

// FACHBEREICH SENIORENPOLITIK //



Ethische Fragen und gesetzliche Grundlagen der „Sterbehilfe“

Beim Sterben und zum Sterben helfen



Ethische Fragen und gesetzliche Grundlagen der „Sterbehilfe“ Beim Sterben und zum Sterben helfen

// Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht endlich seine schon seit fast einem Jahr erwartete Entscheidung zur „Sterbehilfe“ verkündet; genauer gesagt zur Verfassungsgemäßheit des § 217 Strafgesetzbuch, der die „geschäftsmäßige“ Beihilfe zur Selbsttötung (Suizidbeihilfe) unter Strafe stellte. Das höchste deutsche Gericht hat sich sehr viel Zeit gelassen: Normalerweise fällt es seine Entscheidungen etwa ein Vierteljahr nach der mündlichen Anhörung der Beteiligten, diesmal dauerte es nahezu ein ganzes Jahr. //

Im folgenden Beitrag geht es um zwei Themen¹⁾:

- Um die „Sterbehilfe“ als humane und ärztliche Zuwendung zu Kranken am Ende des Lebens, also um die Hilfe beim Sterben, und
- um die „Sterbehilfe“ als Beihilfe zur Selbsttötung (Suizid) aus eigenem, freiem Willen, also um die Hilfe zum Sterben.

Der Tod, die einzige unveränderliche Gewissheit unseres Lebens, wird heute mehr denn je verdrängt. Mag das Fernsehen uns auch Tag für Tag Mord und Totschlag ins Wohnzimmer bringen, real als Krieg, Gewalttat und Unglück oder fiktiv im Krimi, so meiden wir doch das Gespräch über das eigene Ableben und unterlassen die Vorbereitung darauf.

Aber weder das Verdrängen noch das Schweigen besiegen den Tod. Diese existenzielle Frage betrifft uns unmittelbar. Wir dürfen dieser Frage der Ethik und des Glaubens nicht ausweichen.

Mich beunruhigt, mit welcher Oberflächlichkeit und wie vorurteilsbehaftet in der Politik und in der öffentlichen Diskussion mit dem Tabu-Thema „Sterbehilfe“ umgegangen wird.

Genau das ist das Wesen eines Tabus: Man berührt eine Sache nicht wirklich, sondern man umschifft die Fakten und handelt irrational. Dabei ist doch vieles ganz klar und eindeutig. Und mögen die Meinungen (oder die religiösen Anschauungen) auch unterschiedlich sein, so muss doch darüber gesprochen werden. Zwei Grundsätze sind dabei unverrückbar und dürfen nicht infrage gestellt werden:

- Die Tötung eines Menschen ist moralisch verwerflich, sie ist vom Gesetz verboten und sie ist strafrechtlich zu sanktionieren.
- Wer sich selbst aufgrund einer psychischen Störung oder Erkrankung oder wegen fehlender Einsichtsfähigkeit töten will (beispielsweise Kinder und Jugendliche), braucht keine Beihilfe zum Sterben, sondern muss gerettet werden.

Kapitel 1: Hilfe beim Sterben

Es ist in unserer Gesellschaft eine durch Religion, Tradition/Sitte und Gesetz bestimmte Pflicht, Kranken und vor allem Sterbenden beizustehen, ihre seelische und körperliche Not zu lindern, sie auf ihrem letzten und endgültigen Weg zu begleiten. Diese Hilfe beim Sterben wird meistens „Sterbehilfe“ genannt oder manchmal auch als „Sterbebegleitung“ bezeichnet; sie setzt spätestens dann ein, wenn von der kurativen auf die palliative medizinische Betreuung übergegangen wird.

- „Kurative“ Therapien zielen auf eine Heilung des Patienten ab. Das Leben soll weitergehen.
- Die palliative (wörtlich: die „ummantelnde“) Therapie hingegen setzt ein, wenn keine Heilung einer Erkrankung (mehr) möglich erscheint. Dann sind nur noch die Symptome zu lindern oder sonstige nachteilige Folgen zu reduzieren.

Vor 30 Jahren war Deutschland auf dem Gebiet der Palliativmedizin noch ein Entwicklungsland. Die Krankenpflege war – nicht nur in den kirchlichen Krankenhäusern – von religiösen Traditionen bestimmt. Es hieß: Das Leiden ist von Gott gewollt.

Es gab (und es gibt leider immer noch) zudem eine gezielte Angstmake vor Schmerzmitteln. Das deutsche Betäubungsmittelgesetz will uns alle – zu Recht! – vor Drogensucht schützen. Aber was muss Vorrang haben? Die Suchtgefahr oder die Minderung unmenschlicher Schmerzen?

In den letzten 30 Jahren haben wir alle jedoch viel dazugelernt. Das Bewusstsein hat sich geändert und manches ist auch rechtlich klarer geworden.

Dass der Mensch sein Schicksal, wo ihm das möglich ist, selbst in die Hand nimmt, ist ein Menschenrecht. Die Rechtslage ist inzwischen eindeutig: Ärzte und Ärztinnen, Kliniken und Pflegeeinrichtungen bieten lediglich eine Leistung an. Die Kranken entscheiden selbst, ob sie die angebotene Leistung annehmen.

Aufgabe des medizinischen oder pflegerischen Personals ist also nicht die Erhaltung des Lebens um jeden Preis, sondern gegebenenfalls muss es den Tod zulassen und sich darauf beschränken, den Kranken „zu Tode zu pflegen“. Jedes andere Verfahren erfüllt strafrechtlich den Tatbestand einer Körperverletzung. Das gilt auch für Phasen des Lebens, in denen man selber nicht (mehr) einwilligungsfähig und/oder artikulationsfähig ist: nach einem Unfall, im Koma, während und nach einer schweren Operation, bei fortschreitender Demenz oder in der letzten Phase vor dem Tod. Wer rechtzeitig und unmissverständlich anordnet, was in einem solchen Fall zu geschehen hat, dessen Wille muss befolgt werden. Deshalb ist es so wichtig, dass jeder erwachsene Mensch rechtzeitig eine Patientenverfügung verfasst²⁾.

Zwei einander anfangs entgegengesetzte Entwicklungen führten zu diesem Umdenken:

- Einerseits die Hospizbewegung. Die modernen Hospize sind überwiegend von engagierten Christen gegründet worden. Heute ist daraus ein weit über die religiöse Motivation hinaus gewachsenes Netz von Palliativ-Einrichtungen für die letzte Phase des Lebens geworden.
- Zweitens die organisierte, ärztlich assistierte Begleitung des Suizids. Die Sterbehilfe-Organisationen zur Suizidbeihilfe wurden hingegen von Freikernern gegründet.

Inzwischen sind das keine feindlichen Brüder mehr: Hier die Religiösen, dort die Atheisten. Denn einig sind sie im Ziel und gemeinsam haben sie es angestrebt. Sie wollen, dass den Sterbenden und den Sterbewilligen geholfen wird.

Auch die Ärzteschaft, seit Hippokrates zweieinhalb Jahrtausende lang nur auf die kurative Medizin ausgerichtet, hat umgedacht und nachgelernt. Aber immer noch gibt es zu wenige Hospize und die vorhandenen haben oft zu wenige Plätze für ihre Patient*innen. Jedoch: Heute gibt es Lehrstühle für Palliativmedizin und Palliativstationen in vielen Kliniken.

Palliativmedizinische Hilfe beim Sterben: AAPV und SAPV

Bei der modernen Palliativversorgung wird zwischen der AAPV und der SAPV unterschieden.

Die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) erfolgt durch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte, die Pflegeheime und Pflegedienste. Dieser Verbund der sogenannten „Leistungserbringer der Primärversorgung“ sorgt dafür, dass die meisten Menschen zuhause, in einem Heim oder Hospiz bis zu ihrem Tod menschenwürdig und so schmerzfrei wie möglich leben können.

AAPV hilft also vorwiegend beim Sterben zuhause. Denn nach wie vor wird ein Großteil der Pflege durch Angehörige geleistet, auch die Begleitung der Sterbenden bis zu ihrem Tod. Es gibt gute Beispiele, wie diese Sterbebegleitung durch medizinische Laien professionell unterstützt werden kann.³⁾

Wenn die stationäre Behandlung in der Klinik endet, weil der Patient „austherapiert“ ist, oder wenn die niedergelassenen Ärzte bei der Behandlung zuhause an ihre Grenzen stoßen, helfen die hochqualifizierten Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in der Stadt und auf dem Land.

Seit 2007 haben AAPV und die SAPV Eingang in die Beihilfeverordnung und die gesetzliche oder private Krankenversicherung gefunden: Die letzte medizinische (und menschliche) Hilfe im Endstadium des Lebens wird vom Landesamt und der Krankenkasse finanziert.

Menschenwürdiges Sterben

Das alles sind außerordentliche Fortschritte. Unsere säkulare Gesellschaft bemüht sich nach Kräften, den Menschen ein Sterben in Würde, wenn möglich sogar in vertrauter Umgebung und so schmerzfrei wie möglich zu erlauben.

Aber auch die beste Palliativmedizin stößt an Grenzen: Es gibt leider auch Erkrankungen, bei denen selbst höchste Dosen der wirksamsten Arzneien nicht mehr helfen, sondern bestenfalls eine völlige Sedierung bewirken oder sogar zum vorzeitigen Tode führen. Fachleute und Angehörige berichten von unmenschlichen Schmerzen und fragen: Wo bleibt die letzte Hilfe?

Spätestens hier beginnt die kritische Zone. Der Bundesgerichtshof hat hierzu im Jahr 2010 die maßgebende Entscheidung getroffen (amtlicher Tenor des Gerichts; BGH 2010 – 2 StR 454/09):

„1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.

3. Gezielte Eingriffe in das Leben, die nicht im Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.“

Der letzte Satz bedeutet: Keine Form der „Sterbehilfe“ erlaubt eine „Tötung auf Verlangen“.

Der gebräuchliche Begriff „Sterbehilfe“ weckt jedoch falsche Assoziationen. Manche Menschen denken dann an die (verbotene) Tötung auf Verlangen oder gar an Euthanasie. Der Bundesgerichtshof hat hierfür in seiner oben zitierten Entscheidung einen besseren Begriff gefunden: Er spricht von „Behandlungsabbruch“, wenn darauf verzichtet wird, eine medizinisch nicht indizierte Behandlung gar nicht erst zu beginnen oder sie nicht mehr fortzuführen.

Am Ende das Sterben erlauben

Zwischen dem unbedingten Wunsch zu helfen und zu heilen, und der Bereitschaft, dem Willen des Patienten Raum zu geben, den Tod zuzulassen oder gar willkommen zu heißen, klafft eine Lücke.

Das mündet bisweilen in eine ungeheuerliche Belastung der Angehörigen: Da will ein todkranker Mensch endlich sterben. Er will keine Nahrung mehr zu sich nehmen. Die Ehefrau unterstützt ihren Mann in seinem Wunsch. Das Pflegepersonal oder der Arzt bedrängen die Frau. Sie fragen: „Sie wollen Ihren Mann doch nicht verhungern lassen!?!“

Der Palliativmediziner Borasio hat für den Behandlungsabbruch einen guten Begriff gefunden: Er spricht vom „liebvollen Unterlassen“. Auch das ist eine Form der humanen Zuwendung. Man muss nicht an jedem Menschen endlos und sinnlos „herumoperieren“.

Das gilt auch in umgekehrter Weise: Wer Sterbende auf ihrem letzten Weg begleitet hat, weiß in aller Regel, dass das Loslassen-Können und das Loslassen-Dürfen wesentliche Bedingungen dafür sind, friedlich vom Leben Abschied zu nehmen.

Varianten der Hilfe beim Sterben

Unter „Sterbebegleitung“ (Sterbebeistand) ist die psychische, soziale und medizinische Begleitung eines Sterbenden im direkten Sterbeprozess zu verstehen. Zunächst geht es um die körperliche Pflege, die Bekämpfung von Schmerzen, Hungergefühl und Durst, Übelkeit, Angst und Atemnot. Über die medizinisch-pflegerischen Aspekte hinaus ist die persönliche, anteilnehmende Unterstützung Sterbender durch menschliche Zuwendung von zentraler Bedeutung. Das bedeutet allerdings noch keine Förderung des Sterbens. Gegebenenfalls erfolgen zwar auf dieser ersten Stufe auch palliativmedizinische Maßnahmen, die der „indirekten Sterbehilfe“ zugeordnet werden: Es geht um Schmerztherapie und terminale Sedierung (Dämpfung von Funktionen des zentralen Nervensystems oder die Erzeugung eines künstlichen Komas). Aber hierbei handelt es sich immer noch lediglich um die Grundpflege des Schwerstkranken und Sterbenden. Die Behandelnden greifen damit noch nicht in den Sterbeprozess als solchen ein.

Die Begriffe „Sterbehilfe“ oder „Sterbebegleitung“ werden aber auch dann verwandt, wenn es darum geht, das Sterben eines leidenden Menschen zuzulassen oder es sogar zu beschleunigen – in der Regel aufgrund seines ausdrücklichen oder mutmaßlichen Verlangens. Hierbei sind folgende Varianten zu unterscheiden (sämtlich sind sie strafrechtlich zulässig):

- Der Begriff „passive Sterbehilfe“ wird verwandt, wenn bei Menschen, die bereits im Sterben liegen, lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen eingestellt oder unterlassen werden, die Grundpflege und die schmerzlindernde Behandlung aber fortgeführt wird. Dies führt dann zu einem „natürlichen Sterben“ – die medizinischen Maßnahmen bewirken also nicht, dass der Patient stirbt, sondern helfen ihm, dass er sterben darf, möglichst friedlich und schmerzfrei.
- Bei Menschen, die nicht im Sterben liegen, deren Überleben aber von Medikamenten oder Behandlungen (z.B. Dialyse) abhängt, kann „passive Sterbehilfe“ auch durch einen „Behandlungsabbruch“ erfolgen. Das Abschalten von Geräten oder das Unterlassen einer Therapie führen auch in diesem Fall zu einem „natürlichen Sterben“. Gerade in diesem Fall ist das Einverständnis des einwilligungsfähigen Patienten wichtig. Er kann dies im

Voraus durch eine präzise Patientenverfügung erklären beziehungsweise seinem Bevollmächtigten oder Betreuer damit klare Maßgaben mitteilen. Es darf also keinen Behandlungsabbruch ohne Auftrag geben. Zur Erläuterung ein Beispiel: Ein schwer demenzkranker Mann war bis zu seinem Tod fünf Jahre lang künstlich ernährt worden, obwohl er mit starken Schmerzen bewegungsunfähig im Bett lag. Da der Sohn des Mannes im Ausland lebte, war für den Kranken ein Betreuer gerichtlich bestellt worden. Der Sohn beanstandete nach dem Tod des Vaters, der Hausarzt hätte den Betreuer beraten und fragen müssen, ob die Magensonde nicht entfernt werden sollte. Der Sohn verklagte den Arzt auf Schadenersatz. 2018 entschied der Bundesgerichtshof: Selbst ein leidensbehaftetes Weiterleben ist kein „Schaden“. Das Leben sei ein „höchststrangiges Rechtsgut“ und „absolut erhaltungswürdig“. Die Klage blieb erfolglos. Hätte der Vater nur eine Patientenverfügung erlassen!

- Leidet ein Patient im Endstadium unter schwer belastenden Symptomen wie Atemnot oder Übelkeit, kann man ihn „palliativ sedieren“, ihn also mithilfe von Medikamenten in einen koma-tösen Zustand versetzen. Das führt nicht von sich aus zum Tod. Diese „palliative Sedierung“ kann auf Wunsch des Patienten, der Patientin unter-

brochen oder abgebrochen werden. Wird diese Sedierung bis zum Eintritt des Todes aufrechterhalten („terminale Sedierung“), wird in der Regel auch auf künstliche Ernährung und die Zufuhr von Flüssigkeit verzichtet.

- Neben dem Verzicht auf Behandlung und dem Behandlungsabbruch gibt es noch eine andere zulässige, legale Hilfe beim Sterben. Bei Menschen, die im Sterben liegen, ist die Gabe von Schmerzmitteln erlaubt, die lebensverkürzend wirken können, wenn der frühere Todeseintritt nicht das Ziel, sondern eine nicht vermeidbare Nebenwirkung ist. Das war und ist nicht verboten. Das ist sogar übliche Praxis. Aber man spricht kaum darüber. Eine Bedingung ist dabei aber von den Behandelnden unter allen Umständen einzuhalten: „Aktive Sterbehilfe“ ist verboten. Denn wenn die Linderung der Schmerzen nur ein Nebenzweck oder gar ein Vorwand ist, dann wird der Tod durch ein Handeln herbeigeführt, das weder Therapie noch ein Behandlungsabbruch ist, und es handelt sich – auch wenn dies auf Wunsch des Patienten geschieht – um eine „Tötung auf Verlangen“. Im Gegensatz zum (ärztlich assistierten) Suizid, also der Selbsttötung und der Beihilfe dazu, führt in diesem Fall nämlich nicht der Betroffene selbst, sondern ein anderer die tödliche Handlung aus. Dies ist strafbar gemäß § 216 Strafgesetzbuch.

Kapitel 2: Hilfe zum Sterben

Bisher war die Rede vom Sterben aufgrund von Krankheit, Alter oder Unfällen und von dessen palliativmedizinischer Begleitung. Wie steht es aber mit dem Sterben aus eigener, freier Entscheidung, dem Suizid („Freitod“)?

Da wir in einem säkularen Staat leben, in dem jeder glauben kann, was er will, aber wo sich alle, ungeachtet ihrer Meinung oder Weltanschauung an die allgemeinen Gesetze halten müssen, empfiehlt sich stets ein Blick in unsere Verfassung.

Das Grundgesetz garantiert die Würde des Menschen und das Recht eines Jeden auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit. Dieses Selbstbestimmungsrecht schließt die Freiheit ein, über das eigene Leben zu verfügen und damit auch über das eigene Sterben. In dieses Verfügungsrecht darf der Staat nur eingreifen, wenn der Mensch damit die Rechte anderer verletzt, gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. So sagen es Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes.

Gesetz oder Sitte?

Mit dieser Berufung auf die „guten Sitten“ stellt das Grundgesetz einen transzendentalen (religiösen) Bezug her. Die Frage, wer und wann das eigene Leben beenden darf, ist Anlass für einen fort dauernden Streit über Leben und Sterben. Die zentrale Frage lautet: Gibt es eine Pflicht zum Leben?

Säkular orientierte Menschen bestehen auf der Freiheit des Menschen und auf seinem Recht, unabhängig von den Geboten der Religionen selbst und selbstverantwortlich über sein Leben und über sein Sterben zu entscheiden. Sie sagen, die Verfassung garantiere zwar jedem Menschen das „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“, aber es gebe keine Pflicht zum Leben oder zur Fortführung eines durch Krankheit oder nicht linderbare Schmerzen unerträglich gewordenen Lebens. Sie betonen, „lebensverlängernde“ Maßnahmen verlängerten tatsächlich oft nur das Sterben und sie bestehen deshalb auf dem Recht von erwachsenen und geistig gesunden Menschen,

ihr Leben aus eigenem Entschluss zu beenden.

Dagegen steht die Position einer Unverfügbarkeit des Lebens. Religiös orientierte Menschen und entsprechend orientierte politische Parteien sowie die Religionsgemeinschaften leiten aus der „Geschöpflichkeit“ des Menschen den Anspruch ab, dass dieser sein „von Gott geschenktes“ Leben nicht „wegwerfen“ dürfe und dass er Krankheit und selbst schreckliche Leiden geduldig ertragen müsse.

Unter Berufung auf göttliche Gebote haben die christlichen Kirchen jahrhundertlang die Selbsttötung als „unsittlich“ und als Sünde verdammt. Diese religiös bestimmte Einstellung wirkt bei vielen Menschen bis heute nach. Im Deutschen Bundestag hatten bisher die Anhänger*innen dieser Richtung zumeist – fraktionsübergreifend – die Mehrheit, während die deutsche Bevölkerung, ähnlich wie die Schweizer, laut Umfragen zu etwa zwei Dritteln der Selbstbestimmung Vorrang gibt. Nur wenn es dank des öffentlichen Drucks oder aufgrund höchstrichterlicher Entscheidungen nicht mehr anders ging, fand sich die eher christlich orientierte Parlamentsmehrheit zu Kompromissen bereit; so war es bei der gesetzlichen Regelung der Abtreibung oder der Aufnahme der Patientenverfügung in das Bürgerliche Gesetzbuch.

Der Suizid als großes Geheimnis

Der Suizid ist ein Tabu, er wird verheimlicht. Die Angehörigen oder Hinterbliebenen schweigen aus Scham, sie fürchten die Schande für die Familie oder sie sind zurückhaltend wegen der Rechtsfolgen – weil Versicherungsleistungen entfallen könnten. Über die Selbsttötung von Kindern und Jugendlichen wird in der Presse bewusst nicht berichtet. Das „Werther-Syndrom“ wirkt nach, man fürchtet zu Recht, dass es Nachahmungs-Taten geben kann.

Diese Zurückhaltung ist verständlich, aber das Tabu hat Folgen für die öffentliche Diskussion: Niemand weiß die genaue Zahl. Es ist zwar unbestritten, dass in Deutschland jährlich über 100.000 Menschen einen Suizidversuch unternehmen, rund ein Zehntel davon, 10.000 Menschen, sterben von eigener Hand. Aber die Dunkelziffer ist weit höher. Sie liegt besonders hoch beim Suizid alter Menschen. Denn die amtliche „Leichenschau“ ist bei uns nicht professionell genug. Sie wird nicht von spezialisierten Fachleuten erledigt. Mancher Suizid wird auch aus Fürsorge für die Hinterbliebenen oder mangels spezifischer fachlicher Erfahrungen und Kenntnisse des jeweils tätigen Arztes als „natürlicher Tod“ gewertet und auf dem sogenannten Totenschein auch so bescheinigt.

Warum Menschen den Suizid wünschen

Die hohe Quote der „misslungenen“ Versuche deutet

auf ein zentrales Motiv hin: Oft will der betroffene Mensch gar nicht sterben, jedenfalls nicht jetzt, sondern der Suizidversuch ist „nur“ ein Hilferuf.

Eine grobe Unterteilung der Motive für den Suizid ergibt das folgende Bild:

- Beim Suizid von Kindern und Jugendlichen oder von psychisch erkrankten Personen muss stets angenommen werden, dass die betreffende Person nicht entscheidungsfähig war. Diesen Menschen muss geholfen werden – nicht beim Sterben, sondern zum Leben, zum Weiterleben.
- Auch bei der Selbsttötung aus Kummer, Verzweiflung oder Angst ist die Frage nach der psychischen Verfassung des Suizidenten zu stellen: Wo liegt die Grenze zur medizinisch relevanten, behandelbaren Depression?
- Im Alter oder bei schwerer Krankheit dient der Suizid oft der Abkürzung eines langen, schmerzvollen Sterbeprozesses oder er erfolgt aus Angst vor Demenz oder vor dem Heim.
- Der Suizid kann aber auch der Abschluss eines erfüllten Lebens sein („Bilanz-Suizid“).

Früher kam, wer einen Suizidversuch unternahm und ihn überlebte, unterschiedslos in die Psychiatrie (und die Betroffenen wurden dort oft dauerhaft verwahrt).

Heute wird das differenziert betrachtet. Maßgebend ist in Baden-Württemberg das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. Aber die Unterscheidung ist schwer zu treffen:

- Handelt es sich um eine „Selbstgefährdung“ beispielsweise aufgrund einer Psychose (und muss eine Wiederholung verhindert werden)
- Oder hat dieser Mensch sich bewusst entschieden, sein Leben zu beenden?

Neben der fachmedizinischen, psychologischen Diagnose ist der entscheidende Unterschied zwischen einer wahnhaften Störung und dem wohlwogenen Suizid im Zeitfaktor zu erkennen.

Bei einem „Spontan-Suizid“ beziehungsweise einem kurzfristig, unvorbereitet unternommenen Suizidversuch handelt es sich oft nicht um einen Akt der Selbstbestimmung, sondern um eine Selbstzerstörung, von der man abließe, wenn man (wieder) bei sich wäre.

Wer hingegen erkennbar nach reiflicher Überlegung und vor allem auch nach Einbeziehung Dritter in den Entscheidungsprozess Suizid begeht, weiß sehr wohl, was und warum er das tut, und will das auch tun.

Das ist übrigens der Grund dafür, dass die in der Schweiz tätigen Sterbehilfe-Organisationen (entsprechend den in unserem Nachbarland geltenden Normen) keine schnelle „letzte Hilfe“ anbieten, sondern eine gründliche Abklärung durch medizinisch und

psychologisch versierte Fachleute vorschalten. Man kann nicht einfach mal so in die Schweiz reisen, einen Todes-Cocktail erwerben und zu sich nehmen. Da wird genau geprüft, ob die sterbewillige Person urteilsfähig, ob der Suizidwunsch wohlwogen, ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft ist.

Die lange Tradition des Suizids

Die Menschen haben seit jeher Wege gefunden, ihr Leben selbst zu beenden. Seneca schnitt sich die Pulsadern auf, Kleopatra ließ sich von einer Giftschlange beißen, Heinrich von Kleist erschoss sich, die von den Nazis vertriebenen Juden Stefan Zweig oder Kurt Tucholsky nahmen Gift im Exil. Oft war dies ein Suizid aus Verzweiflung. Aber vom Philosophen Seneca stammt auch der bedenkenswerte Satz in seiner „Trostschrift an Marcia“: „Bedenk, wieviel Gutes ein Tod zur rechten Zeit hat, wie vielen länger zu leben geschadet hat.“

Es gibt zahllose Arten des „harten Suizids“, vom Erhängen, Erschießen, Sprung in den Abgrund bis zum „goldenen Schuss“ des lebensmüden Junkies. Allein im Landkreis Emmendingen, wo ein psychiatrisches Landeskrankenhaus steht, gab es im Jahr 2018 achtzehn „Schienen-Suizide“ – das ist der Fachbegriff dafür.

Dabei gibt es zahlreiche „weiche“ Methoden. Zu nennen beispielsweise das „Sterbefasten“, also der Verzicht auf die Einnahme von Speisen und Getränken, wobei vor allem der Entzug von Flüssigkeit in relativ kurzer Zeit zum Tode führt. Nicht wenige ältere Menschen, die im Pflegeheim leben, signalisieren durch

den Ess-Streik deutlich, dass sie nicht mehr leben wollen. Allerdings benötigt man hierzu nicht nur einen starken Willen, sondern in der letzten Phase auch intensiven pflegerischen Beistand.

Bedeutender für den „weichen“, also schmerzfreien Suizid ist jedoch die „friedliche Pille“, die Einnahme von Medikamenten. Es ist in Deutschland für Privatpersonen jedoch heute aufgrund des Betäubungsmittelgesetzes sehr schwierig bis unmöglich, sich geeignete Mittel zur Selbsterlösung zu verschaffen, beispielsweise Barbiturate, also Schlafmittel, die in hoher Dosis tödlich wirken.

Sie sind deshalb auf die Hilfe von Ärzten oder von anderen Personen beziehungsweise Vereinigungen angewiesen, die sie beraten oder ihnen den Zugang zu solchen Mitteln verschaffen oder ihnen zur ärztlichen Assistenz beim Suizid verhelfen. Fehlt eine qualifizierte Begleitung, bleibt der Mensch einsam – und nicht selten scheitert der Versuch.

Als geeignet gilt vor allem Natriumpentobarbital („Nembutal“), das von Veterinären zur schmerzlosen Tötung von Großtieren eingesetzt wird. Bis 1992 konnte man derartige Barbiturate noch problemlos in der Apotheke kaufen. Heute ist es für Privatpersonen in Deutschland nicht erhältlich, die Einfuhr aus dem Ausland und sogar der Besitz von Nembutal sind strafbar.

So bleibt den Betroffenen nur der Weg ins Ausland, beispielsweise in die benachbarte Schweiz, wo eine Reihe von Organisationen auch ausländischen Patienten beim ärztlich begleiteten Suizid beisteht.

Kapitel 3: Die Rechtslage beim Suizid

Es ist eine moralische Frage, ob man (der Einzelne oder die Gesellschaft) die Selbsttötung billigt oder ihn ablehnt, ob man den Suizid – theologisch gesprochen – als Sünde verwirft und den „Selbstmörder“ am Friedhofsrand verscharrt, oder ob man den Suizid duldet.

Der säkulare Staat hat das Problem juristisch so gelöst: Der Suizid und die Beihilfe zum Suizid sind weder „erlaubt“ noch werden sie gebilligt, sie sind nur nicht (strafbewehrt) verboten. Das ist ähnlich wie bei der Abtreibung: Auch sie ist nicht „erlaubt“, sondern sie wird unter bestimmten Bedingungen nicht verfolgt.

Der Suizid ist in Deutschland seit mehr als 100 Jahren straffrei. Weil die Beihilfe zu einer Handlung, die nicht verboten ist, nicht bestraft werden darf, war seit über 100 Jahren auch die Beihilfe zum Suizid straffrei. Dabei galt stets eine Voraussetzung: Der Helfer über-

nimmt nicht die „Tatherrschaft“ – sonst ist das „Tötung auf Verlangen“. Die ist in Deutschland verboten und das soll so auch bleiben.

Diese Bedingung allerdings führt in bestimmten Situationen zur Ausweglosigkeit: Wer nicht mehr Herr seiner Sinne ist, also beispielsweise im Koma liegt oder dement ist, kann auch die „Tatherrschaft“ über das eigene Sterben nicht mehr selber wahrnehmen. Und da man niemand anders beauftragen darf, die Tat zu vollziehen (das wäre eben die strafbare „Tötung auf Verlangen“), ist zum Weiterleben verdammt, wer den Zeitpunkt verpasst hat, weil die Demenz schon zu weit vorangeschritten ist. Das Schicksal von Walter Jens ist dafür ein trauriges Beispiel.



Es ist eine moralische Frage, ob man den Suizid – theologisch gesprochen – als Sünde verwirft und den „Selbstmörder“ am Friedhofsrand verscharrt, oder ob man den Suizid duldet.

Die entscheidende Frage lautet: Darf man dem Suizidenten helfen (ähnlich wie man der Frau, die kein Kind gebären will, medizinisch und finanziell bei der Abtreibung beisteht)? Oder will man den Suizid bekämpfen beziehungsweise muss man das aus ethischen Gründen tun und darf/ muss den Betroffenen deshalb die Hilfe verweigern? Da drängt sich die Parallele mit den „Boat people“ auf, den Flüchtlingen im Mittelmeer. Lädt man durch deren Rettung vielleicht sogar Nachahmer ein?

Die „Dambruch-These“ ist vielfach widerlegt. Beispiele sind der US-Staat Oregon und die Schweiz. Die Erfahrungen in Ländern, die einen ärztlich begleiteten Suizid erlauben oder straffrei stellen, belegen: Die pure Möglichkeit, das eigene Leben selbst beenden zu können, führt nicht zu einer höheren Selbsttötungs-Quote. Dass es seit der Freigabe zahlenmäßig mehr Suizide gibt, liegt am steigenden Alter der Bevölkerung und an deren höherem Informationsstand. Aber die Möglichkeit zum Suizid verschafft den Betroffenen die Freiheit, ihr Leben fortzuführen, sogar ein für unerträglich gehaltenes Leben. Das Selbstbestimmungsrecht ist insofern eher ein Mittel zur Suizid-Verhinderung als zu dessen Förderung.

Über Jahrzehnte war die Rechtslage bis auf die oben dargestellte Straflosigkeit von Suizid und Suizid-Beihilfe nicht durch Gesetze geregelt, sondern man hangelte sich von Prozess zu Prozess durch. Erst nachdem – nicht zuletzt durch die von Rechtsanwalt Putz⁴⁾

(München) bis zu höchstrichterlichen Entscheidungen vorangetriebenen Rechtsfälle – der Deutsche Bundestag nicht mehr anders konnte, wurde 2007 der Begriff „Patientenverfügung“ in das BGB aufgenommen.

Seitdem ist auch in Gesetzesform klargestellt, dass der Mensch das unveräußerliche Recht besitzt, über sein Leben einschließlich der Art und Weise, wie es beendet werden soll, allein und selbstverantwortlich zu verfügen. Damit war aber die Diskussion nicht beendet, sondern in der Öffentlichkeit wurde zunehmend die Frage nach der Zulässigkeit einer ärztlichen Assistenz bei der Selbsttötung diskutiert: Warum gilt es als selbstverständliche Pflicht des Arztes, seinen Patienten am Anfang des Lebens beizustehen (bei der Geburt beziehungsweise bei der Verhinderung des „ungewollten“ Kindes)? Warum darf der Arzt dem Sterbenden helfen, muss es sogar tun und warum erhält er hierfür ein Honorar? Und muss dann nicht ärztlicher Beistand gestattet (und honoriert) werden, wenn jemand bewusst aus dem Leben scheiden möchte?

Von den eher religiös orientierten Diskussions Teilnehmer*innen und vor allem auch von vielen Abgeordneten wurden sowohl die „Sterbehilfe“ als auch insbesondere deren Honorierung als verwerflich betrachtet. Dieser öffentliche Dissens blieb zunächst auf der Gesetzesebene ungeregelt.

Hinzu kam eine besondere Rechtsproblematik: In

Deutschland gab es ein Sonderrecht für Ärzte. Denn die „Duldung“ des Suizids galt viele Jahrzehnte lang nur für das Strafrecht. Die mehrheitlich von konservativen Berufsfunktionären beherrschte Bundesärztekammer hat 2011 beschlossen:

„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

Viele Landesärztekammern haben diese Klausel daraufhin in das Standesrecht übernommen. Damit drohten Ärzten bei Zuwiderhandlung standesrechtliche Sanktionen bis zum Entzug der Approbation (Berufsverbot). Übrigens hat die Landesärztekammer des traditionell durchaus christlich geprägten Landes Baden-Württemberg dieses Verbot nicht in ihr Standesrecht eingefügt.

Daneben gab es eine zweite rechtliche Fußangel für medizinisches und pflegerisches Fachpersonal: Diesem Personenkreis obliegt eine besondere „Garantenpflicht“. Sie ist stringenter als die Pflicht zur Nothilfe bei Gefahr für Leib und Leben, die allen Bürger*innen obliegt. Vereinfacht ausgedrückt, zwingt diese Pflicht die Ärztinnen und Ärzte, einem vom Tode bedrohten Menschen unter allen Umständen ärztliche Hilfe zu leisten. Die paradoxe Folge: Sie müssen sich, wenn sie einem Sterbewilligen beistehen, sofort und weit genug entfernen, sobald der Patient das tödliche Mittel eingenommen hat. Dadurch werden ausgerechnet jene, die es fachlich können, daran gehindert, den Sterbewilligen beim Suizid beizustehen. Prinzipiell unterliegen auch nahe Angehörige einer Garantenpflicht.

Durch Aufnahme der Patientenverfügung in das BGB im Jahr 2007 war eigentlich schon klar, dass diese Rechtsfigur „Garantenpflicht“ überholt ist: Die Selbstbestimmung der Patient*innen hat Vorrang. Aber auch nach 2017 gab es noch Gerichte, die Ärzt*innen verurteilten, wenn sie beim Suizid assistierten.

„Angesichts der gewachsenen Bedeutung der Selbstbestimmung des Einzelnen auch bei Entscheidungen über sein Leben kann in Fällen des freiverantwortlichen Suizids der Arzt, der die Umstände kennt, nicht mit strafrechtlichen Konsequenzen verpflichtet werden, gegen den Willen des Suizidenten zu handeln“

Zwar ist dieses Rechtsproblem inzwischen gelöst. Der Bundesgerichtshof hat am 3.7.2019 entschieden: (5 StR 132/18). Aber bis 2015 waren all diese Fragen noch offen. Das alles war auf Dauer ein unhaltbarer Zustand. Die rechtliche Ungewissheit musste behoben werden.

2015 kam es zur Abstimmung im Bundestag: Es musste geklärt werden, ob und unter welchen Umständen Ärzt*innen oder andere Menschen beim Suizid Beihilfe leisten dürfen.

Im Kreuzfeuer der Kritik standen insbesondere Organisationen, die hieran (gratis oder gegen Entgelt) mitwirkten, die „Sterbehilfe“-Vereine. Ihre Arbeit galt vielen als unmoralisch. Im Vorfeld der Parlamentsentscheidung und auch in der Bundestagsdiskussion über Suizid-Beihilfe wurde gewarnt,

- dass Schwerkranke oder Alte ermuntert werden, ihr Leben zu beenden, damit sie ihren Angehörigen seelisch oder materiell nicht mehr zur Last fallen,
- dass gierige Angehörige die Betroffenen zum Suizid drängen könnten, um schneller ans Erbe zu kommen,
- dass Geschäftemacher sich mit der Suizid-Beihilfe nur eine goldene Nase verdienen wollen.

Das sind bedenkenswerte Einwände. Die beiden ersten Punkte sind jedoch nur theoretisch relevant, tatsächlich spielen sie allenfalls eine Nebenrolle. Unseriösen Geschäftemachern das Handwerk zu legen, ist hingegen eine ernste Herausforderung.

Denn es gab in Deutschland neben seriösen Bürgerrechtsbewegungen wie der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben bereits eine regelrechte Sterbehilfe-Firma, bei der nicht mehr klar erkennbar war, ob es um die human orientierte Beihilfe zu einem gerechtfertigten, verständlichen Suizid-Wunsch ging oder um ein gutes Geschäft mit dem Tod. Dem hätte man jedoch (wie in der Schweiz) durch klare Regeln für den ärztlich assistierten Suizid begegnen können. Hierzu hätte es keines generellen Verbots bedurft.

Aber eine parteiübergreifende Koalition, maßgeblich repräsentiert von religiös orientierten Abgeordneten des Deutschen Bundestags, setzte sich 6. November 2015 durch. § 217 Strafgesetzbuch lautet seitdem:

„(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

„(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“

Kapitel 4: Was nun?

Sicher war an diesem Gesetz nur eins: Damit wurde die kommerzielle Sterbehilfe bei Strafe verboten. Aber der Gesetzestext ist unglaublich nachlässig formuliert, laienhaft, unprofessionell. Denn was heißt „geschäftsmäßig“? Bedeutet das „gewerbsmäßig“, also gegen Entgelt? Oder ist die mehrfache Sterbehilfe gemeint, gegen Honorar oder unentgeltlich?

Kaum ein Arzt wagte es seitdem, einem Patienten „Gelegenheit“ zum Suizid zu geben. Einem guten Freund oder einem Verwandten, die zumeist keine Ahnung davon haben, was Suizid-Beihilfe in der Praxis bedeutet, die in der Regel auch keine Erfahrung mit dem Sterben haben, wird erlaubt und zugemutet, einem Suizidenten Beihilfe zu leisten. Aber dem Arzt oder der Ärztin, die den Patienten und seine Leiden kennen, die berufsmäßig mit dem Sterben umzugehen gelernt haben, die fachlich in der Lage sind, unnötige Leiden oder sachliche Fehler zu vermeiden, müssen mit einer Gefängnisstrafe rechnen.

Kein Wunder, dass bereits kurz nach dem Gesetzesbeschluss die ersten Klagen Betroffener beim Bundes-

verfassungsgericht eintrafen. Das Gericht muss jetzt übrigens nicht nur über die Verfassungsgemäßheit des neuen Paragraphen 217 StGB entscheiden. Denn das Bundesverwaltungsgericht hatte 2017 entschieden, dass Personen im Endstadium einer schweren, unmittelbar zum Tode führenden Krankheit Anspruch darauf haben, die „friedliche Pille“ auf legalem Weg zu erhalten, um damit Suizid begehen zu können.

Es gebe „keine Pflicht zum Weiterleben gegen den eigenen Willen“

stellte das Gericht fest (2.3.2017 – BVerwG 3 C 19.15). Das Bundesgesundheitsministerium hat der zuständigen Behörde verboten, diesen Richterspruch zu befolgen. Von den über 100 Anträgen todkranker Patient/innen, ihnen das erwähnte „Nembutal“ auszuhändigen, hatte kein einziger Erfolg. Ein Teil der Antragsteller/innen ist inzwischen bereits verstorben, vermutlich unter großen Qualen. Das ist eine unglaubliche Rechtsbehinderung.

Kapitel 5: Karlsruhe hat gesprochen

Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht seine Entscheidung bekanntgegeben (2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16). In der Pressemitteilung vom gleichen Tage hat das höchste deutsche Gericht sie so zusammengefasst:

„Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Mit dieser Begründung hat der Zweite Senat mit Urteil vom heutigen Tage entschieden, dass das in § 217 des Strafgesetzbuchs (StGB) normierte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gegen das Grundgesetz verstößt und nichtig ist, weil es die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung faktisch weitgehend entleert. Hieraus folgt nicht, dass es dem Gesetzgeber von Verfassungs wegen untersagt ist, die Suizidhilfe zu regulieren. Er muss dabei aber sicherstellen, dass dem Recht des Einzelnen, sein Le-

ben selbstbestimmt zu beenden, hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung verbleibt.“

Der volle, umfangreiche und sehr lesenswerte Text dieser Verlautbarung ist online unter <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html> verfügbar.

Abschließend heißt es in der Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts:

„Eine solche Regelung muss sich aber an der Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen ausrichten, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten. Zum Schutz der Selbstbestimmung über das eigene Leben steht dem Gesetzgeber in Bezug auf organisierte Suizidhilfe ein breites Spektrum an Möglichkeiten offen. Sie reichen von prozeduralen Sicherungsmechanismen, etwa gesetzlich festgeschriebener Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders gefahrträchtiger Erscheinungsformen der Suizidhilfe. Diese können auch im Strafrecht verankert oder jedenfalls durch strafrechtliche Sanktionierung von Verstößen abgesichert werden. Das Recht auf Selbsttötung verbietet es aber, die Zuverlässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren Krankheit abhängig zu machen. Dennoch

können je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden. Allerdings muss dem Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichender Raum zur Entfaltung und Umsetzung belassen werden. Das erfordert nicht nur eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzte und der Apotheker, sondern möglicherweise auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts. Dies schließt nicht aus, die im Bereich des Arzneimittel- und des Betäubungsmittelrechts verankerten Elemente des Verbraucher- und des Missbrauchsschutzes aufrechtzuerhalten und in ein Schutzkonzept zur Suizidhilfe einzubinden. All dies lässt unberührt, dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe nicht geben darf.“

Mit dieser Nichtigkeitserklärung des § 217 StGB hat das Gericht den Rechtszustand vor dem Jahr 2015 wieder hergestellt. Es ist zu erwarten, dass die Bundesregierung Vorschläge für ein neues Gesetz erarbeiten wird, in dem die vom Gericht erwähnten „Regulierungen“ des Verfahrens bei der Beihilfe zum Suizid getroffen werden. Der dafür zuständige Gesundheitsminister hat dies bereits angekündigt. Das Gericht hat mit seiner Entscheidung den Rahmen hierfür beschrieben. Die Betroffenen, die Zivilgesellschaft, müssen in der öffentlichen Debatte jetzt dafür sorgen, dass die Selbstbestimmung nicht erneut von übereifrigen, ideologisch fixierten Abgeordneten oder Ministern eingeschränkt wird.

Michael Rux

¹⁾ Diese Fragen beschäftigen mich nicht erst, seit ich vor Jahrzehnten die Vorsorgemappe der GEW zusammenstellte, in der die Informationen über die Patientenverfügung breiten Raum einnehmen. Allerdings: Ich bin kein „Fachmann“, kein alleswissender Experte in medizinischen, ethischen oder juristischen Fragen. Theologische Erwägungen liegen mir fern. Ich bin in jeder Hinsicht Laie. Was ich hier schreibe, ist Sekundärwissen, das ich mir durch Lektüre, Vorträge von „richtigen“ Experten oder auf Seminaren angeeignet habe. Wer mehr wissen und vor allem, wer fachlich fundierte Kenntnisse erwerben will, muss sich selber auf den Weg machen (siehe Literaturhinweise unten).

²⁾ Dies ist jedoch nicht das eigentliche Thema dieses Beitrags. Umfangreiche Informationen zur Patientenverfügung haben wir immer wieder im „Aktiven Ruhestand“ veröffentlicht; sie sind auch in der Vorsorgemappe der GEW enthalten.

³⁾ Zum Beispiel organisiert im Bereich Freiburg / Kreis Breisgau-Hochschwarzwald das Interdisziplinäre Palliativzentrum Südbaden e.V. (palliativzentrum-suedbaden.de) die Fachweiterbildung für medizinisches und pflegerisches Personal („Palliative Care“) und bietet pflegenden Angehörigen sogenannte „Letzte Hilfe Kurse“ an.

⁴⁾ Wolfgang Putz ist Verfasser der besten, auch für Laien verständlichen juristischen Abhandlung über Patientenrechte. Er hat die maßgebenden Prozesse zur Durchsetzung dieser Selbstbestimmungsrechte geführt (und gewonnen) und damit die Basis dafür gelegt, dass es im BGB heute überhaupt Bestimmungen zum Thema „Patientenverfügung“ gibt. Putz hat zusammen mit seiner Kollegin Steldinger ein Buch über „Patientenrechte am Ende des Lebens“ verfasst (Beck-Rechtsberater im dtv). Eine aktualisierte Ausgabe erscheint im Januar 2020.

Weitere Literaturhinweise:

Die Druckfassung des Buches: „Die friedliche Pille“, herausgegeben von der Schweizer Sterbehilfe-Organisation Exit, ist in Deutschland nicht im Buchhandel erhältlich, sondern nur über das Internet bestellbar: www.peacefulpillhandbook.com/deutsch/. Das Buch kostet inklusive Versand rund 100 Euro. Es gibt auch eine Online-Version dieses Buches; die einzelnen Seiten kann man am Computer selbst ausdrucken. Diese elektronische Fassung einschließlich eines 24 Monate dauernden Aktualisierungs-Abos kostet 80 Euro. Das Aktualisierungs-Abo ist sinnvoll, denn wegen der laufenden Rechtsänderungen und der sonstigen aktuellen Entwicklung ist das gedruckte Buch schnell veraltet. Bei Amazon gibt es eine Kindle-Ausgabe dieses Buches für 18,65 Euro. Das ist eine (veraltete) reine Lese-Ausgabe, nicht kopier- oder druckbar.

Wer bei Amazon unter dem Stichwort „Die friedliche Pille“ sucht, findet auch viele andere Bücher zum Thema Sterbehilfe und Suizid. Lesenswerte Standardwerke sind aus meiner Sicht vor allem die Bücher von

- Michael de Ridder: **„Wie wollen wir sterben“** (DVA)
- Gian Domenico Borasio: **„Über das Sterben“** (DTV-Taschenbuch)
- Uwe-Christian Arnold: **„Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben“** (Rowohlt).
- Über das Sterbefasten unterrichtet das Buch von Chabot/Walther: **„Ausweg am Lebensende“** (Ernst Reinhard Verlag).



www.gew-bw.de