

**Michael Brand (Hg.)**

# **Sterbehilfe oder Sterbebegleitung?**

## **Die Debatte**

Mit Beiträgen von Ute Nerge,  
Wolfgang Huber, Karl Kardinal Lehmann,  
Frank Ulrich Montgomery u.a.

**HERDER**

Michael Brand (Hg.)

# Sterbehilfe oder Sterbebegleitung?

Die Debatte



FREIBURG · BASEL · WIEN

© Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2015  
Alle Rechte vorbehalten  
[www.herder.de](http://www.herder.de)

Umschlaggestaltung: Designbüro Gestaltungssaal, Sabine Hanel  
E-Book-Konvertierung: Daniel Förster, Belgern

Printed in Germany

ISBN (E-Book) 978-3-451-80928-6  
ISBN (Buch) 978-3-451-30623-5

# Inhalt

[Vorwort](#)

## [1 Medizinische Aspekte](#)

[Lebenshilfe. Sterbehilfe. Tötungshilfe.  
Palliative Versorgung statt Beihilfe zum Suizid  
oder Tötung auf Verlangen](#)

[Von Thomas Sitte](#)

[Wir brauchen Aufklärung und keine organisierte Tötung](#)

[Von Frank Ulrich Montgomery](#)

[Ein unmoralisches Angebot](#)

[Warum die ärztliche Suizidhilfe gegen Menschenrecht  
verstößt](#)

[Von Stephan Sahn](#)

## [2 Ethische Aspekte](#)

[Worauf kommt es an?](#)

[Es geht um mehr – nicht nur um die Beihilfe zum Suizid](#)

[Von Wolfgang Huber](#)

[Grundlegende Reflexion zu Leben und Sterben](#)

[Von Karl Kardinal Lehmann](#)

[Grau ist alle Theorie?](#)

[In der Sterbehilfedebatte um der Schwächsten willen:  
mitnichten!](#)

[Von Peter Dabrock](#)

[Helfen und Schützen](#)

[Von Alois Glück](#)

## [3 Rechtliche Aspekte](#)

[Autonomieschutz durch Handlungsverbote?](#)

[Überlegungen zu einer vermeintlichen Paradoxie](#)

[Von Steffen Augsberg](#)

[Kein Paradigmenwechsel](#)

Für Respekt vor Gewissensentscheidungen – gegen Sterbehilfe als gewöhnliches Dienstleistungsangebot

*Von Roswitha Müller-Piepenkötter*

Überraschende Bündnisse auf ungesicherter Basis

Anmerkungen zu den unterschiedlichen Gesetzentwürfen zur Regelung der Suizidbeihilfe

*Von Oliver Tolmein*

#### 4 Aus dem Leben

Lebenshilfe statt Sterbehilfe

*Von Benedict Maria Mülder*

»Das ist doch kein Leben mehr!«

Dreißig Jahre Erfahrung mit aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden

*Von Gerbert van Loenen*

»Den Sterbenden helfen, statt sie zu töten«

*Ute Nerge und Thomas Sitte im Interview*

*mit Ludwig Greven*

#### 5 Gesellschaftliche Aspekte

»Sterben machen« oder »Tot machen«?

Überlegungen zur aktuellen Debatte um Sterbehilfe aus soziologischer Sicht

*Von Werner Schneider*

Glossar

Dank

Der Herausgeber

Die Autoren

## Vorwort

*Von Michael Brand*

»Die beste Zeit meines Lebens« - als die Wochenzeitung *DIE ZEIT* im August 2015 ihre Titelseite mit der Schlagzeile schmückte, war das ein Beweis mehr dafür, dass die in diesem Buch diskutierte Frage in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist. Die Wochenzeitung widmete die Überschrift dem Thema Sterbebegleitung. Im Deutschen Bundestag, und eben mitten in der Gesellschaft, findet zu diesem Thema seit über einem Jahr eine intensive Debatte statt, die Ende 2015 im Parlament gesetzlich zu entscheiden sein wird.

Um für das »vielleicht anspruchsvollste« Gesetzesvorhaben dieser Legislaturperiode, so Bundestagspräsident Lammert zu Beginn der außergewöhnlichen Orientierungsdebatte am 13. November 2014, eine vertiefte Orientierung anzubieten, versammelt dieser Band herausragende Persönlichkeiten und Experten zum Thema Sterbebegleitung.

Dabei nimmt dieses Buch ausdrücklich nicht für sich in Anspruch, jede einzelne Facette der Diskussion wiederzugeben. Im Gegenteil geht es darum, einer pointierten und fundierten Position zur Würde des Menschen, gerade auch schwacher bzw. geschwächter und leidender Menschen, ob am Ende ihres Lebens oder in verzweifelter Lebenslage, nachhaltig und mit starken Argumenten Ausdruck zu verleihen.

Diese Position für Menschen, die sich öffentlicher Darstellung naturgemäß entziehen und sich so gut wie nie in TV-Talkshows oder in anderen Medien finden, wird von Persönlichkeiten vertreten, die aus langjähriger eigener Erfahrung wie inhaltlicher Befassung Thema und zugrunde

liegende Fakten sehr gut kennen und die deutsche Debatte mit ihren Stellungnahmen bereichert und sie mit geprägt haben.

So ist dieses Buch insgesamt ein Plädoyer für Menschlichkeit, zum Schutz der Autonomie gerade auch von Menschen in einer Situation der Schwäche – und auch eine dezidierte Warnung vor einer ungewissen Rechtslage, die dem neuen Phänomen geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe nicht nachhaltig entgegentritt und damit einer schleichenden Entwertung menschlichen Lebens nicht hinreichend entgegenwirkt.

Der Weg von der ohnehin rechtlich schwer eingrenzbaeren Beschränkung auf Einzelfälle, in denen ärztlich assistierter Suizid erlaubt sein soll, hin zu aktiver Sterbehilfe durch geregelte gesetzliche Vorgaben ist deutlich kürzer, und er ist rascher durchschritten als mancher glaubt – oder glauben machen will. Der Blick in die Nachbarländer zeigt, was ein mangelnder Schutz der Selbstbestimmung in besonderen Drucksituationen an Ausweitung bis hin zu schlussendlich gar rechtlich legitimierter Tötung auf Verlangen an vieltausendfacher Gefährdung von Menschen in geschwächter Lebenslage bringen würde.

Das Vertrauen von Menschen in eine Sterbebegleitung, die eine menschliche, helfende Hand anbietet, die begleitet beim Sterben – und nicht die Hand anlegt zum Sterben –, das ist der Kern des Anliegens dieser außergewöhnlichen Konstellation von Autoren in diesem Buch.

Es versammelt eine ungewöhnliche Zusammenstellung intellektuell redlicher und tiefgründiger, überzeugender Argumente, die sich aus langjähriger eigener Erfahrung und Befassung mit dieser komplexen Frage speisen.

In der Debatte um Sterbebegleitung in unserer Gesellschaft sind die Stärkung von Pflege und der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung auf der einen und der Schutz der Sterbenden und Suizidgefährdeten durch kluge gesetzliche Regelungen auf der anderen die beiden Seiten

derselben Medaille. Ohne Zweifel braucht es zudem eine deutliche Stärkung der Suizidprävention in Deutschland. Immer muss Leitlinie pflegerischen, medizinischen und insgesamt gesellschaftlichen Handelns bleiben, Verzweifelten die Verzweiflung zu nehmen und nicht das Leben.

Die Schlussfolgerungen dieser intensiven gesellschaftlichen Debatte über ein würdiges Sterben und dessen Begleitung werden wesentlich entscheiden über den zukünftigen Kern einer menschlichen Gesellschaft in unserem Land. Es ist also keine marginale, sondern eine sehr zentrale Frage, mit der sich der Deutsche Bundestag hier zu befassen hat.

Die Signalwirkung dieser Entscheidung, nämlich die Verpflichtung des Staates zum Schutz des Lebens und der Menschenwürde insbesondere gegenüber schwachen und sterbenden Menschen, gerade in Deutschland, kann für unser Land und darüber hinaus kaum überschätzt werden. Die Konsequenz dieser Entscheidung wird weit in die Zukunft wirken, ob in die eine oder andere Richtung. In dieser laufenden Debatte, und so auch in diesem Buch, werden daher zu Recht grundlegende Argumente vorgetragen, die weit über den Tag der Bundestagsentscheidung hinausreichen.

In diesem Sinne ist von Herzen allen zu danken, die am Zustandekommen des vorliegenden Buches mitgewirkt haben. Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern den erhofften Zugewinn an weiterer Vertiefung und neuen Erkenntnissen in einen sehr komplexen und zutiefst menschlichen Teil unserer Existenz, nämlich ins Sterben als eine besondere Phase unseres Lebens.



# 1 Medizinische Aspekte

Lebenshilfe. Sterbehilfe. Tötungshilfe.

Palliative Versorgung statt Beihilfe zum Suizid  
oder Tötung auf Verlangen

*Von Thomas Sitte*

Ärzte, Patienten, Angehörige wollen völlige Sicherheit?  
Diese werden wir nie bekommen können.

Wir werden es auch nicht verhindern können, dass sich Menschen aus Gründen ihrer eigenen subjektiven Bilanzierung ihres von ihnen als nicht mehr lebenswert empfundenen Zustandes das Leben nehmen werden.

Was wir als sehr wohlhabende Gesellschaft sehr wohl und zu weit über 99 Prozent verhindern können, ist der Wunsch nach Lebensverkürzung aus Angst vor Schmerzen, Atemnot oder gar aus Verlassenheit heraus oder insbesondere auch wegen einer sehr konkreten Situation körperlichen Leidens.

Im August 2015 habe ich als Beitrag zur aktuellen-Diskussion eine wissenschaftliche Arbeit zu lebensverkürzenden Maßnahmen fertiggestellt.<sup>1</sup> Ende 2014 und im Frühjahr 2015 hatte ich dazu zwei umfangreiche Umfragen bei Palliativmedizinern durchgeführt, deren beruflicher Alltag in großem Maße davon bestimmt wird, Menschen bis zum Tod beizustehen. Insgesamt versorgten diese Ärzte im Jahr 2014 weit über 19.000 Palliativpatienten bis zu deren Tod. Übereinstimmend gaben die Ärzte an, dass bei keinem dieser Patienten eine Beihilfe zur Selbsttötung notwendig war, weil Leiden des Patienten

ansonsten nicht hätte gelindert werden können. Auch wenn die Linderung nicht »perfekt« gewesen wäre, so wäre immer noch eine palliative Sedierung möglich gewesen.

Diesen Befund kann ich aus meiner eigenen gut 20-jährigen palliativen Arbeit heraus bestätigen.

Wenn ein solches Ergebnis im Rahmen der aktuellen, politischen Diskussion bewertet werden soll, müssen die Fakten sachlich abgewogen werden. Gleichzeitig sollten auftretende Fragen aus einer ethischen, juristischen, religiösen und medizinischen Sicht heraus beleuchtet werden. Zudem sollte ein Verfasser dabei seine eigene Position transparent machen.

So möchte ich meine eigene Position zu Beginn darstellen.

»Es gibt eine Passivität, ohne die der Mensch nicht menschlich wäre. Dazu gehört, dass man geboren wird. Dazu gehört, dass man geliebt wird. Dazu gehört, dass man stirbt.«<sup>2</sup>

Ich trete dafür ein, dass organisierte, gewerbliche und geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland unterbunden und stattdessen die hospizlich-palliative Versorgung ausgebaut wird.

Es darf in Fragen der Beihilfe zur Selbsttötung keine Sonderregelung für Ärzte geben: weder um ihnen eine Beihilfe zum Suizid zu erleichtern, noch um sie in besonderer Weise strafrechtlich zu belangen. Es gehört nie zu den ärztlichen Aufgaben, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Es kann dennoch in seltenen Einzelfällen geboten sein, dass hier ein Arzt unabhängig von seiner Profession nach seinem Gewissen entscheidet. Wer seine persönliche Position zum Leben, Sterben, Töten darlegen will oder wenn über verschiedene Positionen diskutiert wird, bedarf dies zwingend vorab der eindeutigen Klärung der Begrifflichkeiten, um nicht unbewusst oder auch gezielt aneinander vorbeizureden. Hier wird das von der PalliativStiftung und dem Fachverband SAPV mit vielen zahlreichen anderen fachlichen Beteiligten abgestimmte

und veröffentlichte »Glossar zur Diskussion über die Beihilfe zur Selbsttötung« zugrunde gelegt, das auch am Ende des Buches zu finden ist.

Zuallererst: Wenn ich dem Patientenwillen folge,

- ihn leidenslindernd behandle oder auch
- seiner Nichteinwilligung folgend z. B. nicht beatme,
- nach Rückzug der Einwilligung seine Beatmung beende und der Patient unmittelbar danach unter Sedierung stirbt,
- nicht Antibiotika gegen eine Entzündung gebe oder
- beim Patienten, der nicht mehr ausreichend schlucken kann, nicht ernähre und keine Flüssigkeit gebe,

so stellt dies ethisch, juristisch, medizinisch, christlich korrektes Handeln und Behandeln dar.

Diskussionen werden zumeist aus der eigenen moralischen Position heraus geführt und sollten den eigenen ethischen Prinzipien treu bleiben und die eigenen wie die Erfahrungen anderer berücksichtigen.

Aus meiner Erfahrung in der Sterbebegleitung glaube ich, dass ein barrierefreier Zugang zu Tötungserleichterungen nicht suizidpräventiv wirkt. Dies zu beweisen ist ebenso schwierig, wie die Nicht-Schädlichkeit von Tötungshilfe zu beweisen. Patientenschutz als Schutz der schwächsten Patienten bestimmt meine Einstellung zur Tötungshilfe: Jegliche Form aktiver Lebensverkürzung ist strikt abzulehnen. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung sind dabei eine sehr gute Leitlinie.

Graduell sind im Rahmen der Beihilfe durch Ärzte zu lebensverkürzenden Maßnahmen drei Bereiche zu unterscheiden:

1. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.
2. Die Selbsttötung.
3. Die Tötung.

Aus meiner persönlichen Sicht wie aus meinem Verständnis als Arzt heraus ist die Unterschiedlichkeit dieser Trias nicht ohne Weiteres als quantitativ oder qualitativ einzuordnen.

Dem Arzt ist es verboten, Patienten auch auf deren Verlangen hin zu töten. Der Arzt soll eine Handlung der Lebensverkürzung nicht unterstützen. Ärzte haben die Aufgabe, Leben zu schützen und zu erhalten.

Diskutiert wird teilweise auch über den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Am Lebensende, beim kranken, schwachen, hochbetagten, lebenssatten Menschen ist dies völlig normal, dass im Sterbeprozess ohne Hunger und Durst nicht mehr gegessen und getrunken wird. Dies ist der Situation angemessen und führt beim Patienten zu einem besseren (!) Befinden, was auch viele Ärzte sich nicht recht vor Augen führen. Anders ist es beim willentlichen, freiwilligen Verzicht. Dann will ein Mensch ohne Todesnähe bewusst den Tod durch Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug herbeiführen. Bei so einem Verzicht kann man eher von einer Selbsttötung sprechen. Eine ärztliche Begleitung wäre dann eher als Beihilfe zur Selbsttötung zu sehen.

Insbesondere wenn Patientenverfügungen vorliegen, darf schon heute niemand gegen seinen Wunsch behandelt oder am Leben erhalten werden. Dieser Patientenwille hat höchste Priorität. Umso mehr haben die Gesellschaft und vor allem die fachlichen Stellen die Pflicht, über die Möglichkeiten von Hospizarbeit und Palliativversorgung als lebensbejahende Alternativen bestmöglich zu informieren und zudem dafür zu sorgen, dass diese auch für jeden verfügbar sind.

Es ist unstrittig, dass in Ausnahmefällen menschliches Leid trotz aller hospizlichen, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Anstrengungen sehr groß werden kann und der Wunsch nach einer wirksamen Therapie

erfüllt werden muss. Besonders in diesen Einzelfällen bedarf es höchstmöglicher Professionalität bei der so wichtigen lindernden Hilfe, die das Leid der Patienten begrenzt, erträglich macht oder zumindest die Wahrnehmung des Leids reduzieren kann.

In derartigen Ausnahmefällen stellt eine konsequente palliative Sedierung - auch unter gleichzeitiger Nichtfortführung nicht mehr gewollter, sterbensverlängernder Therapien - eine allgemein zulässige, sogar zwingend erforderliche Handlungsform dar. Diese sehr wenigen Ausnahmesituationen allerdings rechtfertigen keine gewerbsmäßige, geschäftsmäßige und organisierte Beihilfe zur Selbsttötung oder gar Tötung auf Verlangen.

Es wird auch unter den bestmöglichen Rahmenbedingungen immer wieder Menschen geben, die - entschlossen zum Suizid - jede andere Form der medizinischen Unterstützung ablehnen. Es ist allerdings nicht zielführend, hier sämtliche Wege durch alle möglichen Vorkehrungen verbauen zu wollen. Nach meiner eigenen ärztlichen Erfahrung ist es zielführender, in einem offenen, intensiven und verlässlichen Austausch mit dem Suizidenten Wege offenzulassen und seinen eigenen Willen (zum Leben) auch dadurch zu stärken, dass über Optionen zum Suizid tatsächlich gesprochen wird. Dies ist immer eine Gratwanderung, in einer Extremsituation muss sie es bleiben.

Straffreiheit gilt für alle Berufsgruppen, für alle Menschen gleichermaßen, die in besonderen, nicht vorhersehbaren, seltenen Fällen ihrem Gewissen folgen. Derartige Fälle entziehen sich allein aufgrund der immer sehr individuellen Ausgestaltung einer gesetzlichen und standesrechtlichen Regelung und müssen jeweils als Einzelfall bewertet werden.

Für diese höchst seltenen Ausnahmefälle gilt dabei, dass eine Verantwortungsübernahme auch eine Bereitschaft zur

Schuldübernahme durch den Helfenden bedeutet.

Schon in den 1960er-Jahren prägte Cicely Saunders den Gedanken des Palliative Care. Doch auch gut 50 Jahre nach dem Beginn dieser Hospizarbeit und Palliativversorgung sind deren Anforderungen und Möglichkeiten vielfach unbekannt. Dabei kann das englische Wort »care« zwar mit dem Deutschen »Versorgung« wiedergegeben werden, umfasst aber deutlich mehr: »Sorgen für« und »Pflegen«, »medizinische Behandlung« und insbesondere auch die »hospizliche Haltung« und »ehrenamtliche Begleitung« sind hierin eingeschlossen.

Zunehmend wird vor allem von sachkundiger oder politisch interessierter Seite im Zusammenhang mit Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung über Palliativversorgung und deren Behandlungsoptionen diskutiert. So wird gar in völlig unzulässiger, implizit auch diffamierender Weise unterstellt, dass der palliativen Begleitung sozusagen die Beihilfe zur Selbsttötung häufig immanent wäre. Dies stellt eine absichtliche oder grob fahrlässige, falsche Darstellung der tatsächlichen Verläufe palliativer Begleitung dar, wie inzwischen selbst empirisch untermauert werden kann.

Sehr häufig entspringt der Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen aus der subjektiven Angst vor zukünftigem Leiden und/oder Unkenntnis moderner therapeutischer Möglichkeiten. In der o.g. Untersuchung wurden leitende Palliativmediziner aus Palliative Care Teams (PCT), die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erbringen, retrospektiv nach ihren Einstellungen und Erfahrungen zum Themenfeld der Lebensverkürzung befragt.

Aus den 42 Antworten der 49 befragten PCTs kann aufgrund der Ergebnisse zusammengefasst werden:

Von den PCT wurden in den Jahren 2013 und 2014 bis zum Tod multiprofessionell versorgt und begleitet: 17.772 Patienten.

Der Wunsch nach lebensverkürzenden Maßnahmen in Form von Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen für diese Patienten wurde in dieser Zeit geäußert. Die Ergebnisse sprechen in beeindruckender Weise für die palliative Begleitung auch geschwächter, partiell lebensmüder Menschen:

<b>Gesamtzahl der durch die PCT begleiteten Patienten</b>	<b>17.772</b>
Suizidwunsch, geäußert von Patienten (meist zu Beginn)	1.147
Suizidwunsch, zusätzlich geäußert von Angehörigen für die Patienten	305
Suizidwunsch, wiederholt und nachdrücklich geäußert von Patienten	326
Suizidwunsch, wiederholt und nachdrücklich geäußert von Angehörigen	164
Durch Suizid - ohne Beihilfe des Palliativteams (!) - Verstorbene	17
Durch Tötung auf Verlangen Verstorbene	0

Der Wunsch nach Lebensverkürzung wird von Patienten häufiger aufgrund sowohl drohender als auch bereits manifester, existenzieller Not sowie bei aus verschiedensten Gründen extrem hohem Leidensdruck geäußert. Die 17 Suizide erfolgten nach Einschätzung der befragten Palliativmediziner dabei kein einziges Mal, weil etwa palliativ ein Leiden nicht behandelbar gewesen wäre.

Einen besonders hohen Stellenwert unter Palliativmediziner in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nimmt als effiziente Behandlungsoption und Ultima Ratio auch gegen schwerstes Leiden bei dafür geäußertem Behandlungswunsch die palliative Sedierung ein. Obgleich palliative Sedierung nach allgemeiner

Einschätzung nicht häufig zum Einsatz kommen muss, ist sie unisono die Methode der Wahl, die immer dann angeboten werden kann, wenn ein Patient andere Behandlungen nicht mehr akzeptiert. Um die palliative Sedierung herum gibt es fachlich durchaus Unsicherheiten und Differenzen, sowohl mit Blick auf die möglichen Indikationen als auch auf die praktische Umsetzung. Hier besteht weiterhin großer Bedarf an fachlicher Aufklärung und Austausch.

In der Untersuchung stimmten außer einem einzigen Palliativmediziner alle der Aussage zu: »Die Sedierung führt nicht zu einer Lebensverkürzung, sondern zu einer Symptomkontrolle.« Alle anderen vertraten die Einschätzung, diese Art und Weise der Leidenslinderung sei eben nicht lebensverkürzend, sondern lindere vielmehr das Leiden. Das fachlich nicht gestützte, vielmehr widerlegte Gegenteil wird zuallermeist – in nicht verantwortlicher Weise – vertreten und verbreitet von Personen, die über unzureichend detaillierte Kenntnisse in der Palliativversorgung verfügen. Diese weniger Erfahrenen befürchten und verbreiten oft die gegenteilige Ansicht.

Das eigentliche Problem in der sprichwörtlich alltäglichen hospizlich-palliativen Praxis ist in keiner Weise etwa eine Notwendigkeit der bewussten Herbeiführung der Lebensverkürzung, sondern oftmals die fehlende menschliche Courage, das Sterben im Sinne des Patienten in immer wieder ähnlichen Verläufen auch zuzulassen. Unsicherheiten in dieser besonderen Phase führen immer wieder, ob bedingt durch mangelhaftes medizinisches Wissen oder mangelnde Erfahrung, oder auch Unkenntnis oder falsche Interpretation der rechtlichen Rahmenbedingungen, nicht selten aber auch durch eigene ethische Einstellungen Beteiligter, zu unnötig schwierigen Situationen, die dem eindeutigen und unstrittigen Patientenwillen sogar zuwiderlaufen können.



Bei der Frage von Lebensverkürzung geht es vor allem darum, das Leben des Patienten in seinem Sinne durch medizinische Maßnahmen nicht mehr als gewünscht zu verlängern. Allzu häufig geht es auch um die sogenannte »Futility« (Überversorgung oder Fehlversorgung). Dazu konstatiert der Onkologe und Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Wolf-Dieter Ludwig: »Die Tatsache, dass Patienten mit privater oder halbprivater Zusatzversicherung im letzten Lebensmonat fast doppelt so oft eine Chemotherapie erhielten wie Krebspatienten mit geringerem Versichertenstatus, spricht dafür, dass medizinische Entscheidungen am Lebensende sich nicht nur am Patientenwohl, sondern beispielsweise auch an ökonomischen Fehlanreizen orientieren.«<sup>3</sup>

Auch unter Berücksichtigung oben genannter Kritikpunkte können als Resultat dieser Untersuchung zwei Aussagen ausdrücklich festgehalten werden:

1. Für die in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch eigenständige Palliative Care Teams versorgten Sterbenden kann vermutet werden, dass Palliative Care in dieser Struktur- und Prozessqualität zugleich eine effektive Suizidprävention bewirken könnte.
2. Weil Fälle, in denen medizinisch (bis hin zur palliativen Sedierung) keine Linderung verschafft werden kann, so selten sind, darf der Staat keinesfalls positive Regelungen für die Tötung von Patienten schaffen.

Vor dem Hintergrund wachsender medizinischer Handlungsoptionen und veränderter Werthaltungen, vor allem mit Blick auf die Selbstbestimmung bei der Gestaltung des eigenen Lebens, hat sich der Umgang mit Tod und Sterben sowie auch die Haltung der Ärzteschaft zu lebensverkürzenden Maßnahmen verändert. Dies geht bis zum Wunsch, selbst so weit als möglich Einfluss auf das

Sterben und die damit zusammenhängenden Vorgänge nehmen zu können, einschließlich des Sterbens selbst, der Aufbahrung, Bestattung und der damit zusammenhängenden Rituale.

Hierbei ist es für das Gemeinwohl und die Produktivität der Gesellschaft keinesfalls gleichgültig, wie der Einzelne am Lebensende versorgt wird und irgendwann sein Leben beendet – selbst wenn dieses Ende erst in fernerer Zukunft liegen wird. Im Gegenteil könnte dies im Sinne einer »Letztverlässlichkeit« für die Leistungsfähigkeit in gesunden Jahren sogar ein entscheidender Faktor sein.<sup>4</sup>

### **Rechtskonforme Möglichkeiten bei unerträglichem Leiden und Sterbewunsch**

Für die in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch eigenständige Palliative Care Teams versorgten Sterbenden kann vermutet werden, dass Palliative Care in dieser Struktur- und Prozessqualität zugleich eine effektive Suizidprävention bewirken könnte.

Laut einer infratest-Umfrage vom August 2015 glauben 87 Prozent der Deutschen, »Die Beihilfe zur Selbsttötung ist strafbar«. Ausgehend von diesem weit verbreiteten Irrtum plädierten 77 Prozent aus derselben Gruppe für eine »Freigabe der Tötung auf Verlangen in bestimmten Fällen«. Dies ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert und deutet auf eine gewaltige Fehleinschätzung großer Gruppen der Bevölkerung hin. Selbst jene, die sich laut eigenen Angaben intensiver mit dem Thema Lebensende beschäftigen oder einen höheren Schulabschluss hatten oder zur oberen Einkommensgruppe gehörten, hatten hierzu keine bessere Sachkenntnis.

Vor dem Hintergrund solcher dramatischen Wissenslücken ist das Risiko hoch, dass insbesondere diese naturgemäß stets auch emotionale Diskussion weithin ohne ausreichenden Fakten und Analysen geführt wird und