

HOCHSCHULE DÜSSELDORF
- FACHBEREICH SOZIAL- UND KULTURWISSENSCHAFTEN -

Bachelor-Thesis zum Thema

Assistierter Suizid -

Der Kampf um die Freiheit im Alter selbstbestimmt zu sterben

Erstprüferin:

Frau Prof. Dr. Susanne Hagen

Zweitprüferin:

Frau Prof. Dr. Daniela Haarhuis

vorgelegt von:

Veronika te Brake

Matrikelnummer: [REDACTED]

Sozialarbeit / Sozialpädagogik

Wintersemester 2022/2023

Willich, 06.12.2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	I
1 Einleitung	1
2 Begriffsdefinitionen	4
2.1 Sterbebegleitung	4
2.2 Zulassen des Sterbens	4
2.3 Indirekte aktive Sterbehilfe.....	5
2.4 Assistierter Suizid / Suizidhilfe	5
2.5 Direkte aktive Sterbehilfe	6
3 Suizid im historischen Kontext.....	6
4 Der umstrittene Paragraf 217 des Strafgesetzbuches.....	11
5 Ein wegweisender Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020	14
6 Internationaler Vergleich.....	17
6.1 Niederlande	17
6.2 Belgien	19
6.3 Schweiz	20
6.4 Österreich	22
6.5 Oregon	23
6.6 Resümee des internationalen Vergleichs	25
7 Die aktuelle Debatte in Deutschland	26
7.1 (Straf-)rechtliche Argumentation	26
7.2 Medizinische Argumentation	28
7.3 Ethische Argumentation	33
8 Diskurs in Hinblick auf Suizidalität im Alter	36
8.1 Beweggründe für Suizidalität im Alter	37
8.2 Selbstbestimmung im Alter.....	40
8.3 Suizidwunsch und Demenz.....	42
8.4 Vorsorge im Alter	43
8.5 Zwischenfazit.....	45
9 Suizidprävention in der letzten Lebensphase	45
10 Die Bedeutung für die Soziale Arbeit.....	47
11 Fazit und Ausblick	48
Persönliche Erklärung.....	

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AMG	Arzneimittelgesetz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
B-VG	Bundesverfassungsgericht
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
EMRK	Europäische Menschenrechtskommission
GG	Grundgesetz
i. Allg.	im Allgemeinen
i.V.m.	in Verbindung mit
MBO	Musterberufsordnung
Nr.	Nummer
o. J.	ohne Jahresangabe
o. S.	ohne Seitenangabe
StGB	Strafgesetzbuch
StGG	Staatsgrundgesetz über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger
StVfG	Sterbeverfügungsgesetz
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die vorliegende Bachelor-Thesis wird mit dem ersten Leitsatz des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 eingestimmt, welches die Sterbehilfedebatte erneut entfacht und eine kontrovers geführte Debatte um den assistierten Suizid eröffnet:

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen (Bundesverfassungsgericht, 2020, Leitsatz 1. a-c).

Dieses Zitat bildet im Kern die Grundlage dieser Thesis ab und zeigt, dass das Thema Sterben und Tod innerhalb der Gesellschaft im Wandel ist. In Deutschland sterben die meisten Menschen¹ an unheilbaren Erkrankungen, bei denen das Lebensende absehbar ist. Langfristig gesehen geht die Tendenz dahin, dass die überwiegende Anzahl der Menschen an chronischen Erkrankungen im hochbetagten Alter versterben (Borasio, Jox, Taupitz & Wiesing, 2020, S. 15 f.). Innerhalb der letzten zehn Jahre starben jährlich rund 900.000 Menschen, wobei die Zahlen jährlich steigen (Statista, 2021). Grund dafür ist der zunehmende Anteil älterer Menschen und insbesondere in den vergangenen zwei Jahren der Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie (Statista, 2021). Durch vorsätzliche Schädigung sterben in Deutschland jährlich in etwa 10.000 Menschen (Statistisches Bundesamt, 2022). An der Anzahl der Sterbefälle insgesamt gemessen, beträgt die Selbsttötung ca. ein Prozent. Es sterben damit mehr Menschen durch einen Suizid als durch Verkehrsunfälle, Mord und HIV zusammen (Statista Research Department, 2022).

Bemerkenswert ist die Altersstruktur der Suizidenten. Zwar ist der Suizid bei Menschen zwischen 15 und 35 Jahren die häufigste Todesursache, weil in dem Alter kaum tödliche Krankheiten auftreten, dennoch ist eine absolute Häufigkeit von Suiziden mit zunehmendem Alter zu vermerken (Jox, 2014, S. 168). Beachtlich ist der Anstieg der Suizidraten mit steigendem Alter: „[L]iegen sie bis zum Alter von 45 Jahren unter dem Bundesdurchschnitt, steigen sie bis zum 70. Lebensjahr auf knapp 15 je 100.000, um dann in der Altersgruppe der über 85-Jährigen auf über 34 je 100.000 anzusteigen“ (Statista Research Department, 2022). Ein kleiner erster Hochpunkt wird zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr ausgewertet, exponentiell steigen die Zahlen mit zunehmendem Alter (Jox, 2014, S. 168). Damit kann

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit wenn möglich auf genderneutrale Formulierungen zurückgegriffen. In anderen Fällen wird die männliche Form verwendet, gemeint sind jedoch diverse Geschlechter.

zusammengefasst werden, dass der Suizid im Wesentlichen ein Problem einer alternden Gesellschaft ist (ebd.).

Vor dem Hintergrund ist das Thema Sterbehilfe, insbesondere der assistierte Suizid, von zentraler Bedeutung, die zum Anlass dieser Arbeit führt. Das Hauptaugenmerk wird daher auf die Zielgruppe der älteren Menschen in der Gesellschaft gerichtet, die den assistierten Suizid in Erwägung ziehen und diesen vollziehen möchten. Welche Beweggründe einer solchen Entscheidung zugrunde liegen und vor welchen Hürden die Betroffenen stehen, soll in dieser Thesis herausgearbeitet werden. Unter welchen Umständen der assistierte Suizid in Anspruch genommen werden kann und insbesondere, wie die rechtliche, medizinische und ethische Sichtweise den Prozess in Deutschland beeinflusst, stellt ein zentrales Kapitel dieser Arbeit dar. Als das Bundesverfassungsgericht am 26.02.2020 mit seinem Urteil den Strafrechtsparagrafen (§ 217 StGB) für nichtig erklärt hat, wurde die Beihilfe zum Suizid (wieder) legalisiert. Durch dieses Urteil wurde der Diskurs erneut entfacht und bestimmt eine kontrovers geführte Debatte innerhalb der Politik und der Gesellschaft. Denn die Entscheidung einer betroffenen Person, dessen Gedanken um die Beendigung des eigenen Lebens kreisen, betrifft nicht nur sie selbst. Vielmehr betrifft es die behandelnden Ärzte, die Angehörigen und auch die Politik und Gesellschaft (Nauck & Simon, 2021, S. 150).

In dieser Arbeit wird der aktuelle Diskurs zum Thema assistierter Suizid in Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht abgebildet. Die qualitative Synthese von den Befunden aus der Literatur, die besonders zum Thema assistierter Suizid nicht widersprüchlicher sein können, gilt es in dieser Bachelor-Thesis zu erarbeiten. Das Thema dieser Arbeit wurde nicht nur aufgrund der Aktualität gewählt. Durch das besagte Urteil vom 26.02.2020 wurde lediglich entschieden, dass Menschen Hilfe in Anspruch nehmen können, wenn sie ihrem Leben selbstbestimmt ein Ende setzen wollen. Seitdem hat der Gesetzgeber keine für die Umsetzung nötigen Leitlinien verfasst. Derzeit gibt es Bestrebungen in der Politik, dass eine neue und verfassungskonforme Regelung für die Suizidhilfe gefunden wird. Ohne diese Regelung ist die Suizidhilfe in der Praxis problematisch, wie es die Vergangenheit lehrte (Borasio et al., 2020, S. 22). Das neue Gesetz dazu ist jedoch auch zwei Jahre später noch immer im Entwurf und viele Fragen zur genauen Umsetzung in der Praxis gilt es zu beantworten. Dessen Beantwortung wird seither in Gesetzesentwürfen vielseitig diskutiert. Mitunter der Covid-19-Pandemie und den aktuellen weltpolitischen Ereignissen geschuldet, ist das Thema von Seiten der Politik in den Hintergrund geraten. Deshalb soll auf das Thema im Rahmen dieser Thesis wieder ein Stück weit aufmerksam gemacht werden. Es ist vorwegzunehmen, dass es für diejenigen, die den assistierten Suizid mit voller Entschlossenheit in Anspruch nehmen möchten, ein langer Weg ist. Auf diesem Weg müssen viele Hürden überwunden werden und Kriterien erfüllt sein, die in dieser Arbeit aufgezeigt werden.

Es wird sich mit der Fragestellung auseinandergesetzt, inwiefern alte Menschen von ihrem Recht auf Selbstbestimmung Gebrauch machen können, wenn sie nicht mehr leben möchten und ihren Sterbewunsch mittels eines assistierten Suizids verwirklichen möchten. Dazu wird die Frage beantwortet, inwiefern Hürden die Umsetzung des aus der Verfassung abgeleitete Recht, selbstbestimmt zu sterben, auch nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts maßgeblich erschweren.

Für die Basis dieser Arbeit wird eine Begriffszuordnung vorgenommen, um den assistierten Suizid als gesonderte Sterbehilfeart einzuordnen und um einen einheitlichen Konsens über die verschiedenen Begrifflichkeiten zu erstellen. Die thematische Herleitung wird durch die Entwicklung des assistierten Suizids im historischen Kontext im Anschluss erfolgen. Der historische Rückblick umfasst die Entwicklungen von der Antike bis in die heutige Zeit. Daran anknüpfend wird die Entwicklung der Sterbehilfedebatte in Bezug auf den assistierten Suizid in Deutschland dargestellt, die die aktuellen Ereignisse abbildet. Dabei wird § 217 StGB in seiner Entwicklung dargestellt und das darauffolgende Gerichtsurteil vom Bundesverfassungsgericht im Jahre 2020, welches § 217 StGB für nichtig erklärt, vorgestellt. Die Brisanz der Thematik zeigt sich nicht nur in Deutschland. In anderen Ländern ist der assistierte Suizid schon länger legalisiert, dessen Entwicklung durchaus großen Anlass zur Sorge bereiten. Daher wird darauffolgend der Umgang mit dem assistierten Suizid im internationalen Vergleich ein Kapitel umfassen und die Auswirkungen auf den deutschen Diskurs aufzeigen. Die Ausarbeitung der aktuellen Debatte in Deutschland wird in Kapitel 7 erfolgen. Neben der rechtlichen Perspektive verfolgt diese Arbeit auch medizinische und ethische Argumentationen, die den Diskurs um den assistierten Suizid maßgeblich beeinflussen. Um den Fokus dieser Arbeit auf Suizidalität im Alter zu richten, wird im darauffolgenden Kapitel der Diskurs auf diese Personengruppe spezifiziert. Der Wunsch nach einem würdevollen und schmerzfreien Tod ist im Alter allgegenwärtig und das Recht auf Selbstbestimmung von zentraler Bedeutung. Ob der assistierte Suizid die einzige Möglichkeit ist, diesen Wunsch zu erfüllen und welche Möglichkeiten alten Menschen noch gegeben sind, bildet eines der letzten Kapitel ab. Das Thema Sterben und Tod ist der Gesellschaft immer noch weitgehend tabuisiert, obwohl das Sterben und der Tod überall und jederzeit präsent sind. Daher stellt sich auch die Frage, ob nicht die Hilfe zum Sterben, sondern die Hilfe zum Leben ausgestaltet werden muss. Wie sich herausstellen wird, steht die Suizidprävention vor dem Hintergrund in einem engen Zusammenhang zum Recht auf Selbstbestimmung und stellt einen weiteren wichtigen Punkt zur Beantwortung der Fragestellung dar. Die Profession der Sozialen Arbeit spielt hierbei keine unbedeutende Rolle. Auch diese Seite wird im Verlauf der Arbeit dargestellt. Abgeschlossen wird diese Bachelor-Thesis mit einer Zusammenfassung der Erkenntnisse und einem Ausblick mit möglichen Handlungsoptionen im Diskurs um den assistierten Suizid.

2 Begriffsdefinitionen

Bevor auf den aktuellen Diskurs eingegangen werden kann, wird in diesem Kapitel vorerst eine begriffliche Einordnung vorgenommen. Somit kann der assistierte Suizid von anderen Formen der Sterbehilfe abgegrenzt werden und der Umgang mit den Begrifflichkeiten sensibilisiert werden. Es wird zwischen fünf Formen der Sterbehilfe unterschieden. „Vielfach wird auch die »Hilfe *im* [Herv. i. O] Sterben« (Sterbebegleitung, Zulassen des Sterbens, indirekte aktive Sterbehilfe) von der »Hilfe *zum* [Herv. i. O] Sterben« (Suizidhilfe, direkte aktive Sterbehilfe) unterschieden“ (de Ridder, 2021, S. 36).

2.1 Sterbebegleitung

Die Sterbebegleitung ist eine legale Form der Sterbehilfe (de Ridder, 2021, S. 36). Dazu zählt die Palliativmedizin, die mit ihren Mitteln und Maßnahmen in der Lage ist, die Symptome Sterbender zu behandeln und Schmerzen zu lindern (de Ridder, 2021, S. 37). „Hospizarbeit und Palliativmedizin stehen für Sterbebegleitung mit dem Ziel, sich schwerkranken und sterbenden Menschen gegenüber respektvoll zu verhalten [und] sich mit den Wünschen und Sorgen der Patient*innen intensiv auseinanderzusetzen“ (Nauck & Simon, 2021, S. 150). Neben körperlichen Symptomen (z. B. Luftnot und Appetitlosigkeit) werden auch die psychischen Symptome (z. B. Verwirrtheit, Depressionen, Ruhe- und Schlaflosigkeit) behandelt, die oftmals eine große Herausforderung für die Begleitenden darstellt (de Ridder, 2021, S. 37). Die Sterbebegleitung umfasst auch die zwischenmenschliche Ebene und steht für eine allumfängliche Betreuung, um Leid und Schmerzen zu lindern (de Ridder, 2021, S. 36). Die Schmerz- und Symptomlinderung erfolgt unter der „Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer palliativmedizinischen indizierten Maßnahme“ und ist im Falle einer tatsächlich eintretenden Lebensverkürzung rechtlich zulässig (Nauck & Simon, 2021, S. 150).

2.2 Zulassen des Sterbens

Hierbei geht es darum, auf „Grundlage des Patientenwillens eine ohne Behandlung zum Tode führende Krankheit ihrem natürlichen Verlauf“ zu überlassen (de Ridder, 2021, S. 38). Ob lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden oder nicht, wird auf Grundlage des Patientenwillens entschieden. Dazu zählen die Patientenverfügung, die Vollmacht oder der (zu erschließende mutmaßliche) Wille der Sterbenden (de Ridder, 2021, S. 37). Woellert und Schmiedebach (2008, S. 18) beschreiben „das Einstellen oder Nichtergreifen von lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen bei [...] Sterbenden“ auch als passive Sterbehilfe. Nauck und Simon (2021, S. 150) sprechen von einem „Behandlungsabbruch“ von lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, wie zum Beispiel der Verzicht auf künstliche Ernährung oder Medikamentengabe. Auch hierbei handelt es sich um eine legale

Form der Sterbehilfe (de Ridder, 2021, S. 37). Seit dem Urteil des Bundesgerichtshofs von 2010 ist diese Sterbehilfe erlaubt, sofern der Entscheidung der erklärte oder mutmaßliche Wille zugrunde liegt (Kubiciel, 2010, S. 656 ff.). Dieses Urteil wird die Beantwortung der Fragestellung nicht beeinflussen und wird an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

2.3 Indirekte aktive Sterbehilfe

Die indirekte aktive Sterbehilfe ist ebenfalls eine legale Form der Sterbehilfe (de Ridder, 2021, S. 39). Das Behandlungsziel ist vorrangig die Linderung von Leid und starken Schmerzen (de Ridder, 2021, S. 39) oder wie Woellert und Schmiedebach (2008, S. 18) dies beschreiben „dem Schwerkranken oder Sterbenden sein Dasein weitestgehend zu erleichtern“. Durch diese Maßnahme kann das vorzeitige Sterben durch unbeabsichtigte Nebenwirkungen herbeigeführt werden (ebd.). Hierbei ist anzumerken, dass ein „schmale[r] Grad zwischen der gebotenen indirekten Sterbehilfe und der verbotenen direkten aktiven Sterbehilfe“ vorliegt, da der Arzt alleinig entscheidet, ob die Verabreichung von Schmerzmitteln auf der tatsächlichen Linderung von Schmerzen basiert oder er „den erlösenden Tod des Kranken im Auge hat“ (de Ridder, 2021, S. 39). Sie gilt als Sonderform der aktiven Sterbehilfe und kann gemäß § 1901a BGB durch eine Patientenverfügung und dem darin erklärten Willen des Patienten aktiviert werden (Irmen, 2022, S. 6). Ohne dies wird der mutmaßliche Wille ermittelt (ebd.).

2.4 Assistierter Suizid / Suizidhilfe

Der assistierte Suizid kann als gesonderte Sterbehilfeart aufgeführt werden und durch die Handlung von Ärzten als „ärztlich assistierter Suizid“ spezifiziert werden (Gavela, 2013, S. 4 f.). Suizidhilfe war in Deutschland bis zum 09.12.2015 aus strafrechtlicher Perspektive legal. Das Strafgesetzbuch hat dann mit § 217 StGB die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt. Mit dem Urteil vom 26.02.2020 wurde dieses Verbot für nichtig erklärt, weshalb der assistierte Suizid (wieder) als legale Form der Sterbehilfe verortet werden kann (vgl. de Ridder, 2021, S. 41). Das entscheidende Merkmal ist, dass die „Tatherrschaft“ beim Patienten liegt (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 24). Die Suizidhilfe ist demnach eine „gezielte Hilfeleistung einer Person (Arzt/Angehörige), die es einer anderen Person auf deren freiverantwortliches Verlangen hin ermöglicht, von eigener Hand zu sterben [...]“ (de Ridder, 2021, S. 41). Dies erfolgt im Allgemeinen durch eine tödliche Dosis eines Medikaments, welches zur „Selbstverabreichung bereitgestellt wird“ (Nauck & Simon, 2021, S. 150). „Die Beihilfe zum Suizid besteht im medizinischen Kontext i. Allg. darin, dass ein Arzt ein hochdosiertes Barbiturat verschreibt, das der Patient selbst einnimmt“ (Elger & Grabherr, 2018, S. 88). Der assistierte Suizid ist nicht mit der Tötung auf Verlangen zu vergleichen, da die Tatherrschaft bei der Tötung auf Verlangen durch den Sterbewilligen ausdrücklich an den „Helfenden“ abgegeben wird, der den Tod letztendlich herbeiführt (Irmen, 2022, S. 22). Die

Tötung auf Verlangen ist mit § 216 StGB strafrechtlich geregelt und somit unter Strafe gestellt (ebd.).

2.5 Direkte aktive Sterbehilfe

Im Unterschied zum assistierten Suizid liegt die Tatherrschaft bei der direkten aktiven Sterbehilfe nicht beim Suizidenten selbst, sondern bei einer dritten Person, die den Tod gezielt herbeiführt (de Ridder, 2021, S. 41). Hierbei kann auch von einer Tötung auf Verlangen gesprochen werden (Oduncu, 2007, S. 34). Zudem wirkt die Tötung auf Verlangen anders auf die Ausführenden und die Gesellschaft zurück als bei einer Hilfestellung (Jox, 2014, S. 167). Im internationalen Sprachgebrauch ist der Begriff der „Euthanasie“ ein gefestigter Begriff für die Tötung auf Verlangen (Oduncu, 2007, S. 174). Der Begriff wird von „eu thanatos“ abgeleitet und bedeutet so viel wie „guter Tod“ (ebd.). In Deutschland wird dieser Begriff jedoch abgelehnt, da er zu Zeiten des Nationalsozialismus die „Ausmerzungen von Ballastexistenzen“ beschreibt und als Synonym für diese Ereignisse steht (ebd.). Das Ziel der aktiven Sterbehilfe ist der Tötungserfolg, weshalb die direkte aktive Sterbehilfe das subjektive Tatbestandsmerkmal „dolus directus 1. Grades“, also die „Absicht, mit der vorgenommenen Handlung genau den tödlichen Erfolg herbeizuführen“ voraussetzt (Laux, Nahrman & Parzeller, 2018, S. 114). Deshalb ist diese Form der Sterbehilfe illegal und mit einer gezielten und vorsätzlichen Tötung strafrechtlich gleichzusetzen (de Ridder, 2021, S. 41). Der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe würden 60 % bis 70 % der Bevölkerung zustimmen, während nur 17 % der deutschen Ärzte zustimmen würden (Schöne-Seifert, 2020, S. 21). Seit 20 Jahren ist die aktive Sterbehilfe (und die Suizidhilfe) in den Niederlanden und in Belgien unter dem Vorliegen unerträgliches Leides und diverser Sorgfaltskriterien straffrei (ebd.). In Luxemburg ist es seit 2009 und in Kolumbien seit 2015 ebenfalls straffrei (ebd.). Im Jahre 2016 hat auch Kanada die aktive Sterbehilfe unter der Bedingung einer aussichtslosen und tödlichen Krankheit legalisiert (Schöne-Seifert, 2020, S. 21). In Kapitel 6 wird der aktuelle Stand im Umgang mit Sterbehilfe und dem assistierten Suizid über die Landesgrenze hinaus beleuchtet.

3 Suizid im historischen Kontext

„Dass Menschen von sich aus ihr Leben beenden, ist eine historische Konstante; die Umstände, unter denen sie das tun, und die Art und Weise, wie die Gesellschaft mit diesen Fakten umgeht, sind hochgradig variabel“ (Baumann, 2001, S. 3). Dieses Zitat stimmt in dieses Kapitel ein, in dem es darum geht, die historische Entwicklung der Haltung gegenüber dem (assistierten) Suizid darzustellen. Welche historischen Ereignisse auf den heutigen Diskurs Auswirkungen haben und wie sich die gesellschaftliche Haltung seit der Antike bis in die Moderne entwickelt hat, wird in diesem Kapitel thematisiert.

Erste eindeutige historische Überlieferungen zur gesellschaftlichen Haltung gegenüber dem Suizid beginnen in der Antike. Die Philosophen der Antike bewerben den Suizid bei Krankheit und Altersschwäche als „letzten Weg der Freiheit“ (Stiller, 2020, S. 24). Der Hippokratische Eid, aus dem vierten Jahrhundert vor Christus stammend, nimmt Bezug auf die unterschiedlichen Auffassungen von ärztlichem Handeln und verbietet die ärztliche Hilfe zum Suizid, was darauf zurückschließt, dass bereits in der Antike die Nachfrage bestanden haben muss (de Ridder, 2021, S. 31). Der Suizid wurde häufig als eine „heldenhafte Handlung in extremis“ betrachtet, die als Abwehr von Kontrollverlust und Schwäche angesehen wurde (Wils, 2020, S. 4). Auch im alten Rom lassen sich Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme des assistieren Suizids finden. Der bekannte Arzt Gallen von Pergamon befürwortet den Suizid von Alten und Schwachen und der Suizid ist gesellschaftlich nicht verwerflich (de Ridder, 2021, S. 31.). Seneca (2 – 65 n. Chr.) geht sogar weiter und beschreibt, dass das Leben keinen Sinn mehr macht, wenn es zur Last wird und das Leben nicht so lange wie möglich ertragen werden muss (Erlemeier, 2011, S. 58). Sein Leben hat Seneca selbst durch einen Suizid beendet (ebd.). Dennoch wird die Beihilfe mit dem Mord bestraft (Stiller, 2020, S. 25). Auch sind Ärzte an den Grenzen ihrer „Heilkunst“ darüber hinaus nicht verpflichtet, den Sterbenden zu begleiten (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 15). Aristoteles, die Pythagoreer (384 – 322 v. Chr.) und Cicero (106 – 43 v. Chr.) lehnen den freiwilligen Tod prinzipiell ab (Erlemeier, 2011, S. 58). Der Suizid ist unsittlich, nicht von Gott gewollt und gegen die Gemeinschaft gerichtet (ebd.). Diese verschiedenen Ansichten zeigen, dass die Gesellschaft keine einheitliche Einstellung teilt (ebd.).

Zu Beginn des sechsten Jahrhunderts, dem Beginn des Mittelalters, ändert sich die gesellschaftliche Haltung und Suizidwillige werden bis zu Beginn der Neuzeit grausam bestraft (de Ridder, 2021, S. 32). Tötung und Selbsttötung ist eine Todessünde und ein Verstoß gegen den christlichen Glauben (Oduncu, 2007, S. 26). Maßgeblich prägt das fünfte biblische Gebot „Du sollst nicht töten“ als einheitliche Norm die gesellschaftliche Haltung (de Ridder, 2021, S. 32). Gleichzeitig ist Nächstenliebe und Barmherzigkeit als christliche Pflicht Sterbenden gegenüber ärztlich verpflichtend, sodass den Sterbenden Zuwendung und Trost gesendet wird (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 15).

Ab dem 16. Jahrhundert, mit Beginn der Neuzeit, rückt das Individuum in den Vordergrund und das Zeitalter der Aufklärung verändert die Haltung gegenüber Sterbenden. Dennoch prägt bis in das 19. Jahrhundert der christliche Glaube das ärztliche Handeln, sodass „der Arzt unter keinen Umständen das Leben verkürzen dürfe, ja dass sogar lindernde Medikamente abzusetzen seien, wenn sie zu einer Lebensverkürzung beitragen würden“ (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 15). De Ridder (2021, S. 32) führt weiter an, dass „die göttliche Bestimmung von Welt und Mensch“ nun von der „individuellen Gestaltungsmöglichkeit und

Eigenverantwortlichkeit des Menschen, die auch seinen Tod mit einbeziehen“ abgelöst wird. Dies ist ein Meilenstein in der historischen Entwicklung. In der Renaissance werden Selbsttötungsverbote entkriminalisiert, das Strafrecht wird liberalisiert und der selbstbestimmten Entscheidung über den eigenen Tod wird nun eine bedeutsame Rolle zugetragen (Erlemeier, 2011, S. 59). Es werden Ansichten vertreten, dass der Suizid mit dem Naturgesetz vereinbar ist, wenn Krankheit und Alter zur Last werden und dass Menschen neben dem Recht auf ihre eigene Person auch das Recht auf den eigenen Tod haben (ebd.). Zusammenfassend sind es die „Vertreter des aufklärerischen Humanismusideals“, die für die Entkriminalisierung von Suizid plädieren und von Freiheit, Selbstverantwortung und Pflichten gegen sich selbst sprechen, trotz des wesentlichen Widerspruchs der katholischen Geistlichkeit (de Ridder, 2021, S. 33).

Hufeland, als einflussreicher Arzt der Epoche der Aufklärung, und die Ärzte seiner Zeit haben mit ihrer hohen ethischen Auffassung ihres Berufes erstmals den Sterbenden in ihren „ärztlichen Bewahrungsauftrag“ eingeschlossen und die „Problematik des Sterbens“ wurde wissenschaftlich untersucht (Baust, 1988, S. 19 f.). Oduncu (2007, S. 28) führt an, dass Hufeland erstmals unter Berufung des Hippokratischen Eides darstellt, dass der Arzt nicht nur dafür verantwortlich ist zu heilen, sondern auch bei unheilbaren Krankheiten das Leben zu erhalten hat. Der Arzt soll den Sterbenden nicht verlassen und auch wenn er ihn nicht retten kann, soll wenigstens das Sterben erleichtert werden (ebd.). Im Allgemeinen wird im gesellschaftlichen Kontext der Suizid aus einer existenziellen Notlage heraus hingegenommen (Wils, 2020, S. 4).

Seit dem 19. Jahrhundert rückt der Suizid auch in der Medizin, Soziologie und in der Psychologie in den Vordergrund und der naturwissenschaftliche Ansatz dominiert: Die Epoche der Aufklärung führt dazu, dass der Suizid nicht mehr strafbar ist (Irmen, 2022, S. 18). Nach der Darstellung von Erlemeier (2011, S. 59) wird der Suizid nun als pathologische Ursache gesehen und wird in Verbindung mit äußeren Lebensbedingungen untersucht. Demnach wird die Strafwürdigkeit des Suizids durch die Annahme, dass der Suizid ein Ausdruck einer Geisteskrankheit ist, abgelöst und findet in der Medizin seine Begründung (de Ridder, 2021, S. 34). Woellert und Schmiedebach (2008, S. 15 f.) führen weiter aus, dass sich somit auch aus ärztlicher Sicht das „handlungsleitende Wohl“ umorientiert und neben dem Blick auf den Sterbenden nun auch der Blick auf die Auswirkungen auf die Gesellschaft gerichtet wird. Mediziner und Psychologen werden mit der Thematik vertraut, sodass die Suizidprävention einen neuen Stellenwert erhält (Wils, 2020, S. 4). Ein Suizid ist ein Akt der Verzweiflung und ein schockierendes Ereignis, dessen Tragik sich nicht leugnen lässt (Wils, 2020, S. 4).

Darüber hinaus sind im historischen Kontext die Ereignisse aus dem Nationalsozialismus anzuführen. In dieser Zeit wird darüber diskutiert, was ein menschenwürdiges Leben ist und unter welchen medizinischen und rechtlichen Begründungen die Tötung von „Minderwertigen“ vollzogen werden soll (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 15 f.). Die Rechtfertigung darin liegt in der Gefährdung des Wohlfahrtsstaates, regelrecht „als Akt der Selbstverteidigung“ (ebd.). „Rund 250.000 Kranke und behinderte Menschen wurden auf dieser Grundlage von Ärzten und Krankenpflegepersonal unter dem Signum „Gradientod“ getötet“ (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 16). Diese Erfahrungen haben den Gesetzgeber derart geprägt, sodass der Schutz des Lebens, die Würde des Menschen und das Rechtsgut Leben nun die höchste Priorität haben (Irmen, 2022, S. 19 f.). Und auch heute noch beeinflussen die Ereignisse die Debatte um die Sterbehilfe und begründen die Furcht vor einem „Dambruch“ (Stiller, 2020, S. 40).

Im Jahre 1974 wird die Tötung auf Verlangen durch das Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch des § 216 StGB verboten (Stiller, 2020, S. 34). Fünf Jahre später (1979) entwirft die Bundesärztekammer zum ersten Mal Richtlinien zur Sterbehilfe, die klarstellen, dass Ärzte nicht dazu verpflichtet sind, „alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen“ (ebd.) Bis heute wurden diese mehrfach überarbeitet, sodass der Arzt den Willen des Patienten stets zu achten hat, die Mitwirkung bei der Selbsttötung eines Patienten jedoch nicht zu seiner Aufgabe gehört (ebd.). Bereits im Jahre 1986 wird ein Alternativ-Entwurf zur Sterbehilfe vorgelegt, der insbesondere die Nichthinderung der Selbsttötung ergänzt. Dieser wird jedoch abgelehnt, aber er erhält seitdem die Diskussion zur Beihilfe zur Selbsttötung aufrecht (Irmen, 2022, S. 18). Diverse Gerichtsurteile zu dieser Zeit, wie zum Beispiel der bekannteste Fall der deutschen Rechtsprechung „Dr. Hacketal“, zeigen, dass Ärzte straflos bleiben, wenn sie an einer freiverantwortlichen Selbsttötung teilnehmen (Oduncu, 2007, S. 42; Hein, 2022, S. 16) und „dass auch für Ärzte keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis bestehe“ (Stiller, 2020, S. 36). Das Kemptener-Urteil des Bundesgerichtshofes aus dem Jahre 1994 bejaht auf Grundlage des mutmaßlichen Willens einer entscheidungsfähigen Person vor Beginn der Sterbephase die passive Sterbehilfe durch den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen (Oduncu, 2007, S. 47). 1996 wird im Dolantin-Fall ein wegweisendes Urteil für die indirekte Sterbehilfe getroffen, denn schmerzlindernde Medikamente werden zulässig, auch wenn sie als unbeabsichtigte Nebenfolge den Tod beschleunigen können (Irmen, 2022, S. 19).

In der heutigen Zeit gehören die Palliativmedizin und Hospize zur modernen Sterbekultur (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 14 f.). Die Menschen haben eine gewisse Vorstellung von ihrem Tod und der Gestaltung des Sterbens (ebd.). Schmerzfrei und würdevoll soll er sein,

frei von intensivmedizinischer Behandlung (ebd). Von zentraler Bedeutung sind nun das Autonomiebedürfnis und der Individualismus der Sterbenden (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 15). In den Jahren 2014 und 2015 wird das Thema Sterbehilfe mittels Gesetzesentwürfen bezüglich des assistierten Suizids im Deutschen Bundestag diskutiert (Irmen, 2022, S. 19). Im Jahre 2015 wurde durch die Einführung des § 217 StGB die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung verboten (Teising, 2022, S. 13). Sterbehilfevereine und auch Ärzte, die suizidwillige Personen begleiten, fallen unter dieses Verbot (ebd.). Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung soll den Suizid und die Beihilfe zum Suizid straffrei lassen, wenn die Entscheidung des Suizidenten frei und eigenverantwortlich gewollt ist und umgesetzt wird (Nauck & Simon, 2021, S. 151). Strafbar ist die Suizidbeihilfe, wenn sie geschäftsmäßig und auf Wiederholung erfolgt (ebd.). Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts am 26.02.2020 wurde § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt (Bundesverfassungsgericht, 2020). „Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) ist es sterbewilligen Personen aber faktisch unmöglich gemacht, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen“ (Nauck & Simon, 2021, S. 151). Dass dies nicht nur den Gesetzgeber vor eine große Herausforderung stellt, wird im weiteren Verlauf der Thesis herausgearbeitet.

Insgesamt kann gesagt werden, dass seit der Antike der Umgang mit der Fragestellung, ob und wann es erlaubt ist, einem Menschen Unterstützung beim Sterben zu leisten, präsent war (Spießl, 2020, S. 411). Zusammengefasst lässt sich folgende Entwicklung erkennen: In der Antike wurde der Suizid als „heldhafte Handlung“ betrachtet, die jedoch nicht unumstritten war (Wils, 2020, S. 4). Mit dem Übergang zum Christentum wurde der Suizid als Todessünde betrachtet und kriminalisiert. Im Zeitalter der Aufklärung entwickelt sich das Verständnis für einen Suizid, dessen Ursache einer existentiellen Not zugrunde liegt, bis im 19. Jahrhundert die Pathologisierung in den Vordergrund rückt. Deshalb soll dem Suizid als Verzweiflungstat durch Prävention entgegengewirkt werden. Wie Ärzte im Laufe der Zeit damit umgehen, hängt vom „Berufsverständnis, den Behandlungsmöglichkeiten und den gesellschaftlichen Entwicklungen ab“ (Spießl, 2020, S. 411). Das Thema hat auch den Gesetzgeber und die Gesellschaft bis in die heutige Zeit begleitet. Darüber hinaus hat der Lebensschutz durch die Ereignisse im Nationalsozialismus eine besondere Bedeutung erhalten. „Die Straflosigkeit sowohl des Suizids als auch der Teilnahme daran stellt eine der wichtigsten strafrechtlichen Errungenschaften der Aufklärung dar“ (Stiller, 2020, S. 40). Der Selbstbestimmung wird seit der Aufklärung eine immer bedeutungsvollere Gewichtung zugeschrieben und der Einfluss durch den Staat und die Kirche werden begrenzt (Spießl, 2020, S. 411). Die Straflosigkeit des Suizids und der Suizidteilnahme hat sich über viele Jahre gefestigt bis im Jahre 2015 der § 217 StGB zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in Kraft getreten ist. Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, welches § 217 StGB im Jahre 2020 für verfassungswidrig erklärt, werden nun neue Dimensionen im aktuellen Diskurs um das Thema

Sterbehilfe und den assistierten Suizid in den Fokus gerückt. Im folgenden Kapitel wird der Strafrechtsparagraf (§ 217 StGB) in seiner Entwicklung thematisiert.

4 Der umstrittene Paragraf 217 des Strafgesetzbuches

Im Jahre 2005 haben sich in Deutschland der schweizerische Verein DIGNITAS und fünf Jahre später der Verein Sterbehilfe e. V. gegründet. Nachdem vermehrt die Hilfe zum Suizid durch Sterbehilfevereine und Privatpersonen angeboten und durchgeführt wurde, zudem auch medial darüber berichtet wurde, hat sich der Gesetzgeber dem Thema angenommen (Borasio et al., 2020, S. 16). Am 10.12.2015 ist die Vorschrift des § 217 StGB zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in Kraft getreten (Bundesgesetzblatt, 2015, S. 2177). Dabei soll nicht die Straflosigkeit des Suizids und die Teilnahme am Suizid angezweifelt werden, diese sollen weiterhin straffrei bleiben (Deutscher Bundestag, 2015, S. 2). Vielmehr geht es um die geschäftsmäßigen, auf Wiederholung angelegten Angebote der Suizidhilfe (ebd.). Dieses Verbot betrifft unter anderem sowohl Ärzte, die einen Suizidwilligen unterstützen, als auch Sterbehilfevereine (Boehme-Neßler, 2020). Insbesondere in der Medizin sorgt der Strafrechtsparagraf für noch mehr Verwirrung, „denn die Ärzte befürchteten schon durch eine Beratung strafrechtliche Konsequenzen, da mitunter auch die damalige Musterberufsordnung, welche später geändert wird, die Beihilfe zum Suizid unter berufsrechtliche Konsequenzen stellte“ (Irmen, 2022, S. 24). Beispielsweise hat ein Arzt die Kriterien schnell erfüllt, wenn er einem potenziellen Suizidenten eine zum Tode führende Dosierung von Medikamenten überlässt (ebd.).

Strafbar ist die Suizidhilfe, wenn „das Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln einer Gelegenheit zur Selbsttötung (Förderung der Selbsttötung)“ vorliegt (Bundesärztekammer, 2017, o. S.). Das bedeutet, dass dadurch einer suizidwilligen Person ihre Selbsttötung ermöglicht oder vereinfacht wird. Ob daraufhin der Versuch oder der tatsächliche Suizid folgt, ist dabei unbedeutend. Zudem muss die „Geschäftsmäßigkeit“ gegeben sein (Bundesärztekammer, 2017, o. S.). Eine geschäftsmäßige Handlung ist eine wiederkehrende Handlung und unabhängig von einer Gewinnerzielung (ebd.). Als letztes Kriterium muss „die Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern“ und dieses als oberstes Ziel zu verfolgen, vorliegen (ebd.). Im Umkehrschluss ist darunter nicht die Begleitung von sterbenden Personen innerhalb eines ärztlichen Versorgungsrahmens gemeint. Erst wenn alle drei Kriterien erfüllt sind, kann von einer Strafbarkeit einer Suizidhilfehandlung gesprochen werden (Bundesärztekammer, 2017, o. S.).

Es wurde argumentiert, dass die Zulässigkeit von Sterbehilfevereinen „zu einer Erosion des Lebensschutzes“ führe und die Etablierung von Suizidbeihilfe als Dienstleistung einen Nachahmungseffekt auslösen könne (Siller, 2020, S. 255). „Dem könne nur wirksam mit einer

Stabilisierung des Tötungstabus in Form der Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung begegnet werden“ (ebd.). Mit der Einführung des Strafrechtsparagrafens hat der Gesetzgeber seine moralische Missbilligung gegenüber dem Suizid ausgedrückt, indem er ihn erschwert und faktisch unmöglich machte (Irmen, 2022, S. 23). Durch das Angebot von Sterbehilfeorganisationen können sich die Menschen mittelbar oder unmittelbar zur Inanspruchnahme von Suizidhilfe verleitet oder sogar gedrängt fühlen (Stiller, 2020, S. 252). Der § 217 StGB wird daher als „abstrakt das Leben gefährdend“ eingestuft (ebd.). Durch die Einführung des § 217 StGB soll dem Anstieg der Selbsttötung entgegengewirkt werden und der Suizid als moralisch inakzeptabel bzw. als moralisch verwerflich klassifiziert werden (Stiller, 2020, S. 257).

Darüber hinaus soll gegen die Annahme, dass „die Selbsttötung als normaler Ausweg akzeptiert wird“ gewirkt werden (Stiller, 2020, S. 257). Ferner beschreibt Nakamichi (2017, S. 326 ff.), dass Suizidhelfer, die gegebenenfalls durch ihre Handlung ihre eigenen Interessen vertreten, die Suizidenten in ihrem eigenen Willen und der Entscheidung beeinflussen und somit voreilig handeln. Auch er betont die Annahme, dass durch die Möglichkeit des assistierten Suizids eine Normalisierung, viel mehr eine soziale Gebotenheit manifestiert werden kann (ebd.). „Insbesondere alte und / oder kranke Menschen können sich dadurch zu einem assistierten Suizid verleiten lassen [...] (Deutscher Bundestag, 2015, S. 2). Suizidwillige sind durch den Strafrechtsparagrafen jedoch gezwungen worden, Hilfe im Ausland zu suchen, das Leid auszuhalten oder sich anderweitig auf unwürdige Weise zu suizidieren, da ihnen professionelle Hilfe versperrt wurde (Lindner, 2020, S. 77). Laut des Gesetzentwurfes kann aber mit Mitteln des Strafrechts zum Schutz der Selbstbestimmung und dem Recht auf Leben entgegengesteuert werden (Deutscher Bundestag, 2015, S. 2 f.). Stiller (2020, S. 257) positioniert sich auf der Gegenseite und stellt dar, dass dies moralische Wertungen sind, die nicht mittels der Hilfe des Strafrechts durchgesetzt werden dürfen.

Zur Debatte steht jeher die Abwägungsfrage zwischen Autonomie- und Lebensschutz. „[D]er Gesetzgeber darf in einem liberalen Rechtsstaat niemanden durch Begründung einer Lebenspflicht zum Objekt staatlichen Handelns machen, gleichzeitig kann es in Anbetracht der Unumkehrbarkeit des Suizides zum Schutz des Lebens des Suizidwilligen aber in gewissem Maße geboten sein, einzugreifen“ (Britzke, 2019, S. 20 f.). Bis zum Ende der 17. Legislaturperiode konnte keine Neuregelung vereinbart werden, auch wenn es gezielte Vorschläge gab, der Entstehung von Sterbehilfevereinen entgegenzuwirken (ebd.). Bis zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 ist § 217 StGB noch nicht verfassungswidrig, dennoch wird dieser als „Fremdkörper im Strafrecht“ gesehen und bereits seit der Einführung kritisch bewertet (Nakamichi, 2017, S. 328). Er bewertet die Sachlage insbesondere auf Grundlage des Kriteriums der Geschäftsmäßigkeit wie folgt: Von der strafrechtlichen Perspektive betrachtet ist das Merkmal der Geschäftsmäßigkeit schwer zu legitimieren, da es

im Gesetzestext heißt, dass jemand eine sich wiederholende Tätigkeit zum Gegenstand seiner Beschäftigung machen will oder das erstmalige Angebot eine Fortführung bedarf (ebd.). Gegenstimmen zeigen auf, dass das Hauptaugenmerk dabei auf der gleichen, aber nicht strafbaren Handlung liegt, solange diese nur einmalig ist (ebd.).

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass bereits im Jahre 2017 eine Liberalisierung durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts am 2. März zu erwarten war. Das Bundesverwaltungsgericht hat das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben damit bestärkt. Das Urteil handelt von der Erlaubnis zum Erwerb von Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung (Bundesverwaltungsgericht, 2017). Hierbei geht es um „die verfassungsrechtlich und ethisch hoch umstrittene Frage, inwieweit der Staat Hilfe leisten darf oder gegebenenfalls sogar leisten muss, um bei einer erstrebten Selbsttötung durch die Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb letal wirkender Mittel Hilfe zu leisten“ (Di Fabio, 2017, S. 1). Das Gericht entscheidet, dass der Erwerb einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital mit den rechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes dann vereinbar ist, wenn folgende Bedingungen erfüllt werden: Zum einem muss der Suizident eine schwere und unheilbare Krankheit haben und sich in einer extremen Notlage befinden (Bundesverwaltungsgericht, 2017, Leitsatz 4). Eine extreme Notlage liegt vor, wenn die schwere und unheilbare Krankheit mit erheblichem körperlichen Leidensdruck und starken Schmerzen verbunden ist und die Schmerzen nicht ausreichend gelindert werden können (ebd.). Zum anderen muss der Suizident entscheidungsfähig sein und sich frei und ernsthaft zur Einnahme der tödlichen Dosis entscheiden, um somit sein Leben zu beenden (ebd.). Ein darüber hinaus zu erfüllendes Kriterium ist eine nicht zur Verfügung stehende andere zumutbare Möglichkeit, den Wunsch des Suizids zu verwirklichen (ebd.). Diese drei Kriterien sollen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft werden und nicht von praktizierenden Ärzten (Nef, 2021, S. 111). Bislang wurde noch keine Genehmigung durch die zuständige Behörde bewilligt (ebd.). Der zu dem Zeitpunkt amtierende Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat jedoch entschieden, dass diese Medikamente nicht an Sterbewillige herausgegeben werden (Weissbrodt, 2022, S. 223).

„Statt seitens der Justiz für die konsequente Anwendung des § 212 StGB zu sorgen, schuf der Bundestag mit § 217 StGB ein verfassungswidriges, alle Ärzte umfassendes martialisches Generalverbot der Suizidhilfe, das erstmals auch Suizidhilfe für Freiverantwortliche erfasste“ (de Ridder, 2022, S. 105). Es ist keine klare Abgrenzung zwischen einer strafbaren geschäftsmäßigen Sterbehilfe und einer straflosen Sterbehilfe im Einzelfall erkenntlich (Stiller, 2020, S. 269). Das wiederum bringt Ärzte schnell in eine ungewollte Kriminalität, wenn sie bereits einmalig einen Suizidwunsch erfüllt haben, da davon auszugehen ist, dass sie dies in ähnlichen Fällen wiederholt realisieren (ebd.). Ein belastetes Arzt-Patienten-Verhältnis und ein

negativer Einfluss auf die Suizidprävention ist dabei zu erwarten, was der eigentlichen Zielsetzungen des Gesetzgebers widerläuft (ebd.).

Es richteten sich viele Verfassungsbeschwerden, nicht nur von Medizinerinnen, gegen § 217 StGB, sodass oben genannte dafür sprechende Argumente nicht mehr länger tragfähig waren. Deshalb hat das Bundesverfassungsgericht am 26. Februar 2020 ein wegweisendes Urteil verkündet, welches zumindest für die Medizin ein wenig mehr Rechtssicherheit verschafft. Das Urteil entfacht den Diskurs zum Thema Sterbehilfe und assistierten Suizid erneut, in dem Fürsprecher und Gegenstimmen rechtliche, medizinische und ethische Aspekte einbringen.

5 Ein wegweisender Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020

Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung stellte seit 2015 die geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid unter Strafe (Boehme-Neßler, 2020, S. 1012). Dieses Verbot richtet sich gegen Sterbehilfevereine; schwer erkrankte Personen, die solche Vereine aufsuchen; Ärzte, die in der Patientenversorgung tätig sind und gegen Rechtsanwälte, die in der suizidbezogenen Beratung berufstätig sind (Bundeverfassungsgericht, 2022, Rn. 2). Nachdem multiple Verfassungsbeschwerden eingereicht wurden, hat das Bundesverfassungsgericht am 26. Februar 2020 das wegweisende Urteil gesprochen. Mit diesem Urteil wird das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gemäß § 217 StGB als Verstoß gegen die Menschenrechte als verfassungswidrig und demnach für nichtig erklärt (Bundesverfassungsgericht, 2020). Das bedeutet, dass „[d]ie Grenze beim Einsatz des Strafrechts (...) demnach dort zu ziehen [ist], wo die freie Entscheidung des Einzelnen, autonom mit Hilfe eines Dritten zu sterben, nicht mehr geschützt bzw. unmöglich gemacht werde, weil der Dritte strafrechtliche Konsequenzen fürchten muss“ (Irmen, 2022, S. 32). Damit wird rechtlich der Zustand quo ante (2015) wieder hergestellt, den es vor der Einführung des Strafrechtsparagrafen gab. „Bestehen bleibt der Rechtsschutz bei fehlendem freien Willen, indem die Kriterien der Freiverantwortlichkeit des Suizidenten sorgfältig und positiv festgestellt werden müssen (...)“ (Schwermann, 2022, S. 270).

Die Begründung für die Aufhebung des § 217 StGB ist folgende:

Der Zweite Senat unter der Führung von Präsident Andreas Voßkuhle hat klargestellt, dass aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck von Autonomie abgeleitet werden kann (Bundesverfassungsgericht, 2020, Leitsatz 1.a). Sowohl für das Leben als auch für das Sterben gilt, dass alle Menschen selbst entscheiden, wie sie leben möchten, entsprechend dem eigenen Verständnis über die Sinnhaftigkeit ihres Lebens (Boehme-Neßler, 2020, S. 1012). „Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von

Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren“ (Pressemitteilung Bundesverfassungsgericht, 2020, S. 1). Die deutsche Verfassungsordnung begreift den Menschen als selbstbestimmte und eigenverantwortliche Person (ebd.). „Die Achtung und der Schutz der Menschenwürde und der Freiheit sind grundlegende Prinzipien der Verfassungsordnung“ (ebd.). Die Würde des Menschen ist unantastbar, so besagt es Artikel 1 im Grundgesetz. Demnach umfasst dies eine Garantie, dass die personale „Individualität, Identität und Integrität“ gewahrt wird (ebd.).

Zudem steht das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben jedem Menschen zu, losgelöst von ihrem alters- oder gesundheitsbedingten Zustand (Boehme-Neßler, 2020, S. 1013). Das Verfassungsgericht merkt an, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben grundsätzlich und absolut besteht (ebd.). Das heißt, dass das Urteil nicht nur schwerkranke Menschen betrifft, sondern unbeschränkt jeden Menschen (Bundesverfassungsgericht, 2020, Rn. 210). Die Ausübung dieses Grundrechts soll „in jeder Phase menschlicher Existenz“ ausführbar sein (Pressemitteilung Bundesverfassungsgericht, 2020). „Damit werden Szenarien denkbar, die weit über die Situationen von schwerer Erkrankung und ausweglosem Leiden hinausgehen, die in der öffentlichen Diskussion naturgemäß im Vordergrund stehen“ (Bielefeldt, 2022, S. 25). Boehme-Neßler (2020, S. 1013 f.) führt an, dass dies dem personellen Schutzbereich zugeordnet wird. Darüber hinaus gibt es einen sachlichen Schutzbereich, der jedoch aufgrund des Auswuchses des allgemeinen Persönlichkeitsrechts sehr weit gefasst ist (Irmén, 2020, S. 29). Dabei geht es maßgeblich um die freie Entscheidung als „Ausdruck der persönlichen Autonomie und damit der Menschenwürde“ (Boehme-Neßler, 2020, S. 1013). Über die Menschenwürde kann der Staat nicht verfügen und auch ein „überragendes Interesse der Allgemeinheit“ kann kein staatliches Eingreifen rechtfertigen (ebd.). Somit kann das abgeleitete Grundrecht unter keinen Umständen eingeschränkt werden (Boehme-Neßler, 2020, S. 1014).

Zudem ist im Leitsatz des Urteils verankert, dass diese Freiheit auch die Freiheit umfasst, adäquate Hilfe von Dritten in Anspruch nehmen zu können (Bundesverfassungsgericht, 2020, Leitsatz 1.c) und das Leben bewusst mit Ausdruck des eigenen Willens zu beenden (Pressemitteilung Bundesverfassungsgericht, 2020). Das in § 217 StGB strafbare Verbot hat es den Suizidwilligen unmöglich gemacht, Hilfe von Dritten auf legale Weise zu erhalten. Das aus der Verfassung abgeleitete Grundrecht auf Suizid wird durch das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung also derart eingeschränkt, dass dieses Grundrecht faktisch kaum bis gar nicht umgesetzt werden kann, weil ein Suizid in den meisten Fällen ohne fachkundige Unterstützung nicht möglich ist (Boehme-Neßler, 2020, S. 1012). Ärzte können eine

professionelle Unterstützung in Hinblick auf ein würdevolles und schmerzfreies Sterben sein (Irmen, 2022, S. 29). Im letzten Leitsatz legt das Urteil aber auch fest, dass niemand verpflichtet werden kann, Suizidhilfe zu leisten (Bundesverfassungsgericht, 2020, Leitsatz 6).

Dieses Urteil macht deutlich, dass es dem Gesetzgeber nicht untersagt ist, den assistierten Suizid zu regulieren. Es geht darum, dass der Gesetzgeber sicherstellt, dass hinreichend Möglichkeiten zur Ausgestaltung und Umsetzung gegeben sind, um das Recht des Einzelnen, das Leben selbstbestimmt zu beenden, möglich zu machen (Pressemitteilung Bundesverfassung, 2020). Mit dem Urteil hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden, der die „Stärkung des individuellen Selbstrechts“ in den Vordergrund stellt (Irmen, 2022, S. 2). Die Existenz eines Rechts auf Selbsttötung war schon lange vorher im Grundsatz sehr umstritten (Frister, 2021, S. 12). Nun hat das Bundesverfassungsgericht dieses Recht anerkannt und „zugleich dessen Reichweite in einer sehr umfassenden Weise bestimmt“ (ebd.).

Wegweisend ist das Urteil insofern, da es aus ärztlicher Perspektive ein wenig Rechtssicherheit gibt und die Debatte um den assistierten Suizid insgesamt einrahmt. Die Eckpfeiler sind gesetzt, dennoch gilt es die Handlungsoptionen gesetzlich zu benennen. Gesetzesentwürfe für die konkrete Ausgestaltung werden aktuell im Bundestag beraten. Beispielsweise geht nicht hervor, wer genau Suizidhilfe leisten darf und wie der Umgang mit unterschiedlichen Motiven für den Suizid ausgestaltet werden soll. Ebenso wird nicht dargestellt, dass es unterschiedliche Personengruppen gibt, die Hilfe zur Selbsttötung präferieren und der Staat diese Motive nicht bewerten darf.

Darüber hinaus ist die Feststellung der Freiverantwortlichkeit ein unabdingbares Kriterium für die Umsetzung eines assistierten Suizids. Freiverantwortlich bedeutet zum einen die Fähigkeit seinen eigenen Willen frei und ohne Auswirkung einer psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht zu handeln (Glasenapp & Teismann, 2022, S. 8). Zum anderen bedeutet Freiverantwortlichkeit alle entscheidungserheblichen Handlungsoptionen zum Suizid und dessen Folgen zu kennen (ebd.). Zudem handelt freiverantwortlich jener, der unter keinem äußeren Zwang, Drohung oder Täuschung steht (ebd.). Anhand welcher Kriterien, wer für die Beurteilung verantwortlich ist, bleibt ungeklärt. Freiverantwortlichkeit, dazu zählt ebenfalls die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Sterbewunsches, gilt es festzustellen. Die Frage der Umsetzung muss ausgehandelt werden, was eine große Herausforderung im Allgemeinen darstellt (Henking, 2021, S. 67).

Mit dem Urteil vom 26.02.2020 ist der offizielle rechtliche Status quo zum Thema Sterbehilfe und assistierter Suizid dargestellt. Im Rahmen eines internationalen Vergleichs wird der Status

quo im folgenden Kapitel gegenübergestellt, bevor der aktuelle Diskurs in Deutschland thematisiert wird.

6 Internationaler Vergleich

Wird der Blick über die Grenzen Deutschlands hinaus geworfen, kann festgestellt werden, dass auch in anderen Ländern der Umgang mit Suizidhilfe nicht einheitlich geregelt ist. Diverse Unterschiede sind aufzuzeigen. Es können auch Parallelen aufgezeigt werden, die auch den Diskurs in Deutschland bestimmen. Dieses Kapitel soll dazu dienen, über die Bundesebene hinaus einen Überblick zu geben, wie in anderen Ländern der assistierte Suizid bewertet wird. Zudem soll der Vergleich aufzeigen, auf welche Erfahrungswerte aus anderen Ländern im aktuellen Diskurs in Deutschland zurückgegriffen werden kann. Es wird sich herausstellen, dass insbesondere in den Ländern, in denen bereits eine Liberalisierung um das Thema des assistierten Suizids stattgefunden hat, alarmierende Tatsachen für Widerstand sorgen und die deutsche Debatte stark beeinflusst. Eine Tatsache vorab: „Die empirische Begleituntersuchung zur Tötung auf Verlangen und Assistenz beim Suizid belegt in allen Ländern, dort wo sie liberalisiert sind, einen Anstieg der Fallzahlen“ (Sahm, 2020, S. 446).

6.1 Niederlande

Grundsätzlich ist die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden verboten (Weissbrodt, 2022, S. 197). In den Niederlanden kann aber bereits in den 1970er Jahren die ärztliche Suizidhilfe unter strengen Rahmenbedingungen ermöglicht werden (Borasio et al., 2020, S. 61). Studien zeigen, dass nach der Legalisierung im Jahre 2002 die Zahlen in den Niederlanden steigen und im Jahr 2017 rund 4,4 Prozent aller Todesfälle auf die Inanspruchnahme des assistierten Suizids und der aktiven Sterbehilfe zurückzuführen sind (Irmén, 2022, S. 10). Seitdem in den Niederlanden die aktive Sterbehilfe unter strengen Voraussetzungen durch Ärzte erlaubt ist, ist die Inanspruchnahme von Sterbe- und Suizidhilfe auch in Deutschland nennenswert gestiegen (Boehme-Neßler, 2020, S. 1015).

Diese Entwicklung ist von vielfältigen Diskussionen geprägt (Weissbrodt, 2022, S. 197 f.). Die Ausgangsposition der Diskussion ist Perspektive des Arztes. Hier werden vorrangig die Fragen diskutiert, welche Rechte, Pflichten und Möglichkeiten der behandelnde Arzt hat (ebd.). Zweitrangig geht es um die Rechte und Freiheiten von Patienten am Lebensende (ebd.). Erst 20 Jahre später werden gesetzliche Leitlinien und Kriterien festgelegt, auf die sich die Ärzte beziehen konnten, um sich strafrechtlich nicht verantwortlich zu machen (ebd.). Das niederländische Parlament hat im Jahre 2002 ein Gesetz erlassen, welches unter bestimmten Kriterien eine Strafverfolgung zum Tatbestand der Tötung auf Verlangen und der Suizidhilfe ausschließt (ebd.). In den Niederlanden wird von Euthanasie und assistiertem Suizid

(kurzgefasst „EAS“) gesprochen (Feichtner, 2022, S. 287). Als erster Staat der Welt wurde Kraft Gesetz der ärztlich assistierte Suizid zugelassen (Greiter, 2021, S. 70). Das umgangssprachlich genannte „Euthanasie-Gesetz“ ist nach einem langjährigen und kontrovers geführten Diskurs entstanden und soll weniger als Liberalisierung dargestellt werden, sondern als Versuch, einen rechtlichen Rahmen für die ausgeübte Praxis zu setzen (Feichtner, 2020, S. 285).

Für den assistierten Suizid müssen jedoch Sorgfaltskriterien erfüllt sein, die in Artikel 2 im niederländischen „Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung“ niedergeschrieben sind (Feichtner, 2020, S. 285). Der Patient muss eine freiwillige und wohlüberlegte Anfrage bei einem Arzt stellen und den Arzt „überzeugen“, dass ein unerträgliches Leiden vorliegt (Borasio et al., 2020, S. 61). Eine Erfolgsaussicht zur Besserung muss dafür ausgeschlossen sein (ebd.). Das Kriterium des „unerträglichen Leiden[s]“ ist jedoch nicht nur bei einer schweren tödlichen Krankheit erfüllt (Feichtner, 2020, S. 287). Es ist ausreichend, wenn unerträgliches Leid subjektiv empfunden wird (ebd.). Vom Arzt wird erwartet, dass er Aufklärungsarbeit gegenüber dem Patienten leistet und feststellt, dass es keine Alternative zum assistierten Tod gibt (Nef, 2021, S. 112). Ein weiterer Arzt muss dies unabhängig von der ersten Beurteilung bestätigen (ebd.). Der assistierte Suizid muss zudem unter medizinischer Sorgfalt erfolgen (Borasio et al., 2020, S. 61). Nef (2021, S. 112) legt dar, dass jeder Fall im Nachgang von einem Ausschuss von Juristen, Ärzten und in der Ethik tätiges Fachpersonal geprüft wird. Sind die Kriterien nicht erfüllt, wird der Fall strafrechtlich verfolgt (ebd.). Ein Suizid ist unumkehrbar, weshalb sich die Kritik dahingehend richtet, dass die Kommission erst im Nachgang den Fall prüft (Weissbrodt, 2022, S. 208). Damit gibt es erstmals ein Gesetz, welches die Mithilfe am Suizid und die Tötung auf Verlangen unter diesen Bedingungen straffrei lässt (Greiter, 2021, S. 70). Darüber hinaus begründet das Gesetz auch die Inanspruchnahme unter bestimmten Voraussetzungen bei Minderjährigen und an Demenz erkrankten Menschen (Feichtner, 2022, S. 287 f.).

In den Niederlanden kann von einer Sterbekultur gesprochen werden, in der Suizid- und Sterbehilfe sogar im Pflege- und Gesundheitswesen offen angeboten wird (Greiter, 2021, S. 71). Greiter (2021, S. 72) legt dar, dass bereits eine „Mobile Sterbehilfe“ der Niederländischen Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende (auf niederländisch: Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende = NVVE) in das häusliche Umfeld kommen kann, um dort beim Sterben Hilfe anzubieten. Diese Organisation wurde bereits 1973 gegründet und hat nach eigenen Angaben rund 167.000 Mitglieder (Nef, 2021, S. 73). In den Niederlanden werden erste Bestrebungen aus politischer Sicht erkenntlich, auch alten Menschen, die nicht unheilbar krank sind, aber mit ihrem Leben abgeschlossen haben, die Möglichkeit zur Inanspruchnahme des assistierten Suizids zu geben (Borasio et al., 2020, S. 62). Greiter (2021, S. 88) zeigt auf,

dass in den Niederlanden ein Mitglied der obersten Gerichtsinanz bereits ein Vorschlag zur „Selbsttötungstablette für alte Menschen“ gemacht habe. Eine Selbsttötungstablette sollte für alle Menschen über 75 Jahre zur Verfügung stehen, damit diese selbst entscheiden können, wann sie aus dem Leben scheiden wollen und sie benötigen dafür auch keine weitere Hilfe (ebd.). Diesem Vorschlag wurde nicht zugestimmt. Er sorgte stattdessen für eine rege Diskussion in den Niederlanden und warnt eindringlich vor der Möglichkeit des Missbrauchs (ebd.).

6.2 Belgien

In Belgien wurde die ärztliche Tötung auf Verlangen im Jahre 2002 legalisiert (Borasio et al., 2020, S. 62). Das sogenannte „Euthanasiegesetz“ wurde in Belgien eingeführt (Amschl-Strabegg, 2022, S. 275). Im Übrigen wird hier der Begriff der Euthanasie als Synonym für Tötung auf Verlangen, Tötung ohne Verlangen und assistierter Suizid verwendet (ebd.). Das belgische Gesetz regelt nicht ausdrücklich die Suizidhilfe, sondern lediglich die Tötung auf Verlangen (Borasio et al., 2020, S. 62). „Erwähnenswert ist, dass es nach geltendem belgischem Gesetz das Recht auf den Wunsch nach Euthanasie gibt, nicht jedoch auf die Umsetzung“ und somit keiner dazu verpflichtet werden kann (Amschl-Strabegg, 2022, S. 279). Das belgische Gesetz ging im Jahre 2013 noch einen Schritt weiter und erlaubt auch Minderjährigen die Tötung auf Verlangen (Borasio, et al., 2020, S. 62). Aber auch hier ist der assistierte Suizid nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Die Minderjährigen müssen unheilbar krank sein und unerträgliches Leid verspüren (Etzersdorfer, 2022, S. 63.). Sie müssen urteilsfähig sein und die Einwilligung der Eltern haben (Borasio et al., 2020, S. 62). Die belgische Gesetzgebung stützt sich auf die Annahme, dass ein vergleichbarer Krankheits- und Leidenszustand wie bei Erwachsenen gegeben sein muss (ebd.). Ein multiprofessionelles Team mit mindestens einem Psychiater oder Psychologen entscheidet über die Entscheidungsfähigkeit des Kindes (Amschl-Strabegg, 2022, S. 277). Kinder mit kognitiven Einschränkungen sind ausgeschlossen (ebd.). Besorgniserregend ist die Tatsache, dass Kindern dabei (noch) die intellektuelle Fähigkeit fehlt, um Alternativen und Konsequenzen zu überblicken und steht daher berechtigt in der Kritik (ebd.).

Als erstes Land weltweit hat Belgien somit die Altersgrenze für die aktive Sterbehilfe aufgehoben (Greiter, 2021, S. 76). Die Altersgrenze ab 16 Jahren wurde darauffolgend auch in den Niederlanden und in Luxemburg gesetzlich verankert (Etzersdorfer, 2022, S. 63). Zudem können seit 2013 auch an Demenz erkrankte Personen den Zeitpunkt ihres Lebensendes bestimmen (Amschl-Strabegg, 2020, S. 276). Dafür muss eine Erklärung vorliegen, die bereits im Vorfeld abgegeben werden kann, wenn diese Person noch in der Lage ist, ihre Wünsche zu äußern (ebd.). Da diese Erklärung unbefristet ist, kann diese weit

im Voraus überdacht werden und in Einzelfällen sogar von Angehörigen erbracht werden (ebd.). Welche Kriterien gemäß des Euthanasiegesetzes vorliegen müssen, werden der Vollständigkeit halber in Kürze dargestellt. Zitiert nach Berghe führt Amschl-Strablegg (2022, S. 276) folgende Zulassungsvoraussetzungen an: Die sterbewillige Person muss den Sterbewunsch autonom und ohne äußeren Druck mitteilen. Es muss ein langanhaltendes und unerträgliches Leiden ohne die Aussicht auf Verbesserung vorliegen, ansonsten müssen zwei unabhängige Ärzte zur Beurteilung aufgesucht werden. Der Patient muss über alle Alternativen aufgeklärt sein und gemeinsam mit dem Arzt die Entscheidung treffen, dass es keine andere Lösung gibt. Der Patient muss aufgeklärt und beraten werden. Der Arzt muss bis zum Tod beim Patienten sein und im Anschluss den belgischen Föderalen Kontroll- und Bewertungsausschuss für Euthanasie informieren.

„In Belgien hat sich die Zahl der gemeldeten Fälle von Sterbe- und Suizidhilfe im Zeitraum von 2002/2003 bis 2015 nahezu verachtfacht“ (Greiter, 2021, S. 76). „Laut Euthanasie-Kommission stiegen sie in 11 Jahren kontinuierlich an, von 24 Fällen im Jahr 2002 auf 1.807 im Jahr 2013“ (Kummer, 2015, S. 35). Insgesamt gilt Belgien als „besonders offen und innovativ in Bezug auf das Thema Euthanasie“ (Amschl-Strablegg, 2022, S. 282). Belgien gerät jedoch gerade deshalb häufig in die Kritik.

6.3 Schweiz

Die direkte aktive Sterbehilfe ist in der Schweiz gemäß Artikel 111 (vorsätzliche Tötung), Artikel 113 (Totschlag) und Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) Strafgesetzbuch unter Strafe gestellt (Kovacevic & Bartsch, 2017, S. 3). Die Beihilfe zum Suizid hingegen ist unter bestimmten Voraussetzungen straffrei. Bereits seit dem Jahre 1942 gibt es im schweizerischen Strafgesetzbuch den Artikel 15, der die Beihilfe zum Suizid nur dann unter Strafe stellt, „wenn sie aus egoistischen Motiven erfolgt“ (Elger & Grabherr, 2018, S. 89). Suizidbeihilfe ist in der Schweiz unabhängig von Krankheit oder Lebensmüdigkeit im Alter straffrei und darf auch ohne ärztliches Personal erfolgen (ebd.). Eine interessante Beobachtung ist festzuhalten, die in Bezug auf die ärztliche Praxis gemacht werden kann: Bis 1995 wurde in der Schweiz die Suizidbeihilfe im Rahmen der ärztlichen Praxis strikt ausgeschlossen. In den Leitlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften wurde im Jahre 2018 Suizidbeihilfe legalisiert, sofern der Suizident urteilsfähig ist und der Sterbewunsch freiwillig und ohne Druck entstanden ist (Baumann-Hölzle, Gregorowius & Meiner-Allmendinger, 2022, S. 103). Der assistierte Suizid darf in der Schweiz auch ohne das Vorliegen einer Erkrankung und von Laien angeboten werden (Sahm, 2020, S. 444). Anders als in den Beneluxländern gibt es in der Schweiz kein eigenes Sterbehilfegesetz (Bosshard, 2017, S. 29).

In der Schweiz gibt es aktive Sterbehilfeorganisationen, die einen starken Rückhalt der Bevölkerung haben (Bosshard, 2017, S. 29). Mit ca. 80.000 Mitgliedern ist *Exit Deutsche Schweiz* seit 1982 die erste Organisation, die ihren Mitgliedern auf eigenen Wunsch eine Suizidbegleitung anbietet (ebd.). Zudem gibt es einen Ableger in der französischsprachigen Schweiz namens *Exit A.D.M.S.* (ebd.). Diese beiden Organisationen bieten die Freitodbegleitung nur für Personen mit ihrem Wohnsitz in der Schweiz an (Bosshard, 2017, S. 31). Die Hilfeleistung wird dann gewährt, wenn die Personen mit Suizidwunsch eine aussichtslose Prognose vorweisen, unerträgliche Schmerzen haben oder unter einer unzumutbaren Behinderung leiden, so die Bedingungen von *Exit Deutsche Schweiz* (Bosshard, 2017, S. 30). *Exit A.D.M.D.* führt weiter an, dass die Bedingungen an eine unheilbare Erkrankung oder schwere Behinderung geknüpft sein muss oder unerträgliches Leid vorliegt (ebd.). Das Vorliegen altersbedingter und behindernden Polypathologien ist ebenfalls ein Kriterium, welches die Suizidbeihilfe durch die Sterbehilfeorganisation bedingt (ebd.). Die Sterbehilfeorganisation *Exit* prüft die Möglichkeit, neben schwer Erkrankten auch weniger schwer Erkrankten und „sogar gesunden, lebenssatten Menschen“ einen assistierten Suizid anzubieten (Jox, 2018, S. 2).

Darüber hinaus gibt es in der Schweiz noch andere Sterbehilfeorganisationen wie beispielweise *Dignitas*. Diese sind insbesondere für Personen, die für einen assistierten Suizid in die Schweiz einreisen, einschlägig von Bedeutung (Kovacevic & Bartsch, 2017, S. 9). „Parallel zum demografischen Wandel findet zurzeit ein steigender Trend eines „Suizidtourismus“ in die Schweiz statt“ (Elger & Grabherr, 2018, S. 88). Irmen (2022, S. 9) stellt dar, dass diese Hilfe jedoch kostenintensiv ist und somit nicht für jeden zugänglich ist. Wenn die bereits genannten Kriterien erfüllt sind, wird der Person mit Suizidwunsch ein Medikament in einem Becher angereicht oder per Magensonde zugeführt (ebd.). Hierbei muss der Suizident das letale Medikament selbst schlucken bzw. den Hahn für die Zufuhr des Medikaments selbst aufdrehen (ebd.). In der Schweiz wird das Barbiturat Natrium-Pentobarbital zum Zwecke der Selbsttötung eingesetzt (Irmen, 2022, S. 51). Barbiturate zählen auch in Deutschland als geeignetes Medikament für einen assistierten Suizid und werden gegenwärtig diskutiert. Dass sich jedoch die Umsetzung in der Praxis schwierig gestaltet und das Betäubungsmittelgesetz eine entscheidende Rolle spielt, wird sich im Verlauf dieser Arbeit noch herausstellen.

Im Unterschied zu Sterbehilfeorganisationen dürfen Ärzte gemäß ihres Berufsrechts einen Suizid nur in „terminalen Krankheitsstadien“ unterstützen (Schöne-Seifert, 2020, S. 20). Ärzte haben jedoch eine entscheidende Rolle bei der Feststellung der Freiverantwortlichkeit und der Verschreibung eines Sterbemedikaments (ebd.). Seit 2010 haben sich die Zahlen der Inanspruchnahme des assistierten Suizids auf das dreifache erhöht und entspricht demnach

knapp zwei Prozent aller Todesfälle (Ärzteblatt, 2022). Irmen (2022, S. 9) führt weiter aus, dass eine strenge Rechtslage und eine liberale Praxis dafür stehen können, dass den kulturellen, sozialen und historischen Faktoren neben dem Recht an sich eine vorrangige Bedeutung zugewiesen werden.

Der Suizid wird überwiegend von älteren Menschen eingefordert (Irmen, 2022, S. 9). Schöne-Seifert (2020, S. 91) verdeutlicht, dass die Sterbehilfeorganisation Exit im Jahre 2019 bei 227 von rund 862 Patienten Suizidbeihilfe geleistet hat, die aufgrund von „Alterspolymorbidität“ den Verein aufgesucht haben. Unter diesem Begriff sind verschiedene Beweggründe zu verstehen. Sie umfassen belastende und krankheitsbezogene Altersbeschwerden aber auch krankheitsferne Ursachen, wie Schöne-Seifert (ebd.) es als „Genug-vom-Leben-Haben“ beschreibt. Diese Gründe werden auch in Bezug auf Suizidalität im Alter in Kapitel 8 genauer beurteilt. Laut Jahresbericht der Sterbehilfeorganisation Exit von 2019 umfasst der Begriff „Leiden“ nicht nur das Vorhandensein einer tödlichen Krankheit (Schöne-Seifert, 2020, S. 92). Vielmehr geht es auch um die Summe aller Beschwerden, die der Patient empfindet, welche die Lebensqualität mindern (ebd.). Die Beurteilung des Leidens umfasst darüber hinaus psychosoziale Faktoren und allein das Wissen, dass ein Leiden droht (ebd.). Subjektives Leiden zählt also neben den Niederlanden auch in der Schweiz als ein Kriterium für den assistierten Suizid.

6.4 Österreich

Der assistierte Suizid ist auch in Österreich unter bestimmten Voraussetzungen legal (Teising, 2022, S.13). Ähnlich wie in Deutschland wurde am 11.12.2020 ein Urteil durch den Verfassungsgerichtshof erlassen, welches den Strafrechtsparagrafen (§ 78 StGB Mitwirkung am Selbstmord) für verfassungswidrig erklärt (Etzersdorfer, 2022, S. 57). Vergleichbar zu Deutschland basiert das Urteil des Verfassungsgerichtshofs auf den Grundlagen der Verfassung. Abgeleitet werden diese aus dem „Recht auf Privatleben (Art. 8 EMRK), dem Recht auf Leben (Art. 2 EMRK) und dem Gleichheitsgrundsatz (Art. 7 B-VG und Art. 2 StGG“ (Weber, 2022, S. 12). Daraus leitet der Verfassungsgerichtshof, wie das Bundesverfassungsgericht in Deutschland, das Recht auf freie Selbstbestimmung ab. Dieses Recht auf Selbstbestimmung beinhaltet nicht nur das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben, sondern auch das Recht, selbstbestimmt zu sterben (ebd.). Seit dem 01.01.2022 ist das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) rechtsgültig, welches nach nur drei Wochen „Begutachtungsphase“ anerkannt wurde (Weixler, 2022, S. 22). Somit ist jede Beihilfe zum Suizid straffrei, dazu zählt auch ein selbstbestimmter Behandlungsabbruch oder ein vorzeitiges Lebensende durch eine medizinische Behandlung (Weber, 2022, S. 12 f.). Weiterhin stehen die Tötung auf Verlangen und die Verleitung zum assistierten Suizid unter Strafe (Friesenecker & Stadlinger, 2022, S. 216). Für

Ditte, die Beihilfe zum Suizid leisten, und diese auch verweigern dürfen, entstehen nach dem neuen Sterbeverfügungsgesetz keine Nachteile (ebd.). Als Voraussetzungen für einen gesetzeskonformen assistierten Suizid muss eine sogenannte Sterbeverfügung der sterbewilligen Person vorliegen (ebd.). Diese stellt eine Willenserklärung dar und ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, die in Kürze angerissen werden: Volljährigkeit und Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person stellen eine Grundvoraussetzung für die Durchführung eines assistierten Suizids dar (Weber, 2022, S. 14). Friesenecker und Stadlinger (2022, S. 216) führen weiter an, dass „eine unheilbare, zum Tode führende oder eine andere schwere, dauerhafte Erkrankung, die mit einem nicht anders anwendbaren (subjektiven) Leidenszustand verbunden ist“, der Sterbeverfügung zugrunde liegen muss. Seit 2022 können dem neuen Sterbeverfügungsgesetz zufolge Volljährige nach Erfüllung oben genannter Kriterien eine Verfügung aufsetzen (Pharmazeutische Zeitung, 2021, o. S.). Daraufhin kann ein tödliches Medikament in der Apotheke erworben werden oder per Bote gebracht werden (ebd.). Natrium-Pentobarbital ist auch in Österreich als zulässiges Präparat vorgesehen, welches auch durch andere vergleichbare Präparate bei eingeschränkter Verfügbarkeit ersetzt werden kann (ebd.).

In dem aktuellen Diskurs in Österreich spielt die Palliativmedizin eine wichtige Rolle, da sich das Gesetz in Österreich nur auf schwerstkranke Menschen bezieht und im Gegensatz zu Deutschland alle anderen Personengruppen ausschließt (Schürmann, 2022, S. 39). Denn wie bereits vorgestellt, wird in dem deutschen Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2022 jedem Menschen das Recht auf die Inanspruchnahme zugesichert, unabhängig von ihrem gesundheitlichen Zustand. Die Bundesärztekammer positioniert sich und stellt klar, dass der assistierte Suizid nicht zur Aufgabe der Ärzte gehört, da die Ärzte dem Leben verpflichtet sind (Schürmann, 2022, S. 39). Der österreichische Diskurs wird durch widersprüchliche Argumente forciert. Aus medizinischer Perspektive betrachtet sind Ärzte auf der einen Seite dem Leben verpflichtet, auf der anderen Seite ist die Wahrung der Patientenautonomie oberstes Gebot und der assistierte Suizid ein Menschenrecht (Schürmann, 2022, S. 39). Insgesamt kann daraus abgeleitet werden, dass in Österreich ähnlich wie in Deutschland der Diskurs zum Thema assistierter Suizid von medizinisch, ethischen und rechtlichen Argumenten geprägt ist. Der Umgang mit einem Sterbewunsch bleibt weiterhin diskutabel und Handlungsleitlinien gilt es auszubauen.

6.5 Oregon

Im Jahre 1997 wurde in Oregon der medizinisch assistierte Suizid legalisiert (Oduncu, 2007, S. 97). Somit war Oregon mit den Niederlanden der zweite Staat, der gesetzliche Richtlinien vorgibt, wie der medizinisch assistierte Suizid zu erfolgen hat und unter welchen Bedingungen

dieser straffrei bleibt (Oduncu, 2007, S. 97). Die Bedingungen werden im sogenannten „Death with Dignity Act“ zusammengefasst und überschneiden sich teilweise mit den Kriterien aus anderen Ländern (Ganzini, 2017, S. 8). Diesem Gesetz liegt ein umfangreiches Sicherheitskonzept zugrunde. In dem amerikanischen Bundesstaat kann ein letales Medikament an Suizidwillige verschrieben werden, wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander eine Krankheit diagnostizieren und der Patient nicht mehr länger als ein halbes Jahr zu leben hat (Irmen, 2022, S. 10). Der Suizidwillige muss volljährig, einwilligungs- und einsichtsfähig sein (Oduncu, 2007, S. 97). Es müssen zwei mündliche Willensäußerungen und ein schriftlicher Antrag vorliegen, sodass unüberlegten Entscheidungen entgegengewirkt werden kann (Ganzini, 2017, S. 8). Zwei unabhängig voneinander handelnde Ärzte müssen die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Suizidwilligen prüfen (de Ridder, 2021, S. 201). Ein Psychiater muss hinzugezogen werden, sollte dies angezweifelt werden beispielsweise aufgrund einer Depression (Watzke & Daniczek, 2022, S. 323). Zudem muss ein Arzt über mögliche Alternativen (Hospiz oder Palliativmedizin) aufklären und er muss den Suizidwilligen bitten, die Angehörigen zu informieren (Oduncu, 2007, S. 98). Aufklärung im Sinne des „Informed Consent“ muss auch über das verwendete Medikament und dessen Risiken erfolgen (Watzke & Daniczek, 2022, S. 322 f.). Letztlich wird auch hier eine strenge Dokumentation seitens des verschreibenden Arztes und des Apothekers, bei dem das Rezept eingelöst wird, vorgeschrieben (Ganzini, 2017, S. 8; Oduncu, 2007, S. 98). Im Gegenteil zu den Niederlanden und der Schweiz ist unerträgliches Leiden in Oregon nicht vordergründig als Bedingung für die Verschreibung eines letal wirkenden Medikamentes maßgeblich (Ganzini, 2017, S. 10 f.). Erwähnenswert ist zudem, dass in über der Hälfte der Anträge auf Verschreibung eines tödlichen Medikaments der Arzt nicht bereit war, dieses zu verschreiben (ebd.). Zudem stellt Ganzini (ebd.) im Weiteren dar, dass die Prognoseeinschätzung der verbleibenden Lebenszeit durch die Ärzte kritisch zu hinterfragen ist, denn in einigen Fällen haben die Suizidwilligen ihr Vorhaben nach Erhalt des Medikaments nicht umgesetzt und haben länger als ein halbes Jahr gelebt.

Auch Oregon und inzwischen acht dazugekommenen US-Staaten haben neben der Schweiz eine regulierte Suizidhilfe-Praxis, in der die aktive Sterbehilfe verboten ist (Schöne-Seifert, 2020, S. 20). Die amerikanische Ärztesgesellschaft ist sich dennoch einig, dass es eine Gewissensentscheidung des Arztes ist, an einem assistierten Suizid mitzuwirken oder nicht (Watzke & Daniczek, 2022, S. 329). Sowohl die befürwortenden Ärzte als auch die Gegner haben ihrem Handeln moralische und ethische Argumentationen zugrunde gelegt, weshalb beide Positionen mit dem ethischen Kodex der Ärztesgesellschaft (American Medical Association) vereinbar sind (ebd.). Bemerkenswert ist an dieser Stelle auch die Auswirkung der reinen Möglichkeit der Verfügbarkeit eines Rezeptes für eine letal wirkende Dosis eines Medikamentes. So kann in Oregon festgestellt werden, dass mehr als ein Drittel, die über ein

solches Rezept verfügen, dieses nicht eingelöst haben, da ihnen allein die Möglichkeit, dieses einlösen zu können, eine ausreichende Sicherheit gegeben hat (de Ridder, 2021, S. 201). Alarmierend ist in Oregon zudem die Tatsache, dass offenbar Krankenversicherungen chronisch Kranken explizit Sterbehilfevereine als eine Option anpreisen und die durch die Hilfeleistung zum Suizid entstehenden Kosten übernommen werden (Teising, 2022, S. 20).

6.6 Resümee des internationalen Vergleichs

Die Europäische Menschenrechtskonvention macht Vorgaben, wie die Ausgestaltung von Rechtsregeln zu erfolgen ist (Nef, 2021, S. 112). Im Gegenteil dazu sind die nationalen Rechtsregeln in den europäischen Ländern individuell ausgeprägt (ebd.). Besorgniserregende Entwicklungen zeichnen sich in einigen Ländern ab, die den deutschen Diskurs maßgeblich beeinflussen. So gibt es in den Niederlanden und der Schweiz Sterbehilfevereine, die im häuslichen Rahmen Sterbebegleitung anbieten. In Belgien können mit einer im Voraus festgelegten Erklärung auch Menschen mit Demenzerkrankung auf den assistierten Suizid zurückgreifen. Diese Entwicklung zeichnet sich auch in den Niederlanden ab. Hier ist, wie bereits erwähnt, die Tendenz vorhanden, darüber hinaus auch grundsätzlich jedem Menschen ab 75 Jahren eine Selbsttötungstablette zur Verfügung zu stellen. Ähnlich dazu kann in Österreich durch die sogenannte Sterbeverfügung nun ein letal wirkendes Medikament auf Rezept in der Apotheke zur Verfügung stehen. Daran anknüpfend ist Oregon erschreckenderweise dazu bereit, den assistierten Suizid als Krankenkassenleistung zu übernehmen. Oregon hat dafür im „Death with Dignity Act“ sichere Rahmenbedingungen für ein Schutzkonzept festgelegt.

Auch wenn die Regelungen in den oben vorgestellten Ländern unterschiedlich sind, sind einige gemeinsame Aspekte dennoch leitend: Zur Liberalisierung des assistierten Suizids ist in den Niederlanden, Belgien und in Oregon ein unerträglicher Leidenszustand zwingend erforderlich (Sahm, 2020, S. 446). Unerträgliches (auch subjektiv empfundenes) Leiden, die fehlende Aussicht auf Besserung und ein nicht absehbares Lebensende sind die Kriterien die grundsätzlich für die Ermöglichung des assistierten Suizids oder die aktive Sterbehilfe erfüllt sein müssen (Bielefeldt, 2022, S. 25). Bemerkenswert ist daher, dass das Bundesverfassungsgericht im Vergleich zu den anderen Ländern den Personenkreis nicht auf unheilbar Kranke oder Personen mit schweren Leidenszuständen beschränkt hat, sondern auf Grundlage der Menschenwürde und des Rechts auf Selbstbestimmung „in jeder Phase menschlicher Existenz“ Gültigkeit besitzt (Bundesverfassungsgericht, 2020, Rn. 210). Im Vordergrund steht ein autonomer, ernsthafter und von Dauer geprägter Sterbewunsch (Bundesverfassungsgericht, 2020, Rn. 340). Auch in anderen Ländern ist die Urteilsfähigkeit eine Grundbedingung für den straffreien assistierten Suizid. Essenziell ist neben der Urteilsfähigkeit auch die Selbstbestim-

mungsfähigkeit, die eine Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids auch in Deutschland ist. Im folgenden Kapitel wird auf den internationalen Vergleich zur Abwägung von Pro- und Contra-Argumenten in der gegenwärtigen deutschen Debatte Bezug genommen.

7 Die aktuelle Debatte in Deutschland

Um einen Überblick zu geben, welche Argumente im Vordergrund stehen und aussagekräftig sind, wird der kontrovers geführte Diskurs auf die wesentlichen Argumente heruntergebrochen. In diesem Kapitel werden die aussagefähigen Argumente gegenübergestellt, die die Debatte in Deutschland maßgeblich beeinflussen. Das wiederum ist die Grundlage für das folgende Kapitel. Darauf aufbauend wird die Argumentation in Bezug auf Suizidalität im Alter analysiert. Dabei wird der Kampf um die Freiheit im Alter selbstbestimmt zu sterben verdeutlicht. Vorab kann festgehalten werden, dass die Argumente nicht eindeutig voneinander getrennt werden können und die Betrachtung aus verschiedenen Perspektiven erfolgen kann. Nicht unüblich ist dabei eine widersprüchliche Auslegung der Argumentationen. Die Widersprüchlichkeit an sich verdeutlicht, dass die Thematik sehr komplex ist und deswegen eine finale Erstellung eines neuen Gesetzes augenscheinlich bis zum heutigen Tag ausgeblieben ist. Gerade deshalb hat das Urteil noch viele Fragen offengelassen, die es für das Inkrafttreten eines finalen Gesetzes zu beantworten gilt. Eine grobe Annäherung an eine Unterteilung in (straf-)rechtliche, medizinische und ethische Argumente wird im Weiteren erfolgen.

7.1 (Straf-)rechtliche Argumentation

Bisher gibt es in Deutschland also noch kein Gesetz, welches die Sterbehilfe und den assistierten Suizid regelt. Dennoch ist die aktive und direkte Sterbehilfe strafbar, während die passive und indirekte Sterbehilfe erlaubt sind (Ernst, 2020, S. 87). Strafrechtlich beurteilt sind die Tatbestände des Totschlags (§ 212 StGB), die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) und die fahrlässige Tötung (§ 222 StGB) die einzigen Grenzen für einen ärztlich assistierten Suizid (Birnbacher, 2022, S. 167). Einheitlicher Konsens in der Debatte zur Umsetzung des assistierten Suizids besteht darin, dass die Handlung dessen nicht strafbar ist (Henking, 2021, S. 67). Wie bereits dargestellt, wird der Menschenwürde eine hohe Gewichtung eingeräumt. Die Garantie der Menschenwürde ist im obersten Rang der Verfassung im Grundgesetz verankert (Art. 1 Abs. 1 GG) und verdeutlicht, dass sich die Verfassung auf die Personqualität des Einzelnen zentriert (Hein, 2022, S. 27). Im Rahmen der Sterbehilfedebatte muss geprüft werden, ob trotz der unantastbaren Menschenwürde die Menschenwürde an ihre Grenzen stößt und ob der Staat verpflichtet ist, den Einzelnen vor den Angeboten von Sterbehilfe zu bewahren (ebd.). „Gem. Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG ist es die Pflicht aller staatlichen

Gewalt die Menschenwürde zu achten und zu schützen. Insbesondere ist der Mensch davor zu schützen, dass er aufgrund äußerer Einflüsse entgegen seiner eigenen Überzeugung handelt“ (Hein, 2022, S. 30). Die hieraus gefilterte Schutzpflicht wird im aktuellen Diskurs als Argument für die Notwendigkeit der Strafbarkeit der Sterbehilfe angebracht (Hein, 2022, S. 31). Aus rechtlicher Perspektive bleibt die moralische Bewertung, ob ein Suizid „falsch“ ist, unberücksichtigt (ebd.). Im Rahmen der rechtlichen Betrachtungsweise geht es um die grundsätzliche Frage, ob der Staat einen Suizid und den assistierten Suizid verbieten darf (ebd.). Der Staat darf aber nicht „mit seinem schärfsten Schwert dem Strafrecht“ in das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen eingreifen, indem er die Freiheit zum selbstbestimmten Sterben durch die fehlende Möglichkeit Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen einschränkt (ebd.). Zur Debatte steht nun die Frage, ob es einer Verschärfung des Strafrechts bedarf oder anderweitig rechtliche Grenzen gezogen werden. Henking (2021, S. 68) reflektiert, um dann wiederum den Fehler eines gesetzgeberischen Paternalismus zu verhindern, müsse sich eine Neuregelung „nur auf die Gefährdung des autonomen Entschlusses beziehen“.

Neben dem Strafgesetzbuch ist auch das Betäubungsmittelgesetz eine unausweichliche Hürde für die aktuelle Debatte. Wie sich erwiesen hat, gelten über die Landesgrenze hinaus Barbiturate als am besten geeigneter Wirkstoff zur Selbsttötung. Barbiturate, insbesondere Natrium-Pentobarbital, werden in anderen Ländern bereits zur Selbsttötung eingesetzt (siehe Kapitel 6). Natrium-Pentobarbital wird als grundsätzlich schmerzfreies, schnell wirkendes und weitgehend risikofreies Tötungsmittel in der Schweiz und den Niederlanden verwendet (Gärditz, 2022, S. 510). In Deutschland zählt Natrium-Pentobarbital nicht zu den gängigen Medikamenten, sondern zu den Betäubungsmitteln gemäß Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), weshalb kontrovers über dessen Vergabe und Einnahme zur Selbsttötung diskutiert wird. Um dieses Betäubungsmittel bei einem assistierten Suizid auf legale Weise zu erhalten und anwenden zu können, müssten die gesetzlichen Regeln des Betäubungsmittelgesetzes und die des Arzneimittelgesetzes (AMG) geändert werden (Stiller, 2020, S. 262). Im Mindesten sollte Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung straffrei eingesetzt werden können, fordert Stiller (ebd.). Ärzte, die Barbiturate, insbesondere Natrium-Pentobarbital, zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben, laufen derzeit noch Gefahr, strafrechtlich verfolgt zu werden (Irmen, 2022, S. 51). Gemäß § 29a Abs. 1 Nr. 1 BtMG (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln - Straftaten) werden über 21-jährigen Personen mit einer Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft, die Betäubungsmittel unerlaubt an eine Person unter 18 Jahren abgibt oder sie ihr entgegen § 13 Abs. 1 BtMG (Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung) verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlässt. „Gerade betäubungsmittelrechtliche Bestimmungen bilden eine erhebliche Hürde für die Verwirklichung des Grundrechts auf selbstbestimmtes Sterben“ (Gassner & Ruf, 2020, S. 486).

Wird sich mit dem Betäubungsmittelgesetz in Bezug auf den Erwerb von Natrium-Pentobarbital näher auseinandergesetzt, kann festgestellt werden, dass der Erwerb eines Betäubungsmittels nur dann zulässig ist, wenn eine therapeutische Zielrichtung verfolgt wird. Die Erlaubnis dient gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG dazu, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und um einen Missbrauch oder eine Betäubungsmittelabhängigkeit weitgehend auszuschließen. Mit anderen Worten muss das Betäubungsmittel für die Heilung oder Linderung von Krankheiten oder krankhaften Beschwerden förderlich sein (Haufe Online Redaktion, 2022, o. S.). Innerhalb der rechtswissenschaftlichen Literatur herrscht zudem die überwiegende Meinung, dass die Verschreibung eines Betäubungsmittels zur Selbsttötung nicht zum Zwecke der Heilung oder Schmerzlinderung dient (Gassner & Ruf, 2022, S. 486). Fraglich ist dennoch, ob die Absicht zur Selbsttötung einen therapeutischen Zweck bzw. eine medizinische Versorgung verfolgt. Gassner und Ruf (2022, S. 486) stellen einerseits dar, dass eine medizinische Behandlung auf dem zugrundeliegenden Patientenwillen beruht, der sich durch einen selbstbestimmten Sterbewunsch äußern könne. Andererseits würde das Individuum durch diese „Heilbehandlung in seiner Existenz vernichtet“ werden, sodass eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands unmöglich wäre (ebd.). Wie sich im folgenden Unterkapitel herausstellen wird, kommt eine Verschreibung für ein solches Mittel zur Selbsttötung bereits aus standesrechtlichen Gründen in den wenigsten Fällen in Betracht.

Ob und wie der Zugang zu einer letal wirkenden Dosis eines Betäubungsmittels eröffnet wird, muss der Gesetzgeber innerhalb seines Gestaltungsspielraums entscheiden. Ein neuer Gesetzesentwurf befürwortet unter bestimmten Voraussetzungen den Erhalt eines tödlich wirkenden Betäubungsmittels (Deutscher Bundestag, 2022 a, o. S.). Dieses Kapitel zeigt in seinem kurzen Umfang, dass die Debatte um den assistierten Suizid weniger rechtlich ausgelegt werden kann. Vielmehr wird die Debatte von medizinischen und ethischen Aspekten geführt, die in den folgenden beiden Unterkapiteln ausgeführt werden. Dennoch ist der Gesetzgeber für die Beantwortung aller Fragen in der Debatte um den assistierten Suizid verantwortlich. Das Bundesverfassungsgericht hat den Staat beauftragt, ein „legislatives Schutzkonzept“ auszuarbeiten (Hein, 2022, S. 35).

7.2 Medizinische Argumentation

Die aktuelle Debatte geht mit der Erstellung von Gesetzesentwürfen einher, mit denen versucht werden soll, die nach dem Urteil offen gebliebene Fragen zu beantworten. In diesem Kapitel werden medizinische Aspekte angeführt, die den aktuellen Diskurs prägen und die zur Beantwortung der vielen nach dem Urteil offen gebliebene Fragen dienlich sind. Dazu wird noch einmal auf die historische Entwicklung aufmerksam gemacht. Als Mitte des 20.

Jahrhunderts die medizinischen Möglichkeiten erweitert wurden und die technologisch-naturwissenschaftliche Medizin in den Fokus rückte, entstand gleichzeitig ein neues Ausmaß einer modernen Medizinethik (Jox, 2014, S. 127). Aus den bereits dargestellten Verbrechen des Nationalsozialismus entwickelte sich eine Menschenrechtsbewegung, die den Diskurs unter den Aspekten der freien Selbstbestimmung und den Rechten als Patienten weiter begleitet und anfährt (ebd.). Daraus entwickelte sich das Prinzip des sogenannten »informed consent« (ebd.). „Jede medizinische Handlung ist nur dann ethisch (und rechtlich) gerechtfertigt, wenn sie auf der freiwilligen Einwilligung eines informierten, entscheidungsfähigen Betroffenen beruht“ (Jox, 2014, S. 127 f.).

Um noch einmal das Urteil vom 26.02.2020 anzuführen, können Suizidwillige Hilfe durch Dritte in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass Ärzte Suizidwilligen Hilfe anbieten dürfen, ohne strafrechtlich belangt zu werden. Durch das Urteil hat das Bundesverfassungsgericht gleichzeitig auch festgelegt, dass niemand dazu verpflichtet werden kann, Suizidhilfe zu leisten (Bundesverfassungsgericht, 2020, Leitsatz 6). Die mit dem Urteil vollzogene Legalisierung Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen, wird mit dem Nebensatz „soweit sie angeboten wird“ betont (Bundesverfassungsgericht, 2020, Leitsatz 1.c). Das Bundesverfassungsgericht nimmt an und geht davon aus, dass ein Arzt bereit dazu ist, einen tödlichen Wirkstoff zu verschreiben. Daraus ergibt sich jedoch für die Person mit Suizidwunsch keinen automatischen Anspruch insbesondere auf die Ausstellung eines solchen Rezeptes für eine letale Dosis Natrium-Pentobarbital (Birnbacher, 2022, S. 165).

Am 124. Ärztetag im Mai 2021 wurde das strikte Verbot der Suizidhilfe nach § 16 der Musterberufsordnung (MBO) gestrichen, welches bislang den Ärzten die Beihilfe zum Suizid für Ärzte untersagte (Zeeh, 2022, S. 51; Hein, 2022, S. 42). Vor dem Hintergrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts konnte § 16 MBO verfassungsrechtlich nicht länger aufrecht erhalten bleiben (Hein, 2022, S. 41). Das bedeutet, dass Ärzte seitdem nicht nur strafrechtlich, sondern auch berufsrechtlich nicht mehr belangt werden können, wenn sie Suizidwilligen Hilfe leisten. Somit können Ärzte eine uneingeschränkte und professionelle Begleitung ihre Patienten in der letzten Lebensphase ermöglichen (ebd.). Das Urteil hat dementsprechend in der Ärzteschaft für ein wenig mehr Rechtssicherheit gesorgt (Zeeh, 2022, S. 51). Rechtlich und berufsrechtlich betrachtet sind sich aber die befürwortenden Ärzte darüber einig, dass keine Verpflichtung zur Suizidassistenz bestehen darf (Birnbacher, 2021, S. 161; Zeeh, 2022, S. 51). „Eine Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung sei keine ärztliche Aufgabe“ (Fricke, 2021, o. S.). Am Ärztetag im Mai 2021 wurde in der Musterberufsordnung das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz aufgehoben und von der Mehrheit hingenommen (Birnbacher, 2021, S. 167). Dennoch wird vermutet, dass über die Hälfte der Ärzte eine Mitwirkung ablehnt (ebd.). Es sollte in extremen Notsituationen die

moralische Verpflichtung der Ärzte zur Mitwirkung dahingehend in Betracht gezogen werden, wenn der Patient allein auf keine Alternativen zurückgreifen kann (Birnbacher, 2022, S. 173). Dennoch plädieren die Delegierten des 124. Ärztetages für Suizidprävention, Beratung und die Inanspruchnahme von palliativmedizinischer Begleitung, damit dies in einer Neuregelung durch den Gesetzgeber berücksichtigt werden kann (Hein, 2022, S. 42 f.). Vor den Entwicklungen in den Niederlanden, wo bereits vier bis fünf Prozent aller Sterbefälle auf einen ärztlich assistierten Suizid zurückzuführen sind, wurde am 124. Ärztetag gewarnt (Fricke, 2021, o. J.). Solche Verhältnisse solle es in Deutschland nicht geben, so die Vorsitzende des Marburger Bundes und BÄK-Vorstandsmitglied Dr. Susanne Johna (ebd.).

Auch Irmen (2022, S. 46 f.) beschreibt, dass der Hippokratische Eid ärztliches Handeln leitet und ein assistierter Suizid dem Berufsethos widerspricht. Dennoch argumentiert sie, dass der Arzt dazu geeignet ist, die Dosis eines zu Tode führenden Medikaments zu bestimmen und zu verschreiben (ebd.). Dass Ärzten eine entscheidende Position zugeschrieben wird, darüber besteht einheitlicher Konsens (Birnbacher, 2021, S. 163). „Der ärztlich assistierte Suizid hat seinen Vorteil darin, dass Ärzte über medizinische Kenntnisse verfügen, ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten nutzen können, damit schließlich der sterbewillige Patient einen sehr professionellen sicheren und besonders effektiven letzten Weg beschreiten kann“ (Irmen, 2022, S. 22). Ärzte haben die nötigen Fachkenntnisse, um die medizinische Situation zu beurteilen und Behandlungsalternativen zur Linderung von Leid vorzuschlagen (Birnbacher, 2022, S. 163). Zudem kennt der behandelnde Arzt die Lebensumstände seiner Patienten und steht in einem Vertrauensverhältnis zu ihnen, weshalb eine Beurteilung über die Freiverantwortlichkeit des Sterbewunsches getroffen werden kann (ebd.). Mathis (2022, S. 89) hingegen sieht dies gleichzeitig auch als Gefahr. Er beschreibt, dass Ärzte ein gewisses Bündnis eingehen, weil die Verbindung zum Patienten zwangsläufig über die medizinische Ebene hinaus in die Lebensgeschichte der Patienten eingeht (ebd.). Er betont vor dem Hintergrund „die Gefahr einer inadäquaten Umsetzung einer Kurzschlusshandlung“ vor der neben den Angehörigen auch die Ärzte nicht geschützt sind und bei denen die „Sinnbestimmung des eigenen Handelns“ infrage gestellt wird (ebd.). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird die Bedeutung der Ärzte noch einmal im Rahmen der Suizidprävention erläutert und das enge Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bestärkt.

Freiverantwortlichkeit ist eine Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe (Bundesverfassungsgericht, 2020, Rn. 232). Freiverantwortlichkeit bedeutet das „Freisein von psychischen Störungen“ (Saß & Cording, 2022, S. 5). Ärzte beziehungsweise Psychiater weisen für die Prüfung die unabdingbare Expertise vor (ebd.). Die Feststellung psychischer und anderer medizinischer Gründe, die die Autonomie der suizidwilligen Person infrage stellen, muss zwingend im Rahmen ärztlicher Expertise erfolgen (Saß & Cording, 2022, S. 5).

Darüber hinaus besteht die Gefahr von überforderten Angehörigen oder von interessierten Dritten unter Druck gesetzt zu werden, was es genau zu prüfen gilt (Saß & Cording, 2022, S. 5). Dies lässt sich im Diskurs in Bezug auf Suizidalität im Alter noch einmal genauer erklären.

Eine durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) beauftragte Online-Umfrage ergibt Folgendes (Wassiliwizky, Gerlinger, Domschke, Reif, Bader, & Pollmächer, 2022, S. 1134 ff.): Die im August 2022 veröffentlichte Umfrage unterstreicht die zuvor dargestellte Annahme der Schlüsselfunktion von Ärzten und Psychiatern. Die Adressaten der Vollerhebung waren die Mitglieder der DGPPN. Im Ergebnis werden Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie von 88% für kompetent eingestuft, die Freiverantwortlichkeit von Suizidwilligen einzuschätzen. Dass dies zu den Aufgaben der Fachärzte zählt, wird von 68% gutgeheißen. „Andere Berufsgruppen oder Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen erachteten die meisten Teilnehmenden weder für qualifiziert noch schätzten sie die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches als deren Aufgabe ein“.

Der Prozess des Sterbens ist medizinisch überwacht und findet überwiegend in Krankenhäusern oder Altenheimen statt (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 14). Diese Institutionen handeln nach ihren Interessen und nach ihrer Auffassung mit dem Sterben umzugehen. Fremdbestimmtheit statt Selbstbestimmung ist allgegenwärtig und in Hinblick auf das Lebensende gefürchtet (ebd.). Auch wenn nach de Ridder und Ostgathe (2017, S. 96) darauf hingewiesen wird, dass ein expliziter Wunsch nach einem assistierten Suizid im klinischen Alltag sehr selten geäußert wird, bleibt es dennoch im Detail zu erörtern, welche Kriterien die Freiverantwortlichkeit ausmachen und nach welchem Schutzkonzept eine Beurteilung in Form eines ärztlich assistierten Suizids erfolgen kann, so Saß und Cording (2022, S. 3). Diese Prüfung muss genaustens erfolgen, da „wegen der Unumkehrbarkeit des Vollzugs der Suizidentscheidung und des hohen Rechtsguts Leben die Betroffenen sowie ihr soziales Umfeld so weit wie irgendwie möglich vor irreversiblen Fehlentscheidungen bewahrt werden müssen [...]“ (ebd.). Die Begründung und Feststellung der Freiverantwortlichkeit wird gerade deshalb aus ethischer Anschauungsweise kritisch bewertet. Im nächsten Unterkapitel wird sich mit diesem noch Aspekt ausführlich befasst. „Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses“, müssen zudem für die Umsetzung eines assistierten Suizids vorliegen (Saß & Cording, 2022, S. 2). Ab wann ein Suizidwunsch dauerhaft ist, hat das Bundesverfassungsgericht nicht festgelegt. Im Gesetzentwurf von März 2022 wird eine Zeitspanne von dreieinhalb Monaten ausgegangen (Saß & Cording, 2022, S. 4). Aus psychiatrischer und palliativmedizinischer Sicht sollte jedoch mindestens ein Jahr Abstand gegeben sein, da Suizidabsichten von schweren Ereignissen geprägt sein können, für dessen Bewältigung eine gewisse Zeit anberaumt werden sollte (Saß & Cording, 2022, S.2).

So wird in einem neuen Entwurf der Funktion des Psychiaters eine bedeutsame Rolle zugeschrieben, wenn es um die Feststellung der Freiverantwortlichkeit, der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit geht (Irmén, 2022, S. 53). Kritik wird dahingehend ausgeübt, dass es vor dem Hintergrund des assistierten Suizids schwer werden wird, einen Psychiater zu finden, der dies attestiert (ebd.) Grund dafür ist die Grundannahme, dass Suizidwünsche pathologischen Ursprungs sind und somit jede Begutachtung das Ergebnis einer Nicht-Urteils- und Einwilligungsfähigkeit mit sich führen würde (Irmén, 2022, S. 54). Aus dieser Perspektive wird dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts unter dem Aspekt die Sinnlosigkeit dieser Annahme vorgeworfen (Irmén, 2022, S. 54). Irmén stellt daher fest, dass den Psychiatern nicht die alleinige Entscheidung zugeschrieben werden sollte und ihnen daher nur eine beratende Tätigkeit zukommen sollte, „um die Selbstbestimmungskompetenz des Sterbewilligen mit seinen gesetzlichen Ansprüchen nicht zu beeinträchtigen“ (ebd.). Sofern keine zureichenden und allgemein gültigen Standards festgeschrieben werden und die Dokumentation nicht transparent nachvollziehbar ist, besteht weiterhin die Gefahr, dass die Bestimmung der Selbstbestimmungsfähigkeit stark von dem untersuchenden Psychiater abhängig ist (Vollmann, 2008, S. 221). Insbesondere wenn nicht medizinische Alternativen in Betracht gezogen werden, sind Vertreter anderer Professionen gefragt. Dazu zählen Psychologen, Juristen und Sozialarbeiter (Birnbacher, 2021, S. 163). Aber nicht nur dann, sondern insgesamt betrachtet kann die Beurteilung von den verschiedenen Professionen die Beratung qualitativ aufwerten und den Arzt entlasten (Irmén, 2022, S. 47). Henking (2021, S. 70) fragt sich dabei, und spitzt damit die Diskussion zu, ob es dann unter den Umständen einen neuen Beruf des „Suizidhelfers“ geben wird oder Sozialarbeiter, Psychologen und Bürger als ehrenamtliche Suizidhelfer Beihilfe zum Suizid leisten werden. Suizidalität hat ein psychosoziales Bedingungsgefüge, weshalb die sorgfältige Eingrenzung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Suizidassistenten essenziell ist (Saß & Cording, 2022, S. 5). Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund argumentiert, dass der Sterbewunsch aus einer seelischen Not hervorgeht und es deshalb insbesondere die Aufgabe der Ärzte ist, Wege zum Weiterleben aufzuzeigen (Irmén, 2022, S. 52). Der 124. Ärztetag macht sich daher für eine weiterführende Suizidprävention und einen leichteren Zugang zur Palliativversorgung stark (Fricke, 2021, o. S.). Das Argument der Suizidprävention wird in Bezug auf Suizidalität im Alter noch einmal detailliert betrachtet.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die moralische Rolle, welche die deutsche Ärzteschaft zum Thema des ärztlich assistierten Suizids nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts einnehmen soll, noch nicht abschließend definiert ist (Fricke, 2021, o. S.). Aus ärztlicher Perspektive betrachtet ist neben der Vereinbarkeit mit dem Berufsethos noch die Frage der genauen Umsetzung der Hilfeleistung offen. Wie bereits aus strafrechtlicher Perspektive beleuchtet, ist allein der Einsatz von Barbituraten zum Zwecke der

Selbsttötung schwer bis gar nicht möglich. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte verwehrt weiterhin die Herausgabe von letalen Dosen, da Barbiturate zum Zwecke der Volksgesundheit eingesetzt werden sollen (Irmen, 2022, S. 51). „Die Gesellschaft wird aufgefordert, eine breite Diskussion über die Rolle der Ärztinnen und Ärzte in der Sterbehilfe zu führen. Ziel der Diskussion solle sein, die ärztliche Position in der künftigen Gesetzgebung zur Sterbehilfe zu klären (Fricke, 2021, o. S.).

7.3 Ethische Argumentation

„Ethische Fragen mit Bezug zu Lebensende und Sterben waren seit Beginn der modernen Medizinethik vor etwa einem halben Jahrhundert virulent und sind es heute wie damals, vielleicht sogar mehr denn je“ (Jox, 2018, S. 1). Das sich historisch entwickelte Verständnis von Autonomie ist nun ein bedeutsames Entscheidungskriterium des Urteils vom 26.02.2020. Aus ethischer Perspektive beschreibt Wils (2020, S. 5 f.) diese Entwicklung der Selbstoptimierung des Individuums als Lebensmodell der Modernen. Er kritisiert, dass dadurch auch das Lebensende durch einen assistierten Suizid überhaupt erst optional wird und der Druck steigt, das Lebensende nicht dem Zufall zu überlassen (ebd.). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass auch dahingehend der Druck steigt, wenn keine Entscheidung getroffen wird, da Entscheidungslosigkeit als Ausdruck mangelnder Autonomie gewertet werden kann (Wils, 2020, S. 7). Es erweckt den Anschein, als würde dies „das *vernünftige* [Herv. i. O.] und im Grunde *alternativlose* [Herv. i. O.] Ideal unserer Existenz“ zu sein (Wils, 2020, S. 7). Es erweckt den Anschein, „das Sterben werde mehr und mehr einem angeblich hemmungslosen Selbstgestaltungswillen unterworfen“ (Schöne-Seifert, 2020, S. 74). Wils (2020, S. 5) und Schöne-Seifert (2020, S. 74) beschreiben einen dadurch entstehenden Selbstoptimierungswahn. Wils (2020, S. 5) finden dazu klare Worte: „Selbstoptimierend hetzen wir fortan durchs sogenannte *gute* [Herv. i. O.] Leben, befreit von der Last unseres Herkommens, und sind willens, auch das eigene Ende nicht dem Zufall zu überlassen“.

Insbesondere stellt Wils (2020, S. 7) die Gefahr für schwächere, hochaltrige und weniger gebildete Menschen dar, die sich dem sozialen Druck nicht widersetzen können. Auch Schöne-Seifert (2020, S. 71 f.) greift dieses Argument in ihrer ethischen Haltung gegenüber dem assistierten Suizid auf: „So nachvollziehbar und ethisch zulässig eine Hilfe vielleicht in tragischen Einzelfällen sei, so gefährlich sei die soziale Gewöhnung an deren Verfügbarkeit und Inanspruchnahme“ (ebd.). Suizidentscheidungen könnten dadurch leichtsinnig getroffen werden und der Schutz von sozialen Normen und Überzeugungen können verloren gehen (ebd.). Es könnte die Gefahr bestehen, dass sich insbesondere in der Versorgung und Fürsorge alter Menschen eine gesellschaftliche Vernachlässigung abzeichnet (ebd.). Dieses

Argument wird im Diskurs in Hinblick auf Suizidalität im Alter ein sehr Tragfähiges sein (siehe Kapitel 8).

Ein weiteres Argument in der kontrovers geführten Debatte ist das sogenannte „Argument der schiefen Ebene“ (de Ridder, 2021, S. 185 f.). Die Liberalisierung des assistierten Suizids untergrabe das hohe Verfassungsgut des Lebensschutzes, da insbesondere bei vulnerablen Gruppen innerhalb der Gesellschaft der Eindruck entstehen kann, dass sie zur Last fallen (ebd.). Diese können deshalb in die Richtung getrieben werden sich aus moralischen Gründen für einen assistierten Suizid zu entscheiden (ebd.). Diese Argumentation wird aufgrund der Tragfähigkeit im Diskurs in Hinblick auf Suizidalität im Alter ebenfalls im nächsten Kapitel noch einmal ausführlich erläutert. Aus der Suizidforschung geht hervor, dass vor jedem Suizid oder Suizidversuch eine lange Zeitspanne mit Ambivalenzen vorausgeht (Sahm, 2020, S. 446). Daher ist die Einigkeit darüber, welche Zeitspanne ein von Dauer geprägter Suizidwunsch haben sollte, essenziell. Sahm (2020, S. 446) führt an, dass bei 100.000 Suizidhandlungen lediglich zehn Prozent einen tatsächlichen Suizid mit Todesfolge ausmachen, die anderen 90 Prozent wiederholen einen Versuch nicht. Die Gefahr besteht dahingehend, dass das Angebot von Suizidhilfe in dieser Phase eher in Erwägung gezogen wird und somit das Angebot an sich bereits ein Risikofaktor ist (Sahm, 2020, S. 447).

Des Weiteren führen Gegenstimmen an, dass durch die Verfügbarkeit des assistierten Suizids die Selbsttötung an sich als erschütterndes Vorkommnis nicht mehr als solches bewertet wird und somit die gesellschaftliche Fürsorge und Verantwortung füreinander zerbricht (Baumann-Hölzle et al., 2022, S. 108). Ein gesellschaftlicher Wertewandel wird erzeugt, der eine zunehmende Bereitschaft zum assistierten Suizid widerspiegelt (ebd., S. 109). Auch Wils (2020, S. 1) teilt diese Entwicklung. Er beschreibt, dass sich bereits in der Schweiz, wo der assistierte Suizid bereits legalisiert wurde, Normalisierungstendenzen entwickeln, sodass der Suizid zu einer Lebensoption wird (ebd.) Schöne-Seifert (2020, S. 73) stellt dar, dass es „die [Herv. i. O.] große gesellschaftliche Herausforderung“ im aktuellen Diskurs ist, einer solchen Entwicklung präventiv zu begegnen. Aufschreckend wäre es dann, wenn ein assistierter Suizid freiverantwortlich und für den Suizidenten folgerichtig aber im Kontext von gesellschaftlichem Druck oder vor dem Hintergrund der Vernachlässigung von Fürsorgestrukturen getroffen wird (ebd.). Hierzu ist darüber hinaus noch Folgendes anzumerken: Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 gibt es kein Verbot mehr für Sterbehilfeorganisationen (Weissbrodt, 2022, S. 239). Trotz der Nichtigkeit von § 217 StGB, darf es auch in Zukunft keine Suizidhilfeangebote geben, die auf Profit und Massenabfertigung ausgelegt sind (ebd.; Irmen, 2022, S. 63). Diese Art von Sterbehilfe darf nicht kommerzialisiert

werden und für ein „unproblematisches, rasches und sozialverträgliches Ableben“ eingesetzt werden (ebd.).

Aus juristischer und ethischer Sicht ist eindeutig, dass medizinische Maßnahmen nur dann erfolgen dürfen, wenn diese ärztlich angemessen sind und diese dem autonomen, freiverantwortlichen Willen des Patienten entsprechen (Jox, 2018, S. 2 f.). Insbesondere aus ethischer Sicht, kann es in der Praxis bei der Bewertung des freien Willens jedoch zu Schwierigkeiten kommen (ebd.). Dabei geht es im Kern insbesondere darum, die Patientenautonomie zu würdigen und entsprechend zu realisieren (ebd.). Die aktuelle Debatte um den assistierten Suizid wirft im Rahmen einer pluralistischen Gesellschaft die grundsätzlichen Fragen nach einem guten Leben und einem guten Sterben auf (Jox, 2018, S. 3). Die Bedeutung von Menschenwürde und individueller Selbstbestimmung bekommen dahingehend einen neuen Aufschwung, die im gesellschaftlichen Wertesystem neu eingeordnet werden müssen (Jox, 2018, S. 3). „Selbstbestimmung ist neben der Würde der Maßstab, an dem gutes, individuelles Sterben gemessen wird“ (Peuten, 2018, S. 34). Kritiker eines absolut gefassten Selbstbestimmungsrechts befürchten jedoch eine „radikalisierende Individualisierung“ (ebd.). In der Begründung liegt die Annahme, dass das Leben der Menschen bedeutungsloser wird, während die Autonomie des Menschen an Bedeutung gewinnt (ebd.). Gegen die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe wird vor dem Hintergrund insofern Einwand erhoben, indem argumentiert wird, dass das Verbot der Tötung auf Verlangen durch den Zuspruch an Autonomie und Selbstbestimmung relativiert werden könnte (Ernst, 2020, S. 107). Deshalb könnten strikt formulierte Kriterien tendenziell ausgeweitet werden (ebd.).

Suizidbeihilfe ist in der Schweiz unabhängig von Krankheit oder Lebensmüdigkeit im Alter straffrei und darf auch ohne ärztliches Personal erfolgen (Elger & Grabherr, 2018, S. 89). In Deutschland allerdings ist dies kaum möglich, da in den meisten Fällen der assistierte Suizid durch eine überdosierte Einnahme von Barbituraten erfolgt, die wiederum nur durch die Mitwirkung eines Arztes, der dieses Medikament verschreiben muss, umsetzbar ist (ebd.). Aus berufsethischer Perspektive kann der Arzt nicht zur Beihilfe zum Suizid verpflichtet werden, da dies nicht ausnahmslos mit den Zielen der Medizin vereinbar ist (ebd.). Dennoch ist die Wahrung des Patientenwillen grundlegend für die Tätigkeit des Arztes (Elger & Grabherr, 2018, S. 89). Die Lösung dieses Dilemma liegt in der „persönlichen Gewissensentscheidung des Arztes“ (Elger & Grabherr, 2018, S. 89). Schöne-Seifert (2020, S. 49) argumentiert, dass bei der Verweigerung von verschreibungspflichtigen letal wirkenden Stoffen durch den Arzt nur noch sogenannte „Brutalsuizide“ für Suizidwillige infrage kommen. Die Hürden, die der Suizidwille dahingehend überwinden muss, sind aus ethischer Perspektive unzumutbar. Diese verlangen „Unmenschliches und Demütigendes“, so Schöne-Seifert (ebd.). Ein Blick auf die

Statistik der Sterbefälle durch Suizid nach Art der Methode zeigt, dass die häufigste Suizidmethode das Erhängen, Strangulieren oder Ersticken ist (Statista Research Department, 2022). Der Sturz in die Tiefe liegt auf dem zweiten Platz, gefolgt von der Einnahme von Arzneimitteln, Drogen und biologisch aktiven Substanzen (ebd). Und selbst solche „Brutalsuizide“ sind nicht für jeden Suizidentenschlossenen eine tatsächliche letzte Alternative. Beispielsweise ist es unmöglich, wenn Betroffene krankheitsbedingt und der körperlichen Verfassung entsprechend handlungsunfähig sind, sich beispielsweise von einer Brücke zu stürzen. Im Übrigen betont Schöne-Seifert (2020, S. 49) in dem Zusammenhang, dass dadurch auch unbeteiligte Personen nachhaltig belastet werden. Damit meint sie beispielhaft den Zugfahrer, der den Suizidenten beim Sprung von einer Zugbrücke erfasst.

„Wir sollten uns bewusst halten, dass der tiefere Sinn aller ethischen Debatten um das Lebensende darin liegt, dass jede und jeder von uns sich der existentiellen Aufgabe des eigenen Todes stellt, um im vollen Sinne leben zu können“ (Jox, 2018, S. 4). Im aktuellen Diskurs gilt es daher einen Werterahmen zu schaffen, in dem gegenseitiger Respekt und die individuell unterschiedlichen Vorstellungen vom guten Leben und Sterben nebeneinander bestehen können (Jox, 2018, S. 3 f.). Somit kann die Gesellschaft innerhalb einer respektvollen Auseinandersetzung die offenen und ethisch sensiblen Fragen beantworten (ebd.).

8 Diskurs in Hinblick auf Suizidalität im Alter

Aus der bisherigen Analyse zur Debatte um den assistierten Suizid kann entnommen werden, dass es sehr schwer ist, auf einen gemeinsamen Konsens im Sinne eines durch den Gesetzgeber festgelegtes Sterbehilfegesetz zu gelangen. Die unklar formulierten Handlungsoptionen für die Medizin stellen bereits die ersten Hürden für die Inanspruchnahme eines assistierten Suizids dar. Das Urteil an sich ist wegweisend, es ist jedoch für die praktische Umsetzung nicht formuliert. Dass seit über zwei Jahren versucht wird, Gesetzesentwürfe zu formulieren, die klare Handlungsanweisungen darlegen, ist aktuell eine Einbuße für Personen mit einem ernsthaften Suizidwunsch, nicht nur im Alter. Wie sich bisher herausstellte, ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer alternden Gesellschaft in der Moderne der Wunsch nach einem selbstbestimmten Tod sehr präsent. Deshalb scheint in dieser Hinsicht ein rascher Handlungsbedarf von Nöten. Historisch betrachtet ist das Bundesverfassungsurteil ein Meilenstein der Moderne und die Auslegung dessen unabdingbar. Zudem hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnte die Medizin fortentwickelt, sodass insbesondere durch intensivmedizinische Maßnahmen Menschen länger leben können, was gleichzeitig andere Herausforderungen mit sich bringt. Insgesamt ist das Lebensumfeld von älteren Menschen von einer gefährdeten Selbstbestimmung tangiert. Es stellt sich daher die Frage, inwiefern alte

Menschen ihr Recht auf Selbstbestimmung ausdrücken können. Hierbei wird noch einmal die Passage des Urteils des Bundesverfassungsgerichts hingewiesen, in der es heißt, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in jeder Phase menschlicher Existenz besteht (Bundesverfassungsgericht, 2020, Rn. 210). Wie kann ein Mensch in jeder Phase seiner Existenz seine Autonomie wahren, wenn eine eigenständige Äußerung ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr möglich ist? Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt darin, herauszustellen, welche Hürden den Kampf um die Freiheit im Alter selbstbestimmt zu sterben ausmachen.

8.1 Beweggründe für Suizidalität im Alter

„Suizidale Äußerungen älterer und hochbetagter Menschen sind oftmals Aufrufe und Hilferufe mit dem Wunsch nach einem Gespräch, dem Wunsch, Zeit zu haben und auch, sich um einen zu kümmern“ (Jagsch, 2022, S. 47). Wie das vorangegangene Kapitel zeigt, sind vulnerable Gruppe besonders gefährdet eine nicht freiverantwortliche sogar beeinflusste Entscheidung am Lebensende zu treffen. Deshalb argumentieren Gegenstimmen in der Debatte um den assistierten Suizid, dass das Angebot der Suizidassistenz ein Risiko, insbesondere für Risikogruppen wie zum Beispiel alte Menschen, darstellen (Sahm, 2020, S. 446). Mit folgenden Fakten kann das Kapitel eingeleitet werden: „Die Suizidrate nimmt ab dem 70. Lebensjahr stark zu, etwa drei Viertel der Suizide betreffen Männer“ (Zeeh, 2022, S. 52). Suizide werden überwiegend von Menschen mit psychischer Erkrankung vollzogen (Lindner, 2019, S. 6). Bei 90% der Suizidenten im Alter liegt eine psychische Erkrankung zugrunde (ebd.). „Je höher das Alter, der Bildungsgrad und der sozioökonomische Status, umso häufiger ist der Wunsch nach einem assistierten Suizid“ (Lindner, 2019, S. 9). Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft, wird der prozentuale Anteil der über 65 Jahre alten Personen ansteigen (Elger & Grabherr, 2018, S. 88). Das bedeutet, dass auch die Anzahl der Personen zunimmt, die an chronischen Krankheiten leiden (ebd.). Bis zum Jahre 2050 soll sich die Anzahl der über 65-jährigen weltweit verdreifachen (ebd.).

Häufig als Metapher verwendet werden solche Aussagen wie zum Beispiel „Ach wäre es doch nur schon vorbei“, „Das ist doch kein Leben mehr“, „Ach gäbe es doch auch bei uns die Spritze aus Holland“ (Zeeh, 2022, S. 51). Wenn diese Aussagen getroffen werden, steht für viele Personen das Weiterleben nicht mehr an erster Stelle (ebd.). Wenn sich daraus ein Sterbewunsch manifestiert, kann auf Grundlage des Urteils ein assistierter Suizid in Erwägung gezogen werden. Dieser ist durch das Urteil nun auch betagten Menschen möglich, unabhängig von dem Vorliegen einer tödlichen Krankheit. Denn wie bereits ausführlich dargestellt, stützt sich das Urteil dabei auf die Begründung des Selbstbestimmungsrechts. Um den Sterbewunsch von hochbetagten Menschen einzuordnen, werden im Folgenden die Beweggründe für den Sterbewunsch abgebildet.

Mathis (2022, S. 90 f.) fasst die Beweggründe für den Wunsch nach einem (assistierten) Suizid zusammen und bezieht sich dabei auf Bruns. Es können vielseitige Beweggründe vorliegen, dazu zählen beispielsweise Folgende: Eine Krankheit nicht mehr aushalten zu wollen; Erlösung von Schmerzen; Angehörigen damit nicht zur Last fallen zu wollen; der Verlust von Alltagsfähigkeiten einhergehend mit dem Verlust der Selbstständigkeit und damit das Abhängigkeitsverhältnis zu Angehörigen; fehlender Lebenswille; Einsamkeit; Nutzlosigkeit; Hoffnungslosigkeit; Angst und Verzweiflung. Partnerverlust und unwürdige Behandlungen im Alter und gesellschaftliche Ausgrenzungen können ebenfalls als auslösende Suizidfaktoren identifiziert werden (Jagsch, 2022, S. 48). „Vor allem älteren Männern mit Vereinsamung, unklaren körperlichen Symptomen, nach Verlusten oder neu aufgetretenen schweren Erkrankungen ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken“ (ebd.). Hier spielen demnach gesundheitliche Einschränkungen und psychosoziale Risiken zusammen. Es kann zusammengefasst werden, dass sich die Multimorbidität und die damit einhergehenden Einschränkungen auf die Psyche alter Menschen problematisch auswirken können und die Häufung akuter Belastungen das Suizidrisiko erhöhen (Lindner, 2019, S. 7). Suizidwünsche werden aus unterschiedlichsten Gründen geäußert und können entweder eindeutig zum Beispiel einer Wahrnehmungsstörung oder Depression zugeordnet werden oder grenzwertig sein (Schöne-Seifert, 2020, S. 35). Einsamkeit bis hin zu dauerhafter Lebensmüdigkeit im Alter oder anhaltendem Leiden unter schwerster Krankheit können dazu zählen (ebd.). Im hohen Alter ist oftmals eine Häufung von Verlusten erkennbar, die den Sterbewunsch erhärten können (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 54). Eine Lebensmüdigkeit kann sich zudem dann einstellen, wenn Erkrankungen eintreten, alltagspraktische Fertigkeiten abbauen, die autonome Selbstgestaltung zunehmend schwieriger wird oder der Verlust der Lebenspartner (ebd.). Bei einer rationalen Abwägung der Lebensumstände kann auch von einem sogenannten „Bilanzsuizid“ gesprochen werden (ebd. S. 55). In Abgrenzung zur Lebensattheit kommt hinzu, dass die Grenzen des eigenen Handelns akzeptiert werden, der Endlichkeit des Lebens ausdrücklich zugestimmt wird und diese angenommen wird (ebd.). Darüber hinaus ist folgende Annahme prägend: „Es wird befürchtet, dass alte Menschen immer öfter Suizid begehen (unassistiert oder assistiert), weil sie ihrer Familie und der Gesellschaft nicht zur Last fallen möchten“ (Elger & Grabherr, 2018, S. 88). De Ridder (2021, S. 105 f.) kritisiert auch die Gefahr durch nahstehende Angehörige. Er argumentiert, dass es ihnen an geeigneter Qualifikation mangeln kann und durch die familiäre Bindung keine distanzierte Betrachtung eines möglicherweise krankhaften Entscheidungsprozess erfolgen kann. Gefährlich wird es dann, wenn die Angehörigen im Eigeninteresse die suizidwillige Person beeinflusst und somit eine Missbrauchssituation vorliegt (ebd.).

Die Auswirkungen des demografischen Wandels tangieren nicht nur bedingt das Thema des assistierten Suizids. Der demografische Wandel stellt auch die Pflege vor immer größere

Herausforderungen, denn die steigende Zahl an alten Menschen stehen sinkenden Zahlen von jungen Menschen gegenüber (Elger & Grabherr, 2018, S. 88). Diese Tatsache stellt die Gesellschaft vor neue „finanzielle und ethische Herausforderungen“ (ebd.). Diese Befürchtung äußert auch das Bundesverfassungsgericht. Alte Menschen können dem Druck ausgesetzt werden, das Leben deshalb frühzeitig zu beenden (Bundesverfassungsgericht, 2020, Rn. 243). Die Gefahr, eine „gesellschaftliche Normalisierung“ zu erzeugen, dass der assistierte Suizid als eine normale Form der Lebensbeendigung für alte Menschen etabliert werden könnte, ist allgegenwärtig (ebd. Rn. 250). Auch Wils (2020, S. 7) beschreibt diese Gefahr. Er bezieht sich dabei auch auf den aktuellen Diskurs in den Niederlanden, indem das „vollendete Leben“ als Argument ausreicht, sodass ohne medizinische oder psychische Ursachen der assistierte Suizid gewährt werden könnte (ebd.).

Diese Entwicklung könnte auch Deutschland erreichen, wenn es hochbetagte Menschen gibt, die nicht mehr leben möchten. Insbesondere wenn sie im Glauben sind, keine Lebensfreude mehr zu verspüren und eine solche auch in Zukunft nicht mehr zu erwarten ist (Wils, 2020, S. 7). Weiter argumentiert Wils (2020, S. 7), dass aus diesen Beweggründen die Biografie dieser Menschen zu Ende ist. Er beschreibt dies als den „biografischen Tod“ (ebd.). Das biologische Alter sei jedoch retardiert und dem Tempo der Biografie nicht mehr gewachsen, weshalb dem durch eine autonome Entscheidung im Sinne des assistierten Suizids „auf die Sprünge“ geholfen werden müsse, so Wils (ebd.). Ein solcher tragischer Sachverhalt dürfe sich zu keinem Standard entwickeln, was nicht bedeutet im Einzelfall genau hinzuschauen (Wils, 2020, S. 8).

In der aktuellen Debatte wird häufig von Dammbrech-Argumenten gesprochen. Ein solches Argument wird vor dem Hintergrund der Debatte in den Niederlanden angeführt. Die Beihilfe zum Suizid war zu Beginn der Legalisierung in den Niederlanden an unerträgliches Leid der Suizidwilligen gekoppelt (siehe Kapitel 6.1). Dieses Zulässigkeitskriterium hat sich auf weitere Personengruppen ausgeweitet, sodass nun auch Jugendlichen, Psychatriepatienten und an Demenz erkrankten Menschen die Möglichkeit zum assistierten Suizid zugesprochen wird (Feichtner, 2022, S. 287 f.; Schöne-Seifert, 2020, S. 74 f.). Schöne-Seifert (2020, S. 74 f.) widerspricht dem Dammbrech-Argument des „Aufweichungsautomatismus“. Sie positioniert sich und beschreibt einen Prozess, der in den letzten Jahren in der niederländischen Gesellschaft unter Berücksichtigung von Erfahrungswerten und dem Hintergrund einer liberalen Ethik stattgefunden hat, der diese Veränderung der Zulässigkeitskriterien mit sich bringt (ebd.).

In Summe kann gesagt werden, dass Suizidalität im Alter ein Ausdruck einer erheblichen Notlage ist (Lindner, 2019, S. 9). Es ist daher wichtig, dass der Wunsch in seinem konfliktbehaf-

teten Rahmen entschlüsselt und verstanden wird (ebd.). Daher ist es von großer Bedeutung, die Umstände zu begleiten, diese zu klären, Konflikte zu bewältigen und nicht ohne Weiteres den Suizidwunsch zu ermöglichen (ebd.). Depressive Erkrankungen und Ängste sind im Alter schwer zu diagnostizieren (Ruhwinkel, 2021, S. 126). Das Vorliegen muss jedoch fachärztlich ausgeschlossen werden, sodass demnach eine alterspsychiatrische Abklärung vor der Durchführung eines assistierten Suizids vorgenommen werden müsste (ebd.). Ruhwinkel (2021, S. 128) sieht hier Handlungsbedarf bei den Ärzten und Psychiatern. Sie beschreibt, dass diese ein negatives Altersbild haben, welches reflektiert und überdacht werden muss (Ruhwinkel, 2021, S. 128). So können Altersdepressionen viel häufiger erkannt werden (ebd.). Zudem sieht sie die Notwendigkeit von Anlaufstellen, bei denen alte Menschen altersgerecht behandelt werden können, um ihnen bis zuletzt ein würdevolles Leben zu ermöglichen (Ruhwinkel, 2021, S. 128). Insgesamt erzeugen Suizide bei Menschen im hohen Alter eine andere Resonanz innerhalb der Gesellschaft als Suizide bei jungen Menschen (Jagsch, 2022, S. 47). Einige der bereits dargestellten Beweggründe werden von der Gesellschaft als nachvollziehbar eingeordnet, da hochbetagte Menschen ihr Leben bereits gelebt haben oder an schweren Krankheiten leiden (ebd.). Jagsch (2022, S. 51) argumentiert, dass Ärzte aber deshalb nicht die Selbsttötung durch die Legalisierung des assistierten Suizids ersetzen können, sondern ihnen eine andere Aufgabe zugeschrieben werden muss. Ärzte sollten genau hinschauen und alle medizinischen und therapeutischen Angebote zur Verfügung stellen, sodass Menschen im hohen Alter weder aus somatischer noch auf psychischer Ebene leiden müssen (ebd.).

8.2 Selbstbestimmung im Alter

„Selbstbestimmung, Autonomie und Selbstständigkeit drücken in der Gesamtheit die Würde eines älteren Menschen aus. Es handelt sich hierbei um unveräußerliche Rechte, die ein älterer Mensch hat“ (Schumann, 2020, S. 26). Die zuvor genannten Beweggründe bilden eine besondere Lebenssituation ab, die für ältere Menschen auch ein Hindernis für die Selbstbestimmung darstellen können. Vor dem Hintergrund des Selbstbestimmungsrechts stellt sich daher die Frage, wann das Selbstbestimmungsrecht von Menschen im höheren Alter an seine Grenzen stößt. Das aus dem Urteil betonte Recht auf Selbstbestimmung und das Recht auf selbstbestimmtes Sterben wird dazu noch einmal in den Kontext gebracht. Ernst (2020, S. 115 f.) kritisiert die einseitige Betonung von Autonomie und Selbstbestimmung, da dies in der konkreten Wirklichkeit nicht gefördert, sondern eingeschränkt wird. Er führt dazu drei Bedenken an. Zum einen beschreibt er, dass Schwerkranke und Sterbende keine autonomen und selbstbestimmten Entscheidungen treffen können, da sie den Sterbewunsch nicht rational, wohlüberlegt und frei treffen können (ebd.). Freiverantwortlichkeit ist ein unabdingbares Kriterium für einen assistierten Suizid. „Ist das Maß der Selbstbestimmung für

eine Entscheidung hinreichend, so sprechen wir von freiverantwortlicher Selbstbestimmung“ (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 74). Freiverantwortlich ist eine Person, die verschiedene Handlungsmöglichkeiten in ihrer Bedeutung für sich und andere überblicken, bewerten und vor diesem Hintergrund ihre Entscheidung danach ausrichten kann (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 70). In Betracht dessen ist Freiverantwortlichkeit im Kontext des assistierten Suizids festzustellen, weil in dieser hochbelastenden Situation eine „emotionale Verengung der eigenen Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit“ vorliegen kann, welche die Handlungsalternativen nicht vollends überblicken lässt (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 74). Das bedeutet, dass das Maß an Selbstbestimmung umso höher sein muss, je schwerwiegender die Konsequenzen dieser Entscheidung sind (ebd.). Die Anforderungen an das Selbstbestimmungsrecht müssen deshalb besonders hoch sein, das Recht auf selbstbestimmtes Sterben jedoch nicht außer Acht lassen (ebd.). Die Begründung der Annahme einer fehlenden Selbstbestimmung und Freiverantwortlichkeit beschreibt Ernst mit der bereits erörterten Vielfalt von Ängsten (Ernst, 2020, S. 115 f.). Des Weiteren führt Ernst (ebd.) Bedenken bezüglich des Kriteriums der Lebensqualität an. Die Gefahr besteht, dass die individuelle Qualität des eigenen Lebens von gesellschaftlichen Standards abhängig ist, die von Idealen geprägt ist (ebd.). Unerträgliche Lebensqualität wird gesellschaftlich definiert und festgelegt (ebd.). Insbesondere kann dies für Menschen, die ihren Willen beispielsweise bei einer Demenz nicht mehr äußern können oder mittels einer Patientenverfügung festgelegt haben, eine Gefährdung darstellen. Auch Ruhwinkel (2021, S. 125) zitiert nach Wedler, dass eine Suizidentscheidung kaum aus freier Selbstverantwortung und Selbstbestimmung getroffen wird. Sie stellt sich die Frage, was ein freier Wille überhaupt ist, wenn die Würde des Menschen immer an bestimmte Leistungen und Fähigkeiten gebunden ist (ebd.). Ernsts letztes Bedenken richtet sich an die Tatsache, schlussendlich nach der Erfüllung aller Kriterien „den so entstandenen Wunsch einfach zu erfüllen“ (Ernst, 2020, S. 115 f.). Es sei dabei auch zynisch auf die reine Dienstleistung von Dritten zu verweisen (ebd.). Denn die Verantwortung der Sterbehilfe liegt nicht ausschließlich beim Suizidenten, der auf Grundlage einer autonomen Entscheidung sterben möchte (ebd.). Dem gegenüber Respekt zu erweisen steht nicht infrage, aber Hilfe leisten zu müssen und damit den anderen zu schädigen wiederum schon (Ernst, 2020, S. 115 -116).

Es kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Personengruppe, die keine lebensbedrohliche Krankheit hat, aber im Alter selbstbestimmt sterben möchte, einen besonders erschwerten Zugang zu einem assistierten Suizid hat (Henking, 2021, 71). Hier sind es ernstzunehmende autonomiegefährdende Faktoren, die darauf hinweisen, dass auf den Suizidwilligen ein enormer Druck lastet (ebd.). Personen in Pflegeheimen sind beispielsweise gefährdet, sich aus finanzieller Sicht Sorgen zu machen und sich als Last für andere zu empfinden (ebd.). Der Umgang mit älteren Menschen ist eine

gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die dringend geklärt werden sollte. Henking (2021, S. 71) empfindet insbesondere vor dem Hintergrund die Suizidprävention durch Verbote zu verhindern als fragwürdig. Sie beschreibt, dass aufsuchende Sterbehilfevereine in Pflegeheimen zwar Missbehagen auslösen, das Recht auf Selbstbestimmung aber auch Bewohnern in Pflegeheimen nicht verwehrt werden darf (Henking, 2021, S. 71). Sterbehilfeorganisationen sollten daher unter strenger Aufsicht durch staatliche Kontrolle als Option in Erwägung gezogen werden (ebd.).

Wie bereits ausführlich dargestellt, schränken die Vorschriften des Betäubungsmittelrechts das Recht auf selbstbestimmtes Sterben stark ein. Insbesondere liegt die Begründung diese Einschränkung im Schutz für alte, kranke oder verzweifelte Menschen (Gassner & Ruf, 2022, S. 489). Die dahinterstehende Intention zum „Schutz des Menschen vor sich selbst“ oder der „Schutzpflicht für ein Leben in Autonomie“ ist ein legitimer Zweck, den Erwerb von letal wirkenden Dosen Natrium-Pentobarbital zu beschränken (ebd.), was durch die zuvor beschriebenen Beweggründe durchaus plausibel erscheint. Dadurch, dass ein Suizid irreversibel ist, wird diesem Zweck eine große Gewichtung zugeschrieben (Gassner & Ruf, 2022, S. 489). Geht es um das Argument des Lebensschutzes, kann mit diesem Argument auch in die Gegenrichtung argumentiert werden. Wie sich in Oregon zeigt, scheint die reine Verfügbarkeit eines tödlich wirkenden Medikaments bereits präventiv zu wirken (siehe Kapitel 6.5). Paradoxiertweise kann das Wissen um die Möglichkeit eines Zugangs zu einem sicheren, schmerzfreien und tödlichen Medikament neuen Lebensmut geben (Gassner & Ruf, 2022, S. 489). „Der Tod darf nicht der schnelle Ausweg sein, wenn es darum geht, Alte, Kranke und Schwache zu pflegen oder des Lebens müde Menschen zu begleiten“ (Brems, 2022, S. 511).

8.3 Suizidwunsch und Demenz

Soll die Thematik in ihrer Komplexität vertieft werden, so kann der Sterbewunsch bei Menschen mit Demenzerkrankungen angeführt werden. Eine Demenzerkrankung führt zu einem Verlust der geistigen Fähigkeit und zu einem Verlust der Fähigkeit, das eigene Leben selbstständig zu führen (Riese, 2022, S. 163). Bereits bei ersten Krankheitssymptomen im kognitiven und emotionalen Bereich, die zu Konflikten innerhalb der Familie führen, kann der assistierte Suizid bereits eine subjektive Handlungsoption werden (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 60). Die zunehmende Beeinträchtigung und das Voranschreiten der Demenz können das Verständnis eines sinnerfüllten Lebens der betroffenen Personen derart beeinflussen, dass die Befürchtung ausgelöst werden kann, die Familie vor dem weiteren Verlauf und einer zunehmenden Belastung schützen zu müssen (ebd.). Eine Demenzerkrankung kann in mehrere Stadien unterteilt werden. Im Frühstadium sind in den meisten Fällen eine eigenständige Alltagsführung und eine autonome Entscheidungsfindung möglich (Riese,

2022, S. 165). Mit einer fortschreitenden Demenz werden Alltagsaufgaben und Entscheidungsfindungen im immer höher werdenden Maße von anderen Personen unterstützt und begleitet (ebd.). Zum einen sind in dieser Phase die Symptome am stärksten ausgeprägt, zum anderen ist die Entscheidungsfähigkeit besonders stark beeinträchtigt oder aufgehoben (Riese, 2022, S. 166). Eine Behandlung einer Demenz im Endstadium orientiert sich im palliativmedizinischen Sektor am Wohlbefinden der an Demenz erkrankten Person (ebd.). In jedem Stadium der Demenzerkrankung kann der Sterbewunsch auftreten (ebd.). In der Debatte um den assistierten Suizid geht es häufig um das fortgeschrittene Stadium der Demenz (ebd.). Auch wenn in dieser Phase der Suizidwunsch endgültig erscheint, so appelliert der Deutsche Ethikrat an die Verantwortung der Angehörigen, die über Interventionsmöglichkeiten und dessen Grenzen differenziert aufklären sollen (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 61). Ab einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf einer Demenz ist davon auszugehen, dass die Urteilsfähigkeit derart eingeschränkt ist und nicht mehr zurückerhalten werden kann (Riese, 2022, S. 166). Vor dem Hintergrund ist auch die Freiverantwortlichkeit infrage zu stellen. Eine freiverantwortlich getroffene Entscheidung wird in einem fortgeschrittenen Stadium einer Demenz ausgeschlossen (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 86). Weniger eindeutig ist die Beurteilung im beginnenden Stadium einer Demenz. Ab wann sich die Krankheit in erheblichem Maße auf die Selbstbestimmung auswirkt, denn leichte Defizite im Kurzzeitgedächtnis oder Wortfindungsstörungen stellen die Freiverantwortlichkeit nicht infrage (ebd.). Eine regelmäßige Überprüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit ist erforderlich, da sich kognitive Einschränkungen meist langsam entwickeln und der Zeitpunkt des völligen Verlustes daher ermittelt werden muss (Schumann, 2020, S. 39). Riese (2022, S. 167) bezieht sich hierbei auf die Ereignisse in den Niederlanden. In den Niederlanden erfolgt die Feststellung der Urteilsfähigkeit durch gesetzliche Vorgaben. Hierbei ist aber auch nicht zu verschweigen, dass selbst gesetzliche Vorgaben keine Garantie für eine einheitliche Feststellung der Urteilsfähigkeit sind, denn in den Niederlanden besteht trotz dessen nicht immer Einigkeit zwischen den Ärzten (ebd.).

8.4 Vorsorge im Alter

Fraglich ist entsprechend, wie das Recht auf Selbstbestimmung aufrechterhalten werden kann. Eine Möglichkeit ist die Vorsorge durch die sogenannte Patientenverfügung, um die es im Folgenden geht. Falls ein Mensch in einer erforderlichen Situation seinen Willen nicht mehr selbst ausdrücken kann, kann auf die sogenannte Patientenverfügung zurückgegriffen werden (Hein, 2022, S. 44). Diese beinhaltet die Willensbekundung des (damals) noch einwilligungsfähigen Menschen und regelt Bestimmungen hinsichtlich einer medizinischen Behandlung (ebd.). Ziel dieser Patientenverfügung ist die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts eines Menschen in Bezug auf die Mitwirkung und den Umfang einer medizinischen Behandlung

(ebd.). Wenn beispielsweise aufgrund einer Demenz der eigene Wille nicht mehr geäußert werden kann, stellt sich die Frage, wie das Selbstbestimmungsrecht aufrechterhalten werden kann. Wie kann unter den Umständen dann der eigene Wille insbesondere bei der Durchführung von medizinischen Maßnahmen oder dessen Unterlassen geregelt werden? Die Patientenverfügung hat im Übrigen in den USA ihren Ursprung. Im Jahre 1976 entstand die Right-to-die-Bewegung, die später auch nach Deutschland übergang (Jox, 2014, S. 20). Anlass für die Gründung waren die Schwierigkeiten rund um das Thema Sterbehilfe in den USA, insbesondere im Fall einer amerikanischen Komapatientin, deren maschinelle Beatmung aufgrund einer Entscheidung des höchsten Gerichtshofes abgestellt wurde (ebd.). Erste Ansätze der Patientenverfügung entwickelten sich aufgrund dessen bereits vier Jahre später in Deutschland (ebd.). Im Jahre 2003 ist in Deutschland die Verabschiedung eines Patientenverfügungsgesetzes in den Fokus gerückt, welches dann nach einer langen und kritischen Auseinandersetzung im Jahre 2009 in Kraft trat (Hein, 2022, S. 14). Gesetzlich verankert ist die Patientenverfügung in § 1901 a BGB. Der Wille des Patienten ist „unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung zu beachten, sodass sich der Patient nicht notwendigerweise bereits im Sterbeprozess befinden musste“ (Hein, 2022, S. 14). Doch kann der Sterbewunsch in einer Patientenverfügung zu einem assistierten Suizid führen? An die hohen Anforderungen zur Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit knüpfen zwei Folgeprobleme (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 96). Zum einen ist der weitere Handlungsverlauf zu klären, wenn das Maß an Selbstbestimmung zum Zeitpunkt des Suizidwunsches nicht erreicht ist. Zum anderen ist die Möglichkeit und Wirkung einer Vorausverfügung einer suizidwilligen Person zu prüfen (ebd.). Durch ein sogenanntes „vorausverfügtes Suizidbegehren“ kann eine Person im Vorfeld bei hinreichender Selbstbestimmungsfähigkeit um einen möglichen späteren Suizid um Hilfe bitten, wenn sie nicht mehr freiverantwortlich handeln kann (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 96 f.). Dieser Gedanke wird im Deutschen Ethikrat jedoch unterschiedlich beurteilt. Einerseits wird argumentiert, dass ein vorausgefügtes Suizidbegehren eine Suizidassistenz grundsätzlich ausschließt, da der freiverantwortliche Vollzug des Suizids eine Grundvoraussetzung darstellt (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 18). Andererseits ist der Schutz der Autonomie geboten, womit das Suizidbegehren akzeptiert werden muss (ebd.). „Allerdings müsste die betroffene Person dafür im Zustand nicht hinreichender Selbstbestimmungsfähigkeit erneut beständig und dauerhaft Suizidassistenz verlangen, was aufgrund der sehr unsteten „natürlichen Willensbekundungen“ nur selten geboten sein dürfte“ (Deutscher Ethikrat, 2022, S. 18). Dies scheint nach den aktuellen Erkenntnissen ein unlösbarer Konflikt zu sein.

8.5 Zwischenfazit

Zusammenfassend kann bis hierhin festgehalten werden, dass unterschiedliche Beweggründe für ein Suizidbegehren zugrunde liegen. Diese sind sowohl intrinsischer als auch durch äußere Umstände extrinsischer Natur. Daher muss die Selbstbestimmungsfähigkeit genau überprüft werden und im Verlauf einer Demenzerkrankung regelmäßig festgestellt werden. Der eigene Wille und die Selbstbestimmung wurden durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 deutlich gestärkt. Die Grenze des Selbstbestimmungsrechts sind jedoch dort zu ziehen, wo die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht mehr festzustellen ist. Die Möglichkeit einer Vorausverfügung wird diskutiert, da sie ähnlich zu einer Patientenverfügung den Willen einer Person aufrechterhalten kann. Allerdings zeigt sich, dass die Grenze des Selbstbestimmungsrechts an dem Punkt gezogen wird, an dem der Suizidwillige nicht mehr freiverantwortlich den Suizid selbst vornehmen kann. Insbesondere sind auch hier die Grenzen zu ziehen, wenn die rechtlichen Bestimmungen des Selbstbestimmungsrechts des Arztes gegenüberstehen, denn Ärzte sind auch dann nicht verpflichtet, Suizidbeihilfe zu leisten (Hein, 2022, S. 47).

9 Suizidprävention in der letzten Lebensphase

„[P]sychosoziale Flexibilität und Stabilität, Frustrationstoleranz und Optimismus gegenüber dem Alter sowie eine sozial gelebte Religiosität und Spiritualität“ können Suizide im Alter vorbeugen (Lindner, 2019, S. 7). „Statt ihnen zum Suizid zu verhelfen, müssen solche vulnerablen Personen die Hilfsangebote und Therapien – Hilfe zum Leben – nahegelegt oder vermittelt werden“ (de Ridder, 2021, S. 106). Empirische Studien zeigen nämlich auf, dass Suizidalität im Alter wechselhaft sein kann und stark abhängig von beziehungsvermittelnden Faktoren ist (Lindner, 2019, S. 7). „Nicht zu vergessen sind auch die Fälle des sog. „Appellsuizids“, in denen in dem vordergründigen Suizidwunsch des Patienten ein unterschwelliger Hilferuf nach intensiver menschlicher Zuwendung und ärztlichem Beistand steckt. In diesen Fällen fehlt es an einem ernstzunehmenden Suizidwillen überhaupt“ (Gavela, S. 19). Hier kann auf Lindner (2019, S. 7) hingewiesen werden. Er beschreibt Suizidalität im Alter daher auch als Wunsch nach Kommunikation und Beziehungen (ebd.). Er plädiert für eine angemessene ärztliche Behandlung in der Palliativmedizin und eine Psychotherapie als zentrale Wirkfaktoren der Suizidprävention, denn „[v]ertrauensvolle Beziehungen binden gerade in dieser Situation an das Leben“ (ebd.). Flächendeckende und niedrigschwellige Gesprächs- und Beratungsangebote müssen vulnerablen Gruppen daher zur Verfügung stehen, damit diese auch offen über ihre Lebensmüdigkeit und den sich daraus resultierenden Sterbewunsch sprechen können (Schwermann, 2022, S. 270). Im Rahmen einer palliativmedizinischen Begleitung kann die Lebensqualität der sterbewilligen Menschen nachhaltig verbessert werden und sie kann einen angemessenen Rahmen für Trauer und

Abschied bieten (Stühling, 2013, S. 58). Dies eröffnet alten Menschen ein selbstbestimmtes Leben, das auch ohne einen Suizid unter der Beachtung der Menschenwürde zu Ende gehen kann (ebd.). Hospize und Palliativmedizin lehnen die Sterbehilfe daher ab (ebd.).

Der Umgang mit Suizidwünschen ist eine Herausforderung für Ärzte. In diesem Fall soll eine Beziehung zwischen dem Arzt und dem Suizidwilligen entstehen, damit den Patienten aufgezeigt wird, dass ihre Wünsche respektiert und geachtet werden (Sahm, 2022, S. 447). Daher ist eine professionelle Palliativversorgung eine wichtige Hilfestellung. Es zeigt sich, dass sich bei einer kompetenten Begleitung der Sterbewunsch in den meisten Fällen wieder auflöst (Sahm, 2022, S. 447). Stiller (2020, S. 266) vergleicht die Einwohnerzahlen mit dem Anteil der Personen über 65 Jahren mit den in Deutschland zur Verfügung stehenden Palliativversorgung. Dabei stellt sie fest, dass eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung fehlt (ebd.). Hier weist Stiller (2020, S. 266) auch auf die pflegenden Angehörigen hin, die vor dem Hintergrund einen großen Teil der Pflege leisten und vor einer großen finanziellen Belastung stehen. Aufgrund dieser Tatsache plädiert Stiller (2020, S. 267) für einen Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung, sodass auf professioneller Ebene die letzte Lebensphase begleitet werden kann. Die Hauptgründe für den Sterbewunsch (die bereits ausführlich erörtert wurden) können allein durch den Ausbau der Palliativversorgung wegfallen: „Diese Maßnahmen gepaart mit einer umfassenden Aufklärung über palliativmedizinische Möglichkeiten würden dem Wunsch nach Sterbehilfe und Suizid vorbeugen und dadurch gleichzeitig auch die vermehrte Inanspruchnahme von Suizidhelfern (...) verhindern“ (Stiller, 2020, S. 267).

Der aktuelle fraktionsübergreifende Gruppenantrag spricht sich ebenfalls für die Stärkung der Suizidprävention aus (Deutscher Bundestag, 2022 b, S. 1 ff.). Suizidgedanken sollen durch Aufklärungsarbeit entstigmatisiert und enttabuisiert werden (Deutscher Bundestag, 2022 b, S. 3). Zudem sollen die Lebensbedingungen verbessert werden durch die Bekämpfung von Armut und Maßnahmen gegen Vereinsamung (ebd.). Anhand dieses Beispiels zeigt sich, dass die Beweggründe von Suizidwilligen (hier: finanzielle Belastung und Vereinsamung) erkannt werden und in die Entwicklung eines neuen Gesetzes aufgenommen werden sollten. Wenn Suizidhilfeangebote leichter zugänglich wären als gute Pflege im Alter, eine psychosoziale Beratung und Hilfe leichter zugänglich als eine palliative Versorgung, dann würde eine Schieflage entstehen (Deutscher Bundestag, 2022 b, S. 2). Daher wird im neuen Entwurf auf den Ausbau einer „altersbezogene Unterstützung für suizidgefährdete Menschen“ plädiert (ebd.). Ausdrücklich wird dabei auf die Sicherstellung eines niedrighwelligen Beratungs- und Unterstützungsangebot im ländlichen Bereich verwiesen (Deutscher Bundestag, 2022 b, S. 4).

De Ridder (2021, S. 105 f.) beschreibt, dass ein neues Schutzkonzept für vulnerable Gruppen aus ergänzenden und staatlich installierten Regelungen für den assistierten Suizid entstehen muss. Zum Schutz gehört einerseits, auch diejenigen zu schützen, die nicht freiverantwortlich handeln und somit vor übereilten Entscheidungen geschützt werden müssen, andererseits gehört zum Schutz auch das Recht auf Suizid zu ermöglichen (ebd.). Denn auch bei einer bestmöglichen Versorgung und Begleitung wird es Menschen geben, die unerträglich leiden und weiterhin ihren Sterbewillen aufrechterhalten (Brems, 2022, S. 511). Der Sterbewunsch muss in dem Fall gewürdigt und ernstgenommen werden (ebd.).

Wie bisher ausgearbeitet, wird die Debatte um den assistierten Suizid von zwei Polen maßgeblich bestimmt. Es stehen „Selbstbestimmung“ und „Lebensschutz“ gegenüber. Geprägt ist der Diskurs auf der einen Seite von Befürwortern des assistierten Suizids, die einer uneingeschränkte Freiheit des Menschen, sich zu jedem Zeitpunkt das Leben nehmen zu können, zustimmen. Auf der anderen Seite warnen Gegenstimmen mit Dammbrechargumenten vor einer gesellschaftlichen Entsolidarisierung insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft. Es ist ein Umdenken gefordert, sowohl innerhalb der Gesellschaft als auch bei alten Menschen selbst (Schaller, Teising, Lindner & Wächtler, 2014, S. 55).

Im Rahmen der Suizidprävention sollten gesellschaftlich-politische und ethisch-moralische Entwicklungen als primäre Suizidprävention berücksichtigt werden (Lewitzka, 2022, S. 1114). Dies führt dazu, dass ein gesellschaftlicher Wertewandel gestaltet werden kann (ebd.). Dieser muss erfolgen, um die Möglichkeit für jeden Menschen zu gestalten, damit jeder gleichberechtigt und anerkannt in einer Gemeinschaft leben kann (ebd.). Vor dem Hintergrund der Thematik um das Thema Sterbehilfe und assistierter Suizid sollte daher das Altwerden als würdevoller Abschluss zum Leben wahrgenommen werden und innerhalb der Gesellschaft thematisiert werden (Lewitzka, 2022, S. 1118). Das Altwerden darf gesellschaftlich nicht weiter tabuisiert werden und muss als letzter Lebensabschnitt wahrgenommen werden (ebd.). Nur so kann es gelingen, dass Menschen mit Suizidwillen davon Abstand gewinnen können oder solche Gedanken erst gar nicht entstehen. Durch die Möglichkeit der Suizidassistenz ist nun die Suizidprävention nochmals verstärkt und notwendig (Lewitzka, 2022, S. 1122).

10 Die Bedeutung für die Soziale Arbeit

Die Profession der Sozialen Arbeit verfolgt das Ziel, Menschen in ihrer Selbstbestimmung zu stärken und diese zu wahren (DVSG, 2020, o. S.). Die Soziale Arbeit hat die Verpflichtung, sich für das Einhalten der Menschenrechte einzusetzen, auch wenn es um das Thema Sterben und Suizid geht (Pußwald, Falkner & Gruber, 2022, S. 133). „Soziale Arbeit engagiert sich für eine Verbesserung des individuellen gesellschaftlichen Lebens“ (Alamdar-Niemann, 2022, S. 4). Wie bisher herausgestellt werden konnte, wurde durch das Urteil die Autonomie des Ein-

zelen gestärkt. Die Soziale Arbeit sollte darauf achten, dass weiterhin die Möglichkeit bestehen bleibt, den Zugang zu Beratungsangeboten sowie zur Palliativ- und Hospizversorgung zu schaffen (DVSG, 2020, o. S.). Der Lebenswille und die Lebensqualität soll aus Sicht der Sozialen Arbeit gestärkt werden und der Entscheidungsprozess im Dialog mit Angehörigen und professionell Begleitenden unterstützt werden (ebd.). Innerhalb des Begleitungsprozess stellt die Soziale Arbeit ein Teil eines multiprofessionellen Teams dar, welches Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten anbietet, berät und informiert (DVSG, 2020, o. S.). Die Soziale Arbeit kann sich mit ihrer Kompetenz in den Beratungsprozess einen zentralen Platz verschaffen (Pußwald et al., 2022, S. 133). Somit ergänzt sie die juristische und medizinische Beurteilung, in dem die Soziale Arbeit die Biografie der Suizidwilligen kennt und die Entscheidungsgrundlage sichtbar macht (Pußwald et al., 2022, S. 135). Dennoch wird es Suizidwillige geben, die nach allen Beratungsangeboten weiterhin an ihrem Suizidwunsch festhalten und von ihrem Recht auf selbstbestimmtes Sterben Gebrauch machen möchten. „Die Umsetzung des rechtlich geregelten assistierten Suizids zu akzeptieren ist eine, wenn auch letzte Option, die der berufsethischen Haltung Sozialer Arbeit entspricht“ (DVSG, 2020, o. S.). Für Suizidentschlossene sollte daher weiterhin die Soziale Arbeit begleitend und unterstützend agieren (Pußwald et al., 2022, S. 130). Die Soziale Arbeit wirft aber auch einen kritischen Blick auf Verfassungsnormen und Verfassungswirklichkeiten (Heinrich & Schomers, 2022, S. 8). Dabei wird festgestellt, dass eine „eklatante Differenz“ besteht und insbesondere die Menschen, die ihre Rechte aus verschiedenen Gründen nicht durchsetzen können, Unterstützung benötigen (ebd.). Für die Soziale Arbeit ergeben sich Handlungsbereiche, die von den bereits genannten Spannungsverhältnissen geprägt sind (Pußwald et al., 2022, S. 130). Selbstbestimmung und Fürsorge, die individuelle Entscheidung und das soziale Umfeld, Chancengleichheit und Isolation stehen sich gegenüber, sodass sich bei diesen auseinanderstrebenden Gegensätzen die Soziale Arbeit zu gegenseitigem Verständnis beitragen kann (Pußwald et al., 2022, S. 131). Insbesondere für die Bedürfnisse sterbender Menschen sollen professionell Handelnde der Sozialen Arbeit eintreten und sie vor Diskriminierung schützen (ebd.). Darüber hinaus wird der Sozialen Arbeit auch eine bedeutende Rolle für die Unterstützung von hinterbliebenen Angehörigen zugeschrieben, die jedoch an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt wird.

11 Fazit und Ausblick

Die Ausführungen haben gezeigt, dass der Gesetzgeber vor großen Schwierigkeiten steht, eine Regelung für alle Personengruppen, die Suizidbeihilfe wünschen, zu finden. Der Gesetzgeber steht in einem eindeutigen Spannungsverhältnis zwischen Autonomie und Lebensschutz. Insgesamt liegen nun drei Entwürfe vor, die als Gruppenantrag in den federführenden Rechtsschutz überwiesen wurde (Deutscher Bundestag, 2022 a, o. S.). Besonders

wichtig für eine neue Gesetzesregelung ist, dass das Recht schrankenlos besteht und somit der Mensch am Ende nicht entmündigt werden darf, damit er seinem individuellen und selbstbestimmten Entschluss zum Sterben verwirklichen kann (Irmen, 2022, S. 63). Eine Neuregelung muss berücksichtigen, dass in den meisten Fällen ein Suizid nicht freiverantwortlich erfolgt (Henking, 2021, S. 71). Daher müssen entsprechende Verfahrenssicherungen eingeführt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es insbesondere hochbetagten Personen möglich bleibt, die Verfahrenshürden zu überwinden (ebd.). Dass beispielsweise Gutachterlösungen oder das Aufsuchen von Beratungsstellen für diese Personengruppen unzumutbare Hürden sind, hat sich herauskristallisiert (ebd.). „Es bleibt daher ernsthaft zu überlegen, ob es gelingen kann, diese höchst intime, private und existenzielle Frage durch ein Gesetz, das allen Fallgruppen gerecht werden soll, zu regeln“ (Henking, 2021, S. 71). Das bedeutet auch, dass hohe Maßstäbe an die Prüfung zur Selbstbestimmung gestellt werden müssen, sodass die Prüfung nach genau definierten Anforderungen Unsicherheiten für Hilfeleistende aus dem Weg räumen (Frister, 2021, S. 12). Dass es keine einheitlichen Kriterien für die Feststellung von Selbstbestimmung und Freiverantwortlichkeit gibt und nicht feststeht, wer diese Prüfung vornehmen soll, hat diese Ausarbeitung gezeigt. In Bezugnahme auf die Fragestellung der Bachelor-Thesis ist festzustellen, dass es für Menschen im Alter eine Hürde ist, ihre Selbstbestimmung und Freiverantwortlichkeit darzulegen. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist dennoch nicht infrage zu stellen und darf keine ethische Reflexion durch Dritte dulden (Henking, 2021, S. 71). Ausschlaggebend ist, dass der Betroffene alle wichtigen Informationen erhält und auf dieser Grundlage freiverantwortlich entscheiden kann (ebd.). Der bisher ungesicherte Rechtsrahmen führt „insbesondere für diejenigen, die einen freiverantwortlichen Suizid als letzte, wohldurchdachte Option zur Beendigung ihres Leidens ersehen, [zu] sehr viel Unsicherheit“ (Schwermann, 2022, S. 272). Zukünftig soll daher eine umfassende Fürsorge und eine fachkundige interdisziplinäre ärztliche Beratung und Begleitung gesichert sein (Frister, 2021, S. 12 f.). Das Ziel der Suizidprävention sollte hohe Priorität haben, damit insbesondere nicht freiverantwortlichen Suizidwünschen entgegengewirkt werden kann (ebd.). Wie sich zeigte, muss der Suizidwunsch hinterfragt werden. Es muss identifiziert werden, ob äußere Umstände nicht doch einen vermeintlichen selbstbestimmten Suizidwunsch beeinflussen. Der Kampf um die Freiheit im Alter selbstbestimmt zu sterben kann gleichzeitig auch die eigene Erkenntnis darüber sein, ob es wirklich eine freiheitliche Entscheidung ist. Diese Feststellung von außen kann nur erfolgen, wenn ein einheitliches und transparentes Verfahren entwickelt wird, um die Selbstbestimmung und die autonome Willensentscheidung zu sichern (Frister, 2021, S. 12 f.). Autonome Entscheidungen müssen dann uneingeschränkt respektiert werden und ergebnisoffen begleitet werden (ebd.).

Das Betäubungsmittelgesetz muss es Ärzten ermöglichen, Barbiturate verschreiben zu dürfen, ohne dass sich Ärzte dadurch in Gefahr bringen, gegen das Betäubungsmittelgesetz zu

verstoßen (Irmen, 2022, S. 61). Hinzu kommt, dass die für einen Suizid geeigneten Medikamente aus politischen Gründen derzeit in den deutschen Apotheken nicht zur Verfügung steht (Zeeh, 2022, S. 53). Aber nur mit diesen können insbesondere auch alte Menschen von ihrem Recht auf selbstbestimmtes Sterben Gebrauch machen, ohne auf aus Verzweiflung zu menschenunwürdigen Alternativen zugreifen. Hinzu kommt die unsichere medizinische Begleitung, da Ärzte den assistierten Suizid als „reguläres therapeutische[s] Instrument“ ablehnen (Zeeh, 2022, S. 53). Das bedeutet, dass erst einmal Ärzte gefunden werden müssen, die sich für einen ärztlich assistierten Suizid bereiterklären.

Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft bleibt trotz allem zu hoffen, dass viele alternde Menschen das Leben bejahen. Laut Elger und Grabherr (2018, S. 92) ist zu erwarten, dass die Zahlen derjenigen weiterhin steigen, die bewusst und autonom über ihr Lebensende entscheiden wollen. Insbesondere für Patienten mit einem anhaltenden und frei verantwortlichen Todeswunsch, trotz umfangreicher Aufklärung über Alternativen und Maßnahmen, ist der assistierte Suizid auch nach dem Urteil ohne gesetzliche Handlungsleitlinien und Neuregelung kaum möglich (Zeeh, 2022, S. 53). Daher ist es für Suizidwillige gerade deshalb ein Kampf, weil das Urteil ihnen gleichzeitig einerseits die Möglichkeit gibt, Hilfe von Dritten anzunehmen. Andererseits wird die Umsetzung derart erschwert, da diese auch nach dem Urteil kaum möglich ist und eine Neuregelung noch immer auf sich warten lässt. Wie sich herausgestellt hat, ist es aber auch die Aufgabe der Gesellschaft Hilfe zum Leben anzubieten. Suizidwilligen im Alter sollten daher Alternativen wie zum Beispiel eine palliativmedizinische Begleitung ermöglicht werden, um ihnen Ängste und Sorgen zu nehmen. Dazu muss ein flächendeckender Ausbau der Palliativversorgung erfolgen. Sollte daraufhin der Sterbewunsch weiterhin ausdrücklich bestehen, ist diesem vor dem Hintergrund der Menschenwürde und dem Recht auf Selbstbestimmung zu begegnen und zu akzeptieren. Wie dies in der Realität aussehen wird, bleibt abzuwarten. Insgesamt scheint es weder eine juristische oder ärztliche Aufgabe noch eine ethische Begutachtung zu sein, das eigene Sterben und den eigenen Tod zu beurteilen. Jeder Mensch hat eine individuelle Auffassung von Lebensqualität und ein individuelles Empfinden, was Leid bedeutet. Somit sind die Beweggründe der Entscheidung der Sterbewilligen nur durch sie selbst zu beurteilen. Innerhalb der Gesellschaft muss ein Umdenken erfolgen, welches sich den Themen Sterben und Tod nähert. Den suizidwilligen alten Menschen muss Gehör verschafft werden, sodass diese nicht verstummen. Ihr Recht auf Selbstbestimmung muss weiterhin geachtet werden, sodass ihre Menschenwürde unantastbar bleibt. Dass die Soziale Arbeit hierbei eine bedeutsame Rolle spielt, wurde herausgearbeitet.

Zusammengefasst kann Folgendes festgehalten werden: „Am intimsten Punkt des Lebens, dem Sterben, wird hier die Notwendigkeit einer staatlich gesicherten »Autonomie« aufgerufen

– verbunden mit konkreten Handlungsanweisungen, die zugleich das Feld dessen strukturieren, was als »autonomes Sterben« (und damit auch: autonomes Leben) gilt“ (Graefe, 2007, S. 16). Durch eine neue Gesetzgebung wird das „Menschenbild unserer Gesellschaft“ im Wesentlichen mitbestimmt (Lewitzka, 2022, S. 1122). Im Diskurs um den assistierten Suizid werden neben den befürwortenden Argumenten und Gegenargumenten auch ganz grundlegende Fragen zu den Werten eines guten Lebens, zum eigenen Selbstverständnis, zur Existenz von Gesundheit und Krankheit und zum gesellschaftlichen Einfluss verhandelt. Daher gilt es nun endgültige und einheitliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Hürden vor der Inanspruchnahme eines assistierten Suizids abbauen. Nur so kann der Kampf um die Freiheit im Alter selbstbestimmt zu sterben enden, sodass zu Lebzeiten das Leben gelebt werden kann, ohne sich dem dauerhaften Gedanken über das selbstbestimmte Sterben zu widmen. „Denn letztlich geht es darum: Um Leben. Wir sterben nur an einem Tag. An all den anderen leben wir.“ (Weissbrodt, 2022, S. 4).

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Literaturverzeichnis

- Alamdar-Niemann, M. (2022). Demokratie und Soziale Arbeit – Beiträge zu einer gerechten und guten Zukunft – Eröffnungsvortrag. In M. Alamdar-Niemann, B. Schomers & M. Tacke (Hrsg.), *Demokratie und Soziale Arbeit. Sensibilisierung für die Wahrnehmung und Veränderung von Ungleichheiten in unserer Gesellschaft* (S. 3 – 6). Wiesbaden: Springer Nature.
- Amschl-Strablegg, D. (2022). Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen in Belgien. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 275 – 283). Berlin: Springer.
- Ärzteblatt (2022). *Ärztlich assistierte Selbsttötung: Onkologen fordern Rechtssicherheit*. Zugriff am 02.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=137070&s=Selbst%F6tung&s=assistierte&s=%C4rztlich>.
- Baumann, U. (2001). *Vom Recht auf den eigenen Tod*. Weimar: Böhlau.
- Baumann-Hölzle, R., Gregorowius, D. & Meiner-Allmendinger, D. (2022). Suizidbeihilfe und humane Sterbekultur. Acht Thesen und Forderungen mit Denkanstößen für die Psychiatrie. In J. Küchenhoff & M. Teising (Hrsg.), *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektive auf den assistierten Suizid* (S. 103 – 137). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Baust, G. (1988). *Sterben und Tod. Medizinische Aspekte*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Bielefeldt, H. (2022). Ein verengter und entleerter Autonomiebegriff. Anmerkungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts über Suizidassistenz. In J. Küchenhoff & M. Teising (Hrsg.), *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektive auf den assistierten Suizid* (S. 23 – 37). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Birnbacher, D. (2022). *Warum kein Anspruch auf Suizidassistenz?* Ethik Med 34, 161 – 176.
- Boehme-Neßler, V. (2020). *Das Grundrecht auf Suizid*. NVwZ, (14) 1012 - 1015. Zugriff am 05.11.2022. Verfügbar unter: <https://beck-online-beck-de.ezp.hs-duesseldorf.de/Dokument?vpath=bibdata/zeits/nvwz/2020/cont/nvwz.2020.1012.1.htm&pos=1&hlwors=on&lasthit=True>.

- Borasio, G. D., Jox, R. J., Taupitz, J. & Wiesing, U. (2020). *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids* (2., erweiterte und überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bosshard, G. (2017). Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, empirische Befunden. In G. D. Borasio, R. J. Jox, J. Taupitz & U. Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfegesetz* (S. 29 - 40) Heidelberg: Springer.
- Brems, M. (2022). Man braucht zwei Augen, um dreidimensional gucken zu können. Über die Komplexität des Themas „Assistierter Suizid“. *Wege zum Menschen*, 74 (6), 501 – 511.
- Britzke, S. (2019). *§ 217 StGB im Lichte des strafrechtlichen Rechtsgutskonzeptes. Legitimität und Auslegung der Norm. Studien zum Strafrecht* (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Bundesärztekammer (2017). Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 114 (7), 334 – 336.
- Bundesgesetzblatt (2015). Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Vom 3. Dezember 2015. *Bundesgesetzblatt*, 1 (49), 2177.
- Bundesverfassungsgericht (2020). *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -*, Rn. 1 – 343. Zugriff am 23.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226_2bvr234715.html.
- Bundesverwaltungsgericht (2017). *Urteil vom 02.03.2017 – BverwG 3 C 19.15*. Zugriff am 07.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.bverwg.de/020317U3C19.15.0>.
- Deutscher Bundestag (2015). *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung*. Drucksache 18/5373. Berlin: Bundesanzeiger. Zugriff am 07.10.2022. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805373.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2022 a). Bundestag berät Initiativen zur Reform der Sterbehilfe in erster Lesung. Zugriff am 07.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw25-de-suizidhilfe-897826>.
- Deutscher Bundestag (2022 b). Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Drucksache 20/1121. Berlin: Bundesanzeiger. Zugriff am 07.11.2022. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/011/2001121.pdf>.

- Deutscher Ethikrat (2022). *Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- de Ridder, M. (2021). *Wer sterben will, muss sterben dürfen. Warum ich schwer kranken Menschen helfe, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden*. München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- de Ridder, M. & Ostgathe, C. (2017). Sind Suizid und Palliativmedizin miteinander vereinbar? In G. D. Borasio, R. J. Jox, J. Taupitz & U. Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz* (S. 95 – 102). Heidelberg: Springer.
- Di Fabio, U. (2017). *Erwerbserlaubnis letal wirkender Mittel zur Selbsttötung in existenziellen Notlagen. Rechtsgutachten zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017 – 3 C 19/15*. Zugriff am 07.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Presse/Rechtsgutachten.html?nn=933556>.
- DVSG (2020). *Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, BVerfG, Urteil des Zweiten Sentas vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15, Rn. (1 – 343)*. Zugriff am 12.11.2022. Verfügbar unter: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/DVSG-Stellungnahme-Assistierter-Suizid-2020-03.pdf.
- Elger, B. S. & Grabherr, S. (2018). Assistierter Suizid und Sterbehilfe in einer alternden Gesellschaft. Herausforderungen für die Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin*, 28 (2), 87–93.
- Erlemeier, N. (2011). *Suizidalität und Suizidprävention im hohen Lebensalter* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ernst, S. (2020). *Am Anfang und Ende des Lebens. Grundfragen medizinische Ethik*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Etzersdorfer, E. (2022). Anmerkungen zu den Fragen der Suizidbeihilfe: Gefahr einer Dehumanisierung? In J. Küchenhoff & M. Teising (Hrsg.), *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektive auf den assistierten Suizid* (S. 57 – 71). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Feichtner, A. (2020). Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen (EAS) in den Niederlanden. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 285 – 297). Berlin: Springer.
- Fricke, A. (2021). Ärztetag hebt Verbot der Suizidbeihilfe auf. Berufsrecht beim DÄT. *ÄrzteZeitung*. Zugriff am 06.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Kongresse/Suizidassistenz-Aerzteparlament-wagt-sich-in-ethisches-Neuland-vor-419394.html?bPrint=true>.
- Friesenecker, B. & Stadlinger, J. (2022). Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende. *Anästhesie Nachrichten*, 4, 216 – 217.
- Frister, H. (2021). „Sie ist, wenngleich letzter, Ausdruck von Würde“ Bedeutung und Auswirkungen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Nichtigkeit des § 217 StGB für die Palliativ- und Hospizversorgung. *Hospiz-Dialog NRW*, 87, 11 – 13.
- Ganzini, L. (2017). Legalized Physician Assisted Death in Oregon – Eighteen Years' Experience. In G. D. Borasio, R. J. Jox, J. Taupitz & U. Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfegesetz* (S. 7 – 20). Heidelberg: Springer.
- Gärditz, K. F. (2022). Kein Anspruch auf Erwerbsgenehmigung von Betäubungsmitteln zum Suizid. *Medizinrecht*, 40, 505 – 512.
- Gassner, U. M. & Ruf, S. (2020). Selbstbestimmtes Sterben qua Betäubungsmittelrecht. *GesundheitsRecht*, 8, 485 – 494.
- Gavela, K. (2013). *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Glasenapp, J. & Teismann, T. (2022). Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Ein Diskussionsbeitrag zum Thema selbstbestimmtes Sterben und Suizid. *Psychotherapeutenjournal*, 21 (1), 5 – 11.
- Graefe, S. (2007). *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Greiter, I. W. (2021). *Recht auf Sterben. Recht auf Leben. Was das neue Gesetz zur Sterbehilfe regeln muss*. Innsbruck-Wien: Tyrolia.

- Haufe Online Redaktion (2022). *Suizid: Kein Anspruch auf ein konkretes tödliches Medikament*. Zugriff am 02.11.2022. Verfügbar unter: https://www.haufe.de/recht/weitere-rechtsgebiete/strafrecht-oeffentl-recht/suizid-kein-anspruch-auf-ein-konkretes-toedliches-medikament_204_560814.html.
- Hein, K. A.-C. (2022). Selbstbestimmtes Sterben – Autonomie und Menschenwürde am Lebensende. In D. Matusiewicz & M. Cassen (Hrsg.), *ifgs Schriftreihe der FOM*, Band 36. Essen: MA Akademie Verlags- und Druck Gesellschaft mbH.
- Heinrich, H. & Schomers, B. (2022). Wo die Sprache fehlt, ist die Würde bedroht. In M. Alamdar-Niemann, B. Schomers & M. Tacke (Hrsg.), *Demokratie und Soziale Arbeit. Sensibilisierung für die Wahrnehmung und Veränderung von Ungleichheiten in unserer Gesellschaft* (S. 7 – 18). Wiesbaden: Springer Nature.
- Henking, T. (2021). Suizid und Suizidhilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65 (1) 67 – 73.
- Irmen, M. E. (2022). *Assistierter Suizid – Assistenz als ärztliche Aufgabe. Rechtsfragen nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020*. Weimar: Springer Nature.
- Jagsch, C. (2022). Alterssuizid und seine Grundlagen. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 47 – 51). Berlin: Springer.
- Jox, R. J. (2014). *Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens*. Hamburg: edition Körber-Stiftung.
- Jox, R. J. (2018). Aktuelle Herausforderungen der Ethik am Lebensende. *Ethik Med*, 30, 1 – 4.
- Kovacevic, A. & Bartsch, C. (2017). Suizidbeihilfe in der Schweiz. *Sozialpolitik.ch*, 1 (1), 1 – 11.
- Kubiciel, M. (2010). *Zur Strafbarkeit des Abbruchs künstlicher Ernährung. BGH, Urt. V. 25.06.2010 – 2 StR 454/09*. Zugriff am 06.11.2022. Verfügbar unter https://www.zjs-online.com/dat/artikel/2010_5_382.pdf.
- Kummer, S. (2015). Ex in the City. In T. S. Hoffmann & M. Knaup (Hrsg.), *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*. Wiesbaden: Springer.

- Laux, J., Nahrman, J. & Parzeller, M. (2018). Ärztliche Sterbehilfe in der strafrechtlichen Praxis. Ein Überblick. *Rechtsmedizin*, 28 (2), 112–122.
- Lewitzka, U. (2022). Suizidprävention im Kontext des assistierten Suizids. *Der Nervenarzt*, 93 (11), S. 1112 – 1124.
- Lindner, J. F. (2020). Das Recht der Sterbehilfe nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. *Bonner Rechtsjournal*, 2, 77 – 81.
- Lindner, R. (2019). Wenn alte Menschen sterben wollen. Altersmedizinische Hilfe statt assistierter Suizid. *Ethikforum, Geriatrie-Report*, 14 (3), 6 – 10.
- Mathis, G. (2022). Behilfe zur Selbsttötung aus ärztlicher Sicht. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 89 – 94). Berlin: Springer.
- Nakamichi, Y. (2017). Grenzen der Gesetzgebung im Kontext des § 217 StGB. Darf man die Beteiligung am Suizid nicht bestrafen? *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 12 (6), 324 – 330.
- Nauck, F. & Simon, A. (2021). Der assistierte Suizid – Reflexionen nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil. *Forum*, 36 (2), 150–154.
- Nef, U. (2021). Die juristischen und politischen Rahmenbedingungen des assistierten Suizids. In A. Böhning (Hrsg.), *Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 89 – 116). Bern: Hogrefe.
- Oduncu, F. S. (2007). *In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Peuten, S. (2018). *Die Patientenverfügung – über den Selbstbestimmungsdiskurs am Lebenden*. Münster: Waxmann.
- Pharmazeutische Zeitung (2021). *Medikamente zur Sterbehilfe ab 2022 aus der Apotheke*. *Pharmazeutische Zeitung. Die Zeitschrift für Deutsche Apotheke*. Zugriff am 05.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/medikamente-zur-sterbehilfe-ab-2022-aus-der-apotheke-130314/>.

- Pressemitteilung Bundesverfassungsgericht (2020). Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig. Pressemitteilung Nr. 12/2022 vom 26.02.2020. Zugriff am 03.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>.
- Pußwald, B., Falkner, A. & Gruber, W. (2022). Suizidberatung heißt Lebensberatung – Eine Standortbestimmung zum assistierten Suizid für die Soziale Arbeit. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 129 – 139). Berlin: Springer.
- Riese, F. (2022). Sterbewunsch bei Demenz. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 163 – 171). Berlin: Springer.
- Ruhwinkel, B. (2021). Alt und lebensmüde? Suizidalität im Alter. In A. Böhning (Hrsg.), *Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 117 – 137). Bern: Hogrefe.
- Sahm, S. (2020). Ärztlich assistierter Suizid. Medizinische Ethik und suizidales Begehren. *Onkologe*, 26 (5), S. 443 – 448.
- Saß, H. & Cording, C. (2022). Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. *Der Nervenarzt*, 93, 1150 – 1155.
- Schaller, S., Teising, M., Lindner, R. & Wächtler, C. (2014). Erklärungsansätze. In R. Linder, D. Hery, S. Schaller, B. Schneider & U. Sperling (Hrsg.), *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe »Alte Menschen« im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland* (S. 47 – 56). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schöne-Seifert, B. (2020). *Beim Sterben helfen – dürfen wird das?* Berlin: J. B. Metzler.
- Schumann, S. (2020). *Selbstbestimmung älterer Menschen. Lehrbuch zur praktischen Umsetzung des umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Band 2* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schürmann, N. (2022). Endlich leben – Podiumsdiskussion zum ärztlich assistierten Suizid. Rückschau auf den Deutschen Schmerz- und Palliativtag 2022. *Schmerzmedizin*, 38 (4), S. 38 – 39.

- Schwermann, M. (2022). Suizidassistentz in Deutschland. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 269 – 274). Berlin: Springer.
- Spieß, H. (2020). Beihilfe zum Suizid oder ärztliche Sterbehilfe? *Psychiat Prax*, 47, 411 – 413.
- Statista (2021). Sterbefälle in Deutschland bis 2021. Zugriff am 27.09.2022. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/>.
- Statista Research Department (2022). Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen bis 2020. Zugriff am 27.09.2022. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318378/umfrage/anzahl-der-suizide-in-deutschland-im-vergleich-zu-ausgewaehlten-todesursachen/>.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022). Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen. Zugriff am 27.09.2022. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>.
- Stiller, L. (2020). *Sterbehilfe und assistierter Suizid. Zur Bedeutung des Patientenwillens für die Rechtfertigung von Sterbehilfe und Suizidassistentz*. Baden-Baden: Nomos.
- Stühling, K. (2013). *Suizidalität im Alter. Lebensmüde in Zeiten des demographischen Wandels*. München: AVM.
- Teising, M. (2022). Zur Entstehungsgeschichte der Diskussion um den assistierten Suizid. In J. Küchenhoff & M. Teising (Hrsg.), *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektive auf den assistierten Suizid* (S. 13 – 21). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Vollmann, J. (2008). *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wassiliwizky, M., Gerlinger, G., Domschke, K., Reif, A., Bader, F. & Pollmächer, T. (2022). Der assistierte Suizid. Einstellungen und Erfahrungen der Mitglieder der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 93, 1134 – 1142.
- Watzke, H. & Daniczek, T. (2022). Death with Dignity Act – Oregon, USA. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 321 – 331). Berlin: Springer.

- Weber, K. (2022). Das Sterbeverfügungsgesetz: Der Ministerialentwurf. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 11 – 18). Berlin: Springer.
- Weissbrodt, A. J. (2022). *Etwas Besseres als den Tod – Aktuelle Regelung der Suizidbeihilfe und ihre Auswirkungen auf die Ärzteschaft*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Weixler, D. (2022). Leben und Sterben palliativer Patienten in Österreich. Versorgungskonzepte, assistierter ärztlicher Suizid, Sterbehilfe? *Schmerzmedizin*, 38 (4), 22 – 25.
- Wils, J-P. (2020). Der Suizid – eine «emanzipatorische Selbsttechnik»? *Thema im Fokus*, 146, S. 1 – 8.
- Woellert, K. & Schmiedebach, H-P. (2008). *Sterbehilfe*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Zeeh, J. (2022). Umgang mit Todeswünschen im Alter. Scheinbar Unansprechbares ansprechen. *MMW Fortschr Med*, 164 (4), S. 51 – 53.

Persönliche Erklärung

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

„Assistierter Suizid – Der Kampf um die Freiheit im Alter selbstbestimmt zu sterben“

selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autor*innen 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.

Willich, 06.12.2022



Veronika te Brake

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF