

Über die fünf folgenden Gesetzentwürfe wurde 2015 im Bundestag abgestimmt.  
Rechtskräftig wurde folgender:

**Brand, Griese:**

**Keine Regeln für Beihilfe  
Individuelle Entscheidungen bleiben erlaubt  
Strafbarkeit geschäftsmäßiger Beihilfe**

Jede auf Wiederholung angelegte Hilfe zur Selbsttötung muss verboten werden, weil sie Selbsttötungen nicht vorbeugt, wie einzelne Stimmen behaupten, sondern diese vielmehr fördert! Die Beihilfe zur Selbsttötung bleibt straffrei für Nicht-Ärzte, wie für Ärzte. Auch für Ärzte muss es einen Handlungsspielraum für die wenigen, extremen Einzelfälle geben, innerhalb dessen sie notfalls und nicht auf Wiederholung angelegt im Sinne des Leidenden handeln können.  
(Anm.: integriert fast alle Forderungen der PalliativStiftung und wird von der Kanzlerin unterstützt)

**Sensburg:**

**Totalverbot von Beihilfe zur Selbsttötung**

Konsequent soll jede Form von Beihilfe strafrechtlich verfolgt werden, auch wenn sie durch Lebensgefährten, gute Freunde oder Ärzte in Extremsituationen und im Einzelfall erfolgt.

**Künast, Sitte:**

**Regeln für Beihilfe  
Strafbarkeit gewerblicher Beihilfe**

Strafbarkeit für Beihilfe zur Selbsttötung - allerdings nur wenn diese auf Gewinn angelegt wäre. Für andere Formen werden diverse Regeln formuliert. Inzwischen sind die Ärztekammern aufgefordert, das Berufsrecht in diesen grundlegenden Fragen in allen Bundesländern zu vereinheitlichen.

(Anm.: Dies wäre ein sehr begrüßenswerter Schritt. Aber wie die Gewinnabsicht im Gemenge von gemeinnützigen Vereinen und Stiftungen nachweisbar sein wird und wie die notwendigen Regeln in der Praxis überwachbar sein werden, bedürfte noch gründlicher Überlegung.)

**Hintze, Lauterbach:**

**Regeln für rein ärztliche Beihilfe  
Keine Strafbarkeit vorgesehen**

Verzichtet auf jede Strafandrohung. Stattdessen Regeln, die es ausdrücklich nur Ärzten ermöglichen sollen, kontrolliert Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, wenn eine „unheilbare Erkrankung“ und „die Wahrscheinlichkeit des Todes medizinisch festgestellt“ würden.

(Anm.: Ein fragwürdiger Denkansatz, zeigt doch die allgemeine Lebenserfahrung, dass Regeln häufig nicht befolgt werden, wenn deren Missachtung ohne Konsequenzen bleibt. Zudem werden die Kriterien für den Suizid so vage formuliert, dass sie auf außerordentlich viele Situationen im Leben eines Erwachsenen zutreffen könnten.)

**Zusammengefasst:**

- drei Entwürfe wollten verschiedene Formen der Beihilfe strafrechtlich unterbinden
- diese Entwürfe stimmten in einem Punkt völlig überein: Die Beihilfe zur Selbsttötung kann STRAFTATBESTAND sein. (Nicht bei allen für denselben Kreis „Beihilfer“: verschieden für die organisierte und/oder auf Wiederholung und/oder auf Gewinn angelegte Beihilfe.)
- Entwurf Hintze e.a. schlug hierfür rechtliche Regelung im BGB vor



...leben bis zuletzt!

Wir helfen...

- Schwerstkranken
- ihren Helfern
- unserer Gesellschaft

Das Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zum Suizid wurde von Experten der PalliativStiftung im Rahmen der Abstimmung zur „Sterbehilfe“ im Deutschen Bundestag als Information für die Bundestagsabgeordneten erstellt und es wird laufend aktualisiert.

## „Sterbehilfe“

Eine gesetzliche Differenzierung zwischen der erlaubten Form der **passiven Sterbehilfe** und der nicht erlaubten Form der **aktiven Sterbehilfe** gibt es bislang nicht (erster Ansatz zur Unterscheidung vom BGH 2010).

Unklare Definitionen führen zu Fehlgebrauch. Aus hospizlich-palliativer Sicht ist dieser Begriff ein unangemessener Euphemismus und deswegen zu vermeiden. Deshalb in Anführungszeichen.

## Patientenwille

Der Patientenwille kann in jeder beliebigen Form geäußert – z.B. als schriftlich erstellte Patientenverfügung oder als mündlich erklärter Behandlungswunsch – und jederzeit formlos widerrufen werden.

Der Patientenwille ist für jeden Behandler verbindlich.

Problem: Ohne schriftliche Verfügung ist dann der mutmaßliche Wille i. d. R. schwieriger herauszufinden.

## Patientenverfügung

Schriftlich oder mündlich nach § 1901a BGB zulässig: Vorausverfügter Wille eines Menschen für den Fall, dass dieser seinen Willen zu gegebener Zeit nicht mehr äußern kann, wenn Entscheidungen, z.B. zu indizierten Therapien getroffen werden müssen (§1901a (1) BGB).

## Mutmaßlicher Wille

Ist kein Patientenwille eruierbar, muss der mutmaßliche Wille herausgefunden werden, um eine dem – nun mutmaßlichen – Willen des Patienten entsprechende Entscheidung treffen zu können (§1901a (2) BGB).

## Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen

Ärztliche Entscheidungen sind eingebettet in juristische, gesellschaftspolitische und ökonomisch normative Bedingungen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht nur bei medizinisch und ärztlich indiziertem, kurativem Therapieziel und Einwilligung des Patienten. Es wird ein Behandlungsvorschlag erarbeitet. In der Palliation erlischt diese Verpflichtung.

## Therapiezieländerung

Wechsel eines Therapieziels von Kuration (Heilung, Lebensverlängerung, Krankheitsbekämpfung) hin zur Palliation, also Linderung der Not. Am Lebensende erfolgt von Rechts wegen eine Therapiezieländerung.

Problem: Häufig fließender Übergang zwischen beiden Therapiezielen, bzw. paralleles Vorhandensein beider.

## Aktive „Sterbehilfe“ = Tötung auf Verlangen

Aktiver Eingriff in den Lebensprozess um ein Leben zu beenden.

Tötung auf Verlangen ist in Deutschland (auch in der Schweiz!) strafbar (§ 216 StGB) und lediglich in den Benelux-Staaten, dort als Euthanasie bezeichnet, unter bestimmten Bedingungen erlaubt. **Euthanasie** wird dort von Ärzten mit Medikamenteninjektion in einem Umfang offiziell praktiziert, der für Deutschland etwa 25.000 Tötungen pro Jahr entspräche.

Problem: Kann ein Patient keinen Suizid (mehr) begehen, hätte er dann ein Recht zur Tötung auf Verlangen?

## Passive „Sterbehilfe“, besser: Sterbenzulassen

Medizinisch begleitetes Sterbenlassen sind Unterlassung oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen wie künstliche Ernährung und Beatmung, Behandlung mit Antibiotika u. a. m. entsprechend dem Patientenwillen, wobei dem natürlichen Krankheits- oder Sterbeprozess seinen Lauf

gelassen wird. Passive Sterbehilfe ist geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht (wegweisendes BGH-Urteil aus 2010). In Deutschland ist passive Sterbehilfe erlaubt.

Problematisch ist der Begriff passive Sterbehilfe, gerade weil er auch Handlungen umfasst, die nach allgemeinem Verständnis von Nicht-Experten als „aktiv“ zu bezeichnen sind, etwa das Abschalten des Beatmungsgerätes. Mittlerweile ist eindeutig geklärt, dass z.B. Abschalten genauso zu werten ist wie das nicht Beginnen der künstlichen Beatmung (BGH 2010).

## Indirekte „Sterbehilfe“

Medikamentengabe, bei der durch Nebenwirkungen ein nicht auszuschließender vorzeitiger Tod in Kauf genommen wird.

Wegweisendes Urteil des BGH im Jahr 1996: Es ist erlaubt oder sogar geboten, schmerzlindernde Medikamente auch in einer Dosis zu verabreichen, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung die Sterbephase verkürzen könnte. Gleiches gilt bei Nebenwirkungen anderer Maßnahmen. Ähnlich verlautbart durch Papst Pius XII. im Jahr 1957.

## Suizid = Selbsttötung

(fälschlich: Selbstmord oder Freitod)

Selbsttötung ist der eindeutig neutrale Begriff für Handlungen, mit denen ein Mensch sich selbst das Leben nimmt.

Inwieweit ein Bilanzsuizid, der als Ausdruck einer freien Willensäußerung verstanden wird, überhaupt gegeben sein kann, ist gerade bei Psychiatern sehr umstritten. In der Regel liegt in der Palliativsituation ein Zustand vor, bei dem bestimmte Ängste ursächlich für den jeweiligen Sterbewunsch sind.

Problem: **Freitod** (wirklich frei und selbstbestimmt?) oder **Selbstmord** (Mord = Verwerflichkeitsurteil!) sind wertend und deswegen problematisch.

## Suizidassistent = Beihilfe zur/Förderung der Selbsttötung

Beihilfe zum Suizid ist straffrei, da Selbsttötungsversuche in Deutschland straffrei sind. Dies gilt für alle Menschen jeder Berufsgruppe. Für Ärzte ist es standesrechtlich teilweise nicht zulässig, sie handeln dennoch straffrei, wenn sie Patienten in Einzelfällen Suizidassistent leisten.

Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen rückten das Problem der **geschäftsmäßigen** (auf Wiederholung angelegten) Förderung der Beihilfe zur Selbsttötung ins Bewusstsein der Öffentlichkeit. Hier gibt es konträre Standpunkte:

1. Ablehnung jeglicher **geschäftsmäßigen Beihilfe**, also z.B. durch Einzelpersonen oder gemeinnützige Vereine, um die Hemmschwelle für einen Suizid so hoch wie möglich anzusetzen (in Deutschland durchgesetzt seit 03.12.2015 im § 217 StGB).

2. Anerkennung des bewusst gewollten Suizides unter verschiedenen Bedingungen (Lebensbilanz, Angst vor Leiden, bestehendes Leiden, ...). Wobei die Ansichten teils noch zu differenzieren sind: als Recht auf eine solche Dienstleistung, selbst bei psychischen Krankheiten oder auch nur als Recht ausschließlich in extremen Leidenssituationen am Lebensende nach einer Gewissensentscheidung des (behandelnden) Arztes.

Problem 1: Extremschicksale mit Suizidassistent als tatsächlich einzig denkbarer Lösung nicht völlig auszuschließen, aber mit exzellenter hospizlich-palliativer Versorgung extremste Einzelfälle.

Problem 2: Suizidassistent als entlohnte Dienstleistung: Erforderliche Überwachung und Qualitätssicherung?

## Sedierung

Beruhigung. Dabei erhält der Patient beruhigende Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, Betäubungsmittel) in einer ausreichenden Dosis, damit er ruhiger wird, leicht

schläft, aber erweck- und ansprechbar bleibt. Eine Sedierung kann bei krankhafter Angst und Unruhe nötig sein (siehe auch palliative Sedierung).

## Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung wird die Gabe von sedierenden Medikamenten auf Wunsch des Patienten zur Minderung des Bewusstseins verstanden, um sonst unbehandelbare Beschwerden (Atemnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Übelkeit u.v.m.) am Lebensende in einer ethisch akzeptablen Weise zu lindern und kontrollieren zu können. Hierbei kann der Patient auch in den Tod hineinschlafen.

Bei **lege artis** durchgeführter palliativer Sedierung wird durch diese Symptomkontrolle Sterben **nicht beschleunigt**. Die palliative Sedierung kann sehr kurz dauern oder viele Tage erforderlich sein.

Problem 1: vermeintliche Nähe zu aktiver „Sterbehilfe“

Problem 2: Missbrauchspotenzial.

Während bei aktiver „Sterbehilfe“ das Ziel verfolgt wird, das Leben des Patienten durch die Verabreichung einer deutlich über dem therapeutischen Bereich dosierten Substanz vorzeitig zu beenden, liegt bei der palliativen Sedierung das Ziel in der Symptomkontrolle und Leidenslinderung durch **Minderung des Bewusstseins** mit einer angemessen dosierten, wiederholten Medikamentendosis. Wichtig ist eine gute Dokumentation. Tritt der Tod dabei ein, entspricht dies dem natürlichen Sterbenlassen.

## Symptomkontrolle

Reduktion der als belastend empfundenen Beschwerden auf ein erträgliches Maß. Gleichzeitig bleibt z.B. eine ausreichende Atmung erhalten. Der Patient hat nicht mehr Nebenwirkungen als notwendig und empfindet wieder mehr Lebensqualität. Es ist auch möglich, den Patienten symptomkontrolliert schlafen zu lassen, wenn er dies möchte (siehe Sedierung).

Durch den sachgerechten, symptomkontrollierten Einsatz von Opioiden („Morphium“) verbessert sich die Lebensqualität. Durch die Entlastung von Symptomen verlängert sich die Lebenszeit.

Problem 1: **Unsicherheit verhindert häufig den rechtzeitigen Einsatz der Medikamente.**

Problem 2: Irreführend, da eine symptombezogene Indikation nicht auf Verkürzung des Lebens abzielt.

## Terminale Sedierung

Teils wird der Begriff „terminale“ synonym zu „palliative“ Sedierung verwendet, teils aber auch für eine nicht akzeptable Form der Tötung. Dabei bestünde die Intention zu einem beschleunigten Herbeiführen des Todes. Es wird nicht symptomkontrolliert sediert, sondern so tief, dass sich die Atmung des Patienten verlangsamt bis sie ganz aufhört.

Problem: Missbrauchspotenzial. Für Nicht-Experten ist die terminale schwer von der palliativen Sedierung zu unterscheiden.

## Aktive Lebensverkürzung

Vorschlag als Sammelbegriff für **Tötung auf Verlangen** und **Suizidbeihilfe** um die Diskussion klarer zu gestalten.

## Körperverletzung (am Lebensende)

Hier: Durchführung medizinisch indizierter Maßnahmen gegen den Patientenwillen (siehe dort), Durchführung nicht indizierter Maßnahmen und die Nichtbehandlung von Leiden des Patienten. Es ist ein Problem der täglichen Praxis. Häufiges, grundsätzlich justiziables Delikt im Rahmen einer Futility („Vergeblichkeit“, Fehl- oder Überversorgung) am Lebensende, wird in der Regel aber nicht verfolgt, weil es nicht angezeigt wird.

Problem: Behandlung gegen den Patientenwillen (Körperverletzung § 223 StGB).