



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

**zur mündlichen Verhandlung des Zweiten Senats des
Bundesverfassungsgerichts am 16. und 17. April 2019
in Sachen „§ 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)“ (1)**

zu den Verfassungsbeschwerdeverfahren

Aktenzeichen

2 BvR 651/16

2 BvR 1261/16

2 BvR 2347/15

2 BvR 1593/16

2 BvR 2354/16

2 BvR 2527/16

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Aachener Str. 5 / 10713 Berlin

Tel.: 030/3010100-0 / E-Mail: dgp@palliativmedizin.de



Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht durch die Einführung des § 217 StGB im Dezember 2015 keine negativen Auswirkungen auf die Palliativversorgung oder den Behandlungsalltag in der Versorgung schwerkranker Patienten.

Die DGP begründet dies damit:

- Die gesetzliche Regelung richtet sich nach Auffassung der DGP nicht gegen die in der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung beschäftigten Menschen und ihre Tätigkeit.
- Daher erfordert die neue Regelung nicht, dass besondere Vorsichtsmaßnahmen ergriffen werden müssen,
- Sie erzwingt auch keine Einschränkung als "gute klinische Praxis" anerkannter Vorgehensweisen.

Insbesondere sieht die DGP in den Regelungen im §217 keine Behinderung hinsichtlich der Gespräche von Palliativmedizinern mit Patienten über deren Todeswünsche. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu unmissverständlich: "Bloße Handlungen im Vorfeld der eigentlichen Rechtsgutgefährdung sind ebenfalls nicht Gegenstand der Neuregelung. Namentlich bleiben daher die Kommunikation und der Informationsaustausch über die Selbsttötung zulässig, soweit sie nicht auf Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln einer konkreten Gelegenheit zur Selbsttötung ausgerichtet sind."

Es zählt unbedingt zu den Aufgaben aller in der Palliativversorgung Tätigen, sich offen und respektvoll mit solchen Wünschen, wie auch Suizidwünschen im engeren Sinne, auseinanderzusetzen (2).

Hierzu gehört aus der Perspektive der DGP in erster Linie, mit den betroffenen Patienten, deren Angehörigen und dem eingebundenen Team die Optionen der Hospiz- und Palliativversorgung zur Linderung von Leid zu erörtern und zu versuchen, einen gemeinsamen Weg in der Behandlung und Begleitung zu finden. Allerdings ist mit Blick auf die ärztlichen Aufgaben auch ganz klar und offen eine Grenze zu ziehen. Unabhängig von der moralischen und ethischen Bewertung eines Suizids und der Bereitschaft, darüber offen und ohne Tabus zu sprechen, gehört die Mitwirkung daran nicht zu den ärztlichen Aufgaben. Der Suizid ist auch keine vom Arzt oder anderen Mitgliedern eines Behandlungsteams zu empfehlende Option.

Zu der unbedingten Offenheit der Gesprächssituation gehört auch, dass keine Einschränkungen bei der gebotenen Behandlung folgen. Auch bei Patienten mit Sterbewunsch sind palliativmedizinische Maßnahmen für eine angemessene Symptomkontrolle nötig und möglich. So kann auch bei einem Patienten, der den Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid geäußert hat, eine Rezeptierung einer Opioidtherapie zur Behandlung von Schmerzen oder Luftnot notwendig sein. Selbst wenn der Palliativmediziner ein gewisses Risiko sieht, dass der Patient die Medikamente zum Suizid missbrauchen könnte, aber keine Alternative zur indizierten Vergabe der Medikation findet, kann er dem Patienten die Schmerztherapie nicht verweigern. Ein Zwang zu einer kontrollierten Einnahme von Schmerzmedikamenten ist in der Palliativversorgung angesichts der Gesamtsituation in aller Regel nicht vertretbar.

Das Risiko der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung besteht in der Palliativversorgung nicht. Der Palliativmediziner wird zwar geschäftsmäßig Opioide einsetzen und Patienten mit Sterbewunsch betreuen, Ziel der geschäftsmäßigen Tätigkeit ist aber nicht die Selbsttötung der Patienten, sondern der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität.



Weiterhin sieht die DGP durch den § 217 StGB (ungeachtet der eventuellen berufsrechtlichen Bewertung) auch keine Einschränkung der Möglichkeit für Ärzte und Pflegende in der Palliativversorgung, bei einzelnen Patienten Beihilfe zum Suizid zu leisten – sei es, dass sich die Motivation hierfür aus einem persönlichen Näheverhältnis heraus entwickelt hat oder dass die besonderen Gesamtumstände der persönlichen Lage und der Erkrankung des Patienten so beschaffen sind, dass der Arzt keinerlei medizinische Behandlungsmöglichkeit sieht. Auch in einer solchen Konstellation ist die Beihilfe zum Suizid im Einzelfall möglich und nicht strafbar-unabhängig davon, ob es tatsächlich als ein in ethischer und medizinischer Sicht guter Weg erscheint.

Sterbewunsch bei schwerstkranken Menschen

Palliativmediziner sind durch ihre Spezialisierung auf die Behandlung von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, die oft schwer zu behandeln sind, auch vergleichsweise häufiger als viele Ärztinnen und Ärzte mit Todeswünschen ihrer Patienten konfrontiert. Diese Todeswünsche von Patienten sind aber keinesfalls immer als Handlungsaufforderungen zu verstehen. Die Bandbreite dieser Todeswünsche reicht von dem Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintreten möge, bis hin zu maximalen Formen der Planung eines Suizids oder gar Wünschen nach einer Tötung auf Verlangen. Ein von Patientinnen und Patienten explizit geäußertes Wunsch nach assistiertem Suizid ist im medizinischen Alltag selten, stellt dann aber eine besondere Herausforderung für das gesamte therapeutische Team dar, mit der alle in die Behandlung und Begleitung eingebundenen Berufsgruppen in großer Verantwortung und mit Wertschätzung für den Patienten umzugehen haben.

Grundsätzlich sollte im Hinblick auf die vorschnelle Interpretation eines Sterbewunsches Zurückhaltung geboten sein. Schwer kranke Menschen, die den Wunsch zu sterben äußern, wünschen nicht zwingend einen baldigen oder schnellen eigenen Tod, sondern oftmals das Ende einer ihnen unerträglichen Situation tiefen Not und Verzweiflung. Häufig ist es die Angst, Schmerzen, Luftnot oder anderen schweren Symptomen hilflos ausgeliefert zu sein, Angst vor dem Verlust körperlicher Funktionen und Fähigkeiten, Angst, beim Sterben alleingelassen zu werden, Angst vor Vereinsamung, Angst vor einem als würdelos empfundenen Zustand, Angst vor medizinischer Überversorgung oder Angst, dauerhaft Medizintechnik (zum Beispiel durch künstliche Beatmung) ausgeliefert zu sein. Viele Patienten begründen ihren Sterbewunsch mit der Sorge, anderen zur Last zu fallen.

Der Wunsch zu sterben kann das aktuell wichtigste Anliegen für den Patienten darstellen und darf deswegen auf keinen Fall tabuisiert werden, sofern ein Patient entsprechende Äußerungen oder Andeutungen gegenüber dem Arzt, Pflegenden oder anderen Mitgliedern im Behandlungsteam macht.

Die Äußerung von Sterbewünschen kann als ein Zeichen des Vertrauens gewertet werden. Es kann ein vorsichtig tastender Versuch sein auszuloten, ob sich das Gegenüber auf eine solche tiefe und existenzielle Frage einlässt. Patienten wünschen sich vom Behandlungsteam Akzeptanz für solche Fragen und Gedanken, erhoffen aber auch Angebote von Alternativen, zum Beispiel Optionen in der Palliativversorgung (3). Es kann sich auch um einen fragenden Versuch handeln herauszufinden, inwieweit das Team oder der behandelnde Arzt eine Behandlung weiter für möglich oder sinnvoll halten. Ein solches Gespräch kann eine große Entlastung für den Betroffenen bedeuten, aus der heraus sich für ihn neue Handlungsoptionen ergeben.



Der Todeswunsch ist dabei nicht absolut und ausschließlich zu sehen, sondern kann durchaus Ausdruck einer Ambivalenz sein. So kann sich die Situation ergeben, dass parallel zwei Hoffnungen - Hoffnung auf ein baldiges Ende des Lebens und Hoffnung auf mehr Leben - nebeneinander bestehen.

Die DGP hat im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu § 217 im Bundestag eine Befragung unter ihren Mitgliedern durchgeführt, die neben Einstellungen auch Erfahrungen der DGP-Mitglieder zu Sterbewünschen und ärztlicher Assistenz beim Suizid zu ermitteln versuchte (4). Insgesamt 37% Prozent der Mitglieder nahmen an der Umfrage teil (n=1811), ein Großteil der Antwortenden waren Ärzte (49 %) oder Pflegende (18 %). Den Aussagen, dass ein Sterbewunsch bei schwer kranken Menschen nicht zwingend den Wunsch nach sofortigem Tod, sondern nach Linderung des Leids bedeute und dass der Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid in Einzelfällen nachvollziehbar sein kann, stimmte der größte Teil der Befragten zu.

Fast drei Viertel der Ärzte, die den Fragebogen beantworteten, waren von Patienten bereits um ärztlich assistierten Suizid gebeten worden. Dagegen gaben lediglich 3,2 % der Ärzte (n = 28) an, bereits ärztlich assistierten Suizid geleistet zu haben: in den meisten Fällen ein- oder zweimal während ihrer beruflichen Tätigkeit, nur bei zwei Ärzten häufiger (8- bzw. 12-mal).

Die Mehrheit der Befragten befürwortet das Verbot organisierter Suizidbeihilfe, wie sie etwa von Dignitas oder Exit in der Schweiz angeboten wird (71% Zustimmung der Ärzte und 68% der Pflegenden). Auffallend erscheint zudem, dass die Teilnehmer der Umfrage die Beratung zu medikamentösen oder nicht medikamentösen Methoden mehrheitlich nicht als Assistenz beim Suizid verstanden. Auch die Beratung zu und die Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken wurde von den meisten Befragten nicht als ärztlicher Suizid eingeschätzt.

Die Mehrheit der Ärzte lehnte eine eigene Beteiligung an einem ärztlich assistierten Suizid grundsätzlich ab; immerhin ein Drittel konnte sich eine solche Beteiligung theoretisch aber auch vorstellen.

Handlungsalternativen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Es zählt unbedingt zu den ärztlichen Aufgaben, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patienten – wie auch Suizidwünschen im engeren Sinne – auseinanderzusetzen (Nauck et al. 2014). Hierzu gehört in erster Linie, mit den betroffenen Patienten, deren Angehörigen und dem eingebundenen Team die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung von Leid zu erörtern und zu versuchen, einen gemeinsamen Weg zu finden. Einen geäußerten Sterbewunsch primär als Auftrag zur Unterstützung in der Umsetzung zu interpretieren wird den Betroffenen nachweislich nicht gerecht.

Schmerzen, Luftnot, andere körperliche Symptome, aber auch Angst und Depression können mit der medizinischen Behandlung zur Symptomkontrolle effektiv gelindert sowie mit Hilfe spezieller psycho-sozialer und spiritueller Angebote und Interventionen, Unterstützung und Beratung erträglich gestaltet werden. Grundvoraussetzungen der Beratung, Begleitung und Behandlung sind persönlicher Respekt und Verständnis für Betroffene in Situationen von Not und Verzweiflung.

In der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden werden Ärztinnen und Ärzte insbesondere in der Palliativversorgung immer wieder mit Sterbewünschen ihrer Patienten konfrontiert. Die tägliche Praxis zeigt aber, dass dies oft der Wunsch nach einem Gespräch ist,



nach alternativen Angeboten und nach einem gemeinsamen Aushalten der bedrückenden Situation.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin unterstreicht deshalb mit Nachdruck: Schwerkranken Menschen, die unmissverständlich zum Ausdruck bringen, ihre Situation nicht mehr aushalten zu wollen und zu können, muss als erster Schritt und äußerst zeitnah und konkret der unmittelbare Zugang zu einer weitgefächerten Palliativversorgung unter Einbezug verschiedener Berufsgruppen ermöglicht werden.

Dem klaren Signal, so nicht mehr weiterleben zu wollen, sollte vordringlich mit dem Angebot begegnet werden, mit einem Team der Palliativversorgung in einem vertrauensvollen Gesprächsprozess die Optionen zur Linderung und Minderung medizinischer wie psychosozialer Symptome und Nöte wie auch zur Therapiebegrenzung und zur palliativen Sedierung auszuloten. Mit der palliativen Sedierung als Ultima Ratio können Patienten, bei denen eine ausreichende Linderung des Leidens nicht (oder nicht schnell genug) möglich ist, in einen künstlichen Dauerschlaf versetzt werden, so dass sie das Leiden nicht mehr durchleben müssen.

Andere Handlungsalternativen für schwerstkranke und leidende Menschen

Für die kleine Zahl an schwerstkranken und leidenden Menschen, bei denen mit den Möglichkeiten der Palliativversorgung keine ausreichende Leidenslinderung erreicht werden kann und für die eine palliative Sedierung nicht in Frage kommt, stehen Alternativen zu einem Suizid zur Verfügung. Patienten haben ein Recht auf Verzicht oder Abbruch jeder Art von lebensverlängernder Therapie. Dies umfasst zum Beispiel auch die kontrollierte Beatmung bei Patienten, die nicht mehr selbständig atmen können. Mit einer angemessenen Sedierung kann sichergestellt werden, dass dieser Prozess der Beatmungsbeendigung nicht als qualvoll empfunden wird. Ebenso kann jede andere lebensverlängernde Therapie beendet werden, zum Beispiel die Gabe von kreislaufunterstützenden Medikamenten oder Antibiotika, der Einsatz von Dialyseverfahren oder künstlicher Ernährung.

Wenn die Patientin ihre Einwilligung zu einer lebenserhaltenden Therapie zurückzieht, muss letztere beendet werden. Eine Weiterbehandlung ohne Einwilligung wäre dagegen nicht zulässig und würde den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllen (5).

Als weitere Option bleibt schwerstkranken und leidenden Menschen die Möglichkeit, auf Essen und Trinken zu verzichten. Die Entscheidung über einen solchen Verzicht liegt alleine bei den Patienten. Wesentlich ist hier, dass der oder die Betroffene aus freiem Willen handelt und nicht durch eine krankhafte Essstörung (beispielsweise Anorexia nervosa) oder eine andere psychiatrische Grunderkrankung in der Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt ist.

Der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken kann ärztlich, pflegerisch und psychosozial begleitet werden, um gegebenenfalls Durst- und Hungergefühle effektiv zu lindern (5). Unabhängig davon, ob diese Form des Sterbens ethisch und rechtlich als Suizid, passiver Suizid oder gar nicht als Suizid bewertet wird (2, 5, 6), ist der palliativmedizinische Arzt in der Begleitung eines solchen Prozesses jedenfalls palliativmedizinisch tätig. Er lindert eventuelle Beschwerden und Beeinträchtigungen dieser besonderen Weise zu sterben mit indizierten Maßnahmen und Methoden.

Beim vollständigen Verzicht auf Essen und Trinken ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung nur wenige Tage (3 – 7 Tage, selten auch länger) beträgt. Beim alleinigen Verzicht auf Essen, nicht aber auf Trinken, ist von einer längeren Lebenserwartung von vier bis sechs Wochen auszugehen. Die Überlebenszeit wird allerdings von vielen Faktoren wie zum Beispiel



Ernährungszustand, Flüssigkeitshaushalt, Organfunktionsstörungen von Herz, Lunge oder Niere oder dem Vorliegen von Fieber oder Infekten beeinflusst.

Recht auf selbstbestimmtes Sterben

Diese Feststellung steht nicht im Widerspruch zu der Erkenntnis, dass es selbst bei exzellenter Palliativversorgung Menschen geben wird, die aus der Situation ihrer schweren Erkrankung heraus Suizid begehen möchten. Bei diesen wenigen Palliativpatienten können die Behandlungsteams in der Palliativversorgung an Grenzen stoßen, die aber nicht dadurch negiert werden sollten und können, dass die ärztliche Tätigkeit auf Bereiche ausgeweitet wird, für die Ärzte nicht in spezifischer Weise ausgebildet oder sonstwie in besonderem Maße qualifiziert sind. Das anzuerkennen trägt dem Recht des frei verantwortlichen Patienten Rechnung, auf eine Behandlung, auch eine Palliativversorgung, zu verzichten und sich für einen anderen Weg zu entscheiden. Diese Entscheidung ist, solange sie freiverantwortlich getroffen worden ist, auch zu respektieren.

Dambruch

Ein erheblicher Teil der Mitglieder der DGP ist der Auffassung, dass eine organisiert betriebene Suizidbeihilfe in Deutschland verboten werden sollte (4). Begründet wird dies mit der Furcht vor einem Dambruch. Eine von Organisationen (ob mit oder ohne Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten) betriebene Suizidbeihilfe kann eine Eigendynamik entfalten und die Behandlungssituation in der pflegerischen und ärztlichen Versorgung von Schwerstkranken in erheblichem Maße verändern.

In anderen Ländern wie der Schweiz, den Niederlanden oder Belgien, in denen solche Grenzsetzungen bei Suizidwunsch oder Tötung auf Verlangen versucht wurden, wird mittlerweile über einen Zugang zu tödlichen Medikationen auch für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen oder alte und lebensüberdrüssige Menschen diskutiert oder es wurden die gesetzlichen Vorgaben sogar schon entsprechend erweitert (7).

Als Beispiel für eine Ausweitung beim assistierten Suizid kann die Entwicklung in der Schweiz gesehen werden, wo der assistierte Suizid quantitativ in erheblichem Ausmaß zunimmt und damit auch die Pflege und Behandlungssituationen (nicht nur) am Lebensende zunehmend prägt (eine stetige Zunahme seit 2008, von 2013 auf 2014 um 26 % auf 742 Fälle mit Wohnsitz in der Schweiz, was 1,2% der Todesfälle entspricht). Die geschäftsmäßig tätigen Sterbehilfeorganisationen wie Exit und Dignitas setzen sich zudem beständig für eine Ausweitung der Möglichkeiten für einen assistierten Suizid bis hin zum allgemeinen Altersfreitod ein und haben zum Beispiel ihren Zugang zu Kliniken und Pflegeeinrichtungen erstritten.

Merkmal der Geschäftsmäßigkeit

Die neue gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid im Dezember 2015 löste bei einigen Mitgliedern der DGP Unsicherheit aus, inwieweit durch die neue Gesetzeslage auch andere Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Verordnung von hochdosierten Opioiden im Rahmen einer Palliativversorgung, beeinflusst werden könnten. Der Vorstand der DGP hat deshalb eine Ad-hoc Kommission eingesetzt, die eine Übersicht zu den neuen rechtlichen Rahmenbedingungen aus palliativmedizinischer, ethischer und juristischer Sicht erstellt hat. Die Stellungnahme wurde anschließend im Vorstand der DGP diskutiert und als Stellungnahme des Vorstandes der Gesellschaft verabschiedet.



Anhand einiger charakteristischer Konstellationen wurde erläutert, was unter dem neuen Recht nach wie vor unproblematisch ist ("grün"), was sich als bedenkliches Vorgehen erweisen kann ("gelb") und was jedenfalls mit Strafe bedroht ist ("rot"). Diese notwendigerweise etwas gröber und schematisch gezeichneten Beispiele liefern keine ethische oder moralische Bewertung. Sie ersetzen vor allem auch nicht die ethische oder juristische Beratung im Einzelfall, die dann gerade in komplexen oder heiklen Fällen unter Hinzuziehung sämtlicher Unterlagen zu erfolgen hat. Die sich anschließende Darstellung der Fallkonstellationen folgt der Publikation im Deutschen Ärzteblatt (5).

Grüner Bereich

1) Die behandelnde Ärztin verschreibt dem Patienten wegen Schmerzen auf BtM-Rezept den Vorrat für 30 Tage bei einer nicht ganz niedrigen Opioiddosis, und zwar sowohl Dauer- wie Bedarfsmedikation. Der Patient hat in der Vergangenheit auch einmal einen, allerdings allgemein gehaltenen, Suizidwunsch geäußert. Wenn der Patient alle Tabletten auf einmal nehmen würde, könnte er sich damit voraussichtlich töten - das weiß er auch, weil er im Rahmen der Sicherheitsaufklärung über dieses Risiko aufgeklärt werden musste.

Die Vorgehensweise ist unproblematisch. Zum einen hat die behandelnde Ärztin in dieser Fallkonstellation keine Absicht, einen Suizid zu fördern. Schon gar nicht ist erkennbar, dass sie beabsichtigt, wiederholt Selbsttötungen zu fördern. Die Ärztin kann und will ihrem Patienten dagegen nicht die erforderliche Schmerztherapie verweigern, weil er einen Suizidwunsch geäußert hat. Auch eine überwachte Einnahme wäre hier eine unangemessene Kontrolle des Patienten.

2) Eine Patientin mit einer fortgeschrittenen zum Tode führenden Erkrankung verzichtet auf Essen und Trinken und wird auf eine Palliativstation übernommen, um mögliche Komplikationen (Verwirrtheit) zu behandeln oder Symptome (Mundtrockenheit) zu kontrollieren.

Auch diese Vorgehensweise ist unproblematisch. Zwar möchte die Patientin offensichtlich nicht mehr leben. Durch die Aufnahme auf der Palliativstation wird ihr dazu aber weder eine Gelegenheit gewährt oder verschafft, die Behandlung hier zielt nur auf die ggf. erforderliche Basisversorgung und Symptomkontrolle. Auf diese hat die Patientin Anspruch. Außerdem fehlt es am zielgerichteten Willen des Palliativteams, die Selbsttötung zu fördern.

Dieser Fall wäre nicht anders zu bewerten, wenn die Patientin erst durch eine allgemeine Information ihres Arztes auf die Idee gekommen wäre, freiwillig auf Essen und Trinken zu verzichten.

Sollte der Palliativarzt bei seiner Patientin auf deren Bitte hin, ihr einen Ratschlag zu geben, wie sie in einer bestimmten Situation ohne einen tödlichen Medikamentencocktail nehmen zu müssen, aus der Welt scheiden könnte, den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) empfohlen haben (als eine sichere und schmerzfreie Methode, die aber keine Hilfe Dritter erfordert), könnte die Lage rechtlich kritisch sein. Hier könnte es zum einen darauf ankommen, ob man FVET angesichts der oben beschriebenen Besonderheiten überhaupt als Selbsttötung im Sinne des § 217 StGB ansieht - was mit guten Gründen bezweifelt werden kann. Sollte man das anders sehen, hängt es von den genauen Umständen dieses Gesprächs ab, ob man mit Blick auf die damit eventuell verbundene Förderung der Selbsttötung einen *dolus directus* annimmt, einen bedingten Vorsatz oder Absicht. In dieser Konstellation befände sich der Palliativarzt also im gelben Bereich.



Gelber Bereich

3) Der behandelnde Arzt verschreibt dem Patienten wegen Schmerzen auf BtM-Rezept den Vorrat für 30 Tage bei einer hohen Opioiddosis, und zwar sowohl Dauer- wie Bedarfsmedikation. Der Patient hat tags zuvor sehr deutlich und sehr konkret geäußert, sich töten zu wollen, wenn er die Gelegenheit bekomme. Wenn der Patient alle Tabletten auf einmal nehmen würde, könnte er sich damit voraussichtlich töten.

Eine Strafbarkeit ist hier auch möglich, wenn der Patient sich nicht tötet. Unter Strafe steht ja das Gewähren oder Verschaffen einer Gelegenheit. Der Erfolg der Handlung ist dagegen nicht gefordert. Allerdings ist hier fraglich, ob der Arzt zielgerichtet, also mit der Absicht gehandelt hat, die Selbsttötung zu fördern. Das kann zumindest angezweifelt werden, wenn die Gabe der Opioiddosis medizinisch indiziert war. Er wird dann mit der Absicht gehandelt haben, eine angemessene und indizierte Schmerzbekämpfung zu ermöglichen. Absicht ist nur mit Blick auf die Förderung der Selbsttötung erforderlich. Bezogen darauf würde hier wahrscheinlich eher ein *dolus directus* anzunehmen sein, die sogenannte *Wissentlichkeit*, die für die Förderung der Selbsttötungsabsicht nicht ausreicht.

Für die tatsächliche Durchführung der Selbsttötung reicht der weniger starke bedingte Vorsatz aus, für den es die juristische Formel gibt, dass jemand etwas "billigend in Kauf nimmt". Allerdings ist auch das in der oben beschriebenen Konstellation nicht zwingend. Der Arzt könnte auch darauf vertraut haben, dass der Patient die Medikamente nicht zum Zwecke der Selbsttötung nehmen werde - das wäre bewusste Fahrlässigkeit und damit etwas anderes, als den Suizid billigend in Kauf zu nehmen. Der Arzt könnte in dem Zusammenhang auch vorbringen, dass er zwar ein gewisses Risiko gesehen habe, aber keine Alternative zur indizierten Verordnung der Medikation, denn die Schmerztherapie könnte er dem Patienten nicht verweigern und ihn zu einer kontrollierten Einnahme zu zwingen, halte er angesichts der Gesamtsituation für nicht vertretbar. Auch die Geschäftsmäßigkeit einer eventuellen Förderung der Selbsttötung ist hier nicht dargetan.

Roter Bereich

4) Der behandelnde Arzt rezeptiert Opioide für 30 Tage und berät den Patienten, wie er diese Medikamente einnehmen kann, um den Suizid möglichst sicher zu machen, und der Patient hat sich gezielt zu diesem Arzt überweisen lassen, weil er weiß, dass hier eine solche Beratung erfolgt.

Hier verschafft der Arzt dem Patienten die Medikamente für einen Suizid und das auch in der Absicht, dessen Suizid zu fördern. Falls der Arzt diese Verschreibung und Beratung auch für andere Patienten vorgenommen hat, so dass er dafür sogar bekannt ist, liegt auch ein geschäftsmäßiges, nämlich auf Wiederholung angelegtes Vorgehen vor.

5) Der niedergelassene Arzt, der auch in der Öffentlichkeit (z. B. auf der Webseite seiner Praxis) einen Schwerpunkt seiner Tätigkeit in der Palliativversorgung ausweist, hat in einem Jahr bei drei Patienten eine hohe Opioiddosis verschrieben und in der Krankenakte dokumentiert, dass dies nach Absprache mit dem Patienten mit dem Ziel des Suizids erfolgt sei, weil die palliativmedizinischen Möglichkeiten erschöpft seien. Alle Patienten waren nur wenige Tage oder Wochen bei diesem Arzt in Behandlung.

In dieser Konstellation ist die Absicht, die Selbsttötung zu fördern, unzweifelhaft. Allenfalls ließe sich bezweifeln, dass die Förderung auch geschäftsmäßig geschah. Allerdings sprechen



gewichtige (gegebenenfalls zu widerlegende) Indizien für eine "Geschäftsmäßigkeit": die relativ hohe Zahl der Patienten, denen der Arzt eine Gelegenheit zum Suizid verschafft hat, aber auch die kurze Zeit der Behandlung vor der Verschaffung der Medikamente zur Begehung eines Suizids. Hierfür spielt möglicherweise auch eine Rolle, dass der Arzt nicht in einer längeren persönlichen Beziehung zu den drei Patienten stand. Der Fall könnte also anders zu bewerten sein, wenn es sich um Patienten handelte, die der Palliativmediziner seit Beginn oder einem sehr frühen Stadium ihrer palliativmedizinischen Versorgung therapiert.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, in der alle in der Palliativversorgung aktiven Berufsgruppen und weitere mit diesen Fragen betrauten Spezialisten aktiv sind. Sie hat annähernd 6.000 Mitglieder aus verschiedenen Berufsgruppen, die mit der Palliativversorgung befasst sind (etwa 55% Ärzte, 30% Pflege).

Palliativversorgung wird dabei verstanden als die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Das Hauptziel ist die Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten und ihre Angehörigen. Dies beinhaltet vor allem die Linderung von körperlichem oder seelischem Leid. Dabei gelingt es der Palliativversorgung bei der weit überwiegenden Zahl der Patienten (aber eben nicht in allen Fällen), die in ihren Bereich fallenden Symptome und Beschwerden befriedigend zu behandeln.

Ein wesentliches Ziel der 1994 gegründeten Gesellschaft ist es, auf dem Gebiet der Palliativmedizin die Versorgung der Patientinnen und Patienten stetig zu verbessern und durch Verbreitung guter Standards und Entwicklung neuer Methoden den Anteil ganz oder weitgehend therapieresistenter Erkrankungen zu verringern. Zu diesem Zweck hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) unter anderem die S3-Leitlinie "Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung" federführend mit erarbeitet. Im Update dieser (8) werden Empfehlungen für den Umgang mit einem Sterbewunsch veröffentlicht. Die DGP ist maßgeblich in den Prozess zur Erarbeitung der "Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland" beteiligt, sie hat für Patienten den "Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland" umgesetzt und hält regelmäßig wissenschaftliche Arbeitstage und Kongresse ab. Mit dem Thema Suizidbeihilfe hat sich die DGP als Fachgesellschaft bereits 2014 intensiv befasst. Damals hat sie Reflexionen zum "ärztlich assistierten Suizid" erarbeitet und veröffentlicht (2). 2015 hat die DGP unter ihren Mitgliedern eine ausführliche online-Umfrage zum Thema "Einstellungen und Erfahrungen zum ärztlich assistiertem Suizid" durchgeführt. Eine DGP-Handreichung zum Umgang mit der neuen gesetzlichen Regelung in der Palliativversorgung wurde im Februar 2017 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (5).

Literatur

1. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Strafgesetzbuch (StGB): § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung. 2015.
https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___217.html. (access date: 22.9.2016)
2. Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L. Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; **111**: A67-71.



3. Pestinger M, Stiel S, Elsner F, Widdershoven G, Voltz R, Nauck F, Radbruch L. The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding "When perception of time tends to be a slippery slope". *Palliat Med* 2015; **29**: 711-9.
4. Jansky M, Jaspers B, Radbruch L, Nauck F. Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid: Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; **60**: 89-98.
5. Tolmein O, Radbruch L. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin. *Deutsches Ärzteblatt* 2017; **114**: A302-7.
6. Bickhardt J, Hanke R. Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung - Eine ganz eigene Handlungsweise. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; **111**: A590-2.
7. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Muller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Berghe PV, Epac. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Med* 2016; **30**: 104-116.
8. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung - Konsultationsfassung. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH),; 2019.

https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.01_Langversion.pdf (access date: 9.2.2019)