



Suizidassistenz

Auf dem Weg zur Normalität

Inhalt

Vorwort	3
Die Praxis der Suizidassistenz, verdeutlicht an vier Beispielen	5
Selbstbestimmung am Lebensende – Dr. Sabine Schuster	6
Wenn das Leben plötzlich kippt – Ralf Baumann	8
Das lange Ringen – Lieselotte Günter	10
Keine Abhängigkeit am Ende – Wilma Schönberg	12
Große Mehrheiten der Bevölkerung sind für die Freiheit zur Suizidassistenz	14
Rückblick und Ausgangspunkt	15
Das Recht der Ärzte und Freitodhelfer	16
Der Weg der DGHS – ein sicheres und bewährtes Verfahren	17
Kein rechtsfreier Raum	20
Beratungs- und Informationsangebote statt Beratungspflicht	20
Fazit	22

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V.
vertreten durch ihren Präsidenten RA Prof. Robert Roßbruch

Postanschrift: Postfach 64 01 43, 10047 Berlin

Hausanschrift: Mühlenstraße 20, 10243 Berlin

E-Mail: info@dghs.de

www.dghs.de

Bildnachweis:

Titel: gertrudda / Adobe Stock

S. 3: Evelin Frerk

S. 6: davelogan / iStock

S. 8: privat

S. 10: Joy Stamp / Unsplash

S. 12: privat



Vorwort

Immer wieder wird kolportiert, dass es im Bereich der Suizidassistenz einen „rechtsfreien Raum“, eine „rechtliche Grauzone“ gebe. Diese Behauptung ist in der Sache unzutreffend, denn der aktuelle Rechtsrahmen sichert, was zählt: Freiheit, Würde und Schutz. Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26.02.2020 (Az. 2 BvR 2347/15 u.a.) ist die Frage im Grundsatz geklärt. Dies hat das BVerfG offensichtlich auch so gesehen, denn sonst hätte es den Bundesgesetzgeber dazu verpflichtet, eine entsprechende gesetzliche Regelung zu verabschieden. Um die eindeutige und klare Rechtslage darzustellen, soll zunächst das BVerfG selbst zu Wort kommen:

„Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist als Ausdruck persönlicher Freiheit nicht auf fremddefinierte Situationen beschränkt. Das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsgrecht über das eigene Leben ist insbesondere nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt.“

Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefert auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbstdtötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist.“

Rn 210

Jeder, der berufsbedingt mit Fragen der Suizidassistenz befasst ist oder sein könnte, sollte diese Grundsätze kennen. Dies gilt auch für Politiker:innen, die im Rahmen eines möglichen Gesetzgebungsverfahrens eine verfassungskonforme Entscheidung zu treffen haben. Kenntnisnahme und Verständnis der in Rede stehenden verfassungsgerichtlichen Entscheidung sollten daher Voraussetzung jeglicher Debatten und Diskurse um eine gesetzliche Regelung bzw. Nichtregelung sein.

Mit der vorliegenden Broschüre soll zum einen über den Inhalt und die Konsequenzen des Urteils des BVerfG vom 26.02.2020 aufgeklärt werden. Zum anderen soll das von der DGHS entwickelte Schutzkonzept für die Vermittlung von Freitodbegleitungen und deren Durchführung, das sich eng an den vom BVerfG festgelegten Voraussetzungen für eine Suizidassistenz orientiert, dargelegt werden.

Dieses Schutzkonzept hat sich bewährt, denn in keinem der seit dem Jahr 2020 durch die DGHS vermittelten mehr als 2.300 assistierten Suiziden ist es zu einem Gerichtsverfahren gekommen. Dies bestätigt unsere Auffassung, dass es einer eigenständigen gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz nicht bedarf. Die bestehenden strafrechtlichen Normen erweisen sich vielmehr als ausreichend, um etwaige Missbrauchsfälle – insbesondere im Hinblick auf die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung – wirksam zu sanktionieren.

Zunächst möchten wir jedoch einen Einblick in die aktuelle Praxis der Suizidassistenz geben und dies am Beispiel von vier Menschen schildern, die den Weg einer ärztlichen Freitodbegleitung gewählt haben.

Ich wünsche Ihnen eine spannende und erkenntnisreiche Lektüre.



RA Prof. Robert Roßbruch
Präsident der DGHS

Die Praxis der Suizidassistenz, verdeutlicht an vier Beispielen

Die Frage nach einem selbstbestimmten Lebensende berührt zutiefst persönliche, ethische und gesellschaftliche Dimensionen. Doch was bedeutet das konkret für die Praxis? Wie sieht verantwortungsvolle Suizidassistenz im Alltag aus – jenseits von juristischen Debatten und politischen Kontroversen?

Die folgenden vier Beispiele geben Einblick in die Realität hinter diesem sensiblen Thema. Sie zeigen, wie Menschen in ganz unterschiedlichen Lebenslagen – mit verschiedenen biografischen Hintergründen, Erkrankungen und Beweggründen – zu einer reflektierten Entscheidung gelangen. Die vier Einzelfälle zeigen, wie unterschiedlich die Wege zur Suizidassistenz verlaufen können. Jeder dieser Menschen stand vor einer tiefgreifenden Entscheidung, die nicht aus einem Moment der Verzweiflung, sondern aus einem langen Prozess der Reflexion und des Ringens mit dem eigenen Leben hervorging.

Die Beispiele verdeutlichen, wie wichtig es ist, persönliche Geschichten zu hören, um die menschliche Dimension dieses Themas zu erfassen. Sie machen sichtbar, dass Suizidassistenz nicht nur eine rechtliche oder medizinische Frage ist, sondern vor allem eine zutiefst menschliche.

Selbstbestimmung am Lebensende – Abschied in den Armen der Töchter an einem Sommermorgen im Wald

6

**Dr. Sabine Schuster, Ärztin,
beendete ihr Leben mit 73 Jahren**

Die Ärztin Dr. Sabine Schuster* lebte mit Anfang 70 ein aktives und erfülltes Leben. Sie und ihr Mann, ebenfalls Arzt, wohnten in einer Urlaubsregion in Süddeutschland. Zu ihren erwachsenen Töchtern hatten sie ein sehr herzliches Verhältnis. Sabine Schuster stand mitten im Leben, engagierte sich in der Kirchengemeinde ihrer Kleinstadt und bei lokalen Umweltschutzprojekten. Mit großem Interesse nahm sie an einem Gesprächskreis im Rahmen des Seniorenstudiums an der nahegelegenen Universität teil. Als in den Jahren 2020 und 2021 über den ärztlich assistierten Suizid in Presse und Öffentlichkeit diskutiert wurde, brachte sie das Thema in diesen Gesprächskreis ein. Als Ärztin ver-

folgte sie die Diskussionen aufmerksam. Persönlich musste sie dabei immer wieder an den qualvollen Tod ihrer Mutter zurückdenken. Sabine Schuster war sich sicher, dass ihre Mutter das Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende sehr begrüßt und diese Möglichkeit für sich sicherlich auch gewählt hätte.

Im November erhielt sie vollkommen überraschend die Diagnose „Glioblastom“ – ein äußerst aggressiver Hirntumor. Die Ereignisse überrollten sie, und das Thema Sterbehilfe gewann plötzlich eine unmittelbare persönliche Bedeutung. Sie nahm Kontakt zur DGHS auf und erneuerte ihre Patientenverfügung. An die ehrenamtliche Ansprechpartnerin der DGHS schrieb sie: „Ich muss mich jetzt mit dem Ende meines Lebens befassen und alles Mögliche ver-

„Ich sehe meinem Tod gelassen entgegen.“

suchen zu regeln. Zum Glück haben wir unsere lieben Töchter, die eine enorme Entlastung sind.“ Mitte Dezember begann sie eine Strahlentherapie. Als Ärztin war ihr bewusst, dass ein Glioblastom nur schwer zu behandeln ist und der Ausgang ungewiss bleibt.

Bald besuchte sie regelmäßig der ambulante Palliativdienst. Die motorischen Einschränkungen nahmen zu, ihr Gang wurde unsicher, Schreiben fiel ihr schwer. Im Januar trat sie der DGHS bei und suchte auch Rat bei einer befreundeten Theologin. Im Februar, nach vielen Gesprächen mit Familie und Freunden, stellte sie den Antrag auf Freitodbegleitung. Die Therapie hatte sie längst abgebrochen. „Ich sehe keinen Sinn darin. Die Therapie kann mein Leben nicht retten. Dafür muss ich die Nebenwirkungen ertragen, die mir nur Kraft und Lebensqualität rauben.“ So begründete sie ihre Entscheidung und stellte bei der DGHS den Antrag auf Vermittlung einer Freitodbegleitung. Die DGHS bearbeitete ihren Antrag und verkürzte aufgrund der Diagnose und der eingereichten Krankenunterlagen die Wartezeit. Anfang März wurde ihr Antrag an eine Juristin und einen Arzt vermittelt. Dann verschlechterte sich der Zustand ihres Mannes plötzlich, und beide entschlossen sich, gemeinsam in eine Residenz zu ziehen.

Im Mai bat sie die Juristin um einen Termin für das Erstgespräch. Ihr Mann war inzwischen infolge einer COVID-Infektion verstorben. Sabine Schuster wollte vorbereitet sein, falls sich ihr Zustand plötzlich verschlechtert. Sie wusste, dass ihr nicht mehr viel Zeit blieb. Doch aus Rücksicht auf ihre Töchter wollte sie die Freitodbegleitung so lange wie möglich aufschieben. „Die beiden sollen nicht kurz hintereinander den Tod beider Eltern betrauern müssen.“

Es kam anders, als Frau Schuster es sich gewünscht hat. Sie stürzte mehrmals und musste ins Krankenhaus eingeliefert werden. Auf der Palliativstation gelang es bald, sie zu stabilisieren. Sie sprach mit ihrem Kollegen über eine palliative Sedierung, die dieser jedoch zu dem Zeitpunkt als verfrühnt ablehnt. Als sie merkte, wie ihre Kräfte schwanden, war sie sich sicher, dass nun der Moment gekommen war, um einen Termin für ihre Freitodbegleitung zu vereinbaren.

Als das freitodbegleitende Team ihr einen Termin in zwei Wochen vorschlägt, bittet sie, nach einem früheren Termin zu suchen. Innerlich hat sie sich bereits vom Leben verabschiedet und sieht ihrem Tod gelassen entgegen. Arzt und Juristin kommen ihrem Wunsch nach. Zwei Tage nach dem ärztlichen Vorgespräch entlässt sie sich selbst aus dem Krankenhaus. Ihre Töchter fahren sie auf ihren Wunsch in das nahe gelegene Ferienhäuschen der Familie. Mitten im Wald gelegen, bei weit geöffneten Fenstern und dem Blick in die üppig grünen Bäume, beendet Sabine Schuster an einem Sommermorgen ihr Leben in den Armen ihrer Töchter.



Wenn das Leben plötzlich kippt – eine stille Reise durch Krankheit und Abschied

8

Ralf Baumann, 56 Jahre, an ALS erkrankt

Ralf Baumann war unabhängig und voller Lebensenergie. Von Beruf Lkw-Fahrer führte er mit seiner Frau Petra eine glückliche Ehe. Gemeinsam reisten sie oft an die Nordsee zur Insel Borkum. Ihr Hund Abby war stets dabei. Im September 2020 feierten sie dort ihren 10. Hochzeitstag und glaubten, viele weitere gemeinsame Jahre vor sich zu haben. Kurz danach bemerkte Ralf Baumann jedoch beunruhigende Veränderungen.

Zunächst war es nur ein kleines Zeichen: Beim Ausfüllen von Formularen versagte plötzlich seine Hand. Trotz zahlreicher Untersuchungen

blieb die Ursache unklar. Zwischen Hoffen und Bangen kehrte er zeitweise in den Beruf zurück, doch die Beweglichkeit ließ weiter nach. Bald war ihm klar: „Das Fahren eines schweren Fahrzeugs kann ich nicht mehr verantworten.“

Monate später kam die erschütternde Gewissheit: Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), eine unheilbare, fortschreitende Nervenerkrankung. Die Diagnose war ein Schock – für ihn und für seine Frau. Besonders Petra hoffte noch auf eine harmlose Erklärung. Doch irgendwann sagte sie: „Es wurde mir klar, es gibt keinen Ausweg. Die Krankheit ist unheilbar. Unsere gemeinsame Zukunft, wie sie geplant war, zerbrach in diesem Moment.“

Die Einschränkungen nahmen zu. Die linke Körperhälfte war bald gelähmt, Bewegungen unmöglich. Schritt für Schritt verabschiedete sich Ralf von seinem bisherigen Leben. Sein Auto, das er nie wieder würde nutzen können, verkaufte er. Gleichzeitig begann er, sich intensiv mit der Krankheit auseinanderzusetzen.

Mit der fortschreitenden Lähmung kamen neue Belastungen: Stürze, Atemnot, Abhängigkeit von Hilfe. Für Ralf Baumann war die Vorstellung, dauerhaft ans Bett gefesselt und von Fremden gepflegt zu werden, unerträglich. Schon lange vor seiner Erkrankung hatte er gesagt, er wolle in einem solchen Fall selbstbestimmt sterben.

Ärzte boten ihm an, das natürliche Sterben mit palliativer Behandlung der Symptome zu begleiten, doch für ihn war das keine Alternative. Er suchte nach einem würdevollen, sicheren Weg, sein Leben zu beenden. Schließlich riet ihm eine Pflegekraft, sich an die DGHS zu wenden.

Herr Baumann wurde Mitglied und stellte einen Antrag auf Freitodbegleitung. Er schilderte seine Situation und reichte Arztabberichte ein. Aufgrund seines fortgeschrittenen Zustands wurde die Wartezeit verkürzt und sein Antrag an einen Arzt und Juristen vermittelt. In Gesprächen mit diesem Team machte er deutlich:

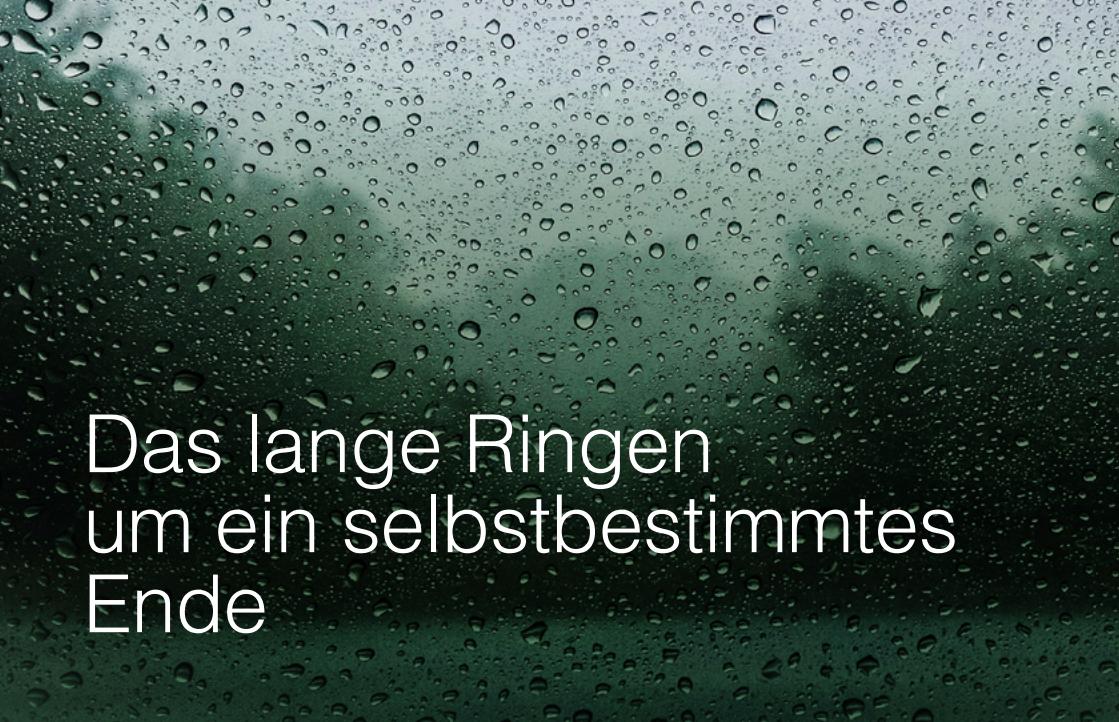
„Ich bin sehr gut informiert. Aber ich ertrage schon jetzt die Einschränkungen nicht mehr. Für mich ist klar: Ich will mein Leben bald beenden.“

Gemeinsam mit seiner Frau begann er, die Bestattung zu planen. Die Bestatterin berichtete über das Gespräch: „Ich durfte Ralf noch kennenlernen, um gemeinsam mit ihm seine Bestattungsvorsorge zu besprechen. Er saß mir lächelnd gegenüber und erzählte mir, dass er am 3. Februar sterben würde. Mir wurde ganz anders.

Die Tränen sind mir in die Augen geschossen. Er wusste ganz genau, wie oft er die Treppe noch hinauf- und hinuntergehen musste: genau 18-mal, und er wusste die Stunden, bis es so weit sein würde. So ein bewusstes In-Liebe-Loslassen und so ein großes gegenseitiges Verständnis wie bei Ralf und Petra Baumann – das hatte ich als Bestatterin noch nicht erlebt.“

Ralf verabschiedete sich von Freunden und in sozialen Netzwerken. Am Tag der Freitodbegleitung war seine Familie bei ihm: seine Frau Petra, die Tochter und ihr Partner. Der Arzt baute den Infusionsständer auf. Ralf setzte sich in den Sessel, in dem er sterben wollte. Abby, der Hund, legte sich auf seine Füße. Petra zündete eine Kerze an. Ein letztes Mal fragte der Arzt, ob er sicher sei. Ralf bejahte klar. Dann setzte er die Infusion selbst in Gang, während Petra ihm letzte Worte ins Ohr flüsterte.

Ralf Baumann war seiner Frau sehr dankbar für ihre Unterstützung. Seine letzten Worte an sie wurden bei der Trauerfeier verlesen. „Petra, Du hast die Zeit mit mir ganz tapfer getragen, hast meine Entscheidung akzeptiert, obwohl es für Dich sehr schwer war. Weißt Du noch, wenn wir nach Borkum gefahren sind, war Deine Vorfreude immer sehr groß und ich habe Dich immer gefragt: „Freust Du Dich?“ Nun war es andersherum. Mit Tränen in den Augen hast nun Du mich gefragt: „Freust Du Dich?“



Das lange Ringen um ein selbstbestimmtes Ende

10

**Liselotte Günter, 69 Jahre,
chronisch depressiv**

Liselotte war kein Wunschkind. „Meine Eltern mussten heiraten“ – so war das damals“, kommentierte Frau Günter die Tatsache, dass ihre Mutter unverheiratet schwanger geworden war. Nach ihrer Geburt wurde sie von ihren Großeltern aufgenommen. Die ersten Jahre ihres Lebens wuchs sie bei ihnen in Norddeutschland auf. Sie hatte ein gutes Verhältnis zu den Großeltern. „Doch schon in meinen ersten Lebensjahren war ich unglücklich und wünschte mir, tot zu sein“, berichtete sie über diese Zeit. Nach fünf Jahren zog Liselotte zu ihren Eltern in die Großstadt. Zwei Brüder wurden in den folgenden Jahren geboren, zu denen sie nie ein herzliches Verhältnis entwickelte. Das

Leben wurde für sie immer schwieriger. Der Vater, ein Künstler, musste seinen erfüllenden, aber schlecht bezahlten Beruf aufgeben. Um seine fünfköpfige Familie ernähren zu können, wurde er Berufssoldat. Die Schuld daran gab er seiner Erstgeborenen.

Auch in ihrer Jugend litt Liselotte Günter unter Traurigkeit und Todeswünschen. Von ihrer Großmutter und ihrer Mutter erhielt sie heimlich Valium, damit sie weniger weinte. Doch Liselotte sammelte die Tabletten, statt sie einzunehmen. Als sie glaubte, genug beisammenzuhaben, unternahm sie damit einen Suizidversuch – der jedoch misslang. Ihre Situation verbesserte sich etwas, als sie das Elternhaus verließ, um Jura zu studieren. Dort fand sie Anschluss an eine nette Clique von Mitstudieren-

den, in der sie sich wohlfühlte. Dennoch litt sie unter Versagensängsten und Schuldgefühlen und fiel auch einmal durch eine Prüfung. Eine Psychotherapie brachte keine nachhaltige Verbesserung.

Schließlich schloss sie ihr Studium erfolgreich ab und arbeitete zunächst als Rechtsanwältin, bevor sie Beamte bei der Deutschen Bahn wurde. Immer wieder suchte sie in psychiatrischen Behandlungen und Psychotherapien nach Linderung ihrer Depressionen und Ängste. Doch die Erkrankung erwies sich als therapieresistent.

Dennoch konnte sie ihrem Beruf nachgehen und lernte ihren Ehemann kennen, ebenfalls Bahnbeamter. Die Ehe war glücklich, blieb aber aufgrund des großen Altersunterschieds kinderlos. Herr Günter war zehn Jahre älter als seine Frau und wollte keine Kinder mehr in die Welt setzen. Für Liselotte Günter war er „ihr Fels“, doch die Depressionen und Todeswünsche verschwanden nicht.

„Nur wegen meines Mannes habe ich keine Suizidversuche unternommen. Ich wollte ihm das nicht antun.“

sagte sie später. Beruflich wurde es zunehmend schwieriger: Nach Jahren des Mobbings durch Kollegen und Vorgesetzte sowie mehreren Klinikaufenthalten wurde sie schließlich in den Vorruhestand versetzt.

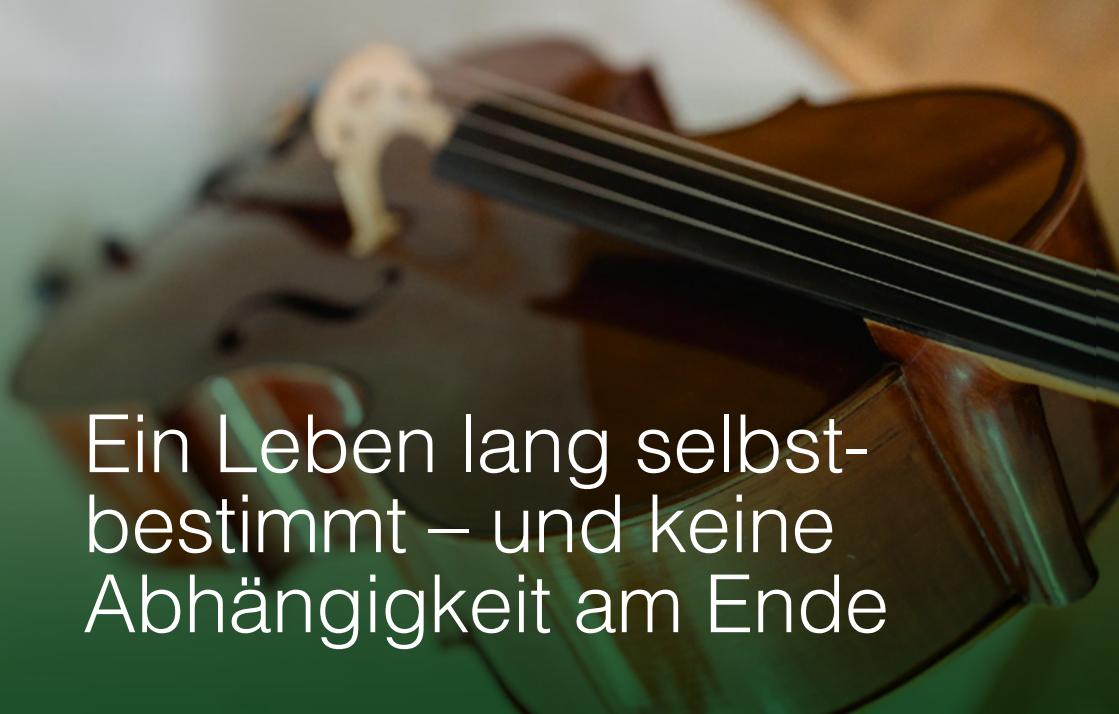
Als ihr Mann nach 34 Ehejahren im Jahr 2020 plötzlich an einem Herzinfarkt verstarb, verschlechterte sich ihre Krankheit massiv. Sie blieb kontinuierlich in psychiatrischer Behandlung, sowohl ambulant als auch stationär. Ihren behandelnden Psychiater bat sie bei jedem Besuch um Suizid-

assistenz. Als Juristin hatte sie das Urteil des Bundesverfassungsgerichts mit Freude aufgenommen und hoffte, auch für sich selbst Hilfe finden zu können. Ihr Psychiater blieb zugewandt, sodass die Beziehung zu ihm vertrauensvoll und stabil blieb, aber er machte ihr auch sehr deutlich klar, dass er diese Hilfe nicht leisten würde.

Zwei weitere stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik änderten nichts an der Suizidalität und den Depressionen.

Seit 1997 war Frau Günter Mitglied bei der DGHS. Sie hatte das lange und qualvolle Sterben ihrer Urgroßeltern vor Augen und wollte für sich durch eine Patientenverfügung vorsorgen. Nachdem sie zunächst noch über eine Reise in die Schweiz nachgedacht hatte, wandte sie sich Anfang 2022 an die DGHS. Bald wurde ihr klar, dass es in ihrem Fall keine schnelle Hilfe geben würde. Nach langen und gründlichen Vorbereitungen sowie einem weiteren Therapieversuch in einer Tagesklinik stellte sie schließlich bei der DGHS einen Antrag auf Vermittlung einer Freitodbegleitung und unterzog sich einer fachpsychiatrischen Begutachtung.

Das Gutachten bestätigte eindeutig ihre Urteils- und Entscheidungsfähigkeit sowie die Freiverantwortlichkeit ihrer Freitodentscheidung. Daraufhin vermittelte die DGHS ihren Fall an einen Juristen und einen Arzt. Als sie von der Vermittlung erfuhr, sagte sie: „Das mag jetzt komisch klingen, aber ich bin nicht nur sehr erleichtert, ich fühle mich richtig glücklich.“ Liselotte Günter wartete noch die Hochzeit eines Neffen ab, bevor sie friedlich aus dem Leben schied.



Ein Leben lang selbst-bestimmt – und keine Abhängigkeit am Ende

12

Wilma Schönberg, 96 Jahre, lebenssatt

Wilma Schönberg war Berufsmusikerin, und Streichinstrumente waren ihre Leidenschaft. 1927 wurde sie in eine Akademikerfamilie geboren. Nach dem Abitur studierte sie an einer Musikhochschule und schloss das Studium als Cellistin ab. Sie gab Konzerte und arbeitete als Musiklehrerin. In ihrem Antrag an die DGHS schrieb sie: „Ich habe mein ganzes Leben selbstständig und selbstbestimmt gelebt. Ich war auch berufstätig, als unsere zwei Kinder klein waren. In meiner Generation war das noch unüblich. Darauf bin ich bis heute sehr stolz.“

Weiter schrieb sie: „Meine Ehe war glücklich und gleichberechtigt. Mein geliebter Mann ist gestorben, als ich 54 Jahre alt war. (...) Von einem Tag auf den anderen musste ich mir ein neues Leben als Alleinstehende aufbauen. Selbstbestimmung macht mich aus – ich möchte sie am Lebensende nicht verlieren.“

Frau Schönberg schilderte eindrucksvoll ihre Lebensgeschichte. Bereits mit 60 Jahren fasste sie den Entschluss, dass sie den Freitod einem mühseligen oder quälenden, sich möglicherweise lange hinziehenden und nicht mehr mit ihrer Vorstellung von Lebensqualität übereinstimmenden Leben vorzieht.

„Jetzt bin ich 96 Jahre alt, und es ist genug. Ich will nicht mehr leben, bin lebenssatt und der Altersbeschwerden überdrüssig.“

Frau Schönberg lebte allein in ihrem Haus. Sie erzählte, wie sie Routinen ausgetüftelt hatte, um weitgehend allein zurechtkommen. Ihre Tochter besuchte sie zweimal wöchentlich für Einkäufe und Hilfe bei Arztbesuchen. Mehrmals im Jahr kam ihre andere Tochter aus Berlin. Sie wohnte dann etwa zwei Monate bei ihr – meistens, wenn die Schwester krank oder im Urlaub war. Frau Schönberg sagte: „Ich bin froh und dankbar, dass ich meine Töchter habe.“ Eine Tochter und ihr Schwiegersohn wohnen in einem großen Haus, etwa 50 Kilometer entfernt. Die erwachsenen Kinder sind längst ausgezogen. Sie haben Frau Schönberg angeboten, zu ihnen zu ziehen. Doch Frau Schönberg sah darin für sich selbst keinen Vorteil. Ihre altersbedingten Gebrechen würden sich dadurch nicht ändern. Außerdem würde sie auch dort früher oder später immer mehr in eine Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Abhängigkeit geraten – genau das wollte sie nicht erleben.

In ihrem Antrag an die DGHS schildert Frau Schönberg eindringlich die Herausforderungen ihres hohen Alters. Mehrmals war sie im vergangenen Jahr gestürzt. Einmal musste sie deswegen fünf Tage im Krankenhaus verbringen. Die Situation war für sie unerträglich. „Ich ertrage es nicht, von anderen Menschen gepflegt zu werden und überhaupt auf Hilfe angewiesen zu sein. In so eine Situation wollte ich nie kommen. Deshalb kommt für mich auch ein Pflegeheim auf keinen Fall infrage. Ich will selbstständig und nicht von anderen abhängig sein.“

„Es geht mir gar nicht darum, dass ich anderen nicht zur Last fallen will. Das Gegenteil ist der Fall: Mir ist fremde Hilfe lästig, ich kann und will das nicht ertragen.“

betont sie. Ein würdiges, selbstbestimmtes Leben bedeutet für Wilma Schönberg zwangsläufig die Unabhängigkeit von Pflege – erst recht durch fremde Personen. Sie ist weder bereit, ihr Haus zu verlassen, noch will sie, dass fremde Pflegekräfte zu ihr kommen. Weitere Stürze könnten sie in genau jene Abhängigkeitssituation bringen, die sie vermeiden möchte. All das wiegt für sie so schwer, dass sie die Entscheidung getroffen hat, ihr Leben zu beenden.

Es war Frau Schönberg wichtig, ihre Angehörigen in ihre Pläne einzubeziehen und sie mit ihrer Freitodentscheidung nicht zu überrumpeln. Nachdem sich alle mit ihrem Sterbewunsch auseinandergesetzt hatten und ihn mittragen konnten, wollte sie ihren Wunsch endlich umsetzen.

Wilma Schönberg war weder schwer krank noch psychisch belastet. Doch sie fühlte sich lebenssatt: körperlich zunehmend eingeschränkt, geistig noch klar, allerdings ohne realistische Perspektive auf Teilhabe oder Lebensqualität. Sie wollte den Freitod wählen, bevor ihr hohes Alter in Pflegebedürftigkeit münden würde.

In ausführlichen Gesprächen machte sie deutlich, dass ihr Wunsch, das Leben zu beenden, kein spontaner Impuls war – sondern Ausdruck eines erfüllten und nun abgeschlossenen Lebens.

Große Mehrheiten der Bevölkerung sind für die Freiheit zur Suizidassistenz

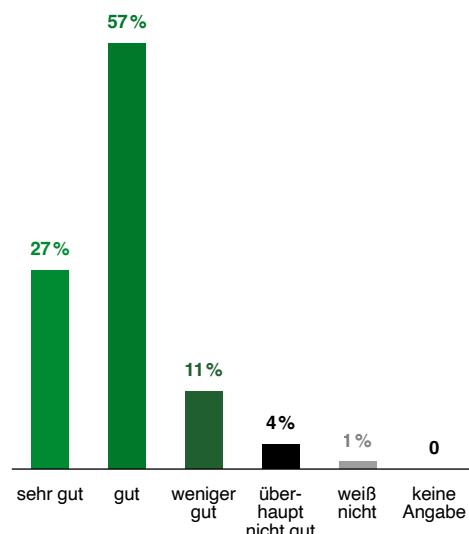
Der Weg dieser vier Menschen verdeutlicht, was sich die meisten Bürgerinnen und Bürger wünschen. Laut einer repräsentativen Befragung des Meinungs-forschungsinstituts Forsa (Oktober 2024, 1200 Bundesbürgerinnen und -bürger) stimmen breite Mehrheiten der Bevölkerung für die derzeitige freiheitliche Regelung der Suizidhilfe:

Über 80 Prozent der Befragten halten es für gut oder sehr gut, dass freiverantwortlich handelnden Menschen in Deutschland ein assistierter Suizid erlaubt ist. Die Überschreitung von 80 Prozent findet sich dabei in Ost wie West, bei Männern wie Frauen. Bemerkenswert ist, dass auch bei den Katholiken und Protestanten mehr als 80 Prozent diese Auffassung teilen. Dies zeigt, dass ein gelebtes Christentum keineswegs zu einer Ablehnung der Suizidassistenz führen muss.

Über 80 Prozent der Befragten – quer durch alle Altersgruppen – sprechen sich dafür aus, dass krankheitsbedingt bewegungsunfähigen Menschen bei eindeutig freiverantwortlich geäußertem Willen ein todbringendes Medikament verabreicht werden sollte. Und immerhin noch über 70 Prozent der Befragten befürworten dies auch bei Personen, die krankheitsbedingt nicht mehr entscheidungsfähig sind, diesen Weg aber vorher freiverantwortlich verbindlich in schriftlicher Form festgelegt haben.

84 Prozent der Deutschen finden es richtig, dass Suizidassistenz erlaubt ist.

Frage 3: Tatsächlich ist es in Deutschland grundsätzlich erlaubt, einer Person, die freiverantwortlich beschlossen hat zu sterben, Hilfe beim Suizid zu leisten, indem man das Medikament bereitstellt. Wie finden Sie das?



Rückblick und Ausgangspunkt

Über 140 Jahre – seit dem Inkrafttreten des Reichstrafgesetzbuchs am 1. Januar 1872 – waren weder der Suizid noch die Hilfe beim Suizid verboten. Das Strafgesetzbuch kannte keine Straftat „Hilfe beim Suizid“. Der Gedanke beruht auf der folgenden Rechtsdogmatik: Wenn der Suizid nicht strafbar ist, kann auch die Hilfe dazu nicht strafbar sein. Erst in jüngster Zeit – im Jahr 2015 – beschloss der Deutsche Bundestag das Verbot der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“. Der Begriff ‚geschäftsmäßig‘ wurde in diesem Zusammenhang oft mit ‚kommerziell‘ oder ‚gewerbsmäßig‘ missverstanden. Er bezeichnet jedoch vielmehr jede Tätigkeit, die auf Wiederholung angelegt ist oder tatsächlich wiederholt

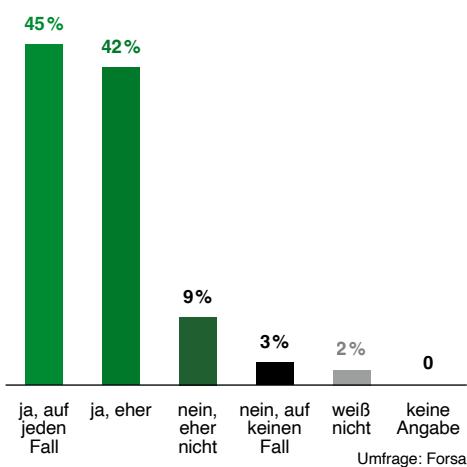
ausgeübt wird – unabhängig davon, ob dabei ein Entgelt verlangt wird. Damit war in Deutschland eine Suizidhilfe durch Ärztinnen und Ärzte verboten worden, da ihr berufliches Handeln naturgemäß auf Wiederholung angelegt ist.

Das Recht aller Menschen, ihr Leben selbst zu beenden

Dieses Verbot erklärte das Bundesverfassungsgericht am 26. Februar 2020 für verfassungswidrig und bestätigte das Grundrecht jedes Menschen, sich für ein selbstbestimmtes Lebensende zu entscheiden und dabei die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Dieses Recht besteht unabhängig vom Alter oder einer Krankheit. Für die Inanspruchnahme dieses Rechts hat das Gericht eine klare Grenze gesetzt: Die sterbewillige Person muss die Entscheidung freiverantwortlich getroffen haben. Die Kriterien für Freiverantwortlichkeit hat das Gericht in seinem Urteil definiert. Damit wurde ein klarer Rechtsrahmen gesetzt.

87 Prozent befürworten sogar aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen).

Frage 4: Es gibt Menschen, die durch eine Krankheit oder einen Unfall ihre Bewegungsfähigkeit verloren haben. Wenn diese Menschen sterben möchten, sind sie daher nicht mehr in der Lage, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen. Sollte es in diesem Fall erlaubt sein, dass ein Arzt oder eine Ärztin ein todbringendes Medikament nicht nur zur Verfügung stellt, sondern auch verabreicht, vorausgesetzt, die sterbewillige Person wünscht das ausdrücklich?



Das mag ein Grund dafür sein, warum manche Kreise mit dem Urteil immer noch hadern.

„Die Entscheidung des Einzelnen, dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, entzieht sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit. Sie bedarf keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung, sondern ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.“

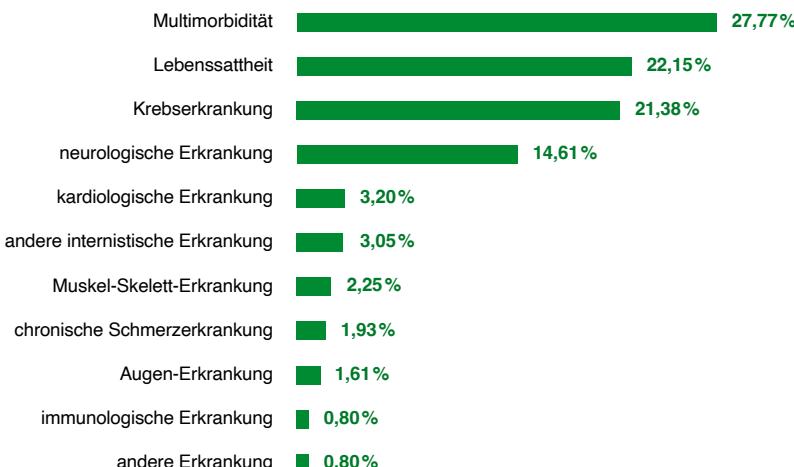
Pressemitteilung Nr. 12/2020 des BVerfG

Dieses Urteil hindert niemanden daran, seinen individuellen Wertvorstellungen zu folgen, den natürlichen Verlauf der Krankheit anzunehmen und zur Symptomlinderung Palliativmedizin in Anspruch zu nehmen. Umgekehrt ermöglicht es aber auch denjenigen, die das „Recht auf Letzte Hilfe“ in Anspruch nehmen wollen, die Zeit des Leidens abzukürzen und selbstbestimmt zu sterben.

Das Recht der Ärzte und Freitodhelper

Durch das „Karlsruher Urteil“ wurden nicht nur die Rechte der Bürgerinnen und Bürger wiederhergestellt, sondern auch die Rechte der Ärztinnen und Ärzte. Alle haben das Recht, Suizidhilfe zu leisten. Aber niemand kann dazu verpflichtet werden. Ärzt:innen und Freitodhelper:innen können ein Hilfeersuchen auch ablehnen. Dies geschieht in der Regel aus Gewissensgründen oder wenn es Zweifel an der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung gibt, die nicht ausgeräumt werden können.

Hauptmotive für die Inanspruchnahme von Sterbehilfe



Der Weg der DGHS – ein sicheres und bewährtes Verfahren

Wie sieht die Realität der Suizidassistenz heute aus? Statt abstrakter Debatten lohnt ein Blick auf die Praxis – denn sie ist gerechter, sicherer und kontrollierter, als vielfach angenommen wird. Seit dem Verfassungsgerichtsurteil hat sich ein Verfahren etabliert, das hohe Sicherheitsstandards erfüllt.

In Verfahren der DGHS können Mitglieder nach mindestens sechs Monaten Mitgliedschaft die Vermittlung einer Freitodbegleitung beantragen. Fristverkürzungen sind bei schweren somatischen Erkrankungen möglich, bei denen häufig nur noch eine begrenzte Lebenserwartung besteht oder bei einer stark ausgeprägten Schmerzsymptomatik, die trotz Medikation nicht zu lindern ist. Die Antragstellenden legen ihrem formlosen Schreiben medizinische Unterlagen bei und schildern ihre persönliche Situation und ihre Beweggründe, warum sie den Wunsch nach Suizidassistenz haben.

In vielen Fällen stehen schwere Erkrankungen im Vordergrund. Aber es gibt auch zahlreiche Fälle mit dem Motiv Lebenssattheit: meist Menschen höheren Alters, die ihr Leben als erfüllt empfinden, keine Perspektive auf Lebensqualität mehr sehen, ohne dass dabei eine psychische Erkrankung vorläge.

Die nachfolgend erläuterten Sicherheitskriterien stehen im Zentrum des DGHS-Verfahrens und orientieren sich an den Vorgaben des BVerfG. Sie zeigen, dass die geforderten Schutzmechanismen bereits seit Jahren zuverlässig und ohne strukturelle Konflikte in die Praxis umgesetzt werden können:

I. Urteils- und Entscheidungsfähigkeit

Damit ein Mensch eine selbstbestimmte Entscheidung über sein Lebensende treffen kann, braucht es bestimmte geistige Voraussetzungen. Dazu gehört zunächst, dass er seine aktuelle Lebenssituation klar und realistisch einschätzen kann. Ebenso wichtig ist, dass er verschiedene Möglichkeiten – etwa medizinische, pflegerische oder persönliche Wege – im Licht seiner eigenen Werte und Vorstellungen abwägen kann.

Weiterhin muss er in der Lage sein, aus diesen Überlegungen eine Entscheidung zu treffen, die für ihn stimmig ist. Und schließlich sollte er diese Entscheidung auch klar aussprechen und gegenüber anderen vertreten können. Personen, die in der Lage sind, diese kognitiven Fähigkeiten auf ihre konkrete Situation anzuwenden, sind in aller Regel urteils- und entscheidungsfähig.

Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen muss sichergestellt werden, dass die Freiverantwortlichkeit nicht durch die psychische Erkrankung beeinträchtigt ist. Dies lässt sich am besten an einem Beispiel verdeutlichen.

Ein Praxisbeispiel: Eine 62-jährige Frau leidet seit vielen Jahren an einer schweren Depression. Trotz zahlreicher Therapien, Klinikaufenthalte und Medikamente bessert sich ihr Zustand nicht dauerhaft. Immer wieder spricht sie den Wunsch aus, ihrem Leben ein Ende zu setzen.

Um festzustellen, ob eine Suizidassistenz zulässig ist, muss man folgende Fragen stellen: Kann die Frau ihre Situation realistisch einschätzen? Ist ihr bewusst, dass es Behandlungsmöglichkeiten gibt – und hat sie diese bereits ernsthaft in Anspruch genommen? Kann sie ihre Gründe verständlich darlegen und bleiben diese Gründe auch über einen längeren Zeitraum stabil? Gibt es Anzeichen, dass ihre aktuelle Erkrankung ihre Fähigkeit zur freien Entscheidung massiv einschränkt – etwa durch eine depressive Verengung, die den Blick auf Alternativen verschließt? Wenn nach einer fachärztlichen psychiatrischen Begutachtung feststeht, dass die Frau trotz der Depression ihre Situation klar erkennt, Alternativen erwogen hat, eine bewusste Entscheidung trifft und diese auch konsistent vertreten kann, wäre ihr Entschluss als freiverantwortlich anzusehen. In diesem Fall dürfte ihr Urteils- und Entscheidungsfähigkeit nicht abgesprochen werden – auch wenn eine psychische Erkrankung vorliegt.

Aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ergibt sich: Nicht die Diagnose an sich entscheidet, sondern die konkrete Fähigkeit zur freien Willensbildung im Einzelfall.

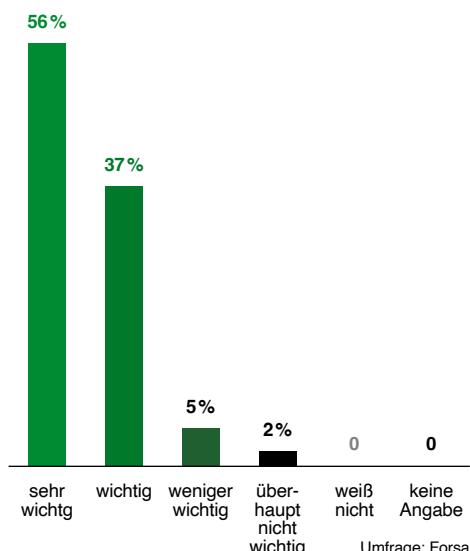
II. Wohlerwogenheit

Der Wunsch, das eigene Leben mit Hilfe Dritter zu beenden, ist eine tiefgreifende Entscheidung. Damit sie verantwortungsvoll getroffen werden kann, muss sich die betroffene Person zuvor ernsthaft mit möglichen Alternativen auseinandergesetzt haben. Das bedeutet: Menschen in dieser Lage sollten umfassend darüber informiert sein, welche Wege es in ihrer konkreten Lebenssituation gibt – sei es medizinisch, psychologisch oder sozial. Sie müssen verstehen, wie diese Optionen aussehen, wie sie sich voraussichtlich entwickeln und welche Folgen sie mit sich bringen könnten.

Was als realistische Alternative gilt, hängt stark von der individuellen Situation ab. Bei schwer körperlich erkrankten Menschen können palliativmedizinische oder hospizliche Angebote hilfreich sein. Bei psychischen Erkrankungen stehen therapeutische und psychiatrische Unterstützungsangebote im Vordergrund. Am Ende ist es das gute Recht der Betroffenen, sich gegen diese Alternativen zu entscheiden – aber nur dann, wenn sie zuvor gut informiert wurden und die Entscheidung auf einer fundierten Grundlage beruht.

Leicht zugängliche Informationen zum Thema Suizidassistenz halten 93 Prozent der Deutschen für wichtig oder sehr wichtig.

Frage 9: Wie wichtig finden Sie es, dass in Deutschland leicht zugängliche Informationen zum Thema Sterbehilfe zur Verfügung stehen, als z. B. von staatlichen Stellen oder gesundheitlichen Einrichtungen und Organisationen?



III. Konstanz

Ein Wunsch nach assistiertem Suizid darf keine spontane Entscheidung sein, sondern muss Ausdruck eines über längere Zeit gereiften Entschlusses sein. Häufig begleiten solche Gedanken die betroffene Person über Monate oder sogar Jahre hinweg. Wichtig ist, genau hinzuschauen: Wie lange trägt der Mensch diesen Wunsch nach Suizidassistenz schon in sich – und zwar nicht nur als vager Wunsch, tot zu sein, sondern in der klaren Form, wirklich Unterstützung beim Suizid in Anspruch nehmen zu wollen?

Die Mindestmitgliedschaft von sechs Monaten bei der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) – außer in akuten Ausnahmefällen – schafft hier eine zusätzliche Absicherung und dokumentiert die Ernsthaftigkeit des Wunsches.

Neben der Dauer ist auch die innere Stabilität des Sterbewunsches entscheidend. Das bedeutet: Die betroffene Person hat sich über einen längeren Zeitraum intensiv mit ihrer Entscheidung auseinandergesetzt und ist zu einem klaren, stabilen Entschluss gekommen. Es bestehen keine relevanten inneren Zweifel oder psychologischen Schwankungen mehr hinsichtlich der Absicht, diesen Weg zu gehen.

IV. Autonomie

Grundvoraussetzung jeder Suizidassistenz ist, dass der Wunsch zu sterben wirklich aus freiem Willen entsteht. Die Entscheidung, das eigene Leben mithilfe eines Arztes zu beenden, muss eindeutig und zweifelsfrei die persönliche Entscheidung der betroffenen Person sein. Sie darf nicht durch Druck, Zwang oder subtile Einflussnahme von außen zustande kommen. Gespräche mit Angehörigen, Freundinnen oder Freunden können und sollen selbstverständlich stattfinden – doch der Entschluss selbst muss allein bei der sterbewilligen Person liegen.

Auch wenn zwei Menschen gemeinsam diesen Weg gehen wollen (Doppelbegleitung), gilt: Jede Entscheidung muss einzeln getroffen und klar dokumentiert werden. Niemand darf – weder von Partnerinnen und Partnern noch von Angehörigen – zu einem assistierten Suizid gedrängt werden.

V. Tatherrschaft

Beim assistierten Suizid stellt ein Arzt oder eine Ärztin ein Medikament bereit, mit dem die sterbewillige Person ihren Tod selbst herbeiführen kann. Entscheidend ist: Der letzte Schritt, das Ingangsetzen einer Infusion, muss immer von der Person selbst vorgenommen werden. Damit bleibt die letzte Handlung in ihrer Verantwortung. So ist der assistierte Suizid eindeutig von der strafbaren Tötung auf Verlangen („aktiver Sterbehilfe“) abzugrenzen.

Kein rechtsfreier Raum

Die Realität zeigt: Bereits kurz nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat sich ein verlässliches Verfahren etabliert, das die Suizidassistenz klar strukturiert – mit hoher Akzeptanz und juristischer Rückendeckung. Die häufig geäußerte Kritik, es entstehe eine „Grauzone“ oder gar ein rechtsfreier Raum, hält einer genaueren Betrachtung nicht stand: Weder gibt es einen Kontrollverlust noch eine unregulierte Praxis ohne Verantwortung.

Tatsächlich greifen heute gut erprobte Abläufe, die auf Freiwilligkeit, Transparenz und Schutz vor Missbrauch ausgelegt sind. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben schaffen dabei einen klaren Rahmen: Sie verlangen eine wirklich freie Entscheidung, schließen jede Form von Druck aus und sichern durch

sorgfältige Prüfungen ab, dass individuelle Motive ernsthaft und tragfähig sind. Hinzu kommt: Jede Suizidassistenz wird nach dem Tod im Rahmen eines Todesermittlungsverfahrens durch Polizei und Staatsanwaltschaft überprüft – ein zusätzlicher Schutzmechanismus, der bereits jetzt greift.

Vor diesem Hintergrund muss die Frage erlaubt sein, welchen konkreten Mehrwert eine gesetzliche Neuregelung mit zusätzlichen Hürden für Menschen, die ein Grundrecht ausüben wollen, noch bringen würde. Die in Deutschland praktizierten Verfahren sorgen bereits für die notwendige Sorgfalt und Absicherung. Zusätzliche gesetzliche Hürden würden das verfassungsrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht nicht stärken, sondern wieder beschneiden.

20

Beratungs- und Informationsangebote statt Beratungspflicht

Fast alle Befragten der Forsa-Umfrage – nämlich über 90 % – halten es für wichtig oder sehr wichtig, zum Thema Suizidhilfe bzw. Suizidassistenz leicht zugängliche und verlässliche Informationen erhalten zu können. Zugleich fühlen sich jedoch nur 45 Prozent der Bürgerinnen und Bürger zu diesem Thema gut oder sehr gut informiert. Diesem Informationsauftrag gerecht zu werden, sollten daher staatliche Institutionen als Verpflichtung begreifen.

Der Charakter einer guten Information und auch einer Beratung besteht allerdings darin, dass diese einen Angebotscharakter haben und bei Bedarf in Anspruch genommen werden können, aber nicht müssen.

Eine solche Pflicht widerspricht somit dem grundlegenden Prinzip, dass Beratungen ein freiwilliges Angebot sein sollen. Beratung sollte grundsätzlich keine Zwangsmaßnahme sein – es sei denn, sie wird aufgrund eines rechtlichen Beschlusses angeordnet, etwa wenn sich jemand etwas hat zuschulden kommen lassen. Andernfalls zwingt sie Menschen, sich für eine Entscheidung zu rechtfertigen, die ihnen verfassungsrechtlich zusteht, und vermittelt damit ein Gefühl des Misstrauens gegenüber ihrer Autonomie. Statt Vertrauen in die Entscheidungs-

fähigkeit zu signalisieren, wird der Eindruck erweckt, dass der Staat Zweifel an der Selbstbestimmtheit seiner Bürger:innen hegt. Ein Zwang, sich beraten zu lassen, wirkt entmündigend und demütigend. Es wird gerade von älteren Menschen auch als Altersdiskriminierung empfunden, wenn sie gezwungen werden, sich beraten zu lassen.

Besonders problematisch ist die damit verbundene Beweislastumkehr: Während in anderen Lebensbereichen die Freiverantwortlichkeit erwachsener Menschen vorausgesetzt wird und nur bei konkreten Zweifeln eine Prüfung erfolgt, müsste im Fall einer Beratungspflicht die sterbewillige Person ihre Entscheidungsfähigkeit aktiv unter Beweis stellen. Dies stellt eine sachlich unbegründete Sonderbehandlung dar und widerspricht dem verfassungsrechtlichen Verständnis von individueller Autonomie.

Zudem offenbart die Beratungspflicht ein paternalistisches Menschenbild, das dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts entgegensteht. Es wirkt widersprüchlich, wenn die Eigenverantwortung des Individuums in rechtlichen, politischen und sozialen Zusammenhängen betont wird, aber gerade bei der Entscheidung über das eigene Lebensende plötzlich Bedenken hinsichtlich der Selbstbestimmung aufkommen. Schließlich bedeutet eine verpflichtende Beratung auch eine zusätzliche bürokratische Hürde in einer höchst persönlichen und privaten Angelegenheit. Der Staat sollte sich in solchen Fragen zurückhalten und die Freiheit seiner Bürger:innen respektieren, statt sie durch formale Auflagen einzuschränken.

Die DGHS befürwortet einen anderen Weg, um eine informierte und wohlbedachte Entscheidung sicherzustellen. Sie legt die Pflicht zur Information und Aufklärung den Freitodhelfern auf. Statt einer Beratungspflicht für Sterbewillige wird die Freiverantwortlichkeit von Entscheidungen am Lebensende durch ein Modell gesichert, das sich an den ärztlichen Aufklärungspflichten nach § 630e BGB orientiert. Dort ist geregelt, dass Patient:innen vor einer medizinischen Maßnahme umfassend über deren Bedeutung, Risiken und Alternativen informiert werden müssen, um eine aufgeklärte Entscheidung treffen zu können. Statt den Sterbewilligen eine Beratungspflicht aufzuerlegen, sind Freitodhelfende, insbesondere suizidassistenzleistende Ärzt:innen, zu Aufklärung und Information verpflichtet. So wird sichergestellt, dass die Alternativen bekannt sind und erwogen wurden.

Fazit

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 hat ein zentrales Grundrecht gestärkt: Die Freiheit, das eigene Leben selbstbestimmt zu beenden – und sich dafür Unterstützung zu holen. Diese Entscheidung stellt klar: Der Staat hat nicht das Recht, diese Freiheit zu beschneiden, sondern die Pflicht, sie zu schützen.

Eine gesetzliche Neuregelung, wie sie bisher vorgeschlagen wurde und wieder zu erwarten ist, läuft Gefahr, genau dieses Prinzip zu unterlaufen. Sie setzt nicht auf Vertrauen, sondern auf Kontrolle. Sie geht grundsätzlich davon aus, dass Menschen in ihrer schwersten Lebensphase nicht wissen, was sie tun – obwohl zumeist das Gegenteil richtig ist. Die Beispiele zeigen: Wer um Suizidassistenz bittet, hat in aller Regel lange, schmerzhafte Überlegungen hinter sich. Er oder sie wählt diesen Weg nicht leichtfertig, sondern aus tiefster Überzeugung.

Wer sich persönlich gegen den assistierten Suizid ausspricht, ohne anderen Menschen Beschränkungen aufzuerlegen, schadet niemandem. Wer aber darauf hinarbeitet, anderen Menschen diesen Weg unnötig zu erschweren – etwa durch eine erzwungene Beratung oder andere Hürden – schadet all denen, die eine andere Haltung vertreten. Die bestehenden Verfahren, etwa das der DGHS, zeigen: Es braucht keine zusätzlichen gesetzlichen Hürden. Es braucht Empathie, Verlässlichkeit – und das Vertrauen in die Urteilstkraft mündiger Bürgerinnen und Bürger.

Die unterschiedlichen Geschichten sind eindringliche Beispiele für die Bedeutung von Selbstbestimmung am Lebensende.

Dr. Sabine Schusters Geschichte zeigt, wie wichtig es ist, Menschen mit einer klaren Diagnose, hoher Urteilsfähigkeit und einem stabilen sozialen Umfeld einen Zugang zur Suizidassistenz zu ermöglichen. Ihre Entscheidung war Ausdruck eines medizinisch informierten, ethisch durchdachten und liebevoll begleiteten Abschieds. Als Ärztin wusste sie um die Grenzen der Therapie. Als Tochter erinnerte sie sich an das Leiden ihrer Mutter. Als Mutter wollte sie ihre eigenen Kinder schützen. Ihre Geschichte vereint medizinische Kompetenz, persönliche Verantwortung und familiäre Fürsorge – und macht deutlich, wie komplex und individuell der Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende sein kann. Sabine Schusters Geschichte ist ein Appell an die Politik, die Würde des Menschen auch am Lebensende zu achten und die Selbstbestimmung nicht zu behindern.

Ralf Baumanns Geschichte verdeutlicht, wie wichtig es ist, Menschen mit schweren, fortschreitenden Erkrankungen einen Zugang zur Suizidassistenz zu ermöglichen. Seine Entscheidung war keine Verzweiflungstat, sondern Ausdruck eines informierten, reflektierten und liebevoll begleiteten Abschieds. Sein Wunsch nach Selbstbestimmung war lange vor der Erkrankung formuliert und wurde im Verlauf der Krankheit konsequent verfolgt.

Die Geschichte von Liselotte Günter zeigt, wie der derzeitige Rechtsrahmen auch in diesem Fall einer psychischen Krankheit ausreichend Sicherheit bietet. Ihre lebenslange, therapieresistente psychische Erkrankung, ihre reflektierte Entscheidung und die fachärztlich bestätigte Freiverantwortlichkeit belegen, dass auch psychisch erkrankte Menschen urteilsfähig sein können – und ein Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende verdienen.

Wilma Schönbergs Haltung ist klar: Ein würdiges Leben bedeutet für sie Unabhängigkeit – insbesondere von fremder Pflege. Sie lehnt es ab, ihr Zuhause zu verlassen oder sich in eine pflegebedürftige Abhängigkeit zu begeben. Die Vorstellung, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, widerspricht ihrem Lebenskonzept zutiefst.

Die Geschichten zeigen auch, dass es bereits jetzt in Deutschland nicht einfach ist, Zugang zu einer Suizidassistentz zu erhalten. Ein Appell an Politik und Gesellschaft, das Recht auf ein würdiges Lebensende nicht durch gesetzliche Regelungen mit weiteren Hürden zu erschweren.

Der aktuelle Rechtsrahmen sichert, was zählt: Freiheit, Würde und Schutz. Dadurch ist Klarheit geschaffen, sie gibt Sicherheit und Vertrauen. Freiheit am Lebensende braucht Verlässlichkeit – genau das bietet der Status quo.



Mein Weg. Mein Wille.



**Über unser Ende entscheiden wir.
Würde – Respekt – Vertrauen**

www.dghs.de