



Das geplante  
strafgesetzliche  
Verbot der Beihilfe  
zum Suizid  
verhindern!

Konferenz 11. Oktober 2014

# Mein Ende gehört mir!

## Fragen und Antworten zur Sterbehilfe

Statements von Strafrechtlern, Ethikern,  
Pflegerrechts-Spezialisten und Ärzten  
an der Technischen Universität Berlin



Mein Weg. Mein Wille.

Mit Unterstützung des Bündnisses für Selbstbestimmung am Lebensende



- 3 Editorial
- 4 Summary „Suizidhilfe bei schwersten Leidenszuständen. Medizinische Hintergründe und ärztliche Verantwortung“ von Privatdozent Dr. med. Meinolfus W. Strätling
- 12 Summary „Zur aktuellen Debatte um den assistierten Suizid – Anmerkungen aus der Perspektive eines Strafruristen“ von Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf, Universität Würzburg
- 20 Summary „Das Betreuungsrecht und die Patientenautonomie am Lebensende“ von Prof. Robert Roßbruch
- 23 Auszüge aus dem Buch „Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben“ von Uwe-Christian Arnold, Arzt, Sterbehelfer und Autor
- 28 Über die DGHS / Impressum

## Liebe Leserinnen und Leser,

der Herbst des Jahres 2014 hatte es in sich: Anfang Oktober starteten wir unsere „Letzte Hilfe“-Kampagne mit der Giordano-Bruno-Stiftung und dem Internationalen Bund der Konfessionslosen und Atheisten (IBKA), die bundesweit für Furore sorgte. Am 10. Okto-



**Elke Baezner.**

ber gab es zum Kampagnenstart eine spektakuläre, gut besuchte Pressekonferenz im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin. Unsere klare Haltung zu einem „Nein“ des Verbotes jeglicher, vor allem ärztlicher Suizid-Beihilfe, die Promi-Plakate in U- und S-Bahnen sowie auf PR-Cars und das Buch von Arzt und Sterbehelfer Uwe-Christian Arnold „Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben“ gingen durch sämtliche Medien. Einen Tag danach, am 11. Oktober, warteten wir dann mit der ganztägigen Konferenz „Mein Ende gehört mir! Fragen und Antworten zur Sterbehilfe“ in der Technischen Univer-

sität auf. Veranstalter war das Bündnis aus sieben humanistischen Verbänden, das sich im März 2014 zusammengeschlossen hatte, um gegen die ebenso radikalen wie unmenschlichen, realitätsfernen Absichten von Bundesgesundheitsminister Gröhe & Co. vorzugehen. Die vier Impulsreferate des Arztes und Ethikers Privatdozent Dr. med. Meinolfus W. Strätling, des Strafrechtlers Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf, des Pflegerechts-Spezialisten Prof. Robert Roßbruch und des Arztes Uwe-Christian Arnold boten den Zuhörern einen Einstieg in das komplexe Thema rund um Suizidbeihilfe, Strafrecht und ärztliche Verantwortung.

Auf dem Podium diskutierten wir danach mit den genannten renommierten Juristen, Ärzten sowie dem Vizepräsidenten des Humanistischen Verbandes Deutschlands, Erwin Kress, und Prof. Dr. Rosemarie Will, Mitglied des Vorstandes der Humanistischen Union, über Wege und Mittel zu einem selbstbestimmten Sterben ohne Reglement.

Wir präsentieren Ihnen in dieser Broschüre die Impulsreferate – als Einstieg ins Thema und als Grundlage für konstruktive Diskussionen gegen das geplante drastische, praxisfremde strafgesetzliche Verbot der Beihilfe zum Suizid.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen Ihre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elke Baezner', written in a cursive style.

Elke Baezner

Präsidentin der DGHS e. V.

## Suizidhilfe bei schwersten Leidenszuständen

### Medizinische Hintergründe und ärztliche Verantwortung

VON PRIVATDOZENT DR. MED. MEINOLFUS W. STRÄTLING, KONTAKT: WULF.STRATLING@NTLWORLD.COM

Aktueller Hintergrund: Die Debatte in Deutschland zur „Sterbehilfe“ für tödlich erkrankte und schwer leidende Patienten ist zunehmend unübersichtlich und (eher unnötig) kontrovers. Sie bedarf einer Versachlichung. Diese sollte zugleich auch allgemein verständlich sein. Aufbauend auf umfangreichen Vorarbeiten [1, 2] soll die hier vorgelegte Analyse dazu beitragen. Inhaltlich geht es dabei ausschließlich um den „begleiteten-“ bzw. „assistierten Suizid“; also um einen Freitod, bei dem z. B. Angehörige oder Ärzte dem Sterbewilligen beistehen. Dies soll nach dem Willen einiger Interessengruppen und Politiker verboten bzw. faktisch „verunmöglicht“ werden.

Bisherige Rechtslage: In Deutschland ist der selbstverantwortete Freitod und „Sterbehilfe“ durch den (ggf. „begleiteten“ / „assistierten“) Suizid „an sich“ bisher grundsätzlich nicht (!) strafbar. Diese Duldung erfolgt in Anerkennung einer Vielzahl von ethischen, medizinischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Rationalen und Realitäten [1, 2]:

### Medizinische und empirische Hintergründe

- Eine versuchte / vollzogene Selbsttötung unterliegt einer unüberschaubaren Vielzahl von möglichen Ursachen.
- Am häufigsten sind *akute* Störungen („Hilferufe“). Hier kann oft geholfen werden (z. B. durch Psychotherapie).
- Die meisten Betroffenen distanzieren sich dann recht schnell von ihrer Handlung. Sie bejahen Lebenswillen und signalisieren das Bedürfnis von Hilfe und Verständnis.
- Daher gilt eine wichtige „Grundregel“: Grundsätzlich und im Zweifelsfall kommt Suizid*vorbeugung*, Suizid*vermeidung* und ggf. auch Suizid*abwehr* (Rettung) vor einer etwaigen „Hilfe zum Sterben“. Diese Rationale ist auch in der aktuellen Debatte vollkommen (!) unumstritten.
- Gleichwohl ist die Situation ernst: Eine i. A. zweistellige Prozentquote Aller, die Selbsttötung versuchen, vollziehen diese schließlich auch – trotz aller Hilfsangebote.
- Suizide sind auch viel häufiger als Laien meist wissen: In Deutschland sind es sicher über 1 % aller Verstorbenen pro Jahr. Die „Dunkelziffer“ dürfte um den Faktor 2-3 höher liegen (also rd. 10.000 - 30.000 Todesfälle).



**Der Arzt und Ethiker Privatdozent Dr. med. Meinolfus W. Strätling sieht in der aktuellen Debatte überwiegend eine groß angelegte Desinformations-Kampagne. Er forderte eine Versachlichung der Debatte und Berichterstattung.**

- Hierunter ist ein beträchtlicher Anteil, die „ernst gemeint“, „wohl erwogen“ und „entschlossen umgesetzt“ sind.
- Besonders häufig sind diese bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, Sterbenden mit hohem Leidensdruck sowie (i. A. gebrechlichen) Hochbetagten. Diese fordern oft das Recht, ihren Leidenszustand selbstbestimmt beenden zu können („Sterbehilfe“).
- Vor diesem Hintergrund wird (inter)national davon ausgegangen, dass auch die Häufigkeit von Fällen, bei denen wegen schweren Leidens „Sterbehilfe“ in Anspruch genommen wird, in einer ähnlichen Größenordnung liegen dürfte wie der Suizid (mit hoher Wahrscheinlichkeit also über 1 %).
- Die Hauptursachen hierfür sind medizinisch:
  - Zweistellige Prozentquoten aller Schwerstkranken und Sterbenden durchleben nicht ausreichend beherrschbare Leidenszustände.
  - Dies gilt *trotz* bestmöglicher (Palliativ-)Behandlung und Pflege.
  - Ebenfalls oft zweistellige Prozentquoten bedürfen schließlich zur zumindest einigermaßen ausreichenden Linderung einer weitgehenden „Betäubung“ („palliative Sedierung“). Diese ist oft kaum von aktiver Lebensverkürzung abzugrenzen.
  - Einstellige Prozentquoten erbitten – und erhalten *einvernehmlich* – auch im Rahmen palliativmedizinischer Versorgungs Formen von aktiver Lebensverkürzung.

- Die wahrscheinlich häufigste Form solcher Sterbehilfe ist Suizid. Bei einer beträchtlichen Dunkelziffer dürfte Beistand geleistet werden; sicher meist durch das soziale Umfeld [Partner > Familie > Freunde > Pflegende > (Haus)Ärzte] sowie fast ausschließlich in einem kleinen, „geschützten Kreis“ und „unter der Hand“.
- Der Einfluss von z. B. kulturellen Rahmenbedingungen, Religion, (Straf)Rechtslage, und – insbesondere – auch der (angeblichen „Heilsbotschaft“) „Palliativmedizin“ ist i. A. allenfalls marginal (KEINE „Bollwerke“!) [1].

### **Ethische, rechtliche und gesellschaftspolitische Hintergründe**

- Es ist anerkannt, dass es einen ethisch und rechtlich „legitimen“, frei verantworteten Sterbewunsch geben kann [1-4].
- Sofern dieser umgesetzt wird, gilt der Suizid (+/- Beistand) als „Methode der Wahl“: Er garantiert weitgehend „Ernsthaftigkeit“ und Selbstbestimmung und reduziert (theoretische) Risiken bzgl. denkbaren Missbrauchs (z. B. Druckausübung, Fremdtötung).
- Für solchen „Missbrauch“ gibt es keinerlei Evidenz. Dies wird selbst von den derzeitigen Verbotsbefürwortern bestätigt [3, 4]. Bei objektiver Überprüfung erweisen sich bisher alle dahin gehenden Behauptungen als unbelegte, i. A. diffamierende Unterstellungen [1, 2].
- Die ansonsten formulierten Verbotsargumente sind ideologisch-weltanschauliche „Moralvorstellungen“: bestenfalls einseitig und bisweilen fast schon militant anmutend. Einer objektiven Überprüfung halten auch sie nicht stand. Zudem werden diese von der breiten Mehrheit unserer Gesellschaft nicht geteilt [1,2]:
  - In der allgemeinen Bevölkerung befürworten 87 % eine individuelle Wahlfreiheit bzgl. frei verantworteter Suizid- und Sterbehilfe bei schweren Leidenszuständen sowie eine in diesem Sinne duldsam-liberale Gesetzgebung.
  - Auch innerhalb der Heilberufe bestehen ähnliche Mehrheitsverhältnisse. Diese variieren zwischen grundsätzlichem Verständnis und Duldsamkeit bis hin zur offenen Befürwortung (in der Ärzteschaft z. B. 38 %).

### **„Organisierte Suizidhilfe“: Warum ein gesetzliches „Verbot“ – gerade auch aus ärztlicher Sicht – verantwortungslos wäre**

Der aktuelle Hauptstreitpunkt ist „organisierte Suizidhilfe“: Diese wird auf Wunsch des Sterbewilligen durch besonders spezialisierte bzw. als „kompetent“ ausgewiesene Personen (z. B. Ärzte) oder Organisationen geleistet.

Hierzu folgende Befunde [1, 2]:

- „Organisierte“ Suizidhelfer betreuen nicht einmal 1 % aller Betroffenen.
- Belege für (insbesondere „profitorientierten“) Missbrauch, „Verleitung“, Druckausübung o. ä. existieren nicht.
- Die bisherige Rechtslage gilt unter Experten auch als ausreichend, um etwaigen Missbrauch zu ahnden.
- Die meisten Maßnahmen, die von Suizidhelfern geleistet werden, dienen der Verhinderung „vermeidbarer Suizide“ – und damit dem Lebensschutz [z. B. fachärztliche Begutachtung der Willensfähigkeit/„Ernsthaftigkeit“ des Sterbewunsches; Beratung (z. B. psychologische/palliativtherapeutische Behandlungsoptionen); frühzeitige Erkennung (latenter) Suizidneigung; Krisenintervention].
- Ein weiteres Anliegen ist die Begrenzung sekundärer „Kollateralschäden“ [z. B. Traumatisierung von Angehörigen / Unbeteiligten (z. B. durch unvorbereitete Auffindung des Verstorbenen); insbesondere nach „harten“ Suizidmethoden (z. B. Schienensuizide)].
- Weitere dienen dem Ziel, den Suizidakt – wenn er schon nicht „vermeidbar“ ist – zumindest hinreichend „human“ und arm an „Nebenwirkungen“ für die Sterbewilligen zu halten (z. B. Bereitstellung geeigneter Substanzen).
- „Organisationsformen“ sind auch DIE Voraussetzung
  - für differenzierte Aus- und Weiterbildung,
  - für zusätzlichen fachlichen Rat / Expertise („Zweite Meinung“, interdisziplinärer Austausch),
  - für Supervision,
  - für Qualitätssicherung und aussagefähige Begleitforschung,
  - und für die Förderung von allgemeinem Problembewusstsein.
- Zudem dürften Verbände ein höheres Fallaufkommen haben als allein Handelnde. Dies führt i. A. zu größerer Erfahrung und Kompetenz.
- Körperschaftsrechtliche Aufsichten sind *zusätzliche* „Sicherheitsvorkehrungen“, z. B. um zu garantieren, dass Leistungsangebote ehrenamtlich / nicht-kommerziell sind.
- Größere Transparenz durch mehrere Mitwirkende – und somit ein noch weiter reduziertes Risiko von Fehlern oder gar „Missbrauch“ – ist zudem anzunehmen.
- Schließlich verdichten sich die Erfahrungen, dass die straffreie Bereitstellung von „organisierter Suizidhilfe“ sowohl das Phänomen insgesamt, als auch die sonstigen, damit einhergehenden Probleme *reduziert* [ähnlich wie z. B. bei den früheren „Reizthemen“ der Geburtenkontrolle (Verhütung / Abtreibung)] [1].

Für all diese Maßnahmen bzw. „Sicherheitsvorkehrungen“ können also durchaus triftige Gründe geltend gemacht werden – und somit ein robustes „öffentliches Interesse“. Unstrittig ist auch, dass in diesen Fragen Grundrechte der Betroffenen tangiert sind, die unter besonderem verfassungsrechtlichem Schutz stehen (z. B. Selbstbestimmung, Pluralismus, Berufs- und Vereinsfreiheit). Auch ein robustes politisches Mandat für eine liberal-duldsame und wertpluralistische Regelung ist offenkundig [2].

## Einordnung der aktuellen Debatte

Vor diesen Hintergründen sind in den vergangenen Jahren bereits vielfach ähnliche Verbotsinitiativen gescheitert, weil sie sich absehbar als „kontraproduktiv“, in der Praxis nicht durchsetzbar und verfassungsrechtlich nach Meinung der meisten Experten „chancenlos“ erwiesen [2]. In diese eher traurige Tradition reiht sich leider auch die aktuelle Debatte ein: Bisher wurde kein einziger wirklich „neuer“ Regelungsvorschlag ausgearbeitet [3, 4], dessen Inhalt nicht bereits umfangreich diskutiert – und letztlich VERWORFEN worden wäre. Mit einem einfachen „Fakten-Test“ [5] kann man dies auch problemlos im Detail nachweisen und begründen [6, 7].

## Ausblick

Die *detaillierte* Diskussion würde hier zu weit führen, wie, wo und durch wen bestehende Probleme (bzw. eher Unsicherheiten) durch gesetzliche oder sonstige Maßnahmen reduziert werden können [2-7]. Als für die weitere Diskussion richtungsweisend möchte ich hier nur folgende, eher allgemeine Hinweise geben:

Die bestehende (!), *grundsätzliche* Rechtslage in Deutschland zur Sterbehilfe, insbesondere durch Suizidhilfe, ist in Bezug auf die Wahrung der Grund-Rechte der betroffenen Patienten und der Rechtssicherheit ihrer Angehörigen und Helfenden bereits jetzt „an sich“ recht gut. Tatsächlich klarstellungsbedürftig sind nur Details der praktikablen Umsetzung einer *verantwortungsbewussten* Suizidhilfe. Dies wäre problemlos, mit relativ geringem (!) Aufwand und in einem bereits bestehenden, weitgehenden Konsens (!) in nachgeordneten (!) (Rechts-)Normen möglich (Arznei- / Betäubungsmittelrecht sowie einige Ausführungsbestimmungen). Ein Tätigwerden des Gesetzgebers mag in Bezug auf einige Aspekte „erwägenswert“ erscheinen – zwingend notwendig ist es nicht [2]!

Wir brauchen auch keine unübersichtliche „Grundsatzdebatte“ über Suizid oder Sterbehilfe:

- Wir wissen, es sind längst bestehende Realitäten, mit denen wir individuell und als Gesellschaft differenziert und verantwortungsbewusst umgehen müssen.



- Die Argumente werden seit Jahren ausgetauscht: Es gibt triftige medizinische, ethische, rechtliche und persönliche Gründe.
- Wir haben diesbezüglich inzwischen den wohl breitest möglichen gesamtgesellschaftlichen Grundkonsens (87 %), den man in einer pluralistischen Gesellschaft realistischerweise erreichen kann.
- Insbesondere besteht ein geradezu „erdrückendes“ politisches Mandat zu Gunsten einer liberalen, bejahend wertpluralistischen Lösung.
- Dabei steht zugleich der Schutz und die Respektierung von Minderheiten-Voten oder auch des Lebensschutzes „an sich“ überhaupt nicht infrage.
- Wir brauchen auch keine „großen“ (rechts)politischen Initiativen; m. E. weder im Zivilrecht und schon gar nicht im Strafrecht („Verbotsinitiativen“).
- Vollkommen unsinnig wäre das derzeit v. a. in den Medien „lancierte“ Zurückfallen hinter bereits geltendes Recht („Verunmöglichung“ organisierter / ärztlicher Suizidhilfe). Die Folgen hiervon wären
  - die massive und vollkommen „unverhältnismäßige“ Einschränkung IHRER Grundrechte als Patienten und mündige Bürger dieses Landes;
  - die dramatische Einschränkung der Rechtssicherheit aller, die IHNEN helfen könnten (Angehörige, Ärzte, Pflegende, Psychologen, Seelsorger etc.);
  - eine dreiste Ignorierung der gesellschaftspolitischen Realitäten und des demokratischen Mandats;
  - und eine weitere Eskalation der Kontroverse, die dann – mit wohl zunehmend verschärften „Kampfmaßnahmen“ – politisch (und sicher notfalls auch vor dem Verfassungsgericht) ausgetragen würde.

*Eindeutig* steht hinter der aktuellen Debatte überwiegend (neben „wohlmeinender“ Unkenntnis des bereits geltenden Rechts und seiner Hintergründe) eine groß angelegte Desinformations-Kampagne. Diese ist der abermalige Versuch [3, 4] einer kleinen, aber zunehmend „militanten“ Minderheit, die gesellschaftspolitische Errungenschaft eines säkular geprägten, verantwortungsbewusst-differenzierten, wertpluralistischen und liberalen „Sterbehilfe-Rechts“ in Deutschland weiter zu verschleppen oder gar zu „verunmöglichen“. Vor diesem Hintergrund empfehle ich dringend eine Versachlichung und Neuausrichtung der bisherigen Debatte und medialen Berichterstattung, um eine zügige, zielführende Befriedung der Kontroverse zu erreichen.

## **Weiterführende Literatur/Argumentationshilfen**

1. Strätling M., in: Neumann G. (Hrsg.), „**Suizidhilfe als Herausforderung**“. Alibri-Verlag, Aschaffenburg 2012, 2. Auflage, S. 82-132.
2. Strätling M., Sedemund-Adib B., „**Strafrechtliches Verbot der ärztlich assistierten, ‚organisierten‘, oder ‚geschäftsmäßigen‘ Suizidbeihilfe bei schwersten Leidenszuständen?**“, [http://assist\\_suizid\\_stellungnahme\\_straetling\\_et\\_al.pdf](http://assist_suizid_stellungnahme_straetling_et_al.pdf)
3. Augsberg S., Brysch E., „**Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung**“ (vorgestellt am 8. Mai 2014): <https://www.stiftung-patientenschutz.de>
4. Borasio G. D., Jox R., Taupitz J., Wiesing U., „**Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben: Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids**“, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2014.
5. Strätling M., „**Sterbehilfe bei schweren Leidenszuständen durch Suizidhilfe – Plädoyer für eine Versachlichung der Debatte mittels Beurteilung von Gesetzesvorschlägen durch einen einfachen ‚Fakten-Check‘**“: <http://www.mein-ende-gehört-mir.de/medienstimmen/>
6. Strätling M., Humanistischer Verband Deutschlands (Hrsg.), „**Sterbehilfe bei schweren Leidenszuständen durch Suizidhilfe – Stellungnahme und ‚Fakten-Check‘: Die ersten politischen Diskussionsbeiträge und der Gesetzesentwurf der ‚Deutschen Stiftung Patientenschutz‘**“, 15. September 2014, <http://www.patientenverfuegung.de/info-datenbank/2014-9-15/pd-dr-meinolfus-w-m-straetling-zum-gesetzentwurf-der-dt-stiftung-patientens>
7. Strätling M., Humanistischer Verband Deutschlands (Hrsg.); „**Stellungnahme zum Gesetzesentwurf von Borasio et al.**“, 20. September 2014, <http://www.patientenverfuegung.de/info-datenbank/2014-9-20/pd-dr-meinolfus-w-m-straetling-stellungnahme-zum-gesetzentwurf-von-borasio->

**Vita · Privatdozent Dr. med. habil. Meinolfus W. Strätling**



Jahrgang 1966. Meinolfus Strätling studierte Humanmedizin. Leiter Interdisziplinärer Forschungsschwerpunkt „Ethik, Recht, Geschichte und Didaktik im Spektrum der klinischen Medizin der Klinik für Anästhesiologie der Universität zu Lübeck“. Seit 2007 ist er Leitender Facharzt im Kollegialsystem und klinischer Bereichsleiter „Medizinische Humanwissenschaften“, Abt. für Anästhesie, Universitätsklinikum Wales, Cardiff (GB).

## Zur aktuellen Debatte um den assistierten Suizid

Anmerkungen aus der Perspektive eines Strafrechtswissenschaftlers

VON PROF. DR. DR. ERIC HILGENDORF, UNIVERSITÄT WÜRZBURG

### I. Die Forderung nach einem Verbot von organisierter Sterbehilfe

Seit Gesundheitsminister Gröhe im Sommer 2014 ankündigte, jede Form organisierter Sterbehilfe verbieten zu wollen, ist viel Bewegung in die seit Jahren festgefahrene Debatte gekommen. Auffällig ist dabei, dass manchen Journalisten, Medizinerinnen und leider auch Politikern die gegebene Rechtslage mit ihrem zugestandermaßen schwierigen Nebeneinander von Strafrecht, Betäubungsmittelrecht, Zivilrecht und ärztlichem Standesrecht nicht recht klar zu sein scheint. So wird davon gesprochen, dieses oder jenes sei „verboten“ oder „nicht verboten“, ohne deutlich zu machen, auf welches Normenregime sich die Äußerung bezieht – Strafrecht, Betäubungsmittelrecht, Standesrecht?

Selbst der Zentralbegriff der Debatte, die Sterbehilfe, wird in unterschiedlichem Sinne gebraucht. So wurde etwa immer wieder von „aktiver Sterbehilfe“ gesprochen, wo es in Wirklichkeit um Beihilfe zum Suizid ging. Auch Konzepte wie „direkte“ und „indirekte Sterbehilfe“ scheinen vielen unklar zu sein. Dies ist sehr bedauerlich, weil es dazu beiträgt, die anstehenden Problemstellungen zu verdunkeln und einen wenig sinnvollen Streit um Worte zu entfachen. Eine Folge der terminologischen Verwirrung ist, dass nicht einmal Einigkeit darüber zu bestehen scheint, welche Aktivitäten genau verboten werden sollen, oder anders ausgedrückt, welche konkreten Missstände gesetzlich behoben werden sollen.

Nach der in der deutschen Strafrechtswissenschaft allgemein akzeptierten Definition des Münchner Strafrechtslehrers *Roxin* bedeutet Sterbehilfe „eine Hilfe, die einem schwer erkrankten Menschen auf seinen Wunsch oder doch mindestens im Hinblick auf seinen mutmaßlichen Willen geleistet wird, um ihm einen seinen Vorstellungen entsprechenden menschenwürdigen Tod zu ermöglichen.“<sup>1</sup> Aktive Sterbehilfe ist Sterbehilfe durch aktives Tun (z. B. Setzen einer Spritze oder Verabreichen eines Medikamentes mittels einer Infusion), passive Sterbehilfe ist Sterbehilfe durch Unterlassen der Aufnahme einer Behandlung oder Nicht-Weiterbehandlung, etwa durch das Abstellen von Geräten.

---

<sup>1</sup> Claus Roxin, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, in: ders./Ulrich Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, Richard-Boorberg-Verlag, Stuttgart 2010, 4. Auflage, S. 83.

Unter „indirekter Sterbehilfe“ ist die Fallkonstellation zu verstehen, dass die Tötung nicht direkt beabsichtigt, sondern nur als notwendige Nebenfolge einer Schmerzlinderung billigend in Kauf genommen wird. Indirekte Sterbehilfe kann aktiv (durch Tun), aber auch passiv (durch Unterlassen) erfolgen. Direkte Sterbehilfe liegt vor, wenn der Todeseintritt das Hauptziel des Täters ist; auch hier kann die Tathandlung aktiv oder passiv erfolgen. Von den geschilderten Fallgruppen zu unterscheiden ist schließlich die Beihilfe zu einem Suizid: Ein Mensch – im Kontext von Sterbehilfe also regelmäßig der Patient – tötet sich selbst (durch Tun oder Unterlassen) und erhält dabei Hilfe durch einen anderen, etwa einen Angehörigen oder einen Arzt.

Es ist kaum anzunehmen, dass Gesundheitsminister Gröhe jede dieser Formen von Sterbehilfe, sofern sie organisiert erfolgt, also etwa in einem Krankenhaus, einer Palliativstation oder einem Hospiz stattfindet, mit den Mitteln des Strafrechts verbieten lassen will. In Rechtsprechung und Rechtswissenschaft herrscht seit vielen Jahren Einigkeit darüber, dass jedenfalls die passive Sterbehilfe und die indirekte Sterbehilfe, wie sie gerade in Palliativstationen und Hospizen täglich vorkommen, nicht strafbar sind und auch keine Strafe erfordern. Diese Rechtslage ohne nähere Begründung und ohne gesellschaftliche Diskussion auf dem Wege der Gesetzgebung ändern zu wollen wäre absurd. Bedauerlicherweise hält sich das Gesundheitsministerium seit den Äußerungen des Ministers auffällig zurück, vielleicht – und das wäre wieder durchaus positiv zu bewerten – um einer gesellschaftlichen Debatte nicht vorzugreifen.

**Der Strafrechtler Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf sieht die Lösung des Problems nicht durch die Mittel des Strafrechts gelöst. Er setzt auf Klärung im Landesrecht und eine eventuelle klare Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch.**



Sieht man genauer hin, so steht im Mittelpunkt der Auseinandersetzung die Frage, wie mit den neuen Sterbehilfegesellschaften umgegangen werden soll, also privaten Vereinigungen, die es sich zum Ziel gesetzt haben, Sterbehilfe im oben skizzierten Sinn zu leisten. Das Tätigkeitsspektrum von Sterbehilfegesellschaften ist grundsätzlich sehr weit und kann etwa auch die Unterstützung bei der Abfassung einer Patientenverfügung oder die Beratung im Hinblick auf verschiedene Heimtypen umfassen. Problematisch wird es dann, wenn Beihilfe zur Selbsttötung geleistet wird, also wenn etwa ein Sterbehelfer einem Patienten ein Mittel bereitstellt, mit dem dieser sich töten kann, oder ihm einen Rat gibt, in welcher Dosierung bestimmte Medikamente tödlich wirken. Beihilfe zur Selbsttötung liegt aber auch schon dann vor, wenn ein Arzt die Morphinpumpe seines Patienten so einstellt, dass dieser sie selbst bedienen kann, den Patienten vielleicht noch auf die potentiell lebensverkürzende Wirkung einer Überdosis hinweist, und dieser dann durch eine leichte Überdosis früher verstirbt, als er ohne das Morphin gestorben wäre. Derartige Fälle kommen durchaus auch auf Palliativstationen und in Hospizen vor – auch wenn darüber nicht immer offen gesprochen wird.

Inzwischen steht fest, dass über die Regelung des assistierten Suizids ohne Fraktionszwang entschieden werden soll. Deshalb konnten sich einige parteiübergreifende Diskussionsgruppen herausbilden, so etwa um die Abgeordneten *Hintze* und *Reimann*, die eine Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch vorgeschlagen haben. Aber auch aus der Wissenschaft liegen aktuelle Entwürfe vor. Im Folgenden soll es, nach einer Klarstellung der Grundlagen, darum gehen, die wichtigsten dieser Entwürfe vorzustellen und kritisch zu würdigen.

## II. Die Grundlagen

Im Mittelpunkt der derzeitigen Reformdebatte steht das Strafrecht. Nach geltendem Strafrecht ist die Beihilfe zu einem Suizid, auch wenn sie von einem Arzt durchgeführt wird, nicht strafbar. Dies folgt aus der allgemeinen Regel, dass eine Beihilfe nur dann strafbar sein kann, wenn auch die Haupttat, also die Tat, zu der Hilfe geleistet wird, unter Strafe steht. Dies sei an einem fiktiven Beispiel erläutert: Es wäre möglich, dass ein unter Wassermangel leidender Staat die Verschwendung von Trinkwasser unter Strafe stellt. In einem solchen Staat wäre dann, die Geltung der deutschen Beihilferegelung unterstellt, auch die Beihilfe zur Wasserverschwendung strafbar. Da in Deutschland das Verschwenden von Trinkwasser jedoch nicht mit Strafe belegt ist, bleibt auch die Beihilfe dazu straflos – auch wenn man Trinkwasserverschwendung und ihre Unterstützung moralisch und ökologisch scharf kritisieren mag. Dasselbe gilt für die Beihilfe zum Suizid: Da der Suizid selbst nicht unter Strafe steht, bleibt auch die Beihilfe dazu straflos – ungeachtet der Tatsache, ob man die Selbsttötung und die Hilfe dazu moralisch kritisiert oder nicht.

### III. Einführung einer generellen Strafbarkeit des assistierten Suizids – mit Ausnahmen für Angehörige und Ärzte?

Im Herbst 2014 haben der Palliativmediziner *Gian Domenico Borasio*, der Jurist *Jochen Taupitz* und die beiden Medizinethiker *Ralf Jox* und *Urban Wiesing* einen Entwurf vorgelegt, der mit dem bisher unbestrittenen Grundsatz der Straflosigkeit der Beihilfe bei strafloser Haupttat zu brechen und eine Strafbarkeit der Suizidbeihilfe einzuführen vorschlägt. Vor dem Hintergrund einer sehr klaren und informativen Gesamtanalyse des Problems des assistierten Suizids, in welchem bemerkenswerter Weise für die Freiheit des assistierten Suizids argumentiert wird, schlagen die Autoren vor, unter der Überschrift „Beihilfe zur Selbsttötung“ folgende Bestimmung als § 217 Abs. 1 neu in das StGB aufzunehmen:

„Wer einem anderen Beihilfe zur Selbsttötung leistet, wird, wenn die Selbsttötung ausgeführt oder versucht wurde, mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“<sup>2</sup>

Damit wird die bisherige Straflosigkeit der Beihilfe zum Suizid aufgehoben, indem die Beihilfehandlung als Haupttat festgelegt wird. Nach Absatz 2 sind Angehörige oder dem Betroffenen nahestehende Personen von der Strafbarkeit ausgenommen, soweit die Beihilfe einem „freiverantwortlich handelnden Volljährigen“ geleistet wird. Auch für Ärzte ist eine Ausnahmeregelung vorgesehen (Absatz 3).

Was ist von diesem Regelungsvorschlag zu halten? Zunächst einmal überrascht, dass die Autoren nach ihrem sehr liberalen Plädoyer für Selbstbestimmung ausgerechnet eine Strafbarkeitsverschärfung einfordern und nicht bei dem wesentlich weniger freiheitsbedrohenden Zivilrecht oder dem ärztlichen Standesrecht ansetzen. Zwischen der liberalen theoretischen Grundlegung und dem konkreten Vorschlag einer massiven Strafbarkeitsverschärfung klafft eine enorme Argumentations- und Begründungslücke.

Sieht man genauer hin, so stellt man außerdem schnell fest, dass die gewählten Formulierungen zu weit sind. Eine Beihilfe liegt nach gefestigter Rechtsprechung nicht nur dann vor, wenn sich die Beihilfehandlung kausal im Erfolg niederschlägt. Die Gerichte lassen vielmehr jedwede Förderung der Tat genügen, auch dann, wenn sie nach Eintritt des Taterfolgs ge-

---

<sup>2</sup> Gian Domenico Borasio/Ralf. J. Jox/Jochen Taupitz/Urban Wiesing, „Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids“, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2014.

schieht. So kann etwa eine Beihilfe zum Einbruchsdiebstahl auch dann anzunehmen sein, wenn der Gehilfe dem Täter eine Leiter trägt, die dieser dann aber gar nicht benötigt (z. B. weil das Gartentor unverschlossen ist), oder wenn der Gehilfe dem Täter nach der Rückkehr aus dem Haus eine Tasche reicht, damit dieser seine Beute darin nach Hause tragen kann. Überträgt man dies auf die Suizidproblematik, so ergibt sich, dass nicht bloß derjenige eine Beihilfe begeht, der dem Sterbewilligen ein tödlich wirkendes Medikament reicht oder ihm rät, wie er sich ein solches Medikament verschaffen kann. Eine Beihilfe begeht auch, wer einem infolge eines Suizids sterbenden Menschen Schmerzmittel verabreicht oder sonstwie seine Situation erleichtert. Selbst der Seelsorger, der der Sterbenden die Stirn abtupft oder ihm tröstend zuredet, könnte sich nach dem Wortlaut des Entwurfs wegen Beihilfe strafbar machen. Und ein letzter Punkt: Auch das Sterbefasten stellt eine Form des Suizids dar (Selbsttötung durch Unterlassen von Nahrungsaufnahme). Wer einer Sterbefastenden beisteht, indem er ihr etwa die Lippen mit Wasser betupft, erleichtert die Selbsttötung und begeht damit strafrechtlich gesehen Beihilfe. Alle geschilderten Fallkonstellationen fallen in den Anwendungsbereich des neuen Strafbarkeitsentwurfs. Es ist anzunehmen, dass den Verfassern diese Konsequenzen ihres Entwurfs nicht klar waren.

Erhebliche Unschärfen zeigen sich auch im subjektiven Tatbestand. In der Gesetzesbegründung schreiben die Autoren von einer mit „Absicht“ geleisteten Beihilfe zum Suizid (S. 76), ihr Gesetzesvorschlag ist aber so formuliert, dass auch eine wissentliche oder bedingt vorsätzlich vorgenommene Beihilfe für eine Strafbarkeit ausreicht. Für Angehörige und Ärzte ist beim Bestehen eines besonderen Näheverhältnisses ein Ausnahmetatbestand festgelegt. Aber was ist z. B. mit Pflégern oder Krankenschwestern, die einem Suizidenten in der Phase zwischen Tathandlung und Todeseintritt zur Seite stehen? Was mit Seelsorgern? Für sie ist keine Ausnahme von der Strafbarkeit vorgesehen.

Der Entwurf erfasst aber nicht bloß Formen der Suizidbeihilfe, die sozialetisch gesehen nicht strafwürdig erscheinen. Er führt auch zu erheblichen Unsicherheiten im Arzt-Patienten-Verhältnis. Ein Beispiel: Patient P hat, wie sein Hausarzt A weiß, bereits zweimal einen Suizidversuch begangen. A verzichtet darauf, den Fall zu melden, obwohl er es für möglich hält, dass P ein drittes Mal versuchen könnte, sich zu töten. In der Tat führt P eine weitere Suizidhandlung aus, diesmal erfolgreich. Handelt es sich hier um Beihilfe durch Unterlassen? Was ändert sich, wenn der Arzt A es bloß für möglich hält, dass P einen Suizidversuch begangen hat, und keine Meldung erstattet? Im Grundsatz ließe sich auch eine solche Fallkonstellation als Beihilfe durch Unterlassen deuten. Muss A also diesbezüglich Nachforschungen anstellen? Es erscheint sehr fraglich, ob Ärzte mit den Mitteln des Strafrechts ge-



zwungen werden sollten, ihre Patienten auszuspionieren. Das Arzt-Patientenverhältnis würde schweren Schaden nehmen, wenn die Ärzte bei der Behandlung von Patienten mit Suizidneigung permanent unter dem Damoklesschwert des Strafrechts arbeiten müssten. Im Ergebnis spricht deshalb alles dafür, aus der Arzt-Patienten-Beziehung das Strafrecht soweit wie möglich herauszuhalten und auf die Einführung einer Strafbarkeit der Suizidbeihilfe zu verzichten.

#### **IV. Verbot durch Standesrecht?**

Als zweite Möglichkeit, die Beihilfe zum Suizid zu unterbinden, wird das ärztliche Standesrecht diskutiert. Seit 2011 findet sich in der Musterberufsordnung der Ärzte eine Klausel, die Hilfestellung beim Suizid verbietet. Sie besitzt als solche keine bindende Wirkung, da die Musterberufsordnung nur einen Vorschlag darstellt und das ärztliche Standesrecht erst auf Länderebene von den Landesärztekammern verbindlich festgelegt wird. Es ist bemerkenswert, dass bisher nur ein Teil der Länderkammern den Vorgaben der Musterberufsordnung in der hier in Frage stehenden Regelung gefolgt ist. Hier soll nicht im Detail auf die skizzierte berufsrechtliche Debatte eingegangen werden. Im Kontext der aktuellen Diskussion um den assistierten Suizid erscheinen aber folgende Hinweise angebracht:

- 1.** Ärztliches Standesrecht gilt nur für Mediziner. Daraus folgt, dass Suizidbeihilfe durch Nicht-Mediziner von vornherein nicht erfasst wird. Ein Verbot von Suizidassistenz durch Ärzte verhindert entsprechende Aktivitäten, wenn sie nicht durch Mediziner durchgeführt werden, also nicht. Im Gegenteil: Die Verschärfung des ärztlichen Standesrechts treibt die Sterbewilligen in die Arme möglicherweise weit weniger seriöser „Anbieter“.
- 2.** Das standesrechtliche Verbot von Suizidhilfe kann, wenn das ärztliche Standesrecht so interpretiert wird wie das Strafrecht, sämtliche der oben erwähnten Formen der Beihilfe erfassen, also insbesondere auch Hilfeleistungen, die erst nach Durchführung der Suizidhandlung erfolgen. Ein dermaßen striktes Verbot ist aber mit dem ärztlichen Ethos, in dessen Mittelpunkt das Wohl des Patienten steht, nicht vereinbar.
- 3.** Ein ausnahmsloses standesrechtliches Verbot verstößt nicht bloß gegen das ärztliche Ethos, sondern auch gegen die Verfassung, die in Art. 4 Grundgesetz die Gewissensfreiheit, und damit auch die Gewissensfreiheit des Arztes, unter besonderen Schutz stellt. Gerade in engen Arzt-Patienten-Beziehungen, die in besonderer Weise durch Vertrauen und ein Gefühl innerer Verpflichtung geprägt sind, spielt die Gewissensfreiheit eine zentrale Rolle. Zu Recht hat das Verwaltungsgericht Berlin deshalb im Jahr 2012 entschieden, dass ein standesrechtlich formuliertes ausnahmsloses Verbot von Suizidbeihilfe durch einen Arzt gegen dessen Gewissensfreiheit verstößt und deshalb verfassungsg-

widrig ist.<sup>3</sup> Das Arzt-Patienten-Verhältnis lässt sich nicht unbegrenzt regulieren; in einem Kernbereich muss auch von Verfassung wegen ein Entscheidungsspielraum verbleiben, den nur der behandelnde Arzt und der Patient selber eigenverantwortlich ausfüllen können.

## **V. Klarstellung im Zivilrecht und weitere begleitende Maßnahmen**

Nach dem soeben Ausgeführten erscheint durchaus sinnvoll, per Bundesgesetz (also nicht bloß in standesrechtlichen Berufsordnungen) klarzustellen, dass unter gewissen Voraussetzungen und in gewissen Grenzen auch die Unterstützung bei Suiziden eine ärztliche Aufgabe sein kann. Eine derartige Regelung könnte etwa in das Bürgerliche Gesetzbuch aufgenommen werden, so wie das auch die Abgeordneten Peter Hinze und Carola Reimann vorgeschlagen haben.<sup>4</sup> Eine derartige Regelung wäre für sämtliche Landesärztekammern bindend.

Beihilfehandlungen, die nicht von Ärzten durchgeführt werden, würden durch eine solche Regelung nicht erfasst. Angesicht der großen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen sozial-ethisch gebotenen oder zumindest akzeptablen Formen der Suizidunterstützung auf der einen und den sozialetisch problematischen Formen auf der anderen Seite scheint es mir nicht erfolgversprechend, Abhilfe bei strafrechtlichen Mitteln zu suchen.<sup>5</sup> Zielführender wäre es, Regelungen für mehr Transparenz und Kontrolle zu schaffen (z. B. Dokumentationspflichten, Vier-Augen-Prinzip), und die Einhaltung derartiger Regelungen über das Polizeirecht sicherzustellen. Ein strafrechtliches Verbot würde zum jetzigen Zeitpunkt weit mehr schaden als nützen. Wenn Ärzte ohne Angst vor Sanktionen ihren Patienten in Fällen extremer Not auch beim Sterben kompetent helfen könnten, gäbe es für Sterbewillige keinen Anreiz mehr, sich an andere Stellen zu wenden. Dass dies auch im Hinblick auf die Suizidprophylaxe große Vorteile bedeuten würde, braucht nicht näher ausgeführt zu werden.

---

<sup>3</sup>VG Berlin, Urteil vom 30.3.2012 – VG 9 K 63.09, Beck-Rechtsprechung 2012, 51943.

<sup>4</sup>[http://www.carola-reimann.de/images/2014/2014-10-16\\_Sterbehilfe\\_Positionspapier\\_Hinze\\_Reimann.pdf](http://www.carola-reimann.de/images/2014/2014-10-16_Sterbehilfe_Positionspapier_Hinze_Reimann.pdf).

<sup>5</sup>Siehe schon oben III und ausführlich Eric Hilgendorf, „Zur Strafwürdigkeit organisierter Sterbehilfe“, in: Juristenzeitung 11/2014, S. 545, 551 f.

## VI. Fazit

Die knappe Analyse sollte deutlich gemacht haben, weshalb es verfehlt wäre, die derzeitigen Unsicherheiten im Umgang mit Sterbehilfegesellschaften und dem ärztlich assistierten Suizid mit den Mitteln des Strafrechts lösen zu wollen. Damit würde nicht zuletzt auch die Sterbehilfe in Palliativstationen und Hospizen ohne Not in einen strafrechtlichen Graubereich hineingezogen. Geboten ist vielmehr eine vorsichtige Öffnung und Klarstellung im ärztlichen Standesrecht, möglicherweise verbunden mit einer die bundesweite Einheitlichkeit gewährleistenden neuen Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch. Hinzu sollten flankierende Maßnahmen im Zivil- oder im Verwaltungsrecht treten, die mehr Transparenz und Kontrolle sicherstellen. Das Polizeirecht reicht aus, um Missbrauch wirksam zu begegnen. Im Übrigen sollten wir auf das reflektierte, am Wohl des Patienten ausgerichtete ärztliche Ethos vertrauen.

### Vita · Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf



Jahrgang 1960. Jurist und Rechtsphilosoph sowie Inhaber des Lehrstuhls für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtstheorie, Informationsrecht und Rechtsinformatik an der Universität Würzburg. Seine Hauptarbeitsgebiete sind das Medizin- und Biostrafrecht sowie das Computer- und Internetstrafrecht. Daneben engagiert er sich im Bereich der juristischen Grundlagenforschung. Mehrfach hat er den Deutschen Bundestag und die Bundesregierung in Fragen des Medizinstrafrechts und der Internetkriminalität beraten.

## Das Betreuungsrecht und die Patientenautonomie am Lebensende

VON PROF. ROBERT ROSSBRUCH

*Aufgrund eines schweren Verkehrsunfalls konnte Professor Roßbruch uns nicht das vollständige Summary zur Verfügung stellen. Aus diesem Grund veröffentlichen wir nur sein Kurz-Statement.*

Mit der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung im Jahre 2009 hat das Betreuungsrecht eine nicht unerhebliche Erweiterung und damit verbunden eine Stärkung der Patientenrechte erfahren. Mit der Aufnahme der Patientenverfügung in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) ist der Gesetzgeber einem Auftrag des Bundesgerichtshofs nachkommen, der zu mehr Rechtssicherheit und Rechtsklarheit hinsichtlich der Nichteinleitung bzw. des Abbruchs bereits eingeleiteter lebensverlängernder Maßnahmen geführt hat.

Gegen die Erweiterung des Entscheidungsspielraums potentieller Patienten wurden damals vielfältige Bedenken geäußert. Die damaligen Bedenkenräger sind übrigens weitestgehend dieselben, die auch aktuell ihre Bedenken gegen die bestehende straflose Beihilfe zur

**Pflegerechts-Spezialist  
Prof. Robert Roßbruch  
schlug vor, einen neuen  
Paragrafen in das  
Bürgerliche Gesetzbuch  
aufzunehmen – den  
§ 630i Hilfe zur  
Selbsttötung.**



Selbsttötung vortragen. So stand seinerzeit ein Großteil der Ärztesfunktionäre einer solchen rechtsverbindlichen Patientenverfügung skeptisch bis ablehnend gegenüber. Auch die zuständige Enquete-Kommission des Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ hatte erhebliche Bedenken hinsichtlich der Verbindlichkeit, Reichweite und Form von Patientenverfügungen sowie der damit einhergehenden schrittweisen Einführung von Sterbehilfe. Ähnlich äußerten sich die damalige „Deutsche Hospiz Stiftung“ (heute: „Deutsche Stiftung Patientenschutz“), sowie die beiden großen christlichen Kirchen und in deren Gefolge religiös orientierte Bundestagsabgeordnete um die Abgeordneten Bosbach/Göhring-Eckardt/Röspel. Letztere haben schon damals mit ihrem Gesetz-Entwurf zu einem „Patientenverfügungsgesetz“ den Versuch unternommen, die verfassungsrechtlich verbürgte Patientenautonomie auszuhebeln und einen staatlichen Lebensschutz auch gegen den ausdrücklich erklärten Verzicht auf Lebensschutz durch den Betroffenen zu installieren. Schon damals konnte erfolgreich dargelegt werden, dass das Ansinnen der Verfasser dieses Gesetz-Entwurfs – wie auch die aktuellen Versuche, ein gesetzliches Verbot der Hilfe zur Selbsttötung zu implementieren – einer Pervertierung des staatlichen Lebensschutzes hin zu einem staatlich verordneten Lebenszwang gleichkommt.

Viele Menschen begründen ihre Patientenverfügung ähnlich wie die Frage der Hilfe zur Selbsttötung mit dem Wunsch, „in Würde sterben“ zu wollen. Sie haben Angst, in entscheidungsunfähigem Zustand weiterbehandelt zu werden und dass die an ihnen vollzogenen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen nur noch eine Leidens- und Sterbensverlängerung darstellen, die sie selbst als nicht mehr lebenswert erachten. Gleiches gilt für die Situation einer schweren unheilbaren Krankheit oder eines unerträglichen Leidens. Auch hier wünscht die überwiegende Mehrheit der Menschen, dass sie die legale Option haben, freiwillig und nach reiflicher Überlegung sowie im entscheidungsfähigen Zustand mit Hilfe eines Arztes ihr Leben selbstbestimmt beenden zu können.

Ziel des Impulsreferates ist es, im Rahmen des Mottos der Konferenz „Mein Ende gehört mir!“ den inneren Zusammenhang des Betreuungsrechts, der Patientenverfügung sowie der Patientenrechte und des mit ihnen verbundenen Rechts auf Beihilfe zum Suizid aufzuzeigen. Als Ergebnis der Gesamtschau dieser einzelnen Rechtsfragen steht mein Vorschlag, einen neuen Paragraphen in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufzunehmen. Dieser lautet:

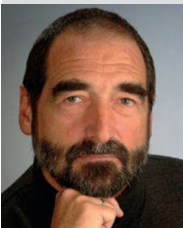
## § 630i Hilfe zur Selbsttötung

(1) Liegt eine schwere, unheilbare Erkrankung vor oder ist das Leiden unerträglich geworden, so kann auf Verlangen des Patienten ärztliche Hilfe zur Selbsttötung geleistet werden.

(2) Der zur Hilfe zur Selbsttötung bereite Arzt muss

1. zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seinen Wunsch freiwillig, nach reiflicher Überlegung und in einem einwilligungsfähigen Zustand geäußert hat,
2. zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos oder sein Leiden unerträglich geworden ist,
3. den Patienten über seine Situation, über die Prognose und über die Möglichkeit der Sterbebegleitung im Rahmen einer stationären oder ambulanten Palliativversorgung aufklären,
4. gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für seine Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
5. mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen oder eine anerkannte Suizidkonfliktberatungsstelle in den Entscheidungsprozess einbezogen haben, und
6. bei der Hilfe zur Selbsttötung mit der gebotenen medizinischen Sorgfalt vorgehen.

### Vita · Prof. Robert Roßbruch



Jahrgang 1953. Leiter des Instituts für Gesundheits- und Pflegerecht in Koblenz sowie Honorarprofessor für Gesundheits- und Pflegerecht an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften u. a. eröffnete er eine Kanzlei in Koblenz. Er unterrichtet an Akademien, Instituten und Hochschulen, berät unter anderem Krankenhäuser und gibt die Zeitschrift „PflegeRecht“ heraus. Seit 2004 ist er Mitglied in Ethikkommissionen diverser Krankenhäuser. 2008 war er als Einzelsachverständiger im Rahmen einer Anhörung des

Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum Gesetzentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes beteiligt.

## Auszüge aus dem Buch „Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben“

VON UWE-CHRISTIAN ARNOLD, ARZT, STERBEHELFER UND AUTOR

### KAPITEL 1

#### Der Ruf nach Letzter Hilfe

##### Warum Menschen sterben wollen

Helene C. wollte nicht mehr.<sup>4</sup> Die Metastasen hatten sich in ihrem gesamten Körper ausgebreitet. Das Atmen fiel ihr schwer. Größere Strecken konnte sie seit Wochen nicht mehr zurücklegen. Inzwischen war sie so geschwächt, dass bereits die wenigen Meter von ihrem Bett zur Toilette eine schier übermenschliche Anstrengung bedeuteten. Schon bald, so fürchtete sie, würde sie gar nicht mehr aufstehen können.

Mit dem Tod hatte sich die vornehme, aber resolute ältere Dame längst abgefunden, doch ans Bett gefesselt zu sein und von anderen gewandelt zu werden, das war für Frau C., die stets Wert auf ein adrettes Äußeres gelegt hatte, der Albtraum schlechthin. „Das kommt gar nicht in Frage! Ich will doch meinem Schöpfer nicht in Windeln gegenübertreten!“, sagte sie mir am Telefon in ihrer unnachahmlichen Art kurz vor unserem letzten Treffen.

Frau C. hatte bereits ein Jahr zuvor Kontakt mit mir aufgenommen. Schon damals wollte sie sterben – „lieber heute als morgen“. Die Schmerzen, berichtete sie, seien unerträglich geworden. Sie habe nun mehr als zehn Jahre gegen den Krebs in ihrem Körper gekämpft, mehrere Operationen, Bestrahlungen und Chemotherapien überstanden, jetzt aber sei es endgültig genug! Keinem Haustier würde man zumuten, in einem solch erbärmlichen Zustand weiterleben zu müssen.

Ich konnte die Argumente von Frau C. gut nachvollziehen, doch der Hinweis auf die Schmerzen machte mich damals skeptisch. Bei richtiger medikamentöser Einstellung nämlich können Schmerzen in den allermeisten Fällen vermieden werden. Als Frau C. dies hörte, war sie verwundert, denn bis dahin war sie ganz selbstverständlich davon ausgegangen, dass Krebs im Endstadium mit unerträglichen Schmerzen verbunden sei.

Ich schlug Frau C. vor, Kontakt zu ihrem Hausarzt aufzunehmen, der die Behandlung übernommen hatte, nachdem die Patientin aus Sicht der Onkologen als „austherapiert“ galt. Bei dem anschließenden Telefonat stellte sich heraus, dass der Hausarzt von Frau C., ein

freundlicher älterer Herr, eine viel zu geringe Dosis Morphin verschrieben hatte – ein Fehler, der tragischerweise häufig vorkommt, da bislang nur die wenigsten Ärzte hinreichendes Wissen im Bereich der Palliativmedizin erworben haben.

Glücklicherweise zeigte sich der Arzt von Frau C. gegenüber neuen Argumenten aufgeschlossen (was leider nicht immer der Fall ist). Wenige Wochen später erhielt ich einen Anruf von Frau C., in dem sie mir berichtete, dass sie sich momentan ganz hervorragend fühle, das Leben genieße wie selten zuvor und zurzeit sogar einen Urlaub an der Ostsee mit ihrer Tochter und ihren beiden Enkeln verbringe. Sie dankte mir überschwänglich für die Intervention bei ihrem Hausarzt, sicherte sich aber zugleich meine Zusage, dass ich ihr helfen würde, wenn sich ihr Zustand dramatisch verschlechtern sollte.

Nach diesem Telefonat hörte ich mehrere Monate nichts von ihr. Das ist nicht ungewöhnlich, denn viele Sterbewillige melden sich nach dem ersten oder zweiten Gespräch dieser Art nicht mehr. Es genügt ihnen, zu wissen, dass es jemanden gibt, der ihnen zur Seite stehen würde, falls ihre Lage unerträglich wird. Allein dies bedeutet für viele Patienten eine enorme Erleichterung.

Frau C. allerdings nahm wieder Kontakt auf. Wie allen meinen Sterbehilfe-Patienten hatte ich ihr meine Handynummer gegeben, damit sie mich im Notfall sofort erreichen konnte. Am Klang ihrer Stimme erkannte ich bereits, dass sie sich in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befand. Frau C. erklärte, dass der Punkt gekommen sei, an dem ein Weiterleben für sie keinen Sinn mehr mache. Ihre Krebserkrankung habe sich in den letzten Wochen so verschlimmert, dass sie in absehbarer Zeit ohnehin sterben werde, aber sie wolle es in würdevoller Weise tun.

Fünf Tage später stand ich vor ihrer Wohnung. Die Tür wurde von ihrer Tochter geöffnet. Ich schätzte sie auf Mitte vierzig, Anfang fünfzig. Ihre geröteten Augen verrieten, dass sie kurz zuvor geweint hatte, insgesamt aber wirkte sie gefasst. Frau C. saß in ihrem komfortablen Ohrensessel im Wohnzimmer. Sie lächelte, als sie mich sah: „Herr Arnold, wie schön, Sie zu sehen! Seit Jahren habe ich mich nicht so sehr über Herrenbesuch gefreut!“

Ich lachte kurz auf und gab ihr die Hand. Patientinnen und Patienten wie Frau C. erstaunen mich immer wieder. Könnte ich selbst so gelassen, so heiter meinem eigenen Ende entgegengehen? Wäre ich angesichts des sicheren Todes noch zu Scherzen aufgelegt? Wahrscheinlich muss man durchgemacht haben, was Frau C. durchgemacht hat, um den Tod nicht mehr als Bedrohung, sondern als Erlösung zu empfinden.

Seit unserem letzten Treffen war Frau C. deutlich abgemagert. Sie hatte keinen Appetit mehr, was für Krebspatienten im Endstadium typisch ist. Glücklicherweise litt sie jedoch nicht unter Schluckbeschwerden, was ihren sehnlichen Wunsch, an diesem Tag sterben zu dürfen, vereitelt hätte. Während Frau C. die Tropfen zu sich nahm, die ein mögliches Erbre-





**Der Arzt, Sterbehelfer und Buchautor Uwe-Christian Arnold las bewegende Passagen aus seinem Buch „Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das Selbstbestimmte Sterben“ vor.**

chen der tödlichen Medikamente verhindern, studierte ich ihre Krankenakte. Angesichts des medizinischen Befunds, den die Onkologen vor mehr als einem Jahr ausgestellt hatten, war es beinahe ein Wunder, dass Frau C. so lange durchgehalten hatte und in den letzten Monaten, wie sie sagte, sogar noch einige der „glücklichsten Momente“ ihres Lebens erfahren durfte.

Ich fragte sie, ob sie sich noch immer sicher sei, ihr Leben heute durch die Einnahme der Medikamente beenden zu wollen. „Wollen Sie mich auf den Arm nehmen, Herr Doktor?“, antwortete sie. „Ich habe diesen Moment herbeigesehnt, wie ich wohl noch nie irgendetwas herbeigesehnt habe!“ Mit Hilfe ihrer Tochter richtete sie sich auf, um die Erklärung zur sogenannten „modifizierten Garantenpflicht“ zu unterschreiben.

Dieses Dokument ist unerlässlich für einen Arzt, der seinen Patienten durch den gesamten Sterbeprozess begleiten will. Denn mit dieser Erklärung entlässt der Patient den Arzt aus der Stellung eines „Garanten für das Leben“ (die den Arzt dazu verpflichten würde, im Falle der Bewusstlosigkeit des Patienten Wiederbelebensmaßnahmen durchzuführen) und macht ihn stattdessen zu einem „Garanten für den Sterbewunsch“ (was bedeutet, dass der Arzt den Sterbeprozess zwar begleiten, aber nicht verhindern darf).

Während ich die mitgebrachten Medikamente zerkleinerte, erzählte mir Frau C. von ihrem Mann Paul, der vor 13 Jahren an Krebs gestorben war – drei Jahre, bevor bei ihr die gleiche Krankheit diagnostiziert wurde. Frau C. hatte ihn liebevoll zu Hause gepflegt, insgesamt wa-

ren es drei Monate gewesen, die Frau C., wie sie sagte, niemals missen wolle. Doch für ihren Paul seien die letzten Wochen, die er nur noch im Bett verbringen konnte, die reinste Folter gewesen. Ihr Mann habe zwar versucht, sich nichts anmerken zu lassen, aber sie habe damals deutlich gespürt, wie erniedrigend das Ganze für ihn war. „Ich bin mir sicher, dass Paul sich in dieser Situation am liebsten das Leben genommen hätte, aber wir hatten leider nicht den Mut, darüber zu sprechen.“

Ihr Mann habe sterben wollen, aber nicht sterben können. Tagelang habe er mit dem Tod gerungen. Als alles vorbei war, sei ihr klar gewesen, dass sie auf keinen Fall so enden wolle wie ihr Paul, fuhr Frau C. fort. Einige Jahre später sei sie in die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) eingetreten, wodurch sie von meinen Aktivitäten als Sterbehelfer erfahren habe. Mich zu kontaktieren, sagte sie lächelnd, sei eine der klügsten Entscheidungen ihres Lebens gewesen.

(...) Ich wartete, bis sich Mutter und Tochter voneinander gelöst hatten. Frau C. schaute erwartungsvoll auf das Schälchen, das ich der Tochter nun in die Hand gab. „Endlich!“, sagte die alte Dame. Sie schien sich auf ihren bevorstehenden Tod regelrecht zu freuen. Ich fragte sie abermals, ob ihr bewusst sei, dass sie unweigerlich sterben werde, wenn sie dieses Apfelkompott zu sich nehme. „Aber natürlich weiß ich das!“, war ihre Antwort. „Ich werde sterben und so soll es auch sein!“

*Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Rowohlt-Verlages.*

---

<sup>4</sup>Um die Persönlichkeitsrechte der Patienten zu wahren, wurden ihre Namen in den Fallbeispielen verändert. (Ausnahmen sind jene Patienten, die sich in den Medien öffentlich zu ihren Suizidabsichten geäußert haben. Ihre Namen gebe ich vollständig und korrekt an.) Zudem habe ich in den anonymen Fällen oft auch weitere Eigenschaften wie den Beruf, den Ort oder den Zeitpunkt des Suizids modifiziert, damit nicht doch noch Rückschlüsse auf die jeweiligen Personen erfolgen können. Sollten Angehörige meinen, einen bestimmten Menschen identifizieren zu können, gebe ich zu bedenken, dass es in den letzten 20 Jahren bei den mehreren hundert Patienten, die ich betreut habe, viele Fälle mit nahezu identischen Rahmenbedingungen gegeben hat. Eine gewisse Ähnlichkeit mit verstorbenen Personen muss also nicht zwangsläufig bedeuten, dass dieser spezielle Fall in diesem Buch behandelt wurde.

## Vita · Uwe-Christian Arnold



Jahrgang 1944. Uwe-Christian Arnold studierte Medizin und absolvierte seinen Facharzt für Urologie. Er hatte bis 2000 eine eigene Praxis und bildete sich als Sportarzt und Betriebsmediziner weiter. Seit Mitte der 90er Jahre setzt er sich mit dem Thema „humane Sterbehilfe“ auseinander. 2012 gewann er den langjährigen Rechtsstreit mit der Berliner Ärztekammer, die ihm verbieten wollte, einer Patientin todbringende Substanzen für deren beabsichtigten Suizid zu überlassen.

## Unsere Arbeit, unsere Ziele

Die DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V.) ist eine Patientenschutzorganisation, die sich seit nunmehr 35 Jahren für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen am Lebensende einsetzt. Sterben ist ein Teil des Lebens. Selbstbestimmung bei Krankheit wie auch im Sterben gehört zu den Grundrechten der Menschen und Bürger in Deutschland. Dies wollen wir für unsere Mitglieder bis zur letzten Lebensminute sichern.

Wir bieten Menschen, die ihren Willen rechtzeitig festlegen möchten:

- Kompetente Beratung bei der Formulierung Ihrer persönlichen Patienten- und Vorsorgeverfügung.
- Eine juristisch geprüfte und ständig aktualisierte Patientenschutz- und Vorsorge-mappe.
- Alle Verfügungen können bei uns elektronisch gespeichert und hinterlegt werden.
- Einen Notfall-Ausweis, mit dem die Verfügungen rund um die Uhr über das Internet abgerufen werden können, z. B. im Krankenhaus.
- Juristischer Beistand (nur für Mitglieder), falls Ihre Verfügungen nicht eingehalten werden, u. v. m.

Mit derzeit rund 25 000 Mitgliedern in Deutschland ist die DGHS die größte und erfahrenste Organisation auf ihrem Gebiet. Die DGHS ist parteipolitisch und konfessionell neutral sowie unabhängig. Als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Berlin finanziert sich die DGHS ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Wenden Sie sich für weitere Informationen gerne an unsere Berliner Geschäftsstelle. Unsere Mitarbeiterinnen freuen sich auf Ihren Anruf!

### Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für  
Humanes Sterben e. V. (DGHS)  
Kronenstraße 4  
10117 Berlin  
Telefon: 0 30/21 22 23 37-0  
Fax: 0 30/21 22 23 37-77

info@dghs.de  
www.dghs.de  
www.facebook.com/DGHSde  
Briefpost an:  
PF 64 01 43  
10047 Berlin

