

Stiftung Liebenau



Beihilfe zum Suizid in ethischer Bewertung

Stellungnahme des Ethikkomitees der Stiftung Liebenau

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Anlass und Ziel der Stellungnahme	5	3.3.1 Die Bedeutung des ärztlichen Standesrechts	25
1 Die Rechtslage	6	3.3.2 Das Dilemma des Arztes angesichts einer Bitte um Suizidbeihilfe	27
1.1 „Beihilfe zum Suizid“ in Deutschland	6	3.3.3 Die in der Schweiz gefundenen Kriterien	22
1.1.1 Bisher kein Verbot der Suizidbeihilfe	6	(1) Die Kriterien der „Schweizerischen Akademie der Medizin. Wissenschaften“	28
1.1.2 Der beabsichtigte „§ 217 StGB (neu)“	7	(2) Die Abwägungen und Kriterien der „Nationalen Ethikkommission“	28
1.2 Abweichende Regelungen in den Benelux-Staaten	8	(3) Die Empfehlungen der „Nationalen Ethikkommission“	33
1.3 Die Regelung der Suizidbeihilfe in der Schweiz	9	3.3.4 Lernchancen aus den Schweizer Überlegungen	36
1.4 Die Regelung der Suizidbeihilfe in Österreich	10	3.4 Das Handeln christlicher Heimträger	37
2 Begriffsklärung	11	3.4.1 Die Bewertung des Suizids in der christlichen Ethik	37
2.1 Hilfe beim Sterben – oder Hilfe zum Sterben?	11	3.4.2 Folgerungen für Einrichtungen christlicher Träger	41
2.2 Die „Aktive Sterbehilfe“ – besser: Tötung auf Verlangen	12	(1) Die Rechtslage in Einrichtungen christlicher Träger	41
2.3 Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid)	13	(2) Die ethische Dimension des Umgangs mit Suizidbeihilfe	43
2.4 Die „passive Sterbehilfe“	13	4 Empfehlungen an Vorstand, Heimträger und Mitarbeiter	44
2.5 Die „indirekte Sterbehilfe“ und die „palliative Sedierung“	14		
2.6 Eine schwierige Unterscheidung	14		
2.7 Sterbebegleitung	15		
2.8 Tabellarische Darstellung	15		
3 Ethische Abwägungen	18		
3.1 Die ethische Bewertung des Suizids	18		
3.2 Gesellschaftliche Problemstellungen	19		
3.2.1 Verwaltungsrechtliche versus strafrechtliche Regelung	19		
3.2.2 Anthropologischer Hintergrund des Suizids	20		
3.2.3 Die Frage eines „gesellschaftlichen Drucks“ auf Schwerkranke	21		
3.2.4 Die Problematik des sog. „Sterbetourismus“	23		
3.3 Die Kontroverse um das ärztliche Handeln	25		

Impressum

Die Stellungnahme wurde im September 2014 vom Ethikkomitee der Stiftung Liebenau beschlossen und vom Vorstand gebilligt.

2. Auflage 2016

Herausgeber
Ethikkomitee der Stiftung Liebenau

Mitglieder des Ethikkomitees
Prof. Dr. Bruno Schmid, Vorsitzender
Dr. Hans-Martin Brüll, Geschäftsführer
Matthias Haag
Ruth Hofmann
Dr. Helmut Schädler
Marie-Therese Selbitschka

Einleitung: Anlass und Ziel der Stellungnahme

Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung – in der Fachsprache: Suizid und Assistenz beim Suizid – werden in deutschen Rechtsordnungen etwa seit Mitte des 19. Jahrhunderts nicht mehr strafrechtlich verfolgt. Die gegenwärtige öffentliche Diskussion in Deutschland, ob bestimmte Formen des assistierten Suizids unter Strafe gestellt werden sollen, hat ihren Ursprung in einem im August 2012 vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf des damals FDP-geführten Bundesministeriums der Justiz, wonach *kommerzielle* Suizidbeihilfe strafrechtlich verfolgt werden sollte.¹ Schon kurz nach der Vorlage des Entwurfs zeichnete sich ab, dass hierüber zwischen den Koalitionsparteien kein Einvernehmen zu erzielen war,² sodass das Vorhaben in der damaligen Legislaturperiode nicht weiter verfolgt wurde. Doch die damit angestoßene Diskussion führt seither zur Reflexion der Problematik unter rechtlichen und ethischen Aspekten, die auch den Blick auf die Regelungen in den Nachbarländern richtete.

Die folgende Stellungnahme des Ethikkomitees der Stiftung Liebenau ist entstanden in der Annahme, dass eine gesetzliche Regelung für Deutschland in nächster Zeit zu erwarten ist. Ihr Ziel ist es, dem Vorstand der Stiftung Argumente zu geben, an denen er sein Verhalten in dieser Diskussion ausrichten kann. Die Gesellschaften der Stiftung widmen sich u.a. der Betreuung und Pflege von behinderten, alten und kranken Menschen in Deutschland, Österreich, der Slowakei und der Schweiz.

Der Text umfasst vier Teile: Am Beginn steht eine Übersicht über die Rechtslage in Deutschland und in den Nachbarländern, zunächst in den Benelux-Ländern, vor allem aber in der Schweiz, wo die ethische Frage des Suizids und die Möglichkeit einer rechtlichen Ordnung bestimmter Formen der Beihilfe dazu seit etwa zehn Jahren heftig diskutiert wird³ (1). Darauf folgt eine kurze begriffliche Klärung der Sachverhalte,

¹ <http://www.dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/111/1711126.pdf> (Zugriff 21.06.2014).

² Zwei Monate nach der Verabschiedung des Gesetzentwurfs im Kabinett sprach sich der CDU-Parteitag am 3. - 5.12.2012 in Hannover mit großer Mehrheit nicht nur für das Verbot kommerzieller, sondern für jedes Verbot organisierter Hilfe zur Selbsttötung aus.

³ Die in der Schweiz dazu publizierten Stellungnahmen haben wesentlich zur Meinungsbildung in unserem Ethikkomitee beigetragen.

die heute mit dem problematischen Terminus „Sterbehilfe“ bezeichnet werden; die Begriffsklärung wird durch eine tabellarische Darstellung ergänzt (2). Die ethischen Abwägungen (3) richten dann den Blick auf die ethische Bewertung des Suizids (3.1), auf gesellschaftliche Problemstellungen (3.2), auf das ärztliche Handeln (3.3) und auf die Situation christlicher Heimträger, wie sie in den Gesellschaften des Liebenauer Stiftungsverbands tätig sind (3.4). Den Abschluss bilden Empfehlungen an den Vorstand der Stiftung Liebenau, die Heimträger und Mitarbeiter (4).

1 Die Rechtslage

1.1 „Beihilfe zum Suizid“ in Deutschland

1.1.1 Bisher kein Verbot der Suizidbeihilfe

Der Suizid bzw. der Suizidversuch ist nach deutschem Recht nicht strafbar; damit ist auch die Beihilfe zum Suizid kein Straftatbestand. Im konkreten Fall von Suizidbeihilfe wird freilich geprüft, ob Tatbestände erfüllt sind, die die Fremdtötungsparagrafen § 211 (Mord), §§ 212 und 213 (Totschlag) und § 216 (Tötung auf Verlangen) des deutschen Strafgesetzbuches (StGB) betreffen.⁴ Geprüft werden kann auch, ob unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) vorliegt. Wenn ein Arzt oder ein naher Angehöriger einem Suizid assistieren, ist ferner die Garantenstellung, die diese Personen dem Sterbewilligen gegenüber einnehmen, von besonderer Bedeutung, da in diesen Fällen eine Unterlassung als Straftat gewertet werden kann.⁵ Ärzten ist die Beihilfe zum

⁴ Vgl. <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> (Zugriff 21.06.2014).

⁵ „Der 66. Deutsche Juristentag von 2006 empfiehlt zu regeln, dass straffrei ist, wer in Kenntnis der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung diese nicht verhindert oder eine nachträgliche Rettung unterlässt, und empfiehlt, einen Straftatbestand einzuführen, der die Förderung der Selbsttötung bei Handeln aus Gewinnsucht unter Strafe stellt.“ (EKD-Texte 97: Wenn Menschen sterben wollen, 17; vgl. <http://www.djt.de.Beschlüsse> 2006, Abt. Strafrecht, IV., S. 11; Zugriff am 01.07.2014).

Suizid teilweise auch durch Landesrecht untersagt,⁶ wobei sich die diesbezüglichen Regelungen der deutschen Bundesärztekammer bzw. der jeweiligen Landesärztekammern in den deutschen Bundesländern erheblich unterscheiden. Der Wunsch Sterbewilliger, selbst über den Tod entscheiden zu dürfen, hat in den vergangenen Jahren in Deutschland daher – neben einem sog. „Sterbetourismus“⁷ nach Zürich – vermehrt zu Ansätzen einer kommerziell betriebenen Sterbehilfe geführt. Hier lag das Motiv⁸ des oben erwähnten Gesetzentwurfs der CDU/CSU/FDP-Koalition vom August 2012, den das Kanzleramt im Oktober 2012 dem Präsidium des Bundestags zuleitete.

1.1.2 Der beabsichtigte „§ 217 StGB (neu)“

Nach der Bildung der neuen Berliner Koalitionsregierung zwischen CDU/CSU und SPD im Dezember 2013 griff Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) das Thema auf und kündigte einen Gesetzentwurf an, der „jede Form organisierter Beihilfe zur Selbsttötung“ verbieten solle.⁹ Seine Überzeugung sei, so Gröhe in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, „dass nicht nur die erwerbsmäßige – also ein besonders verwerfliches Geschäftemachen mit der Lebensnot von Menschen –, sondern jede Form der organisierten Selbsttötungshilfe verboten werden“ müsse. „Schwerstkranken und sterbende Menschen brauchen in ihrer letzten Lebensphase liebevolle Zuwendung und bestmögliche Pflege“, die sie durch Palliative Care bekommen könnten. Seine ablehnende Haltung zur Sterbehilfe begründet Gröhe so: „Unsere Rechtsordnung verpflichtet dazu, Leben und Würde der Menschen zu schützen. Daher gilt ein generelles Tötungsverbot. Das schließt die Tötung auf Verlangen

⁶ Der Nationale Ethikrat referiert in seiner Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ hierzu drei gegensätzliche Positionen seiner Mitglieder (Berlin 2006, 6.3.3, S. 84-88), ohne einen Beschluss zu fassen.

⁷ Die am 27.04.2005 verabschiedete Stellungnahme Nr. 9/2005 „Beihilfe zum Suizid“ der Nationalen Ethikkommission der Schweiz im Bereich Humanmedizin setzt sich mit diesem Phänomen u.a. im Abschnitt III. 6 d), S. 63f., auseinander. – Näheres dazu im Folgenden unter 3.2.3.

⁸ Z.B. hatte der (deutsche) Nationale Ethikrat in der oben zitierten Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ gesagt: „Eine Kommerzialisierung der Suizidbeihilfe sollte nötigenfalls strafrechtlich verboten werden“ (Berlin 2006, S. 90).

⁹ <http://www.familien-schutz.de/feed/rss/> (Zugriff 21.06.2014).

ausdrücklich ein. Die Selbsttötung ist dagegen straffrei, weil unsere Rechtsordnung vor solchen menschlichen Lebensdramen schweigt. Auch die Beihilfe zur Selbsttötung ist straffrei. Aber es ist etwas anderes, wenn die Beihilfe organisiert angeboten wird und die Selbsttötung damit gleichsam als eine Behandlungsvariante neben schmerzlindernde Medizin und andere Hilfen tritt. Dies tangiert unsere gesamte Wertordnung (...). Es ist in Deutschland erlaubt, lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen, wenn der Patient dies wünscht. Auch schmerzlindernde Therapien, die das Risiko einer Lebensverkürzung in Kauf nehmen, sind zulässig. Aus den Umfragen spricht natürlich auch die Angst, den Angehörigen zur Last zu fallen. Aber wollen wir in unserer Gesellschaft den Gedanken fördern, menschliches Leben falle anderen zur Last? Gilt das dann auch für behindertes Leben? Ich will das nicht.“¹⁰

Gröhe weist im weiteren Verlauf des Interviews darauf hin, dass es in diesen Fragen in den verschiedenen Staaten deutlich unterschiedliche Rechtstraditionen gebe. In vielen anderen Ländern Europas werde die Problematik ähnlich gesehen wie bei uns, nur in einer Minderheit der Staaten sei Aktive Sterbehilfe erlaubt.

1.2 Abweichende rechtliche Regelungen in den Benelux-Staaten

Regelungen, die eine Tötung auf Verlangen zulassen, finden sich in Europa derzeit ausschließlich in den Niederlanden, in Belgien und Luxemburg.¹¹

In den Niederlanden sieht das 2002 in Kraft gesetzte „Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung“ vor, dass Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung nicht mehr strafbar sind, wenn sie von einem Arzt begangen werden, der dabei eine Reihe von Kriterien beachtet. Diese „beinhalten, dass der Arzt

¹⁰ FAZ 21.01.2014 Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Mit „erwerbsmäßige“ ist wohl „gewerbsmäßige“ Beihilfe zur Selbsttötung gemeint.

¹¹ Vgl. <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> (Zugriff 21.06.2014).

- a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- c) den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert hat,
- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befand, keine angemessene andere Lösung gab,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten a) bis d) bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und
- f) die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.“¹²

Ärzte können auch einer entsprechenden schriftlich geäußerten Bitte nachkommen, wenn Patienten nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Auch der Bitte Minderjähriger kann entsprochen werden, wenn die Eltern bzw. der Vormund in die Entscheidung einbezogen werden.

Auch Belgien hat 2002 ein analoges Gesetz verabschiedet und 2014 auf Minderjährige ausgeweitet. In Luxemburg wurde ein der niederländischen und belgischen Regelung entsprechendes Gesetz 2009 in Kraft gesetzt.

1.3 Die Regelung der Suizidbeihilfe in der Schweiz

In der Schweiz werden „selbstsüchtige Beweggründe“ bei der Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe gestellt (Art. 115 StGB der Schweiz). Darüber hinaus ist – ähnlich wie bisher in der Bundesrepublik Deutschland – die Beihilfe zum Suizid nicht gesetz-

¹² Ebd.

lich geregelt. Im Umkehrschluss wird aus Art 115 StGB gefolgert, dass Beihilfe zum Suizid nicht unter Strafe steht, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Tötung auf Verlangen ist jedoch strafbar.

Das Fehlen einer genaueren gesetzlichen Regelung zur Suizidbeihilfe hat dazu geführt, dass in der Schweiz darüber seit vielen Jahren diskutiert wird. Anlass für die Diskussion waren auch Gründungen von Vereinigungen zur Suizidbeihilfe¹³, die schon seit den 1990er Jahren einen „Sterbetourismus“ in die Schweiz, besonders nach Zürich, zur Folge hatten. Zuletzt endete im Jahr 2010 eine diesbezügliche Anhörung durch die Regierung, bei der verschiedene Initiativen auf eine stärkere Reglementierung oder ein völliges Verbot des assistierten Suizids zielten, ohne rechtliche Folgen. In den vergangenen zwei Jahrzehnten kam es jedoch zu standesrechtlichen Empfehlungen für Ärzte durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 1995, 2004) sowie zu der Stellungnahme „Beihilfe zum Suizid“ der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK, 2005) und weiteren Erklärungen, in denen Empfehlungen für Politik und Gesetzgebung ausgesprochen wurden, die auch für die deutsche Diskussion große Relevanz haben. In Kap. 3 dieser Schrift wird darauf näher eingegangen.

1.4 Die Regelung der Suizidbeihilfe in Österreich

Auch in Österreich steht Selbsttötung nicht unter Strafe; strafbewehrt ist jedoch die Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) und – anders als in Deutschland und der Schweiz – die Mitwirkung an der Selbsttötung (§ 77 StGB: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen“). Bei Nicht-Urteilsfähigen wird unterstellt, dass sie die Tragweite ihres Entschlusses nicht erfassen können, sodass Hilfe zur Selbsttötung hier als Mord gewertet wird.

Wer die Selbsttötung eines Anderen nur geschehen lässt, wird – ähnlich wie in

¹³ „Exit“ wurde 1982 gegründet, „Dignitas“ 1998. Derzeit existieren sechs solcher „Suizidbeihilfe“-Vereinigungen in der Schweiz.

Deutschland – belangt, wenn er als Angehöriger oder Arzt rechtlich zum hindernden Eingreifen besonders verpflichtet ist. Der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung kann also auch im österreichischen Recht (§ 95 StGB) als Straftat verfolgt werden.¹⁴

2 Begriffsklärung

Im April 2004 hat die Ethikkommission der Stiftung Liebenau die Erklärung „Nicht töten, aber in Würde sterben lassen“ verabschiedet, in der sie die Position der Stiftung definierte. Die Thematik machte es erforderlich, eine Begriffsklärung¹⁵ zum Themenfeld der sog. „Sterbehilfe“ und der Sterbebegleitung vorzunehmen. Diese wird im Folgenden wiedergegeben mit Veränderungen, die a) dem speziellen Blick auf die Suizidbeihilfe und b) der in einem Jahrzehnt erfolgten Weiterentwicklung des Diskussionsstands geschuldet sind.

2.1 Hilfe beim Sterben – oder Hilfe zum Sterben?

In den meisten Ländern spricht man von *Euthanasie* und meint damit ursprünglich ein *möglichst erträgliches, dem Kranken willkommenes Sterben* (wörtlich: „guter Tod“). Da die Morde der Nationalsozialisten an kranken und behinderten Menschen mit „Euthanasie“ in Zusammenhang gebracht wurden, ist dieser Begriff in Deutschland und Österreich vorbelastet. Man spricht stattdessen von *Sterbehilfe*. Die Problematik dieses Begriffs ist, dass er seine ursprünglich weit gefasste Bedeutung der „Hilfe beim Sterben“ verliert und sich mehr und mehr auf „Hilfe zum Sterben“ verengt. Außerdem wird der Begriff auch dort verwendet, wo Kranke ohne ihre Zustimmung getötet werden. Das Ethikkomitee schlägt daher vor, auf den Begriff *Sterbehilfe* soweit mög-

¹⁴ <http://www.jusline.at> (Zugriff am 25.06.2014).

¹⁵ Vgl. Sterbehilfe und Sterbebegleitung – Eine Begriffsklärung. Aus: Nicht töten, aber in Würde sterben lassen. Die Position der Stiftung Liebenau zur Euthanasie, hrsg. von der Ethikkommission der Stiftung Liebenau im April 2004, S. 9–13.

lich zu verzichten und den jeweils gemeinten Sachverhalt klar zu benennen. Damit ist die Ethik auf den Plan gerufen. Sie fragt, wie wir gut und richtig handeln – auf unser Thema bezogen: ob Handlungsweisen, die zum Tod eines Menschen beitragen, speziell die Beihilfe zu seiner Selbsttötung, mit der Unantastbarkeit menschlichen Lebens in Einklang gebracht werden können. Die ethischen Unterscheidungs- und Beurteilungskriterien für alle Formen solchen Handelns sind die *Absicht im Handeln des Arztes* (und ggf. ebenso im Handeln des Pflegepersonals oder der Angehörigen), die *Einstellung des Kranken* gegenüber diesem Handeln, die *Handlung* selbst und ihre *Umstände* und schließlich ihre *Folgen*. Letztlich geht es um die Vereinbarkeit solchen Handelns mit *der Würde menschlichen Daseins*.

2.2 Die „Aktive Sterbehilfe“ – besser: Tötung auf Verlangen

Die sog. *Aktive Sterbehilfe* bedeutet den *gezielten Eingriff*, meist eines Arztes oder eines Pflegenden, in der *Absicht*, den Patienten *auf dessen Verlangen hin zu töten*. Von *Sterbehilfe* sollte man allerdings – wenn überhaupt – nur dort reden, wo eine *Bitte* des Kranken vorliegt. Diese kann *aktuell* geäußert werden, wenn er noch bei klarem Bewusstsein ist; sie kann auch *aus früheren Tagen* stammen oder in einer *Patientenverfügung schriftlich* niedergelegt sein, wobei dann der Arzt zu prüfen hat, ob zu vermuten ist, dass der gegenwärtige Wille des Patienten dem früheren Wunsch noch entspricht. Eindeutiger ist der Begriff *„Tötung auf Verlangen“*, der den ausdrücklichen *Wunsch* (in der Fachsprache: *die Freiwilligkeit*) *seitens des Patienten* zum Ausdruck bringt. Es muss misstrauisch machen, dass zunehmend auch dort von (aktiver) Sterbehilfe gesprochen wird, wo der Wille des Patienten unbekannt ist und ein Sterbewunsch nur vermutet wird (der missverständliche Fachbegriff lautet *nicht-freiwillig*), ja, sogar dort, wo die Tötung gegen den erklärten Willen des Patienten geschieht (sog. *unfreiwillige Sterbehilfe*). Richtig wäre es, in solchen Fällen von Totschlag zu sprechen und zu bedenken, dass die Grenze hin zum Mord (etwa aus Habgier) nahe liegt.

2.3 Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid)

Die *Beihilfe zum Suizid* meint das Verschreiben oder Besorgen sowie die Hilfe bei der Anwendung tödlich wirkender Mittel durch Dritte (*Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige oder Vertreter von Sterbehilfe-Organisationen*), wobei die Handlungshoheit beim Vollzug der Tötung aber beim Patienten selbst verbleibt. Dabei ist die Rechtsordnung, selbst in den mittel- und westeuropäischen Ländern, wie oben dargelegt nicht einheitlich. Eine Entwicklung des Rechtsbewusstseins zeichnet sich insofern ab, als in *Deutschland* die Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung, wenn man bei dieser Selbsttötung dabei ist und nichts dagegen unternimmt, regelmäßig nur noch bei Garantenpersonen, jedoch nicht mehr generell erhoben wird. In der *Schweiz* wurde dies seit jeher strafrechtlich nicht verfolgt. Neu ist auch, dass in der Stadt Zürich seit 2001 Sterbehilfe-Organisationen wie *„Exit“* oder *„Dignitas“* Zugang zu kommunalen Alten- und Pflegeheimen erhalten, der ihnen zuvor nicht gewährt wurde.

2.4 Die „passive Sterbehilfe“

Als *passive Sterbehilfe* bezeichnet man zum einen die *Beendigung einer Therapie*, z.B. das Abschalten von lebenserhaltenden Maschinen, zum andern das *Nicht-Ausweiten einer begonnenen Therapie*, etwa das Unterlassen bestimmter Maßnahmen wie das Verabreichen von Antibiotika. Passive Sterbehilfe wird – ähnlich wie indirekte – heute in den meisten Rechtsordnungen nicht mehr strafrechtlich verfolgt. Die Kriterien der Freiwilligkeit oder Unfreiwilligkeit des Patienten sind hier jedoch ethisch von großer Bedeutung. Nach den Ergebnissen der EURELD-Studie – einer Untersuchung der Entscheidungen über das Lebensende in sechs europäischen Ländern von 2003 – wird passive Sterbehilfe zum größeren Teil bei Patientinnen und Patienten praktiziert, die nicht mehr urteilsfähig sind.¹⁶

¹⁶ <http://www.EURELD Lancet 2003.com>

2.5 Die „indirekte Sterbehilfe“ und die „palliative Sedierung“

Eine weitere Form ärztlichen Handelns ist die sog. „indirekte Sterbehilfe“. Darunter versteht man *symptom- und schmerzlindernde Maßnahmen*, die möglicherweise dazu führen können, dass *der Tod früher* eintritt. Auch hier ist im Blick auf den Patienten zu unterscheiden, ob er in diese Maßnahmen *einwilligt*, ob sie *gegen seinen Willen* erfolgen oder ob *sein Wille unbekannt* ist.

Heute spricht man meist von *palliativer Sedierung* oder *terminaler Sedierung*. Darunter versteht man das Verabreichen starker Beruhigungsmittel, das die Linderung von quälenden Schmerzen oder belastenden Symptomen, etwa einer zunehmenden Atemnot mit Gefahr des Erstickens, intendiert und bis zum künstlichen Koma führen kann. Man unterscheidet *flache Sedierung*, die meist oral verabreicht wird, und *tiefe Sedierung*, die subkutan oder intravenös zugeführt wird. Die Zeitspanne kann sich von wenigen Stunden bis hin zu einer Woche erstrecken.

Die *palliative Sedierung* wird ethisch kontrovers diskutiert, weil sie zur Lebensverkürzung führen kann; tatsächlich wirkt sie – rechtzeitig eingesetzt – eher lebensverlängernd, auch wenn die Schmerzmittel hoch dosiert werden, und zählt daher inzwischen auch zu den Maßnahmen der Palliative Care.¹⁷ Auch hier ist ethisch relevant, ob die Zustimmung des Patienten eingeholt wird.

2.6 Eine schwierige Unterscheidung

Die Unterscheidung von *aktiver und passiver Sterbehilfe* ist nicht unumstritten, weil beides im konkreten Fall nahe beieinander liegen kann. Auch wer z.B. ein Beatmungsgerät abschaltet, ist ohne Zweifel „aktiv“. Die Bundesärztekammer vermeidet deshalb in ihrer Stellungnahme „Ärztliche Sterbebegleitung“ von 1998 den Begriff *Sterbehilfe*; sie will

¹⁷ Dies ergab eine im New England Journal of Medicine 2010 veröffentlichte Studie von Jennifer S. Temel u.a.: sh. Temel et al.: Palliative Care, in: N Engl J Med 2010; 363: 733-42. Martin Spiewak zitiert die Leiterin eines Hospizes in Oregon: „In Oregon betrachten wir Sterbehilfe und Palliativmedizin nicht als Gegensatz“ (Tod auf Rezept. In: DIE ZEIT Nr. 45 vom 30.10.2014, S. 35).

damit zum Ausdruck bringen, dass der Arzt nur beim Sterben begleiten, nicht aktiv töten darf. Dennoch hält die Rechtsprechung an der Gegenüberstellung von aktiver und passiver Sterbehilfe fest, weil damit die Motive, die Ziele und die Handlungsweisen des ärztlichen und pflegenden Personals schärfer unterschieden werden können. Die moralische Beurteilung ist freilich schwierig. Passive Sterbehilfe meint nicht, dass der Arzt nicht aktiv würde, sondern dass er keine Maßnahmen ergreift, die unabhängig von der Krankheit zum Tod führen, dass er vielmehr dem Geschehen der Krankheit seinen Lauf lässt.

2.7 Sterbebegleitung

„Sterbehilfe“ in ihren unterschiedlichen Formen wird heute – wie oben kurz angesprochen – meist als „Hilfe zum Sterben“ verstanden. Sie ist damit grundsätzlich zu unterscheiden von „Hilfe beim Sterben“ im Sinne der *Sterbebegleitung*, wie sie z.B. von der Hospizbewegung oder in der Palliative Care praktiziert wird. Diese zielt nicht auf eine vorzeitige Beendigung menschlichen Lebens (wie die „Aktive Sterbehilfe“, der *assistierte Suizid* oder die „Passive Sterbehilfe“) und nimmt sie auch nicht direkt in Kauf (wie manche Formen der *indirekten Sterbehilfe*). Sie steht vielmehr durch pflegerische, seelsorgerische, symptom- und schmerzlindernde Maßnahmen dem Patienten bei. Im Bereich der Symptom- bzw. Schmerzlinderung gibt es allerdings Berührungspunkte zwischen Sterbebegleitung und indirekter Sterbehilfe.

2.8 Tabellarische Darstellung

Die Tabelle auf der folgenden Doppelseite unterscheidet in der Waagrechten die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten von der aktiven bis hin zur passiven Sterbehilfe, in der Senkrechten das Handeln des Arztes oder der Pflegenden (bzw. ggf. auch das des Angehörigen) und die Beteiligung des Patienten. Die Sterbebegleitung, die den Tod des Kranken nicht intendiert oder in Kauf nimmt, ist davon zu unterscheiden. Die Darstellung zeigt auch, dass es irreführend ist, bei einem Handeln gegen den Willen des Patienten von Sterbehilfe zu sprechen.

**Medizinisches Handeln und Patientenbeteiligung
in der Sterbehilfe bzw. in der Sterbebegleitung**

Handeln des medizinischen Personals/ der Angehörigen	Aktive Sterbehilfe	Beihilfe zum Suizid			Passive Sterbehilfe	Indirekte Sterbehilfe/ Palliative Sedierung	Sterbebegleitung
	Gezielter Eingriff mit der Absicht der Tötung	Verschreiben/Besorgen tödlicher Medikamente			Beendigung der Therapie	Nicht- Ausweitung der Therapie	Schmerz-/Symptom- lindernde Maßnahmen mit möglicher Lebens- verkürzung
Patienten- beteiligung	freiwillig (=Tötung auf Verlangen)	freiwillig			freiwillig	freiwillig	freiwillig

**In den folgenden Fällen müssen die Motive
der Handelnden geprüft werden, um zu entscheiden,
ob Sterbehilfe vorliegt**

Patienten- beteiligung					nicht freiwillig (=Wille unbekannt)	nicht freiwillig (=Wille unbekannt)	
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

**In den folgenden Fällen ist es irreführend,
von Sterbehilfe zu sprechen**

Patienten- beteiligung	nicht-freiwillig (=Wille unbekannt)						
Patienten- beteiligung	unfreiwillig (=gegen den erklärten Willen)				unfreiwillig (=gegen den erklärten Willen)	unfreiwillig (=gegen den erklärten Willen)	

3 Ethische Abwägungen

3.1 Die ethische Bewertung des Suizids

Für die christliche Ethik – oder vorsichtiger gesagt: für die meisten Konzepte christlicher Ethik – ist es von ihrer Tradition her schwierig, den Suizid als eine legitime Entscheidung der menschlichen Freiheit anzuerkennen. Dazu ist in Kap. 3.4, wenn von den Trägern christlicher Heime zu handeln ist, mehr zu sagen. In den folgenden Kapiteln 3.2 und 3.3. geht es um die Bewertung des Suizids in weltanschaulich pluralen staatlichen Rechtsordnungen. Sie äußern sich zur ethischen Legitimität des Suizids nicht; diese Bewertung bleibt dem Einzelnen überlassen.

Im Zeitalter des Humanismus, also ab dem 14. Jahrhundert, beginnt die Philosophie sich an der vorchristlichen Antike zu orientieren, z.B. an Seneca (ca. 1-65 n.Chr.), der in seinem 70. Brief schreibt: „Finden wirst du auch Lehrer der Philosophie, die bestreiten, man dürfe Gewalt antun dem eigenen Leben, und es für Gotteslästerung erklären, selbst sein eigener Mörder zu werden: warten müsse man auf das Ende, das die Natur bestimmt hat. Wer das sagt, sieht nicht, dass er den Weg zur Freiheit verschließt.“¹⁸ Michel de Montaigne (1533-1592), ein Vertreter des französischen Humanismus, greift solche Gedanken auf und tritt im Blick auf die Selbsttötung für die Autonomie des Menschen ein.

Die Philosophie der Aufklärung im 18. Jahrhundert thematisiert den Suizid dann systematischer. David Hume (1711-1776) schließt in seiner nachgelassenen kleinen Abhandlung „Über den Selbstmord“ den Suizid aus der Reihe der Vergehen gegen den göttlichen Willen aus; er verletze auch nicht unsere Pflichten gegen die Gesellschaft oder gegen uns selbst. Aus der Bibel, so Hume, lasse sich kein explizites Zeugnis gegen die Selbsttötung gewinnen. Ganz anders als Hume argumentiert Immanuel Kant (1724-1804), der dem Menschen als moralischem Wesen auch Pflichten gegen sich selbst zuschreibt. In der Respektierung seiner Pflichten respektiere der Mensch die

¹⁸ L. Annaeus Seneca: Philosophische Schriften, Bd. 3 und 4. An Lucilius. Briefe über Ethik. M. Rosenbach (Hg.). Lateinisch und Deutsch. Darmstadt 1974 und 1984, Brief 70, S. 3–19, hier S. 11.

ganze Menschheit. „Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zernichten (sic!), ist eben so viel, als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach (...) aus der Welt vertilgen.“¹⁹ Daher ist die „Selbstentlebung“ für Kant „ein Verbrechen“.

Dies sind nur wenige ausgewählte Stationen der geschichtlichen Entwicklung, die exemplarisch die konträren Bewertungen des Suizids illustrieren. Dieser Gegensatz lässt sich heute systematisch so fassen, dass moderne Gesellschaften ähnlich wie Kant von einem Recht des Individuums auf Selbstbestimmung ausgehen, im Unterschied zu diesem aber nicht mehr von „Pflichten des Menschen gegen sich selbst“ sprechen. Dies hat dazu geführt, dass heute in den Rechtsordnungen pluraler Gesellschaften die persönliche Autonomie des Individuums über seinen Entschluss zum Suizid und den Vollzug dieser Tat respektiert wird. So geht etwa die Nationale Ethikkommission der Schweiz in ihrer Stellungnahme zur Suizidbeihilfe davon aus, „dass sie sich zur ethischen Legitimität des Suizides (...) im Grundsatz nicht zu äussern hat: Das Urteil über die Legitimität des Suizides ist und bleibt dem Individuum anheim gestellt.“²⁰ Dies schließt nicht aus, dass dem Staat von der Verfassung die Aufgabe auferlegt wird, für den Schutz des Lebens seiner Bürger Sorge zu tragen, bis hin zu Maßnahmen der Suizidprävention, die er ergreift.

3.2 Gesellschaftliche Problemstellungen

3.2.1 Verwaltungsrechtliche versus strafrechtliche Regelung

Gemäß der Ankündigung von Minister Gröhe soll der geplante § 217 StGB einerseits *private* Beihilfe zum Suizid weiterhin erlauben, *organisierte* Hilfe zur Selbsttötung jedoch unter Strafe stellen. Diese Grenzziehung erscheint zum einen problematisch, wenn gefragt wird, ob eine Tat, die dem einzelnen erlaubt ist, plötzlich strafbar sein kann, wenn eine Organisation sie begeht.

¹⁹ Immanuel Kant: Die Metaphysik der Sitten. In: Werke in zehn Bänden, hrsg. von Wilhelm Weischedel. Sonderausg. Wiss. Buchgesellschaft Darmstadt 1981, Band 7, 309-634, hier 554f.

²⁰ Nationale Ethikkommission der Schweiz im Bereich Humanmedizin: Stellungnahme Nr. 9/2005 „Beihilfe zum Suizid“, 47.

Zum anderen fällt die Trennung von *kommerzieller* und *nicht kommerzieller* Sterbehilfe schwer. Ärzte z.B. handeln nach eigenem Selbstverständnis nicht „gewerblich“. Ist ihr Tun demnach unter „nicht kommerziellem Handeln“ einzuordnen, auch wenn sie die Beihilfe zum Suizid gegen Geld leisten?

Auf Grund dieser Schwierigkeiten sollte geprüft werden, ob auf das Instrument des Strafrechts verzichtet werden und stattdessen eine Regelung auf der Ebene des Verwaltungsrechts gefunden werden kann. Das Ethikkomitee schlägt vor, rechtlich zu klären, ob verwaltungsrechtliche Regelungen ausreichen würden, die beispielsweise Bußgelder für organisierte Suizidunterstützer vorsehen. Dies wäre dann als „Verwaltungsunrecht“ einzustufen. Danach müsste über einen Verbotstatbestand und ein Zulassungsverfahren für nicht-gewerbliche Sterbehilfeorganisationen nachgedacht werden.

3.2.2 Anthropologischer Hintergrund des Suizids

Psychiatrische Forschungen belegen, dass die meisten der etwa 10 000 Personen, die sich in Deutschland jedes Jahr das Leben nehmen, nicht schwer krank sind, sondern sich in einer Situation befinden, aus der man ihnen heraushelfen könnte.²¹ Es sind Gefühle der (Zukunfts-)Angst, der Verzweiflung und der Ausweglosigkeit, die hinter ihrer Suizidabsicht stecken. Dabei wächst die Bereitschaft zum Suizid im Alter: „Jede zweite Frau, die sich in Deutschland umbringt, ist über 60 Jahre alt. Die Suizidraten alter Männer übersteigen die mittlere Suizidrate in der Bevölkerung, mit zunehmenden Alter ansteigend, um das bis zu Fünffache.“²²

Das deutsche „Nationale Suizidpräventionsprogramm“ hat im September 2012 folgende Zahlen veröffentlicht: In Deutschland haben sich im Jahr 2010 knapp 7500 Männer und etwas mehr als 2500 Frauen das Leben genommen. Zum ersten Mal seit Jahren sei damit die Zahl der Suizide wieder angestiegen (...). Knapp dreimal mehr Menschen

²¹ Felicitas Kock: „Günter Jauch“ über Sterbehilfe. TV-Kritik. In: Süddeutsche Zeitung, 20. Januar 2014.

²² Astrid Söthe-Röck: Interview mit PD Dr. Reinhard Lindner am 28. September 2010. Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

sein 2010 durch Suizide als durch Verkehrsunfälle gestorben(...)²³. Drei Details aus der Presseerklärung des Programms geben besonders zu denken: (1) 80 bis 90% der Suizidopfer seien psychisch krank gewesen und hätten keine Hoffnung mehr gehabt, ihre Situation ändern zu können. (2) Während die meisten Suizidversuche von jungen Frauen vorgenommen würden, gebe es den *vollendeten* Suizid meist bei alten Menschen. Bei Frauen etwa werde – wie oben erwähnt – jeder zweite Suizid durch eine über 60-Jährige verübt. (3) Besonders hoch liegt die Suizidrate in Deutschland bei jungen türkischen Frauen – fast doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen einheimischen Frauen, belegen Zahlen aus dem St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin.

Die starke Zunahme der Beihilfe zum Suizid, die in der Gegenwart zu beobachten ist, bedarf einer Erklärung. Sie ist möglicherweise begründet in dem in unserer Gesellschaft vorherrschenden Menschenbild, das eine Selbstoptimierung des Menschen verlangt. Wir fühlen uns verpflichtet, besonders die letzte Phase unseres Lebens, die dem eigenen Zugriff partiell entzogen ist, optimal zu gestalten. Das macht verständlich, weshalb einerseits die Hospizbewegung, andererseits aber auch Patientenvereinigungen und Organisationen der Sterbehilfe verstärkt Resonanz finden. Für Träger von Einrichtungen für Menschen, die nur eingeschränkt zur Selbstbestimmung fähig sind, ergibt sich daraus das Problem, dass sie ihren Klienten – ob Demenzkranken, psychisch kranken Menschen oder Menschen mit geistiger Behinderung – nicht oder nur sehr begrenzt dabei helfen können, diese kontrollierte Optimierung ihrer letzten Lebensphase vorzunehmen. Für Gesellschaften und Mitarbeiter der Stiftung Liebenau kann dies einen Impuls zu noch stärkerer Skepsis gegenüber der Suizidbeihilfe bedeuten.

3.2.3 Die Frage eines „gesellschaftlichen Drucks“ auf Schwerkranken

Kontrovers diskutiert wird in der Öffentlichkeit die Frage, ob durch das Angebot organisierter Sterbehilfe ein Druck auf Schwerkranken entstehen kann, Suizid zu begehen. Zunächst zeigt die Erfahrung aus der Pflegepraxis, dass der Wunsch nach

²³ <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51571/Zahl-der-Suizidtoten-angestiegen> (Zugriff 26.06.2014)

assistiertem Suizid auf Grund von schwerer körperlicher Krankheit selten ist. Dass das Leiden unter Schmerzen, unter Durst und Hunger zum Todeswunsch führe, ist oft eine Projektion Gesunder, die sich mit der Selbsteinschätzung der Befindlichkeit durch die Betroffenen nicht deckt.

Ob das Angebot der legalisierten Tötung auf Verlangen und der organisierten Sterbehilfe einen „Druck“ auf Schwerkranke erzeugen kann, ihren Angehörigen oder der Gesellschaft „nicht mehr zur Last zu fallen“, ist schwer zu beurteilen. Die Zahlen ergeben kein eindeutiges Bild: „Zwischen 2011 und 2012 ist die Zahl der Fälle von Sterbehilfe in den Niederlanden von 3695 auf 4188 um ca. 13% gestiegen“, stellt das Deutsche Referenzzentrum für Ethik in den Wissenschaften (DRZE) fest. Zu Unrecht folgert es jedoch, „damit setze sich ein Trend fort, der sich seit 2002 abzeichne(...)“²⁴, denn zwischen 2000 und 2005 war die Zahl zurückgegangen.

Dass also die nicht mehr strafbewehrte Tötung auf Verlangen und das durch Organisationen bereitgestellte Angebot der Beihilfe zur Selbsttötung einen „Dammbruch“ bewirken, ist wahrscheinlich zu viel gesagt. Empirische Untersuchungen legen dennoch einen gewissen Zusammenhang zwischen solchen gesellschaftlichen bzw. rechtlichen Regelungen und der Höhe der Suizidbeihilfe-Zahlen nahe. Nach einer im Jahr 2009 von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebenen Untersuchung des Allensbach-Instituts bei 527 repräsentativ ausgewählten Ärzten erhielt das Argument, Menschen könnten sich um ärztliche Hilfe beim Suizid bemühen, weil sie sich als Belastung für Familie und Gesellschaft fühlten, hohe Zustimmung (89%).²⁵ In der schon genannten internationalen EURELD-Studie („European end-of-life decisions“), die mit Hilfe von Fragebögen medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Staaten untersuchte, „konnte nachgewiesen werden, dass mit 0,36% der höchste Anteil von ärztlich assistierten Suiziden an den untersuchten Todesfällen in der Schweiz auftrat. In den Niederlanden fand ein ärztlich assistierter Suizid in

²⁴ <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> (Zugriff 21.06.2014).

²⁵ Institut für Demoskopie Allensbach. Ärztlich begleiteter Suizid und Aktive Sterbehilfe aus der Sicht der deutschen Ärzteschaft. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten. Juli 2010. Vgl. <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf>, S. 10 (Zugriff 23.06.2014).

0,21% der untersuchten Todesfälle statt, der Anteil der Todesfälle durch Tötung auf Verlangen war jedoch mit 2,59% in den Niederlanden deutlich höher.“²⁶ Die aufgeführten Zahlen lassen erkennen, dass entsprechende gesetzliche Regelungen eine „schiefe Ebene“ herstellen: Was nicht strafrechtlich untersagt ist, wird „salonfähig“!

3.2.4 Die Problematik des sog. „Sterbetourismus“

Von Jahr zu Jahr steigt in der Schweiz die Zahl der Menschen, die, unterstützt von einer Sterbehilfe-Organisation, Suizid begehen. Das gilt besonders für den Kanton Zürich, wo die Organisationen „Dignitas“ und „Exit“ einen hohen Bekanntheitsgrad haben; „Exit“ hat in der Schweiz über 80 000 Mitglieder. Im Jahr 2011 waren es etwa 450 Menschen, die sich mit Hilfe der beiden Vereinigungen das Leben nahmen. In der Niederlassung von „Dignitas“ in Pfäffikon (ZH) starben 144 Suizidenten, das sind rund 35% mehr als im Vorjahr. Bei „Exit“ erhielten über 300 Menschen Hilfe, gegenüber 2010 ein Anstieg von rund 20%.²⁷ Die Faszination des neuzeitlichen Leitmotivs „Selbstbestimmung“ heißt, auf das Lebensende übertragen: Wir möchten unsere letzte Lebensphase kontrollieren!

Aus deutscher Sicht ist bemerkenswert, dass vor allem die Zahl der Ausländer, die dieses Angebot wahrnehmen, ständig steigt. Von den 144 Menschen, die sich 2011 mit Hilfe von „Dignitas“ in Zürich das Leben nahmen, sollen nur fünf Schweizer Staatsangehörige gewesen sein. 2012 waren es bereits 172 ausländische Suizidwillige; sie kamen aus 31 Ländern, die höchste Zahl – nämlich 77 – stammt aus Deutschland.²⁸ Bereits 2003 hatte die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ mit der Schlagzeile „Zürich sehen und sterben“²⁹ darauf hingewiesen, wie in der Schweiz die „Giftbeschaffung aus Bürgersinn“ funktioniert.

²⁶ A. van der Heide et al.: End-of-life decision-making in six European countries: a descriptive study. *Lancet* 2003, p. 362, 345-350. Zitiert bei Sabine Salloch: Ärztlich assistierter Suizid als Herausforderung für das ärztliche Berufsethos. Kongresspublikation (Zugriff 23.06.2014). Vgl. http://www.schleyer-stiftung.de/pdf/pdf_2011/thesen_berlin_10_11/Salloch_Sabine_Vortrag.pdf (Zugriff 23.06.2014).

²⁷ <http://www.jme.bmj.com> (Zugriff 20.08.2014 unter 10.1136/medethics-2014-102091).

²⁸ Neue Züricher Zeitung vom 21.08.2014, gestützt auf Zahlen des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich.

²⁹ Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 16.09.2003, S. 44.

Die Nationale Ethikkommission der Schweiz im Bereich Humanmedizin hat sich im April 2005 in ihrer Stellungnahme „Beihilfe zum Suizid“ mit diesen Fragen eingehend beschäftigt.³⁰ Einleitend nennt sie neben anderen Aspekten folgende drei Punkte als Anlass für ihre Beratung:

- *„Sterbetourismus“*: Die Sterbehilfeorganisation Dignitas bietet im Kanton Zürich und neuerdings auch im Kanton Aargau in wachsender Zahl Freitodbegleitungen für Menschen an, die aus dem Ausland anreisen. Nach Angaben der Stadtpolizei Zürich waren dies im Jahr 2000 3, 2001 37, 2002 55 und 2003 91 Fälle. (Quelle: Neue Zürcher Zeitung, 22. Februar 2004)
- *Anstieg der Suizidhilfefzahlen von Organisationen*: Die Anzahl der Exit-Tode verdreifachte sich von 110 in der Periode von 1990–1993 auf 389 in der Periode von 1997–2000.
- *Beihilfe zum Suizid in Kranken- und Altersheimen*: Auf den 1. Januar 2001 hat die Stadt Zürich eine Regelung eingeführt, welche es erlaubt, Beihilfe zur Selbsttötung in den städtischen Kranken- und Altersheimen durchzuführen. Eine neue Empfehlung der Chambre de l'éthique der Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) spricht sich für die Möglichkeit der Durchführung von assistierten Suiziden in Kranken- und Altersheimen aus, wenn die Suizidentinnen oder Suizidenten nicht mehr über ein eigenes Domizil verfügen.³¹

Die Kommission kommt zu dem Schluss, die spezifischen Regelungen der Schweiz in der Frage der Hilfe zur Selbsttötung hätten zur Folge, „dass auch Menschen aus anderen Ländern (dorthin) reisen, um Suizidbeihilfe durch eine Organisation, welche in

³⁰ Stellungnahme Nr. 9/2005 „Beihilfe zum Suizid“ der Nationalen Ethikkommission der Schweiz im Bereich Humanmedizin.

³¹ A.a.O., S. 10f.

ihrem Land verboten wäre, hier legal in Anspruch zu nehmen.“³² Sie sieht die angemessene Lösung für die Problematik des daraus erwachsenden „Sterbetourismus“ darin, den Wunsch der um Suizidbeihilfe Nachsuchenden qualifiziert zu prüfen und eine staatliche Beaufsichtigung und Qualitätssicherung des Handelns der Organisationen für Sterbehilfe zu gewährleisten. Sie verweist auf die Kriterien, die die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften als Voraussetzungen nennt, um dem Wunsch nach Suizidbeihilfe nachkommen zu können (vgl. unten S. 28f.). Eine qualifizierte Prüfung dieses Wunsches „ist nur im Rahmen einer eingehenden und länger andauernden Beziehung möglich und nicht auf Grund eines kurzen oder einmaligen Kontaktes mit dem suizidwilligen Menschen“³³, der so aussieht, dass zwischen der Ankunft in Zürich und der Assistenz beim Suizid nicht mehr als 24 Stunden liegen.

3.3 Die Kontroverse um das ärztliche Handeln

3.3.1 Die Bedeutung des ärztlichen Standesrechts

Da einerseits Suizidbeihilfe kein Gegenstand des deutschen Strafrechts ist, andererseits Ärzte auf Grund ihrer medizinischen Kompetenz bei möglichen Selbsttötungen als Helfer gefragt sein können, kommt dem ärztlichen Standesrecht in Fragen der Suizidunterstützung eine wichtige Bedeutung zu. Bis zum Jahr 2011 legte die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer (BÄK) fest: „Beihilfe zum Suizid gehört nicht zu den ärztlichen Aufgaben.“ Der frühere Präsident der BÄK, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, legte dies in einem Interview mit der Frankfurter Rundschau am 26.12.2010 so aus: „Sie soll aber möglich sein, wenn der Arzt das mit seinem Gewissen vereinbaren kann.“ Der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel beschloss dann im Juni 2011 mit Mehrheit, Ärzten die Suizidbeihilfe berufsrechtlich zu untersagen. In § 16 der neuen Musterberufsordnung der Bundesärztekammer heißt es nun: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen

³² A.a.O., S. 63.

³³ A.a.O., S. 76.

verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“³⁴

Diese Musterberufsordnung bedarf jedoch der Umsetzung durch die Landesärztekammern; denn nur diese – und nicht die Bundesärztekammer – haben das Satzungsrecht für berufsrechtliche Vorschriften, die die Ärzteschaft betreffen. Nur zehn der 17 Landesärztekammern haben aber inzwischen das Verbot der Hilfe zur Selbsttötung umgesetzt; die anderen haben sich darauf beschränkt, ein Verbot der Tötung auf Verlangen auszusprechen (was dem ohnehin bestehenden strafrechtlichen Verbot entspricht). Bayern und Baden-Württemberg etwa haben den Satz 3 des oben zitierten § 16 einfach weggelassen.³⁵ Ob die Regelung in den zehn Ländern Bestand haben wird, ist fraglich. Die Humanistische Union und die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben wollen das Recht auf Suizidbeihilfe durch Ärzte verteidigen und haben Normenkontrollklagen angekündigt.

Der angekündigte Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums hat die Diskussion auch über die spezielle Rolle der Ärzte bei der Suizidbeihilfe neu entfacht. Der Tübinger Medizinethiker Urban Wiesing spricht sich gegen das geplante Verbot organisierter Sterbehilfe aus und plädiert für eine reglementierte Freigabe. Nach seinem Verständnis wären die Ärztekammern am besten geeignet, Beihilfe zum Suizid zu organisieren: „Ihre Mitglieder, die Ärzte, verfügen über das notwendige Fachwissen. Sie können medizinisch gebotene Behandlungen einleiten. Sie sind in ihrem ärztlichen Ethos grundsätzlich dem Leben verpflichtet und verfügen damit über die notwendige Vorsicht. Sie sind organisiert und unterliegen einer Kontrolle.“³⁶ Wiesing betont, dass selbstverständlich für jeden Arzt das Recht gelten muss, sich der Suizidbeihilfe zu weigern. „Niemand darf gegen sein Gewissen zur Hilfe beim Suizid gezwungen werden.“

³⁴ <http://www.bundesaerztekammer.de> (Zugriff 25.06.2014)

³⁵ Insofern ist die Aussage der EKD-Orientierungshilfe nicht zutreffend, „die Ärzteschaft selbst (habe), folgt man den Verlautbarungen ihrer offiziellen Vertretungen, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung bislang kategorisch abgelehnt“ (Wenn Menschen sterben wollen. EKD-Texte 97, 2008, S. 31).

³⁶ Urban Wiesing: Hilfe zulassen! Gegen das geplante Verbot von organisierter Sterbehilfe: Ein Plädoyer für die reglementierte Freigabe. In: DIE ZEIT Nr. 16 vom 10. April 2014, S. 38.

3.3.2 Das Dilemma des Arztes angesichts einer Bitte um Suizidbeihilfe

Auch in der Schweiz, die ähnlich wie Deutschland bisher kein strafrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe kennt, hat sich eine Diskussion über das ärztliche Standesrecht in dieser Frage entwickelt.

Als zuständige standesrechtliche Organisation hat die „Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften“ (SAMW) zunächst im Jahr 1995 und dann erneut im Jahr 2004 ihre Ethikkommission damit beauftragt, eine Richtlinie „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ zu erstellen, in der sie die Rolle des Arztes bei der Beihilfe zum Suizid näher umschreibt.³⁷ In der Fassung von 2004 heißt es, diese Rolle bestehe bei Patienten am Lebensende darin, „Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es ist nicht seine Aufgabe, von sich aus Suizidbeihilfe anzubieten, sondern er ist im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern.“

Wenn jedoch der Wunsch nach Suizidbeihilfe dauerhaft bestehen bleibt, sieht die Akademie den Arzt in einem schwer lösbaren Konflikt gegenüber seiner Aufgabe, da die Achtung des Patientenwillens „grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung“ ist. Im Unterschied zu der Richtlinie von 1995 sagt die Akademie nun: „Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren. In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen.“³⁸ Darüber hinaus wird abschließend nochmals betont, die Tötung eines Patienten sei „vom Arzt auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen abzulehnen“ und nach Art. 114 StGB strafbar.

³⁷ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende; zum Folgenden Abs. 4.1, Seite 9.

³⁸ Ebd.

3.3.3 Die in der Schweiz gefundenen Kriterien

3.3.3.1 Die Kriterien der „Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften“

Die „Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften“ (SAMW) hat mit der Darstellung des ärztlichen Dilemmas, mit der Bejahung einer persönlichen Gewissensentscheidung des Arztes und der Forderung, diese zu respektieren, aus der Sicht des ärztlichen Standesrechts neue Wege beschritten. Sie hat darüber hinaus Kriterien formuliert, die als Voraussetzungen gelten müssen, wenn ein Arzt Beihilfe zum Suizid leistet:

„Entschliesst er sich zu einer Beihilfe zum Suizid, trägt er die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

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

Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst durchgeführt werden.“³⁹

3.3.3.2 Die Abwägungen und Kriterien der „Nationalen Ethikkommission“

Über die „Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften“ hinaus hat dann im Jahr 2005 auch die „Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin“ der Schweiz (NEK) eine ausführliche Stellungnahme „Beihilfe zum Suizid“ vorgelegt, an der sie seit 2002 gearbeitet hat. Der 83 Seiten umfassende Text gibt nach einer Darstellung der aktuellen Rechtslage (I) einen Einblick in historische, rechtliche, geografi-

³⁹ Ebd.

sche, politische und ethische Aspekte; auch die Position der beiden großen Kirchen in der Schweiz wird detailliert erläutert (II). Die ethischen Erwägungen der Kommission schließen sich an (III) und gipfeln in der Suche nach Kriterien, die ethisch das Ziel verfolgen „den Würde- und Autonomieanspruch“ der Menschen zu unterstützen und eine rechtlich verbindliche staatliche Aufsicht zu gewährleisten.⁴⁰ Zwölf Empfehlungen zur Suizidbeihilfe runden die Schrift ab (IV).

Die Kommission referiert zum Abschluss des Teils II ihrer Stellungnahme die ethischen Argumente, die in der bisherigen Debatte um den medizinisch assistierten Suizid herangezogen wurden. Zur *Rechtfertigung* werden vor allem drei Argumente herangezogen:⁴¹

- Der Grundsatz der Selbstbestimmung, der dem Patienten erlaube, die Modalitäten und den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen; auf Seiten des Arztes muss jedoch die Entscheidungsfreiheit gewahrt bleiben;
- das „Recht auf Sterben“, eng an das Selbstbestimmungsprinzip gekoppelt, als Ausdruck des Rechts des Menschen auf den eigenen Körper;
- das Prinzip der Fürsorge / des Wohltuns, das auf die ärztliche Verpflichtung zielt, zum Wohl des Patienten dessen Schmerz und Leiden zu lindern.

Die *Ablehnung* der ärztlichen Beihilfe zum Suizid, die die Kommission referiert, stützt sich vorwiegend auf ebenfalls drei Argumente:⁴²

- Die Heiligkeit des Lebens, vor allem aus theologischer Sicht vorgebracht, zielt auf den unendlichen Wert jeden Augenblicks der menschlichen Existenz, auf das absolute Tötungsverbot und auf die Beziehung des menschlichen Lebens zu Gott;

⁴⁰ Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr. 9/2005 der Nationalen Ethikkommission der Schweiz im Bereich Humanmedizin, S. 52f.

⁴¹ Ebd., S. 43f.

⁴² Ebd., S. 44-46.

- die berufliche Integrität des Arztes, nach der Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid der Natur der ärztlichen Aufgabe widersprechen;
- das „Dambruch-Argument“, das auf das Risiko des unaufhaltsamen Abgleitens in immer unannehmbare Praktiken abhebt (vgl. oben 3.1.2).

Die Beihilfe zum Suizid ist nach den Worten der Kommission von einer ethischen Ambivalenz gekennzeichnet:

„Die Suizidbeihilfe erzeugt einen schweren moralischen Zielkonflikt. Dieser lässt sich nicht ohne weiteres damit austräumen, dass allein auf die persönliche Freiheit des Suizidenten fokussiert wird. Immer wieder besteht ein Widerstreit zwischen der Achtung der Selbstbestimmung Suizidwilliger und der Hilfeleistungspflicht für eben diese Personen, wenn sie ihrem Leben ein Ende setzen wollen. Die persönliche Autonomie als Selbstbestimmung wird einerseits als Kern eines gelingenden Lebens angesehen und Einschränkungen werden von den Betroffenen als Beeinträchtigungen ihres Wohls und als Verletzung des Respekts erlebt. Entsprechend müsste die Selbstbestimmung auch im Bezug auf die Entscheidungen über das Ende des Lebens geschützt und unterstützt werden. Auf der anderen Seite ist aber ebendiese Selbstbestimmung nicht losgelöst von den Beziehungen zu Anderen sowie von den sozialen und biologischen Bedingungen zu verstehen. Die persönliche Freiheit und Autonomie macht erst Sinn, wenn sie aus diesen Beziehungen heraus verstanden wird. Beziehungen beinhalten, dass uns der Tod der anderen nicht gleichgültig ist. Dieses ethische Dilemma kann nicht theoretisch aufgelöst werden.

Es macht aber deutlich, weshalb die Suizidbeihilfe keine Frage ist, die auf moralischer Ebene generell zu regeln ist, sondern dass dieses Aufeinanderprallen zweier persönlicher Freiheiten und die Auslegung

der Aufgabe ihrer Beziehung stets singular sind. Deshalb darf die Suizidbeihilfe auf keinen Fall eine Routine oder die Anwendung einer Regel auf Grund von formellen Bedingungen werden. Sie kann nicht formalistisch geregelt und administratorisch organisiert werden. Das Dilemma begegnet uns wieder auf der Ebene der Institutionen: Auf der einen Seite kann Suizidbegleitung bei unsorgfältiger Durchführung tragischerweise in eine Tötungshandlung umschlagen, auf der anderen Seite können aber Suizide nicht vollzogen werden, nur weil sich Institutionen dagegen wenden. Das stellt zwar Art. 115 StGB im Grundsatz nicht in Frage, beweist aber, dass seine Anwendungsbedingungen genauer präzisiert werden sollten.“⁴³

Als Prinzipien ihrer Beratung benennt die Kommission die *Grundsätze der Selbstbestimmung und der Fürsorge*, die in ihrer Zuordnung und ihrem Spannungsverhältnis die ethischen Abwägungen bestimmen. Auf dem Hintergrund dieser Prinzipien sucht die Kommission Kriterien, die für den Umgang mit Suizidbeihilfe gelten können. Sie betrachtet den Art. 115 StGB als „Freiraum für die straflose Beihilfe zum Suizid“, der aber auch das Risiko von Missbrauch und Pervertierung in sich birgt. Sie erachtet es deshalb als „notwendig, ausserhalb des Strafrechts eine Anzahl einschränkender Bedingungen zu formulieren, um die Wohlerwogenheit und die Sorgfalt der Abklärung zu garantieren“⁴⁴. Diese einschränkenden Bedingungen betreffen das ärztliche Handeln, die beteiligten Institutionen und die Sterbehilfeorganisationen.

⁴³ Ebd., S. 48.

⁴⁴ Ebd., S. 47.

Folgende Kriterien⁴⁵ sind in den Augen der Kommission wichtig:

- die Urteilsfähigkeit des Suizidwilligen;
- das Leiden, das er empfindet und das durch palliative Pflege nicht hinreichend gemindert werden kann;
- die Diagnose einer tödlichen oder schwer beeinträchtigenden Krankheit;
- das Domizil des um Beihilfe zum Suizid Ersuchenden, da sich die Lage in einem Alten- oder Pflegeheim, einem Krankenhaus oder der eigenen Wohnung jeweils unterschiedlich darstellt;
- die Frist zwischen Ersuchen und Akt der Beihilfe sowie das Einholen einer Zweitmeinung;
- ein psychiatrisches Gutachten, da die große Mehrheit der Suizide im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung erfolgt. Hierzu sagt die Kommission: „Beihilfe zum Suizid soll aus ethischer Sicht auf keinen Fall erfolgen, wenn die Suizidalität Symptom oder Ausdruck einer psychischen Erkrankung ist“;
- tiefe und langjährige Vertrautheit (als wünschenswertes, aber nicht generell zu forderndes Kriterium);
- psychologische Unterstützung und pharmakologische Ausbildung der Suizidbegleiter;
- das Alter des Suizidwilligen, das freilich – außer im Falle von Kindern – nicht als ausschließendes, sondern nur als verstärkendes Kriterium ins Feld geführt werden kann.

Die Stellungnahme geht dann noch auf eine Reihe von Sonderfällen ein: Suizidwünsche von psychisch Kranken, von Unmündigen, organisierte Suizidbeihilfe und „Sterbetourismus“.

⁴⁵ Ebd., S. 53-58; im Folgenden mit Auslassungen wörtlich übernommen.

3.3.3.3 Die Empfehlungen der „Nationalen Ethikkommission“

Folgende zwölf Empfehlungen⁴⁶ verabschiedete die Nationale Ethikkommission am 27.04.2005. Bis auf die siebte Empfehlung, bei der es ein Mehrheits- und ein Minderheitsvotum gab, erfolgten die Voten einstimmig oder ohne Gegenstimme.

1 Zwei Pole

Die ethischen Fragen, welche die Suizidbeihilfe aufwirft, ergeben sich aus dem Spannungsverhältnis zwischen der gebotenen Fürsorge für suizidgefährdete Menschen einerseits und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen andererseits. Empfehlungen, Richtlinien und rechtliche Regelungen müssen beiden Polen in diesem Spannungsverhältnis Rechnung tragen.

2 Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen

Die Mitwirkung bei der Selbsttötung sollte in ethischer Sicht unterschieden werden von der Tötung auf Verlangen.

3 Straflosigkeit der Beihilfe zur Selbsttötung

Die Beihilfe zum Suizid bleibt nach Auffassung der NEK-CNE aus ethischen Gründen zu Recht straflos, sofern sie nicht aus eigennützligen Motiven durchgeführt wird. Die Kommission empfiehlt, am geltenden Art. 115 StGB keine Änderungen vorzunehmen.

4 An der Person orientierte Entscheidungen

Eine Entscheidung zur Suizidbeihilfe muss sich an der Person und an der Situation des Suizidwilligen orientieren und darf nicht zu einer bloss aus Regeln abgeleiteten Entscheidung werden.

5 Sterbehilfeorganisationen

Art 115 StGB schützt de facto die Selbstbestimmung der am Suizid Beteiligten, indem er diese straffrei lässt. Diese grundsätzlich liberale Haltung soll nicht in Frage gestellt werden. Im Hinblick auf

⁴⁶ Ebd., S. 65-77.

die herrschende Praxis der Suizidbeihilfe bedarf es aber bei den Sterbehilfeorganisationen der Ergänzung.

6 Psychische Krankheiten

Bei psychisch kranken Menschen sind Todes- und Suizidwünsche häufig Ausdruck oder Symptom ihrer Erkrankung. Deshalb bedürfen Suizidwillige, die unter psychischen Krankheiten leiden – alleine oder in Kombination mit somatischen Krankheiten – in erster Linie einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist, soll keine Beihilfe zum Suizid geleistet werden.

7 Kinder und Jugendliche

Mehrheitsposition:

Bei Kindern und Jugendlichen kommen die in der Gesundheitspflege generell geltenden rechtlichen und ethischen Regeln zur Anwendung. Den in Empfehlung 4 formulierten Überlegungen ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Minderheitsposition:

Bei Kindern und Jugendlichen soll keine Beihilfe zum Suizid geleistet werden.

8 Spitäler und Heime

A – Institutionen der Langzeitpflege: Wenn ein Bewohner den assistierten Suizid wünscht und er über keinen anderen Lebensort verfügt als diese Institution, sollte er nach Möglichkeit den Akt auch an diesem Ort durchführen können.

B – Akutspitäler: Jede Institution soll klar festlegen, ob sie für ihre Patienten die Möglichkeit des assistierten Suizids zulassen will oder nicht. Die Institution soll ihren Entscheid den Patientinnen und Patienten gegenüber erklären können.

C – Bezüglich des Suizids in psychiatrischen Institutionen wird auf Empfehlung 6 verwiesen.

Der wohl erwogene persönliche Entschluss zum Suizid soll nicht an Regeln einer Institution, dem persönlichen Gewissensentscheid eines einzelnen Arztes oder einer einzelnen Betreuungsgruppe scheitern müssen. Es sollte die Möglichkeit gewährt werden, auf Wunsch einem anderen Arzt zugewiesen oder in eine andere Institution verlegt zu werden.

9 Angehörige von Heilberufen

Für Ärztinnen und Ärzte sowie für Pflegende entsteht vor dem Hintergrund des medizinischen Ethos ein Konflikt, weil medizinischer Beistand Fürsorge zum Leben bedeutet und nicht Beistand zu dessen Beendigung. Aus diesem Grund kann Suizidbeihilfe nicht als etwas begriffen werden, was zum Auftrag der Angehörigen von Heilberufen gehört. Wo Ärztinnen und Ärzte dennoch Suizidbeihilfe leisten, fällt dies in ihre persönliche Entscheidung.

10 Suizidwillige aus dem Ausland

Es gibt keinen ethischen Grund, Suizidwillige aus dem Ausland generell vom assistierten Suizid in der Schweiz auszuschliessen. Ein besonderes ethisches Problem bei dieser Personengruppe besteht jedoch in der Sicherstellung einer ausreichenden Abklärung und der diesbezüglichen Sorgfaltspflichten. Für Suizidwillige aus dem Ausland sollte genauso wie für Suizidwillige aus der Schweiz sichergestellt werden, dass die in Empfehlung 4 formulierten Bedingungen erfüllt sind.

11 Gesellschaftliche Tendenzen und Risiken

Der Suizidprävention soll künftig grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden, besonders angesichts von gesellschaftlichen Entwicklungen, die das Risiko bergen, Menschen in Grenzsituationen zur Annahme eines organisierten Angebotes der Suizidbeihilfe zu veranlassen.

12 Rechtlicher Regelungsbedarf

Die heutige Rechtslage bedarf der Ergänzung durch Bestimmungen, die sicherstellen, dass

- a) vor der Entscheidung zum assistierten Suizid für jeden Einzelfall hinreichende Abklärungen vorgenommen werden;
- b) niemand verpflichtet werden kann, Suizidbeihilfe zu leisten;
- c) keine Beihilfe zum Suizid geleistet wird, wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist;
- d) im Falle von Empfehlung 7. Minderheitsposition: bei Kindern und Jugendlichen keine Beihilfe zum Suizid geleistet wird;
- e) die Sterbehilfeorganisationen einer staatlichen Aufsicht unterstellt werden.

3.3.4 Lernchancen aus den Schweizer Überlegungen

Für die Diskussion in Deutschland, die – ausgelöst durch den 2012 vorgelegten Gesetzentwurf – zumindest in dieser gesellschaftlichen Breite noch jung ist, sind die Schweizer Erwägungen, Kriterien und Empfehlungen sehr hilfreich. Sie bauen auf dem Eingeständnis auf, dass die Frage der Suizidbeihilfe ein Dilemma bedeutet, das sich mit ethischer Rationalität nicht auflösen lässt. Das Spannungsverhältnis zwischen der Anerkennung der Selbstbestimmung des Suizidwilligen und der Pflicht, alles für den Erhalt seines Lebens zu tun, führt in einen nicht zu bewältigenden Konflikt. Die Nationale Ethikkommission spricht von einer „schwer fassbare(n) tragische(n) Seite“ des Suizids, die sich in der Bruchstückhaftigkeit manifestiere, mit der das Recht auf die Problematik reagiere. In Deutschland, wo man dem Prinzip der Fürsorge lange Zeit dadurch zum Recht zu verhelfen suchte, dass man die unterlassene Hilfeleistung zumindest jener Personen, die sich in einer Garantenstellung gegenüber dem Suizidenten befinden, strafrechtlich ahndete, muss dieses Eingeständnis der Hilflosigkeit erst noch umfassend nachvollzogen werden.

Hilfreich ist auch, aus den Schweizer Diskussionen die Gegensätze herauszuhören, mit denen die Kommissionen als ganze und die einzelnen Mitglieder umzugehen hatten.

Das Bestehen auf dem „Freiraum“ des Art. 115 StGB einerseits, das Plädieren für eine verstärkte Suizidprävention andererseits zeigen exemplarisch die Bandbreite der Empfehlungen. Das entschiedene Nein zur Legalisierung der „Tötung auf Verlangen“ – ungeachtet der Entwicklungen in den Benelux-Staaten – belegt, dass in der Schweiz das Bewusstsein dafür vorhanden ist, dass damit der liberale Umgang mit dem Gut des eigenen Lebens überschritten würde.

Speziell wichtig im Hinblick auf das in Deutschland geplante Gesetz zum Verbot von Sterbehilfe-Organisationen ist die Empfehlung der Schweizer Ethikkommission, diese – trotz mancher Bedenken, etwa unter dem Stichwort „Sterbetourismus“ – weiterhin zuzulassen, sie aber einer staatlichen Aufsicht zu unterstellen, die dazu beiträgt, Missbrauch und Perversion zu verhindern. Das Liebenauer Ethikkomitee sieht sich in seinem Vorschlag bestätigt, anstelle der geplanten strafrechtlichen Regelung („§ 217 StGB [neu]“) einen pragmatischen Umgang mit der Problematik auf dem Weg des Verwaltungsrechts zu suchen.

3.4 Das Handeln christlicher Heimträger

3.4.1 Die Bewertung des Suizids in der christlichen Ethik

Der ethische Blick auf den Suizid orientierte sich bisher an der Perspektive einer pluralen Gesellschaft. Da das nun folgende Kapitel sich mit Suizid und Suizidbeihilfe in *christlichen* Einrichtungen befasst, steht am Beginn eine Darstellung dieser Problematik in der christlichen Ethik.

Die Ablehnung der Selbsttötung in der christlichen Sittenlehre durchzieht so gut wie alle geschichtlichen Verlautbarungen zu diesem Thema bis hin zu aktuellen Äußerungen. „Aus christlicher Perspektive ist die Selbsttötung eines Menschen grundsätzlich abzulehnen, weil das Leben als eine Gabe verstanden wird, über die wir nicht eigenmächtig verfügen sollen“⁴⁷, heißt es in einer Pressemitteilung der Evangelischen

⁴⁷ EKD Pressemitteilung 249/2012 „Jede Form organisierter Suizidbeihilfe ist abzulehnen!“ Rat der EKD zur Debatte über die Beihilfe zur Selbsttötung.

Kirche in Deutschland (EKD) vom 19.11.2012, die als Stellungnahme zu dem oben erwähnten „Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ veröffentlicht wurde. Allerdings gibt es im Laufe der historischen Entwicklung innerhalb dieser generellen Ablehnung doch sehr differenzierte Positionen, die in wenigen Zügen skizziert werden sollen.

Im christlichen Altertum und im Mittelalter wird der Suizid unterschiedlich scharf verurteilt. Eine strikte Verurteilung spricht Augustinus (354-430) aus, der vom Dekalog her argumentiert und das dort ausgesprochene Tötungsverbot absolut versteht. Auch Thomas von Aquin (1225-1274) lehnt die Selbsttötung ab, und zwar aus drei Gründen, die in der Folge als die klassischen Argumente gelten: (1) Der Suizid ist eine Handlung gegen die von Gott wohl geordnete Natur, in der alles danach strebt, sich selbst zu erhalten. (2) Der Suizid ist ein Unrecht gegenüber der Gemeinschaft, in die der Mensch hineingeboren wird. (3) Der Suizid bildet einen Eingriff in das Souveränitätsrecht Gottes über das Leben eines jeden Einzelnen: „Wer sich also das Leben nimmt, der versündigt sich gegen Gott, so wie derjenige, der einen Sklaven tötet, sich gegen den Herrn des Sklaven versündigt.“⁴⁸ Diese Hauptlinie der Moralthologie wird durch eher gemäßigte Meinungen, wie sie sich etwa bei Ambrosius (339-397) und Hieronymus (347-420) finden, nicht wesentlich gemildert. So beginnt die Tradition der Verweigerung des kirchlichen Begräbnisses für sog. „Selbstmörder“ schon auf Provinzialsynoden im 6. Jahrhundert und dauert in der katholischen Seelsorgepraxis bis nach dem Zweiten Vatikanischen Konzil (1962-1965) an.⁴⁹ Dezierte Ausnahmen von dieser

⁴⁸ Thomas von Aquin: Summa theologiae, IIa-IIae, q. 64, art. 5.

⁴⁹ K. Hilgenreiner, Art. Selbstmord. In: Lexikon für Theologie und Kirche, Freiburg 1. Aufl. 1937, Band 9, 440-442. Genannt werden die Synoden von Orléans (533) und Braga (563).

Grundlinie bilden allein die Gedanken Karl Barths⁵⁰ (1886-1968) und Dietrich Bonhoeffers⁵¹ (1906-1945).

Ein Blick in einige ausgewählte Katechismen der letzten Jahrzehnte lässt erkennen, dass erst in der Gegenwart die Verurteilung der Selbsttötung einer vorsichtigeren Bewertung Platz macht. Bis in die 1990er Jahre hinein wird in Glaubensbüchern beider Konfessionen der Suizid als „Selbstmord“ bezeichnet; der Katechismus der Katholischen Kirche verurteilt ihn als „schwere(n) Verstoß gegen die Gerechtigkeit, die Hoffnung und die Liebe“⁵². Immerhin kann man den etwas trivial wirkenden Satz im Evangelischen Erwachsenenkatechismus „Die Kirche verurteilt den Selbstmord, aber nicht den Selbstmörder“⁵³ so interpretieren, dass die Autoren sich bewusst sind, der tragischen Situation dessen, der sich das Leben nimmt, mit einer Verurteilung nicht gerecht zu werden.

Erst in neuerer Zeit sprechen vereinzelt Erklärungen der Kirchen davon, dass über die Gründe einer Selbsttötung (!) keinem Außenstehenden ein Urteil zustehe. Dies sagt etwa die gemeinsame evangelisch-katholische Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens“ von 1989, die dann fortfährt: „Für den Christen bedeutet die Selbsttötung eines anderen Menschen eine enorme Herausforderung: Er kann diese Tat im letzten nicht verstehen und nicht billigen – und kann dem, der so handelt, seinen Respekt doch nicht versagen“⁵⁴. Der Katholische Erwachsenen-Katechismus, sechs Jahre

⁵⁰ Die berühmte Fundstelle dazu bei Karl Barth ist der § 55 der Kirchlichen Dogmatik, in der er sagt, „Jedermann, auch dem hartgesotenen theologischen Ethiker“, sei die Einsicht zuzumuten, „er könnte vielleicht letztlich doch nicht so genau wissen, was sich zwischen Gott und dem Selbsttöter nun eigentlich zugetragen hat“ (Kirchliche Dogmatik, Dritter Band: Die Lehre von der Schöpfung, Vierter Teil. Zollikon-Zürich 1951, hier 460).

⁵¹ „Nicht das leibliche Leben als solches“ – sagt Bonhoeffer – „hat ein letztes Recht an dem Menschen, der Mensch steht in Freiheit seinem leiblichen Leben gegenüber und <das Leben ist der Güter höchstes nicht>“ Ethik, hg. von Ilse Tödt u.a. (Werke, Band 6). München 1992, 195. Einen hervorragenden Kommentar zu den Gedanken Barths und Bonhoeffers gibt Frank Mathwig, Bern, in einem Vortrag auf der Landessynode 2012 der Evangelischen Kirche im Rheinland (Dokumente, hg. von der Ev. Kirche im Rheinland, 2013).

⁵² Katechismus der Katholischen Kirche. München – Wien 1993, Art. 2325, S. 589.

⁵³ Evangelischer Erwachsenenkatechismus. Gütersloh 4., überarb. Aufl. 1982, 525.

⁵⁴ Gott ist ein Freund des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz. Gütersloh / Trier 1989, 107.

später erschienen, lässt von diesem Respekt wenig aufscheinen, wenn er sagt, „dass derjenige, der sich selbst tötet, sich gegenüber Gott, dem wir unser Leben verdanken, verweigert und selbstmächtig die Zeit abbricht, die Gott ihm als Heilchance zugedacht hat. So ist die Verweigerung gelebter Freiheit zugleich eine Verweigerung Gott gegenüber.“⁵⁵

Auf evangelischer Seite findet sich zunehmend Bereitschaft, dem tragischen Geschehen des Suizids mit Barmherzigkeit zu begegnen.⁵⁶ Hilfreich ist die Unterscheidung zwischen individualethischer und sozialetischer Perspektive in der Orientierungshilfe „Wenn Menschen sterben wollen“⁵⁷, wenngleich man die Schlussfolgerungen nicht in jedem Einzelfall teilen mag. Dagegen bleiben im „Katechismus der Katholischen Kirche“ Verdikt und Verurteilung vorherrschend.⁵⁸ Einen demgegenüber eigenwilligen Weg geht der katholische Theologe Hans Küng, der die traditionelle These ablehnt, eine „vorzeitige“ Rückgabe des Lebens (sei) ein menschliches Nein zum göttlichen Ja“. Gerade aus der Bibel, wo Gott geglaubt wird als „Vater der Schwachen, Leidenden, Verlorenen, der dem Menschen Leben spendet und ihn wie eine Mutter umsorgt, (als) der solidarische Bundesgott, der den Menschen, sein Ebenbild, als einen freien, verantwortlichen Partner haben will“⁵⁹, folgert er: „Der allbarmherzige Gott, der dem Menschen Freiheit geschenkt und Verantwortung für sein Leben zugemutet hat, hat gerade auch dem sterbenden Menschen die Verantwortung und Gewissensentschei-

⁵⁵ Katholischer Erwachsenen-Katechismus, Band 2, Freiburg – Kevelaer 1995, 283.

⁵⁶ Besonders geschieht dies in dem Dokument des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes (SEK) „Das Sterben leben: Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive“. 2007 (SEK Position 9). Die EKD übt daran offen Kritik und wirft dem SEK vor, sich an der Diskussionslage im eigenen Land zu orientieren, „ohne das Gespräch mit Kirchen anderer konfessioneller Traditionen oder Kirchen anderer Länder zu suchen“ (Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. 2008. EKD Texte 97, S. 23).

⁵⁷ A.a.O., 24-33.

⁵⁸ Katechismus der Katholischen Kirche. München – Wien 1993, Art. 2280-2283, 2325, S. 580f. 589; in fünf Artikeln wird nicht ein einziges Mal Verständnis oder Mitgefühl geäußert.

⁵⁹ Walter Jens / Hans Küng: Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. München – Zürich 1995, 54. Vgl. dazu Markus Zimmermann: „Menschenwürdig sterben“. Kritische Anfragen zu H. Küng und W. Jens. In: Orientierung 60 (1996), Nr. 11, 127-132, und ders. „Ein Gelehrter, der nicht mehr schreiben und lesen kann? Was dann?“ In: Schweizerische Kirchenzeitung 182 (2014), Heft 4, 52-59.

dung für Art und Zeitpunkt seines Todes überlassen.“⁶⁰ Ob freilich das Moment der Verantwortung des Suizidenten in dieser Argumentation hinreichend gesehen ist, bedürfte einer vertieften Diskussion.

3.4.2 Folgerungen für Einrichtungen christlicher Träger

Der Entwicklungsweg der Bewertung des Suizids innerhalb der christlichen Ethik ist ebenso deutlich geworden wie der Unterschied zu einem Denken, das der weltanschaulichen Pluralität verpflichtet ist. Welche Folgerungen ergeben sich daraus für die Praxis in christlichen Alten- und Pflegeheimen? Anders gefragt: Wie gehen Häuser, die von christlichen Trägern geführt werden, mit dem Problem des Suizids und der Suizidbeihilfe um? Die Frage muss unter rechtlichem wie unter ethischem Aspekt betrachtet werden.

3.4.2.1 Die Rechtslage in Einrichtungen christlicher Träger

Im Januar 2001 gewährte die Stadt Zürich Sterbehilfeorganisationen Zutritt zu ihren Altenheimen. Die Regelung wurde 2008 in den „Ethischen Richtlinien für die Altersheime der Stadt Zürich“ in deren dritter, überarbeiteter Fassung bestätigt. Sie lautet: „Sterbehilfeorganisationen haben gemäss Weisung der Stadt Zürich Zugang zu städtischen Altersheimen.“⁶¹ Die Verunsicherung in Einrichtungen christlicher Träger war groß, ob auch private Träger von Alten- und Pflegeheimen in der Schweiz dieser Richtlinie folgen müssten. In Deutschland entzündete sich eine ähnliche Diskussion im Zusammenhang mit der sog. „passiven Sterbehilfe“: Ein Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2010 stellte den mutmaßlichen Willen einer Heimbewohnerin auf Sterbehilfe durch Abbruch einer begonnenen medizinischen Behandlung (künstliche Ernährung durch eine Magensonde) *über* den Heimvertrag bzw. die Gewissensent-

⁶⁰ Walter Jens / Hans Küng: Menschenwürdig sterben (1995), 71f.

⁶¹ https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/gud/Deutsch/Alter/Altersheime/Allgemein/weitere_Dokumente/Ethische_Richtlinien.pdf (Zugriff 29.06.2014)

scheidung der Heimleitung und des Pflegepersonals.⁶² Angesichts dieses höchstrichterlichen Urteils liegt die Frage nahe, ob von christlichen Trägern geführte Heime Organisationen der Sterbehilfe Zutritt zu gewähren haben – sei es generell oder auf Wunsch der Heimbewohner.

Die Nationale Ethikkommission der Schweiz erörtert die Problematik. Sie macht plausibel, dass „der assistierte Suizid in einer Institution in der Regel nicht willkommen ist (...). Das hat mit dem schlechten Image zu tun, das er von der Institution vermittelt, und mit den Ängsten, die er bei den anderen Pensionären bzw. Patienten eines Alters- oder Krankenhauses oder einer Klinik auslösen könnte.“⁶³ Die Kommission geht aber eindeutig von dem Recht einer Einrichtung aus, „spezifisch und explizit nur Bewohner (anzunehmen), die zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme ausdrücklich zugestimmt haben, dass die betreffende Institution in ihren Räumen keine Suizidbeihilfe duldet. Das Reglement der Institution muss offen darlegen, auf welche Werte sie sich bezieht; dazu gehört auch, ob die Suizidbeihilfe in der Institution entweder ausdrücklich erlaubt oder verboten ist.“⁶⁴ Da der Kommission auch Juristen angehören, ist davon auszugehen, dass die Rechtslage so ist, dass eine Einrichtung für ihre Räume Suizidbeihilfe untersagen kann, wenn sie dieses Verbot den Bewohnern zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme bekanntgibt und diese ausdrücklich zustimmen. Klar ist auch, dass das Personal der Einrichtung nicht gezwungen werden kann, an einer Beihilfe zur Selbsttötung teilzunehmen. Ebenso muss die Geheimhaltung der Pläne der zum Suizid entschlossenen Person garantiert werden.

Damit scheint die Rechtslage geklärt. Aber die Frage hat auch eine ethische Dimension.

⁶² In der Urteilsbegründung heißt es: „Nach der schon zur Tatzeit ganz herrschenden Rechtsauffassung verliehen weder der Heimvertrag noch die Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG) der Heimleitung oder dem Pflegepersonal das Recht, sich über das Selbstbestimmungsrecht von Patienten hinwegzusetzen und eigenmächtig in deren verfassungsrechtlich verbürgtes Recht auf körperliche Unversehrtheit einzugreifen.“ BGH-Urteil vom 25. Juni 2010 · Az. 2 StR 454/09, Fundstelle: openJur 2010, 751. <https://openjur.de>. BGH Rechtsprechung (Zugriff am 02.07.2014).

⁶³ Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr. 9/2005 der Nationalen Ethikkommission der Schweiz im Bereich Humanmedizin, S. 54.

⁶⁴ A.a.O., S. 55.

3.4.2.2 Die ethische Dimension des Umgangs mit Suizidbeihilfe

Die Nationale Ethikkommission der Schweiz hat in ihrer Stellungnahme „Beihilfe zum Suizid“ mehrfach auf die Notlage hingewiesen, in die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen kommen können, die den Suizid wünschen. Die Kommission kommt daher zu dem Schluss: „Wenn ein Bewohner den assistierten Suizid wünscht und er über keinen anderen Lebensort verfügt als diese Institution, müsste er seinen Akt an diesem Ort durchführen können.“⁶⁵ Damit geraten die Träger christlicher Heime, die Heimleitungen und das pflegende Personal in einen ähnlichen Konflikt, wie ihn die Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften im Blick auf den Arzt dargelegt hat.⁶⁶ Analog dem Handeln des Arztes zielt das Handeln der Mitarbeiter in christlichen Alten- und Pflegeheimen auf die Lebenserhaltung, auf das Lindern von Leiden und auf die Begleitung der Heimbewohner. Aber analog der Situation des Arztes ist auch für sie die Achtung des Willens ihrer Bewohner für eine Vertrauensbeziehung grundlegend. Sie geraten daher ebenso in diese Dilemmasituation und werden mehr und mehr das (ethische) Recht auf eine persönliche Gewissensentscheidung geltend machen. Vorgesetzte und Kollegen sollten dieser Entscheidung Achtung entgegenbringen, auch wenn sie sie für falsch halten und rechtlich untersagen.

⁶⁵ Ebd. Hilfreich dazu auch die Stellungnahme 13/2006 derselben Kommission „Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe“, bes. S. 4-6.

⁶⁶ Siehe oben, 3.3.2.

4 Empfehlungen an Vorstand, Heimträger und Mitarbeiter

1. Das Ethikkomitee geht davon aus, dass Vorstand, Heimträger und Mitarbeiter – auch ehrenamtliche – vom christlichen Verständnis des Menschseins her Selbsttötung nicht gutheißen. Dennoch gilt, dass die christliche Ethik in der Beurteilung der Selbsttötung einen großen Lernprozess vollzogen hat und heute die herkömmlichen theologischen Konstrukte zum sog. „Selbstmord“ angesichts anthropologischer Momente wie Zukunftsangst und Verzweiflung, die in die Tragödie des Suizids führen, revidiert. Weder die Bewertung des Suizids als „Mord“ ist nach dem Urteil des Komitees gerechtfertigt noch die Bezugnahme auf das Fünfte Gebot, auch nicht die Vorstellung, der Suizident greife in Gottes Souveränität über das Leben ein. Die Stiftung sollte sich bewusst sein, welche Schuld Kirchenleitungen und Christen durch solche Verurteilungen auf sich geladen haben.
2. Der Respekt gegenüber dem Suizidenten, von dem wir „doch nicht so genau wissen“, was sich zwischen Gott und ihm „nun eigentlich zuge- tragen hat“ (Karl Barth), aber auch gegenüber dem, der aus persönlicher Verbundenheit bereit ist, ihm Hilfe zu leisten, muss an die Stelle jeder Verurteilung treten. Es ist notwendig, die tragische Konfliktsitu- ation, in der ein Suizidwilliger sich befindet, ernst zu nehmen und ihm hilfreich und mit Achtung zu begegnen. Dabei muss den beiden hierfür wichtigen Prinzipien, dem Respekt vor der Selbstbestimmung wie der Bereitschaft zur Fürsorge, Rechnung getragen werden.
3. Auch dem, der uneigennützig und in Betroffenheit über die Not eines ihm eng verbundenen Suizidwilligen bereit ist, diesem beim Suizid zu helfen und dabei die von den oben zitierten Schweizer Ethikkommissi- onen vorgelegten strengen Kriterien anwendet, versagt die Stiftung ihren Respekt nicht. Dennoch steht die persönliche Beziehung zwischen

Menschen auf einem anderen Blatt als die dienstrechtliche Stellung eines Mitarbeiters. Aus diesem Grund untersagt die Stiftung ihren Mit- arbeitsern, beim Suizid des Bewohners einer Einrichtung der Stiftung zu assistieren, und verankert dies im Dienstvertrag. Als Grundhaltung der Mitarbeiter muss gelten, „im Zweifel für das Leben“ einzutreten.

4. Christliche Einrichtungen und ihre Mitarbeiter sollten Maßnahmen der Suizidprävention unterstützen, ohne dabei Suizidwilligen besserwisse- risch gegenüberzutreten. Die Kontakte zu Beratungs- und Hilfestellen sollten verstärkt, eigene Fortbildungsmaßnahmen bei den Mitarbeitern hierzu durchgeführt werden. Die Stiftung Liebenau sollte ihr schon be- stehendes Engagement für Hospizarbeit und Palliative Care verstärken. Das Ziel ist, eine Atmosphäre zu schaffen, in der der Suizid-Wunsch möglichst nicht erwacht bzw. in der das Leben jedes Anderen, auch das eines Suizidwilligen, als höchstes Gut angesehen wird.
5. Christen sollten dafür eintreten, dass gesellschaftliche Rahmenbedin- gungen geschaffen werden, die – neben der Suizidprävention – einen humanen Umgang mit der Problematik gewährleisten. Sehr viele der Kriterien und Empfehlungen, die von den Schweizer Kommissionen erarbeitet wurden (vgl. oben S. 28-36), können dazu beitragen, etwa die Vergewisserung über die Urteilsfähigkeit des Suizidwilligen, die Ein- sicht in die Spannung von Selbstbestimmung und Fürsorge im Fall eines Suizidwunsches, das Wissen um die Ambivalenz jeder Suizidbeihilfe, das Erfordernis einer Frist zwischen Ersuchen und Akt der Beihilfe, das Einholen einer Zweitmeinung, das Verständnis dafür, dass Suizidbeihilfe nicht formalistisch geregelt werden kann.
6. Entgegen dem von der gegenwärtigen Bundesregierung geplanten Gesetzentwurf zu „§ 217 StGB (neu)“ empfiehlt das Ethikkomitee der Stiftung Liebenau, dafür einzutreten, Sterbehilfeorganisationen nicht zu verbieten, sondern sie unter eine verstärkte staatliche Aufsicht zu stellen, die prüft, ob sie die in der 5. Empfehlung erwähnten Kriterien

beachten. M. a. W.: Suizidbeihilfe soll nicht mit den Mitteln des Strafrechts verfolgt, sondern auf dem Weg des Verwaltungsrechts geregelt werden. Vorstand und Geschäftsführungen sollten eine Entscheidung treffen, ob Sterbehilfeorganisationen der Zugang zu den Einrichtungen der Stiftung untersagt wird.

7. Das Ethikkomitee empfiehlt, allen, die in einer Einrichtung der Stiftung Liebenau wohnen möchten, vor dem Einzug zu erläutern, dass und warum die Stiftung Liebenau Suizidbeihilfe ablehnt, und die ausdrückliche Zustimmung der künftigen Bewohner hierfür zu erbitten. Auch die Aufnahme einer entsprechenden Passage in den Heimvertrag ist notwendig. Falls ein Heimbewohner dennoch später den Wunsch auf Suizidbeihilfe äußert, sollte diesem Wunsch mit Respekt begegnet werden. Ein Zwang, die Einrichtung zu verlassen, sollte nicht erwogen werden.

Stiftung Liebenau



Stiftung Liebenau

Stiftung Liebenau
Siggerweilerstraße 11
88074 Meckenbeuren
www.stiftung-liebenau.de