

Bachelor-Thesis zum Thema

Sterbehilfe als Menschenrecht?

—

Eine rechtswissenschaftliche Untersuchung

Erstprüferin:

Prof. Dr. Daniela Haarhuis

Zweitprüfer:

Prof. Dr. Thomas Münch

Vorgelegt von:

Elena Balmes

Matrikelnummer: 659468

Stefanie Kempner

Matrikelnummer: 650972

Soziale Arbeit/Sozialpädagogik

Sommersemester 2017

Düsseldorf, 08.06.2017

Inhaltsverzeichnis

1) Einleitung	S. 1-5
2) Historischer Rückblick	S. 5-6
3) Debatte in Deutschland	S. 6-8
4) Grundsätze der Bundesärztekammer und die Musterberufsordnung der Ärzte	S. 8-9
5) Passive Sterbehilfe	S. 9-11
5.1) Fall Putz	S. 11-13
6) Indirekte Sterbehilfe	S. 13-15
7) Aktive Sterbehilfe	S. 15-17
7.1) Pro-Argumente zum Verbot der aktiven Sterbehilfe	S. 17-19
7.2) Contra-Argumente zum Verbot der aktiven Sterbehilfe	S. 19-22
8) Internationaler Vergleich	
8.1) Niederlande	S. 22-26
8.2) Schweiz	S. 26-30
8.3) Oregon	S. 30-33
9) Assistierter Suizid und das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung	S. 33-35
9.1) Kritik am neuen Gesetz	S. 35-37
9.2) Realität in Deutschland	S. 37-41
9.3) Fazit	S. 41-43
10) Gesetzesentwurf für einen ärztlich assistierten Suizid	S. 43-49
11) Selbstbestimmung	S. 49-52
11.1) Selbstbestimmung im Grundgesetz (Art. 1, 2 und 4 GG)	S. 52-55
11.2) Aufgabe des Staates	S. 55-56
11.3) Schranken des Selbstbestimmungsrechts	S. 56-57
12) Die Menschenwürde (GG und AEMR, EMRK)	S. 57-63
12.1) Art. 8 EMRK i.V.m. der Menschenwürde	S. 63-65
12.2) Der Fall Pretty gegen das Vereinte Königreich	S. 65-67
12.3) Der Fall Haas gegen die Schweiz	S. 67-69
12.4) Der Fall Koch gegen Deutschland	S. 69-71
12.5) Positionierung des EGMR in den genannten Fällen	S. 71-73
12.6) Ausblick	S. 73-76

13) Das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit	S. 76-78
14) Diskurs: Kritik am Gesundheitssystem	S. 79-81
15) Fazit	S. 81-91
Literaturverzeichnis	
Eidesstattliche Erklärungen	

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

1) Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit behandelt das Thema Sterbehilfe im Kontext der Menschenrechte. Es wird der Fragestellung nachgegangen, ob der Anspruch auf einen selbstbestimmten und menschenwürdigen Suizid aus den Menschenrechten abgeleitet werden kann.

Zunächst soll kurz auf die Relevanz der Thematik der Sterbehilfe eingegangen werden. Die Debatte um die Kontrolle über das eigene Lebensende ist oft von Moral- und Wertvorstellungen sowie Glaubensfragen geprägt und betrifft zwangsläufig jedermann. Es handelt sich um ein emotional behaftetes Thema, das sich seit vielen Jahren in gesellschaftlichen und politischen Diskussionen wiederfindet. Ein Konsens über Fragen am Lebensende wird selten gefunden. Da der technische Fortschritt in der Medizin zu modernen Maßnahmen der Lebensverlängerung und in einem neuen Ausmaß zu Möglichkeiten der Verminderung von altersbedingten Leiden geführt hat, quält heutzutage viele Menschen die Angst, in der letzten Lebensphase einer Apparatedizin ausgeliefert und der Lebenserhaltung um jeden Preis verpflichtet zu sein. Befürworter der Sterbehilfe argumentieren damit, die Selbstbestimmung am Lebensende bewahren und schützen zu wollen. Des Weiteren gilt zu überlegen, unter welchen ethischen Voraussetzungen die Sterbehilfe sowohl von der Gesellschaft als auch von der Politik legitimiert werden kann. Dabei ist die Autonomie am Lebensende für die meisten Menschen viel wichtiger als die Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes¹. Darüber hinaus sind diejenigen, die den Suizid für sich als Option sehen, in vielen Fällen durch moralische Verpflichtungen an die Familie oder Angehörige gebunden. Daher kommt die Frage auf, ob Sterbehilfe jemals gerechtfertigt sein kann. Es besteht ein Abwägungsproblem: Wann überwiegen die Bedürfnisse derjenigen, die sterben möchten so sehr, dass die Verpflichtungen Anderen gegenüber weniger schwer wiegen? Sterbewillige müssen gezwungenermaßen rechtfertigen, dass das eigene Leben nicht mehr lebenswert sei². Wichtig für eine konstruktive Diskussion ist deswegen die Trennung von emotionalen, ideologischen, religiösen und sachlichen Argumenten. Diese Bachelorarbeit greift Argumente von Befürwortern und Gegnern der Sterbehilfe auf und konzentriert sich insbesondere auf die Verwirklichung von Sterbehilfe in rechtlicher Hinsicht. Im Folgenden wird der Aufbau der vorliegenden Arbeit vorgestellt.

Nach der Einleitung folgt im zweiten Kapitel ein kurzer historischer Rückblick auf den Wandel der Bewertung von Suizidhandlungen, da sich der Umgang mit Suizidhandlungen

¹ vgl. Borasio 2014, S. 11.

² vgl. Thiele 2010, S. 14f.

von Bevormundungen und Bestrafungen in der Vergangenheit hin zur Anerkennung des Rechts auf Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben entwickelt hat.

Das dritte Kapitel thematisiert die Debatte um die Legalisierung der Sterbehilfe in Deutschland. Als Einstieg in die Thematik werden in diesem Kapitel die Argumente von Befürwortern und Gegnern einer Liberalisierung der Sterbehilfe in Grundzügen aufgeführt.

Um zu verdeutlichen, dass die Suizidbeihilfe bislang nicht als eine ärztliche Aufgabe angesehen wird und die Patientenautonomie einen hohen Stellenwert innehat, werden im vierten Kapitel die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und die Musterberufsordnung der Ärzte anhand eines entsprechenden Paragraphen über den Beistand für sterbende Menschen erläutert.

In den nächsten Kapiteln folgt die Differenzierung der verschiedenen Sterbehilfeformen. Zunächst werden im fünften Kapitel die passive Sterbehilfe und ihr rechtlicher Rahmen vorgestellt. Die Legitimierung der passiven Sterbehilfe wird durch Urteile des Bundesgerichtshofes belegt. Zur Verdeutlichung folgt im Unterkapitel 5.1 der Fall Putz, über den der Bundesgerichtshof im Jahr 2010 zu entscheiden hatte.

Im sechsten Kapitel wird sodann die indirekte Sterbehilfe, die ebenfalls eine rechtmäßige Form der Sterbehilfe in Deutschland darstellt, erläutert und anhand von Beispielen konkretisiert. Es erfolgt eine rechtliche Einordnung sowie eine Darstellung der Argumentation des Bundesgerichtshofes.

Demgegenüber wird im siebten Kapitel der Begriff der aktiven Sterbehilfe definiert, die auch als Tötung auf Verlangen bezeichnet wird. Da diese Form der Sterbehilfe in Deutschland unzulässig ist, wird die strafrechtliche Bewertung der Tötung auf Verlangen durch den Gesetzgeber dargestellt. Es wird insbesondere verdeutlicht, dass die Einwilligung zur gezielten Herbeiführung des Todes die Strafbarkeit der Handlung nicht entfallen lässt, da der Fokus auf der Tatherrschaft liegt und die Tötung auf Verlangen bislang nicht legitimiert wird. Darauf folgt in den Unterkapiteln 7.1 und 7.2 eine Abwägung der Pro- und Contra-Argumente zu diesem Verbot.

Das achte Kapitel nimmt einen internationalen Vergleich zwischen der rechtlichen Situation in den Niederlanden, der Schweiz und Oregon vor. In Kapitel 8.1 wird die Sterbehilfepraxis in den Niederlanden erläutert, da dort sowohl die aktive Sterbehilfe, als auch die Beihilfe zum Suizid seit vielen Jahren praktiziert werden. Es werden rechtliche Rahmenbedingungen und Ergebnisse aus verschiedenen Erhebungen über die dortige Sterbehilfe-

praxis angebracht. Danach werden ebenfalls die gesetzlichen Bestimmungen und Forschungsergebnisse zur Sterbehilfepraxis in der Schweiz erläutert. Außerdem wird erklärt, welchen Anteil die Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz in der Verwirklichung des selbstbestimmten Sterbens sowohl für schweizerische, als auch für ausländische Staatsbürger haben. Ähnlich wie in den vorausgegangenen Unterkapiteln wird auf die Sterbehilfepraxis eingegangen und ein Vergleich über die Häufigkeit der Sterbehilfe in Oregon, den Niederlanden, Belgien und der Schweiz angestellt.

Im neunten Kapitel werden der ärztlich assistierte Suizid und die rechtlichen Besonderheiten über die Tatherrschaft und die Garantenpflicht beschrieben. Da die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe in Deutschland durch ein neues Gesetz im Jahr 2015 beschlossen wurde, wird dieses Gesetz detailliert erläutert und im Unterkapitel 9.1 kritisiert. Danach wird anhand von Befragungen zur Realität in Deutschland dargestellt, wie hoch der Zuspruch der deutschen Bevölkerung zur Sterbehilfe generell und zum berufsrechtlichen Verbot der Beihilfe zum Suizid für Ärzte ist. Daraufhin wird im Fazit geschlussfolgert, ob das gesetzliche Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe dem gesellschaftlichen Konsens entspricht und ob es der Selbstbestimmung im Sterben dient.

Im zehnten Kapitel wird ein alternativer Gesetzesentwurf für einen ärztlich assistierten Suizid in Deutschland vorgestellt. Dieser Vorschlag wird detailliert erläutert und es wird veranschaulicht, wie die bisherigen Rechtsunsicherheiten für Ärzte, Angehörige und Betroffene³ behoben werden können. Im Gegensatz zum neuen Gesetz des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung bezweckt der Gesetzesentwurf die Enttabuisierung der Sterbehilfe in Deutschland und eine transparente, professionelle Praxis.

Nachdem die Rechtslage und die Möglichkeiten der Sterbehilfe sowohl in Deutschland, als auch im internationalen Vergleich erklärt werden, folgt im elften Kapitel die Verknüpfung der Sterbehilfe mit dem Selbstbestimmungsrecht. Es wird ein Zusammenhang hergestellt zwischen der Achtung der Patientenautonomie, der Handlungsfreiheit und der Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben. Im Unterkapitel 11.1 erfolgt die Einordnung des Selbstbestimmungsrechts im deutschen Grundgesetz. Hierzu wird auf die Menschenwürde, die freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Recht auf Leben, die körperliche Unversehrtheit und auch auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit eingegangen. Aus diesen Grundrechten wird im Unterkapitel 11.2 die Aufgabe des Staates bezogen auf die Verwirk-

³ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text stets die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich alle Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

lichung der Selbstbestimmung am Lebensende abgeleitet. Außerdem werden die Schranken des Selbstbestimmungsrechts im Unterkapitel 11.3 erläutert. Insbesondere geht es im Kontext der Sterbehilfe um den Widerspruch zwischen dem Selbstbestimmungsrecht und dem Lebensschutz.

Da beim selbstbestimmten Sterben das würdevolle Lebensende und persönliche Vorstellungen darüber im Vordergrund stehen, wird im zwölften Kapitel die Achtung der Menschenwürde mit dem deutschen Grundgesetz, der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und der Europäischen Menschenrechtskonvention begründet. Die Bedeutung der Menschenwürde als Basis für alle weiteren Rechtsgüter wird hervorgehoben und mit dem Widerspruch zwischen dem Selbstbestimmungsrecht und dem Lebensschutz in Verbindung gebracht. Es wird ferner die Schwierigkeit der Definition der Menschenwürde und somit der internationalen Konsensfindung über das würdevolle Sterben erläutert. Des Weiteren wird der Bezug der Menschenwürde zum selbstbestimmten Sterben mithilfe des europäischen Übereinkommens zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf Biologie und Medizin und der Empfehlung 1418 zum Schutz der Menschenwürde von Sterbenden und Todkranken hergestellt. Im Unterkapitel 12.1 wird das Recht auf die Achtung des Privat- und Familienlebens aus Art. 8 EMRK im Kontext der Sterbehilfe erläutert. Die Schutzbereiche des Selbstbestimmungsrechts werden ebenso beschrieben wie die Eingriffsmöglichkeiten, die Staaten zur Einschränkung dieses Rechts aufgrund ihres Ermessensspielraums haben. Die Frage, ob das Recht auf einen würdevollen Suizid auch Ansprüche von Sterbewilligen an die Staaten begründet, soll anhand von Fallbeispielen, die vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verhandelt wurden, beantwortet werden. Hierzu folgen im Unterkapitel 12.2 der Fall Pretty gegen das Vereinigte Königreich, im Unterkapitel 12.3 der Fall Haas gegen die Schweiz und im Unterkapitel 12.4 der Fall Koch gegen Deutschland. Die Positionierung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zum Anspruch auf die Beihilfe zu einem würdevollen Suizid wird in Kapitel 12.5 aus den vorgenannten Fällen abgeleitet. Im darauffolgenden Ausblick im Unterkapitel 12.6 wird die Haltung des Gerichtshofes kritisch reflektiert und zukünftige Entwicklungen werden abgewogen.

Da der Widerspruch zwischen dem Selbstbestimmungsrecht und dem Recht auf Leben einen wichtigen Aspekt in der Sterbehilfedebatte darstellt, wird in Kapitel 13 das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit definiert. Hierzu werden das Grundgesetz und die

Europäische Menschenrechtskonvention herangezogen. Darauf folgt eine Abwägung der Rechtsgüter Selbstbestimmung, Lebensschutz und der Menschenwürde.

In vierzehnten Kapitel wird der Fokus auf die mögliche Verhinderung der Selbstbestimmung am Lebensende und des menschenwürdigen Sterbens durch das profitorientierte Gesundheitswesen in Deutschland verlegt. Es erfolgen eine Darstellung und eine Kritik der ökonomischen Betrachtungsweise der Pharmaindustrien, Krankenhäuser und sonstigen privaten Dienstleister im Gesundheitssektor und ein Bezug zur Öffnung der Sterbehilfepraxis in Deutschland wird hergestellt.

Abschließend werden im letzten Kapitel die Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst und insbesondere dargelegt, wie ein Anspruch auf Sterbehilfe im Kontext der Menschenrechte zu beurteilen ist.

2) Historischer Rückblick

In der Vergangenheit war es selbstverständlich, sein Schicksal anzunehmen und Vertretern bestimmter Berufsgruppen die Deutungshoheit über das eigene Sterben zu überlassen:

„Im Mittelalter war es die ars moriendi (Kunst des Sterbens), deren Hüter die Vertreter der Geistlichkeit, also Priester und Mönche, waren. In neuerer Zeit waren es die Ärzte, welche diese Deutungshoheit übernahmen und vornehmlich deswegen als „Halbgötter in Weiß“ tituliert wurden. Beiden Berufen gemeinsam ist die gegenüber dem Sterbenden ausgeübte Fürsorge“⁴.

Dabei drohte die Fürsorge in gutgemeinte Bevormundung (Paternalismus⁵) umzuschlagen. In dieser fürsorgebetonten Sichtweise des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient ist Letzterer teilweise bis heute eher ein passives Objekt als ein selbstbestimmendes Subjekt. Bis zur Zeit der Aufklärung stand sogar der Selbstmord unter Strafe⁶, das Recht auf den eigenen Tod wurde nicht anerkannt. Auch im Christentum wird der Suizid nach wie vor aus ideologischen und moralischen Gründen abgelehnt. Mit der Argumentation, das Leben sei heilig und nur Gott, der das Leben geschenkt habe, könne es dem Menschen auch nehmen, sodass die Selbsttötung eine Anmaßung gegenüber Gott als Herr über Leben und Tod darstelle, lehnt das Christentum die Sterbehilfe bis heute grundsätzlich ab⁷. Das christliche Argument ist jedoch damit zu entkräften, dass die christlichen Anschauungen größtenteils

⁴ Borasio 2014, S. 19.

⁵ Mit Paternalismus ist die mit Zwang behaftete Einmischung des Staates in das Leben des Individuums gemeint, um dieses vermeintlich vor sich selbst zu schützen (vgl. Von Schwichow 2016, S. 188, m.w.N.).

⁶ vgl. Bernstein 2001, o.S.

⁷ vgl. Thiele 2010, S. 14.

Anhänger dieser Glaubensgemeinschaft überzeugen können. Die Wertvorstellungen der christlichen Anschauung lässt sich nicht für die pluralistische, deutsche Gesellschaft verallgemeinern, denn sowohl für Konfessionslose als auch Andersgläubige gelten diese Überzeugungen nicht. Aus diesem Grund wurde im deutschen Grundgesetz explizit auf einen Gottesbezug in Art. 1 Abs. 1 GG verzichtet⁸. Auch in der Sterbehilfedebatte ist die Religionsfreiheit des Einzelnen zu wahren. Mit sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten der Medizin entwickeln sich auch die Palliativmedizin und die Hospizarbeit weiter. Anstelle des Fürsorgegedankens tritt die Autonomie der Patienten in den Vordergrund. Die Fortführung von lebenserhaltenden Maßnahmen wird zunehmend reflektiert und die Verantwortung dafür in die Hände von Patienten und Angehörigen gelegt. Statt Übertherapie und aggressiven Maßnahmen zur Lebensverlängerung stellt sich mittlerweile alternativ in der Hospizarbeit die Frage: „Ist wirklich immer alles sinnvoll, nur weil es machbar ist?“⁹, als Gegenbewegung zu scheinbar endlos neuen Möglichkeiten in der modernen Medizin.

3) Debatte in Deutschland

Der Begriff der Sterbehilfe beinhaltet viele verschiedene Formen der Sterbehilfe, wobei die Begrifflichkeiten oft uneinheitlich und missverständlich verwendet werden. Dadurch wird die Diskussion insbesondere für Laien erschwert. Daraus resultieren bei Ärzten, Pflegepersonal, Patienten und Angehörigen Rechtsunsicherheiten. Für die Ausarbeitung neuer Gesetze und für konkrete Sterbehilfefälle ist eine rechtliche Beurteilung aufgrund der Komplexität der Begrifflichkeiten daher schwierig¹⁰. Eine Differenzierung der Begrifflichkeiten aktive, passive und indirekte Sterbehilfe folgt in den jeweiligen Kapiteln (5-7).

Da die indirekte Sterbehilfe seit einem Urteil des Bundesgerichtshofs (im Folgenden: BGH) im Jahre 1996 in Deutschland straffrei ist¹¹, dreht sich die Debatte hierzulande eher um die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe oder um eine Annäherung an die Regelungen der Schweiz¹², in der assistierter Suizid mithilfe von Sterbehilfeorganisationen unter gewissen Voraussetzungen straffrei ist. Noch vor 20 Jahren beschäftigte sich die Diskussion zunächst mit strafrechtlichen Aspekten der Sterbehilfe, insbesondere unter Berücksichtigung der Strafbarkeit von dritten Personen (Ärzte, Angehörige). Mittlerweile liegt der Fokus der Debatte auch auf der Patientenautonomie am Lebensende und auf gesellschaftli-

⁸ vgl. von Schwichow 2016, S. 10, m.w.N.

⁹ Borasio 2014, S. 40.

¹⁰ vgl. Bräutigam, 2015, o.S.

¹¹ siehe Kapitel 6.

¹² siehe Kapitel 8.2.

chen Aspekten¹³. Borasio fasst die gegensätzlichen Standpunkte der Diskussion prägnant zusammen. Die Befürworter der Sterbehilfe argumentieren wie folgt:

„Das eine Lager fordert vehement die „Legalisierung der Sterbehilfe“, also die gesetzliche Erlaubnis zur Durchführung von Maßnahmen, welche das Leben eines Menschen auf seinen Wunsch hin beenden (Tötung auf Verlangen) oder ihm ermöglichen, dies selbst zu tun (Suizidhilfe). Begründet wird diese Position durch die Freiheit des Einzelnen, das Recht auf ein Sterben in Würde und das Gebot der Neutralität des Staates gegenüber der Weltanschauung seiner Bürger. Jeder Versuch der Gegenargumentation wird reflexartig als reaktionär und freiheitsfeindlich bezeichnet“¹⁴.

Daraus zeichnet sich ebenfalls ab, dass die Meinungen der Befürworter voneinander abweichen können, wenn es um die Unterscheidung und Befürwortung von aktiver Sterbehilfe oder einem ärztlich assistierten Suizid geht. Im Vordergrund stehen Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte, die freie Entfaltung der Persönlichkeit und die Glaubens- und Gewissensfreiheit unter Berufung auf die Verfassung und die Würde des Menschen.

Die Gegner der Sterbehilfe, zu denen man grundsätzlich auch die Vertreter der großen christlichen Kirchen zählen kann, sehen jede Form der Beihilfe zum Suizid als ein zu bestrafendes Verbrechen. Im christlichen Glauben liegt der Argumentation die Heiligkeit und Unverfügbarkeit des Lebens zugrunde¹⁵, auch Gegner der Sterbehilfe, die nicht aus religiöser Überzeugung heraus argumentieren, heben den besonderen Schutz des Lebens durch den Staat und die Unangreifbarkeit dieses Grundrechts hervor¹⁶. Eine ausführliche Betrachtung der Pro- und Contra-Argumente zur Legalisierung der Suizidbeihilfe folgt im siebten Kapitel.

Das Thema des assistierten Suizids wurde im Deutschen Bundestag im Jahr 2015 anhand von vier verschiedenen Gesetzesentwürfen diskutiert¹⁷. Nach einer langen Debatte wurde schließlich am 10. Dezember 2015 das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) erlassen. Das neue Gesetz hat die Rechtslage in Deutschland maßgeblich verändert, da bis zu dem Zeitpunkt keine Vorschrift zur Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid existierte¹⁸. Einige Rechtswissenschaftler zweifeln bereits an der Verfassungskonformität des § 217 StGB, weshalb bereits vom Verein Sterbehilfe Deutschland e.V. versucht wurde, eine einstweilige Anordnung gegen die Einführung des Gesetzes zu erwirken. Die einstweilige Anordnung scheiterte vor dem Bundesverfassungs-

¹³ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 14.

¹⁴ Borasio 2014, S. 24.

¹⁵ vgl. Borasio 2014, S. 24.

¹⁶ vgl. von Lewinski, 2012, S. 23.

¹⁷ vgl. Borasio et al. 2017, S. 1.

¹⁸ vgl. Borasio et al. 2017, S. 114.

gericht, über die Verfassungsbeschwerde wird dennoch zu einem späteren Zeitpunkt entschieden¹⁹. Im neunten Kapitel dieser Arbeit wird das neue Gesetz zur Strafbarkeit der Sterbehilfe vorgestellt und kritisch reflektiert.

Die Debatte über aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid ist eine besonders emotionale Thematik, die von individuellen Wertvorstellungen und Idealen geprägt ist, weshalb es selbst Politikern und Experten auf diesem Gebiet schwerfällt, einen Konsens über die Zulässigkeit der Sterbehilfe zu finden.

4) Grundsätze der Bundesärztekammer und die Musterberufsordnung der Ärzte

Seit 1979 veröffentlicht die Bundesärztekammer Richtlinien bzw. Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung²⁰. Aus der Präambel zu den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung geht hervor, dass der Arzt die Aufgabe hat, stets das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten, unabhängig vom Gesundheitszustand des Patienten. Weiterhin soll palliativmedizinische Versorgung geleistet werden, wenn die Lebenserhaltung nicht mehr als Therapieziel gilt. Art und Ausmaß der Behandlung sind vom Arzt zu verantworten und müssen dem Patientenwillen entsprechen. Die Präambel verlangt ausdrücklich, dass ein offensichtlicher Sterbevorgang nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden soll. Passive Sterbehilfe wird in der Präambel ausdrücklich erlaubt, wohingegen die Tötung auf Verlangen des Patienten strafbar ist. Die Bundesärztekammer sieht die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung nicht als eine ärztliche Aufgabe an. Mit der Veröffentlichung dieser Grundsätze spricht sich die Bundesärztekammer dagegen aus, dass die aktive Sterbehilfe durch Ärzte gewährleistet werden soll. In der Musterberufsordnung der Ärzte (im Folgenden: MBO-Ä)²¹ ist der Beistand für Sterbende in § 16 verankert. Die MBO-Ä ist jedoch nicht unmittelbar geltendes Recht, sondern entfaltet ihre Rechtswirkung erst, sobald sie von den jeweiligen Landesärztekammern als Satzung beschlossen und von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt wurde²². In § 16 MBO-Ä heißt es:

¹⁹ BVerfG, 21.12.2015, 2 BvR 2347/15, http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2015/12/rk20151221_2bvr234715.html [letzter Zugriff: 29.05.17]

²⁰ vgl. Deutsches Ärzteblatt 2011, S. 346.

²¹ (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (1997) – in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf [letzter Zugriff: 29.05.17]

²² vgl. Hübner & Montgomery 2012, S. 147.

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Die MBO-Ä benennt das Verbot einer ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung und verbietet in diesem Zusammenhang ebenso die Verordnung entsprechender Medikamente für einen Suizid oder konkrete Empfehlungen durch Ärzte²³. Hierdurch soll verhindert werden, dass sich der Arzt in die Rolle eines professionellen Suizidhelfers begibt und sich von dem Bild eines helfenden, tröstenden Arztes entfernt und damit ein Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patient einhergeht. Weiterhin bezieht sich § 16 MBO-Ä nicht ausschließlich auf Sterbende, sondern grundsätzlich auf alle Patienten²⁴. Das Verbot wurde von den meisten Landesärztekammern übernommen, was bedeutet, dass der schuldhafte Verstoß eines Arztes gegenüber der Ärztekammer erläutert werden muss und von dieser geahndet werden kann²⁵. Zusammenfassend ist der Standpunkt zur ärztlichen Suizidassistenz laut Spickhoff und Pethke aus der MBO-Ä wie folgt abzuleiten:

„Im Ergebnis enthält die MBO daher bei verfassungskonformer Auslegung durch das Einstrahlen der Gewissensfreiheit des Arztes in den subjektiven Tatbestand eine Rechtslage, die sich mit der Intention des Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vollumfänglich deckt, mithin sachgerechte Ausnahmen vom Verbot des ärztlich assistierten Suizids zulässt, dem Arzt aber eine Darlegungslast der Ärztekammer gegenüber auferlegt“²⁶.

In Bezug auf die passive Sterbehilfe lässt sich sowohl aus den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung als auch aus der MBO-Ä festhalten, dass grundsätzlich das Selbstbestimmungsrecht und die Würde des Patienten zu achten sind. Unabhängig davon sind die Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) und die ärztliche Suizidbeihilfe bislang nicht als ein Teil der ärztlichen Aufgaben anerkannt und werden strafrechtlich verfolgt.

5) Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe, auch als „Sterbenlassen“ bezeichnet, ist laut BGH der Behandlungsabbruch. Dazu zählen die Nicht-Einhaltung und Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen²⁷. Der bereits eingetretene Sterbeprozess wird durch das Handeln des Arztes nicht aufgehalten, aber auch nicht beschleunigt. Laut Bundesärztekammer „darf das Sterben

²³ vgl. Spickhoff & Pethke 2014, Rn. 6.

²⁴ vgl. Spickhoff & Pethke 2014, Rn. 7.

²⁵ Siehe Fußnote 31.

²⁶ Spickhoff & Pethke, 2014, Rn. 8.

²⁷ vgl. Borasio 2014, S. 46, 76; vgl. Thiele 2010, S. 18; vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 54.

durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht²⁸. Selbstbestimmungsfähige Patienten können sämtliche medizinische Maßnahmen rechtlich wirksam ablehnen²⁹. Die passive Sterbehilfe ist (berufs-)rechtlich zulässig, wenn der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat. Problematisch in diesem Zusammenhang ist, den Zeitpunkt des Einsetzens des Sterbeprozesses bzw. generell den Begriff des Sterbeprozesses zu definieren. Diese begriffliche Unklarheit erschwert die Einzelfallrechtsprechung³⁰. Im Fall der passiven Sterbehilfe ist für die Rechtmäßigkeit die Einwilligungsfähigkeit bzw. das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ausschlaggebend:

„Die Rechtmäßigkeit der passiven Sterbehilfe bemisst sich in erster Linie am Maßstab des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Dabei lassen sich drei juristisch unterschiedlich zu behandelnde Konstellationen unterscheiden: Das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen kann 1. auf das Verlangen des entscheidungsfähigen Patienten hin, 2. gegen dessen Willen oder 3. ohne akute Willensäußerung im Falle des entscheidungsunfähigen Patienten erfolgen“³¹.

Die passive Sterbehilfe ist niemals gegen den Willen, sondern nur auf das Verlangen der entscheidungsfähigen Person hin zweifelsfrei zulässig. Bei der dritten zitierten Konstellation, wenn der Patient nicht bei Bewusstsein ist, muss der mutmaßliche Wille des Patienten von Ärzten und Angehörigen ermittelt werden. Insbesondere Patientenverfügungen³² sind als vorweg erteilte schriftliche Anweisungen an den Arzt zu verstehen, die im Falle der Entscheidungsunfähigkeit eines Patienten von großer Bedeutung sind³³.

Seit den achtziger Jahren stellt jeder ärztliche Eingriff gegen den Willen des Betroffenen in rechtlicher Hinsicht eine ärztliche Zwangsbehandlung im Sinne der strafbaren Körperverletzung dar³⁴. Dies bedeutet, dass der Patient in ausnahmslos jede Behandlung einwilligen muss. Die ärztliche Behandlung gegen den Patientenwillen kollidiert mit dessen Grundrechten, so auch Kutzer:

„Noch so gut gemeintes paternalistisches Handeln der Ärzte, das sich über den rechtlich erheblichen Willen des Patienten hinweg setzt, ist mit den Grundrechten auf freie Entfal-

²⁸Deutsches Ärzteblatt 2011, S. 346ff.

²⁹ vgl. Schildmann & Vollmann 2017, S. 62.

³⁰ vgl. Thiele 2010, S. 18f.

³¹ Grimm & Hillebrand 2009, S. 47f.

³² § 1901a Abs. 1-3 BGB, siehe Fußnote 24.

³³ vgl. Joecks & Miebach 2003, S. 71.

³⁴ vgl. Borasio 2014, S. 28.

*tung der Persönlichkeit und auf körperliche Unversehrtheit nicht vereinbar und in der Regel als Körperverletzung strafbar*³⁵.

Die endgültige rechtliche Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe wurde durch ein Urteil des 3. Strafsenats des Bundesgerichtshofes vom 8. Mai 1991 bestätigt³⁶. Aus der Entscheidung des BGHs geht hervor, dass unabhängig von der Prognose des Patienten die Sterbehilfe nur nach dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten und nur durch den Abbruch oder die Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen, nicht jedoch durch gezieltes Töten geleistet werden darf. Im Widerspruch dazu steht, dass in der Realität dem Patientenwillen und der Bitte nach passiver Sterbehilfe auf der Grundlage von Patientenverfügungen³⁷ nicht immer nachgekommen wird. Zurückzuführen ist dies auf eine Unterbindung durch Ärzte, Heime, Angehörige oder gesellschaftlichen Druck³⁸. Das Scheitern der Umsetzung von Patientenverfügungen wird im Fall Putz deutlich und in Kapitel 5.1 dargestellt. Das Selbstbestimmungsrecht und der Patientenwille gelten in rechtlicher Hinsicht als höchstes Gebot. Nur in seltenen Fällen, insbesondere bei psychisch kranken Menschen, können Behandlungen gegen den Patientenwillen erlaubt sein, wenn im Einzelfall unterstellt wird, dass aufgrund der psychischen Krankheit kein freier Wille gebildet werden kann³⁹. Die Problematik der Sterbehilfe für psychisch kranke Menschen ist heutzutage ein sehr umstrittenes Thema, welches in dieser Arbeit nicht ausführlich behandelt wird.

5.1) Der Fall Putz, Urteil vom 25.06.2010

Der Fall Putz⁴⁰ verdeutlicht die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch bei entsprechendem Patientenwillen. Der BGH urteilte auf der Grundlage des § 1901a BGB, dass die Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begon-

³⁵ Kutzer 2001, S. 69.

³⁶ vgl. BGH, Urteil vom 8.5.1991 – 3 StR 467/90, BGHSt 37, 376; vgl. Kutzer 2001, S. 77.

³⁷ § 1901a Abs. 1-3 BGB: (1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

³⁸ vgl. Putz 2010, S. 106.

³⁹ vgl. Borasio 2014, S. 28.

⁴⁰ BGH, Urteil vom 25.06.2010, 2 StR 454/09.

nenen medizinischen Behandlung gerechtfertigt ist. Im Folgenden werden der Fall und die dazugehörige Entscheidung des BGH erläutert.

Nachdem das Landgericht den Rechtsanwalt Putz wegen versuchten Totschlags (§ 212 StGB) durch aktives Tun zu einer Freiheitsstrafe von neun Monaten auf Bewährung verurteilt hat, weil dieser einer Mandantin und ihrem Bruder geraten hatte, den Zugang für die PEG-Sonde⁴¹ ihrer Mutter zu durchtrennen, wurde der Rechtsanwalt vom BGH freigesprochen⁴². Die Patientin lag seit Oktober 2002 nach einer Hirnblutung im Wachkoma und wurde in einem Altenheim gepflegt und über die PEG-Sonde ernährt. Der Sohn und die Tochter der Patientin wurden nach Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu Betreuern der Patientin bestellt. Vor Eintritt des Wachkomas äußerte die Patientin ihrer Tochter gegenüber den Wunsch, ab dem Eintritt der Bewusstlosigkeit keine lebensverlängernden Maßnahmen in Form von künstlicher Ernährung und Beatmung erhalten zu wollen. Die Tochter und der Sohn bemühten sich aufgrund dessen zusammen mit Herrn Putz, Fachanwalt für Medizinrecht, um die Einstellung der künstlichen Ernährung. Weil die Geschäftsleitung und die Heimleitung die Einstellung der lebensverlängernden Maßnahmen ablehnten, beendete die Tochter die Nahrungszufuhr über die PEG-Sonde. Daraufhin wurde die künstliche Ernährung der Patientin von der Heimleitung wieder aufgenommen. Noch am selben Tag durchtrennte die Tochter auf Anraten des Anwalts Putz die Sonde, da die Fortsetzung der Nahrungszufuhr gegen den Willen der Patientin rechtswidrig war. Infolgedessen wurde die Patientin auf Anordnung der Heimleitung in ein Krankenhaus gebracht, wo ihr eine neue PEG-Sonde gelegt wurde. Sie starb nach wenigen Tagen eines natürlichen Todes⁴³.

Der BGH verweist in seinem Urteil auf § 1901a Abs. 3 BGB, da der Patientenwille den Behandlungsabbruch unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung rechtfertigt⁴⁴. Laut BGH sind die Voraussetzungen für einen Behandlungsabbruch im Sinne der passiven Sterbehilfe in diesem Fall erfüllt, weshalb bereits die von der Heimleitung veranlasste Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung das Recht auf die körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG)⁴⁵ und das Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG)⁴⁶ der Patientin

⁴¹ Künstliche Ernährung über einen Zugang in der Bauchdecke.

⁴² vgl. Hübner & Montgomery 2012, S. 145.

⁴³ vgl. DNotI-Report 2010, S. 186.

⁴⁴ vgl. Hübner & Montgomery 2012, S. 145.

⁴⁵ (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

⁴⁶ (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

verletzte. Der Patientenwille, der den Kindern als Betreuern gegenüber deutlich gemacht wurde, rechtfertigte die Tötungshandlung. Der BGH sieht die Voraussetzung für eine strafbare Tötung auf Verlangen nach §§ 212, 216 StGB als nicht erfüllt und unterscheidet das Handeln nicht nach Tun oder Unterlassen, sondern stellt lediglich die Verwirklichung des Patientenwillens durch einen medizinischen Eingriff fest⁴⁷.

Im Fall Putz war die Abgrenzung zwischen der Tötung auf Verlangen und einem Behandlungsabbruch nicht leicht zu bestimmen. Dennoch sprach der BGH der Tochter das Recht zu, dass der Behandlungsabbruch durch das Durchtrennen der PEG-Sonde gerechtfertigt war. Der Anwalt, dessen fachlicher Rat an die Tochter der Patientin Auslöser für den Behandlungsabbruch war, wurde vom Vorwurf des versuchten Totschlags freigesprochen. Das Urteil des BGH betont den Patientenwillen und das Selbstbestimmungsrecht und bestätigt damit die Rechtmäßigkeit der passiven Sterbehilfe in Deutschland.

6) Indirekte Sterbehilfe

Die indirekte Sterbehilfe ist ein ärztliches Handeln mit dem Zweck, schwerste Schmerzen zu beseitigen oder zu lindern, wobei der Tod des Patienten als unbeabsichtigte Nebenfolge in Kauf genommen wird⁴⁸. Zur indirekten Sterbehilfe gehören demnach alle Maßnahmen zur Linderung von schwersten Symptomen, zum Beispiel durch die Verabreichung von Morphin. Die ethische Rechtfertigung für ärztliche Handlungen, die lebensverkürzende Konsequenzen haben können, basiert auf dem sogenannten Prinzip der Doppelwirkung bzw. der Lehre des Doppeleffekts nach Thomas von Aquin⁴⁹:

„Diese Lehre besagt, dass eine Handlung moralisch erlaubt ist, wenn sie einen guten Zweck verfolgt und ein negativer Nebeneffekt zwar billigend in Kauf genommen, aber nicht als Handlungszweck oder Mittel zum Erreichen des Handlungszwecks erwünscht wird“⁵⁰.

In der Praxis findet die Lehre Anwendung, wenn zum Beispiel zur Schmerzlinderung Morphin verabreicht wird und damit die nicht beabsichtigte Konsequenz einhergeht, dass die Atemfrequenz des Patienten verringert und die Sterbephase eventuell verkürzt wird⁵¹.

Die Lehre des Doppeleffekts wurde 1996 vom Bundesgerichtshof als Rechtfertigungsgrund für die indirekte Sterbehilfe bestätigt⁵². Im Urteil des BGH heißt es:

⁴⁷ vgl. DNotI-Report 2010, S. 186.

⁴⁸ vgl. Thiele 2010, S. 18.

⁴⁹ vgl. Borasio 2014, S. 50, mit Verweis auf Thomas von Aquin (1265-1273): Summa theologiae.

⁵⁰ Borasio 2014, S. 50

⁵¹ vgl. Schildmann & Vollmann 2017, S. 62.

⁵² vgl. BGH, Urteil vom 15.11.1996, 3 StR 79/96.

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todesertritt beschleunigen kann.“

Zur Begründung heißt es:

„Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“

Der BGH betont besonders den erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen und stellt in seiner Begründung fest, dass das Selbstbestimmungsrecht und die Würde des Menschen ein höheres Rechtsgut darstellen als der Schutz des Lebens. Die indirekte Sterbehilfe ist unter den genannten Voraussetzungen also von der Strafbarkeit ausgenommen. Tritt der Tod aufgrund einer ärztlichen Medikation zur Schmerzlinderung mit der erklärten oder mutmaßlichen Einwilligung des Patienten ein, so macht sich der Arzt nicht strafbar, da das Ziel des ärztlichen Handelns die Linderung von Leid und nicht der Todeseintritt war⁵³. Die Formulierung „unbeabsichtigt, aber in Kauf genommen“⁵⁴ bedeutet einen bedingten Vorsatz. Das heißt, es besteht keine Sicherheit über den Eintritt des beabsichtigten Ziels, wobei der Eintritt von anderen Folgen trotzdem gebilligt wird⁵⁵. Im Falle der indirekten Sterbehilfe ist es nicht möglich, die innere Haltung des Arztes über das Ziel der Medikation zu beurteilen. Viele Rechtswissenschaftler sind der Auffassung, dass die indirekte Sterbehilfe gemäß § 34 StGB⁵⁶ (sog. rechtfertigender Notstand) gerechtfertigt ist⁵⁷. Der § 34 StGB kann so interpretiert werden, dass die Tat des Arztes, dem Patienten eine hohe Dosis an Schmerzmitteln zu verabreichen, den Zweck hat, ein höheres Rechtsgut als den Schutz des Lebens zu bewahren. Im Fall der indirekten Sterbehilfe kann also ein rechtfertigender Notstand vorliegen, wenn „die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten [...] ein höherwertiges Rechtsgut [...] als die Aussicht, unter schwersten insbesondere sogenannten Vernichtungs-

⁵³ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 34.

⁵⁴ „Der bedingte oder Eventualvorsatz ist die schwächste Vorsatzform und verlangt im Falle einer Tötung, dass der Täter den Eintritt des Todes in Folge seines Handelns 'für möglich hält und ihn billigend in Kauf nimmt' (dolus eventualis)“ (Grimm & Hillebrand 2009, S. 36).

⁵⁵ vgl. Kutzer 2001, S. 79.

⁵⁶ § 34 StGB: Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

⁵⁷ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 44.

schmerzen noch kurzzeitig länger leben zu müssen“⁵⁸, ist. In anderen Worten ist die Lebensverkürzung in Folge der Medikation durch besondere Rechtfertigungsgründe ausnahmsweise rechtmäßig.

Wie bereits beschrieben kann durch die Verabreichung von Morphin, beispielsweise im Rahmen einer Krebsbehandlung, eine Verringerung der Atemfrequenz herbeigeführt werden. Ein weiterer Fall der indirekten Sterbehilfe ist die sogenannte palliative Sedierung. Bei diesem Prozess der Schmerzlinderung werden Medikamente zu Beginn niedrig dosiert und immer weiter steigend verabreicht, bis die Beschwerden gelindert sind. Selten muss die Dosis so lange gesteigert werden, bis es zum Bewusstseinsverlust des Patienten kommt⁵⁹. Die palliative Sedierung ist mit Einwilligung des Patienten als letztes Mittel ethisch und rechtlich solange erlaubt, bis das Bewusstsein des Patienten gedämpft und ein narkoseähnlicher Schlaf erreicht wird. Bislang steht die Linderung von schweren Schmerzen als Begründung für die palliative Sedierung bzw. indirekte Sterbehilfe im Vordergrund, jedoch wird mittlerweile häufiger diskutiert, ob ein unerträgliches psychisches Leiden im Kontext des absehbaren Lebensendes einen Rechtfertigungsgrund für die indirekte Sterbehilfe darstellen könnte⁶⁰.

7) Aktive Sterbehilfe

Die aktive Sterbehilfe entspricht der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB⁶¹. Bezogen auf die Sterbehilfe bedeutet dies die „gezielte Herbeiführung des Todes durch das Handeln eines Arztes“⁶². Wenn also durch eine tödliche Spritze, eine Überdosis an Medikamenten oder sonstige medizinische Eingriffe der Tod eines Sterbewilligen bewusst herbeigeführt werden soll, handelt es sich um eine Tötung auf Verlangen. In Deutschland ist die aktive Sterbehilfe bisher kein eigenständiger Straftatbestand. Im Falle einer aktiven Sterbehilfesituation werden die Fremdtötungsparagrafen § 211 (Mord), § 212 (Totschlag), § 213 (minder schwerer Fall des Totschlags) und § 216 (Tötung auf Verlangen) des StGB geprüft. Dabei handelt es sich beim § 216 um eine sogenannte Privilegierung⁶³. Bei der akti-

⁵⁸ Grimm & Hillebrand 2009, S. 44.

⁵⁹ vgl. Borasio 2014, S. 55f.

⁶⁰ vgl. Borasio 2014, S. 56f.

⁶¹ § 216 StGB: (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.

⁶² Thiele 2010, S. 18.

⁶³ „Wer vorsätzlich einen anderen Menschen tötet, wird hingegen auch dann wegen eines Tötungsverbrechens bestraft, wenn er auf Verlangen des Opfers handelt. § 216 privilegiert diese vorsätzliche Tötung aber gegenüber §§ 211–213 zu einem Vergehen, wenn die Tötung nur aufgrund eines ausdrücklichen und ernstli-

ven Sterbehilfe kommt am ehesten die Tötung auf Verlangen in Betracht, die minder schwer bestraft wird als Mord oder Totschlag. Die Tötung auf Verlangen setzt voraus, dass die „handlungsleitende Motivation das Tötungsverlangen des Opfers war“⁶⁴. Wenn der Täter aus anderen Motiven wie Habgier oder sonstigen niedrigen Beweggründen handelt oder mitverantwortlich ist für den Todeswunsch des Opfers, ist der Tatbestand des § 216 StGB nicht mehr erfüllt⁶⁵. Einerseits kann bei der Strafzumessung berücksichtigt werden, dass ein minder schwerer Fall des Totschlags vorliegt, wenn der Sterbewillige bereits unerträgliche Schmerzen erlitt bzw. schwerstkrank war und eine Besserung des Gesundheitszustandes ausgeschlossen war⁶⁶. Andererseits dürfen das Alter und der Krankheitszustand des Opfers bei der Strafzumessung durch den Richter keine strafmildernde Berücksichtigung finden, da im Strafrecht das Leben keine qualitative Beurteilung erfahren darf⁶⁷. Insgesamt lässt sich feststellen, dass dem Richter ein Ermessensspielraum bei der Strafzumessung zukommt, der durch seine persönliche Positionierung zu Sterbehilfe am Lebensende beeinflusst werden kann.

Die aktive Sterbehilfe ist moralisch und rechtlich insbesondere dann nicht geboten, wenn im Falle von bewusstlosen, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten von Angehörigen oder Ärzten die Entscheidung zur Beendigung des Lebens übernommen wird und über den Patientenwillen lediglich gemutmaßt werden kann⁶⁸. Diese Ausgangssituation stellt eine Tötung ohne Verlangen dar.

Der gravierende Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung ist, dass die Tatherrschaft nicht beim Sterbewilligen selbst, sondern bei einem Arzt oder einem anderen Helfer liegt⁶⁹. Die Rechtslage zur aktiven Sterbehilfe ist in Deutschland eindeutig, denn die gezielte Herbeiführung des Todes durch einen Arzt ist anders als zum Beispiel in den Niederlanden⁷⁰ verboten. Selbst wenn als Grundlage für die aktive Sterbehilfe prinzipiell der freiverantwortli-

chen Verlangens des Getöteten erfolgt. Das Unrecht der Tat wird durch die Einwilligung des Opfers nicht völlig aufgehoben, weil die Schutzpflicht des Staates zugunsten des menschlichen Lebens [...] die Bestrafung jeder vorsätzlichen Tötung eines anderen Menschen fordert. [...] Die Einwilligung hat keine rechtfertigende Wirkung, jedoch verringert ein Tötungsverlangen durch das Opfer das Maß des Unrechts des Täters gegenüber anderen Fällen der vorsätzlichen Tötung. Deshalb ist eine Privilegierung erforderlich und ausreichend, um der Konfliktlage des Täters Rechnung zu tragen, in die er durch das Tötungsverlangen des Sterbewilligen gebracht wird. Diese Konfliktlage mindert seine Schuld, ohne sie aufzuheben“ (Eschelbach 2016, § 216 StGB).

⁶⁴ Grimm & Hillebrand 2009, S. 24.

⁶⁵ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 24.

⁶⁶ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 22.

⁶⁷ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 22.

⁶⁸ vgl. Borasio 2014, S. 68.

⁶⁹ vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 55.

⁷⁰ Siehe Kapitel 8.1.

che Sterbewunsch des Sterbewilligen vorausgesetzt ist, ändert dies nichts an der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen:

„Handelt der Täter mit der Zustimmung des Opfers, so vermag dies die Strafbarkeit der Tötungshandlung nicht aufzuheben. Denn anders als bei den sogenannten disponiblen Individualrechtsgütern, wie etwa Eigentum, Vermögen oder Freiheit, handelt es sich beim Leben um ein indisponibles Rechtsgut, das der Verfügungsgewalt seines Inhabers in letzter Konsequenz entzogen ist. Der Einzelne kann aus diesem Grund nicht rechtswirksam auf sein Leben verzichten“⁷¹.

Der Arzt oder ein anderer Suizidhelfer, der auf Verlangen des betroffenen Sterbewilligen handelt, entzieht sich damit nicht der strafrechtlichen Verfolgung, da das Leben ein Rechtsgut darstellt, das unveräußerlich ist und dem „Inhaber“ unter keinen Umständen entzogen werden darf, auch nicht auf dessen Verlangen hin. Die aktive Sterbehilfe kennzeichnet des Weiteren, dass der Täter vom Sterbewilligen um die Handlung gebeten wird und dass der Sterbewunsch ein selbstbestimmtes und freiverantwortliches Verlangen darstellt. Voraussetzung für die aktive Sterbehilfe ist weiterhin, dass der Verlangende in der Lage ist, die Konsequenzen seiner Entscheidung vollständig zu reflektieren und dass der Wunsch aus einem freien Willen resultiert⁷². Das Verlangen muss beständig sein und kann jederzeit zurückgenommen werden.

Da die aktive Sterbehilfe in Deutschland aktuell nach wie vor strafrechtlich sanktioniert wird, folgt in den nächsten Unterkapiteln die Gegenüberstellung von Pro- und Contra-Argumenten zum Verbot der aktiven Sterbehilfe.

7.1) Pro-Argumente zum Verbot der aktiven Sterbehilfe

Das Verbot der aktiven Sterbehilfe kann man zunächst damit begründen, dass die Tötung eines Menschen generell verboten sein sollte. In der Gesellschaft besteht ein Konsens darüber, dass das Leben unter einem besonderen Schutz des Staates steht und damit vor Fremdeingriffen geschützt werden muss. Wer aktive Sterbehilfe leistet, verfügt in diesem Moment über fremdes Leben. Die Legitimation dafür wird von breiten Teilen der Gesellschaft nicht geteilt, insbesondere von Anhängern religiöser Glaubensgemeinschaften.

Am Häufigsten wird von Kritikern der aktiven Sterbehilfe das sogenannte Dambruchargument angebracht. Es wird befürchtet, dass „dessen Ermöglichung die Dämme zum

⁷¹ Grimm & Hillebrand 2009, S. 23.

⁷² vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 23f.

Schutz des Lebens aushöhlt⁷³. In anderen Worten sehen Gegner in der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe einen Angriff auf den verfassungsrechtlich verankerten Lebensschutz. Die Einführung der aktiven Sterbehilfe könnte nach der Auffassung von Kritikern zu einem gesellschaftlichen Wandel führen, der die Aufkündigung der Solidarität mit kranken oder sterbenden Menschen bewirken würde. Es bestehe insofern eine Missbrauchsgefahr, als dass die Ausweitung der Sterbehilfepraxis zu „Mitleidötungen“ oder zu einer „Entsolidarisierung“ führen könnte⁷⁴. Weiterhin wird befürchtet, dass sich schwerstkranke oder sterbende Menschen unter Druck gesetzt fühlen könnten, aufgrund des hohen Kosten- und Pflegebedarfs die aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu müssen, um Angehörige oder die Gesellschaft zu entlasten⁷⁵. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe soll absichern, dass schwerstkranke und sterbenskranke Menschen bis zuletzt wohlwollend und angemessen gepflegt und betreut werden.

Ein weiteres Argument der Gegner der aktiven Sterbehilfe ist, dass der Todeswunsch nur aus Sorgen und Ängsten vor dem Lebensende resultiert und mit der modernen Medizin und palliativer Versorgung ausreichend kompensiert und gelindert werden kann⁷⁶. Es wird davon ausgegangen, dass der Todeswunsch Ausdruck großer Verzweiflung aufgrund des eigenen, bedrohlichen Gesundheitszustands sein muss und keine freiverantwortliche Entscheidung sein kann. Manche Kritiker der aktiven Sterbehilfe führen außerdem an, dass die Entscheidungsreife für den Entschluss zum Suizid nicht garantiert werden kann. Man befürchtet, dass die Zweifelhaftigkeit des Sterbewunsches übergangen wird, indem bei der aktiven Sterbehilfe die Tatherrschaft über die tödliche Handlung beim Arzt liegt. Gemäß dem Motto: „Nur wer bereit ist, an sich selbst Hand anzulegen, sei auch entscheidungsreif in seinem Wunsch zu sterben“⁷⁷, wird die aktive Sterbehilfe abgelehnt. Dies wird auch verstärkt durch Erfahrungen von Ärzten und Psychologen, die aus der Praxis von individuellen Schicksalen berichten, bei denen Menschen, die einen gescheiterten Suizidversuch unternommen haben, ihre Entscheidung bereuen und mit professioneller Unterstützung wieder gerne am Leben teilhaben⁷⁸.

⁷³ Von Lewinski 2012, S. 24.

⁷⁴ vgl. Thiele 2010, S. 25.

⁷⁵ vgl. Kutzer 2001, S. 80, weiter dazu: „Das Verbot der aktiven Sterbehilfe versagt dem Einzelnen zwar die Erfüllung seines Begehrens, gibt aber der großen Mehrheit der Sterbenskranken die Gewissheit, nicht vorzeitig aus der Gemeinschaft ausgestoßen zu werden, und sichert deren Recht, bis zuletzt wirksam und einfühlsam betreut zu werden.“

⁷⁶ vgl. Von Lewinski 2012, S. 24.

⁷⁷ Borasio 2014, S. 64.

⁷⁸ vgl. von Lewinski 2012, S. 25.

Insbesondere Ärzte befürworten das Verbot der aktiven Sterbehilfe, weil sie in der Tötung auf Verlangen einen Widerspruch zum ärztlichen Ethos sehen. Sie definieren ihre professionelle Aufgabe mit der Betonung darauf, Leben zu erhalten und zu schützen, Schmerz und Leid zu lindern und Sterbenden beizustehen. Die Mitwirkung an einem Suizid oder die Tötung auf Verlangen würden deshalb dem ärztlichen Ethos widersprechen⁷⁹. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung spiegeln eine ähnlich kritische Haltung wider⁸⁰. Der damals amtierende Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe äußerte sich dementsprechend im Jahr 2004 gegen die aktive Sterbehilfe:

“Ein einklagbares Recht auf aktive Sterbehilfe wäre zwar vermeintlich die ultimative Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung, doch von da aus ist der Weg nicht mehr weit in eine Gesellschaft, die den Menschen den Tod nahe legt, wenn sie mit dem Leben nicht mehr zurechtkommen“⁸¹.

Auf diesem Zitat aufbauend lässt sich zusammenfassen, dass die Befürworter des Verbots der aktiven Sterbehilfe insbesondere einen gesellschaftlichen Wandel befürchten, der das Töten von schwerstkranken, sterbenden aber auch anderen besonders schutzbedürftigen Menschen legitimiert und fortschreitend zu einer immer weniger kontrollierbaren und beherrschbaren Sterbehilfepraxis in Deutschland führt.

7.2) Contra-Argumente zum Verbot der aktiven Sterbehilfe

Befürworter der aktiven Sterbehilfe betonen das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen und berufen sich auf die in der Verfassung garantierten Freiheitsrechte. Verfassungsrechtlich verankert sind neben dem Selbstbestimmungsrecht das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie die Glaubens- und Gewissensfreiheit⁸². Daraus resultiert insbesondere das Recht, eigenen Wertvorstellungen zu folgen, auch diese, die das eigene Lebensende und das selbstbestimmte Sterben betreffen⁸³. Dementsprechend empfinden Befürworter der aktiven Sterbehilfe das Verbot als eine unangemessene Einschränkung der Freiheit des Einzelnen und verurteilen die aktive Sterbehilfe nicht, da sie auf Wunsch des Betroffenen hin geschieht und ohne verwerfliche Absichten der professionellen Helfer erfolgt⁸⁴. Kritiker der aktiven Sterbehilfe sprechen sich dagegen aus, dass Ärzte oder andere Helfer gleichzeitig mit der Tatherrschaft auch über ein fremdes Leben verfügen, das es

⁷⁹ vgl. Hübner & Montgomery 2012, S. 150f.

⁸⁰ siehe Kapitel 4.

⁸¹ Hoppe 2004, zitiert in: Thiele 2010, S. 25.

⁸² siehe Kapitel 11.1.

⁸³ vgl. Von Lewinski 2012, S. 23.

⁸⁴ vgl. Borasio 2014, S. 64.

bedingungslos zu schützen gelte. Unterstützer der aktiven Sterbehilfe entkräften dieses Argument damit, dass es sich bei der aktiven Sterbehilfe nicht um einen aufgezwungenen, sondern um einen selbstbestimmten Tod handle, und deswegen seitens des Arztes oder Helfers nicht von einem Herrschaftsverhältnis oder von der Verfügung über ein fremdes Leben gesprochen werden könne⁸⁵.

Für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland spricht überdies, dass sich die Missbrauchs- und Dambruchargumente in Ländern, in denen die aktive Sterbehilfe bereits legal praktiziert wird, nicht bewahrheitet haben⁸⁶. Abgesehen davon sei ein Verbot der Tötung auf Verlangen mit der Begründung, dass es in der Praxis Missbräuche geben könnte, keine überzeugende Argumentation. Wenn man bedenkt, dass die aktive Sterbehilfe anteilmäßig das Schicksal einiger weniger, schwer kranker Menschen betreffen würde, erscheinen Dambruchargumente überzogen. Missbrauch lässt sich niemals vollständig verhindern, unabhängig davon, um welche Rechte und Freiheiten es sich handelt. Mit der Missbrauchsgefahr kann man jedoch kein kategorisches Verbot begründen, denn einer solchen kann durch eine professionelle Praxis entgegengewirkt werden. Durch individuelle Einzelfälle von missbräuchlichem Umgang mit der aktiven Sterbehilfe kann kein generelles Verbot für die Mehrheit von Sterbewilligen begründet werden:

*„Warum soll nicht auch hier die alte Wahrheit gelten: *abusus non tollit usum* – der Missbrauch hebt den Nutzen nicht auf?“⁸⁷.*

Für das Verbot der aktiven Sterbehilfe spricht laut Kritikern, dass mit der Einführung der Tötung auf Verlangen ein gesellschaftlicher Wandel einhergeht, der zur Folge hat, dass einige schwerstkranke und sterbende Menschen es vorziehen werden, ihrem Leben schneller ein Ende zu setzen, statt den natürlichen Tod abzuwarten. Kritiker finden diese Vorstellung in Hinblick auf die letzte Lebensphase und auf den Umgang mit dem Schutz des Lebens in dieser Phase besorgniserregend. Befürworter der aktiven Sterbehilfe bezeichnen diese Argumentation als unstimmig, weil sie suggeriert, dass ein gesellschaftlicher Wandel und die Entwicklung zum selbstbestimmten Sterben per se negativ zu betrachten ist. Diese Veränderungen als negativ zu bewerten ist eine moralische Bewertung, die die Kritiker nicht verallgemeinern können, sondern die das Individuum subjektiv für sich treffen muss⁸⁸. Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe würde gleichzeitig nicht bedeuten, dass

⁸⁵ vgl. Birnbacher 2010a, S. 37.

⁸⁶ vgl. Von Lewinski 2012, S. 24.

⁸⁷ Birnbacher 2010a, S. 39f.

⁸⁸ vgl. Wiesing 2017, S. 88.

Menschen mit moralischen Bedenken gegenüber der Tötung auf Verlangen jemals dazu gezwungen wären, Sterbehilfe zu leisten oder in Anspruch zu nehmen⁸⁹.

Ärzte, die das Verbot der aktiven Sterbehilfe befürworten, begründen dies mit dem Widerspruch zum ärztlichen Ethos, wonach das Leben stets zu schützen und nicht gezielt zu beenden ist. Als Gegenargument lässt sich einbringen, dass die Einführung der Tötung auf Verlangen für Ärzte keine Verpflichtung zur aktiven Sterbehilfe darstellen würde. Dies würde dem Grundsatz der Gewissensfreiheit widersprechen, denn nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt kann von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen. Er kann die Tötung auf Verlangen, wie beispielsweise bei einem Schwangerschaftsabbruch, wegen moralischen Bedenken verweigern⁹⁰. Zudem ist auch das ärztliche Ethos in gewissen Maßen individuell auslegbar. Man kann es also auch als Teil seiner ärztlichen Aufgabe verstehen, in Krisensituationen schwerkranker Menschen, die einen entschlossenen Todeswunsch äußern, das Leben des Patienten zu beenden und damit zu dessen Wohl und in dessen Interesse des Patienten zu handeln⁹¹.

Ein weiteres Argument gegen das Verbot der aktiven Sterbehilfe ist, dass die Tötung auf Verlangen letztlich ebenso wie die passive Sterbehilfe die Herbeiführung des Todes beabsichtigt - z.B. im Falle der Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen. Der legale Behandlungsabbruch gemäß dem Patientenwillen soll diesem das Sterben erleichtern und zielt unmittelbar darauf ab⁹². Sowohl bei der aktiven als auch bei der passiven Sterbehilfe ist die Erleichterung des Todes das angestrebte Ziel⁹³. Deshalb können Befürworter der aktiven Sterbehilfe die moralischen und rechtlichen Bedenken über die Tötung auf Verlangen nicht teilen.

Insgesamt berufen sich die Unterstützer der aktiven Sterbehilfe insbesondere auf das Selbstbestimmungsrecht und die Freiheit des Einzelnen, über das Lebensende selbst zu bestimmen. Man argumentiert unter Berufung auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit damit, dass Gegner der aktiven Sterbehilfe ihre Ablehnung und ihre moralischen Bedenken gegenüber der Praxis nicht für die pluralistische Gesellschaft verallgemeinern dürfen. Insbesondere bei dem sensiblen Thema über das eigene Sterben gehen die Meinungen sowohl

⁸⁹ vgl. Hilgendorf 2010, S. 141.

⁹⁰ vgl. Birnbacher 2010a, S. 37.

⁹¹ vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 86.

⁹² Im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe, die den beschleunigten Tod in Kauf nimmt. Der Tod dient in diesem Fall nicht dem Selbstzweck, sondern als Zwischenziel der Leidenslinderung (vgl. Birnbacher 2010a, S. 37).

⁹³ siehe Fußnote 74.

von Experten als auch von der Zivilgesellschaft zwangsläufig auseinander, was jedoch nicht das generelle Verbot der aktiven Sterbehilfe für jedermann bedeuten muss. Auch Ärzte können sich auf ihre Gewissensfreiheit berufen und sind nicht dazu verpflichtet, aktive Sterbehilfe zu betreiben. Die Dammbrechargumente bewahrheiteten sich bislang in Ländern, in denen die Tötung auf Verlangen zulässig ist, nicht. Zudem ist der Vergleich mit der passiven Sterbehilfe ein überzeugendes Argument dafür, dass Selbstbestimmung dem Schutz des Lebens überwiegen kann.

8) Internationaler Vergleich

8.1) Niederlande

Die Beihilfe zum Suizid und die Tötung auf Verlangen haben in den Niederlanden bereits eine weitreichende Praxis, die aber lange Zeit ohne eine strafrechtliche Legitimation praktiziert wurden. Unter strengen Bedingungen wurden jedoch derartige Fälle von niederländischen Gerichten anders verhandelt und nicht sanktioniert⁹⁴. Letztendlich wurde dann am 1. April 2002 das „Gesetz über die Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung“⁹⁵ beschlossen. Damit wurden die Art. 293 (Tötung auf Verlangen)⁹⁶ und Art. 294 Abs. 2 (Beihilfe zum Suizid) dieses Gesetzes dahingehend modifiziert, dass die Tatbestände nicht mehr strafbar sind, wenn sie von einem Arzt nach besonderen Sorgfaltskriterien vollzogen werden⁹⁷. Die Sorgfaltskriterien, entnommen aus dem Gesetz über die Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, werden im Folgenden aufgezählt:

Artikel 2

1. Die in Artikel 293 Absatz 2 Strafgesetzbuch genannten Sorgfaltskriterien beinhalten, dass der Arzt

a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,

⁹⁴ vgl. Borasio 2014, S. 65.

⁹⁵ vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Online unter: www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/euthanasie.pdf [letzter Zugriff: 29.05.17]

⁹⁶ Art. 293 StGB der Niederlande: 1. Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin beendet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.

2. Die in Absatz 1 genannte Handlung ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die in Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung genannten Sorgfaltskriterien eingehalten [...] hat.

⁹⁷ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 76.

- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,*
- c) den Patienten über dessen Situation und über dessen Aussichten aufgeklärt hat,*
- d) gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,*
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den unter den Buchstaben a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und*
- f) bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen ist.*

Gemäß den Sorgfaltskriterien ist bei der Tötung auf Verlangen zu beachten, dass der Sterbewillige seinen Wunsch zu Sterben selbst getroffen und langfristig überdacht hat. Außerdem muss der Patient ein Leid haben, das von ihm als unerträglich und aussichtslos bewertet wird. Dies setzt nicht unbedingt voraus, dass der Betroffene sterbenskrank ist. Der Arzt muss den Patienten angemessen über alle seine Möglichkeiten aufklären und sich davon überzeugen, dass der Patient die Tötung auf Verlangen als seine beste Alternative ansieht. Des Weiteren muss ein zweiter, unabhängiger Arzt den Patienten untersuchen und die zuvor genannten Sorgfaltskriterien überprüfen und bestätigen. Wenn alle Vorkehrungen getroffen wurden, darf schließlich die Tötung auf Verlangen oder die Hilfe bei der Selbsttötung vom Arzt durchgeführt werden. Nach der Ausführung der Sterbehilfe muss der Arzt dem Leichenbeschauer den Suizid melden und einer Kontrollkommission⁹⁸ einen Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien vorlegen. Diese Kommission überprüft den Fall und meldet mögliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Staatsanwaltschaft⁹⁹.

Bei entscheidungsunfähigen Patienten, die ihren Willen über die Lebensbeendigung zuvor schriftlich festgehalten haben, darf der Arzt der Bitte um Lebensbeendigung nachkommen¹⁰⁰. Die Überprüfung der Sorgfaltskriterien entfällt deshalb nicht¹⁰¹. Patienten im Alter zwischen 16 und 18 Jahren können die aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen, wenn die Eltern oder der Vormund im Entscheidungsprozess involviert sind¹⁰². Minderjährige Patienten im Alter zwischen zwölf und 15 Jahren benötigen für die aktive Sterbehilfe die Ein-

⁹⁸ Das Gesetz über die Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung beinhaltet in Kapitel III, Art. 3-19 sämtliche Regelungen für die Kontrollkommissionen.

⁹⁹ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 76.

¹⁰⁰ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 76.

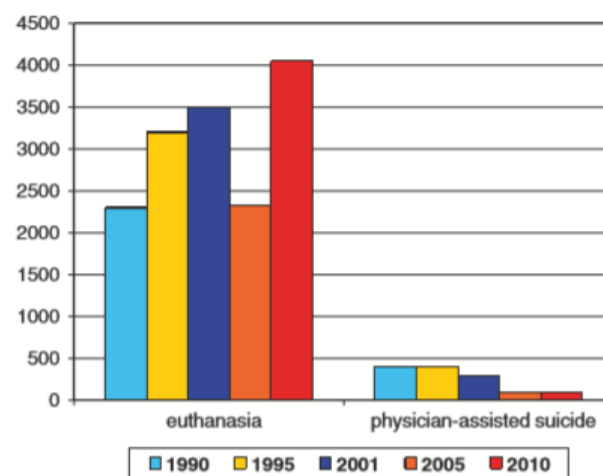
¹⁰¹ vgl. Gesetz über die Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, Art. 2, Nr. 2.

¹⁰² vgl. Gesetz über die Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, Art. 2, Nr. 3.

willigung der Eltern oder des Vormunds¹⁰³. Außerdem können nur niederländische Staatsbürger um die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zum Suizid bitten¹⁰⁴.

Zur Überprüfung der Häufigkeit von aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid hat die niederländische Regierung die sogenannte Rummelink Kommission installiert und damit beauftragt, die erste nationale empirische Statistik zu dem Thema zu entwickeln¹⁰⁵. Seit 1990 werden Daten über die Sterbehilfepraxis in den Niederlanden erfasst und veröffentlicht. Die folgende Abbildung¹⁰⁶ veranschaulicht die Entwicklung der Häufigkeit von Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung:

Fig. 1 Frequency of physician-assisted dying in the Netherlands, 1990–2010



¹⁰⁷Mit „euthanasia“ ist gemeint, dass auf Wunsch des Patienten hin von einem Arzt ein tödliches Medikament verabreicht wird. Im Jahre 1990 betrug die Anzahl der Fälle von Tötung auf Verlangen 2300, dies waren 1,7 % aller Todesfälle in diesem Jahr. Die Häufigkeit erhöhte sich im Jahr 1995 auf 3200 Fälle, 2,5 % aller Todesfälle desselben Jahres. Die Anzahl steigerte sich im Jahr 2001 auf 3500 Fälle und sank im Jahr 2005, erstaunlicherweise drei Jahre nach der Einführung des Gesetzes über die Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, auf 2300 Fälle (1,7 % aller Todesfälle). Die Tötung auf Verlangen umfasste im Jahr 2010 schließlich 4000 Fälle, die 2,8 % der Todesfälle des Jahres ausmachten. Trotz der Empfehlung der Royal Dutch Medical

¹⁰³ vgl. Gesetz über die Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, Art. 2, Nr. 4.

¹⁰⁴ vgl. Meijer & Pott 2015, S. 17.

¹⁰⁵ vgl. Van de Heide 2017, S. 23.

¹⁰⁶ entnommen aus: Van de Heide 2017, S. 24.

¹⁰⁷ Die Ergebnisse der Studien der Rummelink Kommission wurden von Van der Heide übernommen und aus dem Englischen übersetzt. Vgl. Van de Heide 2017, S. 23f.

Association¹⁰⁸, dass der ärztlich assistierte Suizid (physician-assisted suicide) gegenüber der Tötung auf Verlangen bevorzugt werden soll, weist dieser eine viel niedrigere Inanspruchnahme auf. Im Jahr 1990 gab es 400 ärztlich assistierte Selbsttötungen, die 0,3 % aller Todesfälle des Jahres ausmachten. Die Häufigkeit der Beihilfe zum Suizid ist kontinuierlich gesunken, auf 100 Fälle im Jahr 2010, die nur 0,1 % aller Todesfälle betragen. Eine mögliche Erklärung für die offensichtlich beliebtere Wahl der Tötung auf Verlangen ist, dass Ärzte es bevorzugen, die Selbsttötung zu kontrollieren und als medizinisch ausgebildete Unterstützung beim Sterbeprozess anwesend zu sein, um im Falle von Komplikationen eingreifen zu können. Die Tötung auf Verlangen wird außerdem oft präferiert, wenn Patienten physisch zu geschwächt sind, um sich die tödlichen Medikamente selbst zu verabreichen.

Die Bereitschaft von Ärzten in den Niederlanden, sich an der Beihilfe zur Selbsttötung zu beteiligen, hat sich in den letzten 20 Jahren kaum verändert. Etwas mehr als die Hälfte aller Ärzte hat mindestens einmal Beihilfe zur Selbsttötung geleistet, ungefähr 40% haben dies nicht, wären aber bereit dazu. Nur ungefähr 10 % lehnen es ab, Assistenz beim Suizid zu leisten¹⁰⁹.

Wie bereits erwähnt gibt es in den Niederlanden schon seit über 20 Jahren eine Praxis der aktiven Sterbehilfe, die erst im Jahre 2002 gesetzlich geregelt wurde. Die gesetzlich eingeführten Sorgfaltskriterien sind das Resultat langjähriger Erfahrung im Umgang mit Menschen, die Unterstützung bei der Beendigung ihres Lebens bei Ärzten suchten. Mit der gesetzlichen Legitimation, den damit eingeführten Kontrollinstanzen und der Rummelink Kommission soll in den Niederlanden Transparenz geschaffen und der Gefahr von Missbrauch vorgebeugt werden. Ärzte in den Niederlanden stehen der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zum Suizid überwiegend positiv entgegen, was vielleicht mit der dortigen, langwierigen Praxis der Sterbehilfe zusammenhängt. Auffällig ist dennoch, dass die aktive Sterbehilfe deutlich häufiger in Anspruch genommen wird als die Beihilfe zur Selbsttötung, obwohl laut der Royal Dutch Medical Association letzteres zu bevorzugen sei und grundsätzlich auch international mehr Zuspruch findet als die Tötung auf Verlangen. Ein sehr ähnlicher Umgang mit der Tötung auf Verlangen durch einen Arzt ist in Belgien und Luxemburg zu finden. In Belgien wurde die ärztliche Tötung auf Verlangen ebenfalls im

¹⁰⁸ Die Royal Dutch Medical Association besteht seit 1849 in den Niederlanden und ist eine professionelle Organisation von Medizinern.

¹⁰⁹ vgl. Van der Heide 2017, S. 24, m.w.N.

Jahr 2002 legalisiert¹¹⁰. Die Suizidhilfe ist dort nicht explizit im Gesetz geregelt, sondern wird als eine Variante der Tötung auf Verlangen angesehen. Analog zu den Niederlanden legalisierte auch Luxemburg die aktive Sterbehilfe im Jahr 2008. Die gesellschaftliche Resonanz für die Praxis der aktiven Sterbehilfe ist in den Beneluxländern sehr positiv, offizielle Berichte sehen das Ziel, die Selbstbestimmung am Lebensende zu stärken, als erfüllt an und sehen Verbesserungsmöglichkeiten nur in der Ausführung der Tötung auf Verlangen¹¹¹. In den Beneluxländern ist eine Tendenz zur weiteren Liberalisierung erkennbar. Die Debatte dort beschäftigt sich mittlerweile zum Beispiel damit, ob die aktive Sterbehilfe auch bei psychisch kranken Menschen, bei Menschen mit Demenz oder bei altersschwachen, lebensmüden Menschen Anwendung finden darf¹¹².

8.2) Schweiz

Im Gegensatz zu den Beneluxländern hat die Schweiz bis heute kein eigenes Sterbehilfegesetz. Die Beihilfe zum Suizid ist jedoch eine gängige Praxis. Sie ist geregelt in Art. 115¹¹³ des Schweizerischen Strafgesetzbuches. Demnach steht die Beihilfe zum Suizid nur unter Strafe, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen¹¹⁴ erfolgt. Die Tötung auf Verlangen – und somit die aktive Sterbehilfe – ist hingegen gemäß Art. 111 (vorsätzliche Tötung), Art. 113 (Totschlag) oder Art. 114 (Tötung auf Verlangen) des Schweizerischen Strafgesetzbuches strafbar¹¹⁵. Diese gesetzlichen Bestimmungen gelten seit fast hundert Jahren¹¹⁶. Aus einem Bundesgerichtsentscheid aus dem Jahr 2006 zur ärztlichen Suizidbeihilfe gehen folgende Regelungen für das Verfahren hervor¹¹⁷: Es müssen eine persönliche Untersuchung durch einen Arzt, ein Aufklärungsgespräch und eine korrekte Diagnose erfolgen. Zudem muss durch den Arzt die Urteilsfähigkeit des Suizidwilligen beurteilt werden, was bedeutet, dass der Sterbewunsch aus einem krankheitsbedingten Leiden, nicht aus einem Affekt oder einer vorübergehenden (psychischen) Krise resultiert und frei von äußerem Druck ist.

¹¹⁰ vgl. Borasio 2014, S. 66.

¹¹¹ siehe Fußnote 93.

¹¹² vgl. Borasio 2014, S. 67.

¹¹³ Art. 115 StGB: Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe bestraft.

¹¹⁴ "Einzig die "selbstsüchtigen Beweggründe" sind daher bis in die Gegenwart konstruktiv für die Unrechtsdefinition des Tatbestandes. Bei ihnen hatte der Gesetzgeber an materielle Bereicherung, etwa durch Erbschaft oder die Einsparung von Unterhaltskosten, aber auch an affektive Motive wie etwa Befriedigung von Hass oder Rache gedacht" (Frieß 2012, S. 66f.).

¹¹⁵ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 75.

¹¹⁶ vgl. Bosshard 2017, S. 29.

¹¹⁷ vgl. Bosshard 2017, S. 30.

Bei psychisch kranken Menschen ist äußerste Zurückhaltung zur ärztlichen Suizidbeihilfe geboten, sie ist jedoch nicht generell ausgeschlossen. Des Weiteren geht aus den standesethischen Richtlinien der Akademie der Wissenschaften Schweiz (SAMW) hervor, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes darstellt. Außerdem müssen alternative Behandlungsoptionen durch den Arzt aufgezeigt werden. All diese Voraussetzungen müssen durch mehrfachen, persönlichen Kontakt und die Bestätigung durch eine zweite Meinung erfolgen¹¹⁸.

In der Schweiz wird den dortigen Sterbehilfeorganisationen eine besondere Bedeutung beigemessen. Die beiden größten Sterbehilfeorganisationen sind EXIT und DIGNITAS, wobei sich das Angebot von EXIT nur an schweizerische Staatsbürger richtet, während DIGNITAS auch oder überwiegend Freitodbegleitungen für ausländische Personen anbietet¹¹⁹. Freitodbegleitungen für Personen, die zu diesem Zweck aus dem Ausland in die Schweiz reisen, fallen unter den Begriff des Sterbetourismus. Sterbehilfeorganisationen dürfen gesetzlich nicht gewinnorientiert agieren und finanzieren sich aus Mitgliedschaftsbeiträgen, wobei eine Mitgliedschaft nicht ausschließlich dem Zweck der Freitodbegleitung folgt. Das Angebot für Mitglieder beinhaltet darüber hinaus zum Beispiel die Abfassung von Patientenverfügungen, die Suizidprävention und generell Beratung über Fragen zum Lebensende¹²⁰. Freitodbegleitungen werden nur durch ausgebildete Freitodbegleiter vollzogen. Weiterhin nutzen Sterbehilfeorganisationen ihre praktischen Erfahrungen, um auf Politiker, Medien und Ärztevereinigungen einzuwirken und die Sterbehilfepraxis zu verbessern¹²¹. Die Organisationen halten sich an das geltende Recht, stehen seit Jahren unter Beobachtung und es sind bisher keine Rechtsverstöße bzw. gerichtliche Verurteilungen bekannt¹²². Die Sterbehilfeorganisationen sehen die Freitodbegleitungen nicht als ihre zentrale Aufgabe an. Sie stellen für ihre Mitglieder vielmehr die Sicherheit eines „letzten Ausweges“ bzw. eine Art „Sterbeversicherung“ dar, die vielen Menschen die Ängste über einen Kontrollverlust am Lebensende nimmt und für sie professionellen Beistand bedeutet. Nur ein Bruchteil der Mitglieder nimmt letztendlich die Suizidhilfe in Anspruch¹²³.

¹¹⁸ vgl. DRZE 2009, o.S.

¹¹⁹ vgl. Bosshard 2017, S. 30f.

¹²⁰ vgl. Wehrli 2012, S. 78.

¹²¹ vgl. Wehrli 2012, S. 77.

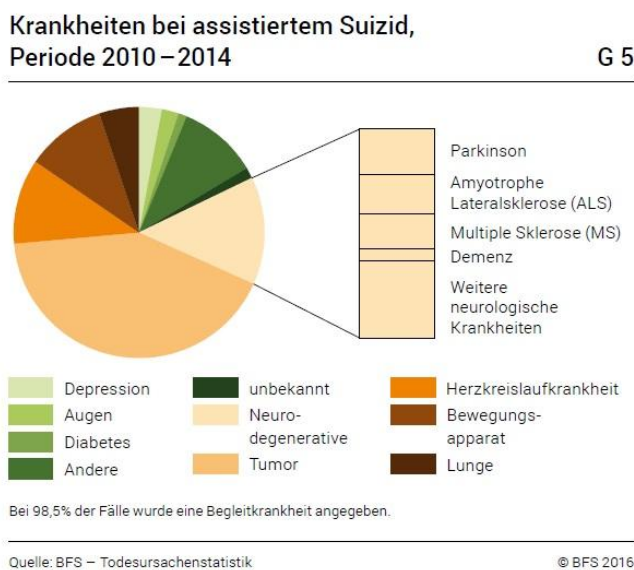
¹²² vgl. Hilgendorf 2010, S. 153.

¹²³ vgl. Borasio 2014, S. 92.

Im Jahr 2014 wurden vom schweizerischen Bundesamt für Statistik zum zweiten Mal Daten über die Inanspruchnahme von assistiertem Suizid erhoben¹²⁴. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Häufigkeit des assistierten Suizids von 1998 bis 2014 und differenziert zwischen den Geschlechtern:



„Das BFS verzeichnete 2014 bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz 742 Fälle, bei denen Sterbehilfe geleistet wurde. Das entspricht 1,2 Prozent aller Todesfälle. Gegenüber dem Vorjahr sind es 26 Prozent mehr. Seit 2008 hat die Zahl jedes Jahr zugenommen. Während in den Anfangsjahren etwas mehr Männer als Frauen die Sterbehilfe in Anspruch nahmen, sind es seit 2001 deutlich mehr Frauen“¹²⁵. Die Häufigkeit steigt zunehmend an, was möglicherweise mit dem demographischen Wandel in der Bevölkerung zu erklären ist. Eine weitere Statistik vom schweizerischen Bundesamt für Statistik bildet ab, aus welchen Krankheitsbildern die Entscheidung zur Suizidbeihilfe anteilmäßig resultiert:



¹²⁴ vgl. Bundesamt für Statistik Schweiz 2016, S. 1.

¹²⁵ Bundesamt für Statistik Schweiz 2016, S. 1.

In 42 % aller Fälle wurde als Grundkrankheit Krebs angegeben, 14 % litten an einer neurodegenerativen Krankheit wie z.B. Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose oder Multiple Sklerose, bei 11 % der Suizidenten ging eine Herz-Kreislaufkrankung voraus und bei 10 % eine Krankheit des Bewegungsapparates. Hervorzuheben ist, dass in 98,5 % aller Fälle eine Begleiterkrankung vorlag¹²⁶.

Wie zuvor erwähnt spielt der Sterbetourismus in der Schweiz eine besondere Rolle. Dazu wurde eine Statistik vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich erstellt. Die Zahlen über Personen, die zum Zweck der Freitodbegleitung von 2008 bis 2012 in die Schweiz eingereist sind, wurden von Bosshard aus Gauthier et al. übernommen¹²⁷:

Tab. 4 Beihilfe zum Suizid bei aus dem Ausland zu diesem Zweck in die Schweiz einreisenden Personen 2008–2012: Wichtigste Herkunftsländer (Tabelle adaptiert und gekürzt nach Gauthier et al. 2015)

	Anzahl Fälle 2008–2012	Prozent (%)
Deutschland	268	44
UK	126	21
Frankreich	66	11
Italien	44	7
USA	21	3
Österreich	13	2
Kanada	12	2
andere	61	(alle je <2)
Total	611	100

Aus der Statistik geht hervor, dass 44 % (268 Fälle) der ausländischen Suizidenten aus Deutschland einreisten und damit den deutlich größten Anteil darstellen. 21 % (126 Fälle) sind aus dem Vereinigten Königreich in die Schweiz eingereist, 11 % (66 Fälle) aus Frankreich. Da die Sterbehilfeorganisation EXIT Freitodbegleitungen nur für schweizerische Staatsbürger anbietet, sind fast alle der erfassten Fälle von DIGNITAS begleitet worden. Die Zahlen stimmen mit den Veröffentlichungen von DIGNITAS überein¹²⁸.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz durch die professionelle Arbeit der großen Sterbehilfeorganisationen Transparenz gewährleistet und Qualitätsstandards voraussetzt, die durch ein System zur Überprüfung der Zulässigkeit gesichert werden. Das Schweizer Modell der Suizidbeihilfe setzt sich für die Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende ein und gewährleistet einen menschenwürdigen Umgang mit dem Sterbewunsch und Ängsten vor dem Tod. Die angebrach-

¹²⁶ vgl. Bundesamt für Statistik Schweiz 2016, S. 2.

¹²⁷ vgl. Bosshard 2017, S. 35, mit Verweis auf Gauthier et al. 2014.

¹²⁸ vgl. Bosshard 2017, S. 34.

ten Statistiken veranschaulichen, dass die gesellschaftliche Resonanz für Freitodbegleitungen tendenziell zunehmend positiv ist und insbesondere von deutschen Ausländern, die ein selbiges Angebot nicht in ihrem Herkunftsland vorfinden, genutzt wird. Daraus lässt sich ableiten, dass sich deutsche Staatsbürger die Beihilfe zum Suizid auch im eigenen Land vorstellen könnten und wünschen würden.

8.3) Oregon

Die Strafgesetzgebung in den USA erfolgt in erster Linie durch die Einzelstaaten¹²⁹, sodass keine bundesweit verbindlichen Regelungen zur Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid existieren¹³⁰. Die aktive Sterbehilfe ist in allen Einzelstaaten verboten, wohingegen der Behandlungsabbruch und der Behandlungsverzicht in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen akzeptiert sind, ebenso wie die indirekte Sterbehilfe. Der Staat Oregon stellt jedoch eine Ausnahme dar, denn am 27. Oktober 1997 trat der „Death with Dignity Act“ in Kraft, wonach schwerst- oder sterbenskranke Menschen erstmals in den USA die Möglichkeit hatten, mit der Verschreibung eines tödlichen Medikaments ihr Leben selbst zu beenden¹³¹. Der Death with Dignity Act wurde im Jahr 1994 durch eine Volksabstimmung mit einer Mehrheit von 51 % gebilligt¹³². Außerdem wird von der Regierung von Oregon jährlich ein Bericht zum Death with Dignity Act online veröffentlicht. Die Beihilfe zum Suizid nach dem Death with Dignity Act wird lediglich einwilligungsfähigen Erwachsenen gewährt, die an einer innerhalb von sechs Monaten tödlich endenden Krankheit leiden und ihren Wohnsitz in Oregon haben¹³³. Der Ablauf der Beihilfe zum Suizid wird von der Oregon Public Health Division¹³⁴ wie folgt zusammengefasst:

Der Patient muss einen Arzt aufsuchen und bei diesem den Wunsch nach Beihilfe zum Suizid vortragen. Die Diagnose und Prognose des Arztes müssen durch einen zweiten Arzt bestätigt werden. Nach einer 15-tägigen Wartezeit muss der Patient seinen Willen erneut bekunden und unter der Aufsicht von zwei Zeugen schriftlich festhalten. Die beteiligten Ärzte müssen die Entscheidungsreife des Patienten überprüfen und bei Bedarf einen Psychiater hinzuziehen. Nach Abschluss dieses Prozesses kann das tödliche Medikament ver-

¹²⁹ Das Strafrecht in den USA ist ein sogenanntes Staatenrecht (vgl. Gavela 2013, S. 145).

¹³⁰ vgl. DRZE 2009, o.S.

¹³¹ vgl. DRZE 2009, o.S.

¹³² vgl. Heun 2010, S. 198f.

¹³³ vgl. Heun 2010, S. 199.

¹³⁴ Oregon Public Health Division:
<https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/faqs.pdf>; siehe auch Fußnote 114.

geschrieben werden. Bemerkenswert dabei ist, dass etwa ein Drittel derer, die die tödliche Substanz verschrieben bekommen und erhalten haben, diese nicht einnimmt und eines natürlichen Todes stirbt. Grund dafür könnte sein, dass die Verfügbarkeit eines selbstbestimmten Ausweges den Betroffenen ausreichend Kraft gibt, um das Leben nicht vorzeitig zu beenden und somit auch einen suizidverhindernden Effekt entfaltet¹³⁵.

Die Dambruchargumente, die aus der Debatte in Deutschland bereits bekannt sind, haben sich in der Praxis in Oregon nicht bestätigt. Dies belegen insbesondere Forschungen zum Thema des assistierten Suizids in Oregon. Unter Anderem ergeben die gesammelten Daten, dass die Bitte um Beihilfe zum Suizid aus der Motivation heraus resultiert, die Kontrolle über das eigene Lebensende zu behalten. Des Weiteren wirkt sich der Death with Dignity Act nicht negativ auf die Entwicklung der Palliativversorgung aus¹³⁶. Im Folgenden werden einige Forschungsergebnisse von Prof. Linda Ganzini¹³⁷ zusammengefasst und aus dem Englischen übersetzt:

Seit der Einführung des Death with Dignity Act bis zum Jahre 2015 sind 991 Einwohner von Oregon durch den ärztlich assistierten Suizid gestorben, was 4 von 1000 Todesfällen im Staat Oregon ausmacht. 51 % der Betroffenen waren männlich, dementsprechend wird die Suizidbeihilfe unabhängig vom Geschlecht in Anspruch genommen. Auffällig ist, dass 97 % der Patienten weiß waren. Das Durchschnittsalter betrug 71 Jahre. In 91 % der Fälle wurden die Patienten in einem Hospiz versorgt. Daraus lässt sich ableiten, dass die Verfügbarkeit der Suizidbeihilfe keinen negativen Einfluss auf die Palliativversorgung hat. Gleichzeitig lässt sich schlussfolgern, dass die Nutzung von palliativer Versorgung nicht zwangsläufig den Wunsch auf eine vorzeitige Lebensbeendigung bewirkt. Als Haupterkrankung der Sterbenskranken wurde am häufigsten Krebs mit 77 % angegeben und die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) mit 8 %. 94 % der Betroffenen benachrichtigten ihre Familien über ihre Entscheidung und 94 % starben im eigenen Zuhause. Auf die Mehrheit der Betroffenen trifft zu, dass die Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen anderen Todesfällen in Oregon höher lag, dass sie geschieden oder nie verheiratet waren und durchschnittlich höher gebildet waren (Bachelorabschluss oder höher)¹³⁸. Im Falle von Patienten, die psychische Störungen oder Depressionen aufwiesen und ein Psychiater zur Beurteilung der Entscheidungsreife hinzugezogen wurde, gaben 95 % der Psychiater an, aufgrund einer länger bestehenden Beziehung zum Patienten differenzieren zu können, ob die psychische

¹³⁵ vgl. Borasio 2014, S. 94f.; vgl. De Ridder 2012, S. 30.

¹³⁶ vgl. Borasio et al. 2017, S. 2.

¹³⁷ Professorin für Psychiatrie an der Oregon Health & Science University, Portland, USA.

¹³⁸ vgl. Ganzini 2017, S. 9f.

Erkrankung oder Depression die Entscheidung für Suizidbeihilfe beeinflusst hat¹³⁹. Ein weiteres Ergebnis der Studien ist, dass für die Bitte um den ärztlich assistierten Suizid das aktuelle Schmerzlevel der Patienten unwichtig war. Vielmehr resultierte der Sterbewunsch aus Ängsten vor zukünftigen Schmerzen. Dementsprechend ist die Bitte um das tödliche Medikament als eine Absicherung für das selbstbestimmte Sterben zu verstehen, von dem unter Umständen nicht Gebrauch gemacht wird, wenn die befürchteten Schmerzen ausbleiben oder auszuhalten sind¹⁴⁰.

Die Suizidbeihilfe am Beispiel vom Death with Dignity Act ist zwischen 2008 und 2015 auch in den Staaten Kalifornien, Washington, Montana und Vermont unter ähnlichen Voraussetzungen legalisiert worden, während die Legalisierung in vielen anderen Staaten gescheitert ist¹⁴¹.

Die gesetzliche Regelung der Suizidbeihilfe in Oregon und die jahrelangen Auswertungen der Entwicklung verdeutlichen, dass die Dammbrechargumente und die Befürchtungen um einen Rückschritt in der Palliativversorgung nicht zutreffen. Die folgende Grafik¹⁴² veranschaulicht, dass in Oregon die Fallzahlen von assistiertem Suizid im Vergleich zu Entwicklungen der Sterbehilfe in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz konstant bleiben:

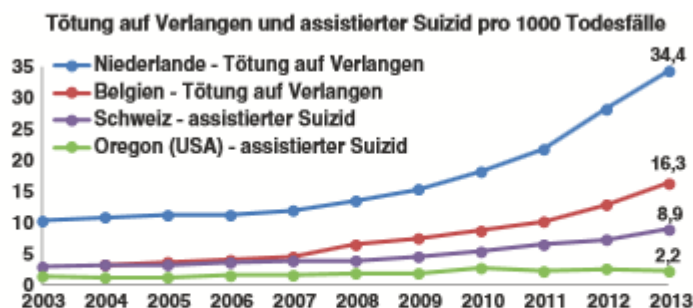


Abb. 1 Entwicklung der Fallzahlen von assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen in den vier wichtigsten Regionen, die eine oder beide dieser Praktiken erlauben (aktualisiert aus Borasio GD, selbst bestimmt sterben, C.H. Beck-Verlag 2014, S. 104)

Auffällig ist zum Beispiel die Entwicklung in der Schweiz dahingehend, dass sich die Beihilfe zum Suizid ausweitet, obwohl ein konkretes Gesetz zur Regelung der Suizidbeihilfe fehlt. Des Weiteren gibt es in Belgien und in den Niederlanden eine rapide steigende Anzahl von Fällen der Tötung auf Verlangen und die Liberalisierung im Sinne der Zulässigkeit für psychisch kranke Menschen, demente Menschen und Kinder. Demgegenüber wird

¹³⁹ vgl. Ganzini 2017, S. 12, m.w.N.

¹⁴⁰ vgl. Ganzini 2017, S. 15, m.w.N.

¹⁴¹ vgl. DRZE 2009, o.S.; vgl. Ganzini 2017, S. 17.

¹⁴² entnommen aus Borasio et al. 2017, S. 3.

der ärztlich assistierte Suizid, wie er in Oregon geregelt ist und seit fast 20 Jahren existiert, in gleichbleibender Häufigkeit praktiziert. Damit lassen sich Befürchtungen über eine schlagartige Ausbreitung der Sterbehilfepraxis empirisch entkräften¹⁴³.

9) Assistierter Suizid und das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Die Beihilfe zum Suizid stellt in Deutschland keinen eigenen Straftatbestand dar. Die Definition von Beihilfe zum Suizid bzw. assistierten Suizid lautet wie folgt:

„Verschaffen Ärzte oder andere Personen jemandem ein todbringendes Mittel oder unterstützen sie ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung liegt Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) vor“¹⁴⁴.

Der Suizid an sich ist straffrei, dementsprechend kann „die Beihilfe zu einer Tat, die selbst straffrei ist, keine Straftat darstellen – außer dies ist extra im Gesetz festgeschrieben, was im StGB nicht der Fall ist“¹⁴⁵. Insbesondere bei der Beihilfe zum Suizid ist entscheidend, wem die Tatherrschaft¹⁴⁶ obliegt. Liegt die Kontrolle über den Hergang beim Suizidenten, handelt es sich um straflose Beihilfe. Wenn jedoch ein Arzt, ein Angehöriger oder eine andere dritte Person die Tatherrschaft besitzt, kann derjenige als Täter nach § 211 (Mord), § 212 (Totschlag), § 213 (minder schwerer Fall des Totschlags) oder § 216 (Tötung auf Verlangen) StGB bestraft werden¹⁴⁷. Die Beihilfe zum Suizid ist jedoch nicht grundsätzlich von der Strafverfolgung ausgenommen, da angenommen wird, dass aufgrund einer sogenannten Garantienpflicht¹⁴⁸ insbesondere Ärzte und nahe Angehörige eine besondere Verantwortung für das Menschenleben des Suizidenten tragen. Deswegen müssen Ärzte und Angehörige selbst bei einem Suizid, der als freiverantwortlich erachtet wird, lebensrettende Maßnahmen einleiten, da sie sich sonst wegen Totschlags durch Unterlassen (§ 13 StGB)

¹⁴³ vgl. Borasio et al. 2017, S. 3f.

¹⁴⁴ Nationaler Ethikrat 2006, S. 55.

¹⁴⁵ Borasio 2014, S. 88.

¹⁴⁶ Die Tatherrschaft bedeutet die Kontrolle über den Tatergang: „Täter ist, wer selbst alle Merkmale eines Ahndungstatbestandes erfüllt. Dies gilt auch dann, wenn der Täter ausschließlich in fremdem Interesse handelt. Maßgebend ist die Gesamtwertung, dass der Handelnde den Willen hat, das Geschehen selbst in der Hand zu halten (Tatherrschaft). Der Handelnde hat Tatherrschaft, wenn sein Tatbeitrag und sein Interesse am Taterfolg so gewichtig sind, dass er das äußere Geschehen im Wesentlichen nach eigenem Willen steuern kann“ (Bohnert et al. 2016, Rn. 7f.).

¹⁴⁷ vgl. Hilgendorf 2010, S. 137; vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 26.

¹⁴⁸ „Hingegen kann die Nichthinderung strafbar sein, insbesondere für Personen mit Rechtspflicht zur Abwendung von Lebensgefahr anderer. Für Ärzte in Konfliktsituationen besteht nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs eine Sonderdogmatik, nach der der Arzt stets seiner Garantienpflicht unterliegt, also trotz Todeswunsch des Patienten lebensrettende Maßnahmen durchführen muss. Allerdings ist er nicht zur Lebenserhaltung um jeden Preis verpflichtet, sondern zur Wahrung der Menschenwürde. Obwohl die Rechtsliteratur die Entscheidung des Suizidanten über die Garantienpflicht stellt, muss für das ärztliche Handeln diese Rechtsprechung entscheidend sein“ (Schwarz 2009, S. 613).

oder unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) strafbar machen können. Für die Praxis der Suizidbeihilfe bedeutet dies, dass Ärzte und Angehörige den Suizidenten vor dessen Bewusstseinsverlust alleine lassen müssen, um sich nicht strafbar zu machen¹⁴⁹. Überdies können Ärzte nicht nur strafrechtlich, sondern auch berufsrechtlich bestraft werden, da die Ärztekammern eine solche Beihilfe zum Suizid verbieten¹⁵⁰. Die strafrechtlichen Regelungen zur Beihilfe zur Selbsttötung würden in Deutschland theoretisch dieselben Voraussetzungen schaffen wie für die Praxis in der Schweiz. Der assistierte Suizid ist trotzdem nicht umsetzbar in Deutschland, da das Betäubungsmittelgesetz es verbietet, das Medikament Natrium-Pentobarbital (NaP) in tödlicher Dosis zum Zwecke der Selbsttötung zu verschreiben. Demnach wird der ärztlich assistierte Suizid in Deutschland aktuell eher durch die Bundesärztekammer, die keine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vorsieht, unterbunden als durch die strafrechtliche Gesetzgebung¹⁵¹. Es besteht für Ärzte eine Rechtsunsicherheit, die zum Beispiel an widersprüchlicher, uneinheitlicher Einzelfallrechtssprechung deutlich wird die die Garantenpflicht bei einer eindeutig freiverantwortlichen Handlung des Suizidenten relativiert¹⁵².

Das neue Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 10. Dezember 2015 hat die Rechtslage in Deutschland dahingehend verändert, dass zuvor alle Formen der Beihilfe zum Suizid straffrei waren, mit dem neuen Gesetz jedoch die sogenannte geschäftsmäßige Suizidhilfe bestraft werden soll¹⁵³. Das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit liegt dann vor, wenn die Absicht besteht, eine Handlung wiederholt auszuüben und zum Gegenstand seiner Beschäftigung zu machen¹⁵⁴. Damit werden alle organisierten Formen der Suizidbeihilfe, zum Beispiel durch Vereine, kriminalisiert. Es soll verhindert werden, dass Vereine, wie zum Beispiel Sterbehilfe Deutschland e.V., den assistierten Suizid zu einem „normalen Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung“¹⁵⁵ machen. Ausgenommen bleibt jedoch nach wie vor die Sterbehilfe als Einzelfallentscheidung¹⁵⁶. Die neue Vorschrift nach § 217 StGB lautet:

¹⁴⁹ vgl. Borasio 2014, S. 88.

¹⁵⁰ vgl. Meijer & Pott 2015, S. 6.

¹⁵¹ vgl. Friß 2012, S. 24.

¹⁵² Siehe Staatsanwaltschaft München I: Verfügung vom 30.7.2010 – Aktenzeichen 125 Js 11736/09. oder Landgericht Deggendorf: Beschluss vom 13.9.2013 – Aktenzeichen 1 Ks 4 Js 7438/11.

¹⁵³ vgl. Borasio et al. 2017, S. 114.

¹⁵⁴ vgl. Taupitz 2017, S. 120f., m.w.N.

¹⁵⁵ BT-Drs. 18/5373, S. 2.

¹⁵⁶ vgl. Duttge 2016, S. 121.

Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

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

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

Mit dem Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln einer Gelegenheit ist gemeint, dass der Täter die Suizidhandlung ermöglicht oder erleichtert. Darunter fällt zum Beispiel die Zuvorverfügungstellung eines Raumes oder tödlicher Medikamente¹⁵⁷. Nicht erfasst ist hingegen die Kommunikation oder ein reiner Informationsaustausch, weshalb der Betrieb einer Sterbehilfeorganisation an sich nicht rechtswidrig ist, sofern sie keine direkten Suizidmöglichkeiten schafft¹⁵⁸. Der § 217 Abs. 1 StGB schließt somit aus, dass sich Personen, die nur allgemeine Hinweise geben oder eine beratende Funktion haben, ohne selbst eine Handlung zu fördern oder zu beabsichtigen, strafbar machen¹⁵⁹. § 217 Abs. 2 StGB soll sichern, dass Angehörige nicht nach § 217 Abs. 1 StGB bestraft werden können, selbst wenn sie an einer geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe teilhaben oder diese unterstützen, da unterstellt wird, dass Angehörige der Suizidbeihilfe nicht aus geschäftsmäßigen, sondern aus emotionalen Gründen beiwohnen. Für Ärzte gilt dieser Strafausschlussgrund nach § 217 Abs. 2 StGB nicht¹⁶⁰. Die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung wird mit einer Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren bestraft. Zusätzlich können für medizinisches Personal ein Berufsverbot oder sonstige Sanktionen verhängt werden, unabhängig von den unterschiedlichen Vorschriften der Landesärztekammern¹⁶¹.

9.1) Kritik am neuen Gesetz

Das neue Gesetz zur Strafbarkeit zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist unter Rechtswissenschaftlern und Experten äußerst umstritten und bietet zahlreiche Ansatzpunkte für Kritik.

Zum einen ist zu kritisieren, dass der Suizid und die Beihilfe daran straffrei sind und bleiben sollen und andererseits die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe gestellt wird mit der Begründung, dass sich alte oder schwerkranke Menschen zur Inanspruchnahme

¹⁵⁷ vgl. Taupitz 2017, S. 117f., m.w.N.

¹⁵⁸ vgl. Taupitz 2017, S. 118, mit Verweis auf BT-Drs. 18/5373, S. 18.

¹⁵⁹ vgl. Taupitz 2017, S. 124, mit Verweis auf BT-Drs. 18/5373, S. 18.

¹⁶⁰ vgl. Taupitz 2017, S. 127, mit Verweis auf BT-Drs. 18/5373, S. 19f.

¹⁶¹ vgl. Taupitz 2017, S. 132, m.w.N.

dieser Möglichkeit genötigt fühlen könnten und die Verfügbarkeit dieses Angebots dazu führt, dass Entscheidungen zur Selbsttötung gefördert werden¹⁶². Damit werden die Selbstbestimmung und die Entscheidungsfreiheit der Sterbewilligen untergraben. In den Rechtswissenschaften wird damit argumentiert, dass durch die Einwilligung des Suizidenten auch die geschäftsmäßige Handlung nach § 217 Abs. 1 StGB gerechtfertigt werden kann. Im Grundgesetz wird durch Art. 1 und Art. 2 Abs. 1 die Freiheit, über das eigene Lebensende zu entscheiden, garantiert. Wenn man die Entscheidungsfreiheit der Sterbewilligen also einschränkt, widerspricht dies der Verfassung, was nicht bedeutet, dass für die Suizidbeihilfe keine besondere Überprüfung der Freiverantwortlichkeit des Betroffenen notwendig ist¹⁶³.

Durch das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung will der Gesetzgeber verhindern, dass diese Beihilfe zu einem normalen Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung wird¹⁶⁴. Es soll eine gesellschaftliche Entwicklung verhindert werden, die das Recht auf Leben untergräbt und Menschen am Lebensende unter Druck setzt, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Um gesellschaftliche Normen zu schützen, werden die Entscheidungsfreiheit und das Selbstbestimmungsrecht von Sterbewilligen eingeschränkt. In dem Sinne wird das Individuum funktionalisiert, um gesellschaftliche Entwicklungen zu verhindern und die Normalität zu wahren¹⁶⁵. Ob Gerichte zukünftig in ihren Entscheidungen den Suizidwilligen durch deren Einwilligung in die Suizidbeihilfe eine rechtfertigende Kraft zusprechen, bleibt abzuwarten.

Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung trifft insbesondere Ärzte und andere Professionelle, die schwerpunktmäßig schwerstkranke und sterbende Menschen behandeln. Wie bereits erklärt ist mit der Geschäftsmäßigkeit nicht die Profitorientierung, sondern die Wiederholungsabsicht gemeint. Die zuvor genannten Ärzte kommen aufgrund ihrer Spezialisierungen zwangsläufig öfter mit Patienten in Kontakt, die ihr Lebensende absehen können oder aufgrund ihrer schweren Erkrankung einen Sterbewunsch äußern. Dementsprechend wird durch das neue Gesetz gerade solchen Professionen, deren Tätigkeitsbereich ein professioneller Umgang mit Fragen zum Lebensende innewohnt, verboten eine ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid zu ermöglichen¹⁶⁶. Auch Palliativmediziner sind vom neuen Gesetz betroffen und fürchten ebenso wie Ärzte und Angehörige anderer

¹⁶² vgl. Duttge 2016, S. 121.

¹⁶³ vgl. Taupitz 2017, S. 125, m.w.N.

¹⁶⁴ vgl. Duttge 2016, S. 120.

¹⁶⁵ vgl. Taupitz 2017, S. 126, m.w.N.

¹⁶⁶ vgl. Jox & Borasio 2017, S. 138.

Gesundheitsberufe eine strafrechtliche Verfolgung. Palliativmediziner sind oft mit Patienten konfrontiert, die einen Sterbewunsch äußern oder Suizidgedanken hegen. Wegen des neuen Gesetzes müssten Palliativmediziner nun befürchten, strafrechtlich belangt zu werden, wenn sie eben genannten Patienten wissentlich größere Mengen von Schmerz- und Sedierungsmitteln verschreiben und diese damit eigenständig einen Suizidversuch begehen. Beispielsweise dürfen Palliativmediziner seit der Gesetzeseinführung auch nicht mehr auf die Möglichkeit des sogenannten Sterbefastens verweisen¹⁶⁷.

Des Weiteren verbessert das neue Gesetz die Situation für Patienten und ihre Angehörigen nicht¹⁶⁸, da durch das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung die Suizidbeihilfe nicht durch professionelle Helfer in Deutschland stattfinden kann. Damit verbleibt den Suizidwilligen keine andere Möglichkeit, als in die Schweiz zu reisen, um einen ärztlich assistierten Suizid durchzuführen. Da Angehörige nach § 217 Abs. 2 StGB von der Strafverfolgung ausgenommen sind, können diese ebenso zur Hilfe gebeten werden. Dies ist allerdings insofern sehr bedenklich, als Angehörige in der Regel nicht über die nötige Sachkunde verfügen und oft mit der Situation überfordert sind¹⁶⁹. Zuletzt bleibt den Sterbewilligen noch die letzte Option, eigenmächtig und wohlmöglich gewaltsam den eigenen Tod herbeizuführen.

9.2) Realität in Deutschland

Die Häufigkeit der ärztlich assistierten Beihilfe zum Suizid ist schwer zu beurteilen, da dementsprechende Handlungen bis zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung große Rechtsunsicherheiten für Ärzte, Betroffene und Angehörige mit sich brachten und deshalb nicht öffentlich bekannt wurden. Die Organisation Sterbehilfe Deutschland e.V. berichtete im Jahr 2011 von 27 Suizidbegleitungen, einem TV-Bericht aus dem Jahr 2013 zufolge gab es mindestens 155 Fälle in Deutschland¹⁷⁰. Studien über den Wunsch nach Lebensverkürzung und assistierten Suizid sind in Deutschland rar. Es gibt jedoch Untersuchungen, die den Todeswunsch bzw. die Lebensverkürzung in Form von Suizid, assistierten Suizid oder Tötung auf Verlangen bei Patienten mit Krebserkrankungen, ALS oder unheilbaren neurodegenerativen Erkrankungen erfragen¹⁷¹. Zwei Studi-

¹⁶⁷ siehe Fußnote 144.

¹⁶⁸ vgl. Jox & Borasio 2017, S. 140.

¹⁶⁹ vgl. Duttge 2016, S. 122.

¹⁷⁰ vgl. Borasio 2014, S. 96.

¹⁷¹ vgl. Jox 2017, S. 52, m.w.N.

en, die von palliativmedizinischen Forschern in Deutschland unternommen wurden, um den Wunsch nach Sterbehilfe zu ermitteln, kamen zu dem Ergebnis, dass zwischen 14 und 20 % der unheilbar und schwer erkrankten Patienten diesen Wunsch äußerten¹⁷². Aus einer weiteren, qualitativen Studie¹⁷³, die in Deutschland durchgeführt und im Jahr 2015 publiziert wurde, sind die Motive für den Wunsch nach Lebensverkürzung bei zwölf Patienten auf Palliativstationen gesammelt worden. Die Ergebnisse der Interviews wurden von Jox wie folgt zusammengefasst:

„Die Hauptthemen, die sich als Motive für diesen Wunsch abzeichneten, waren: 1) ein starkes Bedürfnis nach individueller Selbstbestimmung, gepaart mit dem Wunsch nach Kontrolle und der Absicht, Angehörige von Therapieentscheidungen am Lebensende zu entlasten; 2) Ängste vor einer künftigen Abhängigkeit und künftigem Leiden im Rahmen einer fortschreitenden Erkrankung, insbesondere wenn es sich um einen Verlust der Kommunikationsfähigkeit, ein langes Siechtum oder eine Agonie handelte; 3) das Gefühl, dass jetzt der „richtige“ Zeitpunkt zu sterben ist; 4) das Bedürfnis, einen letzten Ausweg bzw. eine Exit-Strategie zu kennen“¹⁷⁴.

Aus weiteren Studien geht hervor, dass der Wunsch nach Lebensverkürzung bei schwer erkrankten Personen durchschnittlich ein entschlossener Wunsch ist, der über Monate hinweg Bestand hat und nicht situationsbedingt oder impulsiv beschlossen und wieder verworfen wird¹⁷⁵.

Eine von der Bundesärztekammer veranlasste und vom Institut für Demoskopie Allensbach im Jahr 2010 veröffentlichte Erhebung fand ferner heraus, dass 34 % aller Ärzte und 50 % aller Hausärzte von ihren Patienten mit dem Wunsch nach Lebensverkürzung konfrontiert wurden¹⁷⁶. Aus einer weiteren Umfrage unter Ärzten in Deutschland geht hervor, dass 20,7 % der Befragten bereits von ihren Patienten nach einem ärztlich assistierten Suizid gefragt wurden. Die Haltung der befragten Ärzte dazu ist sehr ausgewogen: 41,7 % lehnten den ärztlich assistierten Suizid ab, 40,2 % könnten es sich unter bestimmten Bedingungen vorstellen, während 18 % unentschieden waren. Ein Verbot für Ärzte, den ärztlich assistierten Suizid durchzuführen lehnten 33,7 % der Befragten ab, während 25 % ein solches Verbot

¹⁷² vgl. Jox 2017, S. 53, m.w.N.

¹⁷³ vgl. Jox 2017, S. 54f. mit Verweis auf Pestinger et al. (2015): The desire to hasten death: using grounded theory for a better understanding. When perception of time tends to be a slippery slope.

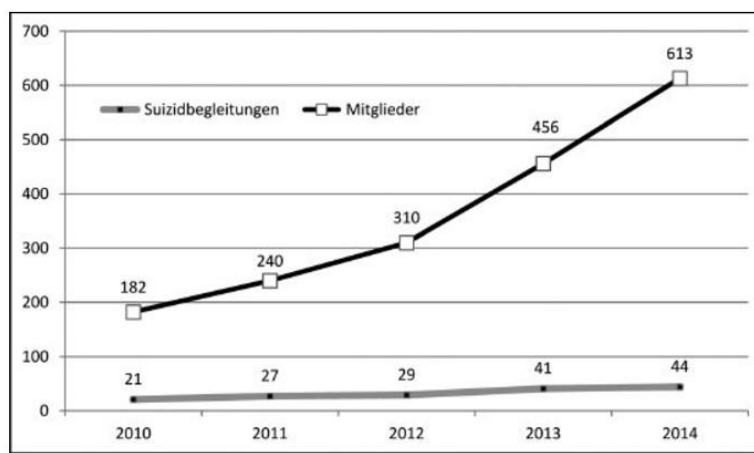
¹⁷⁴ Jox 2017, S. 54f.

¹⁷⁵ vgl. Jox 2017, S. 55, m.w.N.

¹⁷⁶ Siehe Fußnote 150, mit Verweis auf das Institut für Demoskopie Allensbach (2010): Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. Online unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf [letzter Zugriff: 29.05.17]

befürworteten und ganze 41,4 % unentschieden waren¹⁷⁷. Demzufolge unterstützt die Mehrheit der befragten Ärzte ein berufsrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe nicht.

Vor dem Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung leistete der Sterbehilfe Deutschland e.V. als einzige deutsche Organisation Beihilfe zum Suizid und veröffentlichte Statistiken und Berichte über die geleisteten Fälle von Suizidbeihilfe. Aus dem letzten Bericht des Sterbehilfe Deutschland e.V. vor Einführung des neuen Gesetzes geht hervor, dass insgesamt in den Jahren von 2010 bis 2014 163 Fälle von Suizidbeihilfe durch den Verein geleistet wurden (siehe die folgende Abbildung¹⁷⁸).



Aus der Grafik wird ebenfalls deutlich, dass der Anstieg der Mitgliedszahlen seit Gründung des Vereins bis zum Jahr 2014 von anfangs 182 Mitgliedern auf 613 Mitglieder gestiegen ist. Der enorme Zuwachs lässt sich zum einen damit erklären, dass der Verein im Laufe der Jahre an Bekanntheit gewonnen hat. Andererseits lässt sich vermuten, dass das Interesse an Selbstbestimmung am Lebensende und der Zuspruch zum assistierten Suizid in Deutschland ansteigen. Bezogen auf ca. 900 000 Todesfälle jährlich in Deutschland¹⁷⁹ ist davon der Anteil, der Suizidbeihilfe in Anspruch genommen hat, sehr gering.

Es ist wichtig zu beachten, dass sich Forschungsergebnisse und Meinungserhebungen in ihren Ergebnissen unterscheiden können, je nachdem, welche Methodik angewandt wurde und wie die Einstellung der Auftraggeber der Studie oder der Befragung zu dem jeweiligen Thema ist. Dies lässt sich zum Beispiel an der folgenden Abbildung erkennen, die die Ergebnisse von verschiedenen repräsentativen, anerkannten Institutionen gegenüberstellt, die

¹⁷⁷ vgl. Schildmann & Vollmann 2017, S. 67, mit Verweis auf Schildmann, Dahmen, Vollmann (2015): Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. Ergebnisse einer Querschnittsumfrage unter Ärzten in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift. DOI 10.1055/s-0034-1387410.

¹⁷⁸ vgl. Jox 2017, S. 53f., Abbildung aus Benzin (2015): Der Ausklang. Leitfaden für Selbstbestimmung am Lebensende. StHD Schriftenreihe, Norderstedt.

¹⁷⁹ vgl. Jox 2017, S. 54.

Erhebungen zum Thema des assistierten Suizids zwischen September 2012 und April 2015 veröffentlicht haben¹⁸⁰:

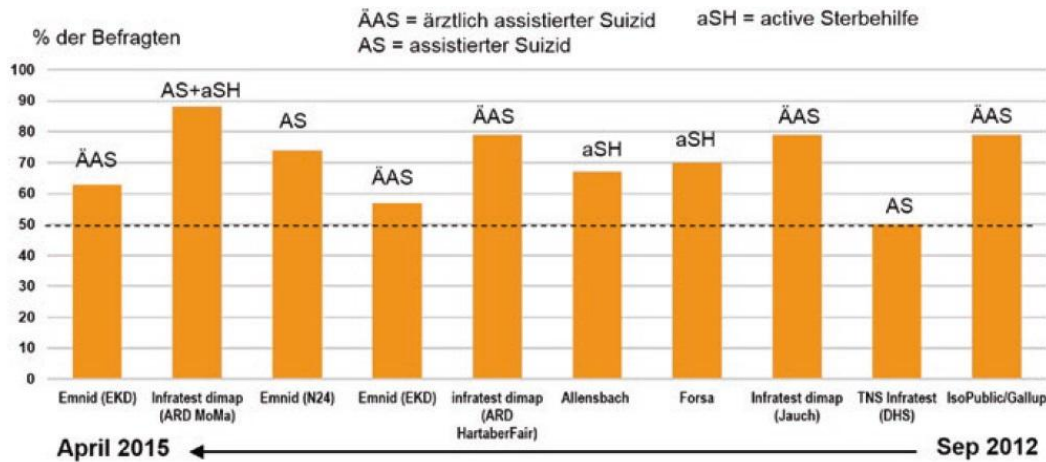


Abb. 1 Repräsentativerhebungen deutscher Bürger zum assistierten Suizid. Alle Erhebungen wurden von anerkannten demoskopischen Forschungsinstituten zwischen September 2012 und April 2015 (32 Monate) durchgeführt. Die jeweilige Form von Lebensverkürzung, die der Erhebung zugrunde lag, wird über jedem Balken in Abkürzungen dargestellt. Unter den Balken sind die Namen der demoskopischen Institute und, soweit ermittelbar, in Klammern die Auftraggeber gelistet. EKD = Evangelische Kirche Deutschland; ARD = Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland; MoMa = Morgenmagazin; N24 = Nachrichtenkanal N24, DHS = Deutsche Hospiz Stiftung (inzwischen umbenannt in „Deutsche Stiftung Patientenschutz“)

Die Erhebungen unterscheiden sich zum einen darin, dass die Zustimmung zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe erfragt wurde (ärztlich assistierter Suizid, assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe). Zum anderen wird bei der oben gezeigten Abbildung nicht deutlich, ob und inwiefern die verschiedenen Begriffe der Sterbehilfe im Vorfeld den befragten deutschen Bürgern erläutert wurden. Dennoch zeigt sich, dass sich in allen Erhebungen mindestens die Hälfte der Befragten die Ermöglichung der jeweiligen Form der Sterbehilfe wünschen würde. Aus der Gegenüberstellung von Jox geht des Weiteren hervor, dass die durchschnittliche Zustimmung aller zehn Befragungen zusammen bei 72 % und somit deutlich in der Mehrheit liegt. Die höchsten Zustimmungswerte wurden durch die Erhebung der ARD erfasst, während die niedrigste Zustimmung durch die Evangelische Kirche Deutschland und die deutsche Hospizstiftung erhoben wurde. Darin spiegelt sich die eher ablehnende Haltung zum selbstbestimmten Sterben der Kirchen und Glaubensgemeinschaften wider. Hervorzuheben in der Reihe der Institutionen ist außerdem die internationale Befragung von IsoPublic/Gallup, durch die festgestellt wurde, dass 80 % der deutschen Befragten den ärztlich assistierten Suizid befürworten. Weitergehende Untersuchun-

¹⁸⁰ vgl. Jox 2017, S. 56.

gen differenzieren bei den Befragten und deren Zustimmung oder Ablehnung zum Thema assistierter Suizid zwischen verschiedenen Gruppenmerkmalen. Daraus geht zum Beispiel hervor:

„Während zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede feststellbar waren, fand sich durchgängig eine höhere Zustimmung zum assistierten Suizid 1) bei Ostdeutschen (im Vergleich zu Westdeutschen), 2) bei weniger religiösen Bürgern (im Vergleich zu stärker religiösen Bürgern laut Selbstauskunft), 3) und bei Bürgern mit einem höheren Bildungsniveau (im Vergleich zu jenen mit einem geringeren Bildungsgrad)“¹⁸¹.

Dass sich die Einstellungen verschiedener Individuen dadurch unterscheiden, dass sie zum Beispiel unter verschiedenen Bedingungen aufgewachsen sind, unterschiedliche religiöse und moralische Wertvorstellung haben oder andere Ansprüche an die Verwirklichung ihrer Selbstbestimmung stellen, trifft nicht nur auf die Sterbehilfedebatte zu. Dennoch wäre es ein Schritt zur Selbstverwirklichung, Befürwortern der Suizidbeihilfe ihr Anliegen zu erfüllen und gleichzeitig den Gegnern natürlich die Wahl zu lassen, den Anspruch nicht wahrzunehmen, wobei anzumerken ist, dass aus den zuvor beschriebenen Erhebungen deutlich wird, dass sich die Mehrheit der deutschen Bürger eine Liberalisierung der Suizidbeihilfe wünscht und es in diesem Sinne demokratisch wäre, den Willen der eindeutigen Mehrheit zu verwirklichen¹⁸².

9.3) Fazit

Das neue Gesetz zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung hat dazu geführt, dass es Ärzten oder anderen Professionellen verboten ist, es zum Gegenstand ihres Berufes zu machen, Menschen zu ihrem Willen, das eigene Lebensende herbeizuführen, verhelfen zu können. Die auf Wiederholung ausgelegte Beihilfe zum Suizid wird durch das neue Gesetz unter Strafe gestellt. Der Zweck des Verbots ist, dass die Beihilfe zum Suizid nicht zu einem Angebot der Gesundheitsversorgung wird, das schwerstkranken oder sterbende Menschen vermehrt dazu motiviert, Beihilfe zum Suizid in Anspruch zu nehmen und den Schutz des Lebens zu verletzen. Da Dambruchargumente und negative gesellschaftliche Entwicklungen durch die Ausweitung der Sterbehilfepraxis befürchtet werden, soll das neue Gesetz diesen Befürchtungen entgegenwirken, wodurch jedoch die Selbstbestimmung am Lebensende und die Entscheidungsfreiheit der Sterbewilligen für diesen hö-

¹⁸¹ Jox 2017, S. 57f.

¹⁸² vgl. Jox 2017, S. 59.

heren Zweck eingeschränkt werden. In Kapitel 9.1 wird deshalb unter anderem kritisiert, dass gerade der besondere Schutz des Lebens einer professionellen Suizidbeihilfe bedarf und deshalb das Verbot der Geschäftsmäßigkeit einen Widerspruch darstellt. Gerade durch das Verbot der Geschäftsmäßigkeit wird die Suizidbeihilfe zukünftig weiterhin nicht unter staatlicher Aufsicht stehen und von unprofessionellen Helfern oder Angehörigen, ohne dass eine Überprüfung der Qualität und Sorgfaltskriterien stattfindet, nicht öffentlich ausgeführt. Das neue Gesetz trifft vor allen Dingen Ärzte sowie Palliativmediziner, die mit schwerstkranken und sterbenden Menschen im Berufsalltag konfrontiert sind und Anfragen für Suizidbeihilfe ablehnen müssen, da ihnen berufsbedingt die Suizidbeihilfe nicht als Einzelfallentscheidung, sondern als geschäftsmäßige Handlung unterstellt und als solche bestraft werden kann. Betroffene und Angehörige, die Möglichkeiten für einen ärztlich assistierten Suizid suchen, werden mit ihren Sorgen und Ängsten allein gelassen, da ihnen die professionelle Hilfe verwehrt wird. Daraus resultieren nicht mehr Schutz vor Missbrauch der Beihilfe zum Suizid und auch nicht ein geringerer Anteil an Personen, die ihrem Leben ein Ende setzen möchten, sondern Unwissenheit und Überforderung seitens der Betroffenen und Angehörigen.

Aus den in Kapitel 9.2 betrachteten Studien geht hervor, dass trotz palliativmedizinischer Versorgung mit 14 bis 20 % der Anteil unheilbarer und schwer erkrankter Patienten, die den Wunsch nach Sterbehilfe äußern, relativ hoch ist und aus Motivationen wie der Selbstbestimmung, dem Wunsch nach Kontrolle oder Ängsten vor dem zukünftigen Verlust kognitiver Fähigkeiten resultiert. Um diese Ängste zu reduzieren, würden sich die Betroffenen die Möglichkeit des assistierten Suizids wünschen, selbst wenn die Möglichkeit letztendlich nicht in Anspruch genommen wird, sondern nur eine Sicherheit darstellt, den Todeszeitpunkt im Falle einer Verschlechterung der individuellen Situation selbst zu bestimmen. Weitere Zahlen belegen, dass die Mehrheit der deutschen Ärzte ein berufsrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe ablehnt oder unentschlossen ist. Die Suizidbegleitung durch den Verein Sterbehilfe Deutschland ist seit der Einführung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nicht mehr möglich. Die Mitgliederzahlen des Vereins zwischen 2010 und 2014 weisen jedoch darauf hin, dass sich zunehmend Menschen zwecks Hilfe oder Informationen über das selbstbestimmte Sterben von Professionellen beraten lassen möchten. Verschiedenste Erhebungen bei deutschen Bürgern stellen heraus, dass sich durchschnittlich 72 % der Befragten eine Liberalisierung der Sterbehilfepraxis in Deutschland wünschen. Somit ist die Mehrheit der deutschen Bürger gegen die Eingren-

zung der Möglichkeiten zur Suizidbeihilfe, die im Endeffekt durch das neue Gesetz durchgesetzt wurde.

Zusammenfassend verdeutlichen die Kritik am neuen Gesetz sowie die erläuterten Erhebungen über die Meinungen von Betroffenen und professionell Tätigen, dass das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nicht dem mehrheitlichen Konsens der Gesellschaft entspricht und zudem die zuvor beschriebenen Gefahren, wie zum Beispiel das unseriöse Betreiben der Suizidbeihilfe, hervorruft. Das neue Gesetz widerspricht dem Selbstbestimmungsrecht und der Entscheidungsfreiheit des Individuums, um gesellschaftliche Entwicklungen und Befürchtungen zu unterbinden. Statt das generelle Verbot für jedermann festzulegen, hätte die Regierung ein Verfahren etablieren sollen, das es dem Einzelnen ermöglicht, seine eigenen Gewissensentscheidungen zu treffen. Stattdessen wurden die moralischen Bedenken der Abgeordneten als politische Entscheidung sämtlichen Bürgern auferlegt und untergraben die ethische Pluralität in der Gesellschaft¹⁸³. Der Transparenz über (ärztliche) Handlungen am Lebensende wird durch die Einführung des neuen Gesetzes zudem eher entgegengewirkt.

10) Gesetzesentwurf für einen ärztlich assistierten Suizid

Mit dem neuen Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung wurde ausgeschlossen, dass ein ärztlich assistierter Suizid in Deutschland straffrei Anwendung finden darf. In den vorausgegangenen Kapiteln wurde deutlich gemacht, dass die ärztlich assistierte Suizidbeihilfe jedoch eine menschenwürdigere und sicherere Praxis der Sterbehilfe und des selbstbestimmten Sterbens bieten würde als der Suizid in Eigeninitiative oder mithilfe von unprofessionellen Angehörigen oder Helfern. In diesem Kapitel soll deshalb ein Gesetzesentwurf für einen ärztlich assistierten Suizid vorgestellt und diskutiert werden.

Um eine gesicherte Rechtslage in Deutschland, insbesondere für Ärzte, die nach freier Gewissensentscheidung in Einzelfällen Suizidbeihilfe leisten wollen zu schaffen, müssten Ärzte im Gesetz zu Beihilfe zur Selbsttötung von der Strafbarkeit ausgenommen werden, falls sie einer einwilligungsfähigen Person auf deren Verlangen hin unter definierten Voraussetzungen Beihilfe leisten. Das Fehlen der Möglichkeit zur Suizidassistenz führt dazu, dass Suizidenten auf gewaltsame oder fremdgefährdende Methoden zurückgreifen müs-

¹⁸³ vgl. Wiesing 2017, S. 145.

sen¹⁸⁴. Außerdem sollten die Sterbehilfepraxis und der assistierte Suizid gesetzlich geregelt sein, damit Ärzte sowie Patienten und Angehörige Rechtssicherheit im selbstbestimmten Sterben haben¹⁸⁵. Im Folgenden wird der konkrete Gesetzesvorschlag zur Änderung des Strafgesetzbuches¹⁸⁶ von Borasio et al. vorgestellt:

§ 217 Beihilfe zur Selbsttötung

(1) Wer einem Anderen Beihilfe zur Selbsttötung leistet, wird, wenn die Selbsttötung ausgeführt oder versucht wurde, mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Angehörige oder dem Betroffenen nahestehende Personen sind nicht nach Abs. 1 strafbar, wenn sie einem freiverantwortlich handelnden Volljährigen Beihilfe leisten.

(3) Ein Arzt handelt nicht rechtswidrig nach Absatz 1, wenn er einer volljährigen und einwilligungsfähigen Person mit ständigem Wohnsitz in Deutschland auf ihr ernsthaftes Verlangen hin unter den Voraussetzungen des Absatzes 4 Beihilfe zur Selbsttötung leistet. Ein Arzt ist zu einer solchen Beihilfe nicht verpflichtet.

(4) Beihilfe zur Selbsttötung nach Absatz 3 darf der Arzt nur leisten, wenn

1. er aufgrund eines persönlichen Gesprächs mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung die Beihilfe zur Selbsttötung verlangt,

2. er aufgrund einer persönlichen Untersuchung des Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet,

3. er den Patienten umfassend und lebensorientiert über seinen Zustand, dessen Aussichten, mögliche Formen der Suizidbeihilfe sowie über andere – insbesondere palliativmedizinische – Möglichkeiten aufgeklärt hat,

4. er mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten persönlich gesprochen, untersucht und ein schriftliches Gutachten über die in den Punkten 1 und 2 bezeichneten Gesichtspunkte abgegeben hat, und

5. zwischen dem nach dem Aufklärungsgespräch gemäß Nr. 3 geäußerten Verlangen nach Beihilfe und der Beihilfe mindestens zehn Tage verstrichen sind.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln, insbesondere zu

1. den Anforderungen an die fachliche Qualifikation der beteiligten Ärzte,

2. den Anforderungen an die Aufklärungspflicht,

3. den Anforderungen an die Dokumentation und etwaigen Meldepflichten.

§ 217a Werbung für die Beihilfe zur Selbsttötung

(1) Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Abs.

¹⁸⁴ vgl. Borasio et al. 2014, S. 102f.

¹⁸⁵ vgl. Hilgendorf 2010, S. 139.

¹⁸⁶ Entnommen aus der Pressemitteilung anlässlich der Präsentation des Buches Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Online unter: http://www.imgb.de/Neuigkeiten/Pressemitteilung%3A%20Gesetzesvorschlag%20zur%20Regelung%20des%20assistierten%20Suizids/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag%20assist%20%20Suizid.pdf [letzter Zugriff: 29.05.17]

3) seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise eigene oder fremde Hilfeleistung zur Vornahme einer Selbsttötung anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Absatz 1 Nr. 1 gilt nicht, wenn Ärzte darüber unterrichtet werden, welche Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen bereit sind, Beihilfe zur Selbsttötung unter den Voraussetzungen des § 217 Abs. 3 und 4 vorzunehmen.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Beihilfe zur Selbsttötung und auch der Versuch mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft wird. Davon ausgenommen sind jedoch Angehörige, die einem freiverantwortlich handelnden Volljährigen Beihilfe leisten. Nach Abs. 3 wäre die Beihilfe durch einen Arzt ebenso straffrei, wenn der Arzt auf das ernsthafte Verlangen der betroffenen Person hin handelt und die Voraussetzungen bzw. Sorgfaltskriterien aus Abs. 4 erfüllt. Die Sorgfaltskriterien ähneln sehr den Vorgaben, die aus der Schweiz, den Niederlanden und Oregon bekannt sind. Es muss vom Arzt durch ein persönliches Gespräch überprüft werden, dass der Patient seine Entscheidung für den assistierten Suizid freiwillig und wohlüberlegt getroffen hat. Es wird außerdem vorausgesetzt, dass der Patient an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet. Ebenso wie in den anderen Ländern, die bereits den assistierten Suizid praktizieren, muss der Patient über seine Situation und mögliche Alternativen aufgeklärt werden. Zudem muss ein zweiter, unabhängiger Arzt beteiligt werden, bis schließlich nach einer Wartezeit von 10 Tagen nach dem ersten Aufklärungsgespräch die Beihilfe zum Suizid geleistet werden kann. Nach Abs. 5 werden durch das Bundesministerium für Gesundheit Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte, an die Aufklärungspflicht und an die Dokumentations- und Meldepflichten gestellt. Außerdem sieht der Gesetzesentwurf nach § 217a das Verbot der Werbung für die Beihilfe zur Selbsttötung vor, um insbesondere die gewinnorientierte Anstiftung zum Suizid zu verhindern. Des Weiteren muss dem Gesetzesentwurf entsprechend auch das Betäubungsmittelgesetz angepasst werden, wonach Medikamente in tödlicher Dosis verschrieben werden dürfen, sofern sie den § 217 Abs. 3 & 4 erfüllen.

Psychiater und Suizidforscher stimmen überein, dass es freiverantwortliche Suizidwünsche geben kann, die nicht durch palliative Versorgung oder andere medizinische Maßnahmen behoben werden können. Deswegen argumentieren die Verfasser des Gesetzentwurfes damit, dass es die Aufgabe des Staates ist, in verzweifelten Notlagen Fürsorgemöglichkeiten zu schaffen und nicht durch ethisch einseitige Vorgaben die Selbstbestimmung am Lebensende einzuschränken. Kompetente, unvoreingenommene Ansprechpartner können

Ärzte, Palliativmediziner oder andere professionelle Suizidhelfer sein¹⁸⁷. Um den Schutz des Lebens und die unkontrollierte Ausweitung von Suizidbeihilfen zu verhindern und gleichzeitig das selbstbestimmte Sterben zu fördern, bietet der Gesetzesentwurf ein geeignetes Verfahren im Gegensatz zum geltenden Recht:

„Durch die zweifache ärztliche Untersuchung und das vorgeschriebene Aufklärungsgespräch werden die Ziele der Fürsorge, des Schutzes vor sozialem Druck und der Suizidprävention auf bestmögliche Weise erreicht“¹⁸⁸.

Des Weiteren wird die juristische Problematik der Garantenstellung im vorgestellten Gesetzesentwurf insofern geregelt, als nach Abs. 2 & 3 sowohl nahestehende Personen, als auch Ärzte nicht mehr verpflichtet sind, lebensrettende Maßnahmen einzuleiten, wenn sie einem freiverantwortlich handelnden Menschen Beihilfe zum Suizid leisten. Sowohl die gewinnorientierte, als auch die geschäftsmäßige (auf Wiederholung ausgerichtete) Suizidbeihilfe durch Einzelpersonen oder Suizidhilfeorganisationen werden durch das Gesetz und das Verbot der Werbung nach § 217a verboten. Der assistierte Suizid wäre nur durch Ärzte vollziehbar. Im Sinne der Autoren würde die Tötung auf Verlangen weiterhin strafbar bleiben, da diese zu viele Gefahren birgt und mithilfe des technologischen Fortschritts in der Medizin ohnehin überflüssig wird. Zum Beispiel können auch gelähmte Menschen mithilfe bestimmter Technologien die Tatherrschaft über das Geschehen übernehmen¹⁸⁹. Mit dem Gesetzesvorschlag soll bewirkt werden, dass die gesellschaftliche Tabuisierung der Sterbehilfe reduziert wird, um Patienten ihre Ängste zu nehmen, wenn sie bei Ärzten Suizidwünsche äußern, missverstanden, abgewiesen oder in die Psychiatrie eingewiesen zu werden¹⁹⁰. Angesichts der technisch-medizinischen Entwicklungen und der Lebenserhaltung durch Apparatedizin sollte deshalb auch nach Hilgendorf eine neue Kultur des Sterbens bzw. der Hilfe im Sterben etabliert werden:

„Wir müssen lernen, mit Sterbenden verantwortungsvoller umzugehen. Dazu ist erforderlich, Sterben und Tod nicht länger zu tabuisieren, sondern die anstehenden Sachfragen klar und ohne Vorurteile anzusprechen. [...] Die Ethik des Sterbens, soviel dürfte von vornherein feststehen, muss mit den Basiswerten unserer Gesellschaft, also der Menschenwürde und den Menschenrechten, in Einklang stehen“¹⁹¹.

Das Recht auf Leben bedeutet nicht die Pflicht zum Leben, ansonsten wären Suizidversuche strafbar. Allerdings leiten die Autoren des Gesetzesentwurfs aus dem Recht auf Leben

¹⁸⁷ vgl. Borasio et al. 2014, S.107.

¹⁸⁸ Borasio et al. 2014, S. 108.

¹⁸⁹ vgl. Borasio et al. 2014, S. 108.

¹⁹⁰ vgl. Borasio et al. 2014, S. 102f.

¹⁹¹ Hilgendorf 2010, S. 138.

nicht im Umkehrschluss ein Recht auf Sterben ab. Vielmehr wird der Gesetzesentwurf dadurch begründet, dass durch die Einführung einer Regelung mehr Transparenz und eine sichere Rechtslage für Betroffene und Ärzte geschaffen werden¹⁹².

Kritiker der Einführung des ärztlich assistierten Suizids befürchten eine Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, wenn es zur Aufgabe der Ärzte gehört, Suizidbeihilfe zu leisten. Darin sehen einige Ärzte einen Widerspruch gegen das ärztliche Ethos. Borasio et al. begreifen diesem Punkt damit, dass es geteilte Meinungen über diese Ansicht in der Ärzteschaft gibt. Zum Beispiel geht aus einer Befragung im Auftrag der Bundesärztekammer im Jahr 2009 hervor, dass „37 Prozent der Ärzte bereit wären, Suizidhilfe zu leisten, wenn dies gesetzlich ausdrücklich erlaubt wäre“¹⁹³.

Ein wichtiges Gegenargument zur Suizidbeihilfe ist, dass laut einigen Kritikern der freigeählte Tod niemals eine wohlüberlegte Entscheidung sein kann. In dieser Argumentation entstehen Suizidwünsche aus tiefster Verzweiflung, aus Einsamkeit oder aus unerträglichen Schmerzen. Deshalb ist der Suizidwunsch als ein Appell an die Mitmenschen bzw. die Gesellschaft zu verstehen und ruft die Verpflichtungen eben dieser hervor, zu helfen und nicht den Suizid zu unterstützen. Es wird unterstellt, dass Suizidwünsche wegen der schweren Schmerzen und dem Leid der Betroffenen aus einer eingeschränkten Handlungsfreiheit heraus entstehen¹⁹⁴:

„Ein Suizidgefährdeter will gar nicht dem Leben, sondern vielmehr dem Leiden entrinnen. Er oder sie will nicht nicht leben, sondern anders leben. Die Daten der Sterbehilfe-Organisationen zeigen, wie wir gesehen haben, dass das Hauptmotiv für den Todeswunsch nicht körperlicher Schmerz ist, sondern psychische Belastungen wie Depression, Hoffnungslosigkeit und Angst. Die Antwort auf Depressionen und Hoffnungslosigkeit kann aber nicht Tötung sein, sondern ruft nach medizinischer Hilfe, Beratung und Beistand“¹⁹⁵.

Deshalb fordern Kritiker statt des ärztlich assistierten Suizids mehr Solidarität von der Gesellschaft, bessere Präventionsmaßnahmen, Palliativversorgung und Hospizarbeit. Im Gegensatz zu dieser Betrachtungsweise stehen beispielsweise die in Kapitel 9.2 angebrachten Untersuchungen in palliativmedizinischen Settings, die den Todeswunsch und die Hauptmotive dazu herausstellen und unabhängig von Schmerzen oder Depressionen als freiverantwortliche Entscheidungen bewerten.

¹⁹² vgl. Borasio et al. 2014, S. 109.

¹⁹³ Borasio et al. 2014, S. 110; siehe auch Kapitel 8.2.

¹⁹⁴ vgl. Höffe 2012, S. 17.

¹⁹⁵ Kummer 2016, S. 42.

Dem Gesetzesentwurf über die Beihilfe zur Selbsttötung wird des Weiteren entgegengebracht, dass die Zulässigkeit der Suizidbeihilfe für sterbenskranke Menschen zur Folge haben könnte, dass es zukünftig schwierig wird, rationale Grenzen zwischen akzeptierten und nichtakzeptierten Formen der Lebensbeendigung zu ziehen. Man befürchtet eine steti-ge Erweiterung der Sterbehilfepraxis und eine Entsolidarisierung mit Menschen, die hilfe-bedürftig oder verzweifelt sind¹⁹⁶. Die Autoren des Gesetzentwurfs widersprechen nicht darin, dass die Grenzen für die Legitimation des ärztlich assistierten Suizids ausgearbeitet werden können, beispielsweise wie in Oregon, wo die Zulässigkeit nur für Menschen, die voraussichtlich in den nächsten sechs Monaten natürlich sterben werden, besteht. Man will diesen Fragen mit wissenschaftlichen Untersuchungen und Datenerhebungen nachkom-men, sobald der ärztlich assistierte Suizid in Deutschland praktiziert würde¹⁹⁷.

Der Gesetzesvorschlag von Borasio et al. bietet einen Lösungsvorschlag für die gesetzliche Regelung des ärztlich assistierten Suizids in Deutschland. Orientiert an den Verfahren und gesetzlichen Bestimmungen des Death with Dignity Acts in Oregon sollen Ärzte nach freier Gewissensentscheidung die Beihilfe zur Selbsttötung leisten dürfen. Ebenso wäre die Garantenstellung für Angehörige und nahestehende Personen aufgehoben, wenn es sich um die Selbsttötung einer freiverantwortlich handelnden, volljährigen Person handelt. Die Sorgfaltskriterien nach Abs. 4 und die Einführung von Qualitäts- und Dokumentations-pflichten durch das Bundesministerium für Gesundheit würden sicherstellen, dass die Bei-hilfe zum Suizid in Deutschland transparent wird und Missbräuchen vorgebeugt werden kann. Zudem soll nach § 217a die Werbung für Suizidbeihilfe verboten und bestraft wer-den, um gewinnorientierten Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen keinen Raum zu bieten. Der ärztlich assistierte Suizid soll unter staatlicher Aufsicht stattfinden und das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende bekräftigen, statt es einzuschränken. Insbesondere soll gewährleistet werden, dass moralische Fragen über das eigene Lebensende nicht vom Staat, sondern vom Individuum selbst beantwortet werden können. Daraus entsteht für schwerstkranke, alte und sterbende Menschen keine Verpflichtung zur vorzeitigen Lebens-beendigung oder für Ärzte, Beihilfe zu einer solchen leisten. Stattdessen sollen gewillte Ärzte für Betroffene als professionelle Ansprechpartner zur Verfügung stehen, um Ängste vor diesem sensiblen Thema zu nehmen und neben der Suizidbeihilfe auch Suizidpräventi-on zu betreiben und über mögliche Alternativen aufzuklären. Gegner des ärztlich assistier-ten Suizids betonen insbesondere, dass Suizidwünsche niemals freiverantwortliche und

¹⁹⁶ vgl. Bormann 2017, S. 92.

¹⁹⁷ vgl. Wiesing 2017, S. 92f.

wohlüberlegte Entscheidungen darstellen können, sondern aus tiefster Verzweiflung entstehen, der entgegengearbeitet werden müsste. Stattdessen heben die Verfasser des Gesetzentwurfes die Selbstbestimmung und die Entscheidungsfreiheit von Patienten hervor und erkennen an, dass angesichts schwerster Schmerzen und großem Leid die persönliche Entscheidung zur vorzeitigen Lebensbeendigung ein Ausdruck der eigenen Vorstellungen über ein menschenwürdiges Lebensende darstellt, denen der Staat nicht entgegenwirken sollte, indem er ihre professionelle Ausführung strafrechtlich sanktioniert.

11) Selbstbestimmung

Selbstbestimmung im Kontext von Sterbehilfe ist das zunehmende Verlangen der Menschen, über medizinische Maßnahmen generell und am Lebensende freiverantwortlich entscheiden zu können. Die Selbstbestimmung am Lebensende geht über die Wahl des Todeszeitpunktes hinaus. Die persönliche Definition des Sterbens in Würde ist ein Ausdruck der Selbstbestimmung. Dabei hat jede Definition ihre eigene Berechtigung und darf nicht von Außenstehenden beurteilt werden¹⁹⁸. In anderen Worten beinhaltet die Menschenwürde das Recht auf Selbstbestimmung im Leben und im Sterben¹⁹⁹. Das Recht auf Selbstbestimmung muss in einer pluralistischen Gesellschaft unabhängig von Wertfragen gewährt werden, solange dessen Ausübung nicht mit der Freiheit anderer Menschen kollidiert²⁰⁰. Das Recht, über das eigene Leben zu bestimmen, spielt in der Sterbehilfedebatte eine besondere Rolle. Daraus folgt für medizinische Behandlungen, dass es dem Selbstbestimmungsprinzip widerspricht, das Leben gegen den Willen eines Patienten zu verlängern:

„Die ethische Verpflichtung, die durch den aktuell entscheidungsfähigen und wohlinformierten Patienten ernstlich erfolgte Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen anzuerkennen und den Patienten nicht entgegen dieser Ablehnung zu behandeln, wird allgemeinhin unter Verweis auf den ethischen Anspruch des Patienten auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit begründet“²⁰¹.

Der Selbstbestimmung über das eigene Leben wird durch die aktuelle Rechtsprechung und die ärztlichen, ethischen Grundsätze in Form der erlaubten passiven und indirekten Sterbehilfe Rechnung getragen. Dementsprechend ist jede Behandlung gegen den selbstbestimmten Patientenwillen rechtswidrig. Die Selbstbestimmung am Lebensende lässt sich auf ver-

¹⁹⁸ vgl. Borasio 2014, S. 186.

¹⁹⁹ vgl. Friß 2012, S. 39.

²⁰⁰ siehe Fußnote 171, siehe auch Kapitel 11.3.

²⁰¹ Grimm & Hillebrand 2009, S. 93.

schiedenen Ebenen deuten. Zum einen bedeutet Autonomie als freie Handlung, dass die Entscheidung über die vorzeitige Lebensbeendigung ohne äußeren Druck entsteht und der aufgeklärte Patient in seiner Willensbildung frei ist. Außerdem bedeutet Selbstbestimmung am Lebensende, dass die Entscheidung mit eigenen Moralvorstellungen und den persönlichen Werten übereinstimmt. Weiterhin setzt eine wohlüberlegte, selbstbestimmte Entscheidung voraus, dass Handlungsmöglichkeiten und Alternativen verstanden und reflektiert werden können. Wenn diese Kriterien erfüllt sind, ist der Patientenwille freiverantwortlich gebildet worden und stets zu respektieren. Den Patientenwillen anhand dieser Ebenen zu reflektieren kann Angehörigen und Ärzten dazu verhelfen, Entscheidungen über das Lebensende und deren Motive nachzuvollziehen²⁰². Die Fähigkeit zur Entscheidung über medizinische Maßnahmen (Einwilligungsfähigkeit) wird grundsätzlich bei Volljährigen vorausgesetzt, selbst wenn eine leichte Demenz oder eine Depression vorliegen. Aus juristischer Perspektive kommt es darauf an, ob der Betroffene seinen Willen frei äußern und ausdrücken kann. Nach welchen Wertvorstellungen der Patientenwille gebildet wurde, ist rechtlich irrelevant, solange nicht gegen geltendes Recht verstoßen wird²⁰³. Selbst bei nicht mehr äußerungsfähigen Patienten sind der zu interpretierende, mutmaßliche Wille und die Selbstbestimmung zu respektieren. Ist eine Person zum Beispiel aufgrund von Bewusstseinsverlust nicht mehr einwilligungsfähig, wird ein Betreuer bestellt, wenn keine bevollmächtigte Person ernannt wurde. Wenn zudem keine Patientenverfügung den Patientenwillen konkretisiert, so müssen Betreuer und Ärzte nach § 1901a Abs. 2 und § 1901b BGB den mutmaßlichen Willen anhand von vorausgegangenen Äußerungen, Verhaltensweisen und den persönlichen Umständen ermitteln²⁰⁴. Außerdem garantiert das Selbstbestimmungsrecht, dass bei Fragen am Lebensende psychosoziale, kulturelle und spirituelle Aspekte respektiert werden. Die Vorstellungen über das eigene Lebensende sind zum Beispiel kulturell geprägt durch unterschiedliche Umgangsformen mit Leid und Krankheit. Wünsche und Prioritäten gestalten sich in einem Zusammenspiel aus dem sozialen Umfeld, religiösen oder moralischen Wertvorstellungen und der gesamten Lebensgeschichte und

²⁰² vgl. Borasio 2014, S. 120f. mit Verweis auf den amerikanischen Philosoph Miller, B.L. (1981): *Autonomy and the refusal of lifesaving treatment*. Hastings Center Reports. Bd. 11, S. 22-28.

²⁰³ „Für die Praxis bedeutet das: Nachweispflichtig ist im Einzelfall das Fehlen der Einwilligungsfähigkeit, nicht deren Vorhandensein“ (Borasio 2014, S. 123f.).

²⁰⁴ „Seine grundlegende Autonomie (genauso wie seine Würde) verliert der Mensch zu keinem Zeitpunkt seiner Existenz – er kann sie nur in unterschiedlichem Maße ausüben“ (Borasio 2014, S. 124).; siehe auch Bernert-Auerbach 2012, S. 188f.

müssen in der heutigen pluralistischen Gesellschaft auch in Fragen der Sterbehilfe berücksichtigt werden²⁰⁵.

Verfechter der Selbstbestimmung am Lebensende vertreten teilweise, dass aus dem Begriff der Selbstbestimmung über das eigene Leben auch das Recht auf den eigenen Tod abzuleiten ist. Wenn also medizinische Maßnahmen eines schwerkranken, unheilbaren und entscheidungsfähigen Patienten von diesem abgelehnt werden, weil derjenige den bevorstehenden Rest seines Lebens nicht mehr mit seinen Vorstellungen einer würdevollen Existenz vereinbaren kann, sei dies Ausfluss seines Selbstbestimmungsrechts. Weiter geführt bedeute dann das selbstbestimmte Leben auch das Recht auf einen selbstbestimmten Tod, da die Selbstbestimmung auf die gesamte Lebensspanne bezogen und auch darüber hinaus gültig sei²⁰⁶. Das Selbstbestimmungsrecht enthalte nicht nur die Ablehnung lebensverlängernder und gesundheitsfördernder Maßnahmen, sondern auch das Recht zur Selbstgefährdung oder Selbstaufgabe²⁰⁷. Der Selbstbestimmungsgedanke ist grundsätzlich in der modernen Gesellschaft gefestigt und allgemein respektiert. Dies beinhaltet unter anderem die Achtung der Patientenautonomie bezogen auf die Verweigerung von bestimmten medizinischen Maßnahmen. Dennoch werden Selbstmordversuche oder vollendete Selbsttötungen gesellschaftlich immer noch tabuisiert und moralisiert²⁰⁸. Obwohl der Suizid und auch die uneigennützig Beihilfe durch Angehörige zu einem solchen straflos sind, ist dieser Ausdruck der Selbstbestimmung negativ behaftet. Verfechter der aktiven Sterbehilfe plädieren dafür, dass der Suizid in Verbindung mit dem Selbstbestimmungsrecht ein Menschenrecht darstellt und fordern deshalb, dass Patienten, die schwerstkrank und aufgrund dessen nicht in der Lage sind, ihren wohlüberlegten Suizidwunsch eigenständig umzusetzen, ein Recht auf die Beihilfe zum Suizid haben sollten²⁰⁹. Indem die ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid verboten wird, bleibt zur Umsetzung der Selbstbestimmung am Lebensende nur der Ausweg, den Suizidversuch in Eigeninitiative und meist gewaltsam umzusetzen. Dabei ist zum Beispiel aus Erhebungen der Schweizer Bundesregierung bekannt, dass das Risiko des Scheiterns von Suizidversuchen sehr hoch ist²¹⁰.

²⁰⁵ vgl. Borasio 2014, S. 144f.

²⁰⁶ vgl. Mittelstrass 2010, S. 60ff.

²⁰⁷ vgl. Hufen 2001, S. 91, m.w.N.

²⁰⁸ vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 20.

²⁰⁹ vgl. Cavalli 2012, S. 143f.

²¹⁰ „In modernen Industriestaaten sei die jährliche Zahl der Suizidversuche auf das Fünzigfache der Zahl der vollendeten Suizide zu veranschlagen. Das Risiko des Scheiterns liege somit bei 98:100. Genau dies teilte der Schweizerische Bundesrat (Bundesregierung) in einer Antwort vom 9. Januar 2002 auf die „Einfache Anfrage“ von Nationalrat Andreas Gross offiziell mit“ (Minelli 2012, S. 173).

Kernpunkte in der Diskussion über Sterbehilfe sind insbesondere das Selbstbestimmungsrecht, die Entscheidungsfreiheit, damit auch die Möglichkeit, sich selbst vor Schmerz und Leid zu bewahren und der Schutz des Lebens. Die Vereinbarkeit vom besonderen Schutz des Lebens mit dem selbstbestimmten Sterben ist schwierig, weil sich diese Rechtsgüter im Zusammenhang der Sterbehilfe widersprechen können. Für Verfechter der Sterbehilfe überwiegt das Selbstbestimmungsrecht, während Gegner einer Liberalisierung vor allem befürchten, dass die Etablierung der Suizidbeihilfe eine Entwicklung mit sich bringt, die den Schutz des Lebens schwächt und zu Nachteilen von besonders gefährdeten und schutzbedürftigen Personengruppen ausfällt.

11.1) Selbstbestimmung im Grundgesetz (Art.1, 2 und 4 GG)

Das Selbstbestimmungsrecht über das eigene Leben und Sterben lässt sich auch aus dem Grundgesetz ableiten, da sich die Sterbehilfedebatte auf wichtige Grundrechte stützt:

„Menschenwürdiges Sterben, Selbstbestimmung des Patienten, Lebensschutz und die Stellung der Angehörigen: Sie verdeutlichen schon auf den ersten Blick, dass die Entscheidungen sich in den Schutzbereichen wichtiger Grundrechte abspielen. Die Verfassung setzt hier einen verbindlichen Rahmen für den Gesetzgeber und die Gerichte“²¹¹.

Sowohl Befürworter der Sterbehilfe als auch Gegner argumentieren mit den besonderen Schutzbereichen wichtiger Grundrechte, insbesondere dem Schutz der Menschenwürde nach Art. 1 GG, der freien Entfaltung der Persönlichkeit, dem Recht auf Leben, der körperlichen Unversehrtheit und der Freiheit der Person nach Art. 2 GG oder mit der Glaubens- und Gewissensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG.

Nach Art. 1 Abs. 1 GG ist die Würde des Menschen unantastbar:

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Nach Art. 1 Abs. 2 GG sind die Menschenrechte die Grundlage für Gesetze, die Rechtsprechung und das menschliche Miteinander. Befürworter des selbstbestimmten Sterbens argumentieren, dass freiverantwortliche Suizidwünsche bei schwerstkranken oder sterben-

²¹¹ Hufen 2001, S. 87.

den Menschen auf der Würde des Menschen und somit auf Art. 1 Abs. 1 GG beruhen²¹². Das selbstbestimmte Sterben ist Ausdruck der Selbstbestimmung, die aus der Menschenwürde hervorgeht. Wenn Menschen also einen Suizidwunsch haben, weil sie aufgrund schwerster Krankheit den bevorstehenden Rest ihres Lebens nicht mehr als lebenswert erachten und diesen nicht mit der persönlichen Vorstellung von ihrer Würde vereinbaren können, lässt sich festhalten, dass es das aus den Menschenrechten und aus dem Schutz der Würde nach Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Recht ist, dass dieser Wille respektiert wird. Befürworter der Sterbehilfe leiten daraus ab, dass auch die Beihilfe zum Suizid, zum Beispiel durch ärztliche Assistenz oder die Verfügbarkeit von tödlichen Medikamenten vom Staat gewährleistet werden müssen, um ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Da ein Recht auf, aber keine Pflicht zum Leben besteht, sehen Verfechter der Suizidbeihilfe die Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben als ein höheres rechtliches Gut an als den Schutz des Lebens²¹³. Die Selbstbestimmung resultiert insbesondere aus der Menschenwürde und ist mit ihr unantastbar. Art. 1 Abs. 1 GG „verpflichtet alle staatliche Gewalt, den Einzelnen – wie krank, schwach und hilflos er sein mag – vor der Missachtung seiner Subjektqualität zu bewahren und damit zugleich seine Autonomie zu schützen“²¹⁴. Hervorzuheben ist, dass aus dem Schutz der Menschenwürde hervorgeht, dass Individuen nicht zum Objekt staatlicher Gewalt gemacht werden dürfen, sondern stets in ihrer Autonomie zu schützen sind.

Das Recht auf die Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben ist auch in Art. 2 GG verankert:

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Aus Art. 2 Abs. 1 GG geht das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit hervor, während Art. 2 Abs. 2 GG das Recht auf Leben, die körperliche Unversehrtheit und die Freiheit der Person schützt. Aus Art. 2 Abs. 1 GG wird auch der Schutz der allgemeinen Handlungsfreiheit abgeleitet²¹⁵. Somit könnte man zugunsten der legalen, ärztlichen Sui-

²¹² vgl. Frieß 2012, S. 116.

²¹³ „Das Selbstbestimmungsrecht und nicht das Leben ist somit das höchste von der Verfassung geschützte Gut. Garantienpflichten und allgemeine Hilfeleistungspflichten dürfen das Selbstbestimmungsrecht nicht aus den Angeln heben“ (Taupitz 2017, S. 78).

²¹⁴ Nationaler Ethikrat 2006, S. 57.

²¹⁵ vgl. Hilgendorf 2010, S. 148.

zidbeihilfe argumentieren, dass der wohlüberlegte und selbstbestimmte Suizid durch die allgemeine Handlungsfreiheit geschützt wird und deshalb auch die Teilnahme daran oder Beihilfe zur Tat kein Unrecht fördert und straffrei sein sollte. Der freiverantwortliche Suizid als Ausdruck der persönlichen Handlungsfreiheit ist somit grundsätzlich vor staatlichen Eingriffen durch die Verfassung geschützt²¹⁶. Wenn sich Ärzte in paternalistischer Absicht über den Patientenwillen hinwegsetzen und lebenserhaltende Maßnahmen vornehmen, widerspricht dies dem grundgesetzlich verankerten Selbstbestimmungsprinzip und der Handlungsfreiheit. Dadurch wird in der Regel eine strafbare Körperverletzung begangen, die mit den Grundrechten auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und auf die körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG nicht vereinbar ist²¹⁷. Auch bei nicht mehr äußerungsfähigen Personen ist der zu interpretierende, mutmaßliche Patientenwille durch Art. 2 Abs. 1 & 2 GG zu achten²¹⁸. Das Recht auf Leben nach Art. 2 Abs. 2 GG schützt den Einzelnen vor Gewalt oder der Tötung durch Dritte. Im Kontext der Sterbehilfe oder der Verweigerung von medizinischen Maßnahmen wird die körperliche Integrität des Einzelnen jedoch nicht verletzt, wenn dieser in die Handlungen einwilligt und in diesem Sinne seine Selbstbestimmung geltend macht²¹⁹. Wie bereits gesagt stellt das Recht auf Leben keine Pflicht zum Leben dar:

„Durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG sollte [...] nicht sichergestellt werden, dass jeder, der geboren wird, leben muss, sondern dass er es unabhängig seiner körperlichen und geistigen Konstitution kann. [...] Des Weiteren können aus Grundrechten nicht ohne weiteres Pflichten hergeleitet werden. Rechte und Pflichten müssen sich nicht entsprechen. Darüber hinaus schließen Freiheitsrechte auch das Recht ein, diese nicht zu gebrauchen“²²⁰.

Außerdem lässt sich mit dem Schutz der Glaubens- und Gewissensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG begründen, dass die Entscheidung zur vorzeitigen Lebensbeendigung durch die Moral des Einzelnen zu rechtfertigen ist und nicht durch ethisch einseitige Vorgaben des Staates:

(1) Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich.

Insbesondere von Gegnern der Suizidbeihilfe wird der Schutz des Lebens dadurch begründet, dass in christlicher Anschauung die Unverfügbarkeit des Lebens bedeutet, dass eine vorzeitige Lebensbeendigung nicht gerechtfertigt werden kann. Demgegenüber steht, dass

²¹⁶ vgl. Bernert-Auerbach 2012, S. 190.

²¹⁷ vgl. Kutzer 2001, S. 69.

²¹⁸ siehe Kapitel 11.

²¹⁹ vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 57.

²²⁰ Bernert-Auerbach 2012, S. 239, m.w.N.

in einem säkularen Staat wie Deutschland die religiösen und weltanschaulichen Positionen von Einzelnen nicht bevorzugt in die Rechtsordnung einfließen dürfen²²¹. In Art. 4 Abs. 1 GG wird die freie Entscheidung darüber, ob man die Inanspruchnahme von Sterbehilfe anhand persönlicher Glaubens- und Gewissensgrundsätze für sich legitimiert oder nicht, geschützt. Dies betrifft nicht nur Betroffene, die über eine vorzeitige Lebensbeendigung nachdenken, sondern auch Ärzte, die nach ihrem Gewissen entscheiden können, Suizidbeihilfe zu leisten oder nicht²²².

11.2) Aufgabe des Staates

Grundsätzlich ist es die Aufgabe des Staates, die Rechte des Einzelnen zu schützen und die Ausübung dieser Rechte zu ermöglichen. Im Sinne der Selbstbestimmung, die zuvor anhand der Grundrechte erläutert wurde, lässt sich bezogen auf die Sterbehilfe formulieren, dass der Staat auch eine würdevolle und möglichst schmerzfreie Durchführung der Selbsttötung ermöglichen muss²²³. Der Staat hat die Aufgabe sicherzustellen, dass Einzelne vor der Tötung durch Dritte geschützt sind. Dies trifft jedoch nicht im Falle der Beihilfe zum Suizid zu, wenn der Betroffene seinen Suizidwunsch selbstbestimmt gebildet hat. Befürworter der Einführung einer Suizidbeihilfe unter staatlicher Aufsicht sehen die Verwirklichung durch den Staat im Selbstbestimmungsrecht begründet:

„Auch wenn aus dem Selbstbestimmungsrecht kein Anspruch auf Zurverfügungstellung von Mitteln zur Selbsttötung folgt, braucht der Staat doch gute Gründe, um den Zugang zu jenen Ressourcen (in weitem Sinne) zu versperren oder zu behindern, die der Suizident zum Suizid benötigt; das gilt für medikamentöse und apparative Ressourcen ebenso wie für Möglichkeiten und damit auch Zulässigkeiten menschlichen Handelns. Denn das Versperren oder die Behinderung derartiger Ressourcen stellt einen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Suizidenten dar, der entsprechend dem Charakter der Grundrechte als Abwehrrechte gegen staatliche Eingriffe rechtfertigungsbedürftig ist“²²⁴.

Dementsprechend widerspricht es dem Selbstbestimmungsrecht von Sterbewilligen, wenn der Staat den Zugang zu Ressourcen, zum Beispiel zu den tödlichen Medikamenten, versperrt. Hinzu kommt auch, dass durch die Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid durch professionelle Helfer die Möglichkeit zu einem selbstbestimmten und würdevollen Suizid verwehrt wird. Derartige Eingriffe in die Grundrechte der Selbstbestimmung und die freie Entfaltung der Persönlichkeit sind rechtfertigungsbedürftig. Der Staat verwirklicht die Sui-

²²¹ vgl. Hilgendorf 2006, S. 36.

²²² vgl. Friß 2012, S. 112.

²²³ vgl. Friß 2012, S. 10.

²²⁴ Taupitz 2017, S. 78.

zidbeihilfe bisher nicht, besonders wegen der Gefahr einer unkontrollierbaren Lockerung des umfassenden Lebensschutzes²²⁵. Andererseits ließe sich eine kontrollierte Sterbehilfep Praxis ähnlich wie in Oregon auch in Deutschland verwirklichen, wenn der Staat und die Gesellschaft stattdessen zwischen der unzulässigen Fremdtötung einerseits und dem freiverantwortlichen, wohlüberlegten Suizid mithilfe von ärztlicher Assistenz andererseits unterscheiden würden²²⁶.

11.3) Schranken des Selbstbestimmungsrechts

Die Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts steht im Kontext der Sterbehilfe im Widerspruch zum Lebensschutz. Hervorzuheben ist die Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 GG, die als Grundlage aller weiteren Grundrechte einen Vorrang beansprucht²²⁷. Dennoch ist auch das Selbstbestimmungsrecht nach Art. 2 Abs. 1 & 2 GG ein besonders starkes Freiheitsrecht, das das Individuum vor Eingriffen der staatlichen Gewalt schützt. Es ist unstrittig, dass auch das Recht zur Selbstgefährdung und zur Selbstaufgabe zum Selbstbestimmungsrecht gehört und somit zum Beispiel die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen legitimiert. Bislang und durch die Einführung des Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist das Selbstbestimmungsrecht in Deutschland nicht so weit auszulegen, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid eine Möglichkeit zum selbstbestimmten Sterben darstellt. Einschränkungen im selbstbestimmten Sterben können seitens Ärzten erfolgen, die aufgrund der eigenen Gewissensfreiheit die ärztliche Beihilfe zum Suizid ablehnen dürfen. Des Weiteren schränkt der Staat durch die zuvor genannten gesetzlichen Bestimmungen und das Verbot der Tötung durch Dritte die Möglichkeiten unter Berufung auf den Lebensschutz ein²²⁸. Daraus lässt sich ein Menschenbild ableiten, das die Selbstbestimmung des Einzelnen zugunsten der größeren Gemeinschaft einschränkt:

„Das ist Ausdruck eines Menschenbildes, indem der Einzelne nicht isoliertes Individuum ist, sondern als Glied der Gemeinschaft Schranken seiner Selbstbestimmung hinnehmen muss. Selbstgefährdung und Selbstaufgabe können dann – aber auch nur dann - verhindert werden, wenn Rechtsgüter der Allgemeinheit oder Rechte Dritter betroffen sind. Zu diesen Rechtsgütern zählt auch die Schutzpflicht des Staates für das Leben und die Achtung des

²²⁵ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 46.

²²⁶ vgl. Von Lewiniski 2012, S. 50.

²²⁷ vgl. Hufen 2001, S. 88.

²²⁸ vgl. Hufen 2001, S. 91.

*Lebens als Wert der Gemeinschaft. Deshalb sind das Verbot aktiver Sterbehilfe und die Notfallbehandlung des Selbstmordpatienten verfassungsrechtlich gerechtfertigt*²²⁹.

In diesem Sinne gilt als Rechtfertigungsgrund für den Staat, das Grundrecht auf Selbstbestimmung für den Einzelnen einzuschränken, wenn Rechtsgüter der Allgemeinheit oder die Rechte Dritter betroffen sind. Demzufolge erachtet der Staat das Leben als ein besonders zu schützendes Rechtsgut, das nicht durch die Einführung der Suizidbeihilfe gefährdet werden darf.

Selbst in den Beneluxländern, die das selbstbestimmte Sterben bereits verwirklicht haben, geht das Selbstbestimmungsrecht in der Sterbehilfe nicht so weit, dass jedermann Sterbehilfe in Anspruch nehmen kann. Die Sorgfaltskriterien und Anspruchsvoraussetzungen sind rechtlich bindend und führen dazu, dass nur den Menschen in ihrem Suizidwunsch geholfen wird, bei denen eine aussichtslose, medizinische Prognose gestellt wurde²³⁰. Ärzten sowie Suizidhelfern ist es auch möglich, aufgrund ihrer professionellen Einschätzung über die Ernstlichkeit des Sterbewunsches der Beihilfe nicht nachzukommen und somit auch die Selbstbestimmung einzuschränken. Wenn ein authentischer Sterbewunsch vorhanden ist, der jedoch nicht aus einer terminalen Erkrankung, sondern zum Beispiel aus Vereinsamung, Lebensmüdigkeit oder einer empfundenen Sinnlosigkeit des Lebens resultiert, wird die vorzeitige Lebensbeendigung mithilfe von Ärzten oder Suizidhelfern nicht genehmigt.

Das Selbstbestimmungsrecht, insbesondere im selbstbestimmten Sterben, erfährt in Deutschland Einschränkungen durch das Verbot der Beihilfe zum Suizid. Diese Einschränkungen werden dadurch gerechtfertigt, dass das Rechtsgut Leben unter einem besonderen Schutz steht und nicht gefährdet werden darf. Obwohl die Regelungen in den Beneluxländern offensichtlich Wege gefunden haben, die das selbstbestimmte Sterben fördern, ohne dass der Schutz des Lebens aufgehoben oder missachtet wird, gibt es bislang in Deutschland keine rechtliche Lösung für das selbstbestimmte Sterben.

12) Die Menschenwürde (GG und AEMR, EMRK)

Die Menschenwürde ist wie zuvor aufgezeigt in Art. 1 Abs. 1 GG in der deutschen Verfassung verankert und bezieht sich dabei auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

²²⁹ Hufen 2001, S. 101.

²³⁰ vgl. Friß 2012, S. 12f.; siehe auch Kapitel 8.1.

(im Folgenden: AEMR). Dabei ist die Achtung der Menschenwürde ein indisponibles Recht, das als höchstes Rechtsgut gilt:

„Dass es sich bei dem Menschenwürde-Satz um den obersten bzw. höchsten Rechtswert der Verfassung handelt, um ihren Mittelpunkt, ihr zentrales bzw. tragendes Konstitutionsprinzip, um eine Fundamentalnorm und Zentralaussage oder um das höchste wertsetzende Verfassungsprinzip, ist rechtlich nicht hinterfragbar“²³¹.

Die Würde des Menschen ist nach Art. 1 Abs. 1 GG unantastbar:

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Im Grundgesetz wird zudem in Art. 1 Abs. 2 GG explizit Bezug genommen auf die Menschenrechte, die aus der AEMR und aus der Europäischen Menschenrechtskonvention (im Folgenden: EMRK) entspringen:

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

Der Begriff der Menschenwürde entstammt der AEMR, die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UN) am 10. Dezember 1948 verabschiedet wurde. In der AEMR heißt es in Art. 1:

Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.

Die EMRK wurde vom Europarat verabschiedet und trat nach der Ratifizierung durch zehn Staaten am 3. September 1953 in Kraft. Verwunderlich ist, dass im Gegensatz zu der AEMR und auch zum Grundgesetz die Konvention nicht durch Art. 1 damit eingeleitet wird, dass die Achtung der Menschenwürde an oberster Stelle steht. Stattdessen wird in der Präambel der EMRK verkündet, dass diese in Anbetracht der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte verfasst wurde und bezweckt, die universelle und wirksame Anerkennung und Einhaltung der in ihr aufgeführten Rechte zu gewährleisten. Darunter ist also zu verstehen, dass sämtliche Rechte aus der AEMR auch für die EMRK zutreffen und gelten. Dementsprechend wird die Menschenwürde in der EMRK nur indirekt, aber nicht explizit erwähnt²³².

²³¹ Bernert-Auerbach 2012, S. 55.

²³² „Das Auslassen der Menschenwürde aus dem Vertragstext der EMRK ist wohl recht einfach mit einem zur Zeit der Erschaffung der EMRK fehlenden Konsens unter den Mitgliedsstaaten zu erklären“ (Von Schwichow 2016, S. 23, mit Verweis darauf, dass dieser fehlende Konsens auch für die heutige Zeit gilt).

Durch die Ratifizierung der AEMR verpflichten sich alle Vertragsstaaten dazu, die Würde des Menschen stets zu achten und zu schützen. Insbesondere wird damit das Wesen des Menschen anerkannt, dem die Selbstbestimmung und freie Entfaltung der Persönlichkeit zugrunde liegen. Die Menschenwürde als oberstes Rechtsgut hat zudem eine besondere Stellung und ist mit sämtlichen anderen Rechten nicht abwägbar. Vielmehr soll die Menschenwürde als Grundprinzip für die Konkretisierung aller weiteren Rechte dienen²³³. Die Achtung der Menschenwürde soll außerdem bewirken, dass der Mensch als Individuum von Staat und Gesellschaft unabhängig davon, in welcher psychischen oder physischen Verfassung er ist, vollumfänglich als Würdeträger anerkannt wird.

Bezogen auf den Sterbehilfekontext wird zu der Menschenwürde das Recht gezählt, „bei schweren Leiden und körperlichem oder geistigem Verfall (unter dem Vorbehalt hinreichender Urteilsfähigkeit) über ein „Sterben in Würde“ zu entscheiden, insbesondere das Recht, den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen zu verlangen“²³⁴. Man kann also aus der Menschenwürde ableiten, dass auch die Selbstgefährdung oder der Suizid zur Freiheit des Menschen zählen, die in der Menschenwürde begründet liegt. In den Kapiteln zuvor wurde das Dilemma verdeutlicht, dass im Kontext der Sterbehilfe die Rechtsgüter Selbstbestimmung und Lebensschutz in einem Spannungsverhältnis zueinanderstehen. Wenn man aber davon ausgeht, dass selbstbestimmte Entscheidungen über das würdevolle Sterben in der Menschenwürde verankert sind, überwiegt dies allen anderen Rechtsgütern, da die Menschenwürde das höchste Rechtsgut darstellt. Gegner dieser Argumentation kritisieren, dass die Höherbewertung der Menschenwürde gegenüber dem Rechtsgut Leben insofern nicht logisch ist, als ohne das Leben eines Menschen auch seine Würde nicht mehr existiert²³⁵.

Medizinische Eingriffe, die gegen den Willen des Patienten vorgenommen werden, stellen einen Eingriff in die Menschenwürde dar. Das Selbstbestimmungsrecht und Entscheidungen über die eigene körperliche Integrität schützen Menschen gegen Zwangsbehandlungen, die die Menschenwürde verletzen:

„So soll der Mensch gewiss nicht nur davor bewahrt werden, Objekt staatlicher Gewalt zu sein; seine Würde ist auch verletzt, wenn er zum willenlosen, passiven Objekt der Intensivmedizin gemacht wird, ohne dass der Fortsetzung der Behandlung noch irgendein sei-

²³³ vgl. Bernert-Auerbach 2012, S. 128f., m.w.N.

²³⁴ Maunz et al. 2009, Rn. 89, m.w.N.

²³⁵ vgl. Grimm & Hillebrand 2009, S. 45.

*nerseits durch Lebensschutz und Menschenwürde gerechtfertigter Sinn abzugewinnen ist*²³⁶.

In anderen Worten verletzen medizinische Maßnahmen, die zur Lebenserhaltung dienen, aber gegen den Patientenwillen vorgenommen werden, das Selbstbestimmungsrecht und die Menschenwürde. Die Menschenwürde schließt einen Anspruch auf die möglichste Schmerzfreiheit und Leidensminderung ein. Im Falle von schwersten Krankheiten können Schmerzen so stark sein, dass sie das Menschsein an sich und damit die Menschenwürde beeinträchtigen. Die Schmerzlinderung gilt, in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen, trotz aller Risiken als oberstes Gebot der Medizin²³⁷. Dementsprechend garantiert die Menschenwürde, dass über Behandlungsabbrüche, künstliche Ernährung oder die palliative Sedierung selbst entschieden werden darf. Wenn Maßnahmen der Lebensverlängerung die eigene Existenz, die nicht mehr als menschenwürdig empfunden wird, zwangsweise verlängern, sind dies nicht zu rechtfertigende Eingriffe in die Menschenwürde²³⁸. Urteilsfähige Bürger dürfen nicht vom Staat daran gehindert werden, sich gegen lebensverlängernde Maßnahmen zu entscheiden. Der Staat ist zwar verpflichtet, das Leben zu schützen, jedoch geht aus der Schutzpflicht für die Menschenwürde auch hervor, dass das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen respektiert werden muss. Bezogen auf Entscheidungen über die vorzeitige Lebensbeendigung fordern Befürworter der Suizidbeihilfe oder der aktiven Sterbehilfe, dass der Staat in diesem Sinne den Zugang zu einer menschenwürdigen Selbsttötung, zum Beispiel durch die Verfügbarkeit von entsprechenden Medikamenten, gewährleisten muss²³⁹.

Es ist eine besondere Schwierigkeit, den Begriff der Menschenwürde für die gesamte Gesellschaft einheitlich zu definieren, da Individuen verschiedene ethische Vorstellungen haben. Regelungen für einen menschenwürdigen Umgang mit der Sterbehilfe sind deshalb schwierig inhaltlich zu vereinheitlichen, weshalb auch die Umsetzung in der Realität scheitert. Umso schwieriger wäre es, eine internationale Regelung der Sterbehilfe zu finden, da das Verständnis von Menschenwürde auch nach Kulturen und Traditionen variiert²⁴⁰. Die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts wird politisch beeinflusst und ist in einem gesellschaftlichen Kontext zu betrachten. Die Selbstbestimmung im Sinne der Menschenwürde wird von der Verfassung garantiert, jedoch nicht von ihr definiert, da dem Menschen als

²³⁶ Hufen 2001, S. 89.

²³⁷ vgl. Hufen 2001, S. 89; vgl. Bernert-Auerbach 2012, S. 193.

²³⁸ vgl. Hufen 2001, S. 90.

²³⁹ vgl. Bernert-Auerbach 2012, S. 229; vgl. Gutzwiller 2012, S. 43.

²⁴⁰ vgl. Giger 2012, S. 157f., m.w.N.

Würdeträger überlassen werden soll, seine eigene Definition der Würde vorzunehmen. Dementsprechend sind Entscheidungen über das eigene Leben und die körperliche Unversehrtheit unantastbar:

„Mit den Worten des Bundesverfassungsgerichts: „Die Freiheit des Einzelnen besteht in der Selbstbestimmung eben dieses Einzelnen über den eigenen Lebensentwurf und ihren Vollzug.“ Als Quintessenz ließe sich sagen: Die Menschenwürde, so wie unsere Verfassung sie versteht, schützt den Menschen eben auch davor, zum Objekt der Menschenwürdedefinitionen anderer zu werden, ein Entwurf, der, wie ich meine, umfassender, überzeugender und unanfechtbarer nicht sein könnte“²⁴¹.

Durch den Begriff der Menschenwürde, der einen eigenständigen Wert darstellt und ständig weiter interpretiert werden kann wird es möglich, dass auf dieser Basis zukünftig weitere Menschenrechte ausgearbeitet werden. Die Offenheit des Begriffs der Menschenwürde bringt allerdings das Risiko mit sich, dass moralische Wertvorstellungen in das Rechtssystem einfließen. Daraus resultiert, dass nationale oder mehrheitliche Wertvorstellungen in das Recht einfließen und die Universalität der Menschenwürde beschränkt wird. Dementsprechend wäre es zu bevorzugen, dass der Begriff der Menschenwürde individuell interpretiert werden darf²⁴².

Es ist schwierig, die Menschenwürde international einheitlich zu definieren. Dementsprechend ist es eine Besonderheit, dass am 04. April 1997 vom Europarat als erster völkerrechtlicher Vertrag überhaupt das „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf Biologie und Medizin“ die Menschenwürde im Titel trägt²⁴³. Das Übereinkommen wurde inzwischen von 29 Staaten ratifiziert, jedoch nicht von Deutschland. Darauf aufbauend fokussiert die Empfehlung 1418²⁴⁴ den Schutz der Menschenwürde von Sterbenden und Todkranken. In der Präambel des Übereinkommens wird festgelegt, dass in Anbetracht der modernen Entwicklungen in Biologie und Medizin gesichert werden muss, dass die Grundrechte der Menschen geschützt werden und die Menschenrechte weiterentwickelt werden müssen. Es wird als Notwendigkeit erachtet, im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin den Menschen als Individuum und

²⁴¹ De Ridder 2015, S. 100f.

²⁴² vgl. Von Schwichow 2016, S. 14f., m.w.N.

²⁴³ vgl. Von Schwichow 2016, S. 25; Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin, Online unter: <http://www.coe.int/de/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007d002> [letzter Zugriff: 29.05.17]

²⁴⁴ im Original: Recommendation 1418 (1999): Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. Online unter: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en> [letzter Zugriff: 29.05.17]

in seiner Würde zu achten. Hervorzuheben ist der Art. 1, der Gegenstand und Ziel des Übereinkommens festlegt:

Die Vertragsparteien dieses Übereinkommens schützen die Würde und die Identität aller menschlichen Lebewesen und gewährleisten jedermann ohne Diskriminierung die Wahrung seiner Integrität sowie seiner sonstigen Grundrechte und Grundfreiheiten im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin.

Jede Vertragspartei ergreift in ihrem internen Recht die notwendigen Maßnahmen, um diesem Übereinkommen Wirksamkeit zu verleihen.

Besonders wichtig ist in Anbetracht der Entwicklungen in der Biomedizin, dass der Mensch als Individuum nicht zum Objekt der Wissenschaft herabgewürdigt wird, siehe Art. 2 über den Vorrang des menschlichen Lebewesens:

Das Interesse und das Wohl des menschlichen Lebewesens haben Vorrang gegenüber dem bloßen Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft.

Im Kontext der Sterbehilfe wird besonders deutlich, dass der Wille des Menschen bzw. Patienten über dem Interesse der Gesellschaft steht. Dementsprechend ließe sich interpretieren, dass Menschen, die einen Sterbewunsch äußern oder Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen wollen, in ihrer Freiheit dazu geschützt werden sollen, selbst wenn gesellschaftlich andere Moralvorstellungen darüber vorherrschen.

In der Empfehlung 1418 zum Schutz der Menschenwürde von Sterbenden und Todkranken geht es dem Europarat darum, die Menschenwürde und die daraus resultierenden Rechte und Freiheiten von sterbenskranken Menschen zu schützen (Nr. 1). In Anbetracht des medizinischen Fortschritts, der neue medizinische Maßnahmen zur Lebenserhaltung ermöglicht, die jedoch die Lebensqualität von Sterbenden beeinträchtigen können (Nr. 2), wird die Verpflichtung erkannt, die Würde von sterbenden Patienten am Lebensende besonders zu schützen (Nr. 5). In Nr. 7 der Empfehlung werden Risiken benannt, die die Menschenwürde am Lebensende bedrohen. Dazu zählt zum Beispiel nach Nr. 7.3 die künstliche Verlängerung des Sterbevorgangs durch unverhältnismäßige medizinische Maßnahmen bzw. Übertherapie ohne die Zustimmung des Patienten. Dem Patientenwillen und dem Schutz der Rechte von schwerstkranken Menschen soll mit dieser Empfehlung Rechnung getragen werden. Dennoch ist festzustellen, dass nach Nr. 9.3 das Verbot der vorsätzlichen Tötung von Todkranken oder Sterbenden nicht aufgehoben wird.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Thematik der Menschenwürde am Lebensende besonders sensibel ist und der Begriff sehr individuell interpretiert wird. Angesichts der fortschreitenden Möglichkeiten in der Medizin sind Menschen zunehmend besorgt, die Kon-

trolle über das eigene Lebensende aufgeben zu müssen und einer als menschenunwürdig erachteten Apparatedizin ausgeliefert zu sein. Sowohl im Grundgesetz als auch in der AEMR und indirekt in der EMRK wird der besondere Wert der Menschenwürde als höchstes Rechtsgut hervorgehoben. Wie bereits erörtert wurde, obliegt die individuelle Definition der Würde dem Einzelnen. Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf Biologie und Medizin und die Empfehlung 1418 sprechen dafür, dass die Menschenwürde am Lebensende besonders relevant und schutzbedürftig ist. Aus den angebrachten Dokumenten geht des Weiteren hervor, dass lebenserhaltende Maßnahmen und damit der Schutz des Lebens nicht zu priorisieren sind, wenn sie vom Patienten als menschenunwürdig empfunden und abgelehnt werden. Befürworter der Ausweitung der Sterbehilfepraxis begründen deshalb ihre Position mit dem Selbstbestimmungsrecht, das aus der Menschenwürde resultiert:

„Mehr höchstpersönliche Freiheit zum Tode nimmt dem Leben nichts von seinem Wert. Sie eröffnet lediglich eine bisher unzulängliche Möglichkeit, das Leben auf eine Weise zu Ende zu bringen, wie es sich viele wünschen und wie es ihrer Vorstellung von Menschenwürde entspricht“²⁴⁵.

12.1) Art.8 EMRK i.V.m. der Menschenwürde

Der Schutzbereich des Art. 8 EMRK stellt neben dem Folterverbot den Hauptaspekt des Würdeschutzes innerhalb der EMRK dar²⁴⁶. Das in Art. 8 EMRK garantierte Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens lautet wie folgt:

(1) Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.

(2) Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.

Nach Art. 8 Abs. 1 EMRK wird der Schutz des Privatlebens, des Familienlebens, der Wohnung und der Korrespondenz geschützt. Diese Schutzbereiche überschneiden sich und liegen dem in der Würde begründeten Selbstbestimmungsrecht zugrunde. Art. 8 Abs. 2 EMRK relativiert jedoch den Persönlichkeitsschutz, da Eingriffe gerechtfertigt sind, wenn sie für die nationale Sicherheit, für öffentliche Ruhe und Ordnung, für das wirtschaftliche

²⁴⁵ Von Lewinski, 2012, S. 52.

²⁴⁶ vgl. Von Schwichow 2016, S.115.

Wohl des Landes, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit, der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten Anderer notwendig sind²⁴⁷. Ein Eingriff wird nur als solcher anerkannt, wenn er in seinem Ausmaß und in der Irreversibilität eine bestimmte Schwere erreicht und er wird nur gerechtfertigt, wenn er eines der in Art. 8 Abs. 2 EMRK genannten Ziele verfolgt. In Urteilen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (im Folgenden: EGMR) verweist dieser darauf, dass die Würde des Menschen besonders triftige Gründe für Eingriffe verlangt²⁴⁸. Neben beispielsweise der sexuellen Identität, der Adoption, Leibesvisitationen oder dem Eindringen in Privatwohnungen schützt der Art. 8 Abs. 1 EMRK des Weiteren die psychische und physische Unversehrtheit, in denen nicht die Schwere für eine Verletzung im Sinne des Art. 3 EMRK (Folterverbot) erreicht wird. Dementsprechend fällt auch das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper in den Schutzbereich des Art. 8 Abs. 1 EMRK²⁴⁹. Das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden, ist auch im Selbstbestimmungsrecht im Sinne des Art. 8 Abs. 1 EMRK enthalten, solange der Wille freiverantwortlich gebildet wurde. Laut BGH resultiert aus dem Recht auf den eigenen Tod jedoch nicht der Anspruch auf Suizidbeihilfe durch den Staat oder Dritte mit der Begründung, dass gemäß der Entscheidung und der dort zitierten Literatur die Beihilfe aufgrund der medizinischen Möglichkeiten der Schmerzlinderung „entbehrlicher“ sei²⁵⁰. In welchem Maße das Recht, über die eigene Lebensbeendigung zu entscheiden auf nationaler Ebene umgesetzt wird, unterliegt einem Ermessensspielraum²⁵¹ der einzelnen Staaten. Auf europäischer Ebene gibt es unter den Mitgliedsstaaten keinen Konsens, weshalb es auch an einschlägiger Rechtsprechung des internationalen EGMR fehlt²⁵². Generell lässt sich feststellen, dass sich der EGMR in moralischen und ethischen Beurteilungen enthält und diese, wenn möglich, den Nationalstaaten überlässt²⁵³.

Die Sterbehilfe und das selbstbestimmte Sterben fallen auch in den Anwendungsbereich des Art. 8 EMRK. Wie bereits im zwölften Kapitel erläutert wurde, erkennen die europäischen Mitgliedsstaaten überwiegend mit dem Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf Biomedizin und mit der Empfehlung 1418 an, dass das Selbstbestimmungsrecht in Verbindung mit der Menschenwürde in den Ster-

²⁴⁷ vgl. Giger 2012, S. 159; vgl. EGMR 2011, S. 3773.

²⁴⁸ vgl. Von Schwichow 2016, S. 122.

²⁴⁹ vgl. Von Schwichow 2016, S. 118, m.w.N.

²⁵⁰ vgl. Giger 2012, S. 158, mit Verweis auf BGE 133 I 58 ff.

²⁵¹ im rechtlichen Kontext bei moralischen und sittlichen Fragen *margin of appreciation* genannt

²⁵² vgl. EGMR 2011, S. 3773; vgl. Giger 2012, S. 159.

²⁵³ siehe Fußnote 210.

beihilfekontext fällt. Dennoch wird deutlich, dass unter den europäischen Konventionsstaaten zu den Regelungen über Sterbehilfe kein Konsens besteht:

“Wiederholt hebt der EGMR hervor, dass er unter den Konventionsstaaten keinen Konsens in Bezug auf eine Regelung der Sterbehilfe sieht. [...] Die margin of appreciation, die der EGMR den Staaten zusteht, ist dementsprechend groß und der Gerichtshof bemühte sich von Anfang an, in Urteilen betreffend die Sterbehilfe keine generellen Aussagen bzgl. der Zulässigkeit der Sterbehilfe an sich zu treffen“²⁵⁴.

Statt konkrete Handlungsempfehlungen zu geben, verweist der EGMR auf die politische Willensbildung innerhalb der Einzelstaaten. Dennoch gibt es bereits einige Fälle, die das Recht auf einen Anspruch auf Suizidbeihilfe betreffen und die der EGMR in den letzten Jahren verhandelt hat. Die Fälle Pretty gegen das Vereinte Königreich aus dem Jahr 2002, Haas gegen die Schweiz aus dem Jahr 2011 sowie Koch gegen Deutschland aus dem Jahr 2012 werden in den folgenden Unterkapiteln vorgestellt, um die Positionierung des EGMR in Bezug auf die Sterbehilfe als Menschenrecht zu verdeutlichen.

12.2) Der Fall Pretty gegen das Vereinte Königreich

Im Fall Pretty gegen das Vereinte Königreich, der am 29. April 2002 vor dem EGMR in Straßburg verhandelt wurde, versuchte die Beschwerdeführerin (im Folgenden: Bf.) zu erstreiten, dass ihrem Mann Straffreiheit für die Beihilfe zur Selbsttötung gewährt wird. Auf nationaler Ebene klagte sie gegen den bestehenden Suicide Act von 1961²⁵⁵, für den der EGMR jedoch keinen Widerspruch zur EMRK feststellte. Die zum Zeitpunkt der Klage gegen Großbritannien 43-jährige Klägerin war an Amyotropher Lateralsklerose²⁵⁶ erkrankt und aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums ihrer Krankheit nicht mehr in der Lage, den Suizid ohne die Beihilfe ihres Ehemannes zu verwirklichen. Der EGMR stellte in seinem Urteil fest, dass es keine Verpflichtung der Staaten dazu gibt, die aktive Sterbehilfe zu gewährleisten²⁵⁷. Der EGMR hebt in Rn. 48f. hervor, dass der Kerngehalt von Art. 3 i.V.m. Art. 2 EMRK die aktive Schutzpflicht zur Bewahrung des Lebens, nicht zu seiner Zerstörung ist. Da vom EGMR eine Verletzung des Art. 3 EMRK ausgeschlossen wurde,

²⁵⁴ Von Schwichow 2016, S. 124, mit Verweis auf EGMR, 20.02.2011, Haas gegen die Schweiz, Rs. 31322/07, Rn. 55; EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 70; EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 67, m.w.N.

²⁵⁵ Nach Art. 2 Abs. 1 des Suicide Act ist „eine Person, die bei dem Suizid eines anderen hilft, zu ihm anstiftet, bei ihm berät oder ihn herbeiführt“, mit einem Freiheitsentzug von bis zu vierzehn Jahren zu bestrafen (vgl. DRZE, 2009, o.S.).

²⁵⁶ „Eine fortschreitende Degeneration des motorischen Nervensystems, die letztendlich zum Tode führt, meistens durch Lungenentzündung und/oder qualvolles Ersticken auf Grund von Schluckstörungen und zunehmender Lähmung des Atemsystems“ (Von Schwichow 2016, S. 99).

²⁵⁷ vgl. EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 55f.

hat der EGMR stattdessen die Klage unter dem Gesichtspunkt des Art. 8 EMRK abgehandelt. Der EGMR konstatierte, dass das Recht auf den selbstbestimmten Tod nach Art. 8 Abs. 1 EMRK verletzt wurde, diese Verletzung jedoch nach Art. 8 Abs. 2 EMRK wegen der Abwägung gegen gesellschaftliche und moralische Interessen gerechtfertigt werden kann²⁵⁸. Dennoch betonte der Gerichtshof, dass auf dem Selbstbestimmungsprinzip auch das Recht auf die Selbstgefährdung sowie die Ablehnung von lebenserhaltenden Maßnahmen oder auf den Suizid beruhen. Des Weiteren „schließt der EGMR auch nicht aus, dass das Recht auf einen würdigen Tod Teil des menschlichen Selbstbestimmungsrechts sein könnte“²⁵⁹. In der Urteilsbegründung gibt der EGMR in Rn. 65²⁶⁰ an, dass das oberste Prinzip der Konvention der Schutz der Menschenwürde und der Freiheitsrechte ist. An dieser Stelle erkennt der Gerichtshof an, dass trotz des besonderen Schutzes des Lebens in Anbetracht der medizinischen Entwicklungen und steigenden Lebenserwartungen die individuelle Bewertung der Lebensqualität nach Art. 8 EMRK an Bedeutung gewinnt. Laut EGMR sind viele Menschen darüber besorgt, durch lebenserhaltende Maßnahmen in hohem Alter oder bei terminalen Erkrankungen gezwungenermaßen die letzte Lebensphase sowie den Todeszeitpunkt hinauszuzögern und damit in einen Konflikt mit den persönlichen Idealen der eigenen Würde zu kommen. In Rn. 67²⁶¹ wird der Bf. deshalb vom EGMR das Recht anerkannt, darüber zu entscheiden die vorzeitige Lebensbeendigung einzuleiten, wenn ihr das bevorstehende Lebensende als unwürdig erscheint. Dementsprechend begründet der Gerichtshof das Selbstbestimmungsrecht über einen würdigen Tod mit der Menschenwürde und mit dem Schutz des Privatlebens nach Art. 8 Abs. 1 EMRK. Wortwörtlich heißt es in Rn. 67:

The Court is not prepared to exclude that this constitutes an interference with her right to respect for private life as guaranteed under Article 8 § 1 of the Convention. It considers below whether this interference conforms with the requirements of the second paragraph of Article 8.

Mit der Formulierung „not prepared to exclude“ vermeidet der Gerichtshof jedoch ein deutliches Bekenntnis zu einem Recht auf den würdevollen Tod und einen Anspruch auf die Beihilfe zum Suizid²⁶².

²⁵⁸ vgl. Von Schwichow 2016, S. 124, mit Verweis auf EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 76ff.

²⁵⁹ Von Schwichow 2016, S. 125f., m.w.N.

²⁶⁰ vgl. EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 65.

²⁶¹ vgl. EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 67.

²⁶² vgl. Von Schwichow 2016, S. 126.

Obwohl der EGMR eine Verletzung der Würde nach Art. 8 Abs. 1 EMRK in Verbindung mit der Menschenwürde feststellen konnte, da das besondere Schicksal, die schwere Krankheit und das bevorstehende Leid der Bf. objektiv nachvollziehbar sind, rechtfertigt der Gerichtshof den Eingriff nach Art. 8 Abs. 2 EMRK wegen dem Schutz der Rechte anderer und zum Schutz der Moral- und Würdevorstellungen der Gesellschaft. Dennoch lässt sich als Bekräftigung für eine gesetzlich geregelte Praxis der Suizidbeihilfe daraus ableiten, dass es dem Gerichtshof gelungen ist, den Sonderstatus der Bf. aufgrund ihrer offensichtlich schweren Lage anzuerkennen²⁶³, was deutlich macht, weshalb ein generelles Verbot der Suizidbeihilfe zu kritisieren ist²⁶⁴. Stattdessen wird der Eingriff zum Schutz der Moral gerechtfertigt. Damit werden individuellen Vorstellungen der eigenen Würde unter Verweis auf gesellschaftliche Moralvorstellungen übergangen, wie im Fall Pretty deutlich wird. Die Rechte der Mehrheit wiegen hier schwerer als das Einzelschicksal:

„Ob die Bf. durch die Begründung des EGMR nicht zu einem Objekt in den Augen des Staates degradiert wird, ist hier fraglich“²⁶⁵.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Von Schwichow auf den Widerspruch dieser Begründung zum Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf Biomedizin verweist, da dieses Übereinkommen in Art. 2 über den Vorrang des menschlichen Lebewesens aussagt, dass das Interesse und das Wohl des menschlichen Lebewesens Vorrang gegenüber dem Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft haben²⁶⁶. Jedoch ist ebenfalls anzumerken, dass Großbritannien, ebenso wie Deutschland, dieses Übereinkommen nicht unterzeichnet hat.

Im folgenden Unterkapitel wird der Fall Haas gegen die Schweiz kurz erläutert um aufzuzeigen, wie sich die Positionierung des EGMR im Laufe der Jahre weiterentwickelt hat.

12.3) Der Fall Haas gegen die Schweiz

Im Fall Haas gegen die Schweiz vom 20. Februar 2011²⁶⁷ versuchte der Bf. vor dem EGMR das Recht auf die Verschreibung einer tödlichen Dosis des Medikaments Natrium-Pentobarbital einzuklagen, um sein Leben vorzeitig zu beenden. Der zum Verhandlungs-

²⁶³ EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 73: „The Court would note that although the Government argued that the applicant, as a person who is both contemplating suicide and severely disabled, must be regarded as vulnerable, [...] while emphasising that the law in the United Kingdom was there to protect the vulnerable, did not find that the applicant was in that category.“

²⁶⁴ vgl. Von Schwichow 2016, S. 129f., m.w.N.

²⁶⁵ Von Schwichow 2016, S. 146.

²⁶⁶ siehe Kapitel 12.

²⁶⁷ EGMR, 20.02.2011, Haas gegen die Schweiz, Rs. 31322/07.

zeitpunkt 58-jährige Bf. litt seit 20 Jahren unter einer diagnostizierten bipolaren Störung und hat während dieser Krankheitsphasen mehrere Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und zwei Suizidversuche erlebt. Der Bf. wurde am 1. Juli 2004 ein Mitglied von DIGNITAS, um durch diese die Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen, da er seiner Ansicht nach kein würdiges Leben in Anbetracht seiner psychischen Erkrankung, die sehr schwer zu behandeln ist, führen kann. Seine Anfrage bei DIGNITAS, das tödliche Medikament zum Zweck der vorzeitigen Lebensbeendigung zu erhalten, scheiterte trotz der Konsultierung verschiedener Psychiater²⁶⁸.

In Rn. 51²⁶⁹ erkennt der EGMR das Recht eines Individuums an, darüber zu entscheiden, auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt das eigene Leben beendet werden soll an, solange der Betroffene seinen Willen freiverantwortlich und wohlüberlegt treffen kann. Dabei bezieht sich der Gerichtshof auf das in Art. 8 Abs. 1 EMRK garantierte Recht auf Privatleben. Des Weiteren differenziert der EGMR in Rn. 52²⁷⁰ den Fall Haas gegen die Schweiz vom Fall Pretty gegen das Vereinte Königreich. Im Gegensatz zu der Bf. Pretty, der aufgrund des Stadiums ihrer terminalen Krankheit die Freiheit fehlte, einen selbstbestimmten Suizid durchzuführen bzw. ihren Mann von der Strafverfolgung der Suizidbeihilfe freisprechen zu lassen, besteht für den Bf. Haas die Möglichkeit, den Suizid ohne eine Form der Beihilfe durchzuführen. Wortwörtlich heißt es in Rn. 52:

In other words, unlike the Pretty case, the Court observes that the applicant alleges not only that his life is difficult and painful, but also that, if he does not obtain the substance in question, the act of suicide itself would be stripped of dignity. In addition, and again in contrast to the Pretty case, the applicant cannot in fact be considered infirm, in that he is not at the terminal stage of an incurable degenerative disease which would prevent him from taking his own life [...].

Der Gerichtshof sieht den Unterschied darin, dass der Bf. Pretty die Möglichkeit fehlt, ohne die Bereitstellung eines tödlichen Medikaments ihrem bevorstehenden körperlichen Leid zu entkommen. Im Gegensatz dazu befindet sich der Bf. Haas nicht im Endstadium einer unheilbaren degenerativen Krankheit, die ihn daran hindern würde, sein eigenes Leben zu nehmen. Vielmehr geht es dem Bf. um die Suizidbeihilfe für einen würdevollen Suizid.

²⁶⁸ vgl. EGMR, 20.02.2011, Haas gegen die Schweiz, Rs. 31322/07, Rn. 6f.

²⁶⁹ vgl. EGMR, 20.02.2011, Haas gegen die Schweiz, Rs. 31322/07, Rn. 51.

²⁷⁰ vgl. EGMR, 20.02.2011, Haas gegen die Schweiz, Rs. 31322/07, Rn. 52.

Der EGMR spricht dem Bf. einen Anspruch auf die Verschreibung des tödlichen Medikaments nicht zu. In der Begründung des Urteils heißt es in Rn. 61²⁷¹, dass aufgrund des Ermessensspielraums der Mitgliedsstaaten die Abwägung der öffentlichen und nationalen Interessen im Fall der Suizidbeihilfe angemessen ist. Dennoch erkennt der EGMR an, dass die Schweiz eine Regelung der Suizidbeihilfe besitzt, die das selbstbestimmte Sterben und den Tod in Würde liberaler verwirklicht als andere Staaten. In seinem Urteil zum Fall Haas gegen die Schweiz positioniert sich der EGMR zu den schweizerischen Möglichkeiten des würdevollen Sterbens positiv, jedoch wird auch in diesem Fall auf den Ermessensspielraum und die Eingriffsrechtfertigungen der Konventionsstaaten verwiesen und keine deutliche Richtungsentscheidung vom Gerichtshof getroffen²⁷².

12.4) Der Fall Koch gegen Deutschland

Am 19. Juli 2012 wurde am EGMR der Fall Koch gegen Deutschland²⁷³ verhandelt. Darin versuchte der Bf. Koch eine Verletzung der Würde seiner verstorbenen Ehefrau einzuklagen. Vorausgegangen war, dass Frau Koch nach einem Sturz im Jahr 2002 eine hochgradige, sensomotorische Querschnittslähmung erlitt und daraufhin vollständig bewegungsunfähig, dauerhaft pflegebedürftig und auf eine künstliche Beatmung angewiesen war. Damit einher gingen Schmerzen und Spasmen am ganzen Körper, Appetitlosigkeit und insgesamt eine Situation, die Frau Koch als ihrem Leben unwürdig empfand, sodass sie im Jahr 2004 ihren Suizidwunsch äußerte²⁷⁴. Die Ärzte prognostizierten Frau Koch eine Lebenserwartung von weiteren 15 Jahren. Die Ehefrau des Bf. beantragte deswegen im Jahr 2004 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Erlaubnis zum Erwerb von 15g Natrium-Pentobarbital²⁷⁵, um sich zu Hause auf würdige Weise das Leben zu nehmen²⁷⁶. Nach Ablehnung der Bitte um das Medikament fuhr sie schließlich zur Suizidbeihilfe durch DIGNITAS in die Schweiz, wo sie am 12. Februar 2005 in Zürich Suizid beging²⁷⁷. Der EGMR urteilte im Fall Koch gegen Deutschland, dass sowohl die Entscheidung des

²⁷¹ vgl. EGMR, 20.02.2011, Haas gegen die Schweiz, Rs. 31322/07, Rn. 61.

²⁷² vgl. Von Schwichow 2016, S. 126.

²⁷³ EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09.

²⁷⁴ vgl. EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 8; vgl. Minelli 2012, S. 169f.

²⁷⁵ Zunächst erfolgte ein Widerspruch gegen die Ablehnung der Bundesopiumstelle, das Bundesinstitut wies den Widerspruch von Herr und Frau Koch am 3. März 2005 zurück; das Verwaltungsgericht Köln erklärte mit Urteil vom 21. Februar 2003, dass der Witwer Ulrich Koch keine Klagebefugnis habe; das Oberverwaltungsgericht Münster bestätigte dies am 22. Juni 2007; das Bundesverfassungsgericht zu Karlsruhe nahm die Verfassungsbeschwerde mit Entscheid vom 4. November 2008 nicht an. Der EGMR erklärte die Beschwerde von Ulrich Koch als in allen Punkten zulässig (vgl. Minelli 2012, S. 171f.).

²⁷⁶ vgl. EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 9.

²⁷⁷ vgl. EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 12.

Bundesinstituts als auch der nationalstaatlichen Gerichte, die Klage des Bf. nicht zu prüfen, einen Eingriff in das Recht des Bf. auf Achtung seines Privatlebens aus Art. 8 EMRK dargestellt haben²⁷⁸.

Der Bf. argumentierte in der Klage gegen die Verweigerung der Verschreibung des tödlichen Medikaments insbesondere mit Betonung auf der Würde seiner Ehefrau, die bei einem selbstgewählten Tod viel eher gewahrt würde als im Vergleich zum bevorstehenden langen Leid oder dem qualvollen Tod durch die Krankheit. Dadurch musste der EGMR seine Definition von Würde am Lebensende erneut genauer formulieren²⁷⁹.

Die Regierung Deutschlands versuchte, aus den vorhergehenden Urteilen des EGMR eine eher ablehnende Haltung des Gerichtshofs gegenüber dem Anspruch auf die Gewährleistung eines würdevollen Suizids durch den Staat abzuleiten, siehe Rn. 33²⁸⁰:

They pointed out that the Court, in the Pretty case [...], was not prepared explicitly to spell out that Article 8 encompassed a right of every person to decide on the end of his or her life and to receive assistance if necessary. The same held true for the Haas case [...], in which the Court refused to derive a positive obligation from Article 8 to facilitate suicide in dignity. It thus remained unclear whether B.K. had a substantial right to assistance in order to end her life in dignity under Article 8.

Die Bundesregierung entnimmt dem Fall Pretty, der Gerichtshof habe entschieden, dass aus Art. 8 EMRK nicht das Recht abgeleitet wird, den Entschluss zu fassen, seinem Leben ein Ende zu setzen und hieraus einen Anspruch auf Beihilfe zum Suizid abzuleiten. Diese Haltung treffe laut der Regierung auch im Fall Haas gegen die Schweiz zu, bei dem es der Gerichtshof abgelehnt hat, aus Art. 8 EMRK eine positive Verpflichtung der Staaten abzuleiten, den würdevollen Suizid zu erleichtern. Daher ist die Regierung der Ansicht, dass bisher nicht eindeutig vom EGMR geklärt worden sei, ob der Bf. nach Art. 8 EMRK einen substantziellen Anspruch auf Unterstützung beim Suizid in Würde hat.

Tatsächlich stellte der EGMR stattdessen die Verletzung des Art. 8 EMRK fest, „da die bestehende Rechtsprechung zu einem würdevollen Tod in den nationalstaatlichen Instanzen nicht angemessen berücksichtigt wurde“²⁸¹. In dem Urteil geht aus Rn. 51²⁸² hervor, dass der Begriff des Privatlebens im Sinne des Art. 8 EMRK ein weit gefasster Begriff sei, der nicht abschließend definiert werden könne. Mit Verweis auf den Fall Pretty konstatiert der Gerichtshof, dass der Begriff der Autonomie des Menschen einen wichtigen Grundsatz

²⁷⁸ vgl. EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 54.

²⁷⁹ vgl. Von Schwichow 2016, S. 125.

²⁸⁰ EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 33.

²⁸¹ Von Schwichow 2016, S. 126f.

²⁸² vgl. EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 51.

widerspiegelt, der auslegungsfähig ist. Ohne den von der Konvention garantierten Schutz des Lebens abzuschwächen erkennt der EGMR an, dass in Zeiten der fortschreitenden medizinischen Entwicklung und gesteigener Lebenserwartung viele Menschen befürchten, dass sie dazu genötigt werden, im hohen Alter einer Apparatemedizin ausgeliefert zu sein bzw. einen Kontrollverlust zu erleben, der im Gegensatz zu ihren persönlichen Vorstellungen der Würde steht²⁸³. Des Weiteren bezieht sich der Gerichtshof in Rn. 52 auf den Fall Haas gegen die Schweiz und wiederholt, dass das Recht auf Privatleben nach Art. 8 EMRK auch das Recht des Individuums beinhaltet, über die Art und den Zeitpunkt der Lebensbeendigung zu bestimmen, sofern ein wohlüberlegter Wille besteht²⁸⁴. Der EGMR hebt in seinem Urteil weiter hervor, dass es in der Verpflichtung des Staates liegt, durch nationalstaatliche Gerichte die Rechte nach Art. 8 EMRK zu prüfen, selbst in Rechtssachen, in denen das materielle Recht noch zu bestimmen ist, siehe Rn. 53:

„The Court finally considers that Article 8 of the Convention may encompass a right to judicial review even in a case in which the substantive right in question had yet to be established [...]“.

Dementsprechend urteilte der EGMR zwar nicht, dass nach Art. 8 Abs. 1 EMRK eine Verletzung durch die Verweigerung des tödlichen Medikaments für Frau Koch vorlag. Vielmehr sieht er das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf Privatleben darin verletzt, dass durch die nationalstaatlichen Gerichte die Klagen des Bf. unzureichend bzw. nicht geprüft wurden²⁸⁵.

Im folgenden Unterkapitel soll die Positionierung des EGMR zum Anspruch auf Beihilfe zum Suizid und zum Recht auf einen würdevollen Tod anhand der vorgestellten Urteile herausgearbeitet werden.

12.5) Positionierung des EGMR in den genannten Fällen

Die bestehende Rechtsprechung zu einem selbstbestimmten Tod in Würde ist nicht gefestigt, aber die Urteile des EGMR deuten in die Richtung zur Anerkennung eines Rechts auf einen würdevollen Tod. Bisher wurden vom EGMR alle derartigen Klagen zugelassen oder hypothetisch geprüft²⁸⁶. Aus der Rechtsprechung des EGMR in den Fällen Pretty, Haas

²⁸³ vgl. EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 51; vgl. EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 65; siehe auch Kapitel 12.2.

²⁸⁴ vgl. EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 52; vgl. EGMR, 20.02.2011, Haas gegen die Schweiz, Rs. 31322/07, Rn. 51.

²⁸⁵ vgl. EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09, Rn. 54.

²⁸⁶ vgl. Von Schwichow 2016, S. 127.

und Koch wird jedoch deutlich, dass als Grundlage für den Anspruch auf einen würdevollen Suizid stets das Recht auf Selbstbestimmung aus Art. 8 Abs. 1 EMRK in Verbindung mit der Menschenwürde formuliert wurde. Die Definition der Menschenwürde obliegt auch im Falle der persönlichen Interpretation eines würdevollen Todes stets dem Würdeträger. In diesem Sinne vermeidet es auch der EGMR, eine Definition eines menschenwürdigen Lebensendes vorzugeben:

„Es macht also durchaus Sinn, von einer Anerkennung des Rechts auf einen menschenwürdigen Tod unter Art. 8 EMRK auszugehen. Die Definition, wie dieser Tod auszusehen hat, überlässt der Gerichtshof dabei ausdrücklich dem betroffenen Individuum und er maßt sich nicht an, selber Richtlinien für einen Tod in Würde aufzustellen. Selbst im Fall Haas erlaubte sich der EGMR keine Beurteilung der Argumentation des Bf[.], der zwar nicht physisch eingeschränkt war und somit eine Vielzahl von Suizidmöglichkeiten zur Auswahl hatte, der aber den Tod durch ein verschreibungspflichtiges Medikament für den einzig würdigen Tod hielt. Damit hängt der Schutzbereich allein vom Würdeverständnis des jeweiligen Bf. ab, was der Menschenwürde natürlich eine herausragende Stellung verschafft“²⁸⁷.

Laut Interpretation des EGMR umfasst die Menschenwürde auch die Selbstbestimmung über den eigenen Tod, wobei jede gesetzliche Vorschrift, die das Individuum an der Verwirklichung hindert, einen Eingriff darstellt. Allerdings wurde in den genannten Fällen weniger das Recht auf einen selbstbestimmten Tod, sondern vielmehr die Schwere eines Eingriffs durch das Verbot der Beihilfe nach Art. 8 Abs. 2 EMRK vom EGMR abgewogen, beispielsweise im Fall Haas das Recht auf eine tödliche Dosis des verschreibungspflichtigen, tödlichen Medikaments, um einen würdevollen Suizid durchführen zu können²⁸⁸. Das Recht auf den Suizid an sich ist nicht strittig, da der Suizid grundsätzlich strafrei und Teil des Selbstbestimmungsrechts und der körperlichen Integrität ist. In den diskutierten Fällen wird nicht in Frage gestellt, dass Individuen den Zeitpunkt ihres Todes selbst bestimmen dürfen, sondern ob das Selbstbestimmungsrecht in Verbindung mit der Menschenwürde die Staaten dazu verpflichtet - beispielsweise durch die Verfügbarkeit eines tödlichen Medikaments - einen menschenwürdigen, möglichst sicheren und qualffreien Suizid zu ermöglichen²⁸⁹.

Der Art. 8 Abs. 2 EMRK gewährt den Nationalstaaten auch im Falle der Suizidbeihilfe einen Ermessensspielraum, aus dem heraus Eingriffe in der Selbstbestimmung im Privat- und Familienleben in Abwägung mit nationalen und gesellschaftlichen Interessen gerecht-

²⁸⁷ Von Schwichow 2016, S. 127, m.w.N.

²⁸⁸ vgl. Von Schwichow 2016, S. 127, m.w.N.

²⁸⁹ vgl. Von Schwichow 2016, S. 130, m.w.N.

fertigt werden können. Dementsprechend ist laut EGMR das Recht auf einen würdevollen Tod vorstellbar, jedoch durch den Ermessensspielraum der Konventionsstaaten bislang einschränkbar. Dadurch, dass Eingriffsrechtfertigungen wie im Fall Pretty legitim sind, schließt der EGMR die Verwirklichung eines selbstbestimmten Todes vom intimsten Bereich der privaten Lebensgestaltung aus²⁹⁰. Die Abwägung der Interessen des Einzelnen gegen die Interessen der Gesellschaft schließt aus, dass Vorstellungen über das eigene Lebensende, die oft aus tiefen religiösen oder moralischen Überzeugungen entstehen, verwirklicht werden können. Die individuellen Vorstellungen über ein menschenwürdiges Sterben sind abwägbar gegen die Interessen der Allgemeinheit, gegen den Schutz der Moral und gegen den Schutz des Lebens anderer. Damit versucht der EGMR, dem fehlenden Konsens unter den Konventionsstaaten gerecht zu werden und kein generelles Recht oder Verbot der Sterbehilfe zu formulieren.

Dass der EGMR die Einordnung des selbstbestimmten Todes in den intimsten Bereich der Privatsphäre ausschließt²⁹¹, ist erstaunlich und schwer verständlich. Die Anerkennung der Selbstbestimmung am Lebensende als intimster Bereich der Privatsphäre hätte dazu geführt, dass Eingriffe durch den Staat nach Art. 8 Abs. 2 EMRK nicht gerechtfertigt werden dürften, was wiederum der Suizidbeihilfe und dem Anspruch auf den Erhalt von tödlichen Medikamenten den Weg bereitet hätte. Stattdessen widerspricht sich der EGMR darin, dass der würdevolle Suizid aus der Menschenwürde resultiert und dennoch abwägbar ist²⁹². Trotzdem hat der EGMR, insbesondere im Fall Pretty, das einschränkbare Recht auf einen würdevollen Tod angesichts schwerster Krankheit und bevorstehendem Leid erkannt und könnte damit ermöglichen, dass in zukünftigen Urteilen zur Suizidbeihilfe im Sinne des Selbstbestimmungsrechts und der Menschenwürde positiv für die Legitimation der Suizidbeihilfe entschieden wird. Im folgenden Unterkapitel wird ein Ausblick auf mögliche, zukünftige Entwicklungen der Betrachtung der Suizidbeihilfe im Kontext der Menschenrechte formuliert und die Position des EGMR kritisch reflektiert.

12.6) Ausblick

Die genannten Urteile zum Recht auf einen würdevollen Tod mithilfe von Suizidbeihilfe lassen bislang keine Schlüsse auf eine generelle Linie des EGMR zu. Dennoch ist deutlich geworden, dass der Anwendungsbereich der Sterbehilfe in jedem Fall unter Art.8 EMRK

²⁹⁰ vgl. Von Schwichow 2016, S. 128, m.w.N.

²⁹¹ vgl. EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 71.

²⁹² vgl. Von Schwichow 2016, S. 148, m.w.N.

mit besonderer Betonung der Menschenwürde verortet wird. Der Gebrauch der Würde in Verbindung mit Art. 8 EMRK legt jedoch nahe, dass es bei Art. 8 EMRK und im Falle der Selbstbestimmung am Lebensende oft um Eingriffe in den intimsten Privatbereich von Individuen geht. Die Zurückhaltung des EGMR lässt sich vielleicht damit erklären, dass der Art. 8 EMRK nach Abs. 2 Eingriffsrechtfertigungen erlaubt und wie im Fall der Sterbehilfe abgewägt werden darf²⁹³. Durch die Möglichkeit der Rechtfertigungsgründe für Eingriffe nach Art. 8 Abs. 2 EMRK entsteht für Konventionsstaaten der Ermessensspielraum, die Selbstbestimmung über das Privatleben und auch über das selbstbestimmte Sterben zum Schutz der Moral einzuschränken. Der EGMR bestimmt nicht über ein generelles Verbot oder das Recht auf die Suizidbeihilfe mit der Intention, dass die Praxis der Sterbehilfe von den Konventionsstaaten individuell politisch und gesellschaftlich diskutiert und beschlossen wird. Dabei erkennt der Gerichtshof, dass die Diskussion über eine Liberalisierung der Sterbehilfe ein sehr emotionales und moralisch aufgeladenes Thema ist, das in pluralistischen Gesellschaften verschiedene Meinungen und viele Ängste vor Missbrauch oder einem Sterbedruck in der letzten Lebensphase hervorruft. Aufgrund von kulturellen Unterschieden und sehr individuellen Vorstellungen über ein Sterben in Würde vermeidet es der EGMR, ein generelles Urteil zu treffen und gewährt den Konventionsstaaten einen weiten Ermessensspielraum:

„Diese breite Spannweite an Bewertungsmöglichkeiten verschafft dem EGMR die notwendige Flexibilität, um in solch emotional aufgeladenen und hauptsächlich gesellschaftlich zu entscheidenden Fragen die jeweils angemessene Entscheidung zu treffen. Die margin of appreciation ist gerade in diesen Fällen von großer Wichtigkeit und obwohl der EGMR bei den genannten Urteilen auf die Menschenwürde eingeht, gesteht er den Konventionsstaaten doch jeweils weite Ermessensspielräume zu“²⁹⁴.

Kritisch an dieser Haltung des EGMR ist, dass in Fragen über das würdevolle Sterben die Menschenwürde abwägbar ist. Es ist ein paternalistischer Ansatz²⁹⁵, die persönliche Freiheit und Autonomie des Individuums einzuschränken, um das Würdeverständnis der Gemeinschaft zu schützen. In dieser Deutung der Menschenwürde werden die Freiheiten des Individuums eingeschränkt und somit der Einzelne wenig berücksichtigt. Nicht nur auf nationaler Ebene ist es schwierig, den Würdebegriff einheitlich zu definieren, umso schwe-

²⁹³ vgl. Von Schwichow 2016, S. 150.

²⁹⁴ Von Schwichow 2016, S. 145f.

²⁹⁵ Paternalismus = „[...] der mit staatlichem Zwang behafteten Einmischung des Staates in das Leben des Individuums, um dieses (vermeintlich) vor sich selbst zu schützen. In einer liberalen und pluralistischen Gesellschaft ist der Paternalismus dabei immer begründungsbedürftig, da sich Vorstellungen eines allgemeingültigen und dogmatisch feststehenden Lebenssinns schlechterdings nicht mit der Achtung personaler Autonomie vereinbaren lassen“ (Von Schwichow 2016, S. 188, m.w.N.).

rer ist es auf europäischer Ebene, die Freiheitsrechte des Einzelnen mit der Würde zu begründen, da sich die Interpretation der Menschenwürde zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten zu sehr unterscheidet. In diesem Sinne dient der Würdeschutz durch die Rechtsprechung des EGMR vielmehr dazu, die Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen im Sinne der Gemeinschaft zu beschränken, als die Freiheit des Einzelnen zu schützen²⁹⁶. Kulturelle Differenzen und die fehlende Staatlichkeit des EGMR stellen eine Herausforderung der Konsensbildung bei Fragen über die Verwirklichung der Menschenwürde und der Menschenrechte dar. Im Falle der EMRK „kann von der Kulturabhängigkeit der Menschenwürde und dem dahinterstehenden Identitätsprinzip gesprochen werden“²⁹⁷.

Die Fälle Pretty, Haas und Koch verdeutlichen, dass das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Tod nach Art. 8 EMRK in Verbindung mit der Menschenwürde bislang einschränkbar ist. Der EGMR erkennt an, dass es in der Debatte um das selbstbestimmte Sterben besonders um individuelle Vorstellungen eines Todes in Würde geht. Den Individuen wird zwar zugestanden, den Tod in Würde eigensinnig zu definieren, jedoch wird daraus kein Anspruch auf die Beihilfe zum würdevollen Sterben abgeleitet. Dementsprechend bleibt die Menschenwürde als höchstes Rechtsgut der Menschenrechtskonventionen bestehen, jedoch wird in den genannten Urteilen des EGMR deutlich, dass eine Abwägung der Menschenwürde aufgrund von gesellschaftlichen und politischen Interessen bzw. zum Schutz der Moral ermöglicht wird²⁹⁸. Das Verständnis der Menschenwürde muss sich im Laufe der Jahre stets fortentwickeln und an gesellschaftliche Veränderungen angepasst werden, wie zum Beispiel in der Debatte über eine Legalisierung der Suizidbeihilfe in Anbetracht der sich weiterentwickelnden Möglichkeiten in der Medizin:

„An dieser Stelle erweist sich, wie sehr der EGMR mit seiner Rechtsprechung am „Puls der Zeit“ liegt, denn hier stellt er maßgeblich auch auf gesellschaftliche, soziale und politische Veränderungen ab, um Eingriffe in die Würde zu rechtfertigen. [...] Es geht mehr um Glaubens- als um Wissensfragen. Trotzdem tut der Gerichtshof gut daran, sich diesen Fragen zu stellen und sie immer wieder aufs Neue zu beantworten, denn nur so kann gewährleistet werden, dass die Konvention praktische und effektive Rechte schützt, nicht nur theoretische und illusorische“²⁹⁹.

Die Effektivität des Menschenwürdebegriffs entsteht erst durch die konkrete Begründung von Persönlichkeits- und Freiheitsrechten in Anwendungsfällen des EGMR. Dementspre-

²⁹⁶ vgl. Von Schwichow 2016, S. 160.

²⁹⁷ Von Schwichow 2016, S. 201, m.w.N.

²⁹⁸ vgl. Von Schwichow 2016, S. 176, m.w.N.

²⁹⁹ Von Schwichow 2016, S. 177, mit Verweis auf EGMR, 13.05.1980, Artico gegen Italien, Rs. 6694/74, Rn. 33; EGMR, 06.06.2013, Sabanchiyeva u.a. gegen Russland, Rs. 38450/05, Rn. 132; 01.03.2006, Sejdovic gegen Italien, Rs. 56581/00, Rn. 94 zum Grundsatz der Effektivität.

chend ist es wichtig, dass es dem EGMR gelingt, trotz unterschiedlichen Definitionen des Menschenwürdebegriffs und unterschiedlichen Glaubens- und Moralvorstellungen den Anspruch auf die Verwirklichung der Menschenwürde anhand von konkreten Anwendungsfällen festzulegen, ohne die Menschenwürde an sich für die Allgemeinheit zu definieren. Nur so können durch die Menschenrechte und die Achtung der Menschenwürde praktische und effektive Rechte, wie zum Beispiel das Recht auf den selbstbestimmten und der eigenen Würde entsprechenden Suizid, geschützt werden.

13) Das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit

Gegner einer Ausweitung der Sterbehilfepraxis argumentieren oft damit, dass eine Liberalisierung den Schutz des Lebens verletzen und dauerhaft beschädigen könnte. Der Schutz des Lebens ist in Art. 2 EMRK festgehalten:

(1) Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden, außer durch Vollstreckung eines Todesurteils, das ein Gericht wegen eines Verbrechens verhängt hat, für das die Todesstrafe gesetzlich vorgesehen ist.

(2) Eine Tötung wird nicht als Verletzung dieses Artikels betrachtet, wenn sie durch eine Gewaltanwendung verursacht wird, die unbedingt erforderlich ist, um

a) jemanden gegen rechtswidrige Gewalt zu verteidigen;

b) jemanden rechtmäßig festzunehmen oder jemanden, dem die Freiheit rechtmäßig entzogen ist, an der Flucht zu hindern;

c) einen Aufruhr oder Aufstand rechtmäßig niederzuschlagen.

Nach Art. 2 Abs. 1 S. 1f. EMRK ist der Schutz des Lebens ein hohes Rechtsgut, das garantiert, dass niemand absichtlich durch Dritte getötet werden darf. Die Ausnahmeregelungen nach Art. 2 Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 EMRK erlauben es, zum Schutz vor rechtswidrigen Handlungen bzw. wegen der Strafvollziehung in den Schutz des Lebens einzugreifen. Demnach gibt es für den Art. 2 EMRK dieselben Eingriffsrechtfertigungen wie für den Art. 8 EMRK. Insbesondere kann in den Schutz des Lebens zugunsten des Schutzes der Gesundheit, der Moral und der Rechte und Freiheiten Anderer gerechtfertigterweise eingegriffen werden³⁰⁰. Demnach ist der Lebensschutz ebenso wie das Selbstbestimmungsrecht abwägbar gegen die Interessen der Allgemeinheit.

Das Recht auf Leben wird ebenfalls im deutschen Grundgesetz in Art. 2 GG, insbesondere in Abs. 2 festgehalten:

³⁰⁰ vgl. Giger 2012, S. 161.

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Das Recht auf Leben schützt das körperliche Dasein bzw. die biologisch-physische Existenz des Menschen. Aus Urteilen des Bundesverfassungsgerichts geht hervor, dass neben der Achtung der Menschenwürde das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit den höchsten Rechtswert in der Verfassung darstellt. Der Schutz des Lebens ist jedoch für die Verwirklichung der eben genannten Rechtsgüter unabdingbar, da das menschliche Leben die Grundlage und Voraussetzung für alle weiteren Rechte ist³⁰¹.

Wie bereits in Kapitel 10.1 erläutert wurde, ist aus dem Selbstbestimmungsrecht nach Art. 2 Abs. 1 GG und ebenso aus dem Selbstbestimmungsrecht nach Art. 8 Abs. 1 EMRK abzuleiten, dass damit der Schutz der allgemeinen Handlungsfreiheit einhergeht und somit auch die Achtung des Patientenwillens. Die Selbstbestimmung darüber, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen oder Entscheidungen über medizinische Eingriffe vorzunehmen, die das eigene Leben verkürzen, überwiegt demnach dem Schutz des Lebens. Auch der freiverantwortliche Suizid als Ausdruck der persönlichen Handlungsfreiheit ist vor staatlichen Eingriffen durch die Verfassung geschützt. Das Recht auf Leben verpflichtet nicht zum Weiterleben³⁰². Deswegen lässt sich auch das Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG dementsprechend interpretieren, dass die individuelle Bitte um lebensverkürzende Maßnahmen zum Schutz vor bevorstehendem, unerträglichem Leid als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts über die körperliche Integrität zu bewerten und höher als der Schutz des Lebens gestellt ist³⁰³. Aus den Urteilen des EGMR geht in Bezug auf die Bedeutung des Rechts auf Leben im Sterbehilfekontext hervor, dass das Lebensrecht eher als Voraussetzung für die Verwirklichung der Menschenwürde gesehen wird, jedoch nicht über dieser steht. Im Fall *Pretty* gegen das Vereinigte Königreich ist unter anderem die Haltung deutlich geworden, dass das Recht auf Leben in Verbindung mit der Menschenwürde

³⁰¹ vgl. Bernert-Auerbach 2012, S. 184f., m.w.N.

³⁰² „Des Weiteren können aus Grundrechten nicht ohne weiteres Pflichten hergeleitet werden. Rechte und Pflichten müssen sich nicht entsprechen. Darüber hinaus schließen Freiheitsrechte auch das Recht ein, diese nicht zu gebrauchen“ (Bernert-Auerbach 2012, S. 239, m.w.N.).

³⁰³ vgl. Hufen 2001, S. 92.

mehr auf die Qualität des Lebens abzielt als auf den unbedingten Lebensschutz wider Willen³⁰⁴.

Es ist bereits deutlich geworden, dass der Schutz des Selbstbestimmungsrechts mit dem Schutz des Lebens in Hinblick auf die Ermöglichung des selbstbestimmten Sterbens im Widerspruch steht. Aus diesem Konflikt resultiert die Schwierigkeit definieren zu müssen, ob mehr Gewicht auf den unbedingten Lebensschutz oder aber auf die selbstbestimmte und würdevolle Lebensbeendigung gelegt wird. Die Frage, welchem dieser beiden Grundsätze mehr Bedeutung zuzumessen ist, wird sehr unterschiedlich und individuell beantwortet. Dieses Dilemma kommt in der Sterbehilfedebatte so deutlich zum Tragen wie in wenigen anderen Anwendungsbereichen³⁰⁵. Darum verwundert es nicht, dass der EGMR bislang kein eindeutiges Urteil darüber gefällt hat, ob der Schutz des Lebens oder der Schutz der Selbstbestimmung im Sterben überwiegt:

„Die Entscheidung kann richtigerweise nur durch eine in der normativ verwirklichten Gesamtmentalität der EMRK-Bestimmungen gesucht und gefunden werden. Eine isolierte, einseitig auf Lebenserhaltung oder Lebensbeendigung fokussierte Beurteilung wird dem in der Konvention materialisierten Zeitgeist nicht gerecht“³⁰⁶.

Im Sinne der Menschenwürde, die an oberster Stelle aller Rechtsordnungen steht und die beinhaltet, über das eigene Leben, die Lebensführung und auch die Lebensbeendigung selbst zu bestimmen, wäre die Einführung der Suizidbeihilfe und damit eines selbstbestimmten menschenwürdigen Suizids die ultimative Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts über das Lebensende. Der Schutz des Lebens darf zugunsten der Selbstbestimmung zurückgestellt werden, wie am Beispiel der erlaubten passiven oder indirekten Sterbehilfe deutlich wird. Demnach ist der Unterschied der Suizidbeihilfe zu den genannten erlaubten Sterbehilfeformen nicht mit dem besonderen Schutz des Lebens zu begründen. Die passive und indirekte Sterbehilfe verwirklichen die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende, ohne den Lebensschutz generell oder für die Allgemeinheit zu verletzen. Dementsprechend wäre es wünschenswert, auch für die Beihilfe zum Suizid gesetzliche Regelungen zu finden, die Menschen einen würdevollen Suizid nach ihren eigenen Wertvorstellungen und in Selbstbestimmung ermöglichen, ohne dass sich die Gefahr einer Aushöhlung des Lebensschutzes oder Dambruchargumente bewahrheiten.

³⁰⁴ vgl. Von Schwichow 2016, S. 151; vgl. EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs. 2346/02, Rn. 65.

³⁰⁵ zum Beispiel Abtreibung, künstliche Befruchtung, Sterilisation etc.

³⁰⁶ Giger 2012, S. 163.

14) Diskurs: Kritik am Gesundheitssystem

Nicht nur die gesetzlichen Grundlagen in Deutschland verhindern bislang eine Öffnung der Sterbehilfepraxis hin zu dem ärztlich assistierten Suizid oder der aktiven Sterbehilfe - auch das Gesundheitssystem in seiner derzeitigen Form steht einer solchen im Wege. Die Pharmaindustrie in Deutschland nimmt einen großen Einfluss auf das Gesundheitssystem. Das profitorientierte Gesundheitswesen fördert aktuell durch Übertherapie und eine unzureichende pflegerische und palliative Versorgung seinen eigenen Gewinn. Die Gesundheitsindustrie verspricht sich höhere Renditen durch zum Teil zweifelhafte Heilungsversprechen und Ärzte fühlen sich mehrheitlich der Übertherapie verpflichtet³⁰⁷. Das Gesundheitssystem verfolgt nicht das Ziel, die Menschenwürde am Lebensende zu verwirklichen, sondern den höchstmöglichen Gewinn zu erzielen. Die Ökonomisierung des Gesundheitssektors und die zunehmende Privatisierung von sozialen Dienstleistungen, insbesondere im Pflegesektor, werden durch die gesetzlichen Lockerungen für diese Praxis ermöglicht:

„Unzweifelhaft lässt sich mit dem zu Ende gehenden Leben viel Geld verdienen. Etwa ein Drittel aller Gesundheitskosten im Leben eines Menschen fällt in den letzten ein bis zwei Lebensjahren an. Es geht hier also – allein in Deutschland – um dreistellige Milliardenbeträge“³⁰⁸.

Durch die staatlich geförderte und geforderte Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssektor wird der Mensch bzw. Patient zunehmend nicht mehr als Individuum, sondern vielmehr als Kostenfaktor betrachtet. Darunter leiden nicht nur die Behandelten, sondern ebenso Angehörige und professionelle Kräfte des Gesundheitswesens³⁰⁹. Seit den neunziger Jahren bedeutet die sogenannte Ökonomisierung des Wohlfahrtssektors in Deutschland, dass fortwährende Reformen im Sinne der Wettbewerbspolitik erfolgen³¹⁰. Die Sozialpolitik wird seitdem zunehmend von marktwirtschaftlichen Elementen bestimmt. Dies wird insbesondere am Beispiel der Reformierung der Krankenhausfinanzierung deutlich: Seit der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips, das kaum bzw. keine finanziellen Anreize für eine besonders ökonomische Haushaltsführung bot, da Krankenhäuser staatlich oder gemeinnützig betrieben wurden, wurde das Krankenhauswesen durch die Einführung des DRG-Systems³¹¹ im Jahr 2004 wesentlich reformiert. Mit Einführung dieses Systems wurden die Beibehaltung von Gewinnen, die Leistungsselektion im Sinne der Wirtschaftlichkeit und insgesamt ein profitorientiertes Krankenhauswesen gefördert. Dies führte zum politisch

³⁰⁷ vgl. Borasio 2014, S. 167f.

³⁰⁸ Borasio 2014, S. 167.

³⁰⁹ vgl. Borasio 2014, S. 175.

³¹⁰ vgl. Dahme & Wohlfahrt 2015, S. 42.

³¹¹ DRG = Diagnostic Related Groups

gewollten Privatisierungstrend im Gesundheitswesen, wodurch der Staat seine Verantwortlichkeiten - inklusive der finanziellen - vermehrt an private Träger abgab:

„Das alles hat dazu geführt, dass Deutschland innerhalb von zehn Jahren das Land mit dem höchsten Anteil privater Häuser in der stationären Versorgung und mit den größten Krankenhauskonzernen weltweit geworden ist“³¹².

Der Anteil privater Dienstleister im Pflegesektor, die auch die Zielgruppe von sich am Lebensende befindlichen Menschen versorgt, ist ebenso rasant angestiegen³¹³.

Seitdem die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2008 ihren Status als öffentlich-rechtliche Körperschaften verloren haben, betreiben diese aufgrund des eigenen Insolvenzrisikos eine Patientenselektion, die schutzbedürftigen Menschengruppen nicht gerecht wird³¹⁴. Der Kostendruck der Krankenkassen verschlechtert die Situation der Patienten, indem sie mehr finanzielle Eigenverantwortung übernehmen müssen (Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall, Praxisgebühr, Zuzahlungen bei Medikamenten etc.). Durch die Ökonomisierung im Gesundheitswesen und den Kostendruck auf alle Beteiligten behindern die unethischen, staatlich geförderten finanziellen Anreize zur Wirtschaftlichkeit die Achtung der Würde und des Selbstbestimmungsrechts der Menschen. Ärzte stehen in diesem System ebenso unter Druck, weshalb wenig Zeitaufwand in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, sondern stattdessen in Überdiagnostik und Übertherapie investiert wird. Dabei rückt der Mensch als Individuum immer weiter in den Hintergrund und wird weniger mit seinen eigenen Wünschen oder Vorstellungen in die eigene Behandlung am Lebensende involviert. Aufgrund des von Zeit- und Kostendruck geprägten ärztlichen Alltags scheint es Ärzten nicht möglich zu sein, Behandlungsmethoden zu wählen, die sie sich selbst als Mensch am eigenen Lebensende in der Situation ihrer schwerkranken oder sterbenden Patienten wünschen würden. In einer Studie aus den USA wird genau diese Diskrepanz deutlich, die die Einstellung von Ärzten in Bezug auf ihre eigene Behandlung am Lebensende im Vergleich zu der Behandlung ihrer Patienten belegt:

„Von den befragten 1081 Ärzten würden fast 90 Prozent für sich selbst auf aggressive Therapien und Wiederbelebensmaßnahmen am Lebensende verzichten. Tatsache ist aber, dass in den USA die meisten Patienten am Lebensende aggressiv therapiert werden und im Krankenhaus sterben“³¹⁵.

³¹² Rätz 2016, S. 206.

³¹³ vgl. Dahme & Wohlfahrt 2015, S. 44.

³¹⁴ vgl. Dahme & Wohlfahrt 2015, S. 151.

³¹⁵ Borasio 2014, S. 170, m.w.N.

Im Sinne der Achtung der Menschenwürde und des selbstbestimmten, würdevollen Sterbens wäre es wünschenswert, dass sich Ärzte mehr um die Verwirklichung der Wert- und Moralvorstellungen der Patienten bemühen. Das profitorientierte Gesundheitswesen setzt Ärzte dem Druck aus, durch Übertherapie das Leben der Patienten so lange wie möglich zu verlängern, damit ein hoher Gewinn erzielt werden kann. Dadurch wird die Patientenautonomie am Lebensende nicht gefördert. Das Ziel des Gesundheitsmarktes, das Leben der Menschen so lange wie möglich zu erhalten und davon zu profitieren, widerspricht einer Öffnung der Gesellschaft zu alternativen Möglichkeiten, wie das friedliche Sterbenlassen statt aggressiver Übertherapien oder palliativer Versorgung statt einer Apparatedizin. Dementsprechend erscheint es nicht im Sinne der Gesundheitsindustrie in ihrem momentanen Zustand, den ärztlich assistierten Suizid, die aktive Sterbehilfe oder sonstige lebensverkürzende Maßnahmen am Lebensende zu fördern.

15) Fazit

Die Debatte über die Kontrolle über das eigene Lebensende ist ein sehr aktuelles Thema, das von Experten auf diesem Gebiet und von Politikern in moralischer und rechtlicher Hinsicht dennoch bereits seit Langem diskutiert wird. Ein Konsens über die Legitimierung der Sterbehilfe ist schwer zu finden. Deshalb ist die vorliegende Arbeit ein Versuch, herauszufinden, ob der Anspruch auf Sterbehilfe bzw. einen menschenwürdigen und selbstbestimmten Tod aus den Menschenrechten abgeleitet werden kann.

Nach der Einleitung, die den Aufbau der Arbeit zu Beginn vorstellte, wurde in Kapitel 2 ein kurzer historischer Rückblick über die Bewertung von Suizidhandlungen in der Vergangenheit gegeben. Es wurde verdeutlicht, dass ein Wandel stattgefunden hat von Bevormundung und Bestrafung der Suizidenten im Mittelalter bzw. durch Vertreter der christlichen Kirchen hin zu der sich fortwährend weiterentwickelnden Betonung der Patientenautonomie, der Selbstbestimmung und der Eigenverantwortung über das eigene Leben und Sterben.

Im dritten Kapitel über die Debatte in Deutschland wurde zusammengefasst, wie sich die Debatte um die Legalisierung der Sterbehilfe in den letzten 20 Jahren entwickelt hat. Die groben Standpunkte von Befürwortern und Gegnern der Sterbehilfepraxis wurden gegenübergestellt und es wurde verdeutlicht, dass insbesondere die Auswirkungen auf die Gesellschaft bei einer Ausweitung der Sterbehilfepraxis kritisch reflektiert werden. Während

Befürworter die Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte betonen, fürchten Gegner durch die Legalisierung der Suizidbeihilfe eine Verletzung des Lebensschutzes.

Es wurde deutlich gemacht, dass das paternalistische Handeln von Ärzten bzw. die Herrschaft über Leben und Sterben in der Gegenwart der Patientenautonomie weichen mussten. Dies wurde in Kapitel 4 anhand der Grundsätze der Bundesärztekammer und der Musterberufsordnung der Ärzte belegt. Unter anderem wurde aus den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung hervorgehoben, dass Sterbevorgänge nicht gegen den Patientenwillen künstlich in die Länge gezogen werden dürfen. Während die passive Sterbehilfe durch die Bundesärztekammer legitimiert wurde, sieht diese die Mitwirkung von Ärzten bei Selbsttötungen nicht als eine ärztliche Aufgabe an und verbietet die aktive Sterbehilfe. Der § 16 der MBO-Ä über den Beistand für Sterbende verdeutlicht den selben Standpunkt und bildet die Grundlage dafür, dass dementsprechende Verstöße von den Ärztekammern berufsrechtlich geahndet werden. Dennoch werden grundsätzlich das Selbstbestimmungsrecht und die Würde des Patienten in den Grundsätzen der Ärztekammern betont.

Um Klarheit in die verschiedenen Begrifflichkeiten in der Sterbehilfedebatte zu bringen, wurden in den Kapiteln 5-7 die wichtigsten Formen der Sterbehilfe voneinander abgegrenzt. In Kapitel 5 wurde die passive Sterbehilfe definiert und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen erläutert. Der Behandlungsabbruch, die Nicht-Einhaltung und die Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen sind durch Urteile des Bundesgerichtshofes endgültig rechtlich zulässig geworden und werden nicht mehr in Frage gestellt. An höchster Stelle steht die Patientenautonomie, weshalb Eingriffe gegen den Patientenwillen definitiv eine strafbare Handlung durch Ärzte darstellen. Die Möglichkeit der passiven Sterbehilfe ist also ein legitimes Mittel von Patienten, im Falle von schwerster Krankheit ihr Selbstbestimmungsrecht zu verwirklichen und den Todeseintritt herbeizuführen. Zur Verdeutlichung der Rechtslage in Deutschland wurde im Unterkapitel 5.1 der Fall Putz aus dem Jahr 2010 angebracht. Aus dem Urteil des BGH geht insbesondere hervor, dass Behandlungsabbrüche im Sinne der passiven Sterbehilfe unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung zulässig sind, sofern dies dem Patientenwillen entspricht. Laut BGH stellt die künstliche Ernährung gegen den Patientenwillen eine Verletzung des Rechts auf die körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) und des Selbstbestimmungsrechts (Art. 2 Abs. 1 GG) dar. An diesem Beispiel wurde die Rechtmäßigkeit der passiven Sterbehilfe in Deutschland veranschaulicht.

Im darauffolgenden Kapitel wurde das auf der Lehre des Doppeleffekts basierende Prinzip der indirekten Sterbehilfe erläutert. Demnach ist es rechtlich zulässig, ärztliche Behandlungen zur Schmerzlinderung zu vollziehen, selbst wenn diese unbeabsichtigte, lebensverkürzende Konsequenzen haben können. Diese Form der Lebensverkürzung, ebenfalls beruhend auf dem Patientenwillen, wurde vom BGH spätestens seit 1996 bestätigt. Zur Begründung gibt der BGH an, dass das Selbstbestimmungsrecht und die Menschenwürde ein höheres Rechtsgut als der Schutz des Lebens darstellen. Im Kapitel über die indirekte Sterbehilfe bzw. palliative Sedierung wurde verdeutlicht, dass die ärztlich herbeigeführte Lebensverkürzung in Folge der Schmerzmedikation und im Einklang mit dem Patientenwillen rechtmäßig und eine legitime Form der Sterbehilfe in Deutschland ist.

Das siebte Kapitel stellt den vorausgegangenen, rechtmäßigen Formen der Sterbehilfe die unzulässige, aktive Sterbehilfe bzw. die Tötung auf Verlangen gegenüber. Die Tötung auf Verlangen stellt die gezielte Herbeiführung des Todes durch das Handeln eines Arztes dar und ist nach § 216 StGB strafbar. Es wurden auch die anderen Fremdtötungsparagraphen des StGB erläutert und auf die aktive Sterbehilfe bezogen. Aus dem Kapitel geht insbesondere hervor, dass die Einwilligung bzw. das Verlangen des Sterbewilligen keinen Rechtfertigungsgrund für die aktive Sterbehilfe durch Ärzte bedeutet. Die Strafbarkeit der Tötungshandlung wird trotz des dementsprechenden Patientenwillens nicht aufgehoben, da das Recht auf Leben bislang als ein indisponibles Rechtsgut betrachtet wird. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe in Deutschland wird vor allem darin begründet, dass die Tatherrschaft nicht beim Sterbewilligen, sondern bei einem Arzt liege. In den Unterkapiteln 7.1 und 7.2 wurden Pro- und Contra-Argumente zum Verbot der aktiven Sterbehilfe und alternative Betrachtungsweisen aufgezeigt. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe wird insbesondere mit dem verfassungsrechtlich garantierten Lebensschutz, der nicht ausgehöhlt werden darf, begründet. Außerdem befürchten Kritiker der aktiven Sterbehilfe einen gesellschaftlichen Wandel, der zu einer Entsolidarisierung mit schwerstkranken, sterbenden oder alten Menschen führt. Die Dambruchargumente und die Befürchtungen über Missbrauchsgefahren wurden im Kapitel 7.1 erläutert. Zudem wurden auch Argumente über die Zweifelhaftigkeit von Todeswünschen und über den Widerspruch der aktiven Sterbehilfe zum ärztlichen Ethos angebracht. Dementgegen wurden in Kapitel 7.2 die Ansichten von Befürwortern der aktiven Sterbehilfe gestellt. Unter Anderem berufen sie sich auf die ebenfalls verfassungsrechtlich garantierten Freiheitsrechte mit der Betonung auf dem Recht, seinen persönlichen Wertvorstellungen über das eigene Lebensende und das selbstbestimmte Sterben folgen zu dürfen. Die moralischen Bedenken der Kritiker der aktiven Sterbehilfe sollen

nicht für die pluralistische Gesellschaft verallgemeinert werden. Die Dambruchargumente der Kritiker wurden in Kapitel 7.2 entkräftet. Außerdem wird der Grundsatz der Gewissensfreiheit in Bezug auf die aktive Sterbehilfe sowohl auf Patienten, als auch auf Ärzte angewendet.

Nachdem die Zulässigkeit der verschiedenen Sterbehilfeformen in Deutschland vorgestellt wurde, folgte im achten Kapitel ein internationaler Vergleich zwischen den Niederlanden, der Schweiz und Oregon (USA). Zunächst wurde in Kapitel 8.1 die Sterbehilfepraxis in den Niederlanden erläutert. Das seit 2002 bestehende Gesetz über die Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung mit den darin enthaltenen Sorgfaltskriterien wurde im Detail vorgestellt. Des Weiteren wurden in Hinblick auf die Qualitätssicherung und empirische Forschung die Rimmelink Kommission und einige derer Ergebnisse genannt. Hervorgestochen ist besonders, dass die Häufigkeit der Tötung auf Verlangen im Gegensatz zur Suizidbeihilfe enorm steigt und sehr viel gefragter ist. Außerdem wurde auf die Ähnlichkeit der niederländischen Sterbehilfepraxis mit den benachbarten Ländern Belgien und Luxemburg hingewiesen. Es wurde deutlich, dass die gesellschaftliche Resonanz für die aktive Sterbehilfe in den Beneluxländern, sowohl beim Volk, als auch bei den Ärzten, vornehmlich positiv ist. Im nächsten Unterkapitel wurden die gesetzlichen Bestimmungen zur Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz vorgestellt. Es wurde erläutert, wie die zwei größten Sterbehilfeorganisationen, EXIT und DIGNITAS, die Freitodbegleitungen und ihre weiteren Angebote gestalten. Dabei ist deutlich geworden, dass sich EXIT und DIGNITAS über die Freitodbegleitungen hinaus vielmehr für die Selbstbestimmung am Lebensende engagieren, zum Beispiel in der Abfassung von Patientenverfügungen oder in der Öffentlichkeitsarbeit. Da in der Schweiz mit der rechtlichen Zulässigkeit der Suizidbegleitung auch die Transparenz über diese gegeben ist, wurden einige interessante Ergebnisse des Schweizerischen Bundesamts für Statistik vorgestellt. Um die Realität der schweizerischen Sterbehilfepraxis zu verdeutlichen, wurden Statistiken über die Häufigkeit des assistierten Suizids mit Unterscheidung nach Geschlechtern und über vorausgegangene Krankheitsbilder von Suizidenten angebracht. Ein weiteres wichtiges Ergebnis über Freitodbegleitungen für ausländische Suizidenten war, dass der Anteil deutscher Sterbewilliger mit 44 % zwischen 2008 und 2012 mit Abstand am höchsten war. Daraus lässt sich ableiten, dass sich deutsche Staatsbürger einen vergleichbaren Umgang mit dem selbstbestimmten Sterben wie in der Schweiz wünschen. Zuletzt wurde in Kapitel 8.3 der Death with Dignity Act, der im Jahre 1997 in Oregon in Kraft trat, erläutert. Demzufolge ist es schwerst- und sterbenskranken Menschen, die vo-

raussichtlich in den nächsten sechs Monaten sterben werden möglich, eine vorzeitige Lebensbeendigung durch die ärztliche Verschreibung eines tödlichen Medikaments zu vollziehen. Ähnlich wie in Kapitel 8.1 über die Niederlande wurden der Prozess und die Sorgfaltskriterien der Sterbehilfe in Oregon zusammengefasst. Es wurden einige Charakteristika vorgestellt, die Menschen, die in Oregon die Suizidbeihilfe in Anspruch genommen haben, tendenziell aufweisen, wie zum Beispiel familiäre Bindungen oder der Bildungsgrad. Bemerkenswert war insbesondere, dass etwa ein Drittel derer, die die tödliche Substanz auf ihren Wunsch hin erhalten haben, diese letztendlich nicht einnahmen und eines natürlichen Todes starben. Außerdem wurde im internationalen Vergleich über die Häufigkeit der Sterbehilfe Oregon mit den Niederlanden, Belgien und der Schweiz verglichen, wobei auffiel, dass mit Ausnahme von Oregon eine Ausweitung der Sterbehilfepraxis stattfindet. Damit lassen sich am Beispiel der gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe in Oregon Befürchtungen über eine schlagartige Ausbreitung der Sterbehilfepraxis empirisch widerlegen. Dabei wurde die Frage aufgeworfen, weshalb im Vergleich zu Oregon in anderen Ländern die Ausbreitung der Sterbehilfe rapide fortschreitet.

Im neunten Kapitel wurde der assistierte Suizid definiert. Ferner wurden die Besonderheiten der Tatherrschaft und der Garantenpflicht, die bislang mit Rechtsunsicherheiten für Ärzte, Angehörige und Betroffene verbunden waren, dargestellt. Es wurde erklärt, dass der Suizid an sich straffrei ist und somit auch die Beihilfe dazu. Dennoch ist die Beihilfe zum Suizid nicht grundsätzlich von der Strafverfolgung ausgenommen, da sich Menschen, die Beihilfe leisten, wegen Totschlags durch Unterlassen oder unterlassener Hilfeleistung strafbar machen können. Die strafrechtliche Verfolgung der Suizidbeihilfe wurde verschärft, indem am 10. Dezember 2015 das neue Gesetz zu Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung erlassen wurde. Das neue Gesetz wurde detailliert erläutert, um die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland zu verdeutlichen. Es wurde angebracht, dass das neue Gesetz bezweckt zu verhindern, dass sich alte oder schwerkranke Menschen zur Inanspruchnahme der Suizidbeihilfe genötigt fühlen und dass die Verfügbarkeit dieses Angebots Entscheidungen zur Selbsttötung fördert. Im Unterkapitel 9.1 wurden einige Inhalte des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Suizidbeihilfe kritisiert. Zum Beispiel könnte es der Verfassung widersprechen, dass die Selbstbestimmung und die Entscheidungsfreiheit der Sterbewilligen eingeschränkt werden, oder aber dass durch das Verbot der Geschäftsmäßigkeit die Beihilfe zum Suizid zukünftig weiterhin nicht durch professionelle Helfer, sondern durch unwissende Angehörige oder auf illegalen Wegen geleistet wird. Es wurde ebenfalls bemängelt, dass durch das neue Gesetz die

Rechtsunsicherheiten für Ärzte verschärft wurden und dass Betroffene und Angehörige bei der Verwirklichung des selbstbestimmten Sterbens allein gelassen werden. Um herauszustellen, wie hoch die Häufigkeit der ärztlich assistierten Beihilfe zum Suizid und das Interesse daran in der deutschen Bevölkerung abgesehen vom neuen Gesetz tatsächlich sind, wurden in Kapitel 9.2 einige Befragungen zur Realität in Deutschland vorgestellt. Daraus geht unter anderem hervor, dass aus dem Wunsch nach Selbstbestimmung und der Kontrolle über das eigene Lebensende ein relativ hoher und mehrheitlicher Zuspruch der befragten deutschen Bürger zu einer Liberalisierung der Sterbehilfepraxis resultiert. Ebenfalls spricht sich eine Mehrheit der deutschen Ärzte gegen ein berufsrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe aus oder ist unentschlossen. Es wurde deswegen im Fazit in Kapitel 9.3 geschlossen, dass das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nicht dem Konsens der Gesellschaft entspricht und insbesondere die Gefahr einer Suizidbeihilfe auf illegalen oder unprofessionellen Wegen birgt. Darum wurde im Fazit zu diesem Kapitel vorgeschlagen, dass es der Entscheidungsfreiheit eher entspricht, ein staatlich reguliertes Verfahren zur Suizidbeihilfe zu etablieren und die Entscheidung darüber, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen, dem Gewissen des Einzelnen zu überlassen.

Darauf aufbauend wurde in Kapitel 10 ein Gesetzesentwurf für einen ärztlich assistierten Suizid in Deutschland vorgestellt. Dieser Gesetzesentwurf bezweckt, eine gesicherte Rechtslage für den ärztlich assistierten Suizid zu schaffen und es der Gewissensentscheidung der Ärzte zu überlassen, in Einzelfällen Suizidbeihilfe zu leisten und von der Strafbarkeit ausgenommen zu werden. Es wurde der konkrete Gesetzesvorschlag im Detail erläutert sowie auf die Sorgfaltskriterien und das Verbot der Werbung eingegangen. Dabei ist deutlich geworden, dass die Rechtsunsicherheiten aufgrund der Garantenpflicht von Ärzten und Angehörigen sowie die Frage über die Tatherrschaft mit dem Gesetzesentwurf geklärt werden. Des Weiteren würde der Gesetzesvorschlag die Enttabuisierung der Sterbehilfe in Deutschland und einen verantwortungsvolleren Umgang mit sterbenden Menschen bewirken. In diesem Kapitel wurden auch kritische Stimmen zum Gesetzesentwurf angebracht, die erläutert und entkräftet wurden, wie zum Beispiel, ob Palliativversorgung die Suizidbeihilfe überflüssig macht. Als Fazit zum diskutierten Gesetzesvorschlag wurde gezogen, dass dieser durch die staatliche Aufsicht Transparenz und Kontrollmöglichkeiten schaffen würde. Außerdem würde er das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende stärken und gewährleisten, dass moralische Fragen über das eigene Lebensende nicht vom Staat einseitig, sondern vom Individuum selbst beantwortet werden könnten, woraus für niemanden eine Verpflichtung zur Lebensbeendigung oder zur Beihilfe hervorginge.

Im elften Kapitel wurde im Kontext der Sterbehilfe das Selbstbestimmungsrecht erläutert. Einleitend wurde festgestellt, dass in der Menschenwürde das Recht auf Selbstbestimmung im Leben und im Sterben verankert ist und dass das Recht der eigenen Definition über ein würdevolles Lebensende jedermann zusteht. Es wurde der Bezug zur Achtung der Patientenautonomie und zu verbindlichen Patientenverfügungen, zu der Handlungsfreiheit und zu der Zulässigkeit der indirekten und passiven Sterbehilfe hergestellt. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass moralische, kulturelle oder soziale Einstellungen, die in die persönlichen Wertvorstellungen einfließen, irrelevant für die Achtung des Patientenwillens sind. Außerdem wurde bezogen auf die Selbstbestimmung am Lebensende erläutert, inwiefern Verfechter der aktiven Sterbehilfe aus dem Selbstbestimmungsrecht ein Recht auf den eigenen Tod und einen Anspruch auf die ärztlich assistierte Beihilfe ableiten. Danach wurde im Unterkapitel 11.1 die Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben anhand des deutschen Grundgesetzes erklärt. Hierzu wurden auf die Menschenwürde aus Art. 1 GG, die freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Recht auf Leben, die körperliche Unversehrtheit und die Handlungsfreiheit nach Art. 2 GG und auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG eingegangen. Im Kontext der Sterbehilfe wurde gesagt, dass die Achtung der Menschenwürde das höchste Rechtsgut im Grundgesetz darstellt und unter anderem Individuen vor staatlichen Eingriffen schützt. Bezogen auf Art. 2 GG wurde hervorgehoben, dass aus der Handlungsfreiheit die Möglichkeit der Verweigerung von medizinischen Maßnahmen und aus dem Recht auf Leben keine Pflicht zum Leben resultieren. Aus Art. 4 GG wurde deutlich, dass in einem neutralen Staat die religiösen und weltanschaulichen Ansichten von Einzelnen nicht bevorzugt in die Rechtsordnung einfließen dürfen und es darum der Glaubens- und Gewissensfreiheit widerspricht, einseitige staatliche Vorgaben zu Entscheidungen über eine vorzeitige Lebensbeendigung zu erlassen. In Kapitel 11.2 wurde auf der Grundlage der erläuterten Grundrechte die Aufgabe des Staates definiert. Bezogen auf die Sterbehilfe lässt sich insbesondere mit dem Selbstbestimmungsrecht begründen, dass der Staat eine würdevolle, möglichst sichere, schmerzfreie und professionelle Durchführung der Selbsttötung ermöglichen sollte. Dies betrifft unter anderem den Zugang zu Ressourcen, mithin die Zurverfügungstellung der tödlichen Medikamente oder den strafrechtlichen Rahmen für Ärzte, Angehörige und Betroffene. Es wurde deshalb darauf hingewiesen, dass der Staat die Suizidbeihilfe von der unzulässigen Fremdtötung abgrenzen soll. Im nächsten Unterkapitel wurden die Schranken des Selbstbestimmungsrechts im Kontext der Sterbehilfe erläutert. Insbesondere ging es in diesem Kapitel um den Widerspruch zum Lebensschutz nach Art. 2 GG. Der Rechtfertigungsgrund für das Verbot

der Suizidbeihilfe wurde damit erklärt, dass der Staat Rechtsgüter der Allgemeinheit und die Rechte Dritter in Bezug auf den Lebensschutz durch die Suizidbeihilfe bedroht sieht. Damit begründet der Staat, dass die Selbstbestimmung des Einzelnen zugunsten der Gesellschaft eingeschränkt wird. Im Gegensatz dazu fördern zum Beispiel die Beneluxländer das selbstbestimmte Sterben, ohne das Rechtsgut des Lebensschutzes aufzuheben.

Da es in der Debatte um das selbstbestimmte Sterben vornehmlich um das Recht auf einen menschenwürdigen Suizid geht, wurde in Kapitel 12 die Menschenwürde auf der Grundlage des deutschen Grundgesetzes, der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und der Europäischen Menschenrechtskonvention dargestellt. Nachdem die nationalen und internationalen gesetzlichen Grundlagen zur Menschenwürde erläutert wurden, ist der Bezug zur Sterbehilfe hergestellt worden. Dementsprechend geht aus der Menschenwürde auch die Freiheit zur Selbstgefährdung oder zum Suizid hervor. Da die Menschenwürde das höchste Rechtsgut und die Basis für alle weiteren Rechte darstellt, steht sie über dem Selbstbestimmungsrecht und dem Lebensschutz. Die Menschenwürde als Grundlage für das Selbstbestimmungsrecht ergibt unter anderem den Anspruch, über medizinische Maßnahmen oder auch Behandlungsabbrüche selbst zu entscheiden und den Schutz davor, ein Objekt staatlicher Gewalt zu werden. Es wurde außerdem die Schwierigkeit erkannt, den Begriff der Menschenwürde national und international einheitlich zu definieren, weshalb es problematisch ist, einen Anspruch auf ein Sterben in Würde zu formulieren. Dennoch wurde zur Konkretisierung der Menschenwürde im Hinblick auf Biomedizin ein Übereinkommen des Europarates verfasst, das im selben Kapitel erläutert wurde. Aus diesem Übereinkommen und aus der Empfehlung 1418 zum Schutz der Menschenwürde von Sterbenden und Todkranken geht besonders hervor, dass der Wille des Menschen über dem Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft steht. Das genannte Übereinkommen und die Empfehlung 1418 erkennen an, dass die Menschenwürde am Lebensende angesichts der modernen Möglichkeiten der Medizin besonders schutzbedürftig ist und dass das Selbstbestimmungsrecht über medizinische Maßnahmen am Lebensende aus der Menschenwürde resultiert.

Im Unterkapitel 12.1 wurde das Recht auf die Achtung des Privat- und Familienlebens aus Art. 8 EMRK in Verbindung mit der Menschenwürde dargestellt. Es wurden die Schutzbereiche des Art. 8 EMRK aufgezählt und ebenso die Rechtfertigungsgründe, die staatliche Eingriffe in dieses Recht legitimieren. Art. 8 Abs. 1 EMRK beinhaltet auch das Selbstbestimmungsrecht und bezogen auf die Sterbehilfe das Recht, über die Art und den Zeitpunkt

der eigenen Lebensbeendigung zu entscheiden. Daraus ist bisher nicht der Anspruch auf die Suizidbeihilfe abzuleiten, da den Konventionsstaaten in der Sterbehilfepraxis ein weiter Ermessensspielraum ermöglicht wird. Der EGMR gab bislang keine konkreten Handlungsempfehlungen zur Verwirklichung der Selbstbestimmung am Lebensende, sondern verweist auf die politische Willensbildung der Konventionsstaaten. Die Ansichten des EGMR in Bezug auf die Sterbehilfe als Menschenrecht wurden deshalb in den darauffolgenden Unterkapiteln anhand von konkreten Fällen dargestellt.

Zunächst wurde im Unterkapitel 12.2 der Fall Pretty gegen das Vereinte Königreich aus dem Jahr 2002 beschrieben. Die Bf. scheiterte daran, zu erstreiten, dass ihrem Mann Straffreiheit für die Beihilfe zum Suizid gewährt werden sollte. Der EGMR gab in seinem Urteil an, dass es keine Verpflichtung der Staaten gibt, die aktive Sterbehilfe zu gewährleisten. Der Gerichtshof stellte eine Verletzung des Rechts auf den selbstbestimmten Tod nach Art. 8 Abs. 1 EMRK fest, die jedoch nach Art. 8 Abs. 2 EMRK wegen der Abwägung gegen gesellschaftliche und moralische Interessen gerechtfertigt werden kann. Im nächsten Schritt wurde der Fall Haas gegen die Schweiz aus dem Jahr 2011 zusammengefasst. Der psychisch erkrankte Bf. versuchte, vor dem EGMR das Recht auf die Verschreibung eines tödlichen Medikaments geltend zu machen, nachdem seine Anfrage für eine Freitodbegleitung bei DIGNITAS scheiterte. Im Gegensatz zum Fall Pretty sah der EGMR im Fall Haas nicht das Selbstbestimmungsrecht nach Art. 8 Abs. 1 EMRK als verletzt an, da der Bf. Haas im Gegensatz zur Bf. Pretty physisch in der Lage war, einen Suizid eigenständig zu vollziehen. Als dritter Fall wurde im Unterkapitel 12.4 der Fall Koch gegen Deutschland aus dem Jahr 2012 angebracht. Dort versuchte der Bf., eine Verletzung der Würde seiner verstorbenen Ehefrau zu erstreiten, nachdem diese auf nationaler Ebene darin gescheitert ist, ein tödliches Medikament für den eigenen Suizid zu erhalten. Der EGMR sah in der Verweigerung des tödlichen Medikaments keine Verletzung, jedoch wurden das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf Privatleben des Bf. nach Art. 8 Abs. 1 EMRK verletzt, indem die nationalstaatlichen Gerichte die Klagen des Bf. nach Ansicht des EGMR unzureichend geprüft hatten.

In Kapitel 12.5 wurde die Position des EGMR in den genannten Fällen zusammengefasst. Aus der Rechtsprechung ging hervor, dass das Recht auf Selbstbestimmung aus Art. 8 Abs. 1 EMRK in Verbindung mit der Menschenwürde als Grundlage für den Anspruch auf einen würdevollen Suizid benannt wurde. Die Urteile des EGMR deuten in die Richtung zur Anerkennung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Sterben. Die behandelten Fälle warfen

sodann die Frage auf, ob Konventionsstaaten dazu verpflichtet sind, einen menschenwürdigen, möglichst sicheren Suizid durch Beihilfe zu einem solchen zu ermöglichen. Aufgrund des fehlenden Konsens unter den Mitgliedsstaaten und des zugestandenen Ermessensspielraums hat der EGMR bislang zwar die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende anerkannt, jedoch noch keinen verbindlichen Anspruch auf die staatliche Gewährleistung der Suizidbeihilfe festgelegt. Im darauffolgenden Ausblick wurde an dieser zurückhaltenden Position des EGMR kritisiert, dass das Gericht die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende mit der Menschenwürde in Verbindung bringt, diese jedoch für abwägbar erachtet. Diese Auslegung der Menschenwürde schränkt die Freiheiten des Individuums zum Schutz der Moral der Gemeinschaft ein. In den Urteilen des EGMR wurde deutlich, dass Individuen die eigenständige Definition des Todes in Würde zugestanden wird, jedoch kein Anspruch auf Suizidbeihilfe bzw. auf ein würdevolles Sterben nach eigenen Vorstellungen abgeleitet wird. Dementsprechend sei die Menschenwürde aufgrund von gesellschaftlichen und politischen Interessen abwägbar. Stattdessen wurde in dieser Arbeit gefordert, dass das Verständnis der Menschenwürde bezogen auf die Legalisierung der Suizidbeihilfe vom EGMR konkretisiert wird und dass die Menschenwürde generell auf neue gesellschaftliche Veränderungen angewandt werden muss, um effektiven Schutz zu gewährleisten.

Da in der Sterbehilfedebatte die Gegner einer Liberalisierung meist mit dem Schutz des Lebens argumentieren, wurde das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit anhand des Grundgesetzes und der EMRK im dreizehnten Kapitel definiert. Zunächst wurden das Recht auf Leben nach Art. 2 EMRK und die dazugehörigen Eingriffsrechtfertigungen im Detail erläutert. Das Recht auf Leben wurde mithilfe des Art. 2 Abs. 2 GG konkretisiert. Es wurde ebenso erklärt, dass auch das Recht auf Selbstbestimmung und auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit aus Art. 2 Abs. 1 GG hervorgeht. Da aus dem Recht auf Leben keine Pflicht zum Leben resultiert, wird durch die Handlungsfreiheit des Einzelnen die Selbstbestimmung über lebensverkürzende Maßnahmen legitimiert, selbst wenn diese dem Lebensschutz widersprechen. Aus diesem Widerspruch entsteht in der Diskussion um die Sterbehilfe die Schwierigkeit abwägen zu müssen, ob mehr Wert auf den unbedingten Lebensschutz oder aber auf die dem persönlichen Würdeverständnis entsprechende, selbstbestimmte Lebensbeendigung gelegt wird. Aus diesem Dilemma resultiert die Zurückhaltung des EGMR in den besprochenen Fällen. Als Fazit für dieses Abwägungsproblem wurde in dieser Arbeit gezogen, dass es im Sinne der Menschenwürde als höchstes Rechtsgut im Ermessen der Individuen liegen sollte, selbst zu entscheiden, ob die Inanspruchnahme der

Suizidbeihilfe mit den persönlichen Moralvorstellungen vereinbar ist oder nicht. Darum wäre es wünschenswert, dass eine gesetzliche Regelung geschaffen wird, die die Selbstbestimmung am Lebensende fördert, aber niemanden zur Mitwirkung verpflichtet.

Zuletzt wurde in Kapitel 14 eine kurze Kritik am deutschen Gesundheitssystem vorgenommen. Es wurde verdeutlicht, dass auch das profitorientierte Gesundheitswesen in Deutschland dazu beiträgt, dass eine Öffnung der Sterbehilfepraxis verhindert wird. Durch die Ökonomisierung des Gesundheitssektors und die zunehmende Privatisierung von gesundheitlichen Dienstleistungen verlagert sich der Fokus weg von den Individuen hin zur Gewinnorientierung. Da etwa ein Drittel aller Gesundheitskosten im Leben in den letzten Lebensjahren anfällt, lassen sich in der Pharmaindustrie und im Krankenhauswesen mit lebensverlängernden Maßnahmen hohe Gewinne erzielen. Es wurde kritisiert, dass die Ökonomisierung im Gesundheitswesen und der Kostendruck auf alle Beteiligten insbesondere Menschen am Lebensende betreffen und den menschenwürdigen Umgang mit Individuen beeinträchtigen. Diese Herangehensweise widerspricht einer Liberalisierung der Sterbehilfepraxis, indem Übertherapien und Apparatemedizin gefördert werden, anstatt Moralvorstellungen von Patienten zu berücksichtigen und ein würdevolles, friedliches Sterben zu ermöglichen.

Die Fragestellung, ob ein Anspruch auf Sterbehilfe in den Menschenrechten verankert ist, wurde insbesondere anhand der verhandelten Fälle des EGMR untersucht. Dabei ist deutlich geworden, dass dieser Anspruch stets unter Art. 8 Abs. 1 EMRK in Verbindung mit der Menschenwürde abgehandelt wurde. Wegen den Rechtfertigungsgründen für Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht nach Art. 8 Abs. 2 EMRK ist bislang kein Anspruch auf die Gewährleistung der Sterbehilfe durch Staaten anerkannt worden. Aus dem Ermessensspielraum, den der EGMR den Konventionsstaaten zubilligt, resultiert keine staatliche Verpflichtung zur Suizidbeihilfe. In dieser Bachelorarbeit wurde verdeutlicht, dass die staatlichen Einschränkungen in der Verwirklichung eines selbstbestimmten, würdevollen Suizids zugunsten der Gemeinschaft und zum Schutz der Moral gerechtfertigt werden. Es wurde kritisiert, dass dies der Selbstverwirklichung des Individuums widerspricht und vorgeschlagen, dass stattdessen ermöglicht werden sollte, dass Entscheidungen über das eigene Lebensende und über eine vorzeitige Lebensbeendigung durch persönliche, moralische Überzeugungen getroffen werden dürften.

Literaturverzeichnis

- Bernert-Auerbach, U. (2012): *Das Recht auf den eigenen Tod und aktive Sterbehilfe unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten*. Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main.
- Bernstein, O. (2001): *Die Bestrafung des Selbstmords und ihr Ende*. In: Baumann, U. (Hrsg.): *Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. Bis zum 20. Jahrhundert*. Hermann Böhlaus Nachfolger Verlag, Weimar.
- Birnbacher, D. (2010a): *Sterbehilfe – eine philosophische Sicht*. In: Thiele, F. (Hrsg.) (2010): *Aktive und passive Sterbehilfe*. Wilhelm Fink Verlag. München.
- Bohnert; Krenberger & Krumm (Hrsg.) (2016): *Täterschaft*. In: *Ordnungswidrigkeitengesetz Kommentar*. § 14, Rn. 7-8. 4. Auflage. beck-online.
- Borasio, G.D. (2014): *Selbst bestimmt sterben: Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*. Verlag C.H. Beck München.
- Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (2014): *Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart.
- Bormann, F.-J. & Wiesing, U.: *Die Ethik und ihre Herausforderungen in einer pluralistischen Gesellschaft*. Debatte im Deutschen Bundestag zur gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe bei einer Tagung in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. 2015. Verschriftlicht in: In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Bosshard, G. (2017): *Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, empirische Befunde*. In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Bräutigam, F. (2015): *Fragen und Antworten: Wie viel Hilfe ist beim Sterben erlaubt?* Online unter <https://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe-153.html> [letzter Zugriff: 29.05.17]
- Bundesamt für Statistik Schweiz (2016): *Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. Sektion 14, Gesundheit. Online unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/themenschwerpunkte/suizid/assistierte-suizide/assistierter-suizid-und-suizid-in-der->

[schweiz.pdf.download.pdf/2016_bfs_assistierte%20Suizide%20und%20Suizide.pdf](#)
[letzter Zugriff: 29.05.17]

- Cavalli, F. (2012): *Der Arzt und die Sterbehilfe – ein Plädoyer dafür*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.) (2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.
- Dahme, H.J. & Wohlfahrt, N. (2015): *Soziale Dienstleistungspolitik. Eine kritische Bestandsaufnahme*. Springer Fachmedien Wiesbaden 2015.
- De Ridder, M. (2012): *Jenseits der Palliativmedizin? Ein Plädoyer für die ärztliche Beihilfe zum Suizid*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.) (2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.
- Deutsches Ärzteblatt (2011): *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. Jg.108. Heft 7. S.346-348.
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) (2009): *Sterbehilfe*. Online unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe> [letzter Zugriff: 29.05.17]
- Duttge, G. (2016): *Strafrechtlich reguliertes Sterben. Der neue Straftatbestand einer geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung*. In: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) (2016): S.120-122. beck-online.
- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (2011): *Beschaffung von Medikamenten für Selbstmord*. In: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) (2011): Heft 52, S.3773-3775. beck-online.
- EGMR, 20.01.2011, Haas gegen die Schweiz, Rs. 31322/07. Online unter: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102940> [letzter Zugriff: 29.05.17]
- EGMR, 19.07.2012, Koch gegen Deutschland, Rs. 497/09. Online unter: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-112282> [letzter Zugriff: 29.05.17]
Nichtamtliche Übersetzung ins Deutsche: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-113680> [letzter Zugriff: 29.05.17]
- EGMR, 29.04.2002, Pretty gegen das Vereinte Königreich, Rs 2346/02. Online unter: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60448> [letzter Zugriff: 29.05.17]
- Eschelbach (2016): *Kommentar zu § 216 StGB*. In: Von Heintschel-Heinegg (Hrsg.): *Beck'scher Online Kommentar StGB*. 33. Edition. beck-online.
- Frieß, M. (Hrsg.) (2012): *Wie sterben? Zur Selbstbestimmung am Lebensende - Eine Debatte*. Gütersloher Verl.-Haus, Gütersloh.
- Ganzini, L. (2017): *Legalized Physician Assisted Death in Oregon—Eighteen Years' Experience*. In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Gavela, K. (2013): *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. Springer Verlag, Berlin.
- Giger, H. (2012): *Sterbehilfe im Fokus völkerrechtlicher Aspekte und deren Auswirkungen auf das nationale Recht*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.)

(2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.

- Grimm, C. & Hillebrand, I. (2009): *Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte*. Verlag Karl Alber, Freiburg.
- Gutzwiller, F. (2012): *Die Verantwortung des Staates bei der Sterbehilfe – Recht auf Menschenwürde und Recht auf Fürsorge*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.) (2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.
- Herdegen (2008): *Die Grundrechte (Art.1-19)*. In: Maunz & Dürig (Hrsg.): *Grundgesetz Kommentar*. 53.Auflage. Rn.1-114. Verlag C. H. Beck. München.
- Heun, W. (2010): *Assisted Suicide in den USA*. In: Thiele, F. (Hrsg.) (2010): *Aktive und passive Sterbehilfe*. Wilhelm Fink Verlag. München.
- Hilgendorf, E. (2010): *15 Thesen zu Sterbehilfe und assistiertem Suizid*. In: Thiele, F. (Hrsg.) (2010): *Aktive und passive Sterbehilfe*. Wilhelm Fink Verlag. München.
- Höffe, O. (2012): *Ist Suizidhilfe moralisch vertretbar? Eine schwierige Güterabwägung*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.) (2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.
- Hübner, M. & Montgomery, F.U. (2012): *Beistand für Sterbende – Weiterentwicklung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.) (2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.
- Hufen, F. (2001): *In ducio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens?* In: Thiele, F. (Hrsg.) (2010): *Aktive und passive Sterbehilfe*. Wilhelm Fink Verlag. München.
- Informationsdienst des Deutschen Notarinstituts (2010): *DNotI-Report*, S.186, beck-online.
- Joecks, W., Miebach, K. (Hrsg.) (2003): *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch Bd. 3: §§ 185-262 StGB*. C.H. Beck, München.
- Jox, R.J. (2017): *Perspektiven deutscher Patienten und Bürger auf den assistierten Suizid*. In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Jox, R.J. & Borasio, G.D.: *Kommentar zum Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aus medizinischer Sicht*. In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

- Kummer, S. (2016): *Ex in the City*. In: Hoffmann, T. & Knaup, M. (Hrsg.) (2016): *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kutzer, K. (2001): *Die gegenwärtige Rechtslage der Behandlung Schwerstkranker bei irreversiblen Schäden*. In: Thiele, F. (Hrsg.) (2010): *Aktive und passive Sterbehilfe*. Wilhelm Fink Verlag. München.
- Von Lewinski, M. (2012): *Freiheit zum Tode? Annäherungen und Anstöße*. Logos Berlin, Berlin.
- Meijer, D. & Pott, G. (2015): *Sterbebegleitung in Europa – am Beispiel Deutschlands und der Niederlande mit einem Exkurs zur intuitiven Ethik*. Schattauer GmbH, Stuttgart.
- Minelli, L.A. (2012): *Freitodhilfe als menschenrechtlicher Anspruch in Deutschland und Anmerkungen zur fehlenden Suizidversuchs-Prophylaxe*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.) (2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.
- Mittelstrass, J. (2010): *Sterben in einer humanen Gesellschaft. Oder: Wem gehört das Sterben?* In: Thiele, F. (Hrsg.) (2010): *Aktive und passive Sterbehilfe*. Wilhelm Fink Verlag. München.
- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (1997) – in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf [letzter Zugriff: 29.05.17]
- Nationaler Ethikrat (2006): *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende – Stellungnahme*. Nationaler Ethikrat, Berlin. Online unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf> [letzter Zugriff: 29.05.17]
- Putz, W. (2012): *Der Tod als Mandat – das Leiden vor der passiven Sterbehilfe*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.) (2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.
- Rätz, W. (2016): *Ökonomisierung zerstört das Gesundheitswesen*. Eine bearbeitete Neufassung des 1. Kapitels aus Dohmen et al. 2013. In: Müller, C., Mührel, E. & Birgmeier, B. (Hrsg.) (2016): *Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle?* Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schildmann, J. & Vollmann, J. (2017): *Die assistierte Selbsttötung als Teil ärztlicher Handlungspraxis am Lebensende in Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung und medizinethische Analysen*. In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Schwarz, J. (2009): *Suizidversuch und unterlassene Hilfeleistung im ärztlichen Bereich*. In: *Der Gynäkologe*. Volume 42, Issue 8, S. 612–613. Springer Medizin Verlag.

- Von Schwichow, L. (2016): *Die Menschenwürde in der EMRK: mögliche Grundannahmen, ideologische Aufladung und rechtspolitische Perspektiven nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte*. Dissertation: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover. Mohr Siebeck Verlag Tübingen.
- Spickhoff & Pethke (2014): MBO §16 Rn.6-8, 2. Aufl. beck-online.
- Taupitz, J. (2017): *Das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Die seit dem 10. Dezember 2015 geltende Rechtslage*. In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Thiele, F. (Hrsg.) (2010): *Aktive und passive Sterbehilfe*. Wilhelm Fink Verlag. München.
- Van der Heide, A. (2017): *Physician-Assisted Dying in the Netherlands*. In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Wehrli, H. (2012): *Wozu es Sterbehilfeorganisationen braucht*. In: Wehrli, H.; Sutter, B.; Kaufmann, P. (Hrsg.) (2012): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*. Orell Füssli Verlag AG. Zürich.
- Wiesing, U.: *Kommentar zum Gesetz über die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aus ethischer Sicht*. In: Borasio, G.D.; Jox, R.J.; Taupitz, J.; Wiesing, U. (Hrsg.) (2017): *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

„Sterbehilfe als Menschenrecht? Eine rechtswissenschaftliche Untersuchung“

selbstständig in Partnerarbeit mit Stefanie Kempner verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelor-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

Ort, Datum

„Unterschrift/ Vorname Name“

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

„Sterbehilfe als Menschenrecht? Eine rechtswissenschaftliche Untersuchung“

selbstständig in Partnerarbeit mit Elena Balmes verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelor-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

Ort, Datum

„Unterschrift/ Vorname Name“