



AUSGABE 142  
Januar 2014

# ANALYSEN & ARGUMENTE

## Verbot der organisierten Beihilfe zum Suizid

Norbert Arnold

**Die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung wird seit längerer Zeit kontrovers diskutiert. Sie steht weiterhin auf der politischen Agenda. Eine Gesetzesinitiative zum Verbot jeglicher Formen der organisierten Beihilfe ist in Vorbereitung.**

**Im vorliegenden Papier wird der assistierte Suizid in einen größeren Zusammenhang gestellt, der den Umgang mit Sterben und Tod insgesamt in den Blick nimmt. Dabei werden die Argumente, die gegen die organisierte Suizidbeihilfe sprechen, deutlich.**

### **Ansprechpartner in der Konrad-Adenauer-Stiftung**

Dr. Norbert Arnold  
Leiter Team Gesellschaftspolitik  
Hauptabteilung Politik und Beratung  
Telefon: +49(0)30 2 69 96-35 04  
E-Mail: [norbert.arnold@kas.de](mailto:norbert.arnold@kas.de)

### **Postanschrift**

Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

[www.kas.de](http://www.kas.de)  
[publikationen@kas.de](mailto:publikationen@kas.de)

ISBN 978-3-95721-024-1



Konrad  
Adenauer  
Stiftung



## INHALT

### 3 | HANDLUNGSBEDARF

1. Verbot der „organisierten“ Beihilfe zum Suizid.....3
2. Förderung von Palliativmedizin und Hospizen .....3
3. Stärkung der Kompetenzen .....3

### 4 | HINTERGRÜNDE:

STERBEN ALS LETZTE LEBENSPHASE –  
WIE SOLLEN DIE RAHMENBEDINGUNGEN GESTALTET WERDEN?

- Gesellschaft des „langen Lebens“ .....4
- Rahmenbedingungen für die letzte Lebensphase .....4
- Selbstbestimmt bis zum Lebensende .....5



## HANDLUNGSBEDARF

### 1. Verbot der „organisierten“ Beihilfe zum Suizid

Das Recht eines jeden Menschen auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung gilt auch in der letzten Lebensphase. Die Vorstellungen und Wünsche hinsichtlich des eigenen Sterbens müssen in ihrer existentiellen Tragweite für die betroffene Person respektiert werden. Dies gilt grundsätzlich auch für den Wunsch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden.

Allerdings verbirgt sich in vielen Fällen hinter dem Wunsch zu sterben in Wirklichkeit ein Ruf nach Hilfe, um eine Lebens-Situation (nicht das Leben als solches), die als unerträglich empfunden wird, zu beenden. Durch eine wirksame medizinische Systemkontrolle, insbesondere Schmerzlinderung, durch psychologische und seelsorgerische Hilfe sowie durch sozialen Beistand kann vielen Menschen wirkungsvoll geholfen werden. Mit der Linderung des Leidens verschwindet meistens der Wunsch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden. Daher muss ein Sterbewunsch hinterfragt werden (ohne den Eindruck entstehen zu lassen, man „wisse es besser“ als die betroffene Person). Effektive Hilfe muss angeboten werden. Und besonders wichtig: Die „Schwelle“ für eine Beihilfe zum Suizid muss so hoch gelegt werden, dass genügend Raum geschaffen wird, um Alternativen auszuloten, Hilfe anzubieten und Situationen und Entscheidungen zu reflektieren.

Eine Beihilfe zum Suizid, wie sie etwa von Sterbehilfeorganisationen angeboten wird, birgt die Gefahr in sich, die Hemmschwellen abzusenken. Allzu leicht erscheint der Suizid als der „einfachere“ Weg, existenzielle Krisensituationen, insbesondere die bei den meisten Menschen angstbesetzte Sterbephase, hinter sich zu bringen. Der soziale Druck auf Schwerstkranke und Sterbende würde erhöht. Daher sollte jede Form der „organisierten“ Beihilfe zum Suizid in Deutschland verboten werden.

Darüber hinaus sollte der Status-quo erhalten bleiben, d. h. Beihilfe zum Suizid sollte *nicht generell* unter Strafe gestellt werden. Auch bezüglich der ärztlichen Beihilfe zum Suizid gibt es derzeit keinen gesetzlichen Regelungsbedarf.

### 2. Förderung von Palliativmedizin und Hospizen

Die große Bedeutung der Palliativmedizin und der Hospize wird in Deutschland anerkannt. Daher erfolgt seit einigen Jahren eine intensive Förderung. Sie muss weitergehen, und zwar mit dem Ziel, eine palliative Versorgung für alle Betroffenen, die eine solche Hilfe benötigen, auch tatsächlich sicherzustellen. Derzeit ist der Bedarf deutlich größer als

das Angebot. In der Folge kommt es zu einer Unterversorgung, die künftig weiter zunehmen wird, so dass viele Menschen nicht ausreichend versorgt werden können.

Im SGB V sind in § 37 b (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) und in § 39 a (Stationäre und ambulante Hospize) wichtige gesetzliche Grundlagen gelegt. Die Finanzierung ist im GKV-System gesichert. Lehrstühle für Palliativmedizin an Hochschulen werden ausgebaut. Palliativmedizin ist Bestandteil der ärztlichen Ausbildung und in der Approbationsordnung verankert. Die Weichen im Gesundheitssystem sind also richtig gestellt; es geht nun um den weiteren Aufwuchs.

Dazu gehört vor allem, die Kapazitäten in stationären Palliativ- und Hospizeinrichtungen auszubauen, und dabei nicht nur die urbanen Ballungszentren, sondern auch die ländlichen Räume ausreichend zu berücksichtigen. Im Hinblick auf den Wunsch vieler schwerkranker und sterbender Menschen, ihre letzte Lebenszeit in vertrauter Umgebung zu Hause zu verbringen, sollten ambulante Palliativ- und Hospizdienste gestärkt werden. Dazu gehört auch eine intensive Einbindung der Hausärzte und Sozialstationen. Schließlich könnte auch eine offensivere Anerkennungskultur im ehrenamtlichen Bereich zu einer besseren Betreuung beitragen.

### 3. Stärkung der Kompetenzen

Gesellschaftliche Debatten über „bio-medizinische“ Wertefragen verlaufen in Deutschland extrem zyklisch: Relativ kurzen Phasen intensiver Diskussionen, die oft durch Gesetzesvorhaben initiiert und in der Regel durch eine kurz getaktete und hochtourige Medienberichterstattung begleitet werden, folgen lange Pausen. Notwendig wäre jedoch eine *kontinuierliche* sachlich fundierte Auseinandersetzung.

In der aktuellen Debatte fällt auf, dass selbst die Grundbegriffe – assistierter Suizid, aktive, passive und indirekte Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen usw. – nicht korrekt verwendet und häufig in unzulässiger Weise vermengt werden. Was ethisch begründbar und rechtlich zulässig ist, ist offensichtlich nicht hinreichend bekannt. Dies deutet auf gravierende Wissenslücken hin. Die Frage nach dem „guten Leben“ und erst recht nach dem „guten Sterben“ scheint in vielen Fällen erst gar nicht mehr gestellt zu werden. Der vorschnelle Ruf nach „Sterbehilfe“ übertüncht eine intensivere Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.

Beginnend in der Schule (Biologie-, Religions-, Philosophie-, Ethik-, Gemeinschaftskundeunterricht) sollte eine solide Grundlage für die persönliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Sterben und Tod (und anderen bio- und



medizinethische Themen) gelegt werden. Auch in der gesundheitlichen Aufklärung sollte der Umgang mit Sterben und Tod stärker zur Sprache kommen. Darüber hinaus ist es notwendig, dass erfahrene Ärzte, Sozialarbeiter und Seelsorger als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Ziel muss es sein, die Kompetenz eines jeden Menschen im Umgang mit Sterben und Tod zu verbessern. Gerade im Hinblick auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung ist sie eine unbedingte Voraussetzung.

## **HINTERGRÜNDE: STERBEN ALS LETZTE LEBENSPHASE – WIE SOLLEN DIE RAHMENBEDINGUNGEN GESTALTET WERDEN?**

### **Gesellschaft des „langen Lebens“**

Fragen, die Sterben und Tod betreffen, berühren die Menschen in besonderer Weise. Umso mehr verwundert es, dass sie von vielen Menschen während ihres Lebens möglichst lange ausgeblendet und verdrängt werden. Eine bewusste Auseinandersetzung mit diesem angstbesetzten Thema unterbleibt – bis man selbst betroffen ist, entweder als Angehöriger eines Sterbenden oder als selbst unmittelbar vom Tode Bedrohter.

Dabei wäre es eigentlich notwendig, sich frühzeitig Gedanken über Sterben und Tod zu machen, denn die Wünsche der Menschen, wie sie sterben wollen, und die Realität, unter welchen Rahmenbedingungen die meisten Menschen tatsächlich sterben, klaffen weit auseinander. Der von vielen gewünschte schnelle und schmerzlose Tod ist die Ausnahme und das langsame, durch schwere Krankheit eingeleitete Sterben die Regel. Auch finden die meisten Menschen nicht, wie gewünscht, in vertrauter Umgebung und im Kreise von Familie und Freunden ihr Ende, sondern in der eher anonymen, als kalt und unpersönlich empfundenen Atmosphäre eines Krankenhauses oder – immer öfter – einer Pflegeeinrichtung.

Sollte vor diesem Hintergrund das eigene Sterben nicht rechtzeitig bedacht werden? Sollten in „gesunden Tagen“ nicht Vorkehrungen getroffen werden, damit es, wenn es „ernst“ wird, den eigenen Vorstellungen und dem eigenen Wunsch gemäß abläuft? Es ist plausibel, dass dies notwendig wäre, und zwar in einer Art und Weise, die nicht beim vorschnell geäußerten Wunsch nach „aktiver Sterbehilfe“ stehen bleibt – wie es Umfragen immer wieder zeigen. Vielmehr sollte es angeraten sein, die Umstände des eigenen Sterbens etwas differenzierter in den Blick zu nehmen. Die (gesetzlichen) Rahmenbedingungen dafür liegen vor; was fehlt, ist

die Bereitschaft vieler Menschen, darüber nachzudenken. Es fehlt auch eine ausreichende Zahl an Einrichtungen und Diensten, die die Menschen in ihrer letzten Lebensphase angemessen versorgen können.

In einer Gesellschaft des „langen Lebens“ mag es auf den ersten Blick als unzeitgemäß erscheinen, über Sterben und Tod nachzudenken. Dies ist jedoch ein Defizit. Denn gerade in der modernen Gesellschaft, in der die Selbstbestimmung in allen Lebensfragen zum Selbstverständnis des Menschen gehört, darf die Sterbephase als letzte Lebensphase nicht ausgeklammert werden.

Selbstverständlich sind Sterben und Tod nicht eine Frage alleine des Alters. Auch in jungen Jahren sind die Menschen vom Tode bedroht. Jedoch steigt das durchschnittliche Sterbealter immer weiter an, und der verfrühte Tod wird durch die Fortschritte in Medizin und Hygiene sowie durch weniger belastende Lebensbedingungen (einschließlich einer besseren Ernährung und einer gesundheitsbewussten Lebensführung insgesamt) zunehmend verdrängt.<sup>1</sup>

### **Rahmenbedingungen für die letzte Lebensphase**

Charakteristisch für das moderne Menschenbild ist die Betonung der Selbstbestimmung, die für alle Lebensbereiche stärker als bisher eingefordert wird. Dies gilt auch für so sensible Themenfelder wie Gesundheit, in denen Asymmetrien und Paternalismus, zumindest in einer abgemilderten Form, über lange Zeit akzeptiert wurden. Obwohl sich an der Asymmetrie zwischen Arzt und Patient auch heute grundsätzlich wenig geändert hat, ist es fast die Regel, dass der Patient auch dem Arzt gegenüber als „mündiger Bürger“, zumindest aber als „informierter Bürger“, auftritt und sein Mitspracherecht einfordert.

Bedingt durch die zunehmende Lebenserwartung nimmt der Anteil alter und hochbetagter Menschen in unserer Gesellschaft zu. Damit geht ein steigender Pflegebedarf einher. Die Pflegebedürftigkeit ist in den meisten Fällen kein temporärer Zustand, sondern hält für die restliche Lebenszeit an, sodass Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase auch Begleitung in der Sterbephase bedeutet.

Dabei ist das gesamte Spektrum der Palliative Care gefordert, verstanden als „ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, richtiges Einschätzen von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Die



„ganzheitliche Behandlung“ steht im Vordergrund, und zwar in einer Situation „einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“<sup>2</sup>

Es stellt sich die Frage, ob die Angebote von Palliative Care in Deutschland ausreichen, um den aktuellen bzw. den künftig steigenden Bedarf zu decken. Auf den ersten Blick sind die Zahlen beeindruckend: In Deutschland gibt es über 1.500 ambulante Palliativ- und Hospizdienste, rund 180 stationäre Hospize und über 230 Palliativstationen; rund 80.000 ehrenamtliche Helfer sind in diesem schwierigen Bereich engagiert. In stationären Hospizen werden 23.000 Menschen jährlich versorgt, in Palliativstationen 44.000. 4.000 Patienten nehmen eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Anspruch. 39.000 Menschen werden pro Jahr von ehrenamtlichen ambulanten Hospizdiensten betreut. Dennoch übersteigt der Bedarf das Angebot sehr deutlich: Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als eine halbe Million Menschen Palliative Care benötigen. So eindrucksvoll die Versorgungszahlen auch sein mögen – es gibt in Deutschland trotzdem noch rund 435.000 Menschen, die ohne professionelle Versorgung bleiben, obwohl sie Palliative Care benötigen würden.<sup>3</sup>

Aus diesen Zahlen wird der Handlungsbedarf offensichtlich. Palliative Care muss intensiver als bisher gefördert werden. Besonders die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, auf die es einen gesetzlichen Anspruch gibt (§ 37b SGB V), bedarf des weiteren Ausbaus, sodass bedürftige Menschen tatsächlich diese für sie essenzielle Hilfe in Anspruch nehmen können. Die Angebote müssen flächendeckend – also nicht nur in urbanen Ballungszentren – verfügbar sein. Sie müssen in einer guten Qualität angeboten werden, die kontrolliert wird. Palliative Care sollte fester Bestandteil in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal sein. Und schließlich: So wichtig Hospiz- und Palliativstationen sind, der richtige Umgang mit Menschen in ihrer letzten Lebensphase sollte integraler Bestandteil aller Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen werden.

Palliative Care trägt entscheidend dazu bei, die Lebensqualität auch in der letzten Lebensphase auf einem befriedigend hohen Niveau zu halten und lange ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dieses Konzept könnte helfen, auch die Sterbephase besser als bisher als Teil des menschlichen Lebens zu akzeptieren und den nicht genügend reflektierten Wunsch nach aktiver Sterbehilfe einzudämmen.

### **Selbstbestimmt bis zum Lebensende**

Durch das 2009 in Kraft getretene Patientenverfügungsgesetz wurde ein weiterer wichtiger Schritt für die Sicherung der Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase getan. Durch dieses Gesetz wurde der § 1901a neu in das BGB eingeführt, der bestimmt, dass eine schriftliche Patientenverfügung bei eingetretener Einwilligungsunfähigkeit und bei vorliegender medizinischer Indikation verbindlich ist, also zwingend umgesetzt werden muss, und zwar unabhängig vom Stadium der Erkrankung. Die Betreuer bzw. Bevollmächtigten müssen den in der Patientenverfügung festgelegten Willen des Patienten gegenüber Ärzten und Pflegekräften durchsetzen. Auch wenn die kritische Frage bleibt, ob der in der Patientenverfügung geäußerte Wille auf eine konkret eingetretene Situation zutrifft oder ob es im gegebenen Fall notwendig ist, dass Bevollmächtigte bzw. Betreuer mit dem Arzt und unter Hinzuziehung von nahen Angehörigen und weiteren Vertrauenspersonen auf anderem Wege den Patientenwillen ermitteln, und trotz der Lücken im gegenwärtigen Patientenverfügungsgesetz – nämlich (1) des Fehlens einer Beratungspflicht bei der Erstellung der Patientenverfügung und (2) des Fehlens einer Regelung, wie ein auftretender Dissens über die Indikation gelöst werden soll – ist es ein entscheidender Schritt, um dem Selbstbestimmungsrecht auch im Falle von Einwilligungsunfähigkeit Geltung zu verschaffen.

Umfragen bestätigen immer wieder, dass eine deutliche Mehrheit der Bevölkerung einen weiten Spielraum in der Sterbehilfe wünscht: Rund zwei Drittel der Menschen befürworten sowohl die aktive Sterbehilfe als auch die Beihilfe zum Suizid.<sup>4</sup> Der Wunsch nach Selbstbestimmung am Lebensende und die Sorge vor Schmerzen und anderen Leiden in der Sterbephase sind verständlich. Diese nachvollziehbare Grundhaltung vieler Menschen sollte jedoch nicht dazu verleiten, unter dem Signum der Selbstbestimmung die aktive Sterbehilfe zu legalisieren, sondern sollte vielmehr ein zusätzlicher Anreiz sein, durch Palliative Care eine hohe Lebensqualität bis zuletzt zu erhalten. Es muss bedacht werden, dass es heute die Möglichkeit gibt, Menschen auch in schwierigen Situationen am Lebensende wirkungsvoll zur Seite zu stehen, ohne dass ethisch-rechtliche Tabus verletzt werden.

Ähnlich wie die Debatte über aktive Sterbehilfe spiegelt auch die aktuelle Diskussion über die Zulässigkeit des assistierten Suizids und über ein Verbot von „Sterbehilfe“-Organisationen die Sorge der Menschen bezüglich einer leidvollen Sterbephase wider. Die Beihilfe zum Suizid durch einen – von einer Sterbehilfeorganisation vermittelten – Arzt oder einen sonstigen „Freitodbegleiter“ wird von vielen Menschen als eine



Möglichkeit für ein „humanes“ Sterben und einen „guten“ Tod gesehen. Auffällig ist, dass die Sterbehilfeorganisationen, etwa in der Schweiz, zwar eine große Zahl von Mitgliedern haben, gleichwohl aber nur eine relativ geringe Zahl von ihnen tatsächlich eine Beihilfe zur Selbsttötung in Anspruch nimmt. Solche Organisationen werden offensichtlich nur als „Rückversicherung“ und letzter Ausweg gesehen, der aber nicht unbedingt in Anspruch genommen wird: Die Mitgliedschaft reicht meistens zur Beruhigung der eigenen Sorgen aus. Hier müssten Aufklärungskampagnen über die hilfreichen Möglichkeiten von Palliative Care ansetzen: Das Sterben als letzte Lebensphase eines Menschen wird zwar auch künftig „angstbesetzt“ bleiben. Es gibt jedoch heute schon viele ethisch und rechtlich zulässige Hilfsmöglichkeiten.

*Aus: Volker Schumpelick, Bernhard Vogel (Hrsg.): Demografischer Wandel und Gesundheit – Lösungsansätze und Perspektiven. S. 118-124. Freiburg i. Br.: Verlag Herder 2014. Überarbeitete Fassung.*

- 1| <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/SterbealterDurchschnitt.html>.
- 2| Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO); vgl. <http://christoph-student.homepage.t-online.de/41518/41527.html>; <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (4.7.2013).
- 3| Zahlen des Deutschen Hospiz- und Palliativ Verbandes e. V. (DHPV): [http://www.dhpv.de/service\\_zahlen-fakten.html](http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html) (4.7.2013).
- 4| Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 10023, Juli 2009. Mehrheit der Bevölkerung befürwortet aktive Sterbehilfe, Zeit-online, <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-01/Sterbehilfe-YouGov-Umfrage> (24.1.2014). Mehrheit der Deutschen für aktive Sterbehilfe, [http://www.dak.de/dak/bundesweite\\_themen/Umfrage\\_zur\\_Sterbehilfe-1358248.html](http://www.dak.de/dak/bundesweite_themen/Umfrage_zur_Sterbehilfe-1358248.html) (24.1.2014).



Gefällt Ihnen diese Publikation?

Dann unterstützen Sie die Arbeit der Konrad-Adenauer-Stiftung für mehr Demokratie weltweit mit einer mobilen Spende. Der Betrag kommt unmittelbar der Stiftung zugute und wird für die Förderung unserer satzungsgemäßen Zwecke verwendet.



Jetzt QR-Code scannen  
und Betrag eingeben.