



# LEBENSFORUM

Zeitschrift der Aktion Lebensrecht für Alle e.V. (ALFA)

**SPEZIAL** **Beihilfe zur Selbsttötung (§ 217 StGB): Wer darf straffrei mitwirken?**  
Dokumentation der Parlamentarischen Fachtagung in Berlin im Januar 2013



Suizid in Deutschland

## Die Takte werden kürzer

# LEBENSFORUM SPEZIAL



## Suizid in Deutschland Die Takte werden kürzer

Statistisch betrachtet nimmt sich in Deutschland alle 49 Minuten ein Mensch das Leben. Alle 4 Minuten findet ein Suizidversuch statt. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Paragrafen 217 StGB, der nur die gewerbsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe stellen will, würde zwangsweise zu einer Verkürzung dieser Takte und einer Zunahme von Suiziden führen. Besonders pikant: Angehörige eines Suizidwilligen oder ihm nahestehende Menschen – darunter auch Ärzte und Pfleger – sollen selbst dann straffrei bleiben, wenn sie dem Suizidwilligen helfen, sich von einem nach dem Gesetzentwurf vorsätzlich und gewerbsmäßig handelnden Straftäter in den Tod begleiten zu lassen.

»LebensForum« dokumentiert die Vorträge einer Parlamentarischen Fachtagung, die unter dem Titel »Beihilfe zur Selbsttötung (§ 217 StGB): Wer darf straffrei mitwirken?« im Januar 2013 in Berlin stattfand.

DANIEL RENNEN / PREDER MEDIENAGENTUR

**Sterbehilfe: Der moderne Tod?**  
Nach Ansicht des Mannheimer Medizinhikers Axel W. Bauer läuft der Gesetzentwurf der Bundesregierung auf eine Preisgabe der Fürsorgepflicht von Ärzten für das Leben kranker Menschen hinaus.



4 - 8

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer



9 - 13

Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke

**Suizidalität: Häufigkeit, Ursachen und Risikogruppen**  
Der Vorsitzende des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NASPRO) Armin Schmidtke zeigt, dass Zuwendung und eine adäquate Behandlung die Wünsche nach einem assistierten Suizid signifikant minimieren.

**Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid**  
In Deutschland wird davon ausgegangen, dass Beihilfe zum Suizid grundsätzlich straffrei bleiben müsse. Angesichts der Rechtslage in vielen Ländern Europas sei dies erstaunlich, findet der Fachanwalt für Medizinrecht Oliver Tolmein.



14 - 18

Dr. jur. Oliver Tolmein



19 - 22

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Sahn

**Umgang mit Suizid im klinischen Alltag**  
Der Onkologe Stephan Sahn ist sich sicher: Der Entwurf der Bundesregierung zum § 217 StGB würde die medizinische Praxis und das ärztliche Selbstverständnis vor nicht bewältigbare Herausforderungen stellen.

# Suizidhilfe: Der moderne Tod?

Am 17. Januar 2013 fand in der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin unter der Schirmherrschaft des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung, Hubert Hüppe, MdB, eine Parlamentarische Fachtagung unter der Überschrift »Beihilfe zur Selbsttötung (§ 217 StGB): Wer darf straffrei mitwirken?« statt. Zu dieser Tagung eingeladen hatten die Christdemokraten für das Leben (CDL), das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NASPRO) und die Aktion Lebensrecht für Alle (ALfA).

Anlass der Tagung war ein am 29. November 2012 in Erster Lesung im Deutschen Bundestag eingebrachter Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 29. August 2012 zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Zum Zeitpunkt der Tagung am 17. Januar 2013 wurde bekannt, dass der ursprünglich für den 31. Januar 2013 angesetzte Termin für die Zweite und Dritte Lesung dieses Gesetzes nunmehr vorerst verschoben worden ist. Grund dafür sind die zunehmenden Zweifel zahlreicher Bundestagsabgeordneter an der normativen Tragfähigkeit des vom Bundesministerium der Justiz vorgelegten Gesetzentwurfs zum neuen § 217 StGB. Solche Zweifel wurden in den letzten Wochen und Monaten auch von mehreren namhaften Experten aus Medizin, Rechtswissenschaft und Ethik in Fachpublikationen sowie den Medien vorgetragen.

Einige Experten und Politiker vertreten die Auffassung, das von der Bundesregierung geplante alleinige Verbot einer gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung gehe zwar eigentlich nicht weit genug, da hier nur etwas verboten würde, das in Deutschland – zumindest derzeit – gar nicht angeboten wird. Es sei aber immer noch besser, diesen kleinen Schritt mitzugehen, als den gegenwärtigen Zustand einer allgemeinen Erlaubnis der Anstiftung und Beihilfe zum Suizid beizubehalten.

Demgegenüber äußern Andere – darunter auch die vier Referenten der Parlamentarischen Fachtagung vom 17. Januar 2013, deren Beiträge auf den folgenden Seiten im Rahmen einer Sonderausgabe der Zeitschrift »LebensForum« doku-

mentiert werden – grundsätzliche Bedenken gegen die Verabschiedung eines Gesetzes, das womöglich nicht nur unvollkommen wäre, sondern in eine völlig falsche Richtung führen würde.

So lassen etwa die weit reichenden Ausnahmen in der geplanten Verbotsregelung befürchten, dass nach einem etwaigen Inkrafttreten des Gesetzes die ärztliche Mitwirkung am Suizid von Patienten lediglich noch durch den Paragraphen 16 der Berufsordnung standesrechtlich vorläufig in Grenzen gehalten werden würde. Dies gilt umso mehr, als der Gesetzentwurf ja nicht bloß generell Personen straffrei stellt, die an einem an sich strafbaren gewerbsmäßigen Suizid mitwirken, sofern diese selbst nicht gewerbsmäßig handeln. Nein, der Gesetzentwurf dehnt diese Sonderstellung auch noch auf nicht gewerbsmäßig handelnde Ärzte aus, so-

---

## *Der Schutz des Lebens ist eine hochrangige Aufgabe des Staates.*

---

fern diese Angehörige des Suizidenten oder ihm nahestehende Personen sind. Erschwerend kommt hinzu, dass schon heute keineswegs alle Landesärztekammern den Paragraphen 16 aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer wortgleich übernommen haben.

Ferner gilt: Die politisch Verantwortlichen dürfen eine so höchstrangige Frage wie den Schutz des Lebensrechts ihrer Bürger selbstverständlich nicht allein einem ärztlichen Standesrecht überlassen, das seinerseits ausweichend auf die strafrechtlichen Bestimmungen Bezug nimmt.

Als Ergebnis der Tagung zeigt sich, dass die Verabschiedung eines so sensiblen und für jeden Bürger lebenswichtigen Gesetzes nicht unter dem Druck einer vor mehr als drei Jahren geschlossenen Koalitionsvereinbarung erfolgen darf, die der derzeitigen Realität der Mitwirkung am Suizid in der Praxis längst nicht mehr gerecht wird. Ohne eine sorgfältige Analyse des Problems und eine ausführliche parlamentarische Debatte, die auch AL-

ternativen zu dem von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf berücksichtigen müsste, sollte bei diesem Thema keine abschließende Regelung getroffen werden.

Mit der Publikation der Vorträge in einem »LebensForum Spezial« beabsichtigt die Aktion Lebensrecht für Alle, die bemerkens- und bedenkenswerten Beiträge namhafter Wissenschaftler aus Medizinethik, Forensischer Psychiatrie, Rechtswissenschaft und Palliativmedizin sämtlichen Abgeordneten des Deutschen Bundestags sowie einer breiten Öffentlichkeit auf einfache Weise zugänglich zu machen und so einen weiteren Beitrag für eine fundierte, wichtige wissenschaftliche Fakten berücksichtigende Diskussion der für jeden Bürger letztlich existentiellen Fragen um den Suizid und die Suizidassistenten zu leisten. Dabei dankt die ALfA besonders jenen Referenten, die bislang noch nie in der Zeitschrift »LebensForum« publiziert haben und die die von der ALfA auf anderen Feldern der Biopolitik vertretenen Positionen teilweise oder gar nicht teilen, für die Abdrucklaubnis ihrer Beiträge.

Ein besseres, den tatsächlichen Gegebenheiten gerecht werdendes Gesetz bedeutet keinesfalls, dass der Staat gezwungen wäre, seine Bürger zu einem »Leben um jeden Preis« zu verpflichten. Mit der Möglichkeit der Änderung von Therapiezielen steht der Medizin längst ein Instrument zur Verfügung, das geeignet ist, Menschen nicht am Sterben zu hindern. Eines, das sowohl der Menschenwürde des Patienten als auch dem ärztlichen Ethos Rechnung trägt, pflegende Angehörige vor Überforderung schützt und eine humane Gesellschaft bewahren hilft.

Eine erhellende Lektüre wünscht Ihnen



Claudia Kaminski  
Bundesvorsitzende der ALfA





# Sterbehilfe: Der moderne Tod?

Nehmen Werte wie Autonomie und Selbstbestimmung die Stelle der Menschenwürde ein, werden sie gar zum alleinigen Maßstab ärztlichen Handelns, dann hat dies nichts mehr mit dem partnerschaftlich verstandenen Heilauftrag des Arztes zu tun, sondern stattdessen mit der Preisgabe der Fürsorgepflicht für das Leben kranker Menschen.

Von Professor Dr. med. Axel W. Bauer, Mannheim

## GUNTER SACHS: SELBSTMORD AUS FURCHT VOR DEMENZ

»Er war der Playboy – der Mann, den die Frauen liebten und der sie liebte. Der Reiche, der sich mit teuren Spielzeugen umgab. Gunter Sachs hat sich nach Polizeiangaben auf seinem Schweizer Chalet erschossen. Er wurde 78 Jahre alt. Wegen einer »ausweglosen Krankheit« habe er sich das Leben genommen, erklärte die Familie am Abend.«<sup>1</sup> Mit dieser Nachricht schreckte das Online-Magazin des SPIEGEL am 8. Mai 2011 seine Leser auf. Gunter Sachs (1932–2011) hatte einen Tag zuvor den »Freitod« wegen einer »ausweglosen« Krankheit gewählt. Angeblich litt Sachs unter Depressionen, und er fürchtete sich vor dem Ausbruch der Alzheimer-Erkrankung. Dies ging jedenfalls aus dem Abschiedsbrief hervor,

den seine Familie unmittelbar nach seinem Selbstmord veröffentlichen ließ. Er stelle »heute noch in keiner Weise« ein Fehlen oder einen Rückgang seines logischen Denkens fest, schrieb Sachs. Eine wachsende Vergesslichkeit, die rapide Verschlechterung seines Gedächtnisses und seiner Bildung des Sprachschatzes führten aber schon jetzt zu »gelegentlichen Verzögerungen in Konversationen«.<sup>2</sup>

Der prominente Selbstmörder war keineswegs sterbenskrank, sondern er fürchtete sich davor, krank zu werden! Allein die »gelegentliche Verzögerung in Konversationen« genügte ihm, um seinem Leben ein mutwilliges und vorzeitiges Ende zu setzen. Eine ernsthafte Diskussion über den so genannten »Freitod« fand in den Medien in den folgenden Wochen allerdings kaum statt, denn eine solche passt nicht in eine Zeit, in der die Selbstbe-

stimmung des Menschen insbesondere im Recht der Bestimmung seines eigenen Todeszeitpunkts gesehen wird.

Ähnliches war bereits im Herbst 2010 zu beobachten, als der ehemalige Geschäftsführer der Flick KG, Eberhard von Brauchitsch (1926–2010), sich am 7. September 2010 gemeinsam mit seiner an der Parkinsonschen Krankheit leidenden Frau, mit der er fast 60 Jahre verheiratet gewesen war, unter Inanspruchnahme der Schweizer Sterbehilfe-Organisation Exit in Zürich das Leben nahm. Brauchitsch

- 1 Legendärer Playboy. Gunter Sachs ist tot. SPIEGEL ONLINE vom 8.5.2011. <http://www.spiegel.de/panorama/leute/legendaerer-playboy-gunter-sachs-ist-tot-a-761305.html>
- 2 Gunter Sachs' Abschiedsbrief. Die »ausweglose Krankheit A.« [www.stern.de/vom-8.5.2011-http://www.stern.de/panorama/gunter-sachs-abschiedsbrief-die-ausweglose-krankheit-a-1682723.html](http://www.stern.de/vom-8.5.2011-http://www.stern.de/panorama/gunter-sachs-abschiedsbrief-die-ausweglose-krankheit-a-1682723.html)

selbst hatte nach Angaben seiner Tochter ein Lungenemphysem, eine ebenfalls behandelbare Erkrankung.<sup>3</sup>

Wie lässt sich erklären, dass in unserer Gegenwart selbst reiche und noch nicht einmal sterbensranke Menschen ihren Suizid öffentlich zelebrieren lassen und dafür in den Medien noch achtungsvolle Nachrufe erhalten? Wie ist es möglich, dass die menschliche Freiheit, also die Entscheidung zwischen mehreren Handlungsalternativen, von denen wir im Leben oft genug eher zu wenige als zu viele haben, neuerdings gerade als »Freiheit im Sterben« neu konstruiert und vom gesellschaftlichen Mainstream als sozialer Fortschritt gepriesen wird? Wie konnte es geschehen, dass die Bundesrepublik Deutschland im Januar 2013 dem politisch erkennbaren, aber (noch) nicht offiziell deklarierten Ziel einer selbst gewählten Vorverlegung des Sterbens vor allem älterer und sehr alter Menschen deutlich näher gekommen ist? Entscheidende Beiträge dazu hat eine auch und gerade von Medizinethikern seit gut zwei Jahrzehnten geschickt unters Volk gebrachte Propaganda geleistet, die das Ziel einer Verabsolutierung des Begriffs der »Selbstbestimmung« mit dessen gleichzeitigem Bedeutungswechsel verknüpfte.

## WOHIN MIT OMA? LIEBER TOT ALS IM PFLEGEHEIM

»Wohin mit Oma?«, fragte die Titelseite des Magazins DER SPIEGEL am 9. Mai 2005, in der über den Pflegezustand in Deutschland berichtet wurde. Ein Leserbriefschreiber merkte dazu im folgenden Heft an: »Gerade weil Ihr Beitrag fair und realistisch ist, bleibt wohl nur eine Konsequenz: lieber rechtzeitiger Abgang als die Beisetzung in einem Altersheim.« Dieser Leser hatte die im Artikel selbst gar nicht ausformulierte Hintergrund-Botschaft offenbar verstanden und seine resignierende Schlussfolgerung daraus gezogen.

»Sei gesund und fit – oder stirb wenigstens rasch!« So könnte man jene inhumane Alternative in einem knappen Satz zusammenfassen, die – als »Selbstbestimmungsrecht« verpackt – den älter werdenden Menschen Tag für Tag auf mehr oder weniger subtile Weise nahegebracht wird. Und das hat Folgen: Nach einer vom Institut für Demoskopie in Allensbach im Jahre 2008 durchgeführten repräsentativen Umfrage wäre die Mehrheit der deutschen Bevölkerung für die Legalisierung der nach § 216 StGB strafbaren »Tötung auf Verlangen« (= »aktive Sterbehilfe«). 58 Pro-

zent der rund 1.800 Befragten befürworteten den Standpunkt, unheilbar kranke Menschen auf deren Wunsch hin zu töten. Nur 19 Prozent waren dagegen, 23 Prozent konnten sich bei dieser Fragestellung nicht entscheiden.<sup>4</sup> Diese Zahlen sind insbesondere deswegen dramatisch, weil einer im Mai 2011 durchgeführten repräsentativen Umfrage von Infratest dimap zu entnehmen war, dass 93 Prozent der Deutschen irrtümlich glauben, die Beihilfe zur Selbsttötung sei in der Bundesrepublik nicht erlaubt. Man mag



## Zeitschriftentitel zum Umgang mit alten Menschen

sich gar nicht vorstellen, wie die Realität in unserem Land bereits aussähe, wenn die tatsächliche rechtliche Lage allgemein bekannt wäre, nach der Anstiftung und Beihilfe zum Suizid nicht strafbar sind.<sup>5</sup>

Selbst überraschend viele Ärzte in Deutschland sind inzwischen dafür, Patienten beim Suizid zu unterstützen oder sogar auf ihren Wunsch hin deren Leben beenden zu dürfen. Das geht aus einer ebenfalls 2008 erstellten Studie hervor, für die 483 Ärzte befragt wurden, die häufig Schwerstkranke behandeln. Danach würden 35 Prozent eine Regelung befürworten, die es Ärzten ermöglichte, Patienten mit schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu unterstützen. 16,4 Prozent der Befragten sprachen sich für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus.<sup>6</sup> Diese Zahl würde ausreichen, um jedem Bundesbürger einen suizidassistentenwilligen Arzt in seiner Wohnortnähe zu benennen.

## DIE MITWIRKUNG DRITTER AM SUIZID ALS ORGANISIERTE DIENSTLEISTUNG

In diesem Zusammenhang tritt nun die Mitwirkung am Suizid in den Blick. Es ist eine allgemeine Tendenz zu erkennen, der zufolge das Selbstbestimmungsrecht von Patienten in ethischen und rechtlichen Debatten mit immer größerer Ausschließlichkeit in den Vordergrund rückt. Wenn aber die Werte Autonomie und

Selbstbestimmung des Patienten zunehmend an die Stelle der Würde des Menschen träten und schließlich zum alleinigen Maßstab ärztlichen Handelns würden, dann hätte dies nichts mehr mit einem als partnerschaftlich verstandenen Heil Auftrag des Arztes zu tun, sondern vielmehr mit der leichtfertigen Preisgabe der zentralen Fürsorgepflicht für das Leben kranker Menschen.<sup>7</sup>

Das allgemeine Unbehagen an der Hilfe zur vermeintlich letzten »Selbsthilfe« artikuliert sich in den letzten Jahren vor

allem als Kritik an dem ehemaligen Hamburger Justizsenator Roger Kusch, der im zweiten Halbjahr 2008 zunächst für fünf sterbewillige Menschen den Tod organisierte. Angeblich kostete die publikumswirksam inszenierte Suizidassistenten jeweils 8.000 Euro, von denen 6.500 Euro an Kusch und weitere 1.500 Euro an den von ihm bestellten psychiatrischen Gutachter flossen. Ein bereits im November 2008 ausgesproch-

nes polizeiliches Verbot von Kuschs Aktivitäten wurde im Februar 2009 per Eilverfahren durch das Verwaltungsgericht Hamburg bestätigt. In seiner Begründung sah das Gericht die Beihilfe zur Selbsttötung zwar als nicht strafbar an, verbot aber die nach seiner Auffassung »sozial unwertige Kommerzialisierung des Sterbens durch Beihilfe zum Suizid gegen Entgelt«. Am 20. Februar 2009 gab Roger Kusch daraufhin bekannt, dass er seine Suizidbegleitung künftig nicht mehr anbieten werde.

Der von Kusch im Jahre 2010 gegründete Verein »Sterbehilfe Deutschland« (StHD) bietet seinen Mitgliedern seither jedoch wieder aktive Begleitung

- 3 Freitod mit 83. Ehepaar von Brauchitsch nahm sich das Leben. SPIEGEL ONLINE vom 11.9.2010. <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/freitod-mit-83-ehepaar-von-brauchitsch-nahm-sich-das-leben-a-716939.html>
- 4 Einstellung zur aktiven und passiven Sterbehilfe. Institut für Demoskopie Allensbach Nr. 14/2008.
- 5 Assistierter Suizid. Repräsentative Zufallsauswahl der wahlberechtigten Bevölkerung in Deutschland ab 18 Jahren. Computergestützte Telefoninterviews (CATI) mit 1.000 Befragten vom 10.-11. Mai 2011. Infratest dimap, [www.infratest-dimap.de](http://www.infratest-dimap.de)
- 6 Klinkhammer G (2008): Umfrage zur Sterbehilfe: Palliativmedizin als Alternative. Deutsches Ärzteblatt 105:A2617. Siehe auch <http://www.spiegel.de/politik/debatte/0,1518,592070,00.html>
- 7 Geitner R (2011): Grundvertrauen in die Entscheidung des Hausarztes. Deutsches Ärzteblatt 108:A520-A522.

beim Suizid an. Den Vereinszweck beschreibt die Satzung wie folgt: »Bei hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung setzt sich der Verein für einen begleiteten Suizid ein. Er unterstützt seine Mitglieder in ihrem Wunsch nach einem selbst bestimmten Lebensende.«

Konkret verschafft »Sterbehilfe Deutschland« sterbewilligen Mitgliedern über einen Arzt tödliche Medikamente. Seit 2010 hat der Verein angeblich 60 Menschen in den Tod begleitet.



Bei Schweizer Suizidbegleitern das Mittel der Wahl: Pentobarbital-Natrium

Laut Kusch wollte der Verein im Jahre 2012 etwa 25 bis 30 Personen Suizidassistentenleistung leisten. Die Mitgliederzahl stieg nach Angaben des Vorsitzenden von etwa 200 im Gründungsjahr auf rund 300 im August 2012 an. Diese zahlen einen jährlichen Beitrag von 100 Euro, wahlweise 1.000 Euro für eine lebenslange Mitgliedschaft.<sup>8</sup> Aus »organisatorischer Vorsicht« hat Kusch Ende August 2012 einen Schweizer Verein mit Sitz in Zürich gegründet. Aktiv tätig werden will Kusch aber nur in Süddeutschland, nicht in der Schweiz selbst. Kuschs Organisation hat inzwischen auch ihre Satzung geändert. Demnach zahlt der Verein im Fall eines »begleiteten Suizids« sämtliche Geldbeiträge zurück, die er zuvor vom betreffenden Mitglied erhalten hat. Damit soll dokumentiert werden, dass der Verein keine wirtschaftliche Zielsetzung habe.<sup>9</sup>

Ethisch interessant ist aus meiner Perspektive vor allem folgende Argumentation im Blick auf die Kommerzialisierung der Suizidbegleitung: In seinem Verbotsbeschluss vom Februar 2009 argumentierte das Verwaltungsgericht Hamburg, Kuschs damalige »fortgesetzte Su-

izidunterstützung« gefährde die öffentliche Sicherheit. Kusch betreibe als Suizidhelfer »kein erlaubtes Gewerbe«. Beihilfe zum Selbstmord sei zwar nicht strafbar – hier gehe es aber »um die sozial unwertige Kommerzialisierung des Sterbens durch Beihilfe zum Suizid gegen Entgelt.«<sup>10</sup> Diese Begründung lässt den folgerichtigen, in moralphilosophischer Perspektive aber zu hinterfragenden Schluss zu, dass eine nicht kommerzielle, womöglich ganz und gar unentgeltliche Form der Suizidbeihilfe als eine so-

zial wertvolle, in jedem Falle aber als eine nicht nur legale, sondern sogar legitime Tat beurteilt werden müsse.

#### MORALISCH GUT, WEIL KOSTENLOS?

Aufschlussreicherweise wird in Deutschland bislang die Legitimität der Beihilfe zum Suizid als solche kaum in Frage gestellt. Doch die oberflächliche Debatte um die angebliche Sittenwidrigkeit der kommerziellen Suizidassistenten<sup>11</sup> greift zu kurz, sie greift ethisch gesehen sogar völlig daneben. Warum? Sehen wir uns den Sachverhalt einmal genauer an:

Eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht automatisch dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Niemand würde beispielsweise von einem Bäckermeister verlangen, dass er seine Brötchen verschenken müsse, um nicht einer »sozial unwertigen Kommerzialisierung« der Nahrungsmittelversorgung Vorschub zu leisten. Auch würde niemand von einem Bildenden Künstler fordern, dass er die von ihm gemalten Bilder kostenlos abzugeben habe, damit er nicht eine »sozial unwertige Kom-

merzialisierung« der Kunst befördere.

Andererseits wird aber eine an sich schlechte Handlung auch nicht dadurch gut, dass sie gratis zu haben ist. So wird etwa die Tat eines Denunzianten auch dann nicht als lobenswert betrachtet, wenn er seine Freunde lediglich privat und im Rahmen eines Hobbys verrät, ohne Geld für die weitergegebenen Informationen zu verlangen. Und ein Hehler, der Diebesgut ohne eigenen Gewinn in den Verkehr brächte, wäre kein Wohltäter, sondern allenfalls töricht.

Die richtige Intuition, dass die kommerzielle Beihilfe zum Suizid keine ethisch akzeptable Tat ist, rührt von der Sache an sich und nicht von dem womöglich entstehenden finanziellen Gewinn des Sterbehelfers her. Die Assistenz bei der Selbsttötung fördert nämlich in jedem Fall eine Handlung, die ethisch gerade nicht mit der Autonomie des Menschen legitimiert werden kann. Die Autonomie als die Fähigkeit des Menschen, sich eigene Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, hat ihren Grund in der physischen Existenz der Person, sie ist Symptom und nicht Ursache unserer biologischen Konstitution. Daher beschränkt sich die legitime Reichweite der menschlichen Selbstbestimmung auf den Bereich dieses ihrer physischen Grundlage. Selbstverständlich ist der Mensch faktisch in der Lage, sich selbst zu töten, doch kann er diesen Schritt ethisch eben nicht unter Berufung auf die Selbstbestimmung legitimieren.

Der Schriftsteller Reinhold Schneider (1903-1958) hat diesen Gedanken in seiner 1947 erschienenen Schrift »Über den Selbstmord« mit folgenden Worten ausgedrückt: »Lassen wir uns nicht täuschen von den Worten unseres Bezirks über ei-

8 Vgl. Kuschs Internetseite <http://www.sterbehilfedeuetschland.de/>

9 Deutscher Sterbehilfeverein sucht Zuflucht in Zürich. Neue Zürcher Zeitung vom 14.9.2012.

[http://www.nzz.ch/aktuell/zuerich/stadt\\_region/deutscher-sterbehilfeverein-sucht-zuflucht-in-zuerich-1.17607841](http://www.nzz.ch/aktuell/zuerich/stadt_region/deutscher-sterbehilfeverein-sucht-zuflucht-in-zuerich-1.17607841)

10 Urteil: Kusch darf keine Sterbehilfe mehr leisten. Zeit online vom 6.2.2009. [www.zeit.de/roger-kusch-2](http://www.zeit.de/roger-kusch-2). Dann halt nicht. Roger Kusch, der Ex-Senator und Suizidbegleiter gibt auf. Fünf Lebensmüden hat er zum Tod verholfen, dann stoppten ihn Verwaltungsrichter. DIE ZEIT Nr. 10 vom 26.2.2009, S. 9.

11 Zu den politisch bemühten, aber letzten Endes wenig hilfreichen Resultaten dieser Debatte gehört zum Beispiel der nicht realisierte Antrag des Bundesrates vom 4.7.2008 Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung (... StrRAndG). Bundesrats-Drucksache 436/1/08. [http://www.bundesrat.de/cdn\\_090/nm\\_6906/SharedDocs/Drucksachen/2008/0401-500/436-08\\_28B\\_29.html](http://www.bundesrat.de/cdn_090/nm_6906/SharedDocs/Drucksachen/2008/0401-500/436-08_28B_29.html)

nen Bezirk, von dem wir nichts in Erfahrung bringen! Der Entschluss zum Tod ist der Entschluss zu einer ehernen Wirklichkeit. Und ob wir nun glauben oder nicht, das Eine müssten wir uns doch sagen: wir



ARBEIT

#### Bot bezahlte Sterbehilfe an: Roger Kusch

haben kein Recht, das Andere, zu dem wir uns entschließen, »Schlaf« zu nennen. Schlafen: das heißt wieder erwachen. Wir schlafen nur auf fester Erde, gesichertem Grund. Hier aber heben wir den Grund auf – von nun an wird alles ungewiss, ist Unerhörtes, Unausdenkbares möglich.«<sup>12</sup>

Die Selbsttötung ist jedenfalls ethisch eine mit Blick auf die Autonomie des Menschen nicht zu rechtfertigende Handlungsweise. Nun ist aber der Suizid schon seit dem frühen 19. Jahrhundert in Deutschland kein Straftatbestand mehr, denn im Erfolgsfall wäre der Täter nicht mehr am Leben, und im Fall des Scheiterns dürfte eine zusätzliche Bestrafung als unbillig empfunden werden. Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung sind nach dem deutschen Strafrecht ebenfalls nicht verboten, weil es formal an der strafbaren Haupttat mangelt, sodass § 26 (Anstiftung) und § 27 StGB (Beihilfe) nicht greifen.

Wenngleich rechtsdogmatisch vertretbar, ist dieses Ergebnis jedoch verfassungsrechtlich keineswegs zwingend, wie etwa ein Blick nach Österreich zeigt. Dort gilt die Mitwirkung am Selbstmord nämlich als ein eigenständiger Straftatbestand, als »Delictum sui generis«. § 78 des Österreichischen Strafgesetzbuches lautet: »Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.« Damit ist die Mitwirkung am Suizid im Strafmaß der Tötung auf Ver-

langen gleichgestellt. Denn anders als bei Straftatbeständen, bei denen Täter und Gehilfe sich gegen dasselbe Rechtsgut wenden, unterscheidet sich beim Suizid das bedrohte Rechtsgut für Täter und Gehilfen grundsätzlich. Der Suizident zerstört sein eigenes Leben, der Gehilfe das Leben eines anderen Menschen.<sup>13</sup>

#### DAS VERBOT DER GEWERBSMÄSSIGEN FÖRDERUNG DES SUIZIDS – EIN GESETZSTROJANER

Demgegenüber will die Bundesregierung jetzt lediglich die auf Gewinnerzielung ausgerichtete »Gewerbsmäßigkeit« der Suizidbeihilfe verbieten lassen. Dazu soll ein neuer Tatbestand (§ 217) im Strafgesetzbuch (StGB) geschaffen werden, der ausschließlich die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt.<sup>14</sup> Am 29. August 2012 wurde im Bundeskabinett ein Gesetzentwurf der Bundesregierung verabschiedet, der den neuen Paragraphen wie folgt formuliert:

##### »§ 217

##### Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer absichtlich und gewerbsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ein nicht gewerbsmäßig handelnder Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte andere sein Angehöriger oder eine andere ihm nahestehende Person ist.«<sup>15</sup>

In den frühesten Morgenstunden des 30. November 2012 fand die Erste Lesung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag nur auf dem Papier statt, denn die vorgesehenen Debattenbeiträge der Abgeordneten wurden lediglich zu Protokoll gegeben. Das Bundesministerium der Justiz begründet den Gesetzentwurf damit, dass Suizidbeihilfe als »Erwerbsmodell« zu einer gewöhnlichen, auf Zuwachs angelegten »Dienstleistung« werden könne: »Menschen könnten dazu verleitet werden, sich das Leben zu nehmen, obwohl sie dies ohne das kommerzielle Angebot vielleicht nicht getan hätten«, heißt es in der Begründung des Gesetzentwurfs. Gerade alte und kranke Menschen könnten unter Druck geraten, um ihrem Umfeld nicht zur Last zu fallen. Aus der Sicht des Ministeriums stellt der Gesetzentwurf damit zwar etwas unter Strafe, was bislang nicht strafbar war.

Mit diesem Gesetzentwurf will die Bundesregierung aber in Wahrheit etwas verbieten, das es in Deutschland bisher so gut wie gar nicht gibt: Nur die gewerbsmäßige, auf Wiederholung ausgerichtete Beihilfe zum Suizid soll unter Strafe gestellt werden. Gewerbsmäßig tätig wird nach der Rechtsprechung aber nur, »wenn in der Absicht handelt, sich durch wiederholte Tatbegehung eine fortlaufende Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang zu verschaffen, wobei die Tätigkeit von der Absicht getragen sein muss, Gewinn zu erzielen.«<sup>16</sup>

Organisierte Suizidhelfer, die offiziell nicht mit Gewinnerzielungsabsicht handeln, können sich in ihrem Tun dadurch sogar bestätigt fühlen. Viel interessanter als das, was der Entwurf regelt, ist also das, was er nicht regelt und somit durch Schweigen geradezu privilegiert. Wir haben es mit einem regelrechten »Gesetzstrojener« zu tun, also mit einem Gesetz, dessen eigentliches Ziel wohl mit Absicht unklar bleibt. In der Tat wird künftig zwar nichts erlaubt sein, was bisher verboten war. Denn bislang sind weder die Selbsttötung noch Anstiftung und Beihilfe dazu in Deutschland strafbar. Indem nun aber die in der Praxis völlig bedeutungslose »gewerbsmäßige« Suizidassistentz herausgegriffen und gezielt unter Strafe gestellt werden soll, erhalten die übrigen Formen der Förderung einer Selbsttötung, das heißt organisierte oder private Anstiftung und Beihilfe, den offiziellen Stempel der Rechtmäßigkeit.

In dem erst im Sommer 2012 nachträglich eingefügten Absatz 2 legt der Gesetzentwurf zudem ausdrücklich fest, dass Angehörige oder andere »nahestehende Personen« als nicht gewerbsm-

12 Schneider R (1947): Über den Selbstmord. Baden-Baden, S. 10.

13 Christdemokraten für das Leben e. V.: Mitwirkung am Suizid und »Autonomie« am Lebende. Ethische und rechtliche Grenzen. Positionspapier der CDL. 12 S., Mai 2011, hier S. 11. <http://www.cdl-online.de/files/dokumente/bioethik/suizid.pdf>

14 Klinkhammer G (2012): Sterbehilfe – Verbot der Gewinnorientierung. Deutsches Arzteblatt 109:A507-A522.

15 Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Veröffentlicht am 29.8.2012. [http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/RegE\\_Gesetzes\\_zur\\_Strafbarkeit\\_der\\_gewerbsmae%C3%9Figen\\_Foerderung\\_der\\_Selbsttuetung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/RegE_Gesetzes_zur_Strafbarkeit_der_gewerbsmae%C3%9Figen_Foerderung_der_Selbsttuetung.pdf?__blob=publicationFile) Siehe auch [http://www.sterbehilfedeu.de/sbgl/files/PDF/2012-08-29\\_GesEntw\\_BReg.pdf](http://www.sterbehilfedeu.de/sbgl/files/PDF/2012-08-29_GesEntw_BReg.pdf)

16 Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Veröffentlicht am 29.8.2012, S. 10. [http://www.sterbehilfedeu.de/sbgl/files/PDF/2012-08-29\\_GesEntw\\_BReg.pdf](http://www.sterbehilfedeu.de/sbgl/files/PDF/2012-08-29_GesEntw_BReg.pdf)

ßig handelnde Teilnehmer einer Suizidmitwirkung selbst dann straffrei bleiben sollen, wenn sie einen anderen dazu anstiften oder ihm dazu Beihilfe leisten, sich von einem nach Absatz 1 vorsätzlich und gewerbsmäßig handelnden Straftäter in den Tod begleiten zu lassen. Ärzte und Pflegekräfte werden in dem aktuellen Gesetzentwurf der Bundesregierung zwar nicht mehr ausdrücklich als Sterbebeihilfer erwähnt. Doch können mit dem Begriff »nahestehende Personen« in § 217 Absatz 2 StGB durchaus auch Ärzte gemeint sein. Es steht daher zu erwarten, dass sich die Rolle des Arztes im Rahmen der Suizidmitwirkung langfristig ändern wird. Denn jede Form von Suizidassistenz, die künftig im Strafrecht nicht ausdrücklich als verboten aufgeführt wäre, könnte geradezu das Privileg ihrer rechtlichen und moralischen Billigung für sich beanspruchen.

## ZEHN THESEN ZUR MITWIRKUNG AM SUIZID

1. Die prognostizierte »demografische Alterung« der Bevölkerung Deutschlands in den kommenden Jahrzehnten wird dazu führen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung steigt, während gleichzeitig ihr Wohlstandsniveau im Alter sinkt und die medizinische sowie pflegerische Versorgung Älterer schwierig werden. Insbesondere die geburtenstarken Jahrgänge 1950 bis 1970 geraten hier künftig in den Blick.

2. Mit zunehmendem Lebensalter kommen zahlreiche kostenintensive, meist chronische Krankheiten auf uns zu, denn nur wenige Menschen sterben spontan als »Gesunde«. Damit steigen die Krankheits- und Pflegekosten am Ende des Lebens auch in der Zukunft weiter an.

3. In förderndem Sinne beeinflusst werden könnte die Tendenz zu einem die materiellen Ressourcen der Gesellschaft möglichst schonenden Sterben alter und kranker Menschen dann, wenn es gelänge, diese Menschen selbst schon weit im Vorfeld des herannahenden Todes davon zu überzeugen, dass ein freiwilliger Suizid nach einem erfüllten Leben eine besondere Tugend oder gar eine soziale Verpflichtung wäre.

4. Der von dem Berliner Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) zu Beginn des 19. Jahrhunderts überlieferte Ausspruch, der Arzt, der sich an der Tötung eines Patienten beteilige, würde »der gefährlichste Mann im Staate«,

findet heute – trotz der schlimmen Erfahrungen mit der nationalsozialistischen »Euthanasie« im 20. Jahrhundert – kaum noch öffentliche Resonanz. Die theoretische Richtigkeit des diesem Satz zugrunde liegenden Arguments der »schiefen Ebene« wird öffentlich gern bestritten, obwohl dieses Argument zumindest empirisch sehr gut belegt ist.



Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836)

5. Das Selbstbestimmungsrecht von Patienten ist seit den 1990er Jahren in medizinethischen Debatten rhetorisch nahezu solitär in den Vordergrund gerückt. Ausgerechnet beim Thema Sterbebeihilfe soll sich paradoxerweise dieses Recht vorrangig bewähren. Die Selbstbestimmung kann in der Medizin aber nicht mit einem moralischen Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt identifiziert werden. Die entsprechende Forderung ist illusionär und führt in die Irre.

6. Die Bundesregierung will einen Gesetzentwurf vom Deutschen Bundestag verabschieden lassen, durch den nur die »gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung« unter Strafe gestellt werden soll. Doch der neue § 217 des Strafgesetzbuches bezöge die ungleich häufigere organisierte Suizidbeihilfe, bei der keine Gewinnerzielungsabsicht erkennbar ist, nicht in die Strafbarkeit mit ein. Diese Suizidbegleiter könnten sich sogar bestätigt fühlen. Viel interessanter als das, was der Entwurf regeln will, ist daher das, was er ausspart und somit durch Schweigen geradezu privilegiert.

7. Die meisten Personen, die eine Suizidbegleitung wünschen, befinden sich in einer Phase schwerer Depression, sodass der Begriff des »Freitodes« hier geradezu absurd wirkt. Die Neigung zur Selbsttötung, insbesondere aber der Suizid selbst, stehen in deutlichem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen.

gen. Psychisch Kranke brauchen fachmännische Hilfe und keine Freifahrkarte in den Tod.

8. Dem Suizid als solchem muss die soziale Anerkennung versagt werden und versagt bleiben. Dieser Überlegung kommt insbesondere angesichts der vorausgesagten »demografischen Alterung« unserer Bevölkerung eine besondere Bedeutung zu.

9. Die Selbsttötung ist Ausdruck einer Haltung, die ethisch gerade nicht mit der Autonomie des Menschen legitimiert werden kann. Die Autonomie, die als die Fähigkeit der menschlichen Vernunft, sich eigene Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, beschrieben werden kann, hat ihre Voraussetzung in der physischen Existenz der Person. Die Autonomie der Person ist Folge und nicht Ursache unserer biologischen Konstitution. Daher beschränkt sich die legitime Reichweite der menschlichen Autonomie auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage.

10. Mit dem Selbstmord nimmt sich der Mensch tatsächlich die Freiheit, und zwar für immer. Der Suizid bringt unwiderruflich das Ende jeder Handlungsfreiheit mit sich. Der Begriff des »Freitodes« ist daher als zynisch abzulehnen. Eine wahrhaftige Medizin- und Bioethik setzt stets und zuallererst eine zutreffende Benennung der zu beschreibenden Phänomene voraus. Zu hinterfragen sind insbesondere die psychologischen, sozialen und ökonomischen Interessen, die hinter der organisierten Sterbepolitik stehen. Nur wer genauer nachfragt, erhält Antworten, nur wer den herrschenden Konsens der veröffentlichten Meinung stört, kann etwas bewirken.

## IM PORTRAIT

### Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

Geb. 1955 in Karlsruhe, 1974 bis 1980 Studium der Medizin an der Universität Freiburg. 1986 Habilitation an der Uni-



versität Heidelberg, seit 1992 dort außerplanmäßiger Professor. Seit 2004 Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Von 2008 bis 2012 Mitglied des Deutschen Ethikrates.





# Suizidalität: Häufigkeit, Ursachen und Risikogruppen

Die meisten Menschen, die einen erfolglosen Suizidversuch unternehmen, sind hinterher über ihre Rettung froh. Sämtliche vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass Zuwendung, eine adäquate Behandlung affektiver Störungen, palliativmedizinische Maßnahmen, einschließlich adäquater Schmerzbehandlung, sowie die Reduzierung der Angst vor Schmerzen und vor entwürdigender Behandlung das Verlangen nach einem assistierten Suizid minimieren können.

Von Professor Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke, Würzburg

## EPIDEMIOLOGIE DER SUIZIDALITÄT

Suizidalität wird definiert als die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, passives Unterlassen oder durch Handeln lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen.<sup>1</sup> Die WHO hat bisher noch keine einheitliche Definition von »Suizidalität« publiziert.

Bei den suizidalen Handlungen wird hauptsächlich unterschieden zwischen Suizid und Suizidversuch: Unter Suizid

wird eine von einer Person selbst durchgeführte Handlung verstanden, nach welcher der Tod eintritt. Nach neueren Definitionen und entsprechenden Studien zur Bewertungsübereinstimmung bei Suizidologen soll darunter aber nur dann eine Handlung mit Todesfolge gezählt werden, wenn diese Handlung in bewusstem Denken und Handeln und der bewussten Intention zu sterben und bei einem bewussten Verständnis des Todes (Todeskonzept) durchgeführt wurde. Nach neueren Studien stellt sich bei Kindern erst etwa ab dem 7. Lebensjahr die Erfah-

rung der Unausweichlichkeit und Endgültigkeit des Todes ein.<sup>2</sup> Drittklässler sollen bereits ein Suizidkonzept aufweisen.<sup>3</sup>

Suizidversuch wird laut einer Arbeitsdefinition der WHO<sup>4</sup> definiert als »eine Handlung mit nicht-tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein nicht-habituell Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde,

- 1 Wolfersdorf & Schmidtke 2005, S. 251.
- 2 Nissen & Trott 1989.
- 3 Mishara 1999.
- 4 Schmidtke et al. 2004.

## Größe des Suizidproblems



**Etwa alle 49 Minuten** nimmt sich in Deutschland ein Mensch das Leben.



**Etwa alle 4 Minuten** findet ein Suizidversuch statt.

### Zweithöchste Absolutzahl von Suiziden in Europa

**2011: 10.644 Suizide** (in EU-Staaten: zweithöchste Absolutzahl nach Frankreich ca. 10.500 Suizide, Polen ca. 6.000 Suizide)

oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken.«

### DATEN ÜBER SUIZID UND SUIZIDVERSUCHE

Nach den letzten vorliegenden Zahlen des statistischen Bundesamtes für 2010 nahmen sich 10.021 Personen (7.465 Männer und 2.556 Frauen) selbst das Leben. Die Altersverteilungen der Suizidraten folgen dem »ungarischen« Muster, denn mit zunehmendem Alter nehmen die Suizidraten zu. Suizidenten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit sind signifikant jünger als deutsche Suizidenten: das mittlere Alter der männlichen nicht-deutschen Suizidenten betrug zum

Beispiel 2008 44,6 Jahre, für Frauen 46,9 Jahre (Deutsche: Männer 55,1 Jahre; Frauen 60,1 Jahre).

Die Gesamtzahlen sind nach einem langfristig stetigen Abfall nach 2004 erstmals wieder über 10.000 angestiegen. Nach den bisher für einzelne Länder vorliegenden Zahlen scheint es aber 2011 wieder einen Rückgang gegeben zu haben. Die Raten der jüngeren Altersgruppen nehmen deutlich ab und sind in den letzten Jahren stabil. Die Raten der mittleren Altersgruppen schwanken, es ist aber eher ein Trend der Abnahme in den letzten Jahren feststellbar. Die Raten der älteren Altersgruppen nehmen zum Teil auch ab, aufgrund der demographischen Entwicklung gibt es aber eine Verschiebung der Anteile der einzelnen Altersgruppen an der Gesamtzahl der Suizide.

Der Anteil älterer Personen an allen Suiziden hat sich in den letzten Jahren überproportional erhöht. Aktuell sind 39

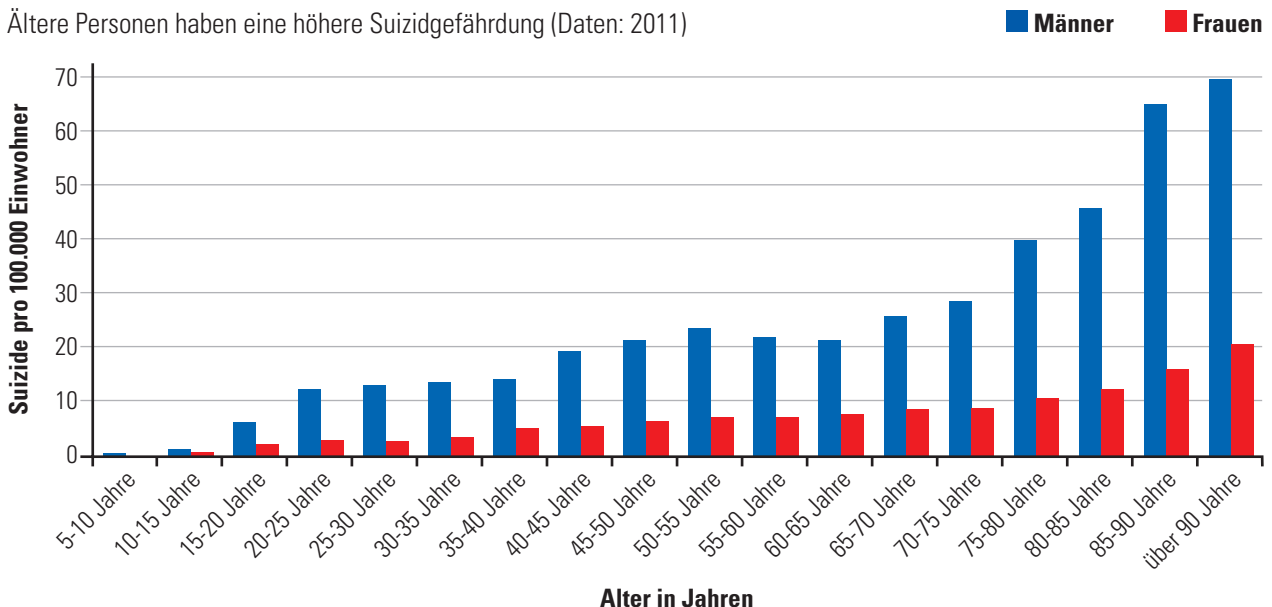
Prozent der Männer, die sich das Leben nehmen, über 60 Jahre, in der Bevölkerung sind es dagegen nur 23,6 Prozent. Bei den Frauen sind 48 Prozent der Suizidenten über 60 Jahre, in der Bevölkerung dagegen nur 29 Prozent. Jeder zweite Suizid einer Frau ist daher zurzeit der einer Frau im Alter von über 60 Jahren.

Hauptsuizidmethode in Deutschland ist das Erhängen mit 45 Prozent an allen Suizidmethoden. Diese Methode ist einer generellen Suizidprävention wenig zugänglich. Bei alten Menschen werden vermutlich vor allem Suizide mittels »weicher« Methoden (ICD-10: X60 - X69) weniger gut erkannt und eher als »unklare« Todesursachen registriert (z. B. unter den Kategorien ICD-10: R96 - R99; z. B. R96 »Sonstiger plötzlicher Tod unbekannter Ursache«, R99 »Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursache«). Eine neuere Analyse der Totenscheine auf Gemeindeebene zeigte eine durchschnittliche Unterschätzung der offiziellen Suizidstatistik für alle Altersgruppen von 11 Prozent. Die Suizidraten im Alter werden wahrscheinlich auch durch eine höhere Zahl so genannter indirekter Suizidmethoden (passive Unterlassungshandlungen wie zum Beispiel Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen, Verweigern von Nahrungs- und Medikamenteneinnahme) unterschätzt.

Insgesamt wird aufgrund von Multi-center-Studien der WHO geschätzt, dass in Deutschland pro Jahr etwa 100.000 Personen nach einem Suizidversuch einer medizinischen Behandlung zugeführt werden müssen. Die Altersverteilung der

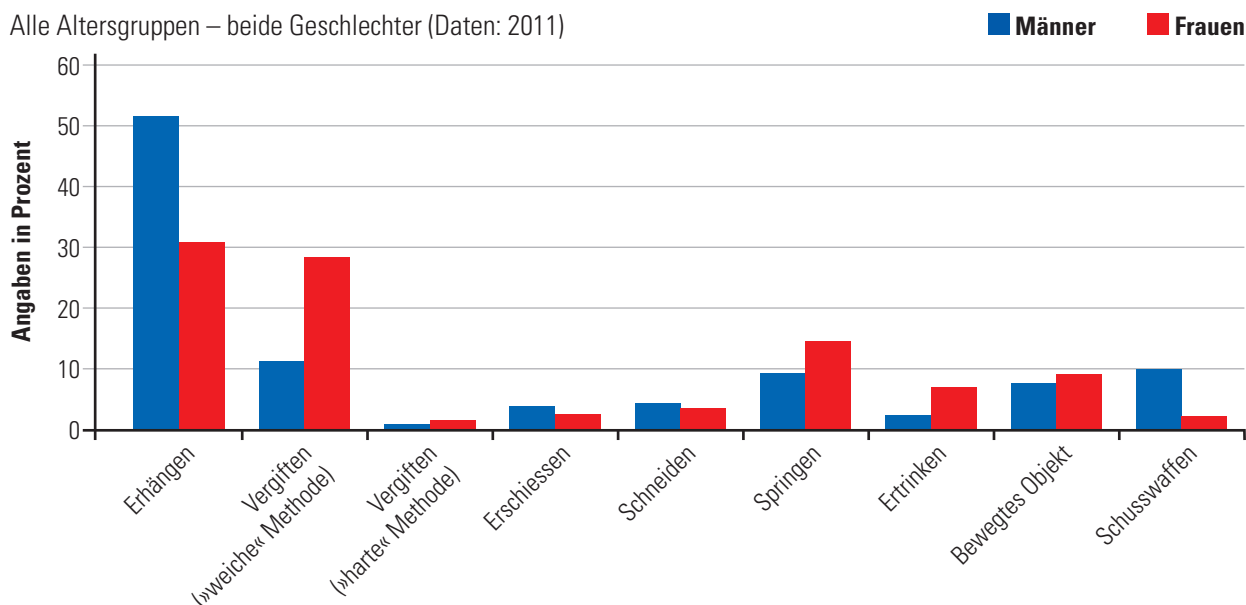
## Suizidziffern einzelner Altersgruppen in Deutschland

Ältere Personen haben eine höhere Suizidgefährdung (Daten: 2011)



## Suizidmethoden in Deutschland

Alle Altersgruppen – beide Geschlechter (Daten: 2011)



Suizidversuche ist der der Suizide entgegengesetzt. Am stärksten gefährdet sind die 15- bis 25-jährigen Mädchen und junge Frauen. Die Suizidversuchsraten nehmen dann ab, steigen aber im Alter wieder an. Suizidversuche im Alter werden mit einer höheren Letalintensität durchgeführt und zeigen seltener eine appellative Komponente. Suizidversuchsmethoden sind häufig Vergiftungen mit Psychopharmaka.

### SUIZIDIDEEN

Nach WHO-Schätzungen wären als unterste Schätzung 4,5 Prozent ernsthafte Suizidideen anzunehmen. Bei älteren Personen werden zwar höhere Raten von Lebensüberdrussgedanken berichtet. Barnow & Linden (2000) geben für über 70-Jährige in Deutschland fast bei 15 Prozent Lebensüberdrussgedanken und in fünf Prozent den »Gedanken, sterben zu wollen« an, aber nur bei einem Prozent Suizidideen oder Suizid-

Gesten. Die Gruppe der Hochbetagten (älter als 90 Jahre) hatte mit 1,7 Prozent mehr Suizidgedanken. Ausländische Studien berichten deutlich höhere Raten von Suizidideen bei älteren Menschen (2002 bei über 65-Jährigen: 9,5 Prozent). Für Personen in Heimpflege geben ausländische Studien für 10,6 Prozent der Personen »passive« und für 1,2 Prozent »aktive« Suizidideen an.

Die Schwankungsbreite der Angaben zu Todeswünschen und Lebensüberdrussgedanken bei Patienten mit Demenz-Erkrankungen ist sehr groß (1 bis 42 Prozent). Besondere Risikofaktoren scheinen ein frühes Stadium, höherer Sozialstatus und geringe subjektive Behandlungserfolge im Frühstadium zu sein.

### RISIKOFAKTOREN

Die Ursachen und Motive suizidalen Verhaltens sind multifaktoriell bedingt und unterscheiden sich zum Teil für die einzelnen Altersgruppen. Man muss auch

zwischen Ursachenfaktoren und Auslösebedingungen unterscheiden.

### SOZIALE URSACHENFAKTOREN

Von den allgemeinen sozialen Faktoren sind soziale Instabilität und Armut nach den vorliegenden Befunden immer noch bedeutende Risikofaktoren für suizidales Verhalten vor allem im Alter. Gefährdet sind daher eher Personen mit niedriger Schul- und Berufsausbildung. Die Ergebnisse der epidemiologischen Untersuchungen, die sich mit der räumlichen Verteilung von Suiziden und generellen Korrelationen mit sozialen Variablen beschäftigen, lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass Korrelationen der Suizidhäufigkeit gefunden wurden mit Gebieten, die sich durch eine erhöhte Rate von Ein-Personen-Haushalten, der Rate von Personen pro Wohngebäude, der Rate der Geschiedenen, der Rate der strukturell unvollständigen Familien, der Rate der weiblichen Ein-Personen-Haushalte und der Rate alleinstehender Frauen, die noch andere mit ernähren müssen, auszeichnen. Diese spezifischen Variablen könnte man vordergründig als Indikatoren sozialer Desintegration ansehen. Die Suizidversuchsraten geschiedener und lediger Personen sind in allen Altersgruppen deutlich höher als die Verheirateter oder von Personen, die in einer stabilen Partnerschaft leben.

Dass soziale Bedingungen eine wesentliche Rolle spielen, möglicherweise auch als Auslösebedingung für Depression, zeigen neue Untersuchungen auf EU-Ebe-

## Psychologische Endstrecke

Das Denken verengt sich.  
Endstrecke des Denkens:

**Hoffnungslosigkeit**

Es wird keine Lösungsmöglichkeit mehr gesehen. Vorstellung, es »ändere sich nichts mehr«.



Kein Licht am Ende des Tunnels

## Auswirkungen auf andere Personen

Jeder Suizid hat im Durchschnitt Auswirkungen auf **mindestens 6 - 23 andere Personen**

(WHO, 2000)



ne. Eine Studie in 26 EU-Ländern für den Zeitraum 1970-2007 zeigte, dass ein Prozent Erhöhung der Arbeitslosigkeit zu >0,79 Prozent Erhöhung der Suizidraten für <65-Jährige führt.<sup>5</sup> Eine neuere englische Studie zeigt, dass die Anmeldezeiten für Arbeitslosigkeit mit einem Ansteigen der Suizidraten einhergehen. Die Schätzungen für Männer ist, dass zehn Prozent mehr Arbeitslose 1,4 Prozent mehr Suizide bedeuten.<sup>6</sup> Ergebnisse einer WHO/EURO Multicenter-Studie zeigen, dass 27 von 56 Immigrantengruppen im Vergleich zum »Gastland« höhere Suizidversuchsrate aufweisen. Nur vier Gruppen weisen niedrigere Raten auf. Die Raten sind zum Teil zwei- bis fünffach höher.<sup>7</sup>

### PERSONFAKTOREN

Alle nationalen wie internationalen Untersuchungen stimmen dahingehend überein, dass eine psychische Erkrankung das Risiko suizidaler Handlungen deutlich erhöht. Vor allem Patienten mit Suiziden oder tödlichen Suizidversuchs-Rezidiven befinden oder befanden sich meist in psychiatrischer Behandlung. In der weitaus überwiegenden Anzahl der Untersuchungen werden daher hohe Prozentsätze von psychiatrischen Erkrankungen (meist affektive Psychosen, Depressionen) bei Suizidenten berichtet: 40 bis 89 Prozent der Suizide sollen im Kontext affektiver Erkrankungen vollzogen werden. Dies gilt insbesondere für ältere Personen.

Als Gruppen mit einem besonders erhöhten Risiko für Suizide werden daher meist als erste Personen mit depressiven Erkrankungen angeführt: Fast alle Untersuchungen stimmen dahingehend überein, dass die Untergruppe der Patienten mit affektiven Psychosen insgesamt das höchste Suizidrisiko aufweist. Die Angaben zur Häufigkeit affektiver Psychosen bei Suizidenten sind bei älteren Menschen am höchsten (75-90 Prozent). Ältere Suizidenten wurden häufiger stationär wegen Depression behandelt. 25 bis 50 Prozent behandelter depressiver Patienten haben in ihrer Krankheitsgeschichte einen Suizidversuch unternommen. Vor allem bei älteren Menschen wird auch der Zusammenhang zwischen körperlicher Erkrankung und suizidalem Verhalten betont. Vor allem chronisch Kranke mit geringer oder fehlender Heilungsaussicht oder mit einem hohen Risiko eines letalen Ausgangs können zu den Risikogruppen gezählt werden. In »psychologischen Autopsien« werden allerdings nur zwei bis drei Prozent unheilbar kranker Suizidenten gefunden.

### SUIZIDMOTIVE

Die von Suizidenten und Personen mit Suizidversuchen angegebenen Motive sind natürlich durch das depressive Denken beeinflusst. Angegeben werden von jüngeren Personen meist Probleme im zwischenmenschlichen Bereich und Partnerverlust. Im mittleren Alter werden als

Suizidversuchsgründe meist auch Partnerschaftsprobleme (Scheidung), dann aber häufiger Arbeitsplatzprobleme und finanzielle Probleme angegeben. Im höheren Alter sind Ursache von Suiziden und Suizidversuchen häufig psychische Erkrankungen (vor allem Depressionen). Motive sind häufig auch Partnerverlust, Verlust des sozialen Netzwerkes, das Wegsterben des Freundeskreises, Probleme mit Kindern und Enkeln, materielle Perspektivlosigkeit und fehlende Aufgaben (Sinnverlust). Auch Angst vor den Folgen physischer Erkrankungen, die Angst vor Schmerzen und unwürdiger Behandlung im Alter sowie die Angst vor dem Verlust von Selbstbestimmung und eigenen Handlungsfreiheitsgraden führen zu suizidalem Verhalten. Die Angst, Angehörigen zur Last zu fallen, ist ebenfalls häufig ein Suizidmotiv. So ändert sich bei älteren Personen häufig die soziale Situation vor dem Suizidversuch durch Partnerverlust und Einweisung in ein Heim.

Es fällt auf, dass die weitaus größte Zahl der Suizidenten aber wohl ambivalent eingestellt ist und vorher die suizidale Handlung mehr oder weniger ankündigt oder sogar Hilfe aufsucht. So suchen sehr viele spätere Suizidenten in den Wochen vor dem Suizid signifikant häufiger ihren Hausarzt auf. In der Untersuchung von Kennedy et al. (1996) sahen zum Beispiel 20 Prozent alter Menschen, die sich su-

<sup>5</sup> Stuckler et al. 2009.

<sup>6</sup> Barr et al. 2012.

<sup>7</sup> Burstein et al. 2010.

izidierten, noch in den letzten 24 Stunden vor dem Tod ihren Hausarzt und berichteten von körperlichen Symptomen. 30 bis 50 Prozent der Suizidenten sollen in der Woche vor dem Suizid noch ihren Hausarzt aufgesucht haben, sogar bis 77 Prozent in den letzten vier Wochen.<sup>8</sup> Ähnliche Häufigkeiten gelten auch für Kontakte mit Psychiatern oder anderen psychosozialen Diensten.<sup>9</sup> Auf zehn Suizidenten kommen etwa acht, die vorher von ihren Absichten mehr oder weniger deutlich gesprochen haben. Die meisten Suizidversucher waren nach ihrer Rettung froh, den Versuch überlebt zu haben.

Alle vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass Zuwendung, eine adäquate Behandlung affektiver Störungen, palliativmedizinische Maßnahmen, einschließlich adäquater Schmerzbehandlung, sowie die Reduzierung der Angst vor Schmerzen und vor entwürdigender Behandlung das Verlangen nach assistiertem Suizid minimieren können.

- 8 Vgl. Isometsä et al. 1995; Hyden 1996; Shah & De 1998; Pirkis & Burgess 1998; Harwood et al. 2000.
- 9 Die Zahlen reichen bis zu 70 % im Monat vor dem Suizid: z. B. Barraclough et al. 1974; Pirkis & Burgess 1998.

## IM PORTRAIT

### Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,



Universitätsklinikum Würzburg, und Sekretariat der WHO/Euro Network on Suicide Prevention und Vorsitzender des

Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NASPRO).

## Literaturverzeichnis

Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U (2007) Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren »Bündnis gegen Depression«. *Nervenarzt* 78 (3): 272-282.

Barnow S, Linden M (2000) Epidemiology and Psychiatric Morbidity of Suicidal Ideation Among the Elderly. *Crisis* 21 (4): 171-180.

De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgess S (2005) Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord* 86: 215-234.

Dennis MS, Wakefield P, Molloy C, Andrews H, Friedman T (2007) A study of self-harm in older people: Mental disorder, social factors and motives. *Aging Ment Health* 11: 520-525.

Egmond van M, Diekstra RFW (1990) The predictability of suicidal behavior: The results of a meta-analysis of published studies. *Crisis* 11: 57-84.

Erlemeier N (2006) Direkte und indirekte Suizidneigung bei Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen. *Suizidprophylaxe* 33: 79-83.

Grek A (2007) Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity in the live of older patients. *Can J Psychiatry* 52: 47-57.

Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G (2006) The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 36: 1225-1233.

Katona C (1993) The aetiology of depression in old age. *Int Rev Psychiatr* 5: 407-416.

Kessler R, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang P (2005) Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Am Med Ass* 293: 2487-2495.

Klostermann P, Schneider V (2004) »So ist kein Leben« – Suizide alter und hochaltriger Menschen. *Suizidprophylaxe* 31: 35-40.

Koponen HJ, Viilo K, Hakko H, Timonen M, Meyer-Rochow VB, Särkioja T, Räsänen P (2007) Rates and previous disease history in old age suicide. *Int J Geriatr Psychiatry* 22: 38-46.

Kraaij V, Kremers I, Arensman E (1997) The relationship between stressful, and traumatic life events and depression in the elderly. *Crisis* 18: 6-8.

Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL; Love EJ (2002) Association between physical illness and suicide among elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37: 190-197.

Raue PJ, Meyers BS, Rowe JL, Heo M, Bruce ML (2006) Suicidal ideation among elderly home-care patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 22: 32-37.

Rosenberg PB, Rosse R (2003) Impulsive suicide attempts by a patient with alcoholic dementia. *Psychosomatics* 44: 415-416.

Schierhorn D, Schmidtke A, Niklewski G (2007) Suizidversuche mit Arzneimitteln – Auswertung der Datenerfassungen aus Würzburg und Nürnberg. Vortrag auf der 6. Gesamtagung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland. Berlin.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Löhr C, Weinacker B, Batt A, Crepet P, Fekete S, Grad O, Haring C, Hawton K, van Heeringen C, Hjelmeland H, Kelleher M, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau I, Querejeta I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Värnik A, Wasserman D, Rutz W (2004) Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe – Combined results of the Monitoring part of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: A Schmidtke, U Bille-Brahe, D De Leo, A Kerkhof (Eds) *Suicidal behaviour in Europe – Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe, 29-43.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Löhr C, Weinacker B, Batt A, Crepet P, Fekete S, Grad O, Haring C, Hawton K, van Heeringen C, Hjelmeland H, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau I, Querejeta I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Värnik A, Wasserman D, Rutz W (2004) Suicide and suicide attempt in Europe – An overview. In: A Schmidtke, U Bille-Brahe, D De Leo, A Kerkhof (Eds) *Suicidal behaviour in Europe – Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe, 15-28.

Schmidtke A, Häfner H, Möller HJ, Wedler H, Böhme K (1988) Häufigkeiten und Trends von Suizidversuchen in der Bundesrepublik Deutschland: eine methodische Studie. *Öffentl. Gesundheitswesen* 50: 272-277.

Schmidtke A, Löhr C (2004) Socio-demographic variables of suicide attempters. In: D De Leo, U Bille-Brahe, A Kerkhof, A Schmidtke (Eds) *Suicidal behaviour – Theories and research findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber, 81-91.

Schmidtke A, Weinacker B (1991) Covariation of suicides and undetermined deaths among elderly persons: a methodological study. *Crisis* 12: 44-58.

Schmidtke A, Weinacker B, Löhr C (2004) Suicidal behaviour in Germany. In: A Schmidtke, U Bille-Brahe, D De Leo, A Kerkhof (Eds) *Suicidal behaviour in Europe – Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe, 147-156.

Schneider B, Maurer K, Frölich L (2001) Demenz und Suizid. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69: 164-169.

Scocco P, De Leo D (2002) One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. 2002. *Int J Geriatr Psychiatry* 17: 842-846.

Vennemann MMT, Berger K, Richter D, Baune BT (2006) Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in Gesundheitsämtern. *Dtsch Arztebl* 103: A1222-A1226.

Weisman M, Bland R, Canino G, Greenwald S, Hwu H-G, Joyce P, Karam E, Lee C-K, Lellouch J, Lepine J-P, Newman S, Rubio-Stipec M, Wells J, Wickramaratne P, Wittchen H-U, Yeh E-K (1999) Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 29: 9-17.

Wohner J, Schmidtke A, Sell R (2005) Ist die Verhinderung von Hot-Spots suizidpräventiv? *Suizidprophylaxe* 32: 114-119.

Wolferdsdorf M, Schmidtke A (2005) Suizidalität. In: U Vorderholzer, F Hohagen (Hrsg.) *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the art*. München: Urban & Fischer, 261-267.

Yip P, Chi I, Chiu H, Kwan Chi Wai, Conwell Y, Caine E (2003) A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 1056-1062.



# Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid

In Österreich, Spanien, Italien, Portugal und Polen ist die Beihilfe zum Suizid strafbewehrt. Grund genug, kritisch die Selbstverständlichkeit zu hinterfragen, mit der in der deutschen Debatte um die Suizidbeihilfe bislang davon ausgegangen wird, dass nicht nur der Suizid selbst, sondern auch die Beihilfe dazu grundsätzlich straffrei bleiben müsse.

Von Dr. jur. Oliver Tolmein, Hamburg

**B**ei hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung ermöglichen wir einen begleiteten Suizid.« Das bekommt zu lesen, wer auf die Seite des Vereins »Sterbehilfe Deutschland« von Roger Kusch stößt, dessen Verein für sich reklamiert, im Jahre 2012 bei 29 Menschen einen entsprechenden Befund erhoben und die tödlichen Konsequenzen daraus unterstützt zu haben. Wie das geschieht, wissen wir nicht. Was ist eine »hoffnungslose Prognose«? Und noch gravierender: Was ist eine »unzumutba-

re Behinderung«? Unzumutbar für wen? Und unzumutbar warum?

Während hierzulande der von der Regierungskoalition ursprünglich einmütig vertretene Entwurf für einen neuen Paragraphen 217 StGB – Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung – zumindest nicht mehr als gemeinsames Projekt auf der Agenda steht, wird in den Medien der Fall der Belgier Marc und Eddy Verbessem debattiert, zwei gehörlosen Brüdern, die allmählich erblindeten und sich dann von Ärzten in einer belgischen

Universitätsklinik töten ließen. »Spiegel online« schrieb: »Der Fall von Marc und Eddy Verbessem bringt auch eine liberale Gesellschaft an ihre Grenzen. Wann ist ein Leben nicht mehr lebenswert?« Diese Formulierung suggeriert: Es kann Kriterien dafür geben, dass ein Leben nicht mehr lebenswert ist, Kriterien, über die sich eine Gesellschaft verständigen, auf die sie sich einigen kann. Kriterien, die im Einzelfall in irgendeiner Art und Weise objektivierbar sind.

Wir wissen über die beiden Brüder und deren Leben nicht viel, nicht mehr

als die dürren Informationen, die jetzt, einen Monat nach ihrem Tod, an die Öffentlichkeit dringen. Es wird in der öffentlichen Debatte auch nicht intensiver nachgefragt: Das Wissen um die Behinderung, welche die beiden hatten, reicht vielen Zeitgenossen offenbar aus, um sich ein Bild von ihrem Leben und dessen Qualität zu machen. »Spiegel online« zitierte einen Kliniksprecher: »Die Brüder seien unzertrennlich gewesen, hätten einander aber nicht mehr hören oder sehen können. Die Familie habe die Entscheidung der beiden mitgetragen.«

Die Brüder konnten einander spüren, einander betasten, sie mussten sich durch ihre Behinderung, so schwer diese auch war, nicht verlieren. Es steht mir nicht an, die Entscheidung des Bruderpaares zu hinterfragen, aus der Entfernung über einen Todeswunsch zu urteilen. Immerhin möchte ich aber gegen die so selbstverständlich in die Fragen hineinformulierte Annahme anreden, dass eine auch noch so schwere Behinderung hier ein verlässliches und akzeptables Kriterium darstellen könnte.

Die UN-Behindertenrechtskonvention, die seit 2009 als Bundesgesetz in Deutschland in Kraft ist, hat einen bemerkenswerten Begriff von Behinderung (einen anderen als das Sozialgesetzbuch IX), der für diese Debatte von Bedeutung ist: »Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.« Die UN-Behindertenrechtskonvention formuliert, was die allgemeinen, anerkannten Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen bedeuten und wie sie auszugestaltet sind. Dieser Behinderungsbegriff eröffnet eine menschenrechtlich geprägte Sichtweise auf Menschen mit Behinderungen. Eine »unzumutbare Behinderung«, die nach Auffassung von Roger Kusch einen begleiteten Suizid legitimiert, kann es auch unter Zugrundelegung dieses Behinderungsbegriffs möglicherweise geben. Die Unzumutbarkeit könnte aber nur darin begründet liegen, dass durch Barrieren die Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft extrem beeinträchtigt werden kann. Die Beeinträchtigung selbst ist nicht unzumutbar, sie wird es allenfalls durch die Reaktion der Gesellschaft darauf.

Am Beispiel der beiden Brüder, über deren Leben wir so wenig wissen, ob-

wohl alle Welt über sie redet: Ihr offensichtlich nicht behinderter Bruder wird vom englischen »Daily Telegraph« mit der Äußerung zitiert, seine Brüder hätten große Angst gehabt, ihre Selbstständigkeit zu verlieren und im Zuge der Erblindung in ein Heim zu müssen. Sie hätten nichts gehabt, wofür sie hätten leben können. Warum lebten die Zwillinge so eng miteinander verwoben? Warum hatten sie offenbar kaum einen Bezug zur Außenwelt außerhalb ihrer Familie? Was hat in ihnen den Eindruck erweckt, es drohe ihnen, wenn ihre Beeinträchtigung fortschritte, die Zukunft in einem Heim?

Für die aktuelle Debatte in Deutschland sollten diese Fragen auch gestellt werden, denn auch hier gibt es Menschen mit solchen und anderen schweren Behinderungen. Es stellt sich aber auch noch eine andere Frage: Die von den Zwillingen erbetene Tötung auf Verlangen wäre hierzulande illegal. Nicht illegal wäre dagegen, wenn sich »Sterbehilfe Deutschland« ihrer angenommen und einen medial gut inszenierten begleiteten Suizid mit ihnen durchgeführt hätte, weil sie zum Beispiel behaupteten, hier liege eine »unzumutbare Behinderung« vor, die einen guten Grund für die Hilfe zur Beschaffung von tödlich wirkendem Gift darstelle.

Eine tödliche Spritze zu setzen und einen Giftcocktail zu reichen, den jemand selber austrinken muss, sind zweifellos unterschiedliche Handlungen. Sie sind rechtlich auch unterschiedlich zu bewerten. Die Abgrenzung ist aber – wie sich aus Rechtsprechung und Literatur ergibt (zuletzt: Feldmann, GA 2012, 498) – keineswegs so klar zu treffen, wie es auf den ersten Blick erscheint. Unter anderem muss man, um festzustellen, ob es sich tatsächlich um eine straffreie Suizidbeihilfe handelte oder möglicherweise doch um einen strafwürdigen Totschlag, prüfen, ob der Mensch, der seinen Tod mit Hilfe eines anderen herbeigeführt hat, möglicherweise sogar im strafrechtlichen Sinn von diesem angestiftet, dennoch frei verantwortlich gehandelt hat. Wie aber ist das festzustellen? Nach welchem Kriterium sucht man, wenn man denn überhaupt sucht?

Ich kann und möchte mich hier an dieser Stelle nicht in die Tiefen dieses dogmatischen Streits zwischen Anhängern der Exkulpationslehre, der Einwilligungstheorie und dem BGH begeben. Schon gar nicht möchte ich nahelegen, dass wir uns um die Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid keine Gedanken mehr machen müssen, weil viele kritische Fälle möglicherweise schon heute über die

Totschlagsdelikte zu lösen wären – denn im wirklichen Leben zudem auch noch nachträglich zu prüfen, wie frei verantwortlich sich die 29 Menschen entschieden haben zu sterben, denen »Sterbehilfe Deutschland« 2012 dabei geholfen haben will, wird schwer möglich sein.

Mir geht es darum, die Selbstverständlichkeit zu hinterfragen, mit der in der Debatte um Suizidbeihilfe davon ausgegangen wird, dass eine Beihilfe zum Suizid selbst grundsätzlich straffrei zu bleiben hat, nur weil der Suizid(versuch) selbst mit guten Gründen nicht unter Strafe gestellt wird. Es sollte zumindest zu denken geben, dass in anderen Ländern, deren Rechtsordnung der unseren verwandt ist, durchaus andere Regeln hinsichtlich der Strafbarkeit der Beihilfe zum an sich straflosen Suizid gelten – die apodiktische Formulierung des § 217 StGB-E, dass für Deutschland ein »vollständiges strafbewehrtes Verbot der Suizidbeihilfe« »erst recht« »nicht sachgerecht« sei, klingt zwar entschlossen, bemüht sich aber nicht einmal um einen Hinweis, warum hierzulande nicht einmal darüber geredet werden können soll, was in anderen, uns kulturell und rechtlich auch keineswegs ganz fremden Staaten geltendes Recht ist. Paradoxerweise errichten gerade diejenigen, die in den letzten 30 Jahren mit Vehemenz gegen jedes vermeintliche oder tatsächlich Tabu in bioethischen Debatten vorgegangen sind, an diesem Punkt nun selbst ein Tabu.

Ein Beispiel dafür, dass es auch anders geht als in Deutschland, liefert Österreich, wo es in § 78 öStGB heißt: »Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.« Das hat verglichen mit den gegenwärtig in Deutschland diskutierten Regelungsmodellen den Charme, dass es gut zu einem liberalen Strafrecht passt, weil die Norm im Österreichischen Strafrecht ein Erfolgsdelikt ist, das den Tod des Suizidenten voraussetzt (allerdings ist die Strafbarkeit des Versuchs in Verbindung mit § 15 öStGB beim »Verleiten« gegeben, nicht jedoch beim »Hilfe leisten«, was allerdings im Kontext der gegenwärtigen Debatte durchaus wünschenswert erscheint). Anknüpfungspunkt ist also nicht wie beim Regierungsentwurf die abstrakte Gefährdung eines Rechtsgutes, und die Strafbarkeit wird auch nicht weit ins Vorfeld verlagert.

Auch im Spanischen Strafrecht wird in Artikel 143 die Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid mit Strafandrohungen bis zu acht Jahren versehen, wobei es hier Pri-

vilegierungen gibt, wenn der Tote an einer schweren Krankheit litt. Vergleichbare Regelungen gibt es auch im italienischen, portugiesischen und polnischen Strafrecht. Selbst die Niederlande, die die aktive Euthanasie durch Ärzte zulassen, haben in Artikel 294 ihres Strafgesetzbuches ein Verbot der Beihilfe zum Suizid normiert, das allerdings für Ärzte – und interessanterweise nur für diese – Ausnahmen gelten lässt.

Bemerkenswert ist, dass alle diese Regelungen nicht erst greifen, wenn die Suizidbeihilfe durch eine Vereinigung kom-

nen dogmatischen Einwände (beispielsweise im Beitrag von Prof. Saliger / Bucarius-Law-School) gegen eine Veränderung der deutschen Rechtslage, folgte man der »österreichischen Lösung«, erheblich an Gewicht verlören.

Wenn das Bundesministerium der Justiz beispielsweise argumentiert, man könne einem Verein schließlich nicht verbieten, was einer Einzelperson erlaubt sei, dann liegt die Frage nahe: Warum soll es nicht auch der Einzelperson verboten werden? Denn in der Tat: Warum sollte Roger Kusch als Person das tun dürfen,

sen über Ausmaß und Auswirkungen der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung frappte, erweckte es doch den Eindruck, dass es den Autoren des Gesetzentwurfes darauf letzten Endes auch nicht wirklich ankomme. Gleichzeitig fragt man sich, wieso denn, wenn das Phänomen »gewerbliche Suizidbeihilfe« (und das ja auch nicht erst seit gestern) an sich verbotswürdig erscheint, die erforderliche Rechtstatsachenforschung nicht vorangetrieben wird. Und weshalb geht man nicht wenigstens auf die Erkenntnisse ein, die ohne nennenswerte Mühen im Internet recherchiert werden können, beispielsweise die so genannten Weißbücher von »Sterbehilfe Deutschland«? Beispielsweise gibt es auch Zahlen aus der offiziellen Todesursachenstatistik der Schweiz, die seit 1998 einen kontinuierlichen Anstieg von geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe durch die entsprechenden Organisationen belegen: von 50 auf mittlerweile über 320 (erfasst werden nur die Schweizer Staatsbürger) bei insgesamt sinkenden Suizidzahlen in der Schweiz – was man mit guten Gründen als Beleg der These lesen kann, dass das Angebot die Nachfrage schafft.

Der Eindruck verfestigte sich, dass das Gesetz nicht wirklich etwas ändern, sondern nur Tätigkeit simulieren sollte. Sofern jetzt, nachdem das Thema in der Regierungskoalition erneut geöffnet worden ist, die Diskussion vorangetrieben werden sollte, wird es darauf ankommen, hier eine andere Richtung einzuschlagen. Ein zentraler Aspekt ist, dass an die Stelle des Vorgehens bloß gegen die *Gewerbsmäßigkeit* der Förderung des Suizids die Orientierung auf deren *Geschäftsmäßigkeit* tritt, denn die Geschäftsmäßigkeit wird – anders als, wie vielfach von Befürwortern und Gegnern des Regierungsentwurfes erläutert worden ist, die Gewerbsmäßigkeit – vergleichsweise leicht nachzuweisen sein.

Das Argument gegen diesen Ansatz aus dem Bundesjustizministerium lautete zum einen: Allein die Absicht einer Wiederholung könne kein hinreichender Grund sein, um aus einer straffreien Handlung eine Straftat zu machen. Dieser Schluss ist nicht zwingend, denn natürlich ist es etwas anderes, ob jemand aus persönlicher Betroffenheit heraus in einem Einzelfall Beihilfe leistet oder ob er in einer Vielzahl von Fällen initiiert tätig wird. Etwas rätselhaft und doch auch bemerkenswert erscheint aber vor allem der weitergehende Hinweis: Eine solche Regelung werde voraussichtlich auch Abgrenzungsschwierigkeiten im Hinblick auf die weiterhin als grundsätzlich zulässig anzuse-



Homepage der »Sterbehilfe Deutschland e.V.«

merzialisiert wird, sie stellen die Beihilfe oder Anstiftung zum Suizid grundsätzlich unter Strafe – und zwar als *Delictum sui generis*, da auch in diesen Rechtsordnungen eine entsprechende Haupttat fehlt. Angesichts dessen ist schwer nachvollziehbar, weshalb der Gesetzentwurf aus dem Hause der Bundesjustizministerin als Alternative zum vorgeschlagenen § 217 StGB-E, der nur die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellen will, lediglich auf zwei Möglichkeiten (und auch auf die nur knapp) eingeht: die Einführung eines strafbewehrten Verbots allein der Werbung für die Förderung der Selbsttötung sowie auf die Möglichkeiten, die geschäftsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung zu verbieten oder grundsätzlich Vereinigungen entgegenzutreten, die Suizidbeihilfe gewähren wollen. Mit keinem Wort thematisiert der Gesetzentwurf, dass gerade die auch in der Anhörung des Rechtsausschusses am 12. Dezember 2012 zum Tragen gekommenen

was seinem Verein »Sterbehilfe Deutschland« verboten wäre, warum sollte Uwe Arnold, nachdem er seine Posten bei Dignitate geräumt hat, erlaubt werden müssen, was ihm sonst verboten werden könnte? Die gesellschaftliche und juristische Auseinandersetzung um das Verbot der gewerbsmäßigen Förderung des Suizids krankt daran, dass in ihr diese Fragen viel zu selten (wenn überhaupt) gestellt werden und dass überhaupt die in der Öffentlichkeit stets kurzzeitig präsente Empörung über das, was als »Auswuchs« der Sterbehilfediskussion empfunden wird, eine grundlegendere Auseinandersetzung mit den politischen Anliegen verhindert.

Auch hierfür liefert der Gesetzentwurf aus dem Bundesjustizministerium reichhaltiges Anschauungsmaterial, auf das mit unterschiedlichen Motiven in den letzten Monaten und vor allem in der Anhörung des Rechtsausschusses hingewiesen worden ist. Vor allem das offen und unbekümmert zur Schau gestellte Unwis-



henden Formen der Sterbehilfe begründen, etwa wenn eine Ärztin einer Intensiv- oder Schwerstkrankenstation oder ein Hausarzt ausnahmsweise und mehr als einmal eine solche Hilfe anbietet.

Was kann damit gemeint sein? Der erlaubte (und sogar gebotene) Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlungen, die nicht dem Willen des behandelten Patienten entsprechen, mögen wiederholte oder auch geschäftsmäßige Handlungen sein, sie sind aber von Suizidbeihilfe an sich gut und überzeugend abzugrenzen, weil es eben etwas anderes ist, ob ich einen Patienten, der das nicht mehr möchte, nicht mehr beatme oder ob ich ihm Natriumpentobarbital verschaffe, damit er sich umbringen kann.

Weiter unten in der Begründung des Gesetzentwurfes wird der Gedanke konkretisiert. Dort heißt es (S. 11 unten bis 12 oben) mit Blick auf Angehörige der Heilberufe, von denen grundsätzlich angenommen wird, dass sie aufgrund des berufsrechtlichen Verbots aus den Berufs-

sondern für die Durchführung medizinischer Behandlungen entsprechend ihrer jeweiligen Fachrichtung. Gegen das Vorliegen von Gewerbsmäßigkeit spricht dementsprechend auch, dass nur medizinisch notwendige Leistungen liquidiert werden können, die der ärztlichen Kunst entsprechen (vgl. § 28 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte). Die Hilfe zum Suizid gehört nicht zu diesen Leistungen. Einer besonderen Ausschlussregelung bedarf es daher nicht.«

Es geht dem Gesetzentwurf also um etwas anderes: Es geht ihm darum, den ärztlich assistierten Suizid ungeachtet dessen, dass er berufsrechtlich überwiegend verboten ist, von einer eventuellen Strafbarkeit auf jeden Fall freizustellen und damit im Ergebnis Ärzte gegenüber anderen Menschen in Sachen Suizidbeihilfe zu privilegieren, indem man ihnen einerseits positiv unterstellt, dass sie Suizidhilfeleistungen nicht abrechnen, was angesichts der Grundsätze zur

chen Suizidbeihilfe ohnedies eher verdeckt geschehen ist.

Politisch stoßen wir hier aber auf ein zentrales Problem, denn folgenreicher als die Antwort auf die Frage, wie wir auf gewerbsmäßige Suizidbeihilfe reagieren, ist, wie sich die Auseinandersetzung um den ärztlich assistierten Suizid entwickeln wird. Die Freigabe des ärztlich assistierten Suizids ist seit der Schaffung der nicht in ihrer Reichweite begrenzten Patientenverfügung durch das 3. Betreuungswahlrechtsänderungsgesetz *das* politische Thema der Befürworter einer Regulierung des Lebensschutzes erwachsener Menschen. Eine Regelung, die zu einem wesentlichen Teil damit begründet wird, eine gegen die »geschäftsmäßige Suizidbeihilfe« gerichtete Variante lasse sich angeblich nicht realisieren, weil sie Ärzte, die assistierten Suizid leisteten, in die Gefahr der Strafbarkeit brächte – und anders lässt sich die Begründung im Zusammenhang kaum lesen –, ist eine Lösung, die nicht nur hinter das Erforderliche zurückfällt, sondern auch in die falsche Richtung weist.

Im Ergebnis wird eine, soweit sich absehen lässt, untaugliche Regelung (denn die Gewerbsmäßigkeit wird kaum nachweisbar sein, so wie auch die gegen Selbstsüchtigkeit gerichtete Schweizer Regelung leer läuft) erkaufte um den Preis, dass dem ärztlich assistierten Suizid eine Gasse gehauen wird. Das Argument, dass dies unproblematisch erscheine, weil das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz berufsrechtlich abgesichert sei und das Strafrecht nicht alles regeln müsste, was das Berufsrecht schon geregelt habe, geht fehl. Das berufsrechtliche Verbot der Suizidassistenz für Ärzte ist nicht stabil, es wird rechtlich durch die (zugegebenermaßen vielschichtige) Entscheidung des VG Berlin, das Ausnahmeregelungen von einem Suizidbeihilfeverbot für Ärzte für erforderlich hält, angekratzt (vgl. dazu im Detail: Tolmein, GuP 5/2012, S. 190). Eine Entscheidung des OVG Thüringen zum Thema steht aus. Vor allem steht es aber in der Ärzteschaft selbst und in der Öffentlichkeit unter Beschuss. Ein Gesetz, das auch gegen ärztliche Suizidassistenz angewandt werden könnte, würde dieses berufsrechtliche Verbot legitimieren, ein Gesetz, das sich, wie der Regierungsentwurf, lesen lässt als Regelung, die Ärzte, auch wenn sie Suizidbeihilfe ausüben, keinesfalls erfassen soll, wird die Vehemenz der Kritik am berufsrechtlichen Verbot verschärfen – und die Lage gegenüber heute, da sich der Gesetzgeber zum Problem des ärztlich assistierten Suizids gar nicht verhält, daher tendenziell verschlechtern.



Homepage des Sterbehilfevereins »exit« in der Schweiz

ordnungen, die auf § 16 MBO fußen, im Prinzip keine Suizidbeihilfe leisten würden: »Sollte im Einzelfall aber gleichwohl von diesem Personenkreis Suizidhilfe gewährt werden, geschieht dies typischerweise gerade nicht »gewerbsmäßig«, also in der Absicht, sich durch wiederholte Suizidhilfeleistungen eine fortlaufende Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang zu verschaffen. Denn die Ärztinnen und Ärzte erhalten ihr Gehalt oder Honorar gerade nicht als Gegenleistung für Suizidhilfeleistungen,

Abrechnung von zum Beispiel kosmetischen Operationen oder auch rituellen Beschneidungen keineswegs selbstverständlich erscheint. Zweitens aber will man die Schaffung eines Straftatbestandes, hier den Tatbestand der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe, der auch Ärzte erfassen könnte, verhindern. Warum man Ärzte für eine Tätigkeit, die nach deutschem Berufsrecht erklärtermaßen keine ärztliche Tätigkeit darstellt, allerdings privilegieren sollte, bleibt hier offen – so wie das Offenhalten der ärztlich-

Würde sich der ärztlich assistierte Suizid aber durchsetzen, so würde sich der Bedarf für eine gewerbliche Suizidbeihilfe in der Tat verringern und zum untergeordneten Problem werden. Eine weiter gehende Normalisierung des Suizids als durch dessen Integration in den ärztlichen Behandlungsplan ist aber kaum vorstellbar und sollte daher unbedingt vermieden werden – das gilt im Übrigen

xis der Bewilligung von Medikamenten und Behandlungen im Off-Label-Use für schwerkranke, mit Mitteln der Schulmedizin nicht erfolgreiche behandelbare Patienten hier von erheblicher Bedeutung. Dies gilt insbesondere für Patienten, die nicht akut lebensbedrohlich erkrankt sind, die aber schwerste Gesundheitsprobleme haben und durch diese umfassend von der Teilhabe am gesell-

von Werbungs-Handlungen beispielsweise, die zu erheblichen Vorverlagerungen der Strafbarkeit und zu schwierigen Abgrenzungen zwischen erlaubter und gewünschter gesellschaftlicher Diskussion führen könnte, sollte nicht in einen solchen Gesetzentwurf einfließen. Sie erscheint, wenn die Tathandlungen selbst mit Strafe bedroht sind, auch entbehrlich und wäre, sollten sich hier jetzt noch un-absehbare Entwicklungen abzeichnen, gegebenenfalls in späteren Gesetzgebungsverfahren nachzubessern. Auch ansonsten wäre darauf zu achten, dass die Strafbarkeit nicht ausfodert, um hier nicht in einem – mit Blick auf die Opfer der geplanten Suizidbeihilfe – heiklen Lebensabschnitt den Eindruck einer weit reichenden Kriminalisierung zu erwecken und auch damit die Lage der Patienten möglicherweise zu verschlechtern, indem sie sich nun auch noch der Staatsgewalt ausgesetzt sehen.

Unter dem Aspekt eines liberalen Strafrechts wäre als Alternative zu erwägen, durch die Schaffung eines Erfolgsdelikts (statt abstrakter Gefährdungstatbestände) sui generis nach österreichischem Vorbild das Problem zu lösen (gegebenenfalls wäre dabei daran zu denken, den Bereich der Beihilfe durch Schaffung eines Regelbeispielkatalogs einzugrenzen). Möglicherweise wäre es hier sinnvoll, eingehende Informationen über die österreichische Praxis der Anwendung des § 78 öStGB (der auch kritisiert wird) einzuholen, beispielsweise über den Wissenschaftlichen Dienst des Bundestages. Für den Fall der Schaffung eines solchen allgemeinen Tatbestandes könnte auf einen gesonderten Tatbestand hinsichtlich der Geschäftsmäßigkeit möglicherweise (unter Umständen auch nur vorerst) verzichtet werden. Allerdings erscheint es sinnvoll, im Bereich der Beihilfe beispielsweise durch nicht abschließend formulierte Regelbeispiele Einschränkungen zu normieren.



### Sein oder Nicht-Sein ist nicht nur für Hamlet eine entscheidende Frage.

gerade auch mit Blick auf die Ergebnisse der Suizidforschung, die belegen, dass viele – insbesondere ältere – Suizidenten noch kurz vor dem Suizidversuch einen Arzt aufsuchen, dort aber stets nur somatische Beschwerden thematisieren, nicht aber die verzweifelte psychische Situation.

In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass sich das Problem des Suizids und auch der gewerblichen und/oder geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe nicht allein (und möglicherweise nicht einmal in erster Linie) durch das Strafrecht lösen lässt. Strafrecht dient hier der Normverdeutlichung und der Abwehr bestimmter gesellschaftlich unerwünschter Tendenzen sowie dem unmittelbaren Lebensschutz. Angesetzt werden muss aber – argumentativ und gesetzgeberisch – auch an der Lebenssituation der Menschen, die überlegen oder sich dazu entschließen, Suizidbeihilfe nachzusuchen.

Ein Aspekt dabei sind – es geht hier um kranke Menschen – die Leistungsvorschriften des SGB V bzw. die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Beispielsweise erscheint die Pra-

schäftlichen Leben ausgegrenzt werden. Hier könnten Medikationen (beispielsweise von nicht zugelassenen Cannabinoiden) im Off-Label-Use wirksam helfen; die Krankenkassen sind aber nicht verpflichtet diese zu bezahlen. Es geht hier zum einen darum, diese Menschen nicht mit ihren äußerst schweren Symptomen alleine zu lassen – aber auch, mindestens genauso wichtig, darum, deutlich zu machen, dass diese Patienten von der Gesellschaft nicht aufgegeben, dass sie mit ihren gravierenden gesundheitlichen Problemen nicht alleine gelassen werden (was stärker suizidfördernd sein kann als die Schmerzen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen allein).

Im Ergebnis erscheint Folgendes erforderlich:

Der Gesetzentwurf darf sich nicht allein gegen die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe richten, sondern muss auf jeden Fall auch die geschäftsmäßigen Varianten mit einbeziehen. Er sollte allerdings nicht weiter reichen: Die Kriminalisierung

#### IM PORTRAIT

##### Dr. jur. Oliver Tolmein

Fachanwalt für Medizinrecht, Kanzlei

Menschen und Rechte, Hamburg. Autor für FAZ, konkret, WDR. Bücher: zuletzt »Keiner stirbt für sich allein – Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung« (2007, Goldmann).



WWW.MENSCHENUNDRECHTE.DE



# Umgang mit Suizid im klinischen Alltag

Keine soziale Gesellschaft kann Suizidhandlungen befürworten. Denn die Voraussetzung des sozialen Miteinanders einer jeden Gesellschaft ist ein grundsätzliches Wohlwollen, das sich ausdrückt in der Formulierung, es ist besser, der andere existiert, als dass er nicht existiere. Diese Grundentscheidung geht jeder sozialen Gemeinschaft voraus. Daher würde der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum § 217 StGB die medizinische Praxis und das ärztliche Selbstverständnis vor nicht bewältigbare Herausforderungen stellen.

Von Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Sahm, Offenbach

Wer ein Urteil abgeben will, ob der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf zum Verbot kommerzieller Suizidhilfe hilfreich ist, muss sich mit ärztlichen Behandlungen am Lebensende, das heißt mit ihren medizinisch zu rechtfertigenden Handlungen, befassen. Hier gilt es eine genaue begriffliche Abgrenzung vorzunehmen. Nicht selten wird das Wort

*Sterbehilfe* missverständlich gebraucht. Es wird positiv gemeint im Sinne der Sterbebegleitung, oftmals jedoch vermischt mit Handlungen, die im internationalen Schrifttum als *Euthanasie* eingeordnet werden. Aktive Sterbehilfe, das heißt die intendierte Tötung, auch auf Verlangen, ist in Deutschland nach § 216 StGB verboten. Die Ärzteschaft lehnt sie mit

überwältigender Mehrheit auch ab. Sie ist nicht Gegenstand des vorliegenden Gesetzentwurfs.

Oftmals wird in der öffentlichen Debatte, nicht selten von Politikern, die so genannte *passive Sterbehilfe* mit Suizidhilfe vermischt. Der Begriff der passiven Sterbehilfe ist mehr als missverständlich. Die Deutsche Ärzteschaft hat schon En-

de der 1990er Jahre, der Deutsche Ethikrat (bis 2007 Nationaler Ethikrat) 2005 diesen Begriff als nicht hilfreich zurückgewiesen. Denn Ärzte bleiben immer aktiv tätig im Sinne der Linderung von Beschwerden, auch wenn sie keine Lebensverlängerung mehr anstreben. Das ist nur ein Grund unter vielen, dieses begriffliche Konstrukt zurückzuweisen. Solche Handlungen, die auch die Begrenzungen unwirksamer oder nur noch Leid bringender Therapien einschließen, haben nichts mit Tötungshandlungen gemein. Sie sollten daher auch nicht begrifflich in die Nähe der aktiven Sterbehilfe gebracht werden. Die Ärzteschaft spricht treffender von einer *Änderung der Therapieziele*, welche die Begrenzung spezifischer Behandlungsmaßnahmen einschließt, und von Sterbebegleitung. Diese Abgrenzungen sind auch alltagstauglich und eindeutig.

Von den vorgenannten Handlungen abzugrenzen ist die Beihilfe bei der Selbsttötung. Sie gilt es hier zu diskutieren. Oft wird behauptet, die »autonome« Bestimmung des Todeszeitpunkts durch den Betroffenen ermögliche ihm einen würdigen Tod. Dies wird insbesondere im Blick auf die zunehmende Forderung nach Selbstbestimmung der Lebensführung vorgebracht. Offen bleibt jedoch die Frage, ob ausgerechnet die Bestimmung des Todeszeitpunktes ein würdiges Sterben ermöglicht. Ist ein würdiges Sterben nicht vielmehr das Eingebettet-Sein in ein Netz derjenigen Menschen, die Beschwerden lindern und im Sterben niemanden allein lassen? Dan Callahan, der amerikanische Medizinethiker und Gründer des berühmten *Hastings-Centers*, hat nicht zu Unrecht darauf verwiesen, dass es sich bei der Behauptung einer Verbindung von Suizidwunsch und würdigem Tod um eine Vernebelung der Begriffe handelt.

Formal muss der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf zum § 217 StGB zwar unabhängig von der Medizin gesehen werden. Doch in der Begründung des Gesetzentwurfes wird ausdrücklich, gelegentlich auch indirekt, die Ärzteschaft in den Blick genommen. Sofern die Suizidhandlung selbst keine strafbare Tat darstellt, können Anstiftung und Beihilfe wegen des Prinzips der Akzessorität keine strafbaren Handlungen sein. Man stelle sich aber vor, Chefs helfen ihren Untergebenen, Lehrer ihren volljährigen Schülern beim Versuch des Suizids. Alleine diese Beispiele zeigen, wie prekär ein Gesetzentwurf ist, der nur die kommerzielle, das heißt die gewerbsmäßige, auf dauerhafte Gewinnerzielung ausgerichtete Suizidhilfe verbieten will.

Die Suizidhilfe wird oftmals im Verweis auf die Autonomie, also das Selbstbestimmungsrecht der Person, gerechtfertigt. Man muss aber bezweifeln, ob die Autonomie immer eine unbedingte Berücksichtigung verlangen kann, das heißt nicht nur in Fällen an Grenzen stößt, in denen das Selbstbestimmungsrecht Anderer betroffen ist. Autonomie und Naturwüchsigkeit des Menschen sind komplementäre Begriffe, wie zwei Seiten einer Medaille. Wenn die Selbstbestimmung auf die Zerstörung der Naturwüchsigkeit, der biologischen Existenz des Menschen ausgerichtet ist, zerstört sie gerade die Freiheit, die geachtet werden soll. Es gibt daher keine moralische oder phi-

jedoch grundsätzliche Einwände gegen die Hilfe bei der Selbsttötung vor, dann erhalten Dammbuchargumente besonderes Gewicht.

Grundsätzliche Einwände: Jede Gesellschaft ist verbunden durch ein Netz sozialer Beziehungen. Die Voraussetzung jedes sozialen Miteinanders ist ein grundsätzliches Wohlwollen, das sich ausdrückt in der Formulierung, es ist besser, der andere existiert, als dass er nicht existiere. Diese Grundentscheidung geht jeder sozialen Gemeinschaft voraus. Andernfalls gäbe es ja Individuen, deren Selektion rechtfertigbar wäre, was ein grober Verstoß gegen die Menschenrechte wäre. Diese Überzeugung ist keine abge-



**Würdiges Sterben: An der Hand statt durch die Hand eines Menschen sterben**

losophische Notwendigkeit, Suizidwünsche für beachtlich zu halten.

Nach dem zuvor Gesagten muss man dennoch fragen, welche Gründe gegen eine ärztlich assistierte Suizidhilfe sprechen. Viele Menschen argumentieren aufgrund ihrer religiösen Überzeugung. In einer modernen Gesellschaft müssen diese Argumente indessen auch säkular verstehbar und insoweit »übersetzbar« sein. Gerade im Blick auf unsere Fragestellung gelingt dies leicht.

Es gibt grundsätzlich zwei Argumente gegen den ärztlich assistierten Suizid, das heißt gegen die Suizidhilfe. Man kann sie unterscheiden in grundsätzliche Argumente und Dammbuchargumente. Letztere haben nur Bedeutung, sofern der Akt als solcher verwerflich ist. Im anderen Falle ließe sich ein Missbrauch durch entsprechende Regelungen vermeiden. Liegen

hobene philosophische, sondern sie verwirklicht sich im menschlichen Alltag und Miteinander. Das verdeutlicht sich etwa in dem bekannten Geburtstagslied: »Wie schön, dass du geboren bist«. Wäre dem nicht so, dann wäre etwa die Beihilfe zur Selbsttötung auch bei nicht geschäftsfähigen Menschen möglich, weil andere entschieden hätten, es ist besser, jemand existiere nicht.

Wenn jemand freiwillig aus dem Netz dieser sozialen Beziehungen austritt, verzichtet er auf den ihm zustehenden Respekt vor seiner Existenz. Eine solche Behandlung kann man aus religiösen Gründen für verwerflich halten, eine säkulare Gesellschaft mag sie vielleicht nicht verurteilen, sie kann sie aber nicht gutheißen. Wenn sie sich gegenüber solchen Handlungen neutral verhält, sie zum Beispiel nicht mit Strafe bewehrt, dann

heißt das nicht, dass sie solche Handlungen befürwortet, es bedeutet nur, dass sie *jenseits* moralischer Beurteilung liegen. Die Gesellschaft *enthält* sich einer moralischen Bewertung.

Dies kann aber nur gelten, wenn die Handlung selbst in absoluter Freiheit geschieht. Wie wir von den Fachleuten der Suizidforschung gehört haben, sind solche Handlungen ausgesprochen selten. Aber sofern es sie überhaupt gibt, kommt es darauf an, dass die Freiheit der Handlung in keiner Weise eingeschränkt wird. Die Professionalität des Angebotes der Suizidhilfe suggeriert den Personen aber eine soziale Akzeptanz. Dies ist jedoch gerade nicht der Fall, vielmehr enthält sich die Gesellschaft des moralischen Urteils. Die vorgebliche soziale Akzeptanz, die durch die Professionalität und die organisierte Angebotsform suggeriert wird, macht aus dem Angebot der Suizidhilfe ein *unmoralisches Angebot*.

Daher ist der Akt verwerflich. Hierbei kommt es auf die Struktur, die organisierte Weise des Angebotes an; ich nenne es hier *Professionalität* im Blick auf die Ärzteschaft. Sie ist Grund der Verwerflichkeit. Daher ist es angemessen, die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich und insbesondere in der organisierten Form als Merkmal ärztlicher Tätigkeit abzulehnen. Die Bundesärztekammer hat daher mit Recht Beihilfe zur Suizidhilfe als unärztlich zu-



**Daniel Callahan**

rückgewiesen. Die Bedeutung dieses Argumentes wird deutlich an einem Paradox, das allen gegenwärtig ist, über das aber niemand zu sprechen wagt. Es gehört zu den Standards der ärztlichen Professionalität, sexuelle Beziehungen zur Klientel zurückzuweisen. Die Asymmetrie der Arzt/Patientenbeziehung verbietet es, die Abhängigkeit wäre zu groß.

Da solcherlei Beziehungen als unärztlich gelten, selbst wenn eine Einwilligung der Patienten vorliegt, ist es schon absurd, dass nun die Hilfe beim Suizid, die der Vernichtung des Kranken dient,

izidgefährdet, sie äußert Wünsche nach Suizidhilfe in extrem seltenen Fällen. Die Gesellschaft diskutiert eine Schimäre.

Die wissenschaftlichen Forschungen im Bereich der Suizide belegen gerade



**Der Deutsche Ethikrat in Diskussion mit Bundestagsabgeordneten**

nicht verwerflich sein soll. Was im Falle des Missbrauchs verboten ist, ist im Falle von Handlungen, die den Tod nach sich ziehen, weitaus verwerflicher. Dabei kommt es auf die organisierte Form des Angebotes an, die Gewinnerzielungsabsicht ist dabei nur sekundär. Daher ist die Begrenzung des Verbots der Suizidhilfe auf gewerbsmäßige Handlungen unzureichend. Jede Form der organisierten Suizidhilfe ist zu verbieten aus den genannten Gründen.

Angesichts des bisher Vorgetragenen erhalten Dambruchargumente eine ungeheure Wucht. In einer Gesellschaft, die immer mehr überaltert, in der Vereinsamung als höchster Risikofaktor für Suizidhandlungen zunimmt, liegt der Missbrauch auf der Hand, und die Details müssen hier nicht ausgeführt werden.

Angesichts dieser grundsätzlichen Ausführungen, die das ärztliche Selbstverständnis betreffen, erhalten die Erfahrungen aus dem klinischen Alltag besondere Bedeutung. In der öffentlichen Debatte wird über Suizidhilfe grundsätzlich nur angesichts fortgeschrittener somatischer Erkrankungen gesprochen. Exemplarisch werden meistens Krebspatienten angeführt. Empirische Untersuchungen und die überwältigende klinische Erfahrung von Palliativmedizinern und Krebsärzten belegen, aber das Gegenteil. Diese Gruppe der Patienten ist gerade nicht su-

etwas anderes: Menschen mit Suizidwünschen sind überwiegend psychisch krank, vielfache Studien zeigen, dass Menschen, die Suizidwünsche äußern und um ärztliche Suizidhilfe bitten, über Vereinsamung klagen, über Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung. Schmerzen spielen praktisch keine Rolle. Hier gilt es erst einmal eine Korrektur der gesellschaftlichen Debatte vorzunehmen. Angesichts der Seltenheit des echten Freitodes im Vergleich zur Suizidhandlung aufgrund psychischer Kondition (Depression, reaktive Depressionen, Persönlichkeitsstörung etc.) besteht überhaupt keine Notwendigkeit, die Hilfe zu solchen Handlungen gesellschaftlich aufzuwerten. Denn dies geschieht ausgerechnet dadurch, dass man nur einen Teil dieser Selbsttötungshilfe, nämlich dann, wenn sie gewerbsmäßig erfolgt, verbietet. Das Beschweigen anderer Formen organisierter Suizidhilfe wertet diese geradezu auf.

Oben wurde nur sehr kurz auf Dambruchargumente hingewiesen. Sie sind uns allen gegenwärtig. An dieser Stelle ist es aber sinnvoll, auf die Erfahrungen in den Niederlanden hinzuweisen. Man stelle sich vor, ein Krebsmediziner, erfahren in der palliativen Betreuung, bietet seinen Patienten das ganze Arsenal medizinischer Betreuung an, um Beschwerden zu lindern. Und dann eröffnet er dem Patienten, er habe noch an-

deres im Gepäck, nämlich die Hilfe bei der Selbsttötung.

Das ist es, worüber niederländische Ärzte berichten. Und sie verweisen auf die engen persönlichen Beziehungen, die aufgrund langjähriger Bekanntschaft mit den Patienten bestehen. Aber genau diese Situation bedeutet eine Überschreitung der professionellen Grenzen. Was vielleicht in Form der literarischen Gestaltung, der fil-

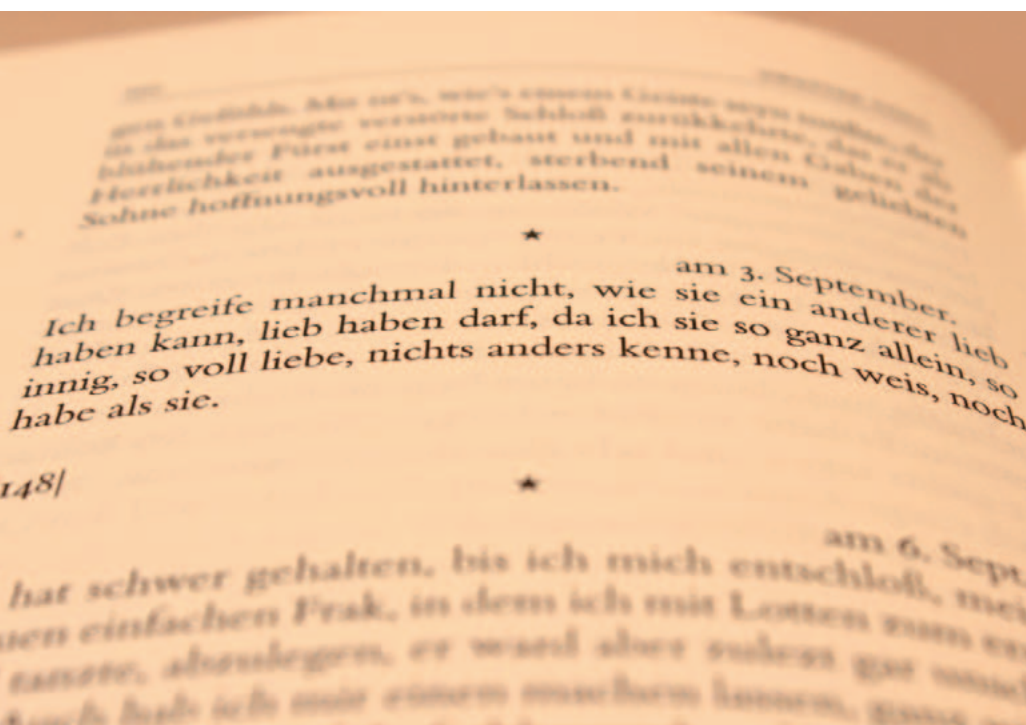
Absatz 2 des vorliegenden Gesetzentwurfs zum § 217 StGB. Hier werden Personengruppen von der Strafbarkeit ausgenommen, wenn sie Beihilfe zur Haupttat, hier die Mitwirkung beim Suizid, leisten. Angehörige und nahestehende Personen sind genannt. Dies ist der Bereich, wo im Gesetzentwurf und seiner Begründung auch die Ärzteschaft in das Spiel kommt.

chen Faktor. Die Verkenning eines Todeswunsches als angeblich rechtfertigbar sollte in der Zukunft als »Leutheuser-Schnarrenberger-Effekt« in die Sozialwissenschaften eingehen.

Gelegentlich werden Einwände gegen die Suizidhilfe zurückgewiesen mit der Behauptung, dies sei nur Alarmismus. Bisher haben alle Untersuchungen in diesem Bereich die Befürchtungen eines Dammbrechens bestätigt. Hier sind keine weiteren Überlegungen und Forschungen mehr notwendig.

Gelegentlich wird ein Dissens zwischen Ärzteschaft und Rechtswissenschaft konstruiert. Man verweist auf einen Beschluss des Deutschen Juristentages 2006, der die Ärzteschaft aufforderte, Widerstände gegen die Suizidbeihilfe aufzugeben. Man sollte aber wissen, dass der Deutsche Juristentag ein eingetragener Verein ist, an dem jeder, der mit Rechtswissenschaft zu tun hat, teilnehmen kann. In der entsprechenden Sitzung darf jeder die Hand heben und abstimmen. Dies ist anders bei den Bundesärztekongressen. Sie repräsentieren die Deutsche Ärzteschaft aufgrund von Wahlen. Die Stellungnahmen verdienen unterschiedliches Gewicht.

Aus dem Vorgesagten ergibt sich: Der bisherige Gesetzentwurf ist unzulänglich. Er könnte fatale Konsequenzen zeigen, weil er andere Formen der organisierten Suizidhilfe durch Beschweigen aufwertet. Es besteht zu fürchten, dass Suizidhandlungen erleichtert werden aufgrund vermeintlicher sozialer Akzeptanz und der aus der Suizidforschung beschriebenen Kontagiosität solcher Handlungen. Das Verbot der Hilfe bei der Selbsttötung ist zumindest auf jede Form organisierter Hilfe auszudehnen, wünschenswerter wäre, die Mitwirkung als solche unter Strafe zu stellen.



### Goethes »Die Leiden des jungen Werther« löste eine Häufung von Suizidfällen aus.

mischen Darstellung und der medizinischen und menschlichen Grenzsituation vertretbar wäre, die Hilfe zur Selbsttötung als ein Akt der Liebe, verbietet sich im professionellen Verhältnis von Arzt und Patient.

Zudem belegen empirische Untersuchungen den Dammbbruch. Im *Weißbuch Sterbehilfe*, in dem 29 Suizidhilfsvorgänge beschrieben sind, kann man leicht erkennen, wie oberflächlich der als »Freitodwunsch« eingeschätzte Wille des Patienten beurteilt wurde. Studien aus Oregon, aus anderen amerikanischen Bundesstaaten und aus den Niederlanden belegen, dass depressive Zustände häufig verkannt werden. Man kann dies philosophisch als ein hermeneutisches Missverständnis bezeichnen. Menschen glauben, den Suizidwunsch Anderer zu verstehen. In Wirklichkeit handelt es sich aber um ihre eigene Beurteilung der Anderen, sie behaupten nur, deren Suizidwunsch nachvollziehen zu können. Der ist aber etwas Ureigenes. Und so kann Mitleid nicht selten tödlich werden.

Welche fatalen Folgen dies haben mag, zeigt auch ein Blick auf den desaströsen

Man stelle sich aber vor, ein Junglehrer verwies seine gerade eben volljährig gewordenen magersüchtigen Schülerinnen an eine Sterbehilfeorganisation. Er wäre nicht strafbar, denn ein Lehrer darf sich wohl als nahestehende Person bezeichnen. Wir wissen zudem, dass der Suizid zur Kontagiosität, also zur »Ansteckung« neigt. In der Sozial- und Suizidforschung wird dies als »Werthereffekt« bezeichnet. Denn im Gefolge der Veröffentlichung von Goethes Roman *Die Leiden des jungen Werther* kam es 1774 zu einer Häufung von Suizidfällen. Dieses Phänomen wurde empirisch nach Präsentation von Filmen (etwa »Tod eines Schülers«) auch in jüngster Zeit wiederholt belegt. Gleiche Erfahrungen machte man nach der öffentlichen Übertragung der feierlichen und ästhetisch ansprechenden Trauerfeier für den Torwart von Hannover 96, der sich im Rahmen einer Depression selbst tötete. Im Zeitraum um die Übertragung und die öffentliche Debatte stieg die Suizidinzidenz. Wer eine soziale Akzeptanz dieser Handlungen suggeriert, der wird selbst zum gefährli-

### IM PORTRAIT

#### Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Sahn

Chefarzt der Medizinischen Klinik I, Klinik für Gastroenterologie/Onkologie und Palliativmedizin, Leiter des Offenbacher



DarmCentrums am Ketteler-Krankenhaus, Privatdozent am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Goethe-Universität

Frankfurt mit Schwerpunkt Medizinethik. Ständiger Autor der FAZ zu Fragen der Medizinethik.

## IMPRESSUM

**LEBENSFORUM**  
Ausgabe Spezial 2013  
ISSN 0945-4586

**Verlag**  
Aktion Lebensrecht für Alle (ALFA) e.V.  
Ottmarsgäßchen 8, 86152 Augsburg  
Tel.: 08 21 / 51 20 31  
Fax: 08 21 / 15 64 07  
www.alfa-ev.de, E-Mail: info@alfa-ev.de

**Herausgeber**  
Aktion Lebensrecht für Alle e.V.  
Bundesvorsitzende Dr. med. Claudia Kaminski (V.i.S.d.P.)

**Kooperation**  
Christdemokraten für das Leben (CDL) e.V.  
Schlesienstraße 20, 48167 Münster  
Tel.: 0 251 / 6285160  
Fax: 0 251 / 6285163  
www.cdl-online.de, E-Mail: info@cdl-online.de

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NASPRO)  
www.suizidpraevention-deutschland.de

**Redaktionsleitung**  
Stefan Rehder, M.A.

**Redaktion (regulär)**  
Matthias Lochner, Alexandra Linder, M.A., Dr. med. Maria Overdick-Gulden, Prof. Dr. med. Paul Cullen (Ärzte für das Leben e.V.)

**Anzeigenverwaltung**  
Aktion Lebensrecht für Alle (ALFA) e.V.  
Ottmarsgäßchen 8, 86152 Augsburg  
Tel.: 08 21 / 51 20 31, Fax: 08 21 / 15 64 07  
www.alfa-ev.de, E-Mail: info@alfa-ev.de

**Satz / Layout**  
Rehder Medienagentur, Aachen  
www.rehder-agentur.de

**Auflage (regulär)**  
6.500 Exemplare

**Anzeigen**  
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.06.2005

**Erscheinungsweise (regulär)**  
LebensForum Nr. 106 erscheint am 01.06.2013, Redaktionsschluss ist der 12.04.2013

**Jahresbezugspreis**  
16,- EUR (für ordentliche Mitglieder der ALFA und der Ärzte für das Leben im Beitrag enthalten)

**Bankverbindung**  
Augusta-Bank  
Konto Nr. 50 40 990 – BLZ 720 900 00  
Spenden erwünscht

**Druck**  
Reiner Winters GmbH  
Wiesenstraße 11, 57537 Wissen  
www.rewi.de

**Titelbild**  
Dipl.-Des. Daniel Rennen / Rehder Medienagentur  
www.rehder-agentur.de

Das LebensForum ist auf umweltfreundlichem chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

Mit vollem Namen gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder der ALFA wieder und stehen in der Verantwortung des jeweiligen Autors.

Fotomechanische Wiedergabe und Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Beiträge können wir keine Haftung übernehmen. Unverlangt eingesandte Rezensionsexemplare werden nicht zurückgesandt. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen.

# Helfen Sie Leben retten!

**Aktion Lebensrecht für Alle (ALFA) e.V.**  
Ottmarsgäßchen 8, 86152 Augsburg  
Telefon (08 21) 51 20 31, Fax (08 21) 156407, <http://www.alfa-ev.de>  
Spendenkonto: Augusta-Bank eG (BLZ 720 900 00), Konto Nr. 50 40 990

Ja, ich abonniere die Zeitschrift Lebensforum für 16,- € pro Jahr.

Herzlich laden wir Sie ein, unsere ALFA-Arbeit durch Ihre Mitgliedschaft zu unterstützen.

Ja, ich unterstütze die Aktion Lebensrecht für Alle (ALFA) e.V. als ordentliches Mitglied mit einem festen Monatsbeitrag. Der Bezug des Lebensforums ist im Beitrag schon enthalten. Die Höhe des Beitrages, die ich leisten möchte, habe ich angekreuzt:

- 12,- € jährlich für Schüler, Studenten und Arbeitslose  
 24,- € jährlich Mindestbeitrag  
 \_\_\_\_\_ € jährlich freiwilliger Beitrag.

**Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig!**

### Meine Adresse

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße, Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

### Freiwillige Angaben

\_\_\_\_\_

Geboren am

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Religion

Beruf

Um Verwaltungskosten zu sparen und weil es für mich bequemer ist, bitte ich Sie, meine Beiträge jährlich von meinem Konto einzuziehen:

\_\_\_\_\_

Institut

\_\_\_\_\_

Konto.-Nr.

\_\_\_\_\_

BLZ

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift



Postvertriebsstück B 42890 Entgelt bezahlt  
 Deutsche Post AG (DPAG)  
 Aktion Lebensrecht für Alle e.V. (ALfA)  
 Ottmarsgässchen 8, 86152 Augsburg

# Die ALfA stellt sich vor

**D**ie Aktion Lebensrecht für Alle e.V. (ALfA) tritt für das uneingeschränkte Lebensrecht jedes Menschen ein – ob geboren oder ungeboren, behindert oder nicht, krank oder gesund, alt oder jung. In der ALfA haben sich Menschen zusammengeschlossen, die dieses Anliegen verbindet; welche politische Anschauung sie vertreten, welcher Religion oder Konfession sie angehören, spielt dabei keine Rolle. Bislang hat die ALfA mehr als 10.000 Mitglieder. Zudem ist die ALfA Mitglied im Bundesverband Lebensrecht (BVL).

Seit der Novellierung des § 218 StGB im Herbst 1995 wird ungeborenen Kindern in Deutschland ein strafrechtlicher Schutz verweigert. Sie können bis zu ihrer Geburt getötet werden – rechtswidrig, aber straffrei. Als Folge ist bei vielen inzwischen der Eindruck entstanden, Abtreibung sei ein legitimes Mittel der Geburtenkontrolle.

## ANDEREN STIMME GEBEN

Die ALfA tritt dafür ein, dass Abtreibung nicht weiter verharmlost wird. Abtreibung ist ein Unrecht. Es zu tolerieren, schwächt das Bewusstsein, dass jeder Mensch ein Recht hat zu leben. Wer bei der Abtreibung wegschaut, begünstigt vielfältige andere Bedrohungen des Lebens: verbrauchende Embryonenforschung, Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Patienten, Klonen und Euthanasie.

Die ALfA will in Politik und Gesellschaft das Bewusstsein neu wecken, dass das Recht auf Leben in jeder Phase geachtet und geschützt werden muss. In einer Zeit, in der über Bioethik, Klonen und Euthanasie diskutiert wird, muss der Wert jedes Menschen deutlich betont werden.

terstützt Frauen – solange dies nötig ist; sie hilft auch Vätern, die zu ihren Kindern stehen.

Die ALfA ist als bundesweite Bürgerinitiative in Regional- und Landesverbänden gegliedert. So kann in vielen Städten wirksam geholfen werden. Dabei kann der Verband auf den Einsatz vieler ehrenamtlicher Mitarbeiter zählen. Ihr Engagement trägt das Angebot.

Die ALfA kann jeder unterstützen: zum Beispiel durch eine Geld- oder Sachspende – etwa von Babykleidung, bei der Betreuung von Informationsständen, in der Beratung, durch Teilnahme an Diskussionen und Demonstrationen, als Babysitter oder auch durch unsere Patenschaftaktionen.

## LEBENSFORUM

Viermal im Jahr gibt die ALfA für ihre Mitglieder sowie an Lebensrechtsfragen Interessierte die populärwissenschaftliche Zeitschrift »LebensForum« heraus. In »LebensForum« äußern sich Experten zu rechtlichen, medizinischen oder politischen Fragen des Lebensrechts. Beiträge freier Autoren und Rezensionen runden das Profil der Zeitschrift, die sich sachlicher Information verpflichtet weiß, ab. Regelmäßig erscheint »LebensForum« mit einem Umfang von 36 Seiten und kann auch von Nichtmitgliedern abonniert werden.

**Mehr Informationen:**  
[www.alfa-ev.de](http://www.alfa-ev.de)

## IN DER NOT HELFEN

Die ALfA hilft Frauen in Not. Die Hilfe gilt allen, die sie brauchen. Auch in scheinbar ausweglosen Situationen können Frauen »Ja« zum Kind sagen. Die ALfA öffnet Wege. Dabei wird nicht zwischen geborenen und ungeborenen Menschen unterschieden. Die ALfA un-

