



# Ethische Leitlinie

Sterbebegleitung und Sterbewunsch

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2. Selbstbestimmung</b>	<b>6</b>
<b>3. Begrifflichkeiten und Rahmenbedingungen der Sterbebegleitung</b>	<b>7</b>
3.1. Sterbebegleitung	8
3.2. Sterbewunsch	8
3.3. Sterbehilfe	9
3.4. Sterbenlassen (früher: passive Sterbehilfe)	9
3.5. Therapien am Lebensende (früher: indirekte Sterbehilfe)	10
3.6. Therapiezieländerung	10
3.7. Beihilfe zum Suizid, auch assistierter Suizid genannt	11
3.8. Tötung auf Verlangen	12
<b>4. Sterbebegleitung und Sterbewunsch in den BG Kliniken: Hilfestellung für die Praxis</b>	<b>12</b>
4.1. Wann wird die Sterbebegleitung zu einem uns herausfordernden Thema (auslösendes Moment)?	15
4.2. Selbstreflexion: Was löst dieser Wunsch bei mir aus?	25
4.3. Welche Instrumente haben wir im Umgang mit diesen Herausforderungen?	26
4.4. Wie gestalten wir den Sterbeprozess?	36
4.5. Wie gehen wir mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid um?	40

**Herausgeber:** BG Kliniken –  
Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH  
Leipziger Platz 1  
10117 Berlin

<b>5. Beteiligte Berufsgruppen</b>	<b>43</b>
5.1. Der psychologische Dienst	44
5.2. Die Seelsorge	45
5.3. Das Palliativteam	46
5.4. Ärztinnen und Ärzte	47
5.5. Pflegepersonal	48
5.6. Physio- und Ergotherapie und andere therapeutische Disziplinen	49
<b>6. Abschliessende Worte</b>	<b>50</b>
<b>7. Anhang – Rechtliche Ausführungen</b>	<b>52</b>
7.1. Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten	52
7.2. Begrifflichkeiten bei der „Sterbehilfe“	55
7.3. Strafrechtliche Fragestellungen	57
7.4. Rechtliche Situation im Arzneimittel- und Betäubungsmittelrecht	62
7.5. Berufsrechtliche Fragestellungen	75
– 124. und 129. Dt. Ärztetag	75
<b>8. Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>77</b>



# 1. Einleitung

Als medizinische Einrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung versorgen die BG Kliniken Menschen nach Arbeitsunfällen oder mit Berufskrankheiten mit allen geeigneten Mitteln. Dabei werden individuelle Therapiekonzepte entwickelt und die Patientinnen und Patienten umfassend bis zurück in den Beruf und Alltag begleitet. Die Versorgung beginnt dabei unmittelbar nach Eintritt eines Unfalls mit der Akutversorgung; sie geht aber weit darüber hinaus. Die integrierte Rehabilitation setzt direkt nach der Akutversorgung ein und begleitet die Patientinnen und Patienten in allen Behandlungsphasen.

Doch nicht immer ist eine Rettung möglich und so kann es notwendig werden, sich mit dem Gedanken an den Tod vertraut zu machen sowie mit der Begleitung von Patientinnen und Patienten im Sterbeprozess. Es kann im individuellen Einzelfall schwierig sein, mit dem Sterben umzugehen und einen Weg zu finden, diesen Prozess anzunehmen.

Der Umgang mit Sterbebegleitung, Sterbehilfe oder einem Sterbewunsch ist eine gemeinsame Aufgabe: Neben der Patientin bzw. dem Patienten und den Angehörigen spielen außerdem Pflegepersonal, ärztliches Personal verschiedener Fachrichtungen und bei Bedarf auch Seelsorge und weitere Personen und Personengruppen eine wichtige Rolle.

Die Tatsache, dass es ein gemeinsamer Prozess ist, ist gewöhnlich für die Beteiligten entlastend, sie stellt aber auch eine Herausforderung dar:

Auch wenn die Patientin bzw. der Patient selbstverständlich im Mittelpunkt aller Überlegungen und Entscheidungen steht, muss den unterschiedlichen Interessen, Haltungen und Grenzen der anderen Beteiligten genügend Raum gegeben werden.

In dieser Leitlinie möchten wir sämtlichen beteiligten Gruppen, also sowohl Angehörigen als auch ärztlichem und pflegerischem Personal, Seelsorge etc., Informationen und Hilfestellungen an die Hand geben, um die Sterbende bzw. den Sterbenden zu begleiten und den Sterbeprozess zu gestalten.

Eine besondere Verantwortung obliegt den Beteiligten dabei beim Umgang mit einem Sterbewunsch einer Patientin bzw. eines Patienten, der auf die Unterlassung oder Einstellung lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen gerichtet ist. Ein solcher Wunsch kann unterschiedlich motiviert und im Einzelfall noch nicht endgültig sein, was es in der Kommunikation mit der Patientin bzw. dem Patienten gemeinsam herauszufinden gilt. Dies gilt noch mehr bei einem Wunsch nach Hilfe bei einem in Erwägung gezogenen oder geplanten Suizid.

## 2. Selbstbestimmung

Vor einer Begriffsdefinition muss festgehalten werden, dass die Selbstbestimmung bzw. Autonomie der Patientin bzw. des Patienten immer zu achten ist. Die Selbstbestimmung der Patientin bzw. des Patienten über den eigenen Körper ist durch die Verfassung garantiert. So umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben.<sup>1</sup>

Diese Selbstbestimmung, die die Beendigung einer Behandlung einschließt, muss auch dann geachtet werden, wenn sie medizinisch „unvernünftig“ erscheint. Es ist daher unbedingt im Vorfeld nötig, zweifelsfrei festzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient entscheidungs- und einwilligungsfähig ist. Hierfür kann im Zweifelsfall die Hinzuziehung einer psychiatrischen Expertise hilfreich sein.<sup>2</sup>

Die Selbstbestimmung umfasst jedoch nicht die Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten medizinisch nicht indizierte Leistungen zu erbringen. Ebenso kann eine Ärztin bzw. ein Arzt nicht verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.<sup>3</sup>

---

1 *Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht bestätigt, dass der Mensch das Recht hat, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden.*

2 *Das Thema „Patientenverfügung“ wird in Kapitel 4.1.3 näher betrachtet.*

3 *Siehe Kapitel 3.7.*

Das Bundesverfassungsgericht hat mit seiner Entscheidung vom 26.02.2020, in welcher der Strafbarkeitstatbestand für eine geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung für nichtig erklärt wurde, zugleich sehr grundlegende Ausführungen zu dem grundgesetzlich geschützten Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben gemacht.<sup>4</sup> Die in Kapitel 7 dargelegten rechtlichen Erläuterungen zeigen, dass die Rechtslage im Medizinrecht bezüglich etwaiger konkreter Unterstützungen einer Selbsttötung nach wie vor enge Grenzen zieht, die es zu beachten gilt. Ungeachtet dessen sollte bei allen Beteiligten immer das Bewusstsein vorhanden sein, dass gerade der Wunsch nach einer Lebensbeendigung oder eine dahingehende Überlegung zunächst nur Ausdruck einer momentan als unerträglich empfundenen Situation sein, überdacht und möglicherweise noch einmal verändert werden kann.

### **3. Begrifflichkeiten und Rahmenbedingungen der Sterbebegleitung**

Es ist wichtig, sich in Gesprächen und Auseinandersetzungen zum Thema Sterbehilfe auf gemeinsame Begrifflichkeiten und deren Definition zu einigen, da Diskussionen im Zusammenhang mit Sterben und Sterbewunsch häufig von hoher Emotionalität geprägt sind.

Nachfolgend erläutern wir einige der häufig verwendeten Begriffe und unser Verständnis dieser Begriffe in den BG Kliniken. Einschlägige Quellen sind im Anschluss aufgeführt.

Wir möchten sicherstellen, den Sterbeprozess so menschlich wie möglich zu gestalten. Aus diesem Grund hat die Sterbebegleitung eine große Bedeutung und wird im Folgenden an erster Stelle genannt. Weitere Begriffe werden in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

---

<sup>4</sup> Siehe Kapitel 2.

Die untenstehenden Begriffe können sich teilweise überlappen – so kann eine Therapiezieländerung bzw. Behandlungsbegrenzung zum Sterbenlassen führen und dies wiederum kann Therapien am Lebensende erforderlich machen.<sup>5</sup>

### 3.1. Sterbebegleitung

Zahlreiche Personen und Berufsgruppen leisten Sterbebegleitung<sup>6</sup> – neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal und dem Palliativteam sind auch die therapeutischen Berufsgruppen (Physiotherapie etc.), möglicherweise die Seelsorge und natürlich auch die Angehörigen der Sterbenden bei der Sterbebegleitung von zentraler Bedeutung. Zu den Maßnahmen der Sterbebegleitung gehört insbesondere die palliative Versorgung<sup>7</sup> aber auch die Bereitstellung eines Einzelzimmers, die Erweiterung der Besuchszeiten und weitere unterstützende Rahmenbedingungen.<sup>8</sup> Die Sterbebegleitung kann zuletzt „Therapien am Lebensende“ (s.u.) erforderlich machen.

### 3.2. Sterbewunsch

Unter Sterbewunsch verstehen wir einen Sammelbegriff, der unterschiedliche Formen des Wunsches zu Sterben beinhalten

---

<sup>5</sup> Grundlage für die Definition sind und weiterführende Literatur zu den Begrifflichkeiten finden sich in: Deutscher Ethikrat. *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*. 2006, abgerufen von [www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org) am 25.06.2024; Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. DÄ 2011, Jg. 108, Heft 7: A346-348; Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. DÄ 2021, Jg. 118, Heft 29-30: A1428-1432; Maio G. *Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. 2. Auflage 2017, Schattauer-Verlag Stuttgart; Taupitz J. *Beihilfe zur Selbsttötung: Terminologische Grundlagen*. Abgerufen von [www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org) am 14.08.2024.

<sup>6</sup> Siehe Kapitel 5.

<sup>7</sup> Vgl. BÄK 2021.

<sup>8</sup> Siehe Kapitel 4.3 bis 4.4.

kann: Dazu zählen sowohl eine „Lebensmüdigkeit“ am Lebensende, der keine unmittelbare Handlung folgt, der Wunsch nach Therapiezieländerung, sodass die Behandlung auf eine palliative Behandlung umgestellt wird als auch der Wunsch aktiv aus dem Leben zu scheiden, etwa durch einen assistierten Suizid.

### **3.3. Sterbehilfe**

Für Entscheidungen und Handlungen, die das – ggf. vorzeitige – Lebensende betreffen, wird im Ausland häufig der Ausdruck „Euthanasie“ verwendet. Diesen Ausdruck hat man in Deutschland nach 1945 aufgrund der Assoziation mit der Ermordung kranker und behinderter Menschen während des NS-Regimes gescheut. Der Begriff der Hilfe hingegen ist zwar positiv assoziiert, birgt allerdings andere Risiken, insbesondere wenn die Sterbehilfe als passive, aktive oder indirekte charakterisiert wird. Infolgedessen wurden in den letzten Jahrzehnten besser passende Begrifflichkeiten (Sterbenlassen, Therapie am Lebensende, Therapiezieländerung) entwickelt.

### **3.4. Sterbenlassen (früher: passive Sterbehilfe)**

Im Gegensatz zur Tötung auf Verlangen, zu den Therapien am Lebensende und zur Beihilfe zum Suizid handelt es sich beim Sterbenlassen nicht um einen aktiven Eingriff in den Lebensprozess, sondern um das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer medizinischen Behandlung.<sup>9</sup> Die bzw. der Betroffene verstirbt an der eigenen Erkrankung. Eine Therapiezieländerung bzw. Behandlungsbegrenzung führen zum Sterbenlassen und u.U. zur Notwendigkeit von Therapien am Lebensende (s.u.).

---

<sup>9</sup> Vgl. Taupitz 2018.

Der früher verwendete Begriff der passiven Sterbehilfe ist aus verschiedenen Gründen irreführend und sollte vermieden werden. Es geht nicht um Hilfe zum Sterben. Man gibt lediglich dem natürlichen Verlauf der Erkrankung Raum, ggf. sind Therapien am Lebensende erforderlich (s.u.). Darüber hinaus kann das Beenden einer nicht mehr indizierten Behandlung, z.B. der Beatmung eines sterbenden Menschen, als Handlung angesehen werden.

### **3.5. Therapien am Lebensende (früher: indirekte Sterbehilfe)**

Therapien am Lebensende dienen der Leidenslinderung der bzw. des Betroffenen und umfassen medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen. Zu den häufig verabreichten Medikamenten gehören z.B. Opiate als Schmerzmittel. Quasi als Nebenwirkung kann es gerade bei dieser Medikamentengruppe zu einem früheren Versterben der Person kommen. Dies wird als unerwünschte Folge in Kauf genommen und ist in dieser Form legal, da vor allem Leid gelindert, Schmerz und Angst genommen werden sollen. Eine präzise Dokumentation, welche Symptome gelindert werden sollen, ist unumgänglich, denn ohne Symptomlast sind keine Medikamente zulässig.

Die früher verwendete Bezeichnung einer indirekten Sterbehilfe verbietet sich genau wegen dieser Überlegung: Es handelt sich eben nicht um eine Sterbehilfe, sondern um eine gebotene Leidenslinderung.

### **3.6. Therapiezieländerung**

Im Kontext von Sterbebegleitung und Sterbewunsch handelt es sich bei einer Therapiezieländerung, häufig in Gestalt einer Behandlungsbegrenzung, um die Änderung eines Therapieziels, das nicht mehr auf Heilung, sondern nur noch auf Linderung ausgerichtet ist: die bzw. der Betroffene verstirbt an der eigenen Erkrankung. Zwei Wege führen zu einer solchen Therapiezieländerung bzw. einer Behandlungsbegrenzung:

1. Die Erkrankung ist so schwer, dass es keine auf Heilung oder wünschenswerte Lebensverlängerung ausgerichtete Therapie mehr gibt, die Prognose ist infaust, dabei muss der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht eingesetzt haben.
2. Die Patientin bzw. der Patient lehnt weitere kurative Therapien ab bzw. hat für die vorliegende Situation genaue Handlungsanweisungen gegeben (Patientenverfügung) oder eine Vertreterin bzw. einen Vertreter instruiert, die/der den Willen der bzw. des Sterbenden umsetzt (Vorsorgevollmacht). In diesem Fall führt die Therapiezieländerung zum Sterbenlassen und ggf. notwendigen Therapien am Lebensende (s.o.).

### **3.7. Beihilfe zum Suizid, auch assistierter Suizid genannt**

Bei einem Suizid tötet sich eine Person selbst, d.h. sie hat die Tatherrschaft inne und setzt ihrem Leben ein Ende. Helfer können assistieren und z.B. notwendige Medikamente beschaffen. So unterstützen sie die Sterbewillige bzw. den Sterbewilligen, den Suizid zu vollziehen; Die Kontrolle über das Geschehen bleibt aber bis zuletzt bei der Suizidentin bzw. dem Suizident. Der assistierte Suizid als solcher ist nicht strafbar, eine gesetzliche Regelung steht derzeit aus.

Nach der Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer galt bis zum Jahr 2021, dass Ärztinnen und Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten durften<sup>10</sup>. Durch einen Beschluss des 124. Dt. Ärztetages vom 05.05.2021 wurde diese Regelung mit Blick auf die oben zitierte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aufgehoben. In der Begründung des Aufhebungsbeschlusses wird zugleich folgende Aussage getroffen: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

---

<sup>10</sup> § 16 Satz 3 MBO-Ärzte in der bis zum Mai 2021 geltenden Fassung.

In diesem Zusammenhang weist die Bundesärztekammer in ihren Hinweisen zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswunsch darauf hin, dass die individuelle Entscheidung in der konkreten Situation in der eigenen Verantwortung der Ärztin bzw. des Arztes verbleibt. Sie bleibt ansonsten aber explizit bei ihrer Auffassung: „Die Hilfe zur Selbsttötung gehört nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs (...) Die Hilfe bei der Verwirklichung der Absicht, sich selbst zu töten, gehört hingegen nicht zu den beruflichen Aufgaben eines Arztes (...)“. Auf dem 129. Dt. Ärztetag im Mai 2025 wurde dies nochmals bestätigt<sup>11</sup>: „Es bleibt eine freie und individuelle Entscheidung, ob sich eine Ärztin oder ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Auch dann gehört die Hilfe zur Selbsttötung jedoch nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs. Keine Ärztin, kein Arzt ist verpflichtet, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten“.

### **3.8. Tötung auf Verlangen**

Dies beinhaltet die Tötung eines anderen Menschen. Die Tatherrschaft liegt nicht bei der bzw. dem Betroffenen, sondern bei einer anderen Person. Im Ausland wird dies häufig als „Euthanasie“ bezeichnet; unzeitgemäß ist die Bezeichnung „aktive Sterbehilfe“. In Deutschland und den meisten anderen Ländern ist die Tötung auf Verlangen strafbar, in der aktuellen Debatte spielt diese Form der Sterbehilfe (noch) keine Rolle. Das bekannteste Gegenbeispiel sind die Niederlande, in der diese Form einer Sterbehilfe – wenn auch unter strengen Auflagen – legal ist.

---

<sup>11</sup> 129. Dt. Ärztetag vom 27.5.-30.5.2025, Beschlussprotokoll, TOP Ic-06, S. 281.

## **4. Sterbebegleitung und Sterbewunsch in den BG Kliniken: Hilfestellung für die Praxis**

Die Beschäftigten der BG Kliniken haben aufgrund ihres speziellen gesetzlichen Auftrags in besonderer Weise das Selbstverständnis, als Teams der Spitzenmedizin Patientinnen und Patienten gesund oder mit hoher Partizipationsfähigkeit zu entlassen.

Das ist nicht in allen Fällen möglich.

Dies betrifft insbesondere Erkrankungen, die nicht heilbar sind und ggf. bereits in absehbarer Zeit zum Tode führen, oder Fälle, in denen die Belastung der Erkrankung bspw. durch wiederkehrende oder nicht zu lindernde Schmerzen zu groß ist. Daraus kann der Wunsch der Patientin bzw. des Patienten nach einem Sterbenlassen entstehen. Patientinnen und Patienten können außerdem nach Ausschöpfen sämtlicher Behandlungsoptionen so eingeschränkt bleiben, dass sie dauerhaft den Lebensmut verlieren und Suizidgedanken entwickeln.

Die letzte Entscheidung über die Konsequenzen eines Sterbewunsches aufseiten der Klinik ist immer eine ärztliche. Doch sind alle Beteiligten aufgerufen, stets mit darüber nachzudenken und alle verbalen und nichtverbalen Signale des Patienten bzw. der Patientin hinsichtlich der Frage zu registrieren, ob der Sterbewunsch wirklich endgültig ist. Der verantwortlichen Ärztin bzw. dem verantwortlichen Arzt obliegt es dabei, dies gemäß den rechtlichen Regeln ggf. mit den zur Mitbeurteilung Berufenen (Ehegattin bzw. Ehegatte, Betreuungsperson, bevollmächtigte Person) und ggf. mit dem Betreuungsgericht zu kommunizieren.<sup>12</sup> „Bei der Feststellung des Patientenwillens [...] oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens [...] soll nahen Angehörigen

---

<sup>12</sup> Siehe Anhang „Rechtliche Ausführungen“.

und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.“<sup>13</sup>

Die in allen BG Kliniken etablierten **ethischen Fallbesprechungen** dienen dem Ziel, gerade in solchen kommunikativ u.U. schwierigen Situationen dafür Sorge zu tragen, dass aus Sicht aller Beteiligten alle relevanten Aspekte in eine Beurteilung einfließen können.<sup>14</sup>

Einem auf einen Behandlungsabbruch gerichteten **Patientenwunsch** ist grundsätzlich Folge zu leisten. Folgende Konsequenzen ergeben sich aus einem als endgültig zu beurteilenden Sterbewunsch für das Krankenhaus: In jedem individuellen Fall ist es für sämtliche Beteiligten eine verantwortungsvolle und bisweilen auch schwierige Aufgabe, diese Tatsache nicht nur zu akzeptieren, sondern auch damit zu arbeiten. Es ist von großer Bedeutung, Sterbende so in den Tod zu begleiten, dass alle Beteiligten gemeinsam einen guten Umgang mit diesem Prozess finden. Zu diesen Beteiligten gehören nicht nur die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch das ärztliche, pflegerische und therapeutische Personal einschließlich weiterer Gruppen wie Seelsorge oder Hospizteams. Aus palliativmedizinischen Gründen kann eine Überleitung in eine entsprechende Institution (Hospiz) angezeigt sein. Dieses sollte der bzw. dem Sterbewilligen und seinen /ihren Angehörigen mit der gebotenen Sensibilität angeraten werden. Besteht ein aktiver Wunsch nach einer solchen Verlegung sollte dieser so gut wie möglich unterstützt werden. Ebenso kann der Wunsch bestehen, bis zum Lebensende in der BG-Klinik zu verbleiben. Auch diesem sollte, sofern möglich, Rechnung getragen werden.

---

13 § 1828 Abs. 2 BGB. Im Zweifel ist aus Gründen des Datenschutzes durch den Betreuer oder Bevollmächtigten zu klären, ob ein Angehöriger hinzugezogen werden sollte.

14 Siehe Kapitel 4.3.1.

In dieser Leitlinie werden im Folgenden die Aspekte chronologisch dargestellt, die das weitere Verhalten und die Abläufe beeinflussen können, sobald ein Sterbewunsch geäußert wird bzw. ein Sterbeprozess beginnt:

- Wann wird die Sterbebegleitung zu einem uns herausfordernden Thema (Was ist das auslösende Moment)?
- Selbstreflexion: Was löst dieser Wunsch bei mir aus?
- Welche Instrumente haben wir im Umgang mit diesen Herausforderungen?
- Wie gestalten wir den Sterbeprozess?
- Wie gehen wir mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid um?

#### **4.1. Wann wird die Sterbebegleitung zu einem uns herausfordernden Thema (auslösendes Moment)?**

Sofern eine Therapiezieländerung auf einen entsprechenden Wunsch der Patientin bzw. des Patienten zurückgeht, kann dies bei den Menschen im Umfeld, vor allem Angehörigen und medizinischem bzw. pflegerischem Personal, eine besondere Betroffenheit auslösen. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein vollständiger Behandlungsabbruch bewusst eine Beendigung des Lebens beschleunigt oder herbeiführt – aufgrund der Schwere der Erkrankung oder auch aus anderen Gründen. Für alle Beteiligten ist damit eine besondere Herausforderung verbunden.<sup>15</sup> Dieses auslösende Moment soll im Folgenden näher betrachtet werden.

Ein Sterbewunsch kann so stark ausgeprägt sein, dass die Patientin bzw. der Patient durch aktives Handeln das eigene Leben beenden will und dies mehr oder weniger entschlossen oder deutlich ankündigt. Sofern sich die Patientin bzw. der Patient nicht allein in der Lage sieht, dies zu verwirklichen, kann damit

---

<sup>15</sup> Siehe Kapitel 4.2. bis 4.5.

ein Wunsch nach aktiver Hilfe bei dem geplanten Suizid verbunden sein, z. B. indem geeignete Betäubungs- oder Arzneimittel zur Verfügung gestellt werden.<sup>16</sup>

#### **4.1.1. Klärung der Dringlichkeit des Handlungsbedarfs**

Wenn ein Sterbewunsch geäußert wird, ist zunächst eine Analyse der Situation notwendig:

Liegt eine kritische Situation vor? Gibt es einen ernsthaften und akuten Sterbewunsch, auf den unmittelbar reagiert werden muss? Wie ernsthaft ist dieser Wille?

Bei einer psychischen Akutsituation bzw. bei akuter Suizidalität muss der psychiatrische Dienst einbezogen werden.<sup>17</sup>

Erst wenn abgeklärt wurde, dass nicht auf eine Akutsituation reagiert werden muss, kann man sich mit den folgenden Alternativen befassen:

- der Therapiezieländerung im Sinne einer Behandlungsbegrenzung<sup>18</sup> bzw.
- dem Sterbewunsch<sup>19</sup>.

#### **4.1.2. Therapiezieländerung**

Gewöhnlich ist auf dem Weg zur Sterbebegleitung die Therapiezieländerung der einschneidende Moment in der Behandlung:

Nachdem zu Beginn das Therapieziel war, die Patientin bzw. den Patienten gesund zu entlassen, kommt es zur Therapiezieländerung, wenn klar wird, dass nicht nur eine Gesundung ausgeschlossen ist, sondern die Patientin bzw. der Patient in den Tod begleitet werden muss.

---

<sup>16</sup> Siehe Kapitel 4.5.

<sup>17</sup> Siehe Kapitel 4.3.4.

<sup>18</sup> Siehe Kapitel 4.1.2.

<sup>19</sup> Siehe Kapitel 4.1.5.

Hierfür können unterschiedliche Anlässe vorliegen:

- Die Weiterbehandlung ist aus medizinischer Sicht nicht mehr indiziert.
- Die einwilligungsfähige Patientin bzw. der einwilligungsfähige Patient wünscht eine Therapiezieländerung bzw.
- auf Grundlage einer Patientenverfügung muss eine Therapiezieländerung geprüft werden<sup>20</sup>.

Eine solche medizinisch begründete Überleitung in palliativmedizinische Betreuung bzw. Therapiezieländerung ist für die Patientin bzw. den Patienten und die Angehörigen oftmals dramatisch und stellt auch das medizinische Personal und die weiteren Beteiligten vor besondere Herausforderungen.

Schon an dieser Stelle kann es hilfreich sein, wenn im Krankenhaus Psychologinnen und Psychologen bzw. ein Seelsorger oder eine Seelsorgerin zur Verfügung stehen.<sup>21</sup> Sie können dabei helfen, sich sowohl mit dem Gedanken an den Tod vertraut zu machen als auch mit dem Gefühl der eigenen Grenzen und der Ohnmacht.

Wird auf der Station der Patientin bzw. des Patienten gemeinsam über eine Therapiezieländerung im Sinne einer Therapiebegrenzung beraten, sollte das Palliativteam der Klinik hinzugezogen werden. Die finale Entscheidung, unter Berücksichtigung des Patientenwillens, ist eine ärztliche.

Sofern die abteilungsinternen Beratungen über eine Therapiezieländerung nicht zu einem einhelligen Ergebnis führen und ein Konflikt droht, können verschiedene Personen z.B. im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen bei der Konfliktlösung helfen: In jeder BG Klinik gibt es ausgebildete Moderatorinnen und Moderatoren, die in Fällen ethischer Herausforderungen unterstützen

---

<sup>20</sup> Siehe Kapitel 4.1.3.

<sup>21</sup> Siehe Kapitel 5.1 und 5.2.

können. Überdies steht die Seelsorge ebenso wie die Psychologinnen und Psychologen der Klinik für eine Vermittlung zur Verfügung. Häufig fügen sie der Ergebnisfindung neue Aspekte hinzu, die den Beteiligten eine gemeinsame Entscheidung erleichtern. Die Therapiezieldefinition obliegt abschließend aber immer dem Behandlungsteam.

Therapiezieländerungen sollten proaktiv in den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen kommuniziert werden, um das gesamte Team mitzunehmen.

Fällt die Entscheidung für eine Therapiebegrenzung, werden gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten konkrete Regelungen für die Therapiebegrenzung erstellt. Für den Fall, dass diese dazu nicht im Stande sind, übernimmt die Aufgabe der Patientin bzw. des Patienten der Betreuer bzw. die Betreuerin, eine Person mit Vorsorgevollmacht oder aber der Ehegatte im Rahmen des Notvertretungsrechts.<sup>22</sup> Die BG Kliniken haben hierfür als Leitfaden das Formular „Dokumentation Therapiebegrenzung“ erstellt, das es ermöglicht, die Wünsche der Patientin bzw. des Patienten genau zu definieren.<sup>23</sup>

Bei Unklarheiten kann das klinische Ethikkomitee als Ansprechpartner dienen.

#### **4.1.3. Patientenverfügung und Einbindung von Betreuern**

Eine Patientenverfügung kommt zum Einsatz, wenn die Patientin bzw. der Patient nicht selbst entscheiden kann.

---

<sup>22</sup> Gem. § 1358 BGB ist der Ehepartner binnen 6 Monaten nach eintreten einer nicht-Einwilligungsfähigkeit berechtigt, Entscheidungen für seinen Ehepartner zu treffen, ohne dass eine formelle Bestellung eines Betreuers notwendig wäre.

<sup>23</sup> s. Anhang Rechtliche Ausführungen). Zu diesem Formular gibt es außerdem ein Dokument mit Erläuterungen, das von sämtlichen Beteiligten gelesen werden sollte.

Liegt eine Patientenverfügung vor, muss zunächst Folgendes geprüft werden:

- Ist sie schlüssig?
- Ist sie rechtswirksam?<sup>24</sup>

Eine vorliegende Patientenverfügung gilt es zu beachten, aber in einem Großteil der Fälle ist das im Detail nicht unproblematisch. Um eine sorgfältige Entscheidung treffen zu können, empfiehlt sich eine gemeinsame Betrachtung im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung.

Es ist möglich, dass es zwischen der Formulierung der Patientenverfügung und dem aktuellen Zeitpunkt zu einer Ument-scheidung gekommen ist. Aus diesem Grund kann es bspw. zu Konflikten mit den Angehörigen kommen. Grundsätzlich gilt: Sofern die Patientenverfügung die aktuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten zutreffend beschreibt, ist diese bindend.

Wenn die Patientin bzw. der Patient selbst nicht einwilligungsfähig ist und keine einschlägige und wirksame Patientenverfügung vorliegt, braucht es eine Stellvertretung für die Patientin bzw. den Patienten, um ihren bzw. seinen Willen zum Ausdruck zu bringen. Das kann der Ehegatte bzw. die Ehegattin im Rahmen der Notvertretung sein, eine schriftlich bevollmächtigte Person oder eine rechtliche Betreuungsperson, die das Betreuungsgericht dazu bestellt hat.

In Einzelfällen kann es vorkommen, dass sich diese Stellvertretung und das behandelnde Team bezüglich der weiteren Behandlung nicht einig sind.

Wenn in einem solchen Fall keine Einigung erzielt werden kann, muss aus rechtlichen Gründen das Betreuungsgericht eingeschaltet werden. Das gilt bspw. in Fällen, in denen ohne Absicherung

---

<sup>24</sup> Hier kann durch die Mitarbeitenden der Klinik natürlich keine abschließende rechtliche Bewertung erfolgen. Geprüft werden sollte aber, ob eine gültige Unterschrift vorliegt. Sollen hier grundsätzliche Zweifel bestehen, so könnte eine Anfrage an das Betreuungsgericht gestellt werden.

durch eine Patientenverfügung eine lebenswichtige Bluttransfusion von den Angehörigen verweigert wird.<sup>25</sup> In einem medizinischen Notfall (Gefahr in Verzug) kann es notwendig werden, Hilfe ohne Einwilligung zu leisten, die sich aus der allgemeinen Rechtspflicht zur Hilfeleistung ergibt. Diese richtet sich nach dem mutmaßlichen Willen der Patientin bzw. des Patienten.

Es ist darauf zu achten, dass bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Zustand einer länger dauernden Einwilligungsunfähigkeit im Zuge der Krankenhausbehandlung zu befürchten ist oder schon vorliegt und ein schwerer Erkrankungsverlauf zu erwarten ist, frühzeitig geklärt wird,

- ob eine Patientenverfügung vorgelegt werden kann,
- ob ein Vorsorgebevollmächtigter von der Patientin bzw. des Patienten schriftlich benannt wurde,
- ob eine Betreuung seitens des Betreuungsgerichts eingerichtet wurde.

Eine frühzeitige Prüfung des Inhalts der Patientenverfügung sowie Kontaktaufnahme mit einer vorsorgebevollmächtigten Person oder einer amtlich bestellten Betreuungsperson ist unerlässlich, sobald sich eine Situation abzeichnet, in der über das Ob und Wie besonderer lebenserhaltender Maßnahmen (insbes. intensivmedizinische Behandlung) oder deren Beendigung zu entscheiden sein wird. Dies gilt auch, sobald seitens einer Patientin bzw. eines Patienten, deren bzw. dessen Einwilligungsfähigkeit fraglich erscheint, ein Sterbewunsch geäußert wird.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Einzelheiten dazu und zur notwendigen Einschaltung von Betreuungspersonen oder Vorsorgebevollmächtigten im Anhang „Rechtliche Ausführungen“.

<sup>26</sup> Weitere Einzelheiten zu den Themen Patientenverfügung, Betreuung und Vorsorgevollmacht im Anhang „Rechtliche Ausführungen“.

#### **4.1.4. Einbeziehung der Angehörigen, fehlende Patientenverfügung**

Bei schwierigen Angehörigengesprächen, insbesondere im Falle einer Therapiezieländerung, eines Wunsches zu Sterben und anderen herausfordernden Situationen sollten sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegepersonal anwesend sein.

Die Ärztinnen und Ärzte klären auf, doch das Pflegepersonal wird gewöhnlich von den Angehörigen angesprochen, um im Nachgang offene Fragen zu klären. Nur wenn alle gemeinsam beim Angehörigengespräch anwesend und somit auf demselben Stand sind, ist das auch sinnvoll möglich.

Eine gute Lösung für alle Beteiligten ist es, wenn in diesen Situationen das Palliativteam die Angehörigengespräche führt:

- Die Station wird entlastet,
- das Palliativteam ist immer aus ärztlichem und pflegerischem Personal zusammengesetzt,
- es ist für entsprechende Gespräche geschult und verfügt im Idealfall über viel Erfahrung,
- das Palliativteam hat üblicherweise ausreichend Zeit für Gespräche mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen.

#### **4.1.5. Sterbewunsch**

Der Wunsch, zu sterben muss nicht auf eine Therapiezieländerung folgen, er kann auch als unerwarteter Sterbewunsch auftreten. Ein Sterbewunsch kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Er beinhaltet den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, den Wunsch nach Behandlungsabbruch bis hin zu dem Wunsch nach (ärztlich) assistiertem Suizid.

Die Gründe für einen Sterbewunsch können vielfältig sein:

- dauerhafte, schwer zu lindernde bzw. unerträgliche Schmerzen,
- durch die Situation ausgelöste oder unabhängig davon auftretende psychische Erkrankungen,
- Angst vor einer Verschlechterung der körperlichen Verfassung und künftigen Schmerzen,
- Angst vor dem künftig eingeschränkten Leben, bspw. durch den

- Verlust der Bewegungsfähigkeit,
- Verzweiflung über die aktuelle bzw. die bevorstehende Situation,
  - der Wunsch, Angehörigen und anderen nicht weiter zur Last zu fallen,
  - praktische, z.B. finanzielle Sorgen etc.

Konkret gibt es Situationen, in denen ein Sterbewunsch häufiger auftreten kann. Dazu gehören etwa: eine akute Querschnittslähmung, Brandverletzungen, Amputationen und chronische Schmerzen.<sup>27</sup> In der Alterstraumatologie ist die Wahrscheinlichkeit ebenfalls höher, dass ein Sterbewunsch geäußert wird.

Unheilbare Krebserkrankungen können ebenfalls Ursache für einen Sterbewunsch sein. Dann kann auch ein Therapieende den Tod einleiten, aber in diesem Fall hat nicht die Patientin bzw. der Patient die Kontrolle, sondern die Krankheit. Gerade unter schwerer Symptomlast wie zum Beispiel Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Luftnot und Angst entsteht der Wunsch nach Sterben. In vielen Fällen, aber nicht in allen, kann durch eine gute Symptomkontrolle dieser Wunsch deutlich reduziert oder beendet werden. Auch die Sorgen und Nöte der Angehörigen können durch eine gute Symptomkontrolle gebessert werden.

Weitere Gründe für einen Sterbewunsch können sehr individuell sein.

Schwerstkranke Menschen haben häufig Gedanken an den Tod oder sogar Suizidgedanken. Wenn diese Fragen an Ärztinnen und Ärzte, insbesondere das Palliativteam herangetragen werden ist es wichtig, eine offene Gesprächssituation zu schaffen und auch schwierige Fragen zu beantworten. Menschen, die sich mit der

---

<sup>27</sup> Chronische Schmerzen sind ein vielfältiges Geschehen zwischen psychomotorischen und biologischen Faktoren. Es ist möglich, dass selbst multimodale Therapien nicht zu Schmerzfreiheit führen. Schmerz wird sehr unterschiedlich empfunden, eine Stimmungsaufhellung kann bspw. bei der Bewältigung von Schmerz helfen und einen Sterbewunsch weniger dringlich werden lassen.

Frage der aktiven Lebensbeendigung auseinandersetzen, sind häufig in einer Notlage.

In all diesen Fällen sieht sich die Palliativversorgung als ein Teil der Suizidprävention. Folgende Hintergründe sollten dabei im Blick behalten werden.

Im Zusammenhang mit dem Sterben treten mehrere Phasen auf – für die Patientin bzw. den Patienten ebenso wie für die Angehörigen und das Personal, das mit Behandlung und Betreuung befasst ist. Im Verlaufe des Prozesses lassen sich gewöhnlich Phasen der Hoffnung, der Niedergeschlagenheit, der Verleugnung und Aggression, aber auch der Akzeptanz beobachten, die bei den Beteiligten zu unterschiedlichen Zeiten auftreten können.

Tritt in diesen Phasen bei der Patientin bzw. beim Patienten ein Sterbewunsch bzw. Suizidalität auf, ist es zentral, ein ernstnehmendes, akzeptierendes und vertrauensförderliches Gesprächsangebot mit dem Ziel zu machen, die Belastungen und Hintergründe zu verstehen und individuell angemessene Hilfsangebote machen zu können. Der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patientin bzw. des Patienten mit Sterbewunsch ist dabei ebenso wichtig wie die Fürsorge für einen suizidgefährdeten Menschen.

Äußert eine Patientin bzw. ein Patient den häufig auch sehr direkt formulierten Wunsch nach Sterbehilfe, bspw.: „Geben Sie mir die Pille“, kann dies eine vorschnelle Gegenreaktion auslösen.

Ein solcher Satz kann die Beteiligten aus verschiedenen Gründen überfordern – bspw. kann der Sterbewunsch den eigenen moralischen Vorstellungen entgegenstehen. Er kann auch als kränkend empfunden werden, weil er die Leistung des Behandlungsteams geringzuschätzen scheint.

An dieser Stelle gilt es in erster Linie Ruhe zu bewahren.

Es kann neben dem tatsächlichen Sterbewunsch zahlreiche Gründe dafür geben, einen solchen Satz – auch in dieser direkten und konfrontativen Weise – zu äußern:

- Angst
- Wut und Aggression

- Überforderung
- Wunsch nach Widerspruch
- paradoxer Wunsch nach Zuwendung

So wird häufig in der ersten Phase nach einem einschneidenden Unfall ein Sterbewunsch geäußert, der nach erfolgter Rehabilitation oder schlicht nach einer Phase der Gewöhnung an den neuen Zustand in den Hintergrund tritt. Wichtig ist in solchen Fällen immer die Suizidprävention – eine mögliche akute Krise muss angesprochen werden.

Äußert ein schwerkranker oder sterbender Patient bzw. Patientin, insbesondere in der palliativen Situation, einen Sterbewunsch, sollte das ärztliche Personal mit der Patientin bzw. dem Patienten empathisch und wertfrei über Ausprägung und Hintergründe dieses Wunsches sprechen und dies dokumentieren. Es gilt, in weitere Gespräche einzusteigen, sowohl über die Situation als auch über die Perspektive. Dabei kann das Palliativteam der Klinik oder die Seelsorge die Mitarbeitenden unterstützen, da sie dafür mehr Zeit haben.

Für die Mitarbeitenden kann es hilfreich sein, entsprechende Sätze bereitzuhalten, wie etwa: „Diese Situation ist alles andere als einfach. Ich würde Ihnen vorschlagen, unserem Palliativteam / der Seelsorge / unserem psychologischen Dienst Bescheid zu geben. Gemeinsam können Sie einen Blick auf Ihre Situation und auf Ihre Möglichkeiten werfen – und mit mehr Zeit, als ich Ihnen leider gerade anbieten kann.“

Wichtig ist, dass der Sterbewunsch der Patientin bzw. des Patienten ernstgenommen wird. Auf dieser Grundlage können gute Gespräche geführt werden. Die Enttabuisierung von Suizidgedanken ist Teil von Suizidprävention: Sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für deren Angehörige ist es wichtig, über Suizidgedanken sprechen zu können, ohne stigmatisiert zu werden. Nur auf diese Weise ist es für sie möglich, sich Hilfe zu suchen.

Häufig ist die erste Phase bei einer einschneidenden Veränderung der Lebenssituation schwer und nur mit Unterstützung zu überstehen. In einer späteren Lebensphase, wenn die Patientinnen und Patienten mehrere Stufen durchlaufen haben und im Alltag

angekommen sind, kann sich dann der Blick auf Gegenwart und Zukunft zum Positiven verändern.

## **4.2. Selbstreflexion: Was löst dieser Wunsch bei mir aus?**

Auf die Äußerung des Sterbewunsches folgt bei sämtlichen Beteiligten (bei Patientinnen und Patienten und Angehörige ebenso wie bei Mitgliedern sämtlicher beteiligter Berufsgruppen) die Selbstreflexion:

- Welche Gedanken löst der greifbare Tod in mir aus – sei es aufgrund einer Therapiezieländerung oder als Sterbewunsch?
- Was bewegt mich?
- Welche Gedanken kommen in mir hoch?
- Spüre ich Angst, Wut, Enttäuschung?

Es ist nicht nur wichtig, sondern sogar unbedingt notwendig, diesen Überlegungen im Rahmen der Selbstreflexion Raum zu geben.

Über eine Therapiezieländerung sollte nach Möglichkeit im Team beraten werden. Ergänzend können im Rahmen der persönlichen Selbstreflexion folgende Fragen aufkommen:

- Wie fühle ich mich damit, dass die Medizin an dieser Stelle an ihre Grenzen stößt?
- Wie gehe ich mit meiner Betroffenheit durch den nahen Tod um?
- Empfinde ich die Therapiezieländerung wirklich als richtig?

Bei Zweifeln an der Richtigkeit der Entscheidung, vor allem bei komplizierten Sachverhalten, ist es sinnvoll, eine ethische Fallbesprechung durchzuführen. Die Beteiligten sollten sich auch nicht scheuen, Fallbesprechungen bei Bedarf zu wiederholen. In den BG Kliniken ist jeder Mitarbeitende wie auch Angehörige berechtigt, eine ethische Fallbesprechung zu erbitten.

Bei einem Sterbewunsch können sich zusätzlich Fragen stellen wie:

- Wie gehe ich mit meiner Betroffenheit durch den Sterbewunsch bzw. die Suizidalität um?
- Kann ich den Wunsch nachvollziehen?

Die Entscheidung gegen eine weitere Therapie kann schwierig für das Behandlungsteam sein. In BG Kliniken herrscht in besonderer Ausprägung das Selbstverständnis: „Wir retten alle!“ Dieser Anspruch kann in einer solchen Situation aber nicht erfüllt werden. Der Gedanke: „Dann soll sie bzw. er die Klinik verlassen!“ kann sich aufdrängen, wenn eine weitere Therapie abgelehnt wird; man sollte sich davon aber nicht leiten lassen. „Freiwilliges“ Sterben kann und muss ebenfalls medizinisch und pflegerisch begleitet werden.

Eine Therapie ist immer ein Vorschlag, die Selbstbestimmung der Patientin bzw. des Patienten muss akzeptiert werden. Das bedeutet, dass auch unvernünftig erscheinende Entscheidungen mitgetragen werden müssen – sofern sie medizinisch indiziert sind.

Die Beteiligten haben meist unterschiedliche Gründe dafür, vor dem Thema zurückzuschrecken: Angehörige möchten die Kranke bzw. den Kranken nicht vorzeitig verlieren, das ärztliche und pflegerische Personal möchte Leben retten und nicht dabei zusehen oder sogar unterstützen, Leben zu verkürzen.

Es ist wichtig, dass sämtliche Beweggründe thematisiert werden können und thematisiert werden. Sowohl Psychologinnen und Psychologen der Klinik als auch die Seelsorge können bei allen Gesprächen hinzugezogen werden oder auch entsprechende Gespräche allein führen, wenn sich einzelne Beteiligte überfordert fühlen.

### **4.3. Welche Instrumente haben wir im Umgang mit diesen Herausforderungen?**

Im Zusammenhang mit Sterbebegleitung und Sterbewunsch können zahlreiche Herausforderungen auftreten, für die es geeigneter Instrumente bedarf, um diesen kompetent zu begegnen.

Im Folgenden werden ethische Fallbesprechungen beschrieben, die in zahlreichen Situationen eingesetzt werden können, vor allem, wenn es unter den Beteiligten Gesprächsbedarf zum weiteren Vorgehen gibt.

Außerdem werden Herausforderungen im Bereich der Kommunikation beschrieben und Lösungswege aufgezeigt.

Zuletzt wird besonderes Augenmerk auf interkulturelle Herausforderungen gelegt, die neben denen der Kommunikation noch weitere Aspekte umfassen.

Schließlich wird auf den Umgang mit psychischen Akutsituationen eingegangen.

### **4.3.1. Ethische Fallbesprechungen**

Stellt sich die Frage nach der „richtigen“ Entscheidung der weiteren medizinischen Versorgung bzw. der Entscheidung, die dem Patientenwunsch gerecht wird, kann das klinische Ethikkomitee (KEK) als Ansprechpartner dienen. Hierbei handelt es sich um ein interdisziplinäres Team, das es in jeder unserer BG Kliniken gibt. Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees haben eine Qualifikation als Moderatorin bzw. Moderator für ethische Fallbesprechungen und können diese begleiten.

In ethischen Fallbesprechungen setzen sich sämtliche Beteiligte mit dem Fall und der Situation einer Patientin bzw. eines Patienten auseinander und besprechen das künftige Vorgehen. Dabei geht es sowohl um medizinische als auch um psychologische und soziale Belange und es werden alle Beteiligten gehört und an Entscheidungen beteiligt. Alle in dieser Leitlinie angesprochenen Fallkonstellationen gehören fraglos zu den Anlässen, in denen ethische Fallbesprechungen hilfreich sein können.

Ethische Fallbesprechungen werden bei Bedarf einberufen und können von sämtlichen Beteiligten initiiert werden – sowohl von ärztlichem Personal oder vom Pflegepersonal als auch von Angehörigen oder der Patientin bzw. dem Patienten selbst.

Die Fallbesprechung wird von einer Ethik-Moderatorin bzw. einem Ethik-Moderator moderiert, die bzw. der neben der Moderation außerdem dabei unterstützt, eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung herbeizuführen. Teilnehmende sind Mitglieder

unterschiedlichster Berufsgruppen, die an der Behandlung der Patienten bzw. des Patienten beteiligt sind.

Auch die Patientin bzw. der Patient selbst und die Angehörigen können bei den ethischen Fallbesprechungen einbezogen werden. Das ist nicht nur informativ und vertrauensbildend, es baut auch auf allen Seiten Ängste ab und erleichtert die tägliche Zusammenarbeit. In diesem Rahmen können auch Therapieziele und Therapiezieländerungen diskutiert und begründet werden.

Werden Angehörige bei ethischen Fallbesprechungen einbezogen, werden die Besprechungen meist anspruchsvoller für die Beteiligten, weil bei ihnen weniger medizinisches Fachwissen vorliegt. Dennoch sind solche Besprechungen meist erfolgreicher, weil sämtliche wichtige Personen frühzeitig einbezogen werden, auf allen Seiten Vertrauen aufgebaut wird und die Angehörigen oft wichtige Aspekte beisteuern können. In vielen Fällen sind die Angehörigen bei nicht einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten und Patientinnen Beantragende der ethischen Fallbesprechung. Die Anmeldung bzw. Beantragung einer ethischen Fallbesprechung kann durch jeden Angehörigen bzw. eine andere nahestehende Person (sogenannte Zugehörige) genau wie durch jeden Mitarbeitenden erfolgen. Bei der Teilnahme an einer ethischen Fallbesprechung ist es jedoch wichtig, den Datenschutz zu berücksichtigen. Teilnehmen kann ein An- bzw. Zugehöriger an einer ethischen Fallbesprechung jedenfalls dann, wenn er oder sie eine entsprechende Vollmacht besitzt, als Betreuungsperson bestellt ist oder aber das Ehegattennotvertretungsrecht greift.<sup>28</sup> Aber auch in anderen Fällen kann ihr Input wichtig sein und durch Mitarbeitende im Vorfeld einer ethischen Fallbesprechung erfragt werden.

---

<sup>28</sup> Siehe dazu die Ausführungen unter Punkt 4: „Bei der Feststellung des Patientenwillens [...] oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens [...] soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.“

Die Erfahrung zeigt, dass sich ein Team schneller und leichter auf ein gemeinsames Vorgehen einigen kann, je vertrauter es mit ethischen Fallbesprechungen ist.

„Haben wir den Sachverhalt vollständig ermittelt?“: Diese Frage sollte von den Beteiligten unbedingt bejaht werden. Es ist nicht nur von großer Bedeutung, alle beteiligten Berufsgruppen zu hören, sondern auch die Fallbesprechungen gut zu kommunizieren. Auf diese Weise können Zweifel und Unsicherheiten vermieden werden, die auf einem mangelhaften Informationsstand beruhen.

Jenseits formalisierter Fallbesprechungen bietet es sich an, solche Entscheidungen im Team zu besprechen. Davon profitiert die Zusammenarbeit und Missempfindungen wird vorgebeugt.

### **4.3.2. Gelingende Kommunikation**

Eine gelingende Kommunikation ist Dreh- und Angelpunkt im Zusammenhang der Sterbebegleitung.

Die vielen Aspekte gelingender Kommunikation umfassen zwei Fragenblöcke:

- Wer kann und sollte zu welchem Zeitpunkt mit wem kommunizieren?
- In welcher Form muss kommuniziert werden, um Missverständnisse zu vermeiden?

Die unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen verfügen gewöhnlich über unterschiedlich viel Zeit für Gespräche. Es ist hilfreich, sowohl den Bedarf nach Gesprächen und weiterführenden Informationen als auch die eigenen Grenzen zu kommunizieren. Sätze wie die Folgenden können helfen:

- „Lassen Sie uns einen Termin abmachen, zu dem wir mit weniger Zeitdruck miteinander sprechen können“,
- „Mit Ihrer Zustimmung kontaktiere ich unsere Seelsorge/ unseren psychologischen Dienst, damit Sie in Ruhe über Ihre Gedanken/Sorgen sprechen können“.

Für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige ist es wichtig, ihnen in sämtlichen Phasen des Sterbens zur Seite zu stehen. Auch im anspruchsvollen Stationsalltag ist es notwendig, sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen.

Nicht nur Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, auch das behandelnde Team aus ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal kann nach einem sich abzeichnenden Sterbeprozess einer Patientin bzw. eines Patienten verschiedene Phasen durchlaufen, die herausfordernd und psychisch belastend sein können.

Die Patientin bzw. der Patient hat unter Umständen einen Sterbewunsch, der situationsabhängig ist und durch Gespräche und Behandlung vorübergeht. Dennoch müssen die Betroffenen nicht nur vor den eigenen und möglicherweise übereilten Handlungen geschützt, sondern auch ernst genommen werden. Das kann schwierig sein, wenn das Klinikpersonal persönlich stark involviert ist und sich schwer von dem Gedanken lösen kann, die Patientin bzw. den Patienten gerettet zu haben und nicht zulassen zu können, dass nun ein Sterbewunsch besteht.

Eine gute Kommunikation ist nicht nur wichtig für die Entscheidungsfindung; sie ist auch wichtig, um Entscheidungen an all diejenigen weiterzugeben, die informiert sein müssen. Dabei dürfen auch Beteiligte wie bspw. Nachtdienste oder sogenannte Springer nicht vergessen werden.

### **4.3.3. Berücksichtigung von interkulturellen Herausforderungen**

Unsere Patientinnen und Patienten, deren Angehörige aber auch wir selbst als Mitarbeitende bringen vielfältige kulturelle Hintergründe und Erfahrungen mit, die wir gegenseitig wertschätzen und respektieren und im gesamten Prozess berücksichtigen sollten.

Das gilt auch für sämtliche anderen Beteiligten. Auch bei Mitarbeitenden hat es einen entscheidenden Einfluss auf den gesamten Prozess, wenn man auf ihre interkulturellen Unterschiede Rücksicht nimmt.

Interkulturelle Unterschiede können sich in sehr unterschiedlichen Bereichen äußern. Sie hängen außerdem immer von der individuellen Ausprägung bei den einzelnen Personen ab.

So gibt es in verschiedenen Kulturen möglicherweise

- unterschiedliche Werte oder eine andere Gewichtung von Werten auch bezüglich Leben und Tod,
- unterschiedliche Bedeutungen von Gruppe und Individuum,
- eine voneinander abweichende Auslegung von Zeitpunkten und Zeiträumen (das kommt bspw. bei Verabredungen aller Art zum Tragen) und
- ein unterschiedliches Verständnis davon, wie unmittelbar und direkt Gedanken, Vorstellungen oder Wünsche ausgesprochen werden

Es ist für die Mitarbeitenden sinnvoll und hilfreich, sich konkret darauf vorzubereiten, wie kulturelle Unterschiede angesprochen werden können.

Ein Beispiel für eine Formulierung kann sein: „Diese Frage kann für Sie irritierend sein, aber ich muss das fragen, weil ich mich nicht auskenne: Wie wird das von Ihnen bzw. in Ihrem Kulturkreis gesehen?“

Hilfreich kann ein Teammitglied sein, das eine Weiterbildung zu interkulturellen Unterschieden absolviert hat und das Wissen im Team multiplizieren kann. Ebenso kann es hilfreich sein, sich mit Mitarbeitenden aus dem gleichen Kulturraum auszutauschen, aus dem die Patientin bzw. der Patient stammt.

### **Abschied von der oder dem Sterbenden**

Der Abschied von den Sterbenden ist schon ohne kulturelle Unterschiede eine Herausforderung. Diese Herausforderung kann sich noch erhöhen, wenn die Form des Abschieds unvertraut ist. Daraus kann eine Überforderung erwachsen, die man durch offene und frühzeitige Kommunikation vermeiden kann.

Ist abzusehen, dass bei sterbenden oder vom Sterben bedrohten Menschen kulturelle Besonderheiten zum Tragen kommen werden, die nicht den Routinen der Klinik entsprechen, spielt eine frühzeitige Kommunikation eine entscheidende Rolle. Das bedeu-

tet, dass bereits bei der Patientenaufnahme enger Kontakt mit den Angehörigen gehalten werden sollte.

Offen und respektvoll sollte besprochen werden, welche Wünsche die Beteiligten haben und welche Rahmenbedingungen das Krankenhaus hat. Dazu gehören etwa Besuchszeiten, die Frage, wie viele Angehörige gleichzeitig in einem Patientenzimmer sein können, welche Zeit nach dem Versterben im Patientenzimmer besteht oder ob es einen Abschiedsraum gibt. Sollten sich hier Differenzen in den Erwartungen zeigen können im besten Fall beide Seiten Kompromisse anbieten. Auch das ist leichter zu bewerkstelligen, wenn die Kommunikation früh erfolgt. Unterschiedliche Vorstellungen können ruhiger besprochen werden und eine Einigung kann leichter gefunden werden.

Es ist dann keine Hürde mehr, wenn das Sterben in den Kulturen unterschiedlich begleitet wird und man zugewandt miteinander darüber spricht. Auf diese Weise erweitert sich der Horizont auf allen Seiten und man kann voneinander lernen.

### **Sprachprobleme**

Verfügen die Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen nicht über ausreichende Deutschkenntnisse oder reisen zum Abschied Personen aus dem Ausland an, kann es Sprachprobleme geben. Wichtig ist, dass rechtzeitig geklärt wird, über wen eine durchgehende Kommunikation möglich ist. Wünschenswert ist zum Beispiel ein Familienmitglied oder Freund, das bzw. der dolmetschen und in kritischen Momenten vermitteln kann. Wenn es im Einzelfall keine solche Person gibt oder sie zu selten vor Ort sein kann, sollte die Klinik auf eine Liste mit Muttersprachlerinnen und Muttersprachlern zurückgreifen können.

Darüber hinaus sollte in diesen Gesprächen besonders auf eine sensible Sprachwahl geachtet werden, die nicht nur technisch motiviert, sondern zugewandt ist.

### **Große Gruppen**

Es ist möglich, dass sich nicht nur die engsten Familienmitglieder verabschieden wollen, sondern auch die weitere Familie, Freunde

und Bekannte. Diese reisen teilweise auch aus dem Ausland an, um die oder den Sterbenden ein letztes Mal sehen zu können.

In vielen Kulturen ist das selbstverständlich und wichtig, während große und wechselnde Besuchergruppen in deutschen Krankenhäusern, vor allem auf deutschen Intensivstationen, nicht nur auf Unverständnis, sondern oft auf Vorbehalte stoßen.

Es ist an dieser Stelle nicht hilfreich, starr auf die Hausordnung zu pochen. Erläutert werden sollte jedoch, welche Rahmenbedingungen möglich sind, um auch weitere Patientinnen und Patienten nicht nachhaltig zu beeinflussen. Dabei kann es sinnvoll sein, die Beschränkungen bezüglich der Besuchszeiten und Besucherzahlen pro Patientin bzw. Patient vorübergehend auszuweiten. Das nimmt Druck sowohl von Familie und Freunden als auch vom Personal.

### **Religionen**

Die BG Kliniken bieten nicht nur christliche Seelsorge an, sie haben auch Verbindung zu Seelsorgerinnen und Seelsorgern anderer Religionen, die entweder beim Krankenhaus fest angestellt sind oder die angefragt werden können. Davon sollte nach Wunsch frühzeitig Gebrauch gemacht werden.

Sollten die Sterbenden oder deren Angehörige eine eigene religiöse Begleitung mitbringen, ist diese in der Klinik willkommen.

### **Interkulturelle Unterschiede am Lebensende**

Es hat oft religiöse Gründe, wenn die Äußerung eines Sterbewunsches als Tabu angesehen wird. Zum Teil kann ein Therapieverzicht bzw. -abbruch und eine Umstellung auf eine palliativmedizinische Behandlung aus religiösen Gründen ausgeschlossen werden.

Sowohl im Gespräch mit Mitarbeitenden als auch im Gespräch mit Angehörigen muss in einem solchen Fall mit dieser Frage sensibel umgegangen werden. Hier kann die Zusammenarbeit mit der Seelsorge sehr hilfreich sein, die sowohl mit den Mitarbeitenden als auch mit den Angehörigen spricht und das für die Patientin bzw. den Patienten passende weitere Vorgehen abspricht.

## **Der Blick auf das Personal**

Im anspruchsvollen Stationsalltag ist es wichtig, die Belastungen aller professionellen Beteiligten – des pflegerischen, therapeutischen wie ärztlichen Personals – nicht aus dem Blick zu verlieren.

Interkulturelle Herausforderungen müssen gemeistert werden und eine mögliche Überforderung muss rechtzeitig angesprochen und gemeinsam gelöst werden. Hier wie an allen anderen Stellen gilt: Es kann bereits entlastend sein, darüber zu sprechen, aber vor allem ist die Kommunikation wichtig, damit man sich gegenseitig psychologisch und praktisch unterstützen kann. Nicht wenige Probleme lassen sich nicht einzeln, dafür aber gemeinsam lösen.

Auch in den Teams des Krankenhauses gibt es regelmäßig interkulturelle Herausforderungen, denn auch unsere Mitarbeitenden haben unterschiedliche kulturelle Wurzeln. Schwierigkeiten können bspw. daraus erwachsen, dass innerhalb des Teams aus kulturellen Gründen unterschiedlich über eine Therapiezieländerung oder den Wunsch nach Therapieabbruch gedacht wird.

Auch diesen Herausforderungen kann man durch offene und wertschätzende Kommunikation in Teambesprechungen wie in ethischen Fallbesprechungen begegnen.

Ein psychisch starkes, wohlwollendes und gut zusammenarbeitendes Team ist nicht nur von entscheidender Bedeutung, um die Patientinnen und Patienten gut zu versorgen, sondern die Gesundheit des Teams ist ein eigener wichtiger Wert.

Weiterbildungen zum Thema sind eine hilfreiche zusätzliche Unterstützung des Personals.

### **4.3.4. Umgang mit psychischen Akutsituationen bzw. Einengungen in einer Krise**

Die Einwilligungsfähigkeit einer Patientin bzw. eines Patienten ist nur gegeben, wenn sie oder er frei ist von einer psychischen Akutsituation, auch als psychische Einengung in einer Krise bezeichnet. Dies betrifft auch Entscheidungen zur Therapiezieländerung, Behandlungsabbruch und anderem. Liegt jedoch eine rechtlich

wirksame Patientenverfügung vor, so ist diese auch in einer solchen Krise zu beachten.

Handelt es sich um die genannte psychische Einengung in einer Krise, muss die Krise zunächst überwunden werden, ehe man den Willen der Patientin bzw. des Patienten als frei ansehen kann. Einsichtsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit können und müssen überprüft werden. Dazu kann gegebenenfalls eine psychiatrische Stellungnahme eingeholt werden.

Ein Sterbewunsch kann bspw. leicht aus einer Depression erwachsen, die durch die aktuelle medizinische Situation ausgelöst wurde. Diese muss die Entscheidungsfähigkeit nicht grundsätzlich ausschließen, der Einzelfall muss allerdings sorgfältig geprüft werden.

An erster Stelle steht damit die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten zu Überwindung der psychischen Krise. In vielen Fällen liegt nach deren Abschluss kein Sterbewunsch mehr vor. Ist dies nicht möglich und liegt auch längerfristig keine Einwilligungsfähigkeit vor, können auch Maßnahmen zur Einrichtung einer Betreuung angezeigt sein, um eine Entscheidung im Sinne der Patientin bzw. des Patienten zu treffen.

In der Phase der Krise muss die Patientin bzw. der Patient persönlich betreut und geschützt werden: Hier kann bspw. eine Sitzwache oder die Verlegung auf eine psychiatrische Station helfen.

Weder auf der Intensivstation noch in der Akutklinik kann in der Regel durch die Patientin bzw. den Patienten abschließend festgestellt werden, ob die individuelle Lebenssituation, die nach Unfall oder durch Krankheit eingetreten ist, für sie oder ihn dauerhaft ausweglos ist, weil bspw. dauerhaft keine ausreichende Kontrolle oder Bewegung mehr möglich ist oder chronische Schmerzen vorliegen. Hier befinden sich die Patientinnen bzw. Patienten in einer zu frühen Phase.

Es muss allerdings betont werden, dass es höchst individuell ist, ob eine Situation zu ertragen ist oder nicht. Aus diesem Grund müssen durch das Behandlungsteam sorgfältige Gespräche geführt werden. Dabei kann der psychologische Dienst unterstützend wirken.

Hat sich - ggf. auch im Rahmen eines psychiatrischen Konsils – kein auffälliger Befund ergeben, müssen sich sämtliche Beteiligte mit dem Sterbewunsch der Patientin bzw. des Patienten auseinandersetzen.

## **4.4. Wie gestalten wir den Sterbeprozess?**

Die BG Kliniken möchten für ihre Patienten ein Sterben in Würde ermöglichen. Besondere Bedeutung haben dabei die Rahmenbedingungen, die für die Patientinnen und Patienten geschaffen werden.

### **Rahmenbedingungen**

Im Folgenden soll versucht werden, in kurzen Stichworten die wesentlichen Aspekte zu schildern, die hierbei helfen können:

- Akzeptanz eines individuellen Sterbeprozesses, der sehr unterschiedlich lange dauern kann;
- Gesprächsbereitschaft mit der bzw. dem Betroffenen und den Angehörigen zu jeder Zeit; insbesondere Angebot eines abschließenden Gesprächs, ggf. in einem angemessenen zeitlichen Abstand;
- bei Bedarf Hinzuziehung von Seelsorge bzw. Psychologe oder Psychologin;
- gute Symptomkontrolle: gerade auf Schmerzen, Luftnot und Unruhe achten und entsprechende Therapien einleiten; eher intravenöse Injektion oder subkutane Injektion bevorzugen, weil die orale Gabe von Medikamenten häufig nicht mehr möglich ist; bei Bedarf auch kontinuierliche Gabe von Medikamenten zur Symptomkontrolle;
- Festlegung einer Therapiebegrenzung, damit es nicht zu einer Übertherapie oder einer nicht mehr gewünschten Therapie kommt;
- Unterbringung in einem Einzelzimmer, damit auch gerade Angehörige uneingeschränkt kommen können; Besuchszeiten aufheben oder massiv lockern, ein Übernachten im Zimmer eventuell möglich machen;

- parenterale Ernährung beenden, Flüssigkeitsgabe reduzieren, eventuell auch beenden;
- Reduzierung der Medikation auf das absolut Notwendige;
- nicht mehr benötigte Katheter oder Sonden entfernen;
- gute Mundpflege mit Wasser oder auch Lieblingsgetränk, kein Mundwasser;
- alle unangenehmen Maßnahmen, auch eventuell Lagerung reduzieren oder ganz beenden; vor notwendigen Maßnahmen Bedarfsmedikation geben;
- nach Rücksprache mit dem Palliativteam bei Bedarf palliative Sedierung zur Therapie der schweren Symptome;
- Auch nach dem Versterben ist es wichtig, den Angehörigen die Möglichkeit zum Abschiednehmen zu geben. Dies kann entweder im Patientenzimmer selbst erfolgen oder in einem eigens gestalteten Abschiedsraum;
- Nach dem Versterben soll den Angehörigen zudem Informationsmaterial zum weiteren Prozedere übergeben werden; eventuell ist auch über polizeiliche Ermittlungen informieren.

### **Konkrete Anforderungen**

Um eine der Situation gerecht werdende Sterbebegleitung zu gewährleisten, ist es wünschenswert, dass bestimmte konkrete Anforderungen erfüllt werden können.

Diese lassen sich unterteilen in

- räumliche Aspekte,
- personelle Aspekte und
- organisatorische Aspekte.

### **Räumliche Aspekte**

- In der Sterbephase sollte die Verlegung in ein Einzelzimmer ermöglicht werden;
- Es sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, dass Angehörige den Patienten ganztägig begleiten können;
- Es sollten Räume für Besprechungen jenseits des Patientenzimmers angeboten werden;
- Es sollte in jeder BG Klinik ein würdig gestalteter Abschiedsraum vorhanden sein.

### Personelle Aspekte

- Jede BG Klinik sollte über einen Palliativmedizinischen und -pflegerischen Konsiliardienst verfügen;
- Auf den Stationen sollte geschultes Personal in Bezug auf Sterbebegleitung vorhanden sein;
- Alle BG Kliniken sollten eine seelsorgerische Begleitung unterschiedlicher Glaubensrichtungen vermitteln können;
- Es sollte die Möglichkeit der psychologischen Mitbetreuung vorhanden sein;
- Es sollte die Möglichkeit der Einbeziehung von Hospizdiensten angeboten werden;
- Es sollten in Krisensituationen 24-stündige ärztliche wie pflegerische Gesprächsmöglichkeit angeboten werden.

### Organisatorische Aspekte

- Jede BG-Klinik soll über Kontakte zu bzw. einem Netzwerk mit spezialisierten ambulanten Palliativversorgungen (SAPV-Versorgungen), Hospizen bzw. Hospizvereinen sowie Palliativstationen benachbarter Kliniken verfügen
- Es sollte die Möglichkeit angeboten werden, die Patientin bzw. den Patienten in eine andere Klinik oder ein Pflegeheim z.B. heimatnäher zu verlegen;
- Sofern noch nicht vorhanden sollten palliativmedizinische Strukturen aufgebaut werden.<sup>29</sup>

### Konkrete Situationen im Sterbeprozess

Im Sterbeprozess können verschiedene konkrete Fragen entstehen, was bei der Begleitung dieses Prozesses zulässig ist und welche Folgen sich daraus ergeben. Einige Punkte sollen im Folgenden aufgeführt werden:

Möglich ist, dass die Patientin bzw. der Patient entscheiden, bei möglichen Komplikationen ausschließlich Medikamente zur

---

<sup>29</sup> Zu den Anforderungen und strukturellen Rahmenbedingungen eines Palliativteams siehe Kapitel 5.3.

Symptomkontrolle zu erhalten. Ebenso können Patientinnen und Patienten freiwillig auf Nahrung verzichten. Diese Möglichkeiten müssen auf Wunsch der Patientin bzw. des Patienten in der Klinik gegeben werden. Ein solches Vorgehen kann im Hospiz allerdings besser begleitet werden; dort ist man gewöhnlich mit einem solchen Weg vertrauter. Daher empfiehlt es sich, gemeinsam die Verlegung in ein Hospiz zu besprechen.

Eine Abschaltung eines Beatmungsgerätes nach ausführlicher Besprechung und Beratung, bspw. bei Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmung, gilt rechtlich nicht als aktive Handlung, da es sich bei einer Beatmung um ein Aufhalten bzw. eine Unterbrechung des Sterbeprozesses handelt. Bei der Einstellung einer Beatmung ist es wichtig, dass der Wille der Patientin bzw. des Patienten respektiert wird, aber auch für einen humanen Sterbeprozess gesorgt wird: Die Patientin bzw. der Patient darf nicht qualvoll ersticken. Die Beatmung sollte immer in einem kleinen Team und gemeinsam mit einer bzw. einem engen Vertrauten der Patientin bzw. des Patienten abgestellt werden. Wichtig ist außerdem eine gemeinsame Nachbesprechung des Teams, nachdem der Tod festgestellt wurde. In einer solchen Nachbesprechung beschreiben die Einzelnen ihre Gefühle und stellen fest, wie der Vorgang abgelaufen ist und ob etwas anders hätte gemacht werden sollen.

Benötigt eine Patientin bzw. ein Patient aufgrund der körperlichen Verfassung eine hohe Morphindosis, um schmerzfrei zu sein, kann es sein, dass der Tod billigend in Kauf genommen werden muss. Die kontinuierliche Gabe des Morphins dient aber ausdrücklich nur der Symptomkontrolle, es darf nicht so hoch dosiert werden, dass der Sterbeprozess beschleunigt wird.

Ist eine extreme Schmerztherapie notwendig, kann es sinnvoll sein, die Patientin bzw. den Patienten auf eine Palliativstation zu verlegen. Dort besteht eine besondere Erfahrung mit der Verabreichung hochdosierter Schmerzmittel, z.B. über Morphinferusoren.

In dieser letzten Phase haben alle Beteiligten, auch das Klinikpersonal, die Chance loszulassen. In diesem Prozess sollten allen Beteiligten das Angebot der psychologischen oder seelsorglichen Begleitung gemacht werden.

## 4.5. Wie gehen wir mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid um?

Ein Suizidwunsch löst gewöhnlich große Betroffenheit bei den Beteiligten aus. In Kapitel 4.2 wird ausführlich besprochen, welche Fragen bei allen Beteiligten aufkommen können und wie wichtig eine sorgfältige Kommunikation ist.

Bei Unfallverletzten in den BG Kliniken kann ein Suizidwunsch Ausdruck einer momentanen Verzweiflung über das Ausmaß dauerhafter Verletzungsfolgen sein. Gerade dann sehen die BG Kliniken ihre vordringliche Aufgabe darin, den Patientinnen und Patienten Hoffnung zu vermitteln. In den Spezialabteilungen der BG Kliniken sind das Wissen und die Erfahrung vorhanden, dass Unfallverletzte im Laufe der Zeit wieder neue oder andere Lebensinhalte für sich erkennen und verwirklichen können. Dies kann ein längerer Prozess sein, bei dem eine fachkundige und behutsame Unterstützung sehr wichtig ist. An den BG Kliniken sind sogenannte Peer Programm etabliert, in denen ehemalige Patientinnen und Patienten bzw. Personen, die schon länger mit vergleichbaren Unfallfolgen leben, Patientinnen und Patienten begleiten, die frisch verletzt sind.

Dennoch kann ungeachtet aller modernen medizinischen Möglichkeiten am Ende der Therapie bzw. Rehabilitation ein Zustand eintreten, der für die betroffene Person unerträglich ist, sei es infolge der resultierenden körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung, sei es wegen chronischer und nicht ausreichend therapierbarer Schmerzen. Dies oder auch nur das Wissen um die zu erwartenden Folgen kann für die Betroffenen eine unerträgliche Vorstellung sein. Es steht den Mitarbeitenden als Behandelnde jedweder Profession nicht zu, darüber zu urteilen, ob ein aufkommender Wunsch nach Suizidassistenz „gerechtfertigt“ ist oder nicht. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil 2020 auch darauf abgezielt, als es das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben zum Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts erklärt hat.

Die besondere Herausforderung, wenn entsprechend betroffene Patientinnen und Patienten von Suizidgedanken überwältigt werden, besteht darin, eine vertrauensvolle Gesprächssituation zu schaffen, in der auf Augenhöhe und nachvollziehbar neue oder

veränderte Lebensperspektiven vermittelt werden können. Dafür gibt es viele authentische und eindrucksvolle Beispiele aus dem Erfahrungsschatz dieser Spezialabteilungen. In einer solchen herausfordernden Situation sollten Behandlungs-, Pflege- und Therapieteam vorbereitet sein und eine Vorstellung davon haben, wie die Rollen in einem solchen sensiblen Kommunikationsprozess innerhalb des Teams verteilt sein können und welche Unterstützungsoptionen es von außen geben könnte.

Kann es zum Beispiel eine Möglichkeit sein, der Patientin bzw. dem Patienten Gespräche mit Personen zu vermitteln, die eine ähnliche Situation durchlebt und neue oder veränderte Lebensinhalte gefunden haben? Gibt es andere Personen, die authentisch vermitteln können, welche Perspektiven es geben könnte? Die Erfahrung hat gezeigt, dass zum Beispiel Sporttherapeuten hier Einblicke in die Möglichkeiten bieten können, die ein Leben nach einem Unfall bieten kann. Gespräche anlässlich eines Suizidwunsches können besonders herausfordernd sein, da es nicht immer möglich ist, in Menschen mit Suizidwunsch einen neuen Lebenswillen zu wecken.

Bezüglich eines auf einen assistierten Suizid gerichteten Sterbewunsches gilt für die BG Kliniken:

BG Kliniken als Akutversorgungskrankenhäuser mit dem Schwerpunkt der Versorgung von Unfallverletzungen und zur Wiederherstellung der Funktionsbeeinträchtigungen sind weder dafür bestimmt noch dafür eingerichtet, Patientinnen und Patienten, die einen Suizid z.B. mit einer Überdosierung von Betäubungs- oder Arzneimitteln herbeiführen wollen, einen dafür geeigneten Rahmen zur Verfügung zu stellen sowie die mindestens ebenso wichtige qualifizierte professionelle Begleitung und einen entsprechenden Beistand für die Angehörigen bereitzuhalten. Es geht einerseits um einen würdevollen räumlichen und personellen Rahmen für den Menschen, der sein Leben außerhalb seiner Häuslichkeit selbst beenden will. Andererseits müssen auch die Befindlichkeiten anderer Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die sich bspw. in einer ähnlichen Krankheitssituation befinden. Unter beiden Aspekten sind weder Akutkrankenhäuser noch Reha-Einrichtungen, sondern speziell für diesen Zweck geschaffene und ausgestattete Einrichtungen geeignete Anlauf-

stellen für Patientinnen und Patienten, die sich endgültig zu einem Suizid mit den o.g. Mitteln entschlossen haben.

Für die Beschäftigten der BG Kliniken ist das folgendes zu beachten:

Bezüglich des Wunsches auf Unterstützung bei einer Selbsttötung hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 26.2.2020 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es für niemanden eine Verpflichtung zur Suizidhilfe gibt und rechtlich geben darf. Der 124. Dt. Ärztetag hat mehrfach hervorgehoben, dass es ungeachtet dieser Aufhebung weiterhin nicht zum Aufgabenspektrum der Ärzteschaft gehört, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.<sup>30</sup> Mit dieser, auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 nochmals bestätigten Position soll zum Ausdruck gebracht werden, dass Ärztinnen und Ärzte berufsrechtlich in keiner Weise verpflichtet sind, einem Wunsch nach einer Hilfe bei einem geplanten Suizid nachzukommen, sondern in freier eigener Verantwortung darüber entscheiden<sup>31,32</sup>.

Darüber hinaus sind die rechtlichen Einschränkungen zu beachten, wonach die Unterstützung eines Suizidwunsches durch Verschreibung oder Zurverfügungstellung von Betäubungsmitteln nach aktueller Rechtslage nicht zulässig ist und bei Verstoß strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Eine Verschreibung anderer Arzneimittel mit entsprechendem Zweck wird nicht durch das Arzneimittelgesetz gedeckt.

---

30 *Siehe die dokumentierten Beratungen zur Aufhebung des § 16 Abs. 3 MBO.*

31 *Aktuell sind die rechtlichen Rahmenbedingungen im Betäubungsmittel- und Arzneimittelrecht zu beachten, wonach sowohl Verschreibungen von Betäubungsmitteln zum Zwecke der Selbsttötung nicht zulässig sind und auch eine Verschreibung und Verwendung von Arzneimitteln zu diesem Zweck nicht vom Arzneimittelrecht gedeckt wird (s. auch Abschn. 3 unter dem Stichwort „Beihilfe zum Suizid“ und Abschn. 4 sowie die ausführlichen rechtlichen Erläuterungen im Anhang Rechtliche Ausführungen Teil B).*

32 *Siehe Anhang „Rechtliche Ausführungen“.*

Ehe in sonstiger Weise die Verwirklichung eines Suizidwunsches unterstützt wird, z.B. durch Kontaktaufnahme mit einer geeigneten Institution<sup>33</sup>, ist eine Rücksprache mit der ärztlichen Direktion und der Geschäftsführung der jeweiligen BG Klinik erforderlich. Selbstverständlich werden der Patientin bzw. dem Patienten und den Angehörigen alle Unterstützungen angeboten und gewährt, die eine gewünschte Überführung in eine entsprechende Einrichtung so gut wie möglich palliativmedizinisch und seelsorgerisch begleiten.

Wir als BG Kliniken sehen unsere Aufgabe an dieser Stelle vorranglich in der Suizidprävention und sind überzeugt, dass an erster Stelle die konkrete Hilfe bei der Bewältigung zugrundeliegender körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Notlagen unserer Patientinnen und Patienten stehen sollte und dazu beitragen kann, die Perspektive des Lebens wieder zu stärken. Zugleich halten wir den Ausbau einer palliativmedizinischen Kompetenz an allen unseren Klinikstandorten für erforderlich, ebenso die regionale Vernetzung mit Diensten der spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (SAPV) und mit Hospizen. Eine generelle Zusammenarbeit mit professionellen Sterbehilfeverbänden lehnen wir hingegen ab, da in diesem Fall aus unserer Sicht die individuelle Perspektive unserer Patientinnen und Patienten verlorengeht und wir skeptisch hinsichtlich kommerzieller Interessen sind. Wir akzeptieren, dass es trotz aller Bemühungen in Einzelfällen dazu kommen kann, dass sich unsere Patientinnen und Patienten nicht mehr dem Leben zuwenden können. Für diesen Fall stehen wir ihnen zur Seite und werden Möglichkeiten suchen sie zu begleiten. Dies beinhaltet neben dem Respekt vor der Autonomie unserer Patientinnen und Patienten immer auch die Akzeptanz geltenden Rechts.

---

<sup>33</sup> Siehe Kapitel 4.3.4

## 5. Beteiligte Berufsgruppen

Im Folgenden wird ausgeführt, welche Aufgaben und Funktionen die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen im Zusammenhang mit Sterbewunsch, Therapiezieländerung und Sterbebegleitung haben. Auch spezielle Schwierigkeiten und deren Lösungswege werden beleuchtet.

Es muss allerdings betont werden, dass diese Betrachtung einzelner Gruppen nicht die Realität im Ganzen abbildet, denn nur als Team kann eine gute Begleitung Sterbender gewährleistet werden.

Jedes Teammitglied, seien es Pflege- und Therapiepersonal, ärztliches Personal, psychologischer Dienst oder Seelsorge, ist entscheidend für den Prozess und unverzichtbar für die Patientin bzw. den Patienten. Hinzu kommen können außerdem Beschäftigte der Hospize, Sozialarbeit oder ambulante Palliativeinheiten.

Eine gegenseitige Wertschätzung ist ebenso essenziell wie die gegenseitige Unterstützung, auch im Falle auftretender Schwierigkeiten.

### 5.1. Der psychologische Dienst

Jede BG Klinik beschäftigt entweder einen psychologischen Dienst oder den einzelnen Kliniken zugeordnete Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. In dieser Ethischen Leitlinie wird ausschließlich vom psychologischen Dienst gesprochen, der zuständige Psychologinnen und Psychologen einschließt.

Der psychologische Dienst wird bei einer psychischen Einengung in einer Krise eingeschaltet<sup>34</sup> um abzuklären, ob eine behandlungsbedürftige psychische Akutsituation oder eine psychische Erkrankung vorliegt bzw. ob einer Patientin oder einem Patienten die eigene Situation dauerhaft und nicht nur vorübergehend ausweglos erscheint.

Fühlt sich das Klinikpersonal in der Sterbephase und hier insbesondere beim Sterbewunsch einer Patientin bzw. eines Patienten überfordert, kann es sich ebenfalls an den psychologischen Dienst wenden. Auch Angehörige werden bei Bedarf vom psychologischen Dienst in der akuten Situation begleitet und beraten.

Gegebenenfalls kann die frühzeitige Hinzuziehung eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin oder des psychiatrischen Dienstes erforderlich sein.

## 5.2. Die Seelsorge

Jede Klinik wird von mindestens einer Seelsorgerin bzw. einem Seelsorger betreut, üblich sind sowohl eine katholische als auch eine evangelische Ansprechperson.

Die Seelsorge spielt in den BG Kliniken eine zentrale Rolle in der Begleitung von Patientinnen und Patienten, insbesondere in existenziellen Krisen und bei der Sterbebegleitung. Stationen werden regelmäßig von Seelsorgerinnen und Seelsorgern besucht, diese können aber auch auf Wunsch der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen kontaktiert werden. In der Regel sind christliche Seelsorgerinnen und Seelsorger fest im Haus angebunden; darüber hinaus können aber auch Vertreter anderer Glaubensrichtungen auf Wunsch kontaktiert werden. Ihre Erreichbarkeit wird durch Flyer und Plakate in den Kliniken sowie über das Krankenhauspersonal sichergestellt.

---

<sup>34</sup> Siehe Kapitel 4.3.4.

Die Seelsorge kann auf Wunsch der Patientinnen und Patienten auch bei ethischen Fallbesprechungen hinzugezogen werden.

Im Rahmen der Sterbebegleitung bietet die Seelsorge einen geschützten Raum für Gespräche, in denen es nicht um Überredung, sondern um das Verstehen der individuellen Situation und das gemeinsame Ausloten von Entscheidungen geht. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger begegnen den Patientinnen und Patienten ohne zu werten und begleiten sie über längere Zeiträume, häufig auch bei Verlegungen in andere Einrichtungen. Angehörige werden ebenfalls einbezogen, da sie oft mit Ängsten und Trauer konfrontiert sind – insbesondere bei sterbenden Kindern, wo die Seelsorge eine besonders intensive Begleitung übernimmt.

Auch Menschen ohne religiöse Weltanschauung können sich jederzeit an die Seelsorge wenden. Gerade in Grenzsituationen des Lebens entstehen oft neue Bedürfnisse nach Sinn und Gespräch, die zuvor nicht vorhanden waren. Die Seelsorge begegnet diesen Menschen offen und ohne Vorbehalte.

Auch für alle Mitarbeitenden bietet die Seelsorge Unterstützung an, sei es in der persönlichen Begleitung, sei es bei der Entlastung in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen. Dies kann zum Beispiel dann eine wichtige Bedeutung haben, wenn Gespräche über Sterbewünsche als belastend empfunden werden. In solchen Fällen kann auf psychologische Dienste oder die Seelsorge verwiesen werden, um eine angemessene Begleitung sicherzustellen.

### **5.3. Das Palliativteam**

Sogenannte Palliativteams bestehen immer aus mindestens zwei Personen – mindestens eine Pflegekraft, möglichst mit abgeschlossener Weiterbildung für Palliativpflege, und mindestens eine Ärztin bzw. ein Arzt für Palliativmedizin. Die Teams sind immer multiprofessionell. Sie können und sollten auch die Angehörigengespräche abdecken, was die Station sehr entlastet.

Das Palliativteam der Klinik kann nicht nur von den Stationsärztinnen und -ärzten hinzugezogen werden, sondern auch von der Patientin bzw. dem Patienten.

Zwei Fragen sind für ein Palliativteam zentral:

- Welche Unterstützung braucht die Patientin bzw. der Patient?
- Welche Unterstützung braucht das Behandlungsteam?

Ideal zur Begleitung Sterbender darüber hinaus ist ein zusätzliches Netzwerk, das bspw. einen Hospizverein für eine häusliche Betreuung, ein Hospiz bzw. einen Hospizverein zur mittel- und langfristigen Betreuung der Patientinnen und Patienten zu Hause oder ein Krankenhaus mit dem Schwerpunkt Palliativmedizin beinhaltet. Krankenhäuser mit einem solchen Schwerpunkt haben andere Voraussetzungen als BG Kliniken und besonders geschultes Personal.

Zentral ist ein Vertrauensverhältnis zur Patientin bzw. zum Patienten: Jeder Mensch muss anders begleitet werden und ein Vertrauensverhältnis ist wichtig, um eine gemeinsame Lösung zu finden.

Wünschenswert ist außerdem die Zusammenarbeit mit den Therapieteams z.B. der Physio- und Ergotherapie, um die Sterbenden zu unterstützen.

Es ist Zielstellung, dass alle BG Kliniken über Palliativteams verfügen und Mitarbeitende die dafür notwendigen Qualifikationen erhalten.

## 5.4. Ärztinnen und Ärzte

Die Ärztinnen und Ärzte spielen eine tragende Rolle bei der Sterbebegleitung, da sie letztendlich das Behandlungsgeschehen steuern. Aus diesem Grund sind viele Aspekte ihrer Arbeit bereits in den vorigen Kapiteln beschrieben worden.

Ihre zentrale Betrachtung gilt dem Therapieziel:

- Was ist erreichbar?
- Was ist von der Patientin bzw. vom Patienten erwünscht?

Zwei unterschiedliche Situationen sollen betrachtet werden:

- Bei der Patientin bzw. dem Patienten ist ein absehbares Sterben abgewendet, aber es bleibt auch nach Therapieabschluss eine massive meist körperliche Einschränkung.
- Eine Heilung der Patientin bzw. des Patienten ist aus medizinischer Sicht nicht mehr möglich und ein Sterben ist absehbar.

In beiden Fällen ist eine sorgfältige Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten zentral. Dafür muss sich das Team genug Zeit nehmen und möglichst auch die Angehörigen hinzuziehen. Es muss unbedingt sichergestellt werden, dass die Patientin bzw. der Patient die Informationen des Behandlungsteams verstanden hat.

## 5.5. Pflegepersonal

Die Pflege ist meist sehr nah an den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen. Das ist eine große Chance für die Pflegekräfte, entscheidende Hilfestellung zu geben. Es birgt aber auch das Risiko, belastet oder sogar überlastet zu werden.

Zu ihren Aufgaben gehört es, die Patientin bzw. den Patienten pflegerisch zu betreuen und zugewandt Entlastung zu bieten, indem beispielsweise für die richtige Lagerung oder für Mundpflege gesorgt wird.

Im Nachgang zu Visiten kann es immer wieder dazu kommen, dass Patientinnen, Patienten und Angehörige sich mit Fragen an das Pflegepersonal wenden. Meist werden solche Fragen eher an Pflegekräfte gestellt als an Ärztinnen und Ärzte, weil sie leichter erreichbar sind oder bereits vorher ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde. Auch wenn die Aufklärung des Patienten nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegt, können sie hier Erklärungen geben, sollten im Zweifelsfall jedoch immer auf die zuständigen Mitarbeiter verweisen und nach Möglichkeit einen Kontakt herstellen. Dies hilft nicht nur den Betroffenen und ihren Angehörigen, sondern auch den Ärztinnen und Ärzten.

Im Rahmen der Sterbebegleitung kann es für Pflegekräfte allerdings auch eine Belastung sein, dazu Gespräche mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen zu führen. An dieser

Stelle soll nachdrücklich betont werden, dass niemand in diesen existenziellen Phasen alleingelassen wird. Da für die Patientin bzw. den Patienten immer ein ganzes Team verantwortlich ist, ist es nicht Aufgabe der Pflegekräfte, Gespräche über Tod und Sterben zu führen, nur weil sie für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörige leichter erreichbar sind.

In jedem Fall können die Pflegekräfte Hilfe bekommen und sich von der Seelsorge, Psychologinnen und Psychologen der Klinik, aber natürlich auch von den zuständigen Ärztinnen und Ärzten unterstützen lassen.

Zudem ist Zeit üblicherweise die Ressource, die nie im ausreichenden Maße vorhanden ist. Auch davon müssen sich Pflegekräfte nicht unter Druck gesetzt fühlen.

Es kann hilfreich sein, sich hierfür Sätze zurechtzulegen, bspw.: „Ich glaube, ich kann Ihnen in dieser Situation gerade nicht die Gesprächspartnerin/der Gesprächspartner sein, die/den Sie brauchen. Wenn Sie einverstanden sind, kontaktiere ich gern für Sie unser Palliativteam/ unsere zuständige Psychologin/ unseren zuständigen Psychologen/ unsere Seelsorge.“

Es ist unbedingt anzuraten, dass für die üblichen Anforderungen hinreichend qualifiziertes Personal mit der Weiterbildung „Ethikberater/in im Gesundheitswesen“ zur Verfügung steht. Fortbildungen für Palliativpflege und Schulungen zum Thema Sterbehilfe sollten ebenfalls von Teammitgliedern absolviert werden.

Trotz des aktuell in deutschen Krankenhäusern existierenden Personal Mangels ist es wichtig, Personal für diese Weiterbildungen freizustellen: Mittel- und langfristig entlasten die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch ihre Zusatzqualifikationen die Teams entscheidend.

## **5.6. Physio- und Ergotherapie und andere therapeutische Disziplinen**

Wie auch bei allen anderen im Krankenhaus arbeitenden Professionen, ist es auch das Selbstverständnis der Beschäftigten der

therapeutischen Disziplinen, zur Heilung der Patientinnen und Patienten beizutragen.

Aus diesem Grund kann es ein Problem sein, bei Sterbenden und bei Menschen mit Sterbewunsch mit den Grenzen der eigenen Möglichkeiten konfrontiert zu werden.

An dieser Stelle ist es von entscheidender Bedeutung, die Wichtigkeit der eigenen Arbeit für Sterbende bzw. die Wichtigkeit im Rahmen des Sterbeprozesses zu erkennen. Zwar trägt die Arbeit in diesen Fällen nicht dazu bei, die Patientinnen und Patienten gebessert oder gesund zu entlassen, doch auch bei Sterbenden ist die Arbeit von Physio- und Ergotherapie ein wichtiges Element.

Sterben kann ein langwieriger und schwieriger Prozess sein, den man multiprofessionell unterstützen kann. Physio- und Ergotherapie können Schmerzen lindern, Beweglichkeit erhalten und dadurch Patientinnen und Patienten entlasten.

Ein wichtiger Aspekt ist, dass Menschen mit Sterbewunsch durch Physio- und Ergotherapie dabei unterstützt werden können, wieder Lebensmut zu finden. Ein Sterbewunsch kann bspw. durch eine massive Einschränkung der körperlichen Funktionen ausgelöst werden. Nicht nur in solchen Situationen können Physio- und Ergotherapie eine neue und positive Perspektive eröffnen.

## **6. Abschliessende Worte**

So unterschiedlich jede einzelne Patientin und jeder einzelne Patient ist, so unterschiedlich ist auch ihre Einstellung zum Sterben: Sie haben unterschiedliche Krankengeschichten, aber auch unterschiedliche Sichtweisen, Sorgen und Hoffnungen.

Das Thema „Sterben“ ist in unseren Kliniken kein Tabu. Wir möchten unsere Patientinnen und Patientinnen auch in ihrer letzten Lebensphase sehr gut begleiten.

Im Falle eines Wunsches nach assistiertem Suizid unterstützen wir unsere Patientinnen und Patienten aufgrund der aktuellen Rechtslage und aufgrund unserer Überzeugung dabei, ihren eigenen Weg zu finden und zu gehen, ohne aktiv einzugreifen.

Diese Ethische Leitlinie möchte den Beteiligten eine Handreichung geben, damit auf diesem Weg möglichst niemand überfordert und die Kommunikation erleichtert wird.

Auf diese Weise sollen alle Beteiligten gestärkt werden.

## 7. Anhang – Rechtliche Ausführungen

### 7.1. Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten

Die **Verfassung garantiert** – hergeleitet aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG und dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 GG – den Menschen das **Recht auf Selbstbestimmung über ihren Körper**. Die Reichweite der grundrechtlichen Garantie der Selbstbestimmung geht bis hin zu einer objektiv unvernünftigen Selbstgefährdung oder Selbstaufgabe. Dabei umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie **sogar das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben** – einschließlich der Freiheit, sich das Leben zu nehmen.<sup>35</sup> Diese Freiheit zur eigenhändigen Beendigung des Lebens, beinhaltet ebenfalls die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.<sup>36</sup> Sie ist überdies nicht begrenzt auf bestimmte Lebens- oder Krankheitsphasen (z.B. schwere oder unheilbare Krankheit). Denn eine solche Begrenzung auf fremddefinierte Situationen liefe auf eine inhaltliche Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen hinaus, was dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes jedoch fremd ist. Die Selbstbestimmung über das Lebensende gehört vielmehr zum „ureigensten Bereich der Personalität des Menschen“, in dem er frei ist, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu entscheiden.<sup>37</sup> Kurzum: Der einzelne Mensch hat gegenüber dem Staat ein Lebensrecht, aber keine Lebenspflicht.

---

35 BVerfG v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16 – juris Rn. 209 f.

36 BVerfG v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16 – juris Rn. 212.

37 BVerfG v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16 – juris Rn. 210.

Diese verfassungsrechtliche Wertung erstreckt sich über die Funktion der Verfassung als Verbürgung einer objektiven Wertordnung und über die wertungsausfüllungsbedürftigen Bestimmungen in Gesetzen **auch in Zivilrechtsverhältnisse** hinein, **bspw.** in das Behandlungsverhältnis mit Patientinnen und Patienten.<sup>38</sup> Dementsprechend ist die **ärztliche Heilbehandlung** (mit einem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit) als Körperverletzung mit Strafe bedroht, sofern sie ohne eine Einwilligung von Patienten/Patientinnen erfolgt, welche mit vollem Verständnis der Sachlage erteilt wurde und frei von Willensmängeln ist.<sup>39</sup> Die Einwilligung hat mithin eine doppelte Bedeutung: einerseits zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten/Patientinnen und andererseits des delikts- und auch strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes.<sup>40</sup>

Die **Selbstbestimmung** ist **selbst dann zu achten, wenn** sie medizinisch nicht nachvollziehbar („**unvernünftig**“) ist und bspw. das Unterlassen einer Behandlung zum Tode führt.<sup>41</sup> Andererseits besteht aber auch keine Verpflichtung zum Angebot einer Behandlung durch den Arzt/die Ärztin, sofern für diese keine medizinische Indikation (mehr) besteht.<sup>42</sup>

Das Selbstbestimmungsrecht muss **durch einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten ausgeübt** werden. Das verlangt nicht nur das Strafrecht, sondern wird zivilrechtlich auch im Zusammenhang mit dem Behandlungsvertrag nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) normiert (s. § 630d BGB). Die Einwilligung ist nach juristischem Verständnis keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung, sondern lediglich eine sog. „geschäftähnliche Handlung“. Sie erfordert damit nicht die Geschäfts-, sondern die

---

38 Vgl. BVerfG v. 23.10.2007 – 2 BVR 2090/05 – juris Rn. 19.

39 Ständige Rspr. seit der Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahr 1894 (vgl. RG St. 25, 375), aus neuerer Zeit: BGH v. 11.10.2011 – 1 StR 134/11 – juris Rn. 22

40 Vgl. BT-Drs. 17/10488, S. 23 zu § 630d (neu) Einwilligung.

41 OLG München v. 31.01.2002 – 1 U 4705/98 – juris Rn. 158.

42 BGH v. 17.03.2003 – XII ZB 2/03 – juris Rn. 53.

Einwilligungsfähigkeit.<sup>43</sup> Darunter versteht man die Fähigkeit, das Für und Wider des geplanten Eingriffes abzuwägen und eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen; dies ist beim erwachsenen Menschen der Regelfall.<sup>44</sup> Jedoch besteht natürlich auch die Möglichkeit des Fehlens der aktuellen Einwilligungsfähigkeit beim Erwachsenen aufgrund seiner psychischen oder physischen Konstitution (z.B. die unfallbedingte Unfähigkeit zur Willensäußerung). Für solche Fälle kann Vorsorge für die Durchsetzung des eigenen, selbstbestimmten Willens getroffen werden durch eine Patientenverfügung nach § 1827 Abs. 1 BGB<sup>45</sup>, (alternativ oder zusätzlich) durch eine Vorsorgevollmacht oder (wenigstens) eine Betreuungsverfügung.<sup>46</sup> Ein **Sonderproblem** bildet die **Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger**: Diese ist zu bejahen, wenn Minderjährige nach ihrer geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermögen.<sup>47</sup> Hier sind Details sehr umstritten, weil eine zunehmende Tendenz das Selbstbestimmungsrecht auch von Minderjährigen betont. Die überwiegend herrschende Auffassung verlangt allerdings immer noch, dass stets die gesetzlichen Vertreter/innen (i.d.R. Eltern) von Minderjährigen (mit) zu informieren sind und räumt Minderjährigen allenfalls ein „Vetorecht“ gegenüber Heilbehandlungen ein.<sup>48</sup>

---

43 BGH v. 29.01.2019 – VI ZR 495/16 – juris Rn. 31; *Trost in: jurisPK-BGB, 10. Aufl. 2023/2023, Stand: 01.02.2023/2023, § 630d Rn. 1515.*

44 OLG Koblenz v. 01.10.2014 – 5 U 463/14 – juris Rn. 39; OLG München v. 18.12.2008 – 1 U 2213/08 – juris Rn. 49, 45; so auch BT-Drs. 17/10488, S. 23 zu § 630d (neu) Einwilligung.

45 Bis zum 31.12.2022 in § 1901a Abs. 1 BGB geregelt.

46 *Freilich sind auch der Ehegattennotvertreter nach § 1358 BGB und der gesetzliche Betreuer nach § 1814 BGB gehalten, dem Willen der vertretenen Person Geltung zu verschaffen (§ 1821 Abs. 2 BGB i.V.m. § 1358 Abs. 6 BGB).*

47 *Grundlegend dazu: BGH v. 05.12.1958 – VI ZR 266/57 – juris Rn. 13; ähnlich BT-Drs. 17/10488, S. 23 zu § 630d (neu) Einwilligung: „...behandlungsspezifische natürliche Einsichtsfähigkeit...“ nötig, aber keine „starre Altersgrenze“; ausführlich: und Brückner, Das medizinische Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger, 2014; Damm, MedR 2015, 775 ff.; Lauf/Birck, NJW 2018, 2230, 2234.*

48 BGH v. 10.10.2006 – VI ZR 74/05 – juris Rn. 8; Lauf/Birck, NJW 2018, 2230, 2234 m.w.N. *Teilweise anderer Auffassung ist Geilen [in Wenzel (Hrsg.) Handbuch FA MedizinR, 2009, Kapitel 4 Rn. 430], der faustformelartig dafür plädiert, dass un-*

## 7.2. Begrifflichkeiten bei der „Sterbehilfe“

Die Diskussion um die „Sterbehilfe“ leidet nicht selten daran, dass **Begrifflichkeiten nicht einheitlich verwendet** werden. Daher ist im dritten Kapitel dieser Ethischen Leitlinie die Terminologie umfassend ausgearbeitet worden. Dies soll hier nur noch um einige rechtliche Vertiefungen ergänzt werden.

Wenn hier von „Sterbehilfe“ gesprochen wird, dann ist damit die Hilfe *zum* Sterben gemeint. Davon ist zu unterscheiden die **Hilfe im bzw. beim Sterben** – also die Sterbebegleitung. Diese ist nicht nur zulässig<sup>49</sup>, sondern eine zumindest durch die Humanität gebotene Pflicht.<sup>50</sup> Sterbebegleitung in diesem Sinne kann geleistet werden durch Pflege und menschliche Zuwendung, aber auch durch schmerzlindernde Behandlung. Freilich beginnt gerade bei letzterem auch die Notwendigkeit der Grenzziehung. Zum einen bedarf es der genaueren Betrachtung, falls die Medikation zu einer Lebensverkürzung führen kann, zum anderen kann auch das Unterbleiben einer schmerzlindernden Medikation, selbst wenn keine Lebensverkürzung nachweisbar ist, unter dem Gesichtspunkt einer Körperverletzung durch Unterlassen bei bestehender Garantenstellung als Behandler/in gemäß §§ 223, 13 StGB oder ansonsten als unterlassene Hilfeleistung nach § 323c StGB relevant werden.<sup>51</sup>

---

*ter 14 Jahren in der Regel keine Einwilligungsfähigkeit besteht; ab 14 Jahren sei eine Einzelfallentscheidung notwendig, aber bei Zweifeln über die Einwilligungsfähigkeit sollten die gesetzlichen Vertreter/innen eingebunden werden. Zur Sondersituation einer minderjährigen Schwangeren beim Schwangerschaftsabbruch: OLG Hamm v. 29.11.2019 – 12 UF 236/19; dazu auch Lugani, NJW 2020, 1330 ff.*

49 *Der Gesetzgeber erklärt sie daher für „strafrechtlich irrelevant“ (BT-drs. 18/5373, S. 11).*

50 *Vgl. auch die berufsrechtliche Verankerung in § 1 Abs. 2 der Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, welche den Beistand für Sterbende zur ärztlichen Aufgabe erklärt.*

51 *Saliger, Strafbarkeitsrisiken ärztlicher Sterbebegleitung, S. 15, 17, in: Eidam/Lindemann (Hrsg.), Grundfragen und aktuelle Herausforderungen der ärztlichen Sterbebegleitung, 2019.*

In Bezug auf ein Verhalten im Zusammenhang mit sterbenden Menschen muss zwischen strafbaren und straflosen Handlungsweisen unterschieden werden:

- Ganz eindeutig als Totschlag nach § 212 StGB bzw. sogar als Mord nach § 211 StGB sind **Tatbegehungen ohne den Willen des Opfers** strafbar.<sup>52</sup>
- Davon zu unterscheiden ist die ebenfalls strafbare **aktive Sterbehilfe** (s. § 216 StGB) – verstanden als die gezielte Herbeiführung des Todes aufgrund des Willens des Sterbewilligen, bei der die Tatausführung nicht „in den Händen“ des Sterbenden liegt (dazu noch vertiefend unten).
- Eine dritte Kategorie strafbarer Sterbehilfe ist derzeit „straflos“, nämlich die **„geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“**, weil das Bundesverfassungsgericht die insofern vormals einschlägige Bestimmung des § 217 StGB für verfassungswidrig und nichtig erklärt hat.<sup>53</sup> Die Neuregelung des Komplexes der Suizidhilfe ist bisher nicht gelungen. Zwei unterschiedliche fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe sind am 6.7.2023 beide im Bundestag mehrheitlich abgelehnt worden.<sup>54</sup>
- Dagegen ist die **Beihilfe zum Suizid eines anderen** straflos. Denn der eigene Suizid ist keine mit Strafe bedrohte Tat. Dann kann auch die Unterstützung eines straflosen Tuns nicht strafbar sein.
- Ferner ist straflos die **Symptomlinderung** – früher auch sog. **„indirekte Sterbehilfe“**. Darunter versteht man die (theoretisch

---

52 Entsprechende Delikte (im vorliegenden Zusammenhang) werden in der Praxis zuweilen von Angehörigen, aber auch von professionellen Kräften aus „Mitleid“ begangen, vgl. zB. BGH v. 18.10.2007 – 3 StR 226/07 (versuchte Tötung eines Komapatienten durch einen Krankenpfleger mit Mitleidsmotivation) oder BGH v. 03.04.2008 – 5 StR 525/07 (Tötung moribunder Patienten auf der Intensivstation durch eine Krankenschwester mittels Injektion eines tödlich wirkenden Medikamentes).

53 BVerfG v. 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16.

54 Vgl. die entsprechende Meldung des Deutschen Bundestags, erhältlich unter:

denkbare)<sup>55</sup> Lebensverkürzung als Nebenfolge der primär auf Schmerzlinderung gerichteten Medikation.

- Schließlich ist der (gerechtfertigte) **Behandlungsabbruch** (vormals auch als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet<sup>56</sup>) straflos. Darunter versteht man den Verzicht auf, die Reduzierung bzw. den vollständigen Abbruch sinnlos gewordener lebensverlängernder Maßnahmen aufgrund der Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten.<sup>57</sup>

Folgendes Schaubild illustriert die dargestellten Begrifflichkeiten zusammenfassend:



<sup>55</sup> Medizinisch ist diese Kategorie deshalb umstritten, weil manche der Auffassung sind, dass die Schmerzlinderung eher das Leben verlängere als verkürze; mithin wird in Frage gestellt, ob die Kategorie der indirekten Sterbehilfe praktisch überhaupt vorkommt. Dies ist aufgrund der ohnehin bestehenden Straflosigkeit aus juristischer Perspektive allerdings ein rein akademischer Streit ohne praktischen Nutzwert.

<sup>56</sup> Der Begriff der „passiven Sterbehilfe“ wird zunehmend als irreführend abgelehnt, weil nach der Entscheidung des BGH v. 25.06.2010 ein gerechtfertigter Behandlungsabbruch auch durch ein aktives Tun („Abschalten“) erfolgen kann (vgl. BT-Drs. 18/5373, S. 11).

<sup>57</sup> Vgl. grundlegend BGH v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 – Rn. 32 ff. Vgl. auch aus hausärztlicher Sicht: BGH v. 03.07.2019 – 5 StR 393/13 – Rn. 25 ff.

## 7.3. Strafrechtliche Fragestellungen

Im Folgenden sollen ausgewählte Gesichtspunkte des Bereichs der Begleitung Sterbender rechtswissenschaftlich vertieft werden.

### 7.3.1. Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)

Strafbar ist die Tötung auf Verlangen. Der dahinter liegende **Sinn** ist der Schutz der allgemeinen Achtung für das Leben („Unantastbarkeit des Lebens“).<sup>58</sup>

Allerdings ist der **eigene Suizid straflos**. Es gibt keine Pflicht gegenüber dem Staat zu leben (s. bereits oben). Daher ist auch keine strafbare Teilnahme am freiverantwortlichen Suizid eines anderen Menschen möglich.

Im Einzelfall kann sich aber die **Abgrenzung** der strafbaren Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB zur straflosen Suizidbeihilfe als problematisch erweisen. Letztlich kommt es zentral auf die Frage an, wann ein freiverantwortlicher Suizid vorliegt.

Ausgeschlossen ist ein freiverantwortlicher Suizid jedenfalls bei strafunmündigen Kindern oder i.S.d. § 20 StGB „schuldunfähigen“ Personen. Im Übrigen erfolgt die Abgrenzung zur straflosen Teilnahme am fremden Suizid über die sog. **„Tatherrschaft“**. Entscheidend ist damit, wer das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht oder anders gewendet: es kommt darauf an, wer die unmittelbar zum Tode führende Handlung vornimmt.<sup>59</sup> (Straflose) „Tatherrschaft“ über den eigenen Suizid bedeutet bspw., dass der Patient das todbringende Mittel eigenverantwortlich einnimmt (und sei es, dass er es durch einen Strohhalm trinkt) bzw. bewusst und eigenmächtig einen Mechanismus auslöst, durch den ein Mittel zugeführt wird (z.B. einen bereits durch

---

<sup>58</sup> Knauer/Brose, in Spickhoff, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 216 StGB Rn. 1  
<sup>59</sup> BGH v. 14.8.1963 – 2 StR 181/63; BT-Drs. 18/5373, S. 10.

eine andere Person angelegten Tropf öffnet).<sup>60</sup>

Außerdem ist eine Tötungshandlung nach § 216 StGB **durch Unterlassen** der Weiterbehandlung (seit Inkrafttreten der Vorschrift zur Patientenverfügung in § 1901a BGB a.F. – jetzt 1827 BGB) **nicht mehr möglich**, wenn ein freiverantwortlicher Sterbewille vorliegt. Denn die strafbewehrte Garantenpflicht, eine übernommene Behandlung fortzusetzen, wird durch den freien Sterbewillen begrenzt.<sup>61</sup>

Die Bestimmung der strafbaren Tötung auf Verlangen in **§ 216 StGB lautet:**

„(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.“

**Wesentliche Tatbestandsmerkmale** von § 216 StGB sind damit folgende drei Bedingungen: verlangen + ausdrücklich + ernstlich. Liegen diese nicht vor, kommt nicht eine im Strafumfang geringere Strafbarkeit als Tötung auf Verlangen, sondern ein härter zu bestrafender Totschlag nach § 212 StGB oder sogar ein Mord nach § 211 StGB in Betracht.

Die Tatbestandsmerkmale werden in der Rechtswissenschaft wie folgt verstanden:

– Ein „**Verlangen**“ erfordert mehr als eine bloße Einwilligung in die Handlung desjenigen, der die zum Tode führende Handlung vornimmt. Die getötete Person muss vielmehr selbst aktiv auf den Willen des Täters eingewirkt haben bzw. einem Vorschlag des Täters nachdrücklich zugestimmt haben.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Deutsch/Spickhoff, *Medizinrecht*, 7. Aufl. 2014, Rn. 981.

<sup>61</sup> BGH v. 3.7.2019 – 5 StR 393/18 – NJW 2019, 3089 und BGB v. 3.7.2019 – 5 StR 132/18 – NJW 2019, 3092; Knauer/Brose, in Spickhoff, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 216 StGB Rn. 25 und 40.

<sup>62</sup> BGH v. 22.4.2005 – 2 StR 310/04 – NJW 2005, 1876, 1879; Knauer/Brose, in Spick-

– „**Ausdrücklich**“ ist ein Verlangen, wenn es durch eindeutige und unmissverständliche Worte oder Gesten/Gebärden vermittelt wird.<sup>63</sup> Eine bloße Interpretation der Gesamtumstände ist dagegen nicht hinreichend, um ein ausdrückliches Verlangen anzunehmen.<sup>64</sup> Mithin kann es insofern keinen „mutmaßlichen Willen“ geben, getötet werden zu wollen.

– Schließlich sind für die „**Ernstlichkeit**“ des Verlangens dieselben Kriterien anzuwenden, die an die Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung insbesondere im Hinblick auf die Abgrenzung von strafloser Beihilfe zur Selbsttötung anzulegen sind. Mithin muss natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorliegen und der Todeswunsch darf nicht einer Augenblicksstimmung oder vorübergehenden Depression entspringen.<sup>65</sup>

### 7.3.2. Unterstützen eines fremden Suizids (sog. assistierter Suizid)

Es wurde bereits angesprochen, dass die Abgrenzung der strafbaren Tötung – früher als aktive Sterbehilfe bezeichnet – von strafloser Beihilfe zum Suizid und der Straflosigkeit des eigenen Suizids (auch als assistierter Suizid bezeichnet) teilweise nicht ganz einfach fällt. Prinzipiell gilt dann aber, dass eine **ärztliche Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid strafrechtlich** nach dem StGB **nicht verboten** ist, etwa durch Überlassen todbringender Medikamente.<sup>66</sup>

---

*hoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 216 StGB Rn. 41.*

<sup>63</sup> *Knauer/Brose, in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 216 StGB Rn. 42.*

<sup>64</sup> *Eschelbach, BeckOK-StGB, 66. Ed. 01.08.2025, § 216 StGB Rn. 12.*

<sup>65</sup> *Knauer/Brose, in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 216 StGB Rn. 43.*

<sup>66</sup> *Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 981. Das gilt jedenfalls so lange, wie keine Nachfolgeregelung zum verfassungswidrigen § 217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) vom Bundestag beschlossen wird.*

**Arzneimittelrechtlich und berufsrechtlich** ist das Überlassen eines todbringenden Medikaments zum Zwecke des Suizids aber hochproblematisch.<sup>67</sup>

### 7.3.3. Symptomlinderung

Eine **unbeabsichtigte Lebensverkürzung** als Nebenfolge der primär auf Schmerzlinderung gerichteten Medikation ist rechtlich zulässig.<sup>68</sup> Sogar eine sicher vorausgesehene und in Kauf genommene Lebensverkürzung ist straflos, sofern sie eine unbeabsichtigte Folge ist.<sup>69</sup>

Juristisch wird dieses Ergebnis aber unterschiedlich begründet. Überwiegend wird insofern ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB im Sinne einer rechtfertigenden Pflichtenkollision gesehen, weil die therapeutische Schmerzlinderung die unbeabsichtigte Lebensverkürzung wesentlich überwiegt. Andere Auffassungen verneinen nach dem Schutzzweck der Strafnormen das objektive Vorliegen einer Tötungshandlung oder lehnen den subjektiven Vorsatz zur Tötung eines Menschen ab.

### 7.3.4. Behandlungsabbruch

Nach der jüngeren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) ist das **Unterlassen** bzw. der Verzicht auf, ein Reduzieren oder der Abbruch einer medizinischen Behandlung **aufgrund ausdrücklicher oder mutmaßlicher Einwilligung des Patienten zulässig**, um einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> siehe dazu die Ausführungen unter 7.4.

<sup>68</sup> BGH v. 19.11.1996 – 3 StR 79/96 – NJW 1997, 807, 810; BGH v. 25.6.2010 – 2 StR 454/09 – NJW 2010, 2963, 2967 Rn. 34.

<sup>69</sup> Roxin, Festschrift für Thomas Fischer, 2018, S. 509, 513.

<sup>70</sup> BGH v. 25.6.2010 – 2 StR 454/09 („Fuldaer Fall“ / „Putz-Urteil“).

Das **Stadium der Erkrankung** ist dabei ohne Relevanz, d.h. Erkrankung muss nicht akut lebensbedrohlich sein, sie muss nur unbehandelt zum Tode führen (→ Beendigung der künstlichen Ernährung). Die frühere Unterscheidung in der Rechtsprechung zwischen Tun und Unterlassen als besonderes Kriterium der Strafbarkeit wurde damit ausdrücklich aufgegeben.<sup>71</sup>

**Typische Fallgestaltungen** aus der Praxis sind bspw.: das Beenden künstlicher Ernährung oder Beatmung, der Verzicht auf eine Reanimation, auf Antibiotikagabe, Dialyse oder Bluttransfusion.

Der rechtlich zulässig Behandlungsabbruch muss mithin **von aktiver Tötung unterschieden** werden, die eine „Einwilligungssperre“ hat und auch auf Verlangen des Patienten unzulässig ist (s. zu § 216 StGB bereits oben). „Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten, sondern nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – gegebenenfalls unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen“.<sup>72</sup> Es geht beim zulässigen Behandlungsabbruch also darum, einem begonnenen letalen Krankheitsprozess lediglich seinen Lauf zu lassen. Nicht erfasst sind somit gezielte Eingriffe, die die Beendigung des Lebens vom Krankheitsprozess abkoppeln.<sup>73</sup> Rechtsmethodisch wird mithin die Vorschrift zur Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB also verfassungskonform reduziert ausgelegt.<sup>74</sup>

---

71 BGH v. 25.6.2010 – 2 StR 454/09 („Fuldaer Fall“ / „Putz-Urteil“) – juris Rn. 28 ff.

72 BGH v. 8.5.1991 – 3 StR 467/90 – BGHSt 37, 376.

73 Knauer/Brose, in Spickhoff, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 216 StGB Rn. 17.

74 Knauer/Brose, in Spickhoff, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 216 StGB Rn. 16.

Manche sprechen auch von einem Dispens von der Einwilligungssperre des § 216 StGB für irreversibel „schwerst“ Kranke (Eidam GA 2011, 232, 241).

## 7.4. Rechtliche Situation im Arzneimittel- und Betäubungsmittelrecht

**Ausgangslage:** Wie oben ausgeführt<sup>75</sup> ist eine Unterstützung einer Selbsttötung (Beihilfe zum Suizid) infolge der durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2.2020<sup>76</sup> bewirkten Ungültigkeit des bisherigen § 217 StGB (geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung) generell nicht mehr strafbar. Dessen ungeachtet stellt sich die Frage, ob und inwieweit Betäubungsmittel oder auch Arzneimittel zum Zweck der Unterstützung einer Selbsttötung in Deutschland legal, d.h. unter Beachtung der Regelungen des Betäubungsmittelrechts bzw. des Arzneimittelrechts beschafft werden dürfen. Da auch so lange der oben angesprochene § 217 StGB noch galt, nur eine „geschäftsmäßige“ Beihilfe zu einer Selbsttötung strafbar war, eine nicht geschäftsmäßige also nicht, hatte sich das Bundesverwaltungsgericht schon vor der zitierten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts mit der Frage befasst, ob im Wege einer Ausnahmeentscheidung des Bundesamts für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM) zu diesem Zweck eine Erlaubnis zum Bezug eines Betäubungsmittels erteilt werden darf. Das BVerwG hatte 2017 entschieden, dass ganz ausnahmsweise (!) der Erwerb eines Betäubungsmittels zur Selbsttötung zulässig sein könnte.<sup>77</sup> Damit hat das BVerwG zwar nicht entschieden, dass der Staat Rahmenbedingungen und Strukturen schaffen muss, die die Selbsttötung ermöglichen oder erleichtern. Doch sei der Staat aufgerufen, seine grundge-

---

<sup>75</sup> Siehe 7.3.2.

<sup>76</sup> Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, 182-310.

<sup>77</sup> BVerwG v. 2.3.2017 - 3 C 19/15; s. auch Vorlage des VG Köln v. 19.11.2019 - 7 K 8461/18 an das BVerfG, aber diese Richter-Vorlage war unzulässig aufgrund der § 217 StGB-Entscheidung des BVerfG (s. BVerfG v. 20.05.2020 - 1 BvL 2/20, 1 BvL 3/20, 1 BvL 4/20, 1 BvL 5/20, 1 BvL 6/20, 1 BvL 7/20; s. ferner BVerfG v. 10.12.2020 - 1 BvR 1837/19: unzulässige Verfassungsbeschwerde eines sterbewilligen Ehepaares, da diese gegen Subsidiarität nach § 90 Abs. 2 BVerfGG verstößt, weil Wunsch nach selbstbestimmten Lebensende auf andere Weise zu verwirklichen, z.B. Suche nach willigen Suizidhelfern, weil § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt).

setzliche Schutzpflicht für seine Bürger zu erfüllen, „wenn sich ein schwer und unheilbar Kranker wegen seiner Erkrankung in einer extremen Notlage befindet, aus der es für ihn selbst keinen Ausweg gibt. Die staatliche Gemeinschaft darf den hilflosen Menschen nicht einfach sich selbst überlassen“. In diesen extremen Notfällen, sei die Erwerbssperre für Betäubungsmittel des § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG aufzuheben, und dem Notleidenden ein Zugang zu letalen Betäubungsmitteln zu ermöglichen. Das BVerwG hat insofern drei Bedingungen für eine „extreme Notlage“ aufgestellt, damit ein letales Betäubungsmittel bezogen werden könnte: – Erstens – muss die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden sein, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können, – zweitens – muss der Betroffene entscheidungsfähig sein und sich frei und ernsthaft entschieden haben, sein Leben beenden zu wollen und ihm muss – drittens – eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung stehen“.

#### **7.4.1. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) v. 2.3.2017 – 3 C 19/15 zu § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG – Leitsätze**

- „(1) Der Erwerb eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Selbsttötung ist grundsätzlich nicht erlaubnisfähig.
- (2) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 GG umfasst auch das Recht eines unheilbar kranken Menschen, selbst zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln.

(3) *Im Hinblick auf dieses Grundrecht ist § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG dahin auszulegen, dass der Erwerb eines Betäubungsmittels für eine Selbsttötung mit dem Zweck des Gesetzes ausnahmsweise vereinbar ist, wenn sich der suizidwillige Erwerber wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet und ihm eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht.*“

#### **7.4.2. Rechtlicher Hintergrund zu dieser Entscheidung – Auszug aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) – § 5**

*„Die Erlaubnis nach § 3 ist zu versagen, wenn*

*6. die Art und der Zweck des beantragten Verkehrs nicht mit dem Zweck dieses Gesetzes, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen<sup>78</sup>, daneben den Missbrauch von Betäubungsmitteln [...] soweit wie möglich auszuschließen, vereinbar ist [...]*“

#### **7.4.3. Auszug aus den Entscheidungsgründen der oben mit den Leitsätzen zitierten Entscheidung des BVerwG v. 2.3.2017 – 3 C 19/15 (Randnummer 20):**

*„Die Voraussetzungen der Verschreibungsfähigkeit regelt [...] § 13 Abs. 1 BtMG. Die danach erforderliche therapeutische Zielrichtung der Anwendung [...] liegt vor, wenn sie dazu dient, Krankheiten oder krankhafte Beschwerden zu heilen oder zu lindern. Für den Begriff der medizinischen Versorgung in § 5 Abs. 1 Nr. 6 kann aus rechtssystematischen Gründen nichts anderes gelten.*

---

<sup>78</sup> Hinweis: Hier setzte die vom BVerwG aus Verfassungsgründen für notwendig erachtete erweiternde Auslegung an. D. h. Unterstützung bei einer Selbsttötung ist grundsätzlich nicht vom Zweck des Gesetzes umfasst.

*Die notwendige medizinische Versorgung mit Betäubungsmitteln wird vorrangig dadurch sichergestellt, dass Patienten ein zu Therapie Zwecken benötigtes Betäubungsmittel [...] aufgrund einer ärztlichen Verschreibung in der Apotheke erwerben können oder der Arzt es Ihnen im Rahmen der Behandlung verabreicht [...].“*

Wichtig: Dieses Urteil des BVerwG wurde seitens des Bundesgesundheitsministeriums bzw. des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nicht umgesetzt. Die entsprechende Verlautbarung des BfArM wird hier zitiert.

#### **7.4.4. BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) Verlautbarung Stand 19.11.2020 (bisher nicht aufgehoben):**

*„Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26.02.2020 entschieden, dass das in § 217 des Strafgesetzbuchs (StGB) normierte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gegen das Grundgesetz verstößt und nichtig ist. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Das Bundesverfassungsgericht hat zu den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften keine Entscheidung getroffen.“<sup>79</sup>*

---

<sup>79</sup> Zu dieser grundlegenden Entscheidung des BVerfG siehe die Rechtlichen Ausführungen Teil A von Prof. Palsherm. In der Fachzeitschrift der Hausarzt v. 29.9.2021 (online) findet sich zu dieser nach wie vor aufrechterhaltenen Position des BMG folgender kritischer Hinweis: Das Bundesverwaltungsgericht hat vor vier Jahren entschieden, dass unheilbar kranken Patienten im Extremfall der Anspruch auf Medikamente zur schmerzlosen Selbsttötung nicht verwehrt werden darf. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient frei entscheidet und es keine zumutbare Alternative gibt. Trotz des Urteils wies Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) aber das BfArM an, entsprechende Anträge abzuweisen. Dabei verwies er stets darauf, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Sterbehilfe-Paragrafen 217 StGB abwarten zu wollen.

*Nach derzeit geltendem Recht können Erlaubnisse zum Erwerb von Betäubungsmitteln zum Zwecke des Suizides nicht erteilt werden. § 5 Absatz 1 Nr. 6 BtMG schließt die Erteilung ausnahmslos aus.“*

Es wird also kritisiert, dass seitens des BMG zunächst die Position eingenommen wurde, dass zunächst das BVerfG über den Strafbarkeitstatbestand des § 217 StGB entscheiden müsse, ehe über eine Freigabe von BtM unter den vom BVerfG bereits grundsätzlich beschriebenen Voraussetzungen einer besonderen Notlage zum Zwecke einer Selbsttötung entschieden werden könne, dass aber nach der Nichtigerklärung dieses Strafbarkeitstatbestands durch das BVerfG immer noch keine Entscheidung im Sinne der Entscheidung des BVerfG von 2017 getroffen wurde.

Ungeachtet dieser – durchaus nachvollziehbaren Kritik an der Vorgehensweise des BMG/BfArm muss seitens aller an die Regelungen des BtMG gebundenen Funktionsträger und Institutionen im Gesundheitswesen (Ärztinnen und Ärzte/Krankenhäuser/Pflegeeinrichtungen) beachtet werden, dass die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit sich trotz der Entscheidung des BVerfG von 2020 über den Wegfall der Strafbarkeit nach § 217 StGB (geschäftsmäßige Unterstützung einer Selbsttötung) von der ursprünglich vom BVerfG beabsichtigten Öffnung des BtMG wieder wegbewegt hat. Diese Entwicklung wurde bereits im Jahr 2022 u.a. durch die folgende in Leitsätzen wiedergegebene Entscheidung des OVG Münster vom 2.2.2022 deutlich:

#### **7.4.5. OVG NRW, Urt. 2.2.2022 – 9 A 146/21 – Leitsätze**

- (1) *„Der Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb von Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung steht der zwingende Versagungsgrund des § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG entgegen, weil eine notwendige medizinische Versorgung im Sinne der Vorschrift der Heilung oder Linderung von Krankheiten oder krankhaften Beschwerden dienen muss.*
- (2) *Die Rspr. des BVerfG zur verfassungskonformen Auslegung des Versagungsgrunds in Fällen einer extremen Notlage ist rechtlich und tatsächlich überholt.*

(7) *Der Gesetzgeber muss innerhalb seines Gestaltungsspielraums entscheiden, ob und wie der Zugang zu einer letalen Dosis eines Betäubungsmittels eröffnet wird [...]*“

Anm. Die Revision wurde im Urteil zugelassen. Ausweislich juris-Datenbank ist kein Revisionsverfahren anhängig.

Kritische Anmerkungen zu diesem Urteil

- Simon Schurz: NVwZ 2022, 621: Wie die Verwaltungsrechtsprechung ein umfassendes Recht auf selbstbestimmtes Sterben verwehrt.
- Ferdinand Gärditz: Urteilsanmerkung in MedR 2022, 512 ff. Dagegen wurde in einem parallelen Verfahren vor dem OVG Münster (9 A 146/21) gegen die ebenfalls ablehnende Entscheidung vom 2.2.2022 Revision beim BVerwG eingelegt. Über diese Revision hat das BVerwG am 7.11.2023 im Sinne einer Zurückweisung der Revision und damit Bestätigung der ablehnenden Entscheidung des OFG Münster entschieden. Nachfolgend werden die Leitsätze und Auszüge aus den Urteilsgründen wiedergegeben:

#### **7.4.6. Leitsätze zu dem Urteil des BVerwG vom 7.11.2023 – 3 C 8/22**

1. Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG schützt im Ausgangspunkt nicht nur die Freiheit des Einzelnen, selbstbestimmt zu entscheiden, ob er sein Leben beenden möchte, sondern auch, wann und wie das geschehen soll. (Rn.17)
2. Der Erlaubnisvorbehalt für den Erwerb von Betäubungsmitteln gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 BtMG in Verbindung mit der zwingenden Versagung einer solchen Erlaubnis für den Erwerb zum Zweck der Selbsttötung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG schränkt diese Freiheit ein. Menschen, die freiverantwortlich entschieden haben, sich mithilfe von Natrium-Pentobarbital töten zu wollen, können ihren Entschluss ohne Zugang zu diesem Betäubungsmittel nicht in der gewünschten Weise umsetzen. (Rn.18)
3. Das Betäubungsmittelgesetz verfolgt mit dem Verbot, Betäubungsmittel zum Zweck der Selbsttötung zu erwerben, u. a. das legitime Ziel, Miss- und Fehlgebrauch von tödlich wirken-

den Mitteln zu verhindern. Das Verbot ist zur Erreichung dieses Ziels geeignet, erforderlich und angesichts der Möglichkeit, das eigene Leben ärztlich begleitet durch Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu beenden, auch angemessen. (Rn.19)

Aus den Gründen:

„c) *Der von § 3 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG ausgehende Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht ist gerechtfertigt. Die gesetzliche Regelung genügt den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit (vgl. zum Maßstab BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 u. a. - BVerfGE 153, 182 Rn. 223); im Übrigen ist ihre Vereinbarkeit mit dem Grundgesetz nicht zweifelhaft. Sie dient legitimen Zwecken (aa)), zu deren Erreichung sie geeignet und erforderlich ist (bb)). Sie ist angesichts der Möglichkeit, das eigene Leben ärztlich begleitet durch Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu beenden, auch angemessen und damit verhältnismäßig im engeren Sinne (cc)).*

- 20 *aa) Das Betäubungsmittelgesetz verfolgt mit dem Verbot, Betäubungsmittel zur Selbsttötung zu erwerben, legitime Zwecke.*
- 21 *(1) Das Verbot dient dem Ziel, Miss- und Fehlgebrauch von tödlich wirkenden Betäubungsmitteln zu verhindern.*
- 22 *Der Gesetzgeber misst verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln eine größere Gefährlichkeit bei als Arzneimitteln (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts, BT-Drs. 8/3551 S. 29) und hat den Verkehr mit ihnen daher jenseits des Arzneimittelrechts (§ 81 des Arzneimittelgesetzes <AMG>) einer gesonderten Regulierung unterworfen. Die Gefahren für Leben und Gesundheit von Menschen durch Miss- und Fehlgebrauch von Betäubungsmitteln mit den Eigenschaften von Natrium-Pentobarbital sind wegen ihrer tödlichen Wirkung und einfachen Anwendbarkeit besonders groß. Zur Selbsttötung erworbene Betäubungsmittel können, wenn sie nicht sicher verwahrt werden, in die Hände Dritter, z. B. anderer Haushaltsangehöriger, gelangen und in der Folge von Personen und für Zwecke angewendet werden, für die sie*

nicht bestimmt sind. Gefahrerhöhend wirkt es, wenn Sterbewillige das Betäubungsmittel nicht sofort verwenden möchten und es längere Zeit zuhause verwahren. Die Gefahr eines Fehlgebrauchs besteht auch für die Sterbewilligen selbst, etwa aufgrund von Verwechslung des Mittels oder - bei längerer Bevorratung - weil sich tatsächliche Änderungen ergeben haben können, die die Freiverantwortlichkeit des Selbsttötungsentschlusses in Frage stellen. Zudem können als Suizidmittel in den Verkehr gebrachte Betäubungsmittel auf allen Stufen des Vertriebswegs in den Besitz unbefugter Personen gelangen. Bei Ermöglichung des Erwerbs von Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung entsteht neben dem bestehenden Vertrieb als Mittel zur Einschläferung von Tieren in der Veterinärmedizin eine zweite Lieferkette, die zusätzliche Gefahren schafft.

- (2) Der mit der Verbotsregelung verfolgte Zweck und die zu erwartende Zweckerreichung (b) stehen nicht außer Verhältnis (c) zu der Schwere des Eingriffs in das Recht auf Selbsttötung (a).
- 37 (a) Die Einschränkungen der Selbstbestimmung über das eigene Lebensende durch das Verbot, Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Selbsttötung zu erwerben, haben Gewicht (aa), das allerdings dadurch gemindert wird, dass es für Sterbewillige andere Möglichkeiten gibt, ihren Entschluss zur Selbsttötung umzusetzen (bb). Diese Alternativen sind für die Sterbewilligen mit Belastungen verbunden (cc).
- 38 (aa) Für Menschen, die freiverantwortlich entschieden haben, sich töten zu wollen, stellt das Verbot, Natrium-Pentobarbital zu erwerben, eine erhebliche Belastung dar.
- 39 Nach den für das Revisionsverfahren verbindlichen tatsächlichen Feststellungen des Oberverwaltungsgerichts ermöglicht Natrium-Pentobarbital eine schmerzfreie, regelmäßig schnelle und weitgehend risikofreie Selbsttötung (UA S. 22 und 33). Die Anwendung des Mittels ist vergleichsweise einfach. Mit der Einnahme einer relativ geringen Menge (15 g), die sich gut in einem Glas Wasser auflösen lässt, können ein Tiefschlaf und nach kurzer Zeit (30 bis 60 Minuten) der Tod durch Atemstillstand herbeigeführt werden (vgl. UA S. 28, 33 mit der

*Bezugnahme auf Feststellungen und Erkenntnismittel des Verwaltungsgerichts <s. VG-UA S. 25 mit Verweis auf die Stellungnahmen von Dr. med. de Ridder vom 29. Oktober 2020 und des Vereins Sterbehilfe vom 12. Oktober 2020>).*

- 40 *Eine andere Möglichkeit, in Deutschland Zugang zu Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Selbsttötung zu erhalten, als einen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erlaubten Erwerb, haben Sterbewillige bei realistischer Betrachtung nicht. Ob gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 BtMG eine ärztliche Verschreibung von Natrium-Pentobarbital oder ein Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch an Sterbewillige zulässig sein kann, hat der Senat bislang offengelassen. Fraglich ist insoweit, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen die Anwendung eines in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittels zur Selbsttötung „begründet“ im Sinne der Vorschrift sein kann (vgl. BVerwG, Urteil vom 2. März 2017 - 3 C 19.15 - BVerwGE 158, 142 Rn. 16 und 35; s. zum Streitstand z. B. Oğlakçoğlu, in: Münchener Kommentar zum StGB, 4. Aufl. 2022, § 3 BtMG Rn. 35, § 13 BtMG Rn. 31 ff.; Patzak, in: ders./Volkmer/Fabricius, BtMG, 10. Aufl. 2022, § 13 Rn. 17 und § 29 Rn. 1137; Schnorr, NStZ 2021, 76 <77>; Weber, in: ders./Kornprobst/Maier, BtMG, 6. Aufl. 2021, § 13 Rn. 24). Ungeachtet seiner rechtlichen Zulässigkeit dürfte der Zugang für die Sterbewilligen tatsächlich nicht zu erreichen sein. Eine ärztliche Person, die entgegen § 13 Abs. 1 BtMG Betäubungsmittel verschreibt oder zum unmittelbaren Verbrauch überlässt, macht sich strafbar (§ 29 Abs. 1 Nr. 6 BtMG) und gefährdet ihre Approbation. Angesichts dieser Risiken kann von einer individuellen ärztlichen Bereitschaft, an einer Selbsttötung durch Verschreiben oder Überlassen von Natrium-Pentobarbital mitzuwirken, bei realistischer Betrachtungsweise nicht ausgegangen werden. Die Fragen müssen hier nicht abschließend geklärt werden. Auch bei Annahme einer Eingriffsintensivierung, weil Natrium-Pentobarbital für die Sterbewilligen nicht auf anderem Wege erhältlich ist, liegt wie nachstehend dargelegt - keine Grundrechtsverletzung vor.*
- 41 *(bb) Nach den im Berufungsurteil getroffenen tatsächlichen Feststellungen besteht für die Sterbewilligen die Möglichkeit, über eine ärztliche Person ( $\beta$ ) Zugang zu verschreibungs-*

*pflichtigen Arzneimitteln (a) zu erhalten, mit denen eine Selbsttötung durchgeführt werden kann.*

- 42 *(a) Danach können die Sterbewilligen zur Selbsttötung eine Kombination von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verwenden. Hierbei werden - wie sich den vom Oberverwaltungsgericht in Bezug genommenen verwaltungsgerichtlichen Feststellungen und Erkenntnismitteln entnehmen lässt - ein Arzneimittel gegen Übelkeit und Erbrechen, ein tödlich wirkendes Mittel und ein Tiefschlafmittel eingenommen. Damit können Sterbewillige ihren Tod durch Atem- oder Herzstillstand innerhalb weniger Stunden (eineinhalb bis vier) und im Tiefschlaf herbeiführen. Die Tabletten können zermörsert z. B. in Fruchtjoghurt oder Apfelmus eingerührt oder in einer Flüssigkeit aufgelöst werden (Trinkmenge: drei Gläser). Die Mittel ermöglichen eine schmerzfreie Selbsttötung. Ein erheblich erhöhtes Risiko von Komplikationen besteht nicht (vgl. UA S. 33 f.; zu der in Bezug genommenen Auswertung der eingeholten Auskünfte <UA S. 28>: VG-UA S. 20 f.; Stellungnahmen von Dr. med. de Ridder vom 29. Oktober 2020 und des Vereins Sterbehilfe vom 12. Oktober 2020).*
- 43 *Daneben gibt es - wie das Oberverwaltungsgericht weiter festgestellt hat - mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel Thiopental ein anderes Barbiturat, das zur Selbsttötung eingesetzt werden kann und - teilweise ergänzt um ein muskelrelaxierendes Mittel - intravenös angewendet wird (UA S. 33 f.). Thiopental weist hinsichtlich Wirkweise und Risiken keine wesentlichen Unterschiede zu Natrium-Pentobarbital auf. Bei den von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. vermittelten Sterbebegleitungen war es im Zeitpunkt der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts seit dem Frühjahr 2020 in mehr als 120 Fällen verwendet worden (UA S. 34).*
- 44 *(β) Verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen nur aufgrund einer ärztlichen Verschreibung von Apotheken an Endverbraucher abgegeben werden (vgl. § 43 Abs. 3, § 48 AMG, § 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung) oder ihnen nur von einer ärztlichen Person zur unmittelbaren Anwendung überlassen werden. Nach den berufsgerichtlichen Feststel-*

lungen haben Sterbewillige die Möglichkeit, über eine Ärztin oder einen Arzt Zugang zu den unter (a) bezeichneten Arzneimitteln zu erhalten. Es gebe in Deutschland einen Kreis von ärztlichen Personen, die bereit seien, an einer Selbsttötung durch Verschreiben oder Überlassen der benötigten Arzneimittel assistierend mitzuwirken (UA S. 29, 31). Wie das Oberverwaltungsgericht weiter festgestellt hat, haben mehrere Organisationen die Vermittlung von zur Suizidhilfe bereiten Ärztinnen und Ärzten wiederaufgenommen, nachdem das Bundesverfassungsgericht mit Urteil vom 26. Februar 2020 das in § 217 StGB normierte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für nichtig erklärt hatte (UA S. 30 f.). An diese Feststellungen ist der Senat gemäß § 137 Abs. 2 VwGO gebunden; zulässige und begründete Revisionsgründe hat der Kläger insoweit nicht vorgebracht. Sein Vortrag, die berufungsgerichtlichen Feststellungen zur Möglichkeit, eine zur Suizidhilfe bereite ärztliche Person zu finden, gingen an den tatsächlichen Lebensverhältnissen vorbei, genügt nicht den Anforderungen an die Darlegung eines Verfahrensmangels (vgl. § 139 Abs. 3 Satz 4 VwGO).

- 45 Das ärztliche Berufsrecht sieht kein ausdrückliches Verbot ärztlicher Suizidhilfe mehr vor. In der von der Bundesärztekammer erlassenen - nicht rechtsverbindlichen - Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) ist zurückgehend auf einen Beschluss des 124. Deutschen Ärztetags 2021 der Regelungsvorschlag des § 16 Satz 3 MBO-Ä aufgehoben worden, der ein ausdrückliches Verbot ärztlicher Suizidhilfe vorgesehen hatte (UA S. 29). Diejenigen Landesärztekammern, die ein solches Verbot oder zumindest eine „Soll-Vorschrift“ in ihre als Satzung erlassenen Berufsordnungen aufgenommen hatten (vgl. BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 u. a. - BVerfGE 153, 182 Rn. 293), sind der Musterberufsordnung gefolgt und haben die Regelung aufgehoben (vgl. UA S. 30 <Berlin, Bremen, Sachsen, Thüringen>; nach Ergehen des Berufungsurteils: Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Westfalen-Lippe) oder für nicht anwendbar erklärt (Nordrhein).

46 *Eine ärztliche Verschreibung oder Überlassung von Arzneimitteln zum Zweck der Selbsttötung ist arzneimittelrechtlich zulässig. Eine Anwendung von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation und empfohlenen Dosierung („off-label-use“) wird durch das Arzneimittelgesetz nicht verboten (vgl. VG-UA S. 21; OVG Lüneburg, Urteil vom 11. Mai 2015 - 8 LC 123/14 - juris Rn. 37; Schnorr, NStZ 2021, 76 <78>).“*

#### **7.4.7. Anmerkung zu den Ausführungen ab Nr. 41 der Urteilsgründe**

Es bestehen aus den nachfolgenden Gründen erhebliche Bedenken gegen die vom BVerwG ohne nähere Prüfung nach Maßgabe der Vorschriften des Arzneimittelgesetzes bejahte Verschreibungsmöglichkeit von Arzneimitteln, die keine Betäubungsmittel sind, zum Zweck der Ermöglichung einer Selbsttötung:

- Arzneimittel sind nach § 2 AMG dahingehend definiert, dass es sich um Stoffe oder Zubereitungen handelt, die zur Anwendung im oder am menschlichen Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind (Nr. 1) oder die im oder am menschlichen Körper angewendet oder einem Menschen verabreicht werden können, um entweder
  - a) die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder
  - b) eine medizinische Diagnose zu erstellen (Nr. 2). Eindeutig umfasst die nach Nr. 1 maßgebliche Zweckbestimmung der Heilung oder Linderung nicht den hier zur Diskussion stehenden Zweck der Ermöglichung einer Selbsttötung. Mit dem Sinn und Zweck des Arzneimittelgesetzes gemäß § 1 AMG, im Interesse einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln für die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln, insbesondere für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu sorgen, wäre es auch nach auch nicht vereinbar, die unter §

2 Nr. 2 Buchst. b) erwähnte Beeinflussung der physiologischen Funktionen in Gestalt einer pharmakologischen Wirkung eines Arzneimittels mit einer durch eine Überdosierung bewirkten toxikologischen Herbeiführung des Todes gleichzusetzen.

- Dem erwähnten, in weiteren Vorschriften des AMG noch mehrfach zum Ausdruck gebrachten Schutzzweck des AMG, einerseits sicherzustellen, dass Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. Patientinnen und Patienten in optimaler Weise vom angestrebten Nutzen von Arzneimitteln profitieren und andererseits vor unsachgemäßen Anwendungen und damit verbundenen gesundheitlichen Schädigungen geschützt werden, dient insbesondere auch die in § 48 AMG geregelte Verschreibungspflicht für bestimmte Arten von Arzneimitteln, u.a. solcher bei deren übermäßiger Anwendung schwerste Gesundheitsstörungen oder sogar der Tod eintreten können.
- Daraus ist zu folgern, dass Verschreibungen stets im Rahmen der in § 2 AMG vorgegebenen Zweckbestimmung von Arzneimitteln zu erfolgen haben. Eine Verschreibung zielgerichtet zum Zwecke der Ermöglichung einer Selbsttötung wäre als damit nicht vereinbar anzusehen.
- Sofern es gesundheitspolitisch gewollt sein sollte, dass zur Realisierung der vom BVerfG in dem oben zitierten Urteil betreffend die Ungültigkeit des § 217 StGB als verfassungsrechtlich gebotenen Möglichkeit, dass ein Mensch auch mit professioneller Hilfe seine Selbsttötungsabsicht umsetzen kann, auch ärztliche Verschreibungen von Arzneimitteln, die nicht Betäubungsmittel sind, ermöglicht werden sollen, bedürfte dies einer entsprechenden Regelung im AMG.

## **7.5. Berufsrechtliche Fragestellungen**

### **– 124. und 129. Dt. Ärztetag**

In den dokumentierten Beratungen des 124. Dt. Ärztetages zur Aufhebung des § 16 Abs. 3 MBO (Muster-Berufsordnung) wird mehrfach hervorgehoben, dass es ungeachtet dieser Aufhebung weiterhin nicht zum Aufgabenspektrum der Ärzteschaft gehört, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Diese Position wurde im Kontext des Beschlusses des 129. Dt. Ärztetages 2025 zu den Herausfor-

derungen einer wirksamen Suizidprävention nochmals bestätigt.<sup>80</sup> Zitat: „Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Ärztinnen und Ärzte sehen sich verpflichtet, das Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen und dabei das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu achten. Die Hilfe bei der Verwirklichung der Absicht, sich selbst zu töten, gehört hingegen nicht zu den beruflichen Aufgaben einer Ärztin bzw. eines Arztes. Es bleibt eine freie und individuelle Entscheidung, ob sich eine Ärztin oder ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Auch dann gehört die Hilfe zur Selbsttötung jedoch nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs. Keine Ärztin, kein Arzt ist verpflichtet, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten“.

Zu dieser Positionierung des Dt. Ärztetages ist auf folgendes hinzuweisen:

- Die vom 129. Dt. Ärztetag nochmals deutlich getroffene Aussage, dass eine Hilfe zur Selbsttötung, wenn sie von einer Ärztin/einem Arzt geleistet wird, nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs gehört, wirft verschiedene grundlegende Fragen auf; u.a. in haftungs- und versicherungsrechtlicher Hinsicht, aber auch in Bezug auf das oben angesprochene Betäubungsmittelrecht und das Arzneimittelrecht (Befugnis zur Verschreibung von Arzneimitteln im Rahmen einer Handlung, die nicht zur ärztlichen Berufsausübung gehört?). Auf dem Hintergrund der oben getroffenen Feststellung, dass ein assistierter Suizid im Organisationsbereich der BG Kliniken nicht vorgesehen ist, besteht aber keine Notwendigkeit, diese rechtlichen Fragen im Rahmen dieser Leitlinie zu erörtern.
- Für die Leitlinie ist dagegen bedeutsam, dass sich aus den Begründungen zu den Beschlüssen des Dt. Ärztetages eindeutig ergibt, dass auch nach der Streichung des § 16 Abs. 3 der Muster-Berufsordnung bzw. der entsprechenden Regelungen in den Berufsordnungen der Landesärztekammern, eine berufsrechtli-

---

<sup>80</sup> Beschlussdokument zum 129. Dt. Ärztetag, TOP 1c – 06, S. 281.

che Verpflichtung zu einer Hilfeleistung zur Selbsttötung auf Wunsch eines Patienten nicht besteht.

## 8. Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AMG	Arzneimittelgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BG Kliniken	Berufsgenossenschaftliche Kliniken
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
Dt. Ärztetag	Deutscher Ärztetag
GG	Grundgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
KEK	Klinisches Ethikkomitee
MBO-Ä	Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
OLG	Oberlandesgericht
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
UA	Urteilsabdruck
VG	Verwaltungsgericht
ZB	Zusatzbezeichnung





Die Ethische Leitlinie Sterbebegleitung und Sterbewunsch wurde durch die AG Ethik mit Unterstützung zahlreicher Mitarbeitenden der BG Kliniken erstellt. Am 19.11.2025 wurde sie unter anderem auf Empfehlung des Medizinischen Beirats durch den Hauptausschuss der BG Kliniken beschlossen.

Verantwortlich:

AG Ethik der BG Kliniken –  
Klinikverbund der gesetzlichen  
Unfallversicherung gGmbH

Ansprechpartner: Prof. Dr. Stephan  
Brandenburg, Cornelia Iken

Stand: 20.10.2025