

### 2.3 Stellungnahmen

In den öffentlichen Debatten über das Lebensende und die diversen Formen helfender medizinischer Einflussnahme haben sich seit Beginn an auch die christlichen Kirchen mit offiziellen Stellungnahmen vielfach zu Wort gemeldet.<sup>29</sup> Teilweise wollen diese Stellungnahmen auf konkrete politische Initiativen oder geplante Veränderungen der rechtlichen Bestimmungen im Inland oder auch in Nachbarländern reagieren, teilweise geht es ihnen um grundsätzliche Haltungen zum Lebensende und um typische Entwicklungen beim gedanklichen und praktizierten Umgang damit durch die Einzelnen und die Gesellschaft. Adressaten sind nicht nur die eigenen Mitglieder; vielmehr richten sich die Stellungnahmen an alle, die sich an der Meinungs- und Willensbildung über die betreffenden rechtspolitischen und ethischen Themen beteiligen.

Berechtigt oder sogar herausgefordert sehen sich die Kirchen und entsprechend andere Religionsgemeinschaften zu solchen Stellungnahmen, weil sie in der zugrunde liegenden Auffassung vom menschlichen Leben und in der Realität von Sterben und Tod sowie auch im Umgang damit den zentralen Kern der religiösen Deutung der Wirklichkeit von Mensch und Welt berührt sehen. Auch wenn dieser Kern im Rahmen der konfessionellen Traditionen, in den andersreligiösen Gemeinschaften sowie in den neureligiösen Bewegungen sehr vielfältige Ausdrucksformen gefunden hat und sich keineswegs mehr auf die traditionellen christlichen Hoffungsgehalte und rituellen Handlungen beschränkt, gibt es doch Gemeinsamkeiten und Nähen. Sie werden gerade unter Bedin-

---

<sup>29</sup> Eine gute Übersicht vermittelt die umfangreiche Textsammlung von Stefanie Schardien (Hg.), *Mit dem Leben am Ende. Stellungnahmen aus der kirchlichen Diskussion in Europa zur Sterbehilfe*, Göttingen 2010. Für eine vergleichende Analyse s. dies., *Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Eine ökumenisch-ethische Untersuchung konfessioneller Positionen*, Gütersloh 2007.

gungen des existenziellen Bedrohtseins in schwerer Krankheit und im Sterben gesucht oder als spirituelle Hilfe zur eigenen Klärung und Orientierung eingefordert, unter anderem auch im Kontext der Begleitung von Krankheit, Sterben und Pflegebedürftigkeit in Krankenhäusern oder Heimen.

In Bezug auf den Menschen geht es dabei vor allem um die Erfahrung, dass das Leben ein Geschenk oder eine Gabe ist, ferner um die Fähigkeit zu Freiheit und verantwortlichem Handeln und schließlich um den Respekt vor der Existenz des Anderen. In den Debatten um Sterbehilfe werden diese anthropologischen Sachverhalte auch häufig mit der emphatischen Bezugnahme auf die Menschenwürde chiffriert; dies schließt sozialen Achtungsanspruch und rechtliche Schutzbedürftigkeit ein. Freilich wird der Begriff der Würde in den Debatten mehrdeutig verwendet, worauf bereits in der früheren Stellungnahme „Sterben in Würde“ hingewiesen wurde.<sup>30</sup>

Innerhalb der jeweiligen religiösen bzw. spirituellen Deutungs- und Sinnkomplexe haben im Umfeld von Sterben und Tod auch Vorstellungen vom Sinn oder der Sinnlosigkeit des Leidens ihren Platz sowie Wünsche nach Versöhntheit mit dem, was in der eigenen Lebensgeschichte falsch gemacht wurde oder noch unbearbeitet verblieben ist.

## **2.4 Anthropologische Gesichtspunkte**

Deshalb sind für die Angemessenheit der Hilfen, die Schwerkranken, Gebrechlichen und Sterbenden zuteilwerden, nicht allein die physiologischen Notwendigkeiten ausschlaggebend, sondern auch das Bild vom Menschen, das die Wahrnehmung und die Hilfeleistung leitet. Denn

---

<sup>30</sup> Einführung, S. 9f.

auch als Patient und als vom Tod bedrohter ist der Mensch mehr als bloß ein defekter Körper, nämlich ein leiblich verfasstes Subjekt und eine Einheit von Körper, Geist und Seele. In Folge dessen darf er dort, wo er in einen Zustand der Schwäche geraten ist und der Hilfe bedarf, nicht nur Objekt medizinischer Diagnose und Therapie werden, und erst recht nicht bloß wie eine „Maschine“ behandelt werden, die es durch Apparate und substituierende technische Maßnahmen am Funktionieren zu erhalten gilt oder die ggf. „abzuschalten“ ist.

Zum ganzheitlichen Bild vom Menschen gehört auch, dass das menschliche Leben grundsätzlich begrenzt ist. Sterblichkeit und andauernde Verletzlichkeit auch schon in jüngeren Jahren und bei robuster Gesundheit sind der begrenzende Rahmen menschlichen Daseins; aber sie markieren auch den Freiraum, innerhalb dessen individuelle Selbstbestimmung im Zusammenwirken mit anderen und mittels kultureller Partizipation möglich ist. Medizin und alle anderen professionalisierten Hilfeleistungen bis hin zur psychosozialen Unterstützung und Seelsorge finden unter dem Vorzeichen des Akzeptierenmüssens der Begrenztheit und Sterblichkeit des menschlichen Lebens statt. Ihr Sinn ist es, auftretendes Leid nach Möglichkeit vermeidbar zu machen und, wo dieses nicht mehr gelingt, wenigstens zu lindern. Die Zumutung von schwerer Krankheit, von Schmerzen, Einschränkung der Selbstständigkeit wird trotzdem häufig das Gefühl von Angst, Einsamkeit oder sogar von Sinn- und Ausweglosigkeit entstehen lassen. Es gehört dann aber zur Humanität des gesellschaftlichen Zusammenlebens in Freiheit und Recht, dass alle Bürger die Gewissheit haben können, dass ihnen in derartigen Situationen und Zuständen von Seiten anderer Hilfen, Nähe und Begleitung gewährt werden und dass die dafür notwendigen personellen, sächlichen und organisatorischen Ressourcen zur Verfügung gestellt und organisiert werden.

Solche Gewissheit, im Bedarfsfall medizinische Hilfe, psychosoziale und spirituelle Fürsorge und rechtlichen Schutz, in alledem aber auch Res-

pekt vor dem eigenen Willen zu erhalten, ist der Rahmen, in dem die meisten Menschen auch ihre Wünsche bzgl. eines selbstbestimmten und würdevollen Sterbens unterbringen können. Offensichtlich gibt es aber auch Menschen, denen dieser Rahmen im Blick auf die Unwägbarkeiten der eigenen Zukunft nicht ausreichend erscheint.

Von der Medizin und anderen Hilfeangeboten die Befreiung vom Sterbenmüssen und Leidenkönnen als Elementen der *conditio humana* zu erwarten oder gar zu verlangen, wäre utopisch und existenziell unredlich. Der Tod und das Sterben bleiben deshalb auch unter den Bedingungen einer modernen gesundheits- und vorsorgeorientierten Gesellschaft eine Herausforderung, die sich in jedem Menschenleben stellt und bewältigt werden muss. Ein Menschenbild, das ausschließlich auf Vitalität, Leistungsfähigkeit und Selbstbestimmung im Sinne von Unabhängigkeit fokussiert wäre, hätte für die Realität von Krankheit, Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit keinen wirklichen Platz und müsste deren faktisches Auftreten und Vorkommen als Niederlage, Kränkung, Entwertung und Last empfinden. Eine solche Sicht würde sich nicht nur bedrückend auf den einzelnen Kranken auswirken, sondern auch belastend auf das gesellschaftliche Klima.

## **2.5 Erste Konvergenzen**

Gesellschaftliche Debatten sind etwas Lebendiges und dynamisch sich Entwickelndes. Sie kommen erst dann zu einer gewissen Ruhe, wenn sie in den Augen großer Teile der Bevölkerung zufriedenstellende Lösungen gefunden haben. Solche vorzubereiten und voranzubringen, ist einerseits Aufgabe der Fortschreibung des Rechts und andererseits des Fortgangs der ethischen Reflexion. Bevor über die Entwicklungen in diesen beiden Bereichen referiert wird (Teil 3 und 4 dieser Stellungnahme), soll versucht werden, in Kürze Konvergenzen zu umreißen, die

in den gesellschaftlichen Debatten über Sterbehilfe, die in den letzten Jahren geführt wurden, erkennbar sind. Es sind dies v. a. folgende drei:

1. Ein erstes Anliegen wird häufig mit dem Stichwort „Neue Kultur des Sterbens“ umschrieben. Dieses Postulat geht einerseits dahin, das Sterben als Thema und als menschliche Realität trotz aller medizinisch notwendigen Spezialisierung stärker in die Lebenswelten der Menschen einzubetten und andererseits die Formen der vorausgehenden sozialen Desintegration stärker in den Blick zu nehmen.
2. Die Einsicht ist gewachsen, dass die Not des Sterbens (und damit auch der Grund für viele Ängste vor dem Sterben) nicht nur in den physiologischen Funktionsausfällen und im Totsein besteht, sondern auch in der Unvertrautheit mit den Orten, den institutionellen Abläufen, den Umständen, der Präsenz technischer Hilfsmittel und der Sorge, mit dem Sterbenmüssen allein gelassen zu werden.
3. Wie andere Lebensvollzüge wird auch das Sterben unübersehbar mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung verknüpft. Vielleicht ist die Maxime „Selbstbestimmt sterben“ angesichts der Realität des Sterbens eine provokant und übertrieben klingende Forderung; und die medizinische Praxis wie auch der rechtliche Schutz durch die Gesellschaft sind nicht nur diesem Postulat verpflichtet. Dennoch bringt der Ruf nach Selbstbestimmung das Bestreben, Art und Umstände des Sterbens weitestmöglich vorweg zu bestimmen, Verfügungen bzgl. der Behandlungen und Behandlungsunterlassungen zu treffen, und den Wunsch, die eigene Lage gegenüber Routinen, Ausgeliefertsein an Maschinen, Maximaltherapien, Zwang zu leben usw. kontrollierbar zu halten, eben doch in typischer Weise auf den Punkt. Die derzeit besonders stark diskutierte Frage der Beihilfe zum Suizid ist in diesem Zusammenhang sicher nicht die entscheidende und dringlichste Frage. Aber vielleicht zeigt sich hier doch symptomatisch eine Veränderung im Denken und Fühlen, die man

als Individualisierung des Sterbens deuten könnte. Das meint sowohl die Distanzierung von einem normierten, für alle gleichen Sterben, als auch das Begreifen des Sterbens als integralem Bestandteil der Lebensführung.

### 3 Rechtslage und rechtspolitische Diskussion

#### 3.1 Rechtslage

Die Rechtslage zur Sterbehilfe und die Diskussion über deren Reformbedarf sind geprägt durch das Spannungsverhältnis zwischen dem verfassungsrechtlich verankerten Selbstbestimmungsrecht des Menschen und dem strafrechtlichen Tötungsverbot, das sich ebenfalls aus der Verfassung ergibt. Dabei sind nicht nur die Vorgaben des Grundgesetzes sondern auch die der Europäische Menschenrechtskonvention zu berücksichtigen

Die Diskussion ist nicht auf Deutschland beschränkt.

##### **3.1.1 *Ausgangspunkt des deutschen Strafrechts ist:***

Wer einem Kranken, etwa um ihm weiteres Leiden zu ersparen, ein Gift oder eine Überdosis eines Medikaments verabreicht und dadurch sein Leben beendet, wird wegen Totschlags (§ 212 StGB) zu einer Freiheitsstrafe von 5 Jahren bis 15 Jahren verurteilt. Solche Fälle einer eigenmächtigen Tötung aus Mitleid hat es in den zurückliegenden Jahren immer wieder gegeben.

Die einverständliche Fremdtötung ist ebenfalls strafbar. Gibt der Arzt einem Kranken auf dessen ernstliche Bitte z. B. eine tödliche Spritze, so wird er in Deutschland nach § 216 StGB wegen Tötung auf Verlangen mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren bestraft.

Die Selbsttötung ist in Deutschland nicht strafbar. Aus Gründen der Abhängigkeit der Strafbarkeit der Teilnahme vom Vorliegen einer strafbaren Haupttat (Akzessorietät) sind auch Anstiftung und Beihilfe zum

Suizid grundsätzlich straffrei; Voraussetzung ist, dass der Suizident freiverantwortlich handelt und die Tatherrschaft über das Geschehen innehat.

### **3.1.2 *Besonders diskutierte Fallgruppen sind:***

#### a) Sog. indirekte Sterbehilfe

Unterlässt der Arzt gegen den Willen des Patienten eine medizinisch indizierte Schmerzbehandlung, kann er sich wegen Körperverletzung durch Unterlassen strafbar machen (BGH NJW 55, 3194). Führt die Behandlung eines Sterbenden mit Schmerz lindernden Medikamenten entsprechend dessen erklärten oder mutmaßlichen Willen als nicht beabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge zu einer Lebensverkürzung, so besteht keine Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts. Das hat der BGH 1996 entschieden und aus § 34 StGB abgeleitet. „Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen“. (BGHSt 42, 301, 305). Geht es nicht um Schmerzbekämpfung, sondern um die Linderung vergleichbar schwerer Leiden, z. B. Atemnot mit Erstickungsangst, muss nach dem Sinngehalt der Entscheidung des BGH entsprechendes gelten. Dies entspricht im Ergebnis allgemeiner Auffassung.

Nicht ganz zweifelsfrei ist, ob indirekte Sterbehilfe in diesem Sinn auch vorliegt, wenn zwar eine tödliche Krankheit vorliegt, der Sterbeprozess aber noch nicht eingesetzt hat. Die BayBEK hat in ihrer Stellungnahme von 2007 gefordert, gesetzlich klarzustellen, dass auch diese Fälle straflos sind. Daran ist festzuhalten. Aus ärztlicher Sicht wird oft darauf hingewiesen, dass entsprechende Fallgestal-

tungen praktisch angesichts der Fortschritte bei einer zielgenauen Medikation kaum mehr vorkommen können.

b) Sog. passive Sterbehilfe (Behandlungsabbruch, Therapiezieländerung)

Keine strafbare Handlung liegt nach der Rechtsprechung ferner vor, wenn in Einklang mit dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des todkranken Patienten von der Einleitung oder Weiterführung einer lebensverlängernden Maßnahme, z. B. einer künstlichen Beatmung oder Ernährung, abgesehen wird.

Im Jahr 1994 hatte der BGH im sog. Kemptener Fall (BGHSt. 40, 257) bei einer Frau, die nach einem Herzstillstand irreversibel schwerst hirngeschädigt und nicht mehr ansprechbar war, die Einstellung der künstlichen Ernährung durch den behandelnden Arzt und den Sohn für strafrechtlich unbedenklich gehalten, wenn ein dahingehender mutmaßlicher Wille der Patientin festgestellt werden könne; das hat das Tatgericht nach Zurückverweisung letztlich bejaht und kam damit zum Freispruch. In unmittelbarer Todesnähe befand sich die Frau, solange sie künstlich ernährt wurde, nicht.

In einer Entscheidung aus dem Jahr 2010 (BGHSt 55, 191 = NJW2010, 2963) hat der BGH diese Rechtsprechung bestätigt und fortgeführt. Dort war ein auf das Medizinrecht spezialisierter Rechtsanwalt angeklagt und in erster Instanz wegen versuchten Totschlags verurteilt worden. Der BGH sprach den Anwalt frei. Dieser hatte die Kinder einer seit mehreren Jahren im Wachkoma liegenden Frau, die nicht mehr ansprechbar war und über eine PEG-Sonde künstlich ernährt wurde, anwaltlich beraten. Die Kinder wollten in Übereinstimmung mit einem früher geäußerten Wunsch der Mutter eine Einstellung der künstlichen Ernährung erreichen. Der Hausarzt unterstützte sie dabei, weil eine Besserung im Zustand

der Frau nicht zu erwarten war. Die Heimleitung und das Pflegepersonal der Einrichtung, in der sich die Mutter befand, weigerten sich. Man einigte sich schließlich darauf, dass die Kinder die künstliche Ernährung der Mutter übernehmen und dann beenden. Als die Tochter daraufhin die künstliche Ernährung einstellte, intervenierte die vorgesetzte Stelle der Heimleitung und wies diese an, die künstliche Ernährung wieder aufzunehmen. Darauf riet der Anwalt den Kindern, den Schlauch der Sonde unmittelbar über der Bauchdecke zu durchtrennen, was diese taten. Das Heim veranlasste daraufhin eine Einweisung ins Krankenhaus, wo eine neue Sonde gelegt und die künstliche Ernährung wieder aufgenommen wurde. Wenige Wochen später starb die Frau an ihren Grundleiden.

Der BGH hat ausgeführt, dass weder der Heimvertrag noch die Gewissensfreiheit der dortigen Mitarbeiter es rechtfertigen konnten, sich über das Selbstbestimmungsrecht der Mutter hinweg zu setzen (A. A. noch OLG München NJW 2003, 1743), und hat dann, über die bisherige Rechtsprechung hinaus gehend, ausgeführt, dass im Lichte der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung (§§ 1901a, 1901b BGB) auch ein Behandlungsabbruch durch aktives Tun (Abtrennen des Schlauchs), wenn es dem Patientenwillen entspricht, straflos sein kann. Entscheidend sei nicht, ob ein aktives Tun oder ein Unterlassen vorliegt oder ein Gemisch aus beidem, sondern ob bei normativ wertender Betrachtung des gesamten Geschehens ein Behandlungsabbruch vorliegt.

Dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist durch diese Rechtsprechung in strafrechtlicher Hinsicht Rechnung getragen. Zur zivilrechtlichen Würdigung eines Behandlungsabbruchs auf der Grundlage der §§ 1901a, 1901b BGB in Verb. mit § 1904 BGB hat der BGH in der Entscheidung vom 17.09.2014, XII ZB 202/ 13, klargestellt, dass das Vorliegen einer Grunderkrankung mit irreversibel tödliche Verlauf nicht Voraussetzung für einen zulässigen Abbruch

lebenserhaltender Maßnahmen nach diesen Vorschriften ist. Für die Feststellung des behandlungsbezogenen Patientenwillens gälten hohe Beweisanforderungen; entgegen einer älteren Rechtsprechung sei dabei aber nicht zu differenzieren, ob der Tod unmittelbar bevorsteht oder nicht.

Empfehlenswert bleibt, für Mitarbeiter in Kliniken und Heimen ähnlich § 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz ein Weigerungsrecht aus Gewissensgründen zu schaffen, wie dies die BayBEK schon 2007 gefordert hat.

c) Assistierter Suizid

Von der nach der Gesetzeslage grundsätzlich bestehende Straflosigkeit der Beihilfe zum Suizid, sei es durch aktive Unterstützung, sei es durch Geschehenlassen des Suizids, hat die Rechtsprechung wichtige Ausnahmen gemacht.

Nach einer frühen Entscheidung des BGH (BGHSt 6, 147) ist die durch einen Suizidversuch herbeigeführte Gefahrenlage als Unglücksfall im Sinne des Straftatbestandes der unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c StGB anzusehen, mit der Folge, dass bei Erforderlichkeit und Zumutbarkeit der Hilfeleistung grundsätzlich jedermann unter Strafdrohung zum rettenden Einschreiten verpflichtet ist.

Noch weiter reicht die strafrechtliche Inpflichtnahme bei sog. Garant im Sinne des § 13 StGB, also z. B. bei Angehörigen und Ärzten. Sie sind nach bisheriger Rechtsprechung von dem Augenblick an, in dem der Suizident die Herrschaft über das Geschehen verloren hat, in der Regel also ab Eintritt der Bewusstlosigkeit, wegen eines Tötungsdelikts strafbar, wenn sie nicht Hilfe leisten.

Nach älterer Rechtsprechung galt dies auch für die Fälle eines freiverantwortlich begangenen Suizids. Der BGH hat dies im Jahre 1984 im Fall des Arztes Dr. Wittig entschieden (BGHSt. 32, 367). Dr. Wittig hat eine 76-jährige schwer kranke Patientin, die nach dem Tod ihres Mannes nicht mehr leben wollte, bei einem verabredeten Hausbesuch bewusstlos angetroffen, weil sie in suizidaler Absicht eine Überdosis Morphinium eingenommen hatte. Die Patientin hatte schon davor die Absicht geäußert zu sterben. Jetzt hatte sie einen Zettel in der Hand, auf den sie geschrieben hatte: „An meinen Arzt – bitte kein Krankenhaus – Erlösung!“ Auf einem anderen in der Wohnung befindlichen Zettel stand: „Ich will zu meinem Peterle“ (ihr verstorbener Mann). Dr. Wittig unterließ eine Krankenseinweisung, aber blieb bis zu dem 12 Stunden später eintretenden Tod bei der Patientin. Zu einem Freispruch für Dr. Wittig kam es nur, weil ihm nicht nachzuweisen war, dass eine Krankenseinweisung noch Erfolg gehabt hätte oder er jedenfalls daran glaubte.

Ein anderer Strafsenat hat in einer späteren Entscheidung (BGH NStZ 1988, 127) bemerkt, er neige dazu, „einem ernsthaften, freiverantwortlich gefassten Selbsttötungsentschluss eine stärkere rechtliche Bedeutung zuzumessen“ als das in der Sache Dr. Wittig geschehen. Doch ist es zu einer tiefergehenden Entfaltung dieses Ansatzes in der Rechtsprechung des BGH noch nicht gekommen. Immerhin hat derselbe Senat in einer neueren Entscheidung (Urteil vom 21.12.2011, - 2 StR 295/ 11, NStZ 2012, 319), ohne dass es für die Entscheidung näher auszuführen war, knapp bemerkt, dass bei einem ernstgemeinten, freiverantwortlichen Entschluss des Suizidenten das Nichtverhindern der Tat durch einen Garanten nicht als Tötung durch Unterlassen zu beurteilen ist.

In der Literatur wird weithin angenommen, dass ein ernsthafter und freiverantwortlich gefasster Selbsttötungsentschluss zu respektieren ist und ein unterlassenes Eingreifen deshalb nicht als unterlassene

Hilfeleistung oder bei Garanten als Tötung durch Unterlassen bestraft werden kann. So hat es 2006 auch die strafrechtliche Abteilung des 66. DJT gesehen.

Auch wenn man wohl davon ausgehen kann, dass der BGH sich jetzt dieser Auffassung angeschlossen hat, ist damit noch keine vollständige Rechtsklarheit geschaffen.

Vielmehr verlagert sich die Unsicherheit auf die Frage, wann eine freiverantwortliche Entscheidung des Suizidenten anzunehmen ist. Hier steht in der Literatur einer weiten Auffassung, wonach dies nur bei Vorliegen von Umständen, die beim Suizidenten nach §§ 20, 21 StGB einen Schuldausschluss oder eine Schuldminderung rechtfertigen würden, zu verneinen ist, eine engere Auffassung gegenüber, die eine Hilfspflicht nur in Fällen eines intellektuell und emotional fehlerfreien „Bilanz-Selbstmords“ entfallen lassen will. Wie man aus der Suizidforschung weiß, sind solche „Bilanz-Selbstmorde“ selten.

Die BayBEK schlägt eine gesetzliche Klarstellung vor, dass eine Hilfspflicht nur entfällt, wenn der Selbsttötungsentschluss des Suizidenten reiflich überlegt und ernstlich ist, nicht auf einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung beruht, und beim Suizidenten keine Willensmängel im Sinne der §§ 20, 21 StGB vorliegen.; gleichzeitig sollte geregelt werden, dass bei Kindern und Jugendlichen die Hilfspflicht in keinem Falle entfällt. Das entspräche der Position, die 2006 der DJT mit großer Mehrheit beschlossen hat.

Die BayBEK hat 2007 darüber hinaus empfohlen, einen eigenen Straftatbestand für die Fälle zu erwägen, in denen einem Kranken aus wirtschaftlichen Gründen ein Suizid nahegelegt oder entsprechender Druck auf ihn ausgeübt wird. Das erscheint weiterhin sehr wünschenswert. Zu erörtern ist, ob man das auf andere Fälle einer

verwerflichen Motivation beim Hintermann ausweiten sollte (vergleiche 4.5.3).

Wird bei dem Suizid ein Gift verwendet, das nach § 1 BtMG in Verb. mit den dort bezeichneten Anlagen als Betäubungsmittel eingestuft ist – bei dem häufig eingesetzten Pentobarbital ist dies der Fall – ist eine Strafbarkeit des Suizidhelfers nach dem BtMG zu prüfen. Zwar scheidet nach der Rechtsprechung des BGH (BGHSt 46, 279) eine Strafbarkeit nach § 30 Abs. 1 Nr. 3 BtMG („leichtfertiges Verursachen des Todes“) bei einem freiverantwortlichen Suizid aus, doch besteht grundsätzlich eine Strafbarkeit nach § 29 Abs. 1 Nr. 6 BtMG in Verb. mit § 13 Abs. 1 BtMG. Der BGH hat offen gelassen, ob das auch für nahe Angehörige und behandelnde Ärzte gelten würde. In der Literatur werden dazu unterschiedliche Meinungen vertreten. Wenn der Gesetzgeber die ärztliche Suizidbeihilfe regelt, sollte er dazu eine Entscheidung treffen.

#### d) Tötung auf Verlangen

Die in den Benelux-Ländern unter bestimmten Voraussetzungen zugelassene Tötung auf Verlangen durch einen Arzt unterscheidet sich in ethischer und rechtlicher Hinsicht grundsätzlich vom ärztlich assistierten Suizid, auch wenn aus der Sicht der Betroffenen der Unterschied im Einzelfall gering erscheinen mag. Beim Suizid muss der Suizident die Verantwortung für seinen Tod selbst übernehmen, bei ihm liegt die Entscheidung bis zum Ende des Geschehens. Dort sollte die Verantwortung im Hinblick auf das Tötungstabu auch bleiben. In Übereinstimmung mit fast allen Stellungnahmen in der deutschen Diskussion tritt die BayBEK dafür ein, dass es beim ausnahmslosen strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen bleibt.

Kontrovers ist in der deutschen Diskussion der Vergangenheit beurteilt worden, ob in Fällen, in denen der Täter aus Gewissensnot zur Beendigung eines gemeinsam mit dem Patienten als unerträglich empfundenen Leidens handelt, die Möglichkeit eines Absehens von Strafe geben soll, wie dies § 60 StGB etwa für Fälle der fahrlässigen Tötung eines Angehörigen ermöglicht. Die BayBEK hat 2007 gemeint, dass die strafrechtliche Praxis in solchen Fällen mit den Möglichkeiten des geltenden Rechts zu angemessenen Ergebnissen kommen müsse. Sie hat jetzt noch einmal erörtert, ob darauf vertraut werden kann oder ob sich eine ausdrückliche gesetzliche Regelung empfiehlt. Sie hat sich für ersteres entschieden.

### **3.1.3 Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen**

In den letzten Jahren hat sich die politische Aufmerksamkeit auf die Tätigkeit der beiden in Deutschland aktiven Sterbehilfeorganisationen Dignitas Deutschland und Sterbehilfe Deutschland fokussiert. Die aktuellen Gesetzgebungsvorschläge konzentrieren sich darauf, deren Tätigkeit strafrechtlich zu unterbinden. Andere Problembereiche der Hilfe beim Sterben sind in den Hintergrund getreten. Beide Organisationen stellen sich im Internet vor.

Dignitas Deutschland ist ein eingetragener Verein und wurde 2005 in Hannover ins Vereinsregister eingetragen. Der Verein unterstützt seine Mitglieder bei der Erstellung und Durchsetzung von Patientenverfügungen. Er setzt sich dafür ein, dass die in der Schweiz von den Sterbehilfeorganisationen Exit und Dignitas praktizierte Suizidbegleitung, die auf Art. 115 Schweiz. StGB beruht, auch in Deutschland praktiziert werden kann. Solange dies nicht möglich sei, bietet Dignitas Deutschland seinen Mitgliedern in der Schweiz die dort praktizierte Unterstützung beim Suizid an. Das Mitglied muss in die Schweiz reisen, wird dort von einem Schweizer Arzt untersucht und kann, wenn dieser das Rezept ausstellt,

begleitet durch die Mitarbeiter von Dignitas in von Dignitas dafür zur Verfügung gestellten Räumen sein Leben durch Einnahme von Natrium-Pentobarbital beenden. Voraussetzung auf Seiten des Suizidenten ist neben Urteilsfähigkeit eine zum Tod führende Krankheit und/oder eine unzumutbare Behinderung und/oder nicht beherrschbare Schmerzen. Begleitung durch Angehörige ist erwünscht. Dignitas übernimmt erforderliche Behördengänge in der Schweiz und vermittelt auf Wunsch eine Einäscherung. Wer Mitglied werden will, zahlt 120,- € Aufnahmegebühr und monatlich 20,- € Mitgliedsbeitrag. Die Kosten für eine Sterbebegleitung belaufen sich auf insgesamt 5.600,- € ohne Regelung der Einäscherung, sonst auf 8.400,- €. Dignitas hat nach Auskunft des Gründers und Geschäftsführers L. Minelli (Stand 2012) insgesamt ca. 7.000 Mitglieder, davon ca. 3.000 mit Wohnsitz in Deutschland. Bis Ende 2012 wurden ca. 1.500 Suizidbegleitungen durchgeführt, ca. 800 betrafen Deutsche. Dignitas hat ca. 20 voll- oder teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter, Ehrenamtliche sind nicht im Einsatz.

Die beiden Vereine Exit in der Schweiz haben deutlich größere Zahlen vorzuweisen. Allein Exit Deutsche Schweiz mit Sitz in Zürich, der sich auf Suizidenten aus der Schweiz beschränkt, hat ca. 80.000 Mitglieder und führt nach eigenen Angaben jährlich ca. 500 Suizidbegleitungen durch.

Sterbehilfe Deutschland ist ein von dem früheren Hamburger Justizsenator R. Kusch gegründeter eingetragener Verein mit Sitz in Oststeinbek bei Hamburg. In Zürich besteht eine parallele Organisation gleichen Namens und gleicher Zielsetzung. Vorsitzender ist R. Kusch. Nach ihrer 2014 geänderten Satzung setzen sich die beiden Vereine für einen flächendeckenden Ausbau der Palliativmedizin ein, unterstützen ihre Mitglieder bei der Abfassung und Durchsetzung von Patientenverfügungen, setzen sich für die Anerkennung des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende ein und ermöglichen den Mitgliedern unter Beachtung der jeweils geltenden deutschen und schweizerischen Rechtsordnung ei-

nen begleiteten Suizid. Der Verein hat sich ethische Grundsätze gegeben, die wie die Satzung veröffentlicht sind. Zur Suizidbegleitung als einem der Tätigkeitsfelder des Vereins ist darin ausgeführt, dass der Verein jeweils sorgfältig prüft, ob die Einsichts- und Willensfähigkeit des Sterbewilligen gegeben und sein Entschluss durchdacht, nachvollziehbar und unumstößlich ist. Der Suizid muss begleitet sein, durch Angehörige des Suizidenten oder Mitarbeiter von Sterbehilfe Deutschland, u. U. auch durch einen Arzt. Vorstand und Suizidbegleiter arbeiten bei der Suizidbegleitung ehrenamtlich; soweit Mitarbeiter des Vereins eine Vergütung erhalten, bezieht sich diese ausschließlich auf andere Aufgaben des Vereins als die Suizidbegleitung. Für die Suizidbegleitung fällt ein Mitgliedsbeitrag von ca. 7.000,- € an, der, so Kusch, allein dem Verein zugutekomme. Sterbehilfe Deutschland hat nach eigenen Angaben ca. 600 Mitglieder und hat seit 2010 162 Suizidbegleitungen durchgeführt, davon 41 im Jahr 2013 und 44 im Jahr 2014.

Wegen zweier im Jahr 2012 durchgeführter Suizidbegleitungen hat die Staatsanwaltschaft Hamburg gegen Kusch und einen beteiligten Psychiater Anklage wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft erhoben, weil bei den beiden betagten Opfern kein durchdachter und ernsthafter Tötungsentschluss vorgelegen habe. Möglicherweise führt dieses Verfahren zu obergerichtlichen Präzisierungen, was die Anforderungen an die freiverantwortliche Entscheidung des Suizidenten für die Inanspruchnahme von Suizidbegleitung angeht. Nach geltendem Recht ist die Tätigkeit der beiden Sterbehilfeorganisationen, wenn sie sich an ihre eigenen Standards halten, in Deutschland nicht strafbar. Davon ging die Bundesregierung aus, als sie 2012 ihren Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung eingebracht hat.

## 3.2 Rechtspolitische Diskussion

Schon in ihrer Stellungnahme von 2007 hat die BayBEK darauf hingewiesen, dass die Vielzahl rechtspolitischer Stellungnahmen und Vorschläge zum Thema Sterbehilfe im wissenschaftlich/politischen Raum unübersehbar ist. Inzwischen sind weitere dazu gekommen. Es kann im Folgenden nur darum gehen, einige auch heute noch wichtige, häufig zitierte Stellungnahmen kurz zu referieren, auch wenn durch die gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung und die neuere Rechtsprechung der Obergerichte manche Vorschläge überholt sind. Die Auflistung verdeutlicht, dass ein großes Maß an Übereinstimmung besteht.

### 3.2.1 *Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004)*

Bei Patienten mit aussichtsloser Prognose, die sich im Endstadium der Krankheit (aber nicht notwendig im Sterbeprozess) befinden, ist passive und indirekte Sterbehilfe entsprechend dem Patientenwillen gesetzlich zuzulassen; der Patient hat einen Anspruch darauf. Aktive Sterbehilfe ist weiterhin strafrechtlich zu verbieten; für extreme Ausnahmefälle, in denen palliative Maßnahmen ein als unerträglich empfundenenes Leiden nicht lindern können, sollte der Gesetzgeber ein Absehen von Strafe ermöglichen. In den Fällen des Suizids sollte die strafrechtliche Rettungspflicht entfallen, wenn der Suizident eindeutig auf Hilfe verzichten wollte. Das standesrechtliche Verbot der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung sollte grundsätzlich beibehalten werden, aber für die Fälle gelockert werden, in denen unheilbare und unerträgliche Leiden nicht mehr zu lindern sind. Gewinnerorientierte Mitwirkung am Selbstmord sollte unter Strafe gestellt werden.

### **3.2.2 *Alternativentwurf Sterbebegleitung (2005)***

Eine gesetzliche Regelung ist erforderlich. Ohne Begrenzung auf ein bestimmtes Stadium der Krankheit ist ein Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen nicht strafbar, wenn es dem wirklichen Willen des Patienten, auch dem in einer Patientenverfügung geäußerten Willen, oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Indirekte Sterbehilfe in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen ist bei tödlich Kranken nicht strafbar. Das Unterlassen der Rettung eines Suizidenten ist nicht strafbar, wenn der Selbstmord auf einer freiverantwortlichen, ernsthaften Entscheidung beruht. Unterstützung einer Selbsttötung aus Gewinnsucht soll unter Strafe gestellt werden. Die standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids soll für die Fälle eines unheilbaren und unerträglichen Leidens gelockert werden. Zur Verhinderung von Missbrauch sollten gesetzliche Dokumentationspflichten geschaffen werden.

### **3.2.3 *Nationaler Ethikrat (2006)***

Ärzte, Pflegende und Angehörige sollten gemäß dem Willen des Patienten, auch dem in einer Patientenverfügung niedergelegten oder sonst verlässlich zu ermittelnden Willen, lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen, begrenzen oder beenden dürfen, ohne strafrechtliche oder berufsrechtliche Sanktionen befürchten zu müssen. Am strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen ist festzuhalten; bei Handeln aus Gewissensnot zur Beendigung eines Leidenszustandes ist ein Absehen von Bestrafung angezeigt. Bezüglich des Suizids war der Nationale Ethikrat mehrheitlich der Auffassung, dass auch Garanten von einer Rettung ohne strafrechtliches Risiko sollen absehen können, wenn der Suizident schwer krank ist und die Selbsttötung aufgrund eines ernsthaft bedachten Entschlusses erfolgt und der Betroffene eine Rettung ablehnt. In der Frage des ärztlich assistierten Selbstmords war der Natio-

nale Ethikrat gespalten: Viele Mitglieder lehnten eine Lockerung des berufsrechtlichen Verbots ab, andere wollten ihn bei unerträglichen, nicht heilbaren Leidenszuständen zulassen. Überwiegend wurde eine organisierte Beihilfe zur Selbsttötung abgelehnt; gegebenenfalls soll ein strafrechtliches Verbot erwogen werden. Einmütig wurde ein strafrechtliches Verbot jedenfalls gegen gewinnorientiert betriebene Beihilfe zur Selbsttötung gefordert.

### **3.2.4 *Deutscher Juristentag 2006***

Eine gesetzliche Regelung im Strafrecht ist notwendig. Das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen gemäß dem Willen des Patienten, auch dem in einer Patientenverfügung ausgedrückten Willen, oder gemäß dem mutmaßlichen Willen des Patienten ist straflos. Bei tödlich Kranken (nicht nur bei Sterbenden) ist indirekte Sterbehilfe nicht strafbar. Eine Lockerung des strafrechtlichen Verbots der Tötung auf Verlangen ist abzulehnen. Nicht soll bestraft werden, wer in Kenntnis der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung diese nicht verhindert oder eine nachträgliche Rettung unterlässt. Dies soll auch für Personen mit Garantenstellung gelten. Gewinnsüchtige Förderung der Selbsttötung, nicht aber schon geschäftsmäßige Förderung soll strafbar sein. Das standesrechtliche Verbot des ärztlich assistierten Suizids sollte für Fälle unheilbarer und unerträglicher Leidenszustände gelockert werden.

### **3.2.5 *Deutscher Ethikrat (2012 und 2014)***

Der Deutsche Ethikrat hat sich im November 2012 mit Fragen der Suizidbeihilfe auseinandergesetzt und dabei den Gesetzentwurf der Bundesregierung BT-Drs. 17/1166 diskutiert. Er hat dabei auch Experten aus der Schweiz zur dortigen Praxis gehört. Im Ergebnis begrüßte der Ethikrat das Vorhaben der damaligen Bundesregierung, die organisierte

Suizidbeihilfe gesetzlich zu regeln. Mit der Beschränkung auf die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe greife der Entwurf aber zu kurz. Jede Form der organisierten Suizidbeihilfe solle reguliert werden. Die Einzelheiten einer solchen Regulierung blieben im Deutschen Ethikrat kontrovers. Eine weitere gesellschaftliche Debatte sei erforderlich, die auch eine verstärkte Suizidprävention und den Ausbau der Palliativmedizin und Palliativpflege in den Blick nehmen müsse.

Aufgrund einer neuerlichen Beratung hat der Deutsche Ethikrat im Dezember 2014 eine Ad-Hoc-Empfehlung zur Suizidbeihilfe beschlossen. Darin wird der geplante flächendeckende Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung unterstützt. Zugleich wird aber darauf hingewiesen, dass davon nur ein kleiner Teil der Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, betroffen ist. Erforderlich sei daneben eine Verstärkung der Suizidprävention, u. a. durch einen Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Begleitungsangebote in Lebenskrisen, und eine gezielte Weiterbildung der Mitarbeiter in der Pflege und im medizinischen Versorgungsbereich im Hinblick auf Früherkennung und angemessene Intervention. Der Deutsche Ethikrat empfiehlt, unter grundsätzlicher Beibehaltung der Straflosigkeit des Suizids und der Suizidbeihilfe die Suizidbeihilfe und das Angebot einer solchen zu verbieten, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind und öffentlich erfolgen, weil dadurch der gesellschaftliche Respekt vor dem Leben geschwächt werde und die Bemühungen um Prävention unterlaufen würden. Das gelte unabhängig davon, ob die Beihilfe durch eine Organisation oder eine Einzelperson erfolge. Den Ärztekammern empfiehlt der Deutsche Ethikrat, in ihren Regelwerken einheitlich zum Ausdruck zu bringen, dass ungeachtet des Grundsatzes, dass Suizidbeihilfe keine ärztliche Aufgabe ist, dazu in Widerspruch stehende Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis bei Ausnahmesituationen respektiert werden. Am ausnahmslosen Verbot der Tötung auf Verlangen empfiehlt der Deutsche Ethikrat festzuhalten.

### **3.2.6 Gesetzesinitiativen gegen organisierte Suizidbegleitung**

Zu einem speziellen Punkt, nämlich dem strafrechtlichen Umgang mit einer durch Organisationen wie Dignitas und Sterbehilfe Deutschland angebotenen Suizidbegleitung, gab es verschiedene Gesetzesinitiativen. Sie gingen sämtlich davon aus, dass durch das öffentlich beworbene Angebot einer verhältnismäßig raschen und sicheren Abwicklung des Selbsttötungsentschlusses suizidgefährdete Menschen voreilig zu einem entsprechenden Entschluss veranlasst werden könnten. Alte und pflegebedürftige Menschen könnten sich, zu Recht oder zu Unrecht, von ihrer Umgebung unter Druck gesetzt fühlen, ihr Leben zu beenden. Eine Kommerzialisierung der Suizidbegleitung lasse diese als normale Dienstleistung erscheinen und widerspreche dem Achtungsanspruch des Lebens.

Im Einzelnen wurde unterschiedlich angesetzt. Der Antrag der Länder Saarland, Thüringen, Hessen BR-Drs. 230/06 erstrebte einen Straftatbestand gegen die geschäftsmäßige Förderung fremder Selbsttötung. Was geschäftsmäßiges Handeln beinhaltet, wurde in dem Entwurf nicht näher ausgeführt. Es ist aber Konsens, dass Handeln in der Absicht, gleichartige Taten zu wiederholen und sie so zum Gegenstand der eigenen Beschäftigung zu machen, zur Erfüllung dieses Tatbestandsmerkmals ausreicht. Erfasst ist schon das erstmalige Tätigwerden, wenn die Absicht besteht, in entsprechenden Fällen erneut tätig zu werden. Auch altruistisches, unentgeltliches Handeln fällt darunter. Die Bundesregierung hat Zweifel geäußert, ob allein eine Wiederholungsabsicht aus einem straflosen Tun ein strafbares machen kann.

In den Ausschüssen des Bundesrats wurde einem Straftatbestand gegen gewerbliche und organisierte Suizidbeihilfe der Vorzug gegeben (BR-Drs. 436/08). Gewerbsmäßig handelt, das ist anerkannt, wer in der Absicht handelt, sich durch wiederholte Tatbegehung eine fortlaufende Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang zu verschaffen.

Es ist also Gewinnerzielungsabsicht erforderlich. Der erstrebte Gewinn kann auch ein mittelbarer sein, so wenn ein Entgelt an eine Organisation fließt, die ihrerseits dem Täter ein Honorar zahlt. Erfasst ist also auch der Fall, dass Mitgliedsbeiträge oder testamentarische Zuwendungen an einen Verein fließen, der an Vorstände und Mitarbeiter eine Vergütung für Ihre Mitwirkung bei der Sterbehilfe zahlt. Als organisierte Suizidbeihilfe sollte das Gründen einer Vereinigung, deren Zweck oder Tätigkeit darauf gerichtet ist, anderen Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren oder zu verschaffen, unter Strafe gestellt werden; der Gründung entsprechender Organisationen sollte eine maßgebliche Tätigkeit für eine solche gleichgestellt werden. Es handelte sich also um eine Strafnorm, die direkt auf die genannten Sterbehilfeorganisationen zielte. Auch dazu hat die Bundesregierung Bedenken geäußert: Was dem Einzelnen erlaubt sei, könne einer Vereinigung nicht verboten werden.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung BT-Drs. 17/11126 schlug einen Straftatbestand gegen absichtliche und gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung eines anderen vor; nicht gewerbsmäßig handelnde Teilnehmer wollte er freistellen, wenn sie Angehörige des Suizidenten oder andere ihm nahestehende Personen sind.

Bei der Beratung dieses Entwurfs im Rechtsausschuss des Bundesrats wurde der Vorschlag gemacht, den Entwurf um ein strafrechtliches Verbot der organisierten Suizidbeihilfe zu ergänzen, also ein Verbot, Organisationen wie die beiden genannten zu gründen, für sie zu werben und sie zu unterstützen.

Der Antrag des Landes Rheinland-Pfalz BT-Drs. 17/11126 zielte auf ein mit Strafe bewehrtes Verbot eigennütziger oder grob anstößiger Werbung für Dienste zur Förderung der Selbsttötung oder für entsprechende Mittel und Verfahren, also auf ein Werbeverbot.

Keiner dieser Vorschläge wurde Gesetz.

### **3.2.7 Neue Entwürfe, Positionspapiere aus der Mitte des Deutschen Bundestags**

Zur Vorbereitung der anstehenden Diskussion im Parlament hat die Deutsche Stiftung Patientenschutz einen Entwurf vorgelegt, der die absichtliche und geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe stellen will, für nicht geschäftsmäßig handelnde Teilnehmer, die Angehörige oder dem Suizidenten nahestehende Personen sind, aber Straffreiheit vorsieht.

Ein weiterer Entwurf ist jener der Professoren Borasio et. al. (Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben), der 2014 veröffentlicht wurde. Er sieht eine Abkehr vom Grundsatz vor, dass aus der Straflosigkeit des Suizids die Straflosigkeit der Beihilfe folgt. Er will die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich unter Strafe stellen; bei freiverantwortlich handelnden volljährigen Suizidenten soll eine Ausnahme gelten für Angehörige und sonst nahestehende Personen und, unter engen, im Einzelnen normierten Voraussetzungen, auch für Ärzte.

Zur Vorbereitung der Beratungen im Deutschen Bundestag haben verschiedene Gruppen von Abgeordneten Positionspapiere erarbeitet und bei der Orientierungsdebatte am 13.11.2014 vorgestellt. Überwiegend zielen sie auf ein strafrechtliches Verbot von organisierter Suizidbeihilfe, teilweise auch auf ein Verbot der geschäftsmäßigen Assistenz beim Suizid. Auch ein Verbot jedweder eigennützigen Suizidbeihilfe wird zur Diskussion gestellt, desgleichen ein Werbeverbot. Breite Übereinstimmung ist erkennbar, dass eine Suizidbeihilfe durch Angehörige und den Arzt des Vertrauens nicht pönalisiert werden soll. Dabei ist strittig, ob ärztliches Handeln beim Suizid detailliert geregelt werden soll. Eine Lockerung des Verbots der Tötung auf Verlangen wird nur vereinzelt vorgeschlagen. Große Zustimmung findet das Anliegen, die Palliativ- und Hospizversorgung weiter auszubauen.

### 3.3 Internationale Lage zur Sterbehilfe

In Übereinstimmung mit der Empfehlung Nr. 1418 über den Schutz der Rechte und der Würde von Todkranken und Sterbenden, die die Parlamentarische Versammlung des Europarats am 15.06.1999 mit großer Mehrheit beschlossen hat, sind indirekte und passive Sterbehilfe in Europa ganz überwiegend erlaubt.

Aktive Sterbehilfe ist, in Übereinstimmung mit dieser Empfehlung, überwiegend verboten. Ausnahmen bestehen in den Benelux-Ländern.

Nach dem niederländischen Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung von 2001 sind folgende Verfahrensvoraussetzungen normiert: Es muss ein zweiter, unabhängiger Arzt zugezogen werden, der den Patienten untersucht und schriftlich bestätigen muss, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung seinen Tod begehrt, ferner dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist, weiterhin, dass der Patient über seine Situation und Aussichten aufgeklärt ist und dass schließlich der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt. Regional sind interdisziplinär besetzte Kommissionen eingerichtet, denen die einschlägigen Fälle zu melden sind und die im Nachhinein kontrollieren, ob die gesetzlichen Voraussetzungen einer Tötung auf Verlangen oder einer Beihilfe zur Selbsttötung durch einen Arzt eingehalten wurden. Minderjährige ab 12 Jahren sind in die Regelung einbezogen, bei Minderjährigen bis zu 15 Jahren müssen die Eltern und Erziehungsberechtigten der Bitte um Sterbehilfe zustimmen. Zu der gesetzlichen Regelung gibt es Ausführungsbestimmungen, die 2012 durch eine Umsetzungsrichtlinie neu gefasst wurden. Die deutliche Zunahme der Fälle, über die unter 1.5 berichtet wurde, betrifft vor allem die Tötungen auf Verlangen; die Zahl der ärztlich assis-

tierten Suizide, die nur einen kleinen Anteil der Suizide ausmacht, trägt dazu nur wenig bei.

Ähnlich ist die Regelung in Belgien durch das Gesetz über Sterbehilfe von 2002. Auch in Belgien muss ein zweiter Arzt hinzugezogen werden, unter bestimmten Voraussetzungen auch noch ein dritter Arzt. Auch in Belgien ist Voraussetzung, dass der Patient vollkommen freiwillig handelt, sein Entschluss gefestigt ist und sein Leiden dauerhaft und unerträglich ist. In Belgien findet ebenfalls im Nachhinein eine Kontrolle durch interdisziplinär besetzte Kommissionen statt. Ein wesentlicher Unterschied zu den Niederlanden war ursprünglich, dass in Belgien Minderjährige von der Regelung ausgeschlossen waren. Das ist, unter großem Medienecho, 2014 geändert worden. Anders als in den Niederlanden müssen bei Minderjährigen Eltern und Erziehungsberechtigte freilich in jedem Fall zustimmen.

2009 hat Luxemburg eine Regelung beschlossen, die sich im Wesentlichen an die belgische Regelung anlehnt. Dort können, wenn Eltern und Erziehungsberechtigte zustimmen, Minderjährige ab 16 Jahren Sterbehilfe erhalten.

Assistenz beim Suizid ist überwiegend nicht erlaubt, doch gibt es hier abweichende Regelungen nicht nur in den Benelux-Ländern, sondern z. B. auch in Deutschland und der Schweiz.

In der Schweiz besteht seit langem folgende Regelung: Art. 115 StGB stellt die Verleitung zum Suizid und die Beihilfe dazu unter Strafe, wenn sie aus „selbstsüchtigen Motiven“ geschehen. Eine normale Entschädigung für erbrachte Dienstleistungen wird darunter nicht gefasst. Dies ist Grundlage der Tätigkeit der Schweizer Sterbehilfeorganisationen Exit Deutsche Schweiz und Exit Romandie sowie Dignitas. Man rechnet nicht damit, dass die Regelung geändert wird. Bei zwei Volksabstimmungen im Kanton Zürich im Jahr 2011 haben 85 % der Abstimmenden

gegen eine Abschaffung der Freitodhilfe gestimmt und 76 % dagegen, diese auf Personen zu beschränken, die mindestens ein Jahr im Kanton Zürich wohnen; der „Sterbetourismus“ aus Deutschland in die Schweiz wird also weitergehen. Der Schweizer Bundesrat hat 2011 eine Regelung der organisierten Suizidbeihilfe abgelehnt, im Parlament scheiterten entsprechende Vorstöße 2011 und 2012.

Die unterschiedlichen Regelungen in Europa haben grundsätzlich vor der EMRK Bestand. Der EGMR hat in drei Entscheidungen, der Entscheidung in der Sache Pretty/UK (Urteil v. 29.04.2002 , NJW 2002, 2851), der Entscheidung in der Sache Haas/Schweiz (Urteil v. 20.01.2011, Human Rights Report 2011, 1169) und der Sache Gross/Schweiz (Urteil v. 14.05.2013) festgestellt, dass das in Art. 8 EMRK garantierte Recht auf Privatsphäre grundsätzlich auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben („Recht des Bürgers zu entscheiden, auf welche Weise und in welchem Zeitpunkt sein Leben beendet werden soll“) einschließt. Es ergibt sich daraus aber kein Anspruch gegen den Staat auf bestimmte Hilfen zum Suizid. Das Recht auf einen selbstbestimmten Tod sei, so heißt es in der Sache Haas/Schweiz, abzuwägen gegen das in Art. 2 EMRK garantierte Recht auf Leben, aus dem sich eine staatliche Schutzpflicht auch gegenüber dem Suizidenten ergebe, wenn dieser seine Entscheidung nicht freiverantwortlich und in Kenntnis aller Umstände getroffen hat. Bei dieser Abwägung stehe den Mitgliedstaaten der Konvention ein erheblicher Ermessensspielraum zu. In der Sache Gross/Schweiz ist allerdings gesagt, die Mitgliedstaaten müssten klare Regelungen über den Zugang zum tödlich wirkenden Medikament (hier: Natrium-Pentobarbital) schaffen; daran habe es in der Schweiz gefehlt.

Im Ergebnis wird man davon ausgehen können, dass der deutsche Gesetzgeber bei der Entscheidung über die auf dem Tisch liegenden und sich zusätzlich abzeichnenden Reformvorschläge durch die EMRK kei-

ne engen Vorgaben erhält. Auch muss er sich durch den innereuropäischen Rechtsvergleich nicht zu bestimmten Lösungen gedrängt fühlen.

In den USA gibt es inzwischen vier Einzelstaaten, die den ärztlich assistierten Suizid unter bestimmten Voraussetzungen straffrei stellen, außer Oregon (seit 1997) sind dies Washington, Montana und Vermont. In Israel wird über eine Legalisierung aktiver Sterbehilfe diskutiert.

### **3.4 Ärztliches Standesrecht**

Für den Arzt, an den der Wunsch nach Sterbehilfe herangetragen wird, sei es der Wunsch nach der Injektion des tödlichen Medikaments, sei es der Wunsch nach Hilfe beim Suizid, sind die einschlägigen Regelungen des ärztlichen Standesrechts kaum weniger bedeutsam als die des Strafrechts (vergleiche 1.4). Die Bundesärztekammer hat 2011 ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung dahin novelliert, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe sei. Bis dahin hatte es geheißen, dass eine solche Mitwirkung dem ärztlichen Ethos widerspreche. Auch die Musterberufsordnung für Ärzte wurde geändert. Dort bestimmt nunmehr § 16, dass Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen. Außerdem wird den Ärzten in § 16 verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Während letzteres kaum bestritten wird, ist das strikte Verbot der ärztlichen Suizidassistenz in der Ärzteschaft umstritten. Nicht alle Landesärztekammern haben das Verbot des Musterentwurfs der Bundesärztekammer in ihre Berufsordnungen übernommen, so auch nicht die Bayerische Landesärztekammer. Es besteht in diesem Punkt also unterschiedliches Standesrecht. In einem inzwischen rechtskräftig gewordenen Urteil hat das Verwaltungsgericht Berlin 2012 entschieden, dass ein mit Zwangsgeld durchgesetztes Verbot ärztlicher Suizidbeihilfe in Fällen, in denen ein Arzt aufgrund einer lang andauernden engen Beziehung in einen

Gewissenskonflikt geraten würde, weil die Person, die frei verantwortlich die Selbsttötung wünscht, unerträglich und irreversibel an einer Krankheit leidet und alternative Mittel der Leidensbegrenzung nicht ausreichend zur Verfügung stehen, verfassungsrechtlich unzulässig ist.

## 4    **Schwerpunkte der ethischen Debatten**

Ethische Reflexion versteht sich nicht als *die* Instanz für die Findung von politischen Lösungen und konkreten Rezepten für die in Teil IV. dargelegten Fragen. Vielmehr ist sie Resultat der freien und kritischen Erörterung im Vor- und Umfeld der demokratischen Verfahren zur Setzung der rechtlichen Bestimmungen. Ihre Funktion besteht darin, die innere Kohärenz zwischen dem Recht und dem gelebten Ethos in der Bevölkerung zu wahren, aber auch darin, Grenzen des politisch Entscheid- und Regelbaren zu thematisieren. Rechtspolitische Argumente sind deshalb oft gleichzeitig ethische Argumente, und umgekehrt gibt es zu den ethischen Gesichtspunkten vielfach parallele oder ähnlich laufende rechtspolitische Postulate.

Die folgende Darlegung der ethischen Diskussion bezieht sich auf die entscheidenden Brennpunkte.

### 4.1    **Selbstbestimmung statt Paternalismus**

Ziel alles medizinischen Handelns ist das Wohl des Patienten – das ist ein Grundpfeiler des ärztlichen Ethos seit der Antike. Häufig ist das „Wohl“ des Patienten gleichbedeutend mit der Wiederherstellung seiner Gesundheit, wenn dies nicht möglich ist, mit dem Optimum an Heilung und Schmerzlinderung. Dass das Urteil und die Entscheidung darüber, was im konkreten Fall dem Wohl des Patienten am meisten entspricht, maßgeblich in die Hände des Arztes gehört, schien bis vor nicht allzu langer Zeit klar zu sein. Und auch noch heute vertrauen Patienten in den meisten Fällen darauf, dass der Arzt die geeigneten Maßnahmen ergreift, weil er dafür ausgebildet ist und entsprechende Erfahrung hat. Gleichwohl gibt es auch Fälle, wo es nicht so eindeutig ist, was dem

Wohl des Patienten dient. Das kann sowohl an den medizinischen Maßnahmen selbst liegen, die der Arzt beginnen, fortsetzen oder sogar ausweiten kann; es kann aber auch am Patienten, seinem Lebenskonzept, seinen Wertvorstellungen und Prioritäten liegen. Vor allem bei riskanten Eingriffen mit möglicherweise gravierenden Nebenfolgen oder wenn der tödliche Ausgang einer Krankheit absehbar ist, können sich Vorstellungen und Wünsche des Patienten davon, was dem eigenen Wohl dienen kann, von der objektiv medizinischen Bewertung wesentlich unterscheiden.

Der moralische Anspruch des Patienten, in dieser individuellen Sicht gehört und ernst genommen zu werden und darauf aufbauend selbst zu entscheiden, was er an *medizinisch* sinnvoller Behandlung möchte und was nicht, wird heute „Autonomie“ bzw. Selbstbestimmung genannt. „Autonomie“ ist in der Medizinethik international als eines der zentralen Prinzipien für die ethisch basierte Reflexion des konkreten Einzelfalls anerkannt<sup>31</sup> und spielt darüber hinaus auch in der Rechtsprechung für die Bewertung von Therapieentscheidungen oder Therapiezieländerungen eine zunehmende Rolle.

„Autonomie“ (wörtlich: Selbst-Gesetzgebung) meint in der kantischen, bis ins Grundgesetz und dessen Interpretation wirksamen Tradition die mit dem Mensch-Sein selbst gegebene, im Vernunftvermögen gründende moralische Besonderheit des Menschen, mit seiner eigenen Vernunft das allgemein gültige Vernunftgesetz selbst setzen zu können. Der aktuelle Gebrauch des Begriffs „Autonomie“ im Zusammenhang von Krankheit, Behinderung und Sterben hat eine andere Bedeutung als der kantische Begriff. Denn hier besagt „Autonomie“ individuelle Selbstbestimmung und hat die tatsächliche Entscheidungs- und Handlungsfähig-

---

<sup>31</sup> S. etwa das weltweit rezipierte Standardwerk von Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical ethics*, New York, 2013 (Erstauflage 1979).

keit konkret betroffener Patienten im Blick. Beide Sichtweisen haben ihre Berechtigung, unterscheiden sich allerdings hinsichtlich der praktischen Konsequenzen beträchtlich. Denn während „Autonomie“, verstanden als Grundverfasstheit des Menschen, und zwar jedes Menschen, überindividuell ist und nie verloren werden kann, und sei der aktuelle Zustand noch so prekär, meint „Autonomie“ und „autonom“ im medizinischen Kontext häufig die tatsächliche Fähigkeit eines Patienten, über sich selbst verfügen zu können. So gesehen, stellt Autonomie eine Größe dar, die immer nur in einem größeren oder kleineren Maß vorhanden ist und sich im Laufe des Krankheits- und Sterbeprozesses einer Person verändern kann. Ihre Einschränkung von außen, also durch den Arzt, durch Pflegepersonen oder die Regeln einer Einrichtung jedoch ist rechtfertigungsbedürftig. Solcher einschränkender Umgang, wonach der Arzt in Wahrnehmung der Fürsorge für den Patienten im Sinne von dessen vermeintlichem Wohl Entscheidungen treffen zu können glaubt, wird in der internationalen medizinischen Debatte als „ärztlicher Paternalismus“ charakterisiert und zunehmend kritisiert.

Tatsächlich aber ist Autonomie nicht zwangsläufig das Gegenprinzip zur Fürsorglichkeit. Vielmehr bilden beide Orientierungen ein Spannungsfeld, in dem die Hilfsbedürftigkeit und das Bedürfnis nach Selbstbestimmung des Patienten mit den Ressourcen zu helfen und der Respektierung dieses Bedürfnisses durch Ärzte und Personal zur Übereinstimmung gebracht werden müssen. Dazu aber bedarf es nicht nur medizinischer Maßnahmen, sondern auch der Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen, die stellvertretend für den nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten dessen Willen äußern können.

## 4.2 Der Patientenwille

Grundsätzlich ist jede medizinische Behandlung an die Einwilligung des Patienten gebunden. Verweigert dieser die Einwilligung, verstößt eine dennoch vorgenommene Behandlung gegen sein Selbstbestimmungsrecht, selbst wenn sie medizinisch geeignet wäre, zum Wohlergehen des Patienten beizutragen.

Für die Wirksamkeit des Patientenwillens im medizinischen Kontext bestehen zwei entscheidende Voraussetzungen: Zum einen muss der Patient, dessen Zustimmung den medizinischen Maßnahmen zugrunde gelegt wird, zum Zeitpunkt der Willensäußerung *einwilligungsfähig* sein; zum anderen muss er umfassend aufgeklärt worden sein über seinen Zustand, die angeratenen Maßnahmen und seine Prognose, weil es sich nur dann um eine wirkliche und eigene Zustimmung handeln kann (*informed consent*).

Der Grundsatz, dass die Behandlung an den Patientenwillen gebunden ist, gilt auch dann, wenn die Möglichkeiten des Patienten, seinen Willen zu äußern, aktuell eingeschränkt oder nicht mehr gegeben sind. Die Gründe dafür können vielfältiger Natur sein und reichen von der akut eingetretenen Notfallsituation über emotionale und mentale Beeinträchtigungen als Nebenfolge von Medikamenteneinnahme oder als Ausdruck einer psychischen Erkrankung bis hin zu fehlendem Verständnis und Verkennung medizinischer Sachverhalte. Möglichkeiten, auch für diese Fälle, in denen man nicht mehr seinen Willen äußern kann, Anordnungen hinsichtlich der Umstände des eigenen Sterbens und des Ausmaßes an medizinischer Behandlung zu treffen, bieten die rechtlich geregelten Institute der *Patientenverfügung* und der *Bevollmächtigung*. Kann der Patient aber aktuell seinen Willen nicht erklären und hat er keine vorsorgliche Willensbekundung hinterlassen und auch keine Behandlungswünsche geäußert, dann ist stattdessen sein *mutmaßli-*

*cher Wille* ausschlaggebend. Das heißt, dass versucht werden muss, was wohl sein Wille bezogen auf die aktuelle Behandlungssituation gewesen wäre.

Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens kann dementsprechend kompliziert sein. Triftige Anhaltspunkte für die Ermittlung sind frühere Äußerungen des Patienten, die von den Angehörigen erinnert werden, Vorstellungen und Erwartungen vom Leben und Sterben, individuelle Einstellungen und religiöse Anschauungen, auch körpersprachliche Äußerungen. Dies alles wird – möglichst unter Einbeziehung der nächsten Angehörigen – mit der aktuellen medizinischen Situation in Beziehung gesetzt, um so dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen möglichst nahe zu kommen.

Dass das Ergebnis solcher Ermittlungen des mutmaßlichen Patientenwillens immer nur eine Annäherung seitens Anderer sein kann, hat dem Konstrukt des mutmaßlichen Willens Vorbehalte und grundsätzliche Kritik eingebracht, etwa die Warnung vor der Gefahr einer „mechanischen“ Anwendung der schriftlich geäußerten Willensäußerung aus der Vergangenheit. Jedoch besteht keine bessere Option, um den Patientenwillen möglichst gut erfassen zu können. Zum ärztlichen Paternalismus zurückzukehren, ist keine Alternative.

Es gibt jedoch gute Gründe dafür, dass der mutmaßliche Wille eines Patienten niemals Maßnahmen Dritter rechtfertigen könnte, die dem Leben des Patienten ein vorzeitiges Ende setzen, insbesondere in Gestalt der Beihilfe zum Suizid. Für Maßnahmen mit so weit reichender Konsequenz müsste ggf. ein anhaltendes und deutliches Verlangen Bedingung sein, und nicht bloß eine mutmaßliche Einwilligung oder ein fehlender Widerspruch. Deshalb dürfen, abgesehen von entgegenstehenden strafrechtlichen Regelungen, solche Maßnahmen einem Patienten auch nicht zur Einwilligung angeboten werden.

### **4.3 Die spezielle Problematik von nicht-einwilligungsfähigen Personen**

Menschen mit erheblicher geistiger Einschränkung oder Demenz (in der internationalen Fachsprache „incapacitated persons“ genannt) können häufig nicht oder nicht mehr selbstbestimmt entscheiden, welche Form der Hilfe für sie angemessen ist. Aufgrund ihrer geistigen Einschränkung sind diese Menschen besonders verletzlich und benötigen darum einen besonderen Schutz.

Was die Sterbebegleitung angeht, so gelten auch für sie selbstverständlich die wesentlichen ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen wie „u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst“<sup>32</sup>. Dies ist ethisch nicht kontrovers.

Viel problematischer sind dagegen Fragen passiver Sterbehilfe wie das Abstellen lebenserhaltender Maschinen oder der Verzicht auf weitere Nahrungszufuhr über eine Magensonde. Bei Menschen, die aufgrund fortschreitender Demenz nicht mehr einwilligungsfähig sind, kann möglicherweise auf eine Patientenverfügung zurückgegriffen werden, die der betreffende Patient verfasst hat, als er noch voll einwilligungsfähig war. Sollte der Patient in dieser Verfügung das Einstellen von lebenserhaltenden Maßnahmen für bestimmte Fallkonstellationen wünschen, so ist seinem Willen Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des BGH vom 25.06.2010 – 2 StR 454/09). Die Bundesärztekammer hat auf dieses

---

<sup>32</sup> Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011), in Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), A 346 – A 348.

Urteil rasch reagiert und im Februar 2011 derartige Formen der Therapiezieländerung in ihre Richtlinien aufgenommen.<sup>33</sup>

Was aber ist mit Patienten, die keine Verfügung verfasst haben oder aufgrund ihrer geistigen Einschränkung niemals oder nicht mehr imstande sind, eine derartige Verfügung zu verfassen? Hier stehen die rechtlichen Betreuer, die stellvertretend den Willen der betreffenden Patienten ausdrücken sollen, vor einer wesentlichen Güterabwägung, nämlich einerseits den Patienten möglichst vor Leiden zu bewahren, andererseits aber sein Leben zu schützen. Bereits der Beginn bestimmter lebensverlängernder Maßnahmen wie das Einsetzen einer Magensonde verlangt hier nach einer Entscheidung. So besteht eine Diskussion darüber, ob es eine Verpflichtung gibt, eine Magensonde zur Ernährung einzusetzen. Die herrschende Meinung ist hierzu, dass es diese Verpflichtung nicht gibt, wenn der Patient selbst kein Interesse mehr an diesem Hilfsmittel zeigt. Anders als bei voll einwilligungsfähigen Patienten oder nicht mehr ansprechbaren Patienten mit einer eindeutigen Patientenverfügung sind dabei Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte in besonderem Maß herausgefordert, den mutmaßlichen Willen dieser vulnerablen Personen zu ermitteln. Denn Menschen mit geistiger Einschränkung können ihren Willen oftmals nicht klar ausformulieren. Doch gibt es möglicherweise Anzeichen, was sie wünschen, beispielsweise indem sie klar zeigen, dass sie nach Nahrung verlangen, oder aber dass sie ein Ende ihrer Schmerzen ersehnen. Darauf zu achten ist insbesondere dann wichtig, wenn diese aktuelle Willensäußerung im Gegensatz zu einer vorhandenen Patientenverfügung steht. In Fällen, in denen Unsicherheit verbleibt, liegt bei der Entscheidung zur Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen eine besondere Verantwortung bei dem zuständigen Betreuungsgericht.

---

<sup>33</sup> Vgl. ebd. A 346.

Noch wichtiger ist dieses behutsame Vorgehen, wenn es um indirekte Sterbehilfe geht. Bei einwilligungsfähigen Patienten ist die Entscheidung einfach: Eine Schmerztherapie auf Wunsch des Patienten, die zu einer Verkürzung der Lebenszeit führt, ist hier nicht nur gerechtfertigt, sondern mit Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht sogar geboten. Diese Therapieform nimmt zwar eine Verkürzung der Lebenszeit in Kauf, sie wird aber nicht mit diesem Ziel eingesetzt: „Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf“<sup>34</sup>.

Freilich kommt die indirekte Sterbehilfe in einem viel geringeren Maß vor, als lange Zeit angenommen. Neueste Erkenntnisse in der Palliativmedizin zeigen zudem, „dass Morphin die wirksamste und sicherste Therapie für starke Schmerzen und Atemnot ist und dass es bei korrekter Anwendung nur in weniger als 1 % der Fälle im Sinne einer sog. „indirekten“ Sterbehilfe wirkt [...], weil die Medikation in der Regel eher zu einer Verlängerung als zu einer Verkürzung des Lebens führt“<sup>35</sup>. Vor diesem Hintergrund ist gerade im Blick auf Menschen mit geistiger Beeinträchtigung aufgrund ihrer besonderen Vulnerabilität die angemessene palliative Behandlung zu fordern.

Bei Menschen, die auf Grund ihrer geistigen Beeinträchtigung (geistigen Behinderung) nicht einwilligungsfähig sind, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Bitte um Beihilfe zum Suizid auf einer freiverantwortlichen Entscheidung beruht. Straflose Assistenz beim Suizid kommt deshalb hier nicht in Betracht. Vielmehr muss der gebotene Lebens-

---

<sup>34</sup> BÄK 2011, A 347.

<sup>35</sup> Gian B. Borasio, Selbstbestimmung im Dialog. Die Beratung über Patientenverfügung als Ausdruck ärztlicher Fürsorge. In: C. Meier u. a., Patientenverfügung. Ausdruck der Selbstbestimmung, Auftrag zur Fürsorge, Stuttgart 2005, 148-156, hier 152.

schutz zu einer gesteigerten Fürsorge führen, dass diese Patienten sich nicht selbst verletzen oder töten.

#### **4.4 Die Rolle des Arztes**

Trotz des vermehrten Einsatzes von Maschinen in Diagnostik und Therapie und trotz einer wachsenden Ausdifferenzierung der medizinischen Professionen ist die zentrale Basis der medizinischen Behandlung weiterhin das Arzt-Patient-Verhältnis. Das veränderte Selbstverständnis der Patienten, insbesondere die stärkere Einforderung von Selbstbestimmung, aber auch die zunehmende Informiertheit vieler Patienten über die eigene Krankheit und der Wandel der Einstellung zu Autorität, Macht und Hilfsbedürftigkeit haben dazu beigetragen, dass sich auch die Rolle des Arztes in Bezug auf den Patienten verändert hat: Wie schon erwähnt, tritt das paternalistische Führen tendenziell zurück, während gleichzeitig die Bedeutung des Informierens, Anbietens, Erklärens und Beratens zunimmt, vor allem, wenn es um Entscheidungen über den weiteren Behandlungsweg geht.

Das wird allerdings nur in dem Maß möglich sein und realisiert werden können, als die Entscheidungen trotz knapper Zeit als zeitlich sich dehnender Prozess und das Verhältnis von Arzt und Patient als eine Beziehung für die Dauer der Krankheit bzw. des Aufenthalts in der Einrichtung aufgefasst und praktiziert werden. Das Bedürfnis nach solcher Beziehung steigt mit der Schwere der Krankheit und der Möglichkeit bzw. Gewissheit, dass sie zum Tod führen wird, auf Seiten des Patienten an. Denn der Arzt ist aufgrund seiner Zuständigkeit für das übrige Personal, seiner Verantwortlichkeit für die Behandlung und nicht zuletzt auch wegen seiner Pflicht zur Verschwiegenheit die wichtigste und bei allem Wechsel konstante Ansprechperson für alle Nöte, die den Patienten bewegen. Gerade wenn die kurativen Möglichkeiten ausgeschöpft

sind und der Arzt sich – sei es auf der Station, im Hospiz oder zu Hause – auf den palliativen Auftrag beschränken muss, kann er zum Partner des Patienten werden, an den nicht nur Klagen über Schmerzen, sondern auch soziale und psychische Nöte oder sogar existenzielle Sinnkrisen herangetragen werden.

Dass innerhalb eines solchen Vertrauensverhältnisses auch Wünsche des Patienten, dass das Ende schneller bzw. mit Nachhilfe eintreten möge, zur Sprache gebracht werden, wird man weder in Abrede stellen noch verhindern können.

Unter all diesen Rücksichten ist es für die Qualität der Begleitung von Sterbenden unerlässlich, dass den Ärzten, die Sterbende begleiten, die für das Anhören, Kommunizieren und Sichkümmern erforderlichen zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen bereitgestellt werden.

Dass die ärztliche Tätigkeit und gerade die intensive Begleitung der Schwerkranken, für die keine Therapieoptionen mehr bestehen, auch mit Gefühlen der Ohnmacht und der Niederlage verbunden sein kann, soll nicht verschwiegen werden. Solche Gefühle können noch verstärkt werden durch unrealistische Erwartungen und Idealisierungen, die Patienten oder deren Angehörige den behandelnden Ärztinnen und Ärzten übertragen.

#### **4.5 Zur Problematik der Suizidbeihilfe**

Manche Patienten, die an schweren Erkrankungen leiden und sich des tödlichen Ausgangs gewiss sind, haben den Wunsch, den unausweichlichen Tod durch einen Suizid vorwegzunehmen. Derartige Wünsche sind nicht notwendig Ausdruck eines krankhaften seelischen Zustands, der die freie Willensbildung trübt oder sogar verhindert. Vielmehr können sie durchaus Ausdruck des Wunsches nach Selbstbestimmung

hinsichtlich Art und Umständen des eigenen Sterbens sein. Entsprechende Wünsche korrelieren meist mit Ängsten vor bevorstehenden Schmerzen und zunehmenden Einschränkungen bzw. Beschwerden, möglicherweise auch mit dem Gefühl, durch die Krankheit auf Einsamkeit zurückgeworfen zu werden. Man wird auch davon auszugehen haben, dass der Gedanke an den eigenen Suizid oft nicht schon ein fester Wunsch ist, sondern eine Option, die sich der Schwerkranken für den Fall unerträglich werdender Leiden sichern möchte, gleichsam als existentiellen Notausgang.

Medizinische, sozialpsychologische und seelsorgliche Hilfen werden deshalb gerade bei dieser Not ansetzen und die Gesamtbefindlichkeit des Betroffenen durch Palliativversorgung zu verbessern versuchen. Für die ganz seltenen Fälle aber, wo der Wunsch nach Lebensbeendigung durch Suizid dennoch fortbesteht oder gar zur Ausführung kommt, ist Respekt vor der Einstellung und freien Entscheidung eines anderen Menschen in seiner Individualität geboten.

Über die Frage, ob und wieweit dieser Respekt auch die Bitte und Erwartung bis hin zur Forderung an Dritte und insbesondere an den behandelnden Arzt umschließt, wirksame Beihilfe (Assistenz) zum Suizid eines Patienten zu leisten, hat sich in den letzten Jahren eine kontroverse Diskussion entwickelt, deren vielfältige Facetten im Folgenden dargestellt und erörtert werden sollen:

#### **4.5.1 Organisierte Suizidbeihilfe**

Wie unter 3. ausgeführt, hat das Auftreten von Sterbehilfeorganisationen in Deutschland und ihr Tätigwerden im nahen Ausland (auch für deutsche Staatsbürger) zu mehreren Gesetzesinitiativen geführt, die das Ziel hatten, Sterbehilfe durch solche Organisationen zu verbieten. Auch in den Positionspapieren aus der Mitte des Deutschen Bundes-

tags, die zur Vorbereitung der parlamentarischen Beratungen vorgelegt worden sind, spielt dieses Anliegen eine große Rolle. Nur vereinzelt erhebt sich dazu Widerspruch. Dabei hatte die Bundesregierung in ihrem Entwurf aus dem Jahre 2012 unter Berufung auf verfassungsgerichtliche Rechtsprechung ausgeführt, was dem Einzelnen erlaubt sei, könne einem Verein nicht verboten werden. Das führt zu der Frage, ob organisierte Sterbehilfe sich in relevanter Weise von der durch Einzelne, etwa durch Angehörige oder durch den Arzt des Vertrauens, geleisteten Hilfe beim Suizid unterscheidet.

Aus der Sicht des Sterbewilligen mag die Tätigkeit einer Sterbehilfeorganisation den Vorteil haben, dass er professionelle Hilfe erwarten kann, wenn er einen entsprechenden Wunsch äußert. Er kann, indem er der Organisation beiträgt, sicherstellen, dass er im Ernstfall Sterbehilfe erhält, ohne nach anderweitiger Unterstützung beim Suizid suchen zu müssen. Für Menschen, die keine Angehörigen haben, denen sie vertrauen, und keinen Arzt kennen, auf dessen Hilfe sie bauen können, mag dies ein beruhigender Gedanke sein. So erklärt sich wohl, dass die Zahl der Mitglieder in entsprechenden Vereinen in Deutschland und in der Schweiz viel größer ist als die Zahl derer, die dann tatsächlich Sterbehilfe in Anspruch nehmen.

Bei denen, die eine Sterbehilfeorganisation betreiben und für sie tätig sind, werden oftmals idealistische Motive bestehen; sie wollen todkranken Menschen Leid ersparen und Ängste nehmen. Es mag auch andere Motive geben, so insbesondere, wenn die Organisation gewinnorientiert betrieben wird oder wenn es das Ziel wäre, den Suizid als Lösung bei langandauernder und kostspieliger Krankheit zu propagieren.

Das ist der Punkt, an dem die Rechtsordnung wegen ihrer Verpflichtung auf Lebensschutz und Selbstbestimmung gefordert ist. Organisierte Suizidbeihilfe macht Assistenz beim Suizid leichter erreichbar. Sie birgt, auch wenn sie ohne Gewinnerzielungsabsicht betrieben wird, die Ge-

fahr in sich, dass Suizidbeihilfe als „normale“ Dienstleistung erscheint, auf die der Bürger zurückgreifen kann wie auf andere Dienstleistungen auch. Das trägt dem absoluten Ausnahmecharakter der Entscheidung für einen Suizid nicht ausreichend Rechnung und kann zu voreiligen Entscheidungen für die Inanspruchnahme von Sterbehilfe führen. Organisationen andererseits neigen dazu, in ihren Aufgabenfeldern den Erfolg zu suchen. Da eine persönliche Beziehung zu dem Suizidwilligen nicht besteht, ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass der Erfolg in einer problemlosen Abwicklung entsprechender Anfragen gesucht wird und die dringend wünschenswerte Problematisierung des Sterbewunsches im Gespräch mit dem Sterbewilligen nicht ernsthaft unternommen wird. Es handelt sich insoweit nur um Gefahren, nicht um Gewissheit. Aber diese Gefahren rechtfertigen es angesichts der Bedeutung des Rechtsguts Leben, die organisierte Sterbehilfe zu untersagen. Eine unzumutbare Beschneidung des Selbstbestimmungsrechts von Sterbewilligen liegt darin nicht, wenn ihnen andere von ihnen erreichbare, nicht gewaltsame Möglichkeiten bleiben, ihr Leben zu beenden.

#### **4.5.2 Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe**

Wenn in der Diskussion teilweise – so auch von der BayBEK in ihrer Stellungnahme von 2007 – gefordert wird, nicht nur die organisierte, sondern auch die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe strafrechtlich zu verbieten, wird davon ausgegangen, dass eine geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid erhebliche Gefahren für den Lebensschutz begründet, die ein Verbot mit den Mitteln des Strafrechts rechtfertigen. Dies leuchtet unmittelbar ein, wenn man den Fall vor Augen hat, dass jemand Suizidbeihilfe, sei es auch unentgeltlich, zu einem Geschäft macht, also wiederholt oder gar regelmäßig und nicht nur in besonderen Ausnahmefällen praktiziert.

Unter geschäftsmäßigem Handeln versteht der Jurist ein Handeln in der Absicht, gleichartige Handlungen zu wiederholen und sie so zu einem Gegenstand der eigenen Beschäftigung zu machen. Die Bundesregierung hat 2012 in der Begründung ihres Gesetzentwurfs grundsätzlich in Frage gestellt, ob allein Wiederholungsabsicht ausreicht, um aus einem straflosen Tun eine Straftat zu machen. Sie hat außerdem darauf hingewiesen, dass mit einer solchen Regelung auch Ärzte in Intensiv- und Schwerstkrankenstationen, aber auch Hausärzte erfasst werden könnten, wenn diese ausnahmsweise, aber mehr als einmal eine solche Hilfe leisten. Tatsächlich müsste der Gesetzgeber bei einer entsprechenden Regelung wohl sicherstellen, dass solche Fälle nicht erfasst werden, weil bei ihnen von einem „Geschäft“ nicht ernsthaft gesprochen werden kann und von ihnen keine den Einzelfall überschreitende Gefahr für den Lebensschutz ausgeht, die so konkret ist, dass sie ein strafrechtliches Verbot rechtfertigen könnte.

Sind solche Fälle ausgenommen, birgt eine Suizidbeihilfe in der Absicht, sie durch Wiederholung zum eigenen Geschäft zu machen, ähnliche Gefahren für den Lebensschutz wie die organisierte Suizidbeihilfe und sollte wie diese verboten werden. Insoweit besteht Übereinstimmung mit der Ad-Hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates. Dieser fordert als Voraussetzung für ein Verbot freilich zusätzlich, dass die Suizidbeihilfe öffentlich geleistet oder angeboten werden muss. Diese Forderung macht sich diese Stellungnahme nicht zu Eigen. Zwar wird nichtöffentliches Handeln den gesellschaftlichen Respekt vor dem Leben weniger tangieren als öffentliches. Die Gefahr, dass es zu fremdbestimmten oder voreiligen Entscheidungen für die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe kommt, ist aber eher noch größer.

Der Deutsche Ethikrat geht davon aus, dass ein richtig abgegrenztes Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe ein Verbot der organisierten Suizidbeihilfe überflüssig macht, weil es ein solches einschließt. Dies hängt von der konkreten Ausgestaltung ab. Die Suizidbeihilfe darauf

spezialisierten Organisationen ist jedenfalls ein besonders ins Auge springender Fall einer geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe.

#### **4.5.3 Suizidbeihilfe aus anstößigen Motiven**

In aller Regel werden die Motive derer, die Suizidbeihilfe leisten, Achtung verdienen, idealistisch sein, allein darauf gerichtet, Menschen, die sehr leiden und deshalb sterben wollen, zu helfen.

Man muss aber auch an die anderen Fälle denken, in denen der die Hilfe Leistende mit der Hilfe eigene Interessen verfolgt. Ein besonders ins Auge springender derartiger Fall liegt vor, wenn die Beihilfe zum Suizid gewerbsmäßig, also mit Gewinnerzielungsabsicht, erfolgt. Es besteht weithin Konsens, dass es in hohem Maße unangemessen und anstößig ist, eine Assistenz beim Suizid körperlich und seelisch schwer leidender Menschen mit eigenen Erwerbsinteressen zu verknüpfen. Eigeninteressen dieser Art begründen auch die Gefahr, dass bei der Entscheidung über die Hilfe nicht die Situation und das Wohl des die Hilfe erbittenden Patienten im Mittelpunkt stehen. Auf diesen Erwägungen beruhte auch der erwähnte Entwurf der Bundesregierung aus dem Jahr 2012.

Gewinnerzielungsabsicht ist aber nicht das einzig denkbare anstößige Motiv. Die Regelung in Art. 115 des schweizerischen Strafgesetzbuchs, die allgemein die Suizidbeihilfe aus selbstsüchtigen Motiven unter Strafe stellt, sieht richtig, dass es in jedem Fall verwerflich und für den Lebensschutz gefährlich ist, Suizidbeihilfe zur Verfolgung eigener Interessen des Helfers zu leisten. Diese Interessen können kommerzieller, aber auch nicht kommerzieller Art sein. Entsprechende Fälle lassen sich insbesondere in familiären Konstellationen oder sonst im sozialen Nahbereich denken, wo die Last eines langen Leidens- und Sterbeprozesses zu tragen ist, aber auch Erb- und Versorgungsinteressen bestehen

können. Deshalb spricht viel dafür, insoweit die Übernahme der schweizerischen Regelung zu erwägen, die, anders als in der Schweiz, freilich durch ein strafrechtliches Verbot der organisierten und der sonst geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe ergänzt werden müsste. Gewiss ist nicht von der Hand zu weisen, dass es dann nach einem assistierten Suizid auf eine entsprechende Anzeige hin zu problematischen Ermittlungen im Umfeld des Verstorbenen kommen kann. Es gilt aber zu überlegen, ob dies im Interesse des Lebensschutzes nicht in Kauf zu nehmen ist.

#### **4.5.4 Anstiftung zum Suizid**

Eine Übernahme der schweizerischen Regelung bietet sich auch noch unter einem anderen Gesichtspunkt an. Die Regelung in der Schweiz erfasst gleichermaßen die Anstiftung („Verleitung“) wie die Beihilfe zum Suizid. In der deutschen Diskussion wird die Problematik der Anstiftung zum Suizid dagegen bisher kaum thematisiert. Die vorliegenden Regelungskonzepte konzentrieren sich auf die Beihilfe zum Suizid. Dem wird zugrunde liegen, dass eine Anstiftung im Sinne des § 26 StGB, also ein Bestimmen zum Suizid, in der Lebenswirklichkeit kaum einmal nachzuweisen sein wird. Das heißt aber nicht, dass derartige nicht vorkommt. Für den Lebensschutz stellt die Anstiftung zum Suizid eine nicht minder schwere Gefahr dar als die Beihilfe, eher im Gegenteil. Für den Fall einer Anstiftung zum Suizid aus wirtschaftlichen Gründen hat die Bay-BEK schon 2007 eine Pönalisierung zur Erwägung gestellt. In Weiterführung dieses Ansatzes gilt es auch für die Anstiftung zu betonen, dass wirtschaftliche Ziele nicht die einzigen Motive sind, die eine Anstiftung zum Suizid anstößig erscheinen lassen und eine erhebliche Gefahr für den Lebensschutz begründen. Selbstsüchtiges Handeln bei der Anstiftung zum Suizid erscheint schlechthin verwerflich. Man kann sogar fragen, ob es überhaupt legitime Gründe gibt, einen anderen Menschen zum Suizid zu bestimmen. Jedenfalls sprechen gute Gründe dafür, selbstsüchtiges Handeln auch bei der Anstiftung zum Suizid unter Strafe

zu stellen. Wie bei der Beihilfe zum Suizid ist damit abzuwägen, dass entsprechende Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden vielfach heikel und selten erfolgreich sein werden.

#### **4.5.5 Werbung für Suizidbeihilfe**

Mehrere der vorliegenden Entwürfe sehen strafrechtliche Werbeverbote vor. Ein Werbeverbot für eigene oder fremde Suizidbeihilfe unterstützt die BayBEK ebenso wie ein Werbeverbot für entsprechende Mittel und Verfahren. Suizidbeihilfe darf kein Marktgeschehen werden, das beworben wird wie andere Dienstleistungen auch. Dem Wesen des Suizids und der Suizidbeihilfe im Spannungsfeld zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung würde das nicht gerecht. Eine Bagatellisierung der Entscheidung für den Suizid gilt es zu vermeiden.

#### **4.5.6 Zum Gesetzentwurf Borasio/Jox/Taupitz/Wiesing**

Der Gesetzentwurf, den Borasio und andere angesehene Professoren 2014 vorgelegt haben, beinhaltet, dass Beihilfe zum Suizid grundsätzlich bestraft werden soll. Eine Ausnahme in Gestalt eines Entschuldigungsgrundes soll gelten für Angehörige und dem Betroffenen nahestehende Personen, wenn es sich um den Suizid eines freiverantwortlich handelnden Volljährigen handelt; für Ärzte ist unter engen Voraussetzungen materieller und verfahrensmäßiger Art eine Rechtfertigung vorgesehen. Damit würde der Grundsatz, dass aus der Straflosigkeit des Suizids, die niemand antasten will, die Straflosigkeit auch der Beihilfe folgt (Akzessorietät), noch weiter eingeschränkt, als das bei den sonst zur Diskussion stehenden Entwürfen der Fall ist. Ob man im Interesse des Lebensschutzes so weit gehen soll, wird sicher kritisch diskutiert werden.

Die Bedenken der BayBEK sind anderer Art. Der Entwurf erfasst aus ihrer Sicht für den Lebensschutz bedeutsame Fallgruppen nicht. Der Bereich der Anstiftung zum Suizid ist völlig ausgeklammert. Außerdem sind die Fälle nicht erfasst, in denen Angehörige oder dem Betroffenen nahestehende Personen aus anstößigen Motiven, etwa aus gewinn-süchtigen Motiven, Beihilfe leisten. Mögen solche Fälle auch selten sein, problematisch wäre es, sie bei einer Neuregelung unberücksichtigt zu lassen.

Der Entwurf von Borasio et al. konzentriert sich ersichtlich auf die Regelung der ärztlichen Suizidbeihilfe. Sie soll Rechtssicherheit für die handelnden Ärzte schaffen. Inhaltlich hat sie manche Ähnlichkeit mit der in den Benelux-Ländern bestehenden Regelung, die dort allerdings vor allem für die Tötung auf Verlangen Bedeutung hat. So sehr man das Bemühen des Entwurfs anerkennen muss, durch eine detaillierte Regelung der Voraussetzungen in materieller und prozeduraler Hinsicht sachgerechte ärztliche Entscheidungen über eine Suizidbeihilfe zu gewährleisten, erscheint doch unsicher, ob die Regelung ihr Ziel, durch eine restriktive Praxis dem Lebensschutz zu dienen, erreichen wird. Es ist nicht ausgeschlossen, dass sich entlang einer solchen Regelung im StGB Verfahrensroutinen entwickeln, die auch für eine großzügige Praxis offen sind. Darauf deutet die Entwicklung in den Niederlanden hin. Der BayBEK erscheint es, zumindest gegenwärtig, besser, auf eine derart detaillierte Regelung im staatlichen Recht zu verzichten und darauf zu vertrauen, dass die Ärzteschaft ihre Verantwortung für eine dem Lebensschutz verpflichtete Praxis, die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten respektiert, wahrnimmt.

Der Hinweis in dem Entwurf von Borasio et al., dass, soweit eine ärztliche Suizidbeihilfe ausnahmsweise zulässig ist, eine entsprechende Klarstellung im BtMG erfolgen sollte, ist bedenkenswert. Der Deutsche Ethikrat hat diesen Hinweis in seiner Ad-Hoc-Empfehlung schon aufgegriffen.

## 4.6 Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen im Vergleich

Auf den ersten Blick mag es keinen großen Unterschied machen, ob ein Arzt einem todkranken Patienten auf dessen Verlangen ein tödliches Medikament beschafft, das dieser dann einnimmt, oder ob der Arzt dem Patienten das Medikament auf dessen Verlangen injiziert.

Ethisch und rechtlich ist das erstere jedoch eine Beihilfe zum Suizid, das letztere eine Tötung auf Verlangen. Tatsächlich unterscheiden sich die beiden Fallkonstellationen bei näherer Betrachtung beträchtlich. Im ersten Fall behält der Patient die Tatherrschaft, er tut den letzten entscheidenden Schritt selbst, indem er das Medikament einnimmt. Dazu muss er die Hemmung überwinden, die einer Selbsttötung in der Regel entgegensteht, was ein Prüfstein für die Ernsthaftigkeit des Sterbewunsches ist. Im zweiten Fall liegt die Tatherrschaft beim Arzt, er ist es, der eine Hemmschwelle überwinden muss, wenn er das Tötungstabu verletzt und dem herkömmlichen Arztethos zuwiderhandelt, wie es etwa im Eid des Hippokrates schon in der Antike Ausdruck gefunden hat und zum Vorbild für neuere Selbstverpflichtungsformeln (Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes von 1948) geworden ist.

Der Patient gibt sich im zweiten Fall in die Hand des Arztes. Es nimmt nicht wunder, dass viele Patienten, die mit ärztlicher Hilfe sterben wollen, diese Variante vorziehen. In den Niederlanden, wo beide Varianten möglich sind, übersteigt die Zahl der Tötungen auf Verlangen durch einen Arzt die der ärztlich assistierten Suizide um ein Vielfaches. Es scheint für viele Menschen leichter zu sein, den Tod aus der Hand des Arztes entgegen zu nehmen als sich selbst zu töten. Für den Arzt andererseits ist eine Durchbrechung des Tötungsverbots ein schwerwiegender Einbruch in das ärztliche Selbstverständnis, dessen Folgen schwer abzuschätzen sind. Auch wächst die Gefahr von irrtümlichen Entscheidungen, etwa von Entscheidungen zur Tötung von Patienten, deren

Sterbewunsch nicht das Stadium letzter Entschlossenheit erreicht hat, wenn der Patient aus der Letztverantwortung entlassen wird.

Im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Pflicht des Staates zum Lebensschutz tut die Rechtsordnung deshalb gut daran, beim Verbot der Tötung auf Verlangen keine Ausnahmen zuzulassen.

Der manchmal erhobene Einwand, für gelähmte oder sonst schwer körperbehinderte Patienten, die das tödliche Medikament nicht zum Mund führen können, bedürfe es der Zulassung der Tötung auf Verlangen zur Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechts, ist durch die technische Entwicklung überholt, wie in der Begründung zum Entwurf von Borasio, Taupitz et al. zutreffend ausgeführt ist. Für sie lassen sich Verfahren finden, bei denen die tatsächliche Herrschaft über eine Infusion bis zuletzt bei ihnen liegt.

#### **4.7 Der Blick auf die Ressourcen**

Die für eine angemessene, auf Vertrauen, Zuwendung und Empathie gegründete medizinische Versorgung notwendigen Ressourcen aufzubringen und sachgerecht zu verteilen, stellt eine beträchtliche Herausforderung dar. Dabei entstehen die Schwierigkeiten nicht vorrangig durch eine Mittelknappheit im Gesundheitswesen, auch wenn eine solche Knappheit die hier bestehenden Konflikte zusätzlich verschärft. Die Problematik besteht in den grundsätzlich konkurrierenden Gütern kurativer und palliativer Versorgung.

Unzweifelhaft gibt es eine Pflicht, Erkrankten die für die Bewältigung ihrer Krankheit notwendigen Unterstützungsleistungen zukommen zu lassen. Dieser moralischen Pflicht trägt die Rechtsordnung insofern Rechnung, als § 27 I SGB V explizit festhält: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine

Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Allerdings wird oft übersehen, dass die Verteilung der Ressourcen auf die hier genannten, unterschiedlichen Anwendungsfälle eigene Schwierigkeiten aufwirft: Sollen die vier hier genannten Szenarien gleichberechtigt berücksichtigt werden oder sind einzelne Teilbereiche prioritär zu behandeln?

Mit guten Gründen legt die gegenwärtige Praxis den Hauptakzent auf die ersten drei Gesichtspunkte, Diagnose, Heilung, Verhütung einer Verschlimmerung: Dem entspricht das Selbstbildnis der Ärzte, primär für die Erhaltung des Lebens zuständig zu sein. Dem entspricht aber auch die Überzeugung der Gesellschaft, dass es an dieser grundsätzlichen Ausrichtung ärztlicher Tätigkeit keinerlei Zweifel geben dürfe. Und schließlich entspricht es dem Sachverhalt, dass der Ausbau der Hochleistungsmedizin deutliche Fortschritte der Lebenserwartung mit sich gebracht hat. Die Allokation der Mittel im Gesundheitswesen folgt daher der Ausrichtung am ärztlichen Heilauftrag.

So verständlich diese Ausrichtung ist, so sehr ist sie auch durch innere Widersprüche und nicht gewünschte Nebenfolgen gekennzeichnet: Sie begünstigt nämlich den Einsatz kurativer Interventionen gegenüber palliativer Versorgung. Damit aber wird durch die auch ethisch eigens begründbare Notwendigkeit, Bereitstellung und weiteren Ausbau der Hochleistungsmedizin zu unterstützen, zugleich auch die Kritik an diesem System gefördert: Solange der Einsatz kurativer Maßnahmen ökonomisch attraktiver ist als der Einsatz palliativer Methoden, untergräbt dieses Vorgehen das Vertrauen in die Medizin, das es eigentlich unterstützen wollte: Es ist nämlich nicht hinreichend gegen den Vorwurf geschützt, Maßnahmen nur aus einem übergeordneten ökonomischen Interesse durchzuführen und sich nicht allein am Wohl des Patienten zu orientieren. Umgekehrt würde jedoch eine gleichberechtigte Berücksichtigung der kurativen wie der palliativen Medizin selbst mit dem Verdacht zu kämpfen haben, hier würden mögliche therapeutische Erfolge durch

den Einsatz der Palliativmedizin unmöglich gemacht. Insgesamt bedeutet dies, dass gerade die Ressourcenknappheit keineswegs sich nur in der Sorge um eine möglicherweise unzureichende Behandlung Schwerstkranker und Sterbender ausdrücken muss, sondern, fast paradox, aufgrund des Systems der Krankenhausfinanzierung ebenso zu einer Übertherapie führen kann. Der Respekt vor dem Wohl des Patienten kann jedoch durch beides bedroht sein, durch Über- und Unterversorgung gleichermaßen. Für den Bereich der stationären Pflege gilt Ähnliches, insofern Leerstände von Pflegebetten ein ernsthaftes ökonomisches Risiko für die betroffenen Träger darstellen.

Lösungen sind in diesem Bereich wohl nur durch eine Kombination verschiedener Maßnahmen möglich: Zunächst muss auch im Rollenverständnis des Arztes der sorgsame Umgang mit Ressourcen verankert werden, verbunden mit der Aufgabe, im Einvernehmen mit den Patienten über evtl. Therapiezieländerungen zu entscheiden. Sodann ist eine stärker individualisierte Kostenübernahme im Fall von Behandlungen am Lebensende vonnöten, die das bisherige System der DRGs zumindest ergänzt.

Es ist auch kaum bestreitbar, dass die ökonomischen Zwänge in Kliniken und anderen Einrichtungen auf der einen Seite und die medizinisch möglichen oder sogar gerechtfertigten Ansprüche des Patienten auf der anderen zunehmend häufiger miteinander in Konflikt geraten. Derartige Konflikte stellen sowohl für die gesellschaftliche Gerechtigkeit insgesamt (Gesundheitswesen) wie auch für die ärztliche Verantwortlichkeit eine starke Herausforderung dar.

Die notwendigen Entscheidungen sind vom Arzt in seiner Verantwortlichkeit und Klugheit zu treffen. Sie werden umso leichter auf Akzeptanz stoßen, je mehr sie in ein auf intensive Kommunikation zwischen Arzt, Patienten und Angehörigen gegründetes Vertrauensverhältnis eingebunden sind.

## 4.8 Sterbehilfe bei Kindern und Jugendlichen

In einigen Nachbarländern wird Sterbehilfe im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften auch für Kinder und Jugendliche gewährt. In jüngerer Zeit viel Aufsehen erregt hat besonders ein im Februar 2014 vom belgischen Parlament verabschiedetes Gesetz, wonach Sterbehilfe für unheilbar kranke und unter schwersten Schmerzen leidende Minderjährige erlaubt ist, wenn Arzt und Psychologe ihnen Urteilsfähigkeit attestiert und die Eltern zugestimmt haben. Im Unterschied zur Gesetzeslage in den Niederlanden, wo diese Möglichkeit auf Kinder ab 12 Jahren beschränkt ist, kennt das belgische Gesetz kein Mindestalter.

Der entscheidende Grund für solche Regelungen ist der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten, auch wenn dieser noch minderjährig ist. Ob aber Kinder und Jugendliche, gar Kleinkinder, zu einer solchen Selbstbestimmung normalerweise fähig sind und die Folgen der Ausführung entsprechender Äußerungen in ihrer Tragweite ermessen können, muss bezweifelt werden. Sicherlich können Wünsche nach dem Ende des eigenen Lebens unter den stark eingeschränkten Bedingungen ihrer schweren Krankheit auch von Kindern und Jugendlichen geäußert werden. Aber solche Wünsche sind in den meisten Fällen momentane Äußerungen, die durch Angst, Schmerzen oder das Vermissten von Zuwendung und Ermutigung veranlasst sind. Im Maß, wie diese Bedürfnisse erfüllt werden, werden sie meist nicht wiederholt. Nur in ganz seltenen Fällen existieren sie anhaltend. Kinder und Jugendliche sind zwar durchaus in der Lage, ihre Situation realistisch einzuschätzen; und sie haben Ängste und sind traurig oder empört darüber, dass ihnen die Erfüllung ihrer Träume vom Leben versagt bleibt. Aber sie wollen trotzdem vor allem leben so normal und so lange es geht,

und sie wollen bei ihrem schweren Weg zum Tod gut begleitet werden.<sup>36</sup>

Dem Beispiel der erwähnten Nachbarländer sollte deshalb nicht gefolgt werden. Soweit die dortigen Regelungen auch eine Tötung auf Verlangen einschließen, scheidet dies nach den Ausführungen unter 4.6 von vornherein aus. Es spricht aber auch viel dafür, Beihilfe zum Suizid bei Minderjährigen grundsätzlich zu verbieten, weil diese in aller Regel zu einem eigenverantwortlichen Suizid nicht in der Lage sind und ein Einverständnis der Erziehungsberechtigten diesen Mangel nicht ausgleichen kann. Es mag unter älteren Jugendlichen solche geben, deren Reife auch in dieser Frage der eines Erwachsenen entspricht. Dafür lässt sich aber nicht generell eine Altersgrenze angeben und im Einzelfall ein ausreichend sicheres Urteil zu gewinnen erscheint außerordentlich schwierig. Entschließt man sich zu einem strafrechtlichen Verbot, so könnte in besonders gelagerten Härtefällen, etwa bei Suizidbeihilfe durch nahe Angehörige nach § 60 StGB ein Absehen von Strafe in Betracht kommen (darauf weist die Begründung des Entwurfs von Borasio et al. zu Recht hin).

Für das Gros der Jugendlichen, die schwer krank sind und wissen, dass ihr Tod bevorsteht, gilt ebenso wie für Kinder: Sie brauchen das Gefühl, geliebt und geschätzt zu sein. Sie möchten ermutigt werden zum Leben, dem Leben, das ihnen bleibt. Und sie wollen keine traurige Umgebung, sondern sie brauchen die beste mögliche medizinische Hilfe. Sie wollen in der Zeit, die ihnen bleibt, auch lachen, fröhlich sein und am Leben mit anderen teilhaben.

---

<sup>36</sup> Zur Hospiz- und Palliativarbeit mit Kindern s. die Beiträge in: Monika Führer, Ayda Duroux, Gian D. Borasio (Hg.), „Können Sie denn gar nichts mehr für mein Kind tun?“ Therapiezieländerung und Palliativmedizin in der Pädiatrie, Stuttgart 2006.

Ambulante und stationäre Hospizarbeit ermöglichen solchen Kindern und Jugendlichen mit einer das Leben begrenzenden Diagnose, mit einer oft über Jahre andauernden Situation umzugehen. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen schaffen sie Entlastung und Förderung. Fast genauso wichtig ist es aber, dass die davon betroffenen Eltern, Geschwisterkinder und anderen Angehörigen in die Palliativ- und Hospizarbeit eingebunden sind, indem sie professionelle medizinische, psychologische, seelsorgerische und pflegerische Ratschläge und Begleitung erhalten. Es ist dringend erforderlich, der hier bestehenden Unterversorgung abzuhelfen und dafür flächendeckend die nötigen Kapazitäten bereit zu stellen und für eine nachhaltige Finanzierung zu sorgen.

## 5 Empfehlungen

### 5.1 Zur Gesundheits- und Sozialpolitik

Die BayBEK anerkennt die seit ihrer Stellungnahme „Sterben in Würde“ 2007 unternommenen Anstrengungen der Bayerischen Staatsregierung und der privaten Träger, die Voraussetzungen für ein Sterben in Würde spürbar zu verbessern.

Vor allem in Umsetzung des von einem Expertenkreis entwickelten Rahmenkonzepts „Palliativmedizin und Hospizarbeit“ konnten beim Angebot an Palliativ- und Hospizversorgung deutliche Fortschritte in Bayern erzielt werden. Insbesondere ist hinzuweisen auf:

- den Aufbau von Netzwerken in der Palliativ- und Hospizversorgung;
- die Erreichung des Ausbauziels von 35 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner;
- die Steigerung der Zahl der Plätze in stationären Hospizen (immerhin 162 von angezielten 208);
- die Einrichtung palliativmedizinischer Dienste, die ohne feste Abteilungsstruktur als Teams in Krankenhäusern arbeiten und Schwerkranken übergreifend auf allen Stationen versorgen;
- die Ermöglichung eines Modellversuchs Palliativmedizinische Tagesklinik zur Ergänzung der bereits bestehenden Strukturen;
- die Umsetzung des seit dem 01.04.2007 bestehenden gesetzlichen Anspruchs auf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung bei schwerstkranken Menschen mit komplexen Krankheitserscheinun-

gen und die Bildung entsprechender Teams (begonnen, aber zahlenmäßig noch nicht ausreichend realisiert);

- die gezielte Stärkung der SAPV-Versorgung im ländlichen Raum,
- die Stärkung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung durch Verbesserungen der Vergütung des Personals und durch Ausweitung des Angebots an Aus-, Fort- und Weiterbildung in Palliative Care. Palliative Care ist inzwischen Pflicht- und Prüfungsfach des Medizinstudiums und der Krankenpflegeausbildung den.<sup>37</sup>

Es gilt jetzt, den Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung mit unvermindertem Engagement weiterzuführen.

Imponierend ist das Engagement, das von den Ehrenamtlichen im Bereich der Hospizversorgung geleistet wird: Mehr als 130 Hospizvereine mit über 25.000 Mitgliedern, von denen 6600 aktiv als ehrenamtliche Hospizhelfer arbeiten, bestreiten mit Beiträgen, Zeitspenden und Kümern um konkrete Menschen einen Großteil vor allem der ambulanten Hospizversorgung. Allein in Bayern begleiten sie pro Jahr etwa 12.000 Sterbende bis zum Tod nach geschätzten 220.000 ehrenamtlich abgeleiteten Stunden. Die Politik tut deshalb gut daran, dieses freiwillige Engagement anzuerkennen und durch organisatorische Hilfen und finanzielle Unterstützung, etwa bei der Qualifikation, zu fördern.

So anerkennenswert und wertvoll für den sozialen Zusammenhalt in der Zivilgesellschaft dieser Einsatz ist, weist er doch auch auf erhebliche Mängel und Missstände des Gesundheitssystems hin. Qualitativ hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung ist auch bei ambulanter Organi-

---

<sup>37</sup> Zusammengestellt auf der Grundlage einer Dokumentation des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 06.11.2014.

sation sehr zeitaufwändig und teuer. Deshalb sollte durch ein Gesetz sichergestellt werden, dass alle schwerstkranken und sterbenden Menschen einen Anspruch auf Zugang zur Allgemeinen Palliativversorgung haben. Die Vergütung ärztlicher und pflegerischer Behandlung auf der Grundlage von Fallpauschalen wird dem, was schwerstkranken und sterbende Patienten brauchen, nicht gerecht. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass Ärzte und Pflegekräfte, die Sterbende zu Hause, im Krankenhaus oder im Heim begleiten, eine Tätigkeit ausüben, die sie nicht nur in ihrem fachlichen Können und in ihrer Sorgfalt fordert, sondern auch psychisch höchst anspruchsvoll ist und äußerst strapaziös sein kann. Deshalb müssen gerade hinsichtlich dieser Gruppe Vorsorge getroffen und Maßnahmen entwickelt werden, die geeignet sind, sie vor Burnout-Phänomenen zu schützen. Immer wieder werden Fälle bekannt, wo Ärzte, aber vor allem Pflegende sich zeitlich oder seelisch mit der Aufgabe überfordert fühlten, die Geduld und Zuwendung, die die Patienten brauchen, mit den Leistungsvorgaben des Trägers oder der Versicherung in Einklang zu bringen. Nicht selten liegt in diesem Konflikt auch der Grund für unangemessene Lösungen, für Unfreundlichkeit und Rücksichtslosigkeit (etwa im Blick auf Schambedürfnisse von Patienten), aber auch für die Anwendung von Gewalt bis hin zu gesetzeswidriger Sterbenachilfe. Der Einsatz für ein Verbot organisierter Sterbebeihilfe verliert seine Glaubwürdigkeit, wenn die sozialpolitischen Maßnahmen der Prävention und Pflege nicht angemessen ausfinanziert sind.

Auch muss alles dafür getan werden, dass in der Gesellschaft die Gewissheit gestärkt wird, dass Menschen, wenn sie schwach, hilfsbedürftig, eingeschränkt, leistungsunfähig sind oder es durch Krankheit, Alter oder Unfall werden, anderen zur Last fallen dürfen.

## 5.2 Zur strafrechtlichen Behandlung der Sterbehilfe

Im Lichte der Erwägungen in den Teilen 1 bis 4 des vorliegenden Dokuments hat sich die BayBEK erneut mit ihren Empfehlungen zur Sterbehilfe aus dem Jahr 2007 befasst. Sie ist zu dem Ergebnis gekommen, dass diese nicht überholt, in einigen Punkten aber ergänzungsbedürftig sind.

### a) Tötung auf Verlangen:

Die BayBEK empfiehlt nach wie vor, am ausnahmslosen strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen festzuhalten. In Fällen, in denen ein Täter aus nachvollziehbarem Mitleid ein als unerträglich empfundenes Leiden durch die Tötung auf Verlangen beendet hat, werden die Strafverfolgungsorgane auf der Grundlage des geltenden Rechts eine angemessene Sanktion finden.

### b) Passive Sterbehilfe:

Die BayBEK empfiehlt weiterhin, gesetzlich klarzustellen, dass passive Sterbehilfe (Therapiezieländerung), d. h. das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen entsprechend dem aktuellen oder auch dem vorausverfügten Willen oder – bei dessen Fehlen – entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten straffrei ist. Das entspricht inzwischen auch der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs.

Die Regelung soll nicht auf den Fall beschränkt sein, dass die Krankheit des Patienten schon einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat.

Es ist gesetzlich zu bestimmen, dass Ärzte und Pflegepersonal, die an passiver Sterbehilfe aus Gewissensgründen nicht mitwirken wollen, dies sanktionslos verweigern dürfen.

c) Indirekte Sterbehilfe:

Unverändert empfiehlt die BayBEK eine gesetzliche Klarstellung, dass sog. indirekte Sterbehilfe, also medizinische Maßnahmen zur effektiven Leidensminderung bis hin zur palliativen Sedierung entsprechend dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten bei tödlichen Krankheiten straffrei ist, auch wenn damit ausnahmsweise eine Lebensverkürzung verbunden sein sollte.

Dies soll nicht auf den Fall beschränkt sein, dass der Sterbeprozess schon eingesetzt hat.

d) Dokumentation:

Bei passiver und bei indirekter Sterbehilfe sollte eine individuelle Dokumentation des Behandlungsverlaufs verpflichtend sein, die auch die Feststellung des Patientenwillens einschließt.

e) Suizid:

Suizid ist in Deutschland straffrei und sollte weiterhin straffrei sein.

Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass eine strafrechtlich bewehrte Rettungspflicht auch für sog. Garanten (Ärzte, Angehörige) nicht besteht, wenn anhaltend zweifelsfrei feststeht, dass der Suizid auf einer frei verantwortlichen Entscheidung beruht.

Aus der Straflosigkeit des Suizids ist zu folgern, dass auch Anstiftung und Beihilfe zum Suizid straflos sind. Von diesem Grundsatz sollte der Gesetzgeber im Interesse des Lebensschutzes die folgenden Ausnahmen bestimmen:

Geboten ist ein strafrechtliches Verbot der gewerbsmäßigen, der organisierten und der sonst geschäftsmäßigen Beihilfe zum Suizid. Beihilfe zum Suizid darf kein Geschäft wie andere sein, schon gar kein Marktgeschehen.

Ergänzend sollte ein strafrechtliches Verbot der Werbung für die Leistung von Suizidbeihilfe und für dazu bestimmte Verfahren und Mittel geschaffen werden.

Die BayBEK empfiehlt darüber hinaus zu prüfen, ob Anstiftung und Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Gründen strafrechtlich zu verbieten sind, wie dies in der Schweiz bestimmt ist. Die Prüfung eines strafrechtlichen Verbots empfiehlt die BayBEK auch für die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid von Minderjährigen und von besonders vulnerablen Personen.

Von diesen Fällen abgesehen sollte es nach Auffassung der Mehrheit der BayBEK dabei bleiben, dass Beihilfe zum Suizid einer frei verantwortlich handelnden Person, dass insbesondere die aus altruistischen Gründen geleistete Beihilfe durch Angehörige oder sonst nahestehende Personen straffrei bleibt.

Demgegenüber vertritt eine Gruppe der BayBEK die Auffassung, dass für enge Angehörige keine generelle Straffreiheit bei Assistenz zum Suizid gewährt sein soll. Sie ist der Auffassung, dass eine Begrenzung auf enge Angehörige im Prinzip und in der Praxis nicht umsetzbar ist – auch wenn Empathie für tragisch persönliche Situationen unabdingbar ist. Sie befürchtet, dass eine generelle Akzeptanz der Beihilfe zum Suizid für nahe Angehörige de facto Türen für Ausweitungen und Missbrauch im Sinne organisierter Sterbebeihilfe öffnet. Gerade auch die von Borasio u. a. „Selbstbestimmung im Sterben“ vorgesehenen definierten Ausnahmetatbestände geben ihre Auffassung nach Anlass zu dieser Befürchtung.

Die gesamte BayBEK spricht sich in diesem Zusammenhang noch einmal für den Ausbau und die Stärkung von Elementen der sozialen, seelsorglichen, medizinischen und psychiatrischen sowie psychotherapeutischen Hilfe und Versorgung aus. Insbesondere Palliativmedizin und Hospiz bedürfen – wie durch das „nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“ immer wieder bestätigt – flächendeckender Förderung. Das Element der Stärkung der Suizidprävention hat höchsten Rang gegenüber der Öffnung der Beihilfe zum Suizid in Einzelfällen. Dabei weist die BayBEK auch auf den gesellschaftlichen Druck hin, dem sich betroffene Menschen in dieser existentiellen Lage ausgesetzt sehen könnten, und warnt vor einer solchen Entwicklung.

Diese Grundsätze sollen auch für Ärzte gelten. Diese unterliegen freilich nicht nur dem Strafrecht sondern auch dem ärztlichen Standesrecht. Die BayBEK würdigt, dass die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sehr verantwortungsbewusst mit dem Thema der ärztlichen Suizidassistenz umgehen und eine solche Assistenz allenfalls in seltensten Ausnahmefällen bei unerträglichem, nicht zu beseitigendem Leidensdruck auf den Patienten in Erwägung ziehen. Eine detaillierte gesetzliche Regelung der ärztlichen Suizidassistenz erscheint der BayBEK derzeit nicht ratsam.

Die BayBEK empfiehlt den Ärztekammern, an ihrem Grundsatz festzuhalten, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt im Rahmen eines Vertrauensverhältnisses zu einem Patienten, der unerträglich leidet, ausnahmsweise Suizidbeihilfe leistet, sollte dies nach Meinung der Mehrheit aber von allen Landesärztekammern nicht sanktioniert werden.

Demgegenüber vertritt eine Gruppe der BayBEK die Auffassung, dass das Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe auch in solchen Fällen

gelten muss. Im Einklang mit der fortlaufenden Positionierung der Bundesärztekammer betont sie, dass Beihilfe zum Suizid keine Aufgabe der Ärzte ist. Sie unterstützt die Mitteilung des Vorstandes der BÄK gegen den ärztlich assistierten Suizid „Ärzte leisten Hilfe beim Sterben, nicht zum Sterben“. Zu dieser Hilfe gehört die Sensibilität für die Lebenssituation des Sterbenden, für seine Ängste und Hoffnungen. Allerdings ist es nach ihrer Auffassung in Niemandes private Gewissenentscheidung gestellt über den Suizid eines anderen Menschen zu befinden. Sie weist ferner darauf hin, dass in § 16 der ärztlichen Musterberufsordnung die Leistung von Hilfe zur Selbsttötung positiv ausgeschlossen wird.

Die gesamte BayBEK betont in diesem Zusammenhang die breite Palette von Möglichkeiten ärztlichen Handelns für den Patienten im Bereich der indirekten Sterbehilfe bis hin zur palliativen Sedierung die rechtlich und ethisch erlaubt sind. Ärzte gehen nach Meinung der BayBEK schon jetzt im Interesse der Sterbenden und ihrer Angehörigen verantwortlich mit ihren Spielräumen um.

## **Die Bioethik-Kommission**

### **Aufgaben und Ziele**

Angesichts neuerer Erkenntnisse in der Bio- und Gentechnologie und deren Anwendungspotential in der modernen Medizin hatte die Bayerische Staatsregierung im März 2001 beschlossen, eine unabhängige Bioethik-Kommission einzurichten. Die Laufzeit der Kommission war zunächst auf die 15. Legislaturperiode beschränkt worden. Mit Beschluss vom 19.05.2009 sprach sich der Ministerrat für eine Fortsetzung der Tätigkeit der Bioethik-Kommission in der 16. Legislaturperiode aus. Am 04.02.2014 hat der Ministerrat die Bioethik-Kommission auch für die 17. Legislaturperiode eingesetzt. Der Kommission gehören 16 renommierte Experten der Fachdisziplinen Medizin, Biologie, Theologie, Philosophie und Rechtswissenschaften sowie eines Behindertenverbandes, der Wohlfahrtspflege, der katholischen und der evangelischen Kirche und der israelitischen Kultusgemeinde an. Vorsitzende der Bioethik-Kommission ist Frau Prof. Dr. Kiechle.

Aufgabe der Bioethik-Kommission ist die unabhängige fachliche Beratung der Bayerischen Staatsregierung in ethischen Fragen der Biopolitik. Ein zentraler Schwerpunkt der Politik in den nächsten Jahren und Jahrzehnten wird der Umgang mit den Biowissenschaften, insbesondere der modernen Medizin und der Gentechnik sein. Aufgrund der rasanten Entwicklung auf diesen Gebieten wird die Politik verstärkt mit Problemstellungen konfrontiert, deren politische, fachliche, ethische und juristische Bewertung vertieftes Fachwissen voraussetzt.

Übergeordnetes Ziel der Bioethik-Kommission ist der institutionalisierte Dialog von Gesellschaft und Fachkompetenz, um ethisch verantwortba-

re Entscheidungen im Umgang mit den neuen Technologien vorzubereiten. Neben den Forschungsergebnissen und Anwendungen der Bio- und Gentechnologie in der Medizin (Embryonenforschung, therapeutisches Klonen, PID, somatische Gentherapie, Keimbandtherapie) gehören hierzu auch Fragen der modernen Fortpflanzungsmedizin (PND, Eizellenspende, Leihmutterschaft) sowie sonstige Grenzbereiche am Ende des Lebens.

## **Mitglieder**

- |  |   |
|--|---|
| <b>Marion Kiechle, Prof. Dr.</b><br>(Vorsitzende)          | Universitätsprofessorin für Frauenheilkunde, Direktorin der Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München |
| <b>Reinhard Böttcher, Prof. Dr.</b><br>(stv. Vorsitzender) | Präsident des OLG Bamberg a. D.   |
| <b>Reiner Anselm, Prof. Dr.</b>                            | Universitätsprofessor für Systematische Theologie und Ethik an der Ludwigs-Maximilians-Universität München                  |
| <b>Robert Antretter, MdB a.D.</b>                          | Vorsitzender der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.                                  |

<b>Susanne Breit-Keßler, Oberkirchenrätin</b>	Regionalbischöfin im Kirchenkreis München und Oberbayern
<b>Maria E. Fick, Dr. med.</b>	Vizepräsidentin a.D. der Bayerischen Landesärztekammer
<b>Konrad Hilpert, Prof. Dr.</b>	Universitätsprofessor für Moraltheolo- gie an der Ludwig-Maximilians- Universität München
<b>Hildegund Holzheid</b>	Präsidentin des Bayerischen Verfas- sungsgerichtshofs und des Oberlan- desgerichts München a.D.
<b>Nikolaus Knoepffler, Prof. Dr. mult.</b>	Lehrstuhlinhaber für Angewandte Ethik und Leiter des Ethikzentrums der Friedrich-Schiller-Universität Jena
<b>Weihbischof Dr. Dr. Anton Losinger</b>	Diözese Augsburg
<b>Albrecht Müller, Prof. Dr.</b>	Universitätsprofessor am Institut für Medizinische Strahlenkunde und Zell- forschung der Julius-Maximilians- Universität Würzburg
<b>Peter O. Oberender, Prof. Dr.</b>	Universitätsprofessor für Volkswirt- schaftslehre an der Universität Bay- reuth
<b>Josef Schuster, Dr. med.</b>	Präsident des Zentralrates der Juden in Deutschland

**Sabine Stengel-Rutkowski,  
Prof. Dr.**

Professorin für Humangenetik an der  
Ludwig-Maximilians-Universität Mün-  
chen

**Christa Prinzessin von  
Thurn und Taxis**

Präsidentin des Bayerischen Roten  
Kreuzes

**Helmut Wolf, Dr. Dr.**

Globaler Leiter des Bereichs Medizin  
und Klinische Forschung; Novartis  
Consumer Health Schweiz

## Impressum

Herausgeber	Bioethik-Kommission der Bayer. Staatsregierung Geschäftsführer Ministerialrat Stefan Heilmann stv. Geschäftsführer Regierungsdirektor Dr. Reinhard Glaser Franz-Josef-Strauß-Ring 1 80539 München
Kontakt	Telefon: 089 2165-2290 E-Mail: <a href="mailto:bioethik@stk.bayern.de">bioethik@stk.bayern.de</a>
Stand	Februar 2015
Gestaltung	Bayerische Staatskanzlei
Titelbild	© contrastwerkstatt / fotolia.com
Druck	BluePrintAG, 80939 München Gedruckt auf Recyclingpapier
©	Bioethik-Kommission der Bayer. Staatsregierung, alle Rechte vorbehalten
Download	<a href="http://www.bioethik-kommission.bayern.de">www.bioethik-kommission.bayern.de</a>