
BACHELORARBEIT

Frau
Lisanne Heuer

**Der Beschluss des Bundes-
verfassungsgerichts zum
§217 StGB und die Frage nach
einem selbstbestimmten Tod**

Mittweida, 2022

BACHELORARBEIT

Der Beschluss des Bundes- verfassungsgerichts zum §217 StGB und die Frage nach einem selbstbestimmten Tod

Autor:
Frau

Lisanne Heuer

Studiengang:
Allgemeine und Digitale Forensik

Seminargruppe:
FO18 w2-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. jur. Frank Czerner

Zweitprüfer:
Prof. Dr. rer. nat. Dirk Labudde

Einreichung:
Besigheim, 9. Oktober 2022

Verteidigung/Bewertung:
Mittweida, 2022

Faculty Applied Computer Sciences and
Biosciences

BACHELORTHESIS

The decision of the Federal Constitutional Court on §217 StGB and the question of a self-determined death

author:

Ms.

Lisanne Heuer

course of studies:

General and Digital Forensic Science

seminar group:

Fo18w2-B

first examiner:

Prof. Dr. jur. Frank Czerner

second examiner:

Prof. Dr. rer. nat. Dirk Labudde

submission:

Besigheim, 9. Oktober 2022

defence/ evaluation:
Mittweida, 2022

Bibliografische Beschreibung:

Heuer, Lisanne:

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zum §217 StGB und die Frage nach einem selbst bestimmten Tod. - 2022. - 5, 43, 0

Mittweida, Hochschule Mittweida, Fakultät Angewandte Computer- und Biowissenschaften, Bachelorarbeit, 2022

Referat:

Es handelt sich um das Urteil von Februar 2020 des Bundesverfassungsgericht zum §217 StGB. Weiterhin wird die Argumentation des Bundesverfassungsgerichts verfolgt und mögliche Konsequenzen sowie eine verfassungskonforme Neuregelung dargelegt.

Inhalt

Inhalt I

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Begriffliche Einordnung der Sterbehilfe	1
1.1 <i>Aktive Sterbehilfe</i>	3
1.2 <i>Passive Sterbehilfe</i>	3
1.3 <i>Indirekte Sterbehilfe</i>	3
2 Geschichte	5
3 Paragraf § 217 StGB	7
3.1 <i>Gesetzgebungsgeschichte</i>	7
3.2 <i>Inhaltlicher Überblick</i>	8
4 Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts	9
4.1 <i>Rechtliche Situation vor dem 26.02.2020</i>	10
4.1.1 <i>Passive Sterbehilfe</i>	11
4.1.2 <i>Indirekte Sterbehilfe [3]</i>	12
4.2 <i>Rechtliche Situation nach dem 26.02.2020</i>	15
5 Sterbehilfe in anderen europäischen Ländern	19
5.1 <i>Schweiz [5, S.27]</i>	20
5.2 <i>Niederlande</i>	20
5.3 <i>Belgien</i>	21
5.4 <i>Europäischer Vergleich</i>	22
6 Konsequenzen	26
6.1 <i>Ein Gesetzesvorschlag [14, S.31 ff.]</i>	28
6.1.1 <i>Begründung</i>	31

6.2	<i>Erwartbare mögliche Konsequenzen</i>	35
7	Fazit	41
7.1	<i>Stellungnahme</i>	42
Literatur		45
Selbstständigkeitserklärung		50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fürspruch für eine ärztliche Hilfstätigkeit beim Suizid [9]	10
Abbildung 2: Überlebenszeit in Abhängigkeit von der Veränderung der Opioiddosis [3, S.642].....	15
Abbildung 3: Regelung zur Sterbehilfe in Europa [20]	19
Abbildung 4: Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid pro 1000 Todesfälle [14, S.81]	25
Abbildung 5: Befürwortung eines selbst entschiedenen Todes [9]	26
Abbildung 6: Top 80 Länder weltweit in Hinsicht auf eine Palliativmedizinische- und Hospizversorgung weltweit [22].....	38
Abbildung 7: Top 80 Länder weltweit in Hinsicht auf das Personalwesen in der Palliativmedizin [22].....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der indirekten Sterbehilfe aus juristischer und medizinischer Sicht 2012.....	13
Tabelle 2: europäischer Ländervergleich zur Sterbehilfe.....	23

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BÄK	Bundesärztekammer
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
EGMR	europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	europäische Menschenrechtskonvention
GG	Grundgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
LÄK	Landesärztekammer
Nr.	Nummer
NS	Nationalsozialismus
StGB	Strafgesetzbuch
vgl.	vergleiche

1 Begriffliche Einordnung der Sterbehilfe

„Erstens, dass allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönliche Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen, und soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“ [16, Min. 33:00 ff.] Mit diesen Sätzen leitet Andreas Voßkuhle, Präsident des Bundesverfassungsgerichts und Vorsitzender des zweiten Senats, seine Begründung für die Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB ein. Das 2015 verabschiedete Gesetz wurde, nach 6 Klagen von Sterbehilfevereinen, Ärzten und Privatpersonen, vom Bundesverfassungsgericht am 26.02.2020 für nichtig erklärt. [16]

Im Folgenden wird das emotionale und kontroverse Thema Sterbehilfe angerissen. Es wird das Urteil des BVerfG erörtert, sowie ein möglicher Gesetzesvorschlag präsentiert und sich möglich ergebende Konsequenzen dargestellt.

Bevor sich in dieser Arbeit intensiv mit der Thematik der Sterbehilfe auseinandergesetzt wird, muss erst klargestellt werden, was unter dem Begriff „Sterbehilfe“ zu verstehen ist. Bei dem Begriff Sterbehilfe handelt es sich um „eine begriffliche Zusammenfassung für Handlungen, die von der Hilfe und Unterstützung im Sterben bis zur aktiven Tötung Sterbender oder Schwerstkranker reichen“ [18, S.21]. Dabei kann zwischen den Begriffen „Sterbehilfe“ und „Suizidhilfe“ aufgrund der Beteiligungsform Dritter unterschieden werden. Bei der „Suizidhilfe“ leisten Dritte Handlungen, welche nicht täterschaftlich sind, wohingegen bei der „Sterbehilfe“ die Schwelle der Täterschaft überschritten wird. Um terminologische Missverständnisse vorzubeugen, wird in dieser Arbeit der Begriff „Sterbehilfe“ als Oberbegriff für alle Handlungenformen, welche auf die Unterstützung einer freiwilligen Beendigung des Lebens abzielen, verwendet [18, S.17].

Dabei ist der freie Wille eines schwerkranken Menschen, sein Leben beenden zu wollen, elementar für die Sterbehilfe. Der Wortbestandteil „Hilfe“ in dem Begriff „Sterbehilfe“, impliziert bereits, dass eine Handlung nicht gegen den Willen des Patienten getätigt werden darf. [18, S.22]

Des Weiteren ist zwischen „Hilfe beim Sterben“ und „Hilfe zum Sterben“ zu unterscheiden. Während es sich bei „Hilfe zum Sterben“ um Handlungen handelt, die den Sterbeprozess einleiten, werden mit „Hilfe beim Sterben“ Handlungen bezeichnet, welche während des bereits eingesetzten Sterbevorgangs vollzogen werden. Sterbehilfe umfasst sowohl „Hilfe beim Sterben“, als auch „Hilfe zum Sterben“ [18, S.24].

Die auf die Sterbehilfe bezogenen Bezeichnungen „aktiv“, „passiv“ und „indirekt“ sind heute weit verbreitet, werden jedoch häufig missverstanden und sind teilweise irreführend [7, S.20].

In der globalen Terminologie werden die Formen der Sterbehilfe anders bezeichnet. Hier werden die Begriffe „Tötung auf Verlangen“, „Nichteinleitung bzw. Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen“ und „Symptomlinderung mit möglicherweise lebensverkürzender Wirkung“ [1, S.50] verwendet [1, S.50].

Für die passive und indirekte Sterbehilfe haben sich in internationalen Studien die Bezeichnungen: „non-treatment decisions (withhold/withdrawl of treatment) und „alleviation of pain and symptoms with possible life-shortening effect“ [1, S.40] etabliert. In Deutschland werden diese Begriffe von der Bundesärztekammer jedoch bewusst vermieden, da sie lebensverkürzende Maßnahmen benennen, welche nicht im Einklang mit dem Leitbild der Bundesärztekammer (BÄK) stehen [1, S.40].

Im Jahr 2006 hat sich der deutsche Ethikrat in der Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ [7, S.20] ebenfalls dafür ausgesprochen, andere terminologische Bezeichnungen zu verwenden. Er plädiert für die Verwendung von „Sterbebegleitung“, „Therapie am Lebensende“, „Sterbenlassen“, „Leidensminderung“, „Beihilfe zur Selbsttötung“ und „Tötung auf Verlangen“ [7, S.20].

- Unter „Sterbebegleitung“ versteht der Ethikrat „Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden“ [7, S.20]. Hierzu werden die körperliche Pflege, das Stillen von Hunger- und Durstgefühl, das Verringern von Atemnot, Ängsten oder Übelkeit verstanden, aber auch psychosoziale Aufgaben wie Zuwendung oder seelsorgerische Unterstützung. Da diese Maßnahmen rechtlich keine Relevanz haben, sind sie zwar nicht minderbedeutend, juristisch aber von geringerem Gewicht. [7, S.20]
- Unter „Therapien am Lebensende“ fällt die Definition der indirekten Sterbehilfe (vgl. 1.3) und alle weiteren palliativmedizinischen Maßnahmen (vgl. 1.2) [7, S.20].
- Außerdem definiert der Ethikrat die passive Sterbehilfe neu, und verwendet den Begriff „Sterbenlassen“ (vgl. 1.2) [7, S.20].
- Als „Leidensminderung“ versteht der deutsche Ethikrat die gängige Definition der indirekten Sterbehilfe (vgl. 1.3) [7, S.21].
- Weiterhin existiert die aktive Sterbehilfe, welche der deutsche Ethikrat als „Tötung auf Verlangen“ definiert (vgl. 1.1), wobei diese Bezeichnung auch im juristischen Sinn existiert und verwendet wird [7, S.20].

Die terminologische Ungenauigkeit wird durch diesen Vorschlag nicht restlos beseitigt. [7, S.20]. Trotz dieser vom Ethikrat vorgeschlagenen Definition herrscht bei Ärzten und Richtern immer noch Unsicherheit, welche zu großen Differenzen führt [1, S.40].

Im Folgenden werden die einzelnen Formen der Sterbehilfe noch einmal genauer definiert.

1.1 Aktive Sterbehilfe

Der Begriff der aktiven Sterbehilfe ist an den international gebräuchlichen Begriff der Euthanasie angelehnt [2, S.276]. Man versteht darunter das absichtliche Beenden eines Lebens, auf Wunsch der betroffenen Person [3, S.640]. Rechtswissenschaftlich wird auch die Bezeichnung „Tötung auf Verlangen“ verwendet, dies ist auch die vorgeschlagene Begriffsdefinition des Ethikrats aus dem Jahr 2006 [7, S.20].

Empirische Studien haben belegt, dass die meisten deutschen Ärzte die aktive Sterbehilfe ablehnen, wobei gleichzeitig große Unsicherheit und Schwankungen in der Bewertung herrschen, wie die ärztliche Entscheidung am Lebensende aussehen soll [1, S.40]. Entscheidend in der Theorie ist, wem die Herrschaftsgewalt des Todes obliegt. Liegt sie in der Hand Dritter, d.h. eine dritte Person führt die todbringende Handlung aus, handelt es sich um aktive Sterbehilfe [14, S.18]. Diese ist im deutschen Strafrecht unter dem § 216 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar [24]. Führt der Sterbewillige die Handlung selbst aus, handelt es sich um eine straflose Selbsttötung [14, S.18].

1.2 Passive Sterbehilfe

Wie bereits oben (vgl. 1) erwähnt, wird passive Sterbehilfe als „[...] Nichtaufnahme lebensverlängernder oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen“ [3, S.640] definiert. Dies entspricht dem Begriff des „Therapieverzichts“ [1]. Wichtig ist, dass diese Maßnahmen, also der Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen, auf Wunsch des Patienten stattfindet [3, S.640]. In einer Patientenverfügung kann der Betroffene im Vorfeld sein Veto gegen palliativmedizinische Maßnahmen einlegen, welches für den Arzt bindend ist [14, S.16, 41].

In der Palliativmedizin soll Betroffenen unerträgliche Schmerzen, aussichtsloses Leiden und ein möglichst weitgehender Verlust der Würde genommen werden. Sie umfasst die Lehre und Behandlung von Patienten, die an einer unheilbaren weit fortgeschrittenen und noch weiter fortschreitenden Erkrankung leiden. Durch eine sehr begrenzte Lebenserwartung steht die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund [2, S.280].

1.3 Indirekte Sterbehilfe

Die Bundesärztekammer hat sich 2011 in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ [19] zur indirekten Sterbehilfe wie folgt geäußert: „Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die

Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingt unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.“ [19].

Der deutsche Ethikrat wählt eine ähnliche Formulierung. Er versteht unter der indirekten Sterbehilfe eine Linderung von Schmerzen, die möglicherweise eine lebensverkürzende Wirkung zu Folge hat, [7, S.21 & S.39] d.h. man kann diese Schmerzlinderung auch als Maßnahme sehen, die evtl. den Eintritt des Todes beschleunigt [2, S.277].

Dies stimmt mit der international verwendeten Terminologie der „Symptomlinderung mit möglicherweise lebensverkürzender Wirkung“ [1, S.50] überein [1, S.50].

2 Geschichte

Der Begriff Euthanasie, von dem sich in dieser Arbeit distanziert wird, hat seinen Ursprung in der griechischen Sprache und bedeutet so viel wie „guter“ oder „sanfter Tod“. Im Laufe der menschlichen Geschichte wurde diese Bedeutung erstmals 400 Jahre nach Christus dokumentiert, da im Sinne der christlichen Nächstenliebe das Wohl von todkranken Patienten, welche in Hospitälern bis zu ihrem Tod gepflegt wurden, höchste Priorität hatte [6, S.3].

Dies ändert sich zur Antike und im späten Mittelalter. Hier wurden Patienten ohne Aussicht auf Genesung eine Behandlung verweigert. Die Maßnahmen reichten so weit, dass es in manchen Fällen zu einer gesellschaftlichen Ausgrenzung kam. Erstmals im 16. Jahrhundert wurden Fälle nachweislich bekannt, bei denen der Tod bei Patienten absichtlich herbeigeführt wurde, um den Todkranken das Sterben zu erleichtern [54, S.29].

Im 19. Jahrhundert stellte Darwin die Theorie des Sozialdarwinismus auf. Bei diesem Konzept ging es ursprünglich darum, dass sämtliche Lebewesen sich immer weiter anpassen, umso besser überleben zu können und sich fortzupflanzen. Nach Darwins Beobachtung entwickelten sich Lebewesen kontinuierlich weiter. Darwins Überlegung beruhte ursprünglich nur auf der Beobachtung von Tieren, wurden jedoch auf die menschliche Entwicklung übertragen. Dies bedeutete für eine Gesellschaft, dass man als negativ geltende Eigenschaften nicht an Nachkommen weitergeben dürfe, da sonst die Gesellschaft geschwächt würde. Diese These trug maßgeblich dazu bei, dass Gräueltaten wie die Euthanasie im Dritten Reich vorgenommen wurden. Der Vorwand von Mitleid und der Gefahr für den Staat durch physisch oder psychisch kranken Menschen belastet zu werden führte zu deren Tötungen. Während des NS-Regimes bekam der Begriff der Euthanasie eine andere Bedeutung und stand für den systematisch organisierten Massenmord an tausenden kranken oder behinderten Menschen. Unter dem Vorwand, dass Menschen mit einer Einschränkung eine Belastung für das nationalsozialistische Regime und die Gesellschaft bedeuten, wurden Betroffenen ohne ihre Einwilligung „erlöst“. Als Grundlage dieser unmenschlichen Handlungen diente die am 1. September 1939 von Hitler verfasste Ermächtigung, ausgewählten Ärzten die Entscheidungsgewalt zu überschreiben, wer als „vernichtenswert“ [54, S.73] galt. Einen tragischen Höhepunkt fand die Zwangseuthanasie im Frühjahr 1940 als auch Kinder und Patienten in Pflegeeinrichtungen und Erziehungsanstalten erfasst und getötet wurden. Bekannt sind die Krankentötungen auch unter der Abkürzung „T4“, benannt nach der Tiergartenstraße Nummer 4, in welcher die Tötungen organisiert wurden [54, S.74 f.].

Vor diesem historischen Hintergrund wird in Deutschland wesentlich kritischer mit dem Thema Sterbehilfe umgegangen, als es beispielsweise in anderen europäischen Ländern der Fall ist (vgl. Kapitel 5) [6, S.4].

Daher wird in dieser Arbeit der Begriff der „Euthanasie“ nicht verwendet. Stattdessen werden alternative Bezeichnungen wie „Sterbehilfe“ oder „selbstbestimmtes Sterben“ genutzt.

3 Paragraf § 217 StGB

Der 2015 eingeführte § 217 StGB wurde im Februar 2020 vom Bundesverfassungsgericht für nichtig erklärt. Es gibt keine neue gesetzliche Regelung, jedoch sind im Bundestag 3 Gesetzesentwürfe am 24.06.2022 (Stand: 18.10.2022) diskutiert worden [21].

3.1 Gesetzgebungsgeschichte

2006 brachten die Bundesländer Saarland, Thüringen und Hessen dem Bundesrat einen gemeinsamen Entwurf für ein neues Gesetz vor. Ziel des Gesetzentwurfes war ein Verbot der „geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung“ [5, S.18], welches die Strafbarkeit einer „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ [5, S.15] regeln sollte. Außer weniger Unterschiede, wie der Beschränkung der Tatmodalität einer Vermittlung oder dem Verschaffen einer Möglichkeit, ist der Entwurf vergleichbar zum aktuellen § 217 StGB. Dennoch wurde dieser Entwurf nie beschlossen [5, S.18].

2010 legte Rheinland-Pfalz dem Bundesrat einen Gesetzesentwurf vor, um ein Verbot für die Werbung von Suizidhilfe zu erlangen. Ebenfalls ohne Erfolg [5, S.18].

Ein weiterer Entwurf kam von der Bundesregierung 2012, die „Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ [5, S.15 f.] umfassend. Ausschlaggebend für die Gesetzesentwürfe war ein steigendes öffentliches Angebot von Vereinen oder Einzelpersonen, Suizidhilfe zu vermitteln. Die Regierung befürchtete eine Normalisierung und die resultierenden Konsequenzen für die Gesellschaft. Es könnte ein Erwartungsdruck entstehen, welcher die Autonomie anfälliger Menschen zum Negativen beeinflussen könnte [5, S.19].

In einem Gesetzgebungsverfahren wurde am 6. November 2015 über vier Gesetzentwürfe debattiert. Es ging um folgende vier Konzepte zum Umgang mit Sterbehilfe: Entwurf „zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“, „zur Regelung der ärztlichen begleiteten Lebensbeendigung“, „über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“ und „der Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung“ [5, S.16].

Angenommen wurde der „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ [5, S.16]. Dieser beinhaltet die Strafbarkeit bei einer explizit beschriebenen Form der Förderung von Selbsttötung. Am 9. Dezember 2015 wurde dieses Gesetz im Bundesgesetzblatt verkündet und stellt den für nichtig erklärten § 217 StGB dar [5, S.16].

Auslöser der Debatte waren erhebliche Rechtsunsicherheiten, verursacht durch weitgehende regulatorische Lücken. Dies führte bei Ärzten, aber auch in der Politik zu einer realen Angst vor einer „Industrie des Todes“ [8], welche durch die zunehmende Aktivität von Sterbehilfevereinen bestärkt wurde [8].

Umrahmt wurde der § 217 StGB von einem weiteren, Gesetzesbeschluss am 5. November. Das „Hospiz- und Palliativgesetz“ sah eine Verbesserung der Versorgung durch einen Ausbau von ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativangeboten in der Medizin und Pflege vor. [5, S.17]

3.2 Inhaltlicher Überblick

Da das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ [17] thematisiert, wird im Folgenden der genaue Wortlaut des § 217 StGB wiedergegeben.

- „(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ [17]

- „(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“ [17]

4 Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts

Die Verfassungsbeschwerde gegen den § 217 StGB ging von Sterbehilfeorganisationen, schwer kranken Patienten, Ärzten, der ambulanten und stationären Patientenversorgung und Rechtsanwälten, in Beratungs- und Vermittlungsfunktion zur Suizidhilfe, aus. Das Urteil des 2. Senats des BVerfG fiel zugunsten der genannten Personengruppen aus [5, S.5 ff.]. Tragende Gründe dieser Entscheidung werden im Folgenden kurz erläutert: [11, S.505]

Das BVerfG leitet aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art 2. Abs. 1 i.V.m. Art 1 Abs. 1 Grundgesetz - GG) ein Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben ab. Es umfasst damit die Freiheit, selbst zu entscheiden das eigene Leben zu beenden und hierfür die Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen. Das BVerfG sieht hier den freien Willen entscheiden zu können als einen Akt autonomer Selbstbestimmung, welcher sowohl vom Staat als auch von der Gesellschaft zu respektieren sei. Das BVerfG hat das Recht auf eine eigenverantwortliche Selbsttötung überraschend nicht auf bestimmte Situationen, Lebens- oder Krankheitsphasen eingeschränkt. Das Recht sich selbst das Leben zu nehmen besteht „in jeder Phase menschlicher Existenz“ [5, S.63]. Dieses Persönlichkeitsrecht auf bestimmte Motive oder Ursachen zu beschränken widerspricht, so das BVerfG, dem Freiheitsgedanken des Grundrechts. „Die Entscheidung des Einzelnen, dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, entziehe sich einer ‚Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit dem Leben oder Tod der Überlegung objektiver Vernünftigkeit‘ [5, S.63]“ [11, S. 506]. So benötigt dieser Akt autonomer Selbstbestimmung keine Rechtfertigungen oder Begründungen [11, S. 505 ff.].

Das BVerfG sieht einen doppelten Grundrechtseingriff in § 217 StGB, in die Rechte der Suizidwilligen und die der Adressaten der Strafnorm. Denn es handelt sich um einen unmittelbaren Grundrechtseingriff der Menschen, die Hilfe zur Sterbehilfe leisten wollen [11, S. 506].

Durch das BVerfG wurde eine Rechtfertigungserwägung in Bezug auf § 217 StGB angestellt. Das Gericht argumentierte „mit den klassischen Elementen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes“ [11, S. 506], der Angemessenheit, der Erforderlichkeit, der Geeignetheit und dem legitimen Zweck dieser Regelung [11, S. 506].

Der legitime Zweck des § 217 StGB besteht, laut BVerfG, im Schutz des Lebens. Durch die Normalität einer Selbsttötung am Ende des menschlichen Daseins, könnte ein sozialer Druck entstehen, welcher zu vermeiden sei. Die Aufgabe des Staates ist es das Leben zu

schützen, weshalb das Gericht den § 217 StGB im weiteren Sinne für geeignet hält. Allerdings sieht das Gericht den legitimen Zweck im engeren Sinne für unverhältnismäßig. In Kombination mit dem damaligen berufsrechtlichen Verbot für Ärzte, Sterbehilfe zu leisten, ist es Suizidwilligen quasi unmöglich, ihr Recht auf einen selbstbestimmten Tod umzusetzen [11, S. 506].

In einer von Isopublic durchgeführten Umfrage, sprachen sich 76% der deutschen Bürger gegen ein solches berufsrechtliches Verbot aus (vgl. Abb. 1) [9].

4. Finden Sie den Vorschlag der deutschen Bundesregierung richtig oder falsch, der die berufliche Hilfstätigkeit im Bereich der Sterbehilfe künftig unter Strafe stellen will?



Abbildung 1: Fürspruch für eine ärztliche Hilfstätigkeit beim Suizid [9]

Jeder Mensch soll die Freiheit besitzen Angebote der Lebenserhaltung auch ausschließen zu können und gleichzeitig das Recht haben, die Hilfe Dritter beim selbstbestimmten Sterben in Anspruch nehmen zu können, so das BVerfG. Ohne geschäftsmäßige Angebote der Suizidhilfe von Sterbehilfeorganisationen, ist ein Suizidwilliger jedoch zwangsläufig auf die freiwillige Hilfe eines Arztes angewiesen, auch wenn es sich lediglich um die Verschreibung eines todbringenden Medikaments handelt. Der Widerspruch mit dessen Berufsordnung und dem Mangel einer Alternative machte es faktisch unmöglich Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können, wonach die Regelung unverhältnismäßig und damit rechtswidrig ist [11, S. 506].

4.1 Rechtliche Situation vor dem 26.02.2020

Da der § 217 StGB eine freiverantwortliche, geschäftsmäßig durchgeführte Selbsttötung als strafbar ansieht wird der „juristische Fachbegriff der ‚Geschäftsmäßigkeit‘ auf eine Tätigkeit, welche auf Wiederholung bzw. Dauer angelegt ist,“ [14, S.19] definiert.

Dabei ist eine Gewinnerzielung unerheblich und nur Angehörige und nahestehende Personen sind ausdrücklich von diesem Straftatbestand ausgeschlossen [14, S.19].

Mit dem Erlass des § 217 StGB wurden nicht nur akut Sterbewillige eingeschränkt, denn auch lebensbejahende Menschen möchten die Gewissheit haben, fachkundige Sterbehilfe beanspruchen zu können, um möglichst menschenwürdig und ohne Leid sterben zu können. Allein aus dieser theoretischen Möglichkeit resultiert eine psychische Entlastung (vgl. 6.2) für alle Menschen, welche diesen durch das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung von Suizidhilfe verwehrt, bleibt [10, S.539].

Laut Art. 1 Abs. 3 GG ist es die Aufgabe des Staates die Grundrechte seiner Bürger zu schützen, diese sind bindend und gelten „als unmittelbar geltendes Recht“ [26]. Da die rechtliche Situation es vor dem 26.02.2020 nicht erlaubt hat Suizidwilligen die Möglichkeit zu bieten unter fachkundiger Aufsicht sich selbst das Leben zu nehmen, müssen Betroffene oft auf Angebote im Ausland zurückgreifen. Jedoch ist der Staat dafür verantwortlich, den „Grundrechtsschutz innerhalb der eigenen Rechtsordnung“ [4, S.139] zu gewährleisten [4, S.139].

Auch wenn die Inanspruchnahme von Sterbehilfe mit Einführung des § 217 StGB faktisch unmöglich gemacht wurde, stärkte das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in einem Urteil vom 02.03.2017 die Patientenautonomie. Das Gericht bestimmte, dass ein todkranker Patient das Recht besitze, Zugang zu einem todbringenden Betäubungsmittel zu erhalten. Dieses Recht gilt allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen:

- Der Patient muss unter einer schweren und unheilbaren Erkrankung leiden, die schweres körperliches Leid, insbesondere starken Schmerzen verursacht, wodurch ein unausstehlicher Leidensdruck entsteht, welcher nicht vermindert werden kann [12, S.2848].
- Außerdem ist es unablässig, dass der Patient überhaupt entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entscheidet, sein Leben terminal zu beenden [12, S.2848].
- Als letzte Voraussetzung gilt, dass der tödlich erkrankte Suizidwillige keine andere Möglichkeit hat, dem Wunsch des Ablebens nachzugehen [12, S.2848].

4.1.1 Passive Sterbehilfe

Mit der Einführung des § 217 StGB im Jahre 2015 gab es, wie in Kapitel 4.1 bereits erwähnt, mehrere Personengruppen, welche durch die neue Rechtsnorm in ihren Grundrechten eingeschränkt wurden. Schwer erkrankten Menschen hatten so keine Möglichkeit, die Hilfe Dritter bei der geschäftsmäßigen Sterbehilfe zu erhalten. Sie beriefen sich auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs 1 GG) und leiteten daraus das Recht ab, dass es als „Ausdruck autonomer Selbstbestimmung“ [5, S.14] zähle, bei der Selbsttötung die Hilfe von Dritten in Anspruch nehmen zu dürfen. Durch die

Einführung des § 217 StGB sei dieses Recht missachtet und eine gewünschte Suizidhilfe nicht umsetzbar [5, S.14 f.].

Ebenfalls verletzt in ihren Grundrechten sahen sich Sterbehilfevereine in Art. 12 Abs. 1, Art. 9 Abs. 1 und Art. 2 Abs 1 GG [5, S.15]. Nach Art. 12 Abs. 1 hat jeder Deutsche „das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.“ [25], was den Vereinen durch § 217 StGB verboten wird, da sie der Sterbehilfe nicht nachkommen dürfen und so laut Art 12. Abs. 1 GG in ihrem Grundrecht verletzt werden. Ohne sich strafbar zu machen, Geldbußen oder ein Vereinsverbot zu befürchten kann der Sterbehilfe nicht nachgekommen werden. [5, S.15].

Weiterhin besagt Art. 9 Abs. 1 GG, das alle deutschen Bürger das Recht haben „Vereine oder Gesellschaften zu bilden“ [25], was Sterbehilfevereinen durch die Strafbarkeit in der Ausübung verwehrt bleibt. [5, S.15].

Demnach sehen sich die Vereine nach Art. 2 Abs. 1 GG in ihrer freien Persönlichkeitsentfaltung verletzt. [5, S.15].

Die beschwerdeführenden Ärzte sahen sich nach Art. 12 Abs. 1 GG und Art. 4 Abs. 1 Var. 2 GG in ihren Grundrechten verletzt und beriefen ihre Verfassungsbeschwerde auf ihre Gewissens- (Art. 4 Abs. 1 Var. 2 GG) und Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG). [5. S.15] [25]

Ähnlich die beschwerdeführenden Rechtsanwälte, welche eine Verletzung des Art. 12 Abs. 1 GG aufgrund der Einschränkung ihrer Berufsfreiheit durch die Behinderung in der suizidbezogenen Beratung oder der Vermittlung von Gelegenheiten zur Sterbehilfe sahen [5, S.15].

4.1.2 Indirekte Sterbehilfe [3]

Die Definitionen und die dahinterstehende Praxis der aktiven und passiven Sterbehilfe sind klar definiert und eindeutig (vgl. 1.1 und 1.2), s.o. Dagegen bestehen große Differenzen zwischen Theorie und Praxis der indirekten Sterbehilfe, obwohl die Definition s.o. (vgl. 1.3) aus medizinischer und juristischer Sicht klar ist.

Im nachfolgenden soll tabellarisch die indirekte Sterbehilfe aus medizinischer und juristischer Sicht dargestellt werden, wobei sich durchgängig auf Quelle [3] bezogen wird.

Tabelle 1: Vergleich der indirekten Sterbehilfe aus juristischer und medizinischer Sicht 2012

Medizinische Sicht	Juristische Sicht
<p>Aus medizinischer Sicht ist es fraglich, ob die indirekte Sterbehilfe existiert. Im medizinischen Alltag wird von einer indirekten Sterbehilfe gesprochen, wenn Patienten eine (palliative) Schmerztherapie erhalten. Bei dieser, durch Opioide zugeführten Schmerztherapie, steht im Raum, ob es durch die bekannte Nebenwirkung der Atemdepression zu einem schnelleren und so lebensverkürzenden Tod kommen kann. In nur wenigen Fällen, wird von indirekter Sterbehilfe gesprochen, wodurch dieser Begriff schwierig anwendbar ist.</p> <p>Außerdem wird im Fall einer (palliativen) Schmerztherapie selten von einer Lebensverkürzung gesprochen, da keine Indizien bestehen, dass eine Schmerztherapie wirklich zu einer Verkürzung des Lebens führt.</p> <p>Konträr besteht die Vermutung, dass sich durch die Schmerztherapie die Lebensdauer an dessen Ende noch steigern lässt. Denn das Senken von Stressoren, senkt die Belastung des Körpers, was tendenziell zu einer Lebensverlängerung führt.</p> <p>Eine Analyse, wie viel früher ein Patient eventuell aufgrund einer Schmerztherapie verstorben ist, gibt es nicht, aber mehrere Studien, welche einige Aspekte aufgedeckt haben, welche sich lebensverkürzend auswirken können.</p>	<p>Der Tatbestand der indirekten Sterbehilfe ist juristisch gesehen „nicht Gegenstand strafrechtlicher Verfolgung“ [3, S.642].</p> <p>Außerdem wurde die Strafflosigkeit mehrfach von hoch richterlichen Entschlüssen bestätigt, jedoch ist die Begründung dieser Impunität nicht einheitlich.</p> <p>Aus juristischer Sicht kollidieren hier zwei Gebote miteinander. Auf der einen Seite steht das „Schmerzlinderungsgebot“ [3, S.642] welches Ärzte dazu veranlasst eine Schmerztherapie einzuleiten. Auf der anderen Seite ergibt sich aus §§ 211 StGB ff ein Tötungsverbot. Da hier zwei konkurrierende Rechtsgüter in einer einzigen Person kollidieren, ist hier das „argumentum a maiore ad minus (die Schlussfolgerung vom Größeren ins Kleinere)“ [3, S.642] anzuwenden.</p> <p>Um die Notstandlösung anzuwenden, müssen beide Rechtsgüter gegeneinander abgewogen werden. Im Sachverhalt der indirekten Sterbehilfe handelt es sich um das Interesse einer Schmerzlinderung gegenüber dem eines möglicherweise früher eintretenden Todes. Dies ist problematisch, da das menschliche Leben prinzipiell immer das höchste Gut der Rechtsordnung darstellt und somit eine Abwägung umsonst wäre.</p>

Dennoch wird von Ärzten eine Inzidenz von etwa 20% aller Patienten gegeben, welche aufgrund von indirekter Sterbehilfe versterben. Die Ärzte gehen hierbei von einem früheren Tod durch eine hohe Dosis von Opioiden aus. Genauer lässt sich die Zahl jedoch nicht benennen.

Viele Wissenschaftler lehnen jedoch die Meinung ab, dass eine Lebensverkürzung aufgrund einer Schmerztherapie existiert. Im Rahmen einer retrospektiven Studie wurde die Überlebenszeit von 212 Patienten gemessen, die keine oder nur eine geringe Menge an Opioiden bekommen haben. 61% der Probanden bekamen schon eine Opioidtherapie, als sie in die Studie aufgenommen wurden. Die Probanden wurden in drei Gruppen aufgeteilt. In ihren letzten 7 Lebtagen bekamen Gruppe 1-3 entweder eine verringerte Dosis an Opioiden, eine gleichbleibende Dosis oder sogar einer Steigerung der Opioidzufuhr. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Probandengruppen, nach welchem Patienten mit steigenden Opioiddosen tendenziell 5 Tage länger lebten, wie Abbildung 2 zeigt.

Eine Abwägung würde bei der Perforation bzw. dem „Geburtshelferfall“ geschehen, bei welchem während einer Geburt das Leben der Mutter gegen das Leben des Kindes abgewogen und somit ein Interesse dem anderen vorgezogen wird.

Da sich bei der indirekten Sterbehilfe die beiden Interessen in einer Person vereinen müssen erst die Gründe hinter dem Tötungsverbot analysiert werden, um zu evaluieren, ob eine Schmerztherapie legitim ist.

Diese Gründe sind auf das Interesse des Staats das Leben des Einzelnen zu schützen (auch vor sich selbst) und des Lebensschutzes als Selbstzweck zurückzuführen. Dennoch begründen diese nicht sich gegen eine Schmerztherapie und zugunsten des Lebens auszusprechen.

Aufgrund der Notstandslösung nach § 34 StGB ist eine Abwägung der beiden Interessen, eines längeren, aber schmerzerefüllten Lebens, gegen ein möglicherweise verkürztes, aber leidloses Leben, möglich.

Das vom Arzt übergeordnete Interesse gegenüber dem Patienten ist trotz der lebensverkürzenden Wirkung die Schmerztherapie. Es bedarf der Einwilligung des Patienten, welcher sich für eine Schmerztherapie, aber nicht einen evtl. früher eintretenden Tod entscheidet, da dieser unsicher ist, wodurch laut § 216 StGB keine Tötung auf Verlangen stattfindet. Nicht beachtet wird der Sachverhalt, wenn der Arzt bewusst auf einen früheren Tod abzielt. Dies würde nicht mehr unter den Tatbestand der indirekten Sterbehilfe fallen.

Tab. 1 Überlebenszeiten in Abhängigkeit von der Veränderung der Opioiddosis [2]			
Veränderung in der Opioiddosierung	Verminderung	Keine	Erhöhung
	Mittlere Dosisveränderung±SD: -64±68 mg OME/Tag	Mittlere Dosisveränderung: 0 mg OME/Tag	Mittlere Dosisveränderung±SD: 87±145 mg OME/Tag
Mittlere Überlebenszeit (Tage)	9,1±11,4	9,3±9,8	14,0±12,7
OME „oral morphine equivalent“.			

Abbildung 2: Überlebenszeit in Abhängigkeit von der Veränderung der Opioiddosis [3, S.642]

4.2 Rechtliche Situation nach dem 26.02.2020

Mit dem Urteil des BVerfG haben sich viele Unklarheiten ergeben, die hier dargelegt und diskutiert werden sollen.

Zum Ersten hat in einem Urteil am 02.04.2019 der Bundesgerichtshof (BGH) klargestellt, dass das Zivilrecht am Ende des Lebens das Ziel des Lebensschutzes verfolgt. So äußerte sich der BGH: „[das] menschliche Leben ist ein höchstrangiges Rechtsgut und absolut erhaltungswürdig.“ [12, S.2845]. Das Zivilrecht verfolgt dabei den Schutz des Lebens am Lebensende, wohingegen das Verfassungsrecht das selbstbestimmte Sterben am Lebensende als ein Ausdruck der persönlichen Autonomie auffasst, durch diese konträren Leitprinzipien entsteht ein Spannungsverhältnis, welches durch Konfliktfälle aufgelöst werden muss [12, S.2845].

Außerdem ergibt sich nach der Begründung des BVerfG (vgl. 4) die Frage, ob das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auch auf Menschen übertragbar ist, denen es nicht möglich ist, das tödliche Medikament selbst einzunehmen. Die Entscheidung des BVerfG bezieht sich lediglich auf den § 217 StGB, allerdings macht das Gericht keine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Modalitäten zu sterben. So wäre es, theoretisch nach dem Urteil, auch denkbar, sich von einem Dritten z.B. von einem Arzt, töten zu lassen [11, S.507].

Verfassungsrechtlich erfüllt der § 216 StGB das Verbot der Tötung auf Verlangen und kommt damit seinen Schutzpflichten gegenüber des menschlichen Lebens nach. Jedoch handelt es sich aufgrund der beiden parallelen Verbote (§ 216 StGB und § 217 StGB) um einen mittelbaren Eingriff in das Grundrecht des einzelnen Individuums auf ein selbstbestimmtes Sterben [11, S.507].

Grundsätzlich ist die Verhältnismäßigkeit des § 216 StGB zwar zu bejahen, da die Gewichtung des staatlichen Schutzzwecks des Lebens höher liegt, allerdings sollte man hinterfragen, inwieweit Einzelnen andere Optionen zur Verfügung stehen. Lindner brachte in seinem Artikel „Verfassungswidrigkeit des Verbots aktiver Sterbehilfe?“ [11, S.505] die mögliche Unverhältnismäßigkeit folgendermaßen auf den Punkt: „[führte] das Verbot aktiver Sterbehilfe in § 216 StGB dazu, dass dem Einzelnen kein realistischer Weg zur Realisierung seines freiverantworteten Sterbewunsches offensteht, wäre die Verhältnismäßigkeit nicht mehr zu bejahen.“ [11, S.507]. Wenn der Einzelne, von dem Lindner hier spricht, die Tatherrschaft der Handlung nicht mehr innehaben kann, so ist das Verbot welches in § 216 StGB definiert wird, unverhältnismäßig. Beispielsweise gibt es Menschen, denen es aufgrund eines Locked-in-Syndroms nicht möglich ist, etwaige Bewegungen, die zum Tod führende Handlung auszuführen. In solchen Ausnahmefällen ist es unablässig zu prüfen, ob mittels technischer, informationstechnischer oder robotische Instrumente es ermöglicht werden kann, doch die eigene Tatherrschaft über die tödliche Handlung zu besitzen. So kann z.B. eine spezifische Augenbewegung einen computergesteuerten Prozess auslösen, der das tödliche Medikament spritzt. Ist dies aber nicht der Fall, so muss eine dritte Person die Tatherrschaft der Handlung innehaben, was jedoch der § 216 StGB verbietet. Geht man von solch einer Ausnahmesituation aus, ist die Verhältnismäßigkeit des § 216 StGB nicht mehr vorhanden [11, S.507 f.].

Eine mögliche Regelung dieses Gesetzes ist das Hinzufügen von Absätzen. So schlägt Lindner vor, § 216 StGB Absatz 1 und Absatz 2 so zu belassen, damit das grundsätzliche Verbot der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB Abs. 1) weiterhin strafbewährt bleibt, und auch der Versuch einer Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB Abs. 2) weiterhin strafbar ist. „In einem neuen Absatz 3 müsste sodann eine Ausnahme für den Fall geregelt werden, dass die sterbewillige Person aufgrund tatsächlicher Umstände zu einer Suizidhandlung auch unter Inanspruchnahme der Hilfe Dritter und technischer Unterstützung nicht mehr in der Lage ist.“ [11, S.508]. Außerdem soll die Tötung auf Verlangen nach dem vorgeschlagenen Abs. 3 nur dann zulässig sein, wenn sich zweifelsfrei vom freien Willen des Suizidwilligen überzeugt wurde (in einem Abs. 4). Dies sollen zwei Ärzte unabhängig voneinander feststellen und schriftlich festhalten. Weiterhin sollen diese schriftlich begründen und dokumentieren, dass es dem Suizidwilligen tatsächlich nicht möglich ist, auch nicht mit Hilfe von technischer Unterstützung, die suizidale Handlung selbst durchzuführen. So sollen mögliche Missbrauchsfälle ausgeschlossen werden [11, S.508].

Auch wenn sich die Begleitung am Lebensende in der palliativmedizinischen als auch in der hospizlichen Betreuung in den letzten 20 Jahren drastisch verbessert hat, und Deutschland damit im internationalen Vergleich gut dasteht (vgl. Abb. 6 und Abb. 7), gibt es manche Gesundheitsbereiche, die schlechter versorgt sind als andere. Unter Anderem zählen dazu nicht-onkologische Erkrankungen und insbesondere der Bereich der Demenzerkrankungen. Außerdem erfüllt die schmerz- und symptomlindernde Therapie

immer noch nicht überall dem angemessenen Standard. Grund dafür sind immer noch Ängste der Ärzte, durch die Verabreichung von stark wirksamen Schmerzmitteln, gegen das Betäubungsmittelgesetz oder gar gegen das Tötungsverbot zu verstoßen [14, S.17].

Nach dem Urteil des BVerfG am 26.02.2020 ist es die Aufgabe des Gesetzgebers, eine neue verfassungskonforme Regelung für die Suizidhilfe zu erlassen. Wie uns die Geschichte (vgl. 2) gezeigt hat, ist die Praxis der Sterbehilfe problematisch, wenn es keine sinnvolle Gesetzgebung gibt [14, S.22].

Die aktuelle Rechtslage in Deutschland besagt, dass die Assistenz bei einem Suizid straflos ist, solange der Suizidwillige freiverantwortlich handelt und ihm die Tatherrschaft der eigentlich tödlichen Handlung innewohnt [14, S.18 f.].

Der Bundesgerichtshof hat in früheren Rechtsprechungen, eine Hilfeleistungspflicht für Ärzte gesehen, ab dem Moment, indem der Patient bewusstlos wird, denn in diesem Moment der Bewusstlosigkeit, kann dem Suizidwilligen keine Tatherrschaft mehr inne sein. Von dieser Rechtsprechung wurde inzwischen Distanz genommen [14, S.117 f.].

Nach heutiger Auffassung endet die Hilfeleistungspflicht, wenn sich der Betroffene dagegen ausspricht, darunter zählen auch ärztliche Maßnahmen. Festhalten kann ein Suizidwilliger dies in einer Patientenverfügung. Gegen diese darf ein Arzt, auch nicht unter Androhung von strafrechtlichen Konsequenzen, handeln, sofern er den Willen des Patienten kennt [14, S.41].

5 Sterbehilfe in anderen europäischen Ländern

Es gibt nur wenige europäische Länder, in denen die aktive Sterbehilfe legal ist. Solche liberalen Regelungen findet man vor allem in der Schweiz, den Niederlanden und Belgien, aber auch Luxemburg oder Spanien. Aber auch im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon und in Kanada ist die ärztliche Hilfe zum Suizid unter bestimmten Voraussetzungen straflos [5, S.20].

Jedoch gibt es weitere europäische Länder, in welchen die aktive Sterbehilfe nicht legal, die Beihilfe zur Selbsttötung jedoch nicht strafbar ist. Solche Länder sind z.B. auch Deutschland, die Schweiz, Österreich, Schweden und Estland (vgl. Abb. 3). Wenn es um die passive oder indirekte Sterbehilfe geht, so haben viele Länder diese nicht unter Strafe gestellt so z.B. auch Frankreich, Tschechien, Großbritannien, Italien und weitere. Polen ist, soweit bekannt, das einzige Land, welches auch die passive/indirekte Sterbehilfe unter Strafe stellt. [20]

Regelungen zur Sterbehilfe in Europa

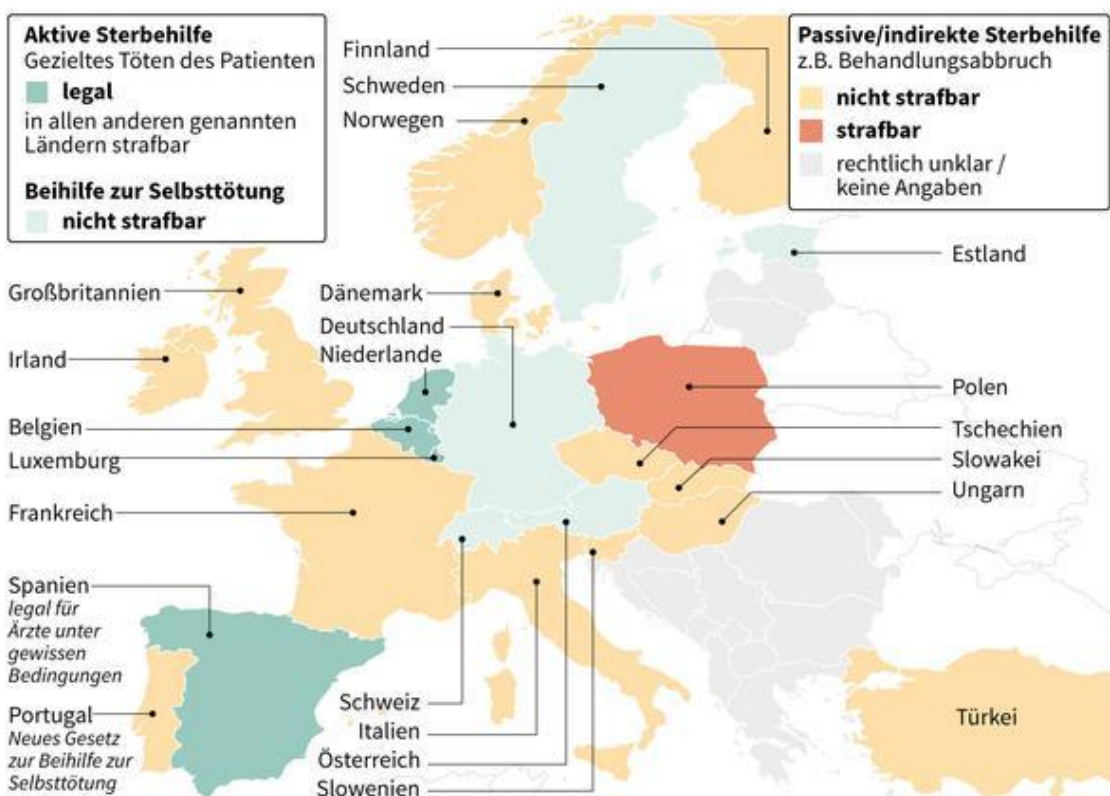


Abbildung 3: Regelung zur Sterbehilfe in Europa [20]

Aus Gründen der Regelungen und des Erfahrungsschatzes, welches die Niederlande, Belgien und die Schweiz besitzen, wird im Folgenden auf diese Regelungen eingegangen.

5.1 Schweiz [5, S.27]

In der Schweiz ist auch für Ärzte das Töten auf Verlangen strafbar (Art. 114 schweizerisches Strafgesetzbuch). Jedoch ist die Beihilfe zur Beendigung des Lebens eines Suizidwilligen nur dann strafbar, wenn dies aus egoistischen Motiven heraus geschieht. Hiervon sind Ärzte und Nichtärzte miteingeschlossen. Das Merkmal solch eines egoistischen Motivs ist, wenn sich der Täter davon einen persönlichen, vor allem aber auch materiellen, Vorteil verspricht. Die Gebühren, die schweizerische Sterbehilfevereine erheben, erfüllen dieses Merkmal nicht, sofern es nur die amtlichen Kosten deckt und keine Bereicherung stattfindet. Die in diesen Vereinen tätigen Personen sind damit nach Art. 115 des schweizerischen Strafgesetzbuchs nicht strafbar. [5, S. 27]

Wie bereits erwähnt, gilt die Beihilfe zum Suizid nicht nur für Ärzte, dennoch kommt ihnen eine besondere Funktion zu. 2006 hat das schweizerische Bundesgericht entschieden, dass allein Ärzte ein todbringendes Präparat, in dem Fall Natrium-Pentobarbital, verschreiben dürfen. Damit kommt einem Arzt in der Schweiz eine wichtige Kontrollfunktion zu, denn die Verschreibungspflicht soll Missbrauch entgegenwirken und Straftaten verhindern. Außerdem ist es Aufgabe des Arztes entsprechend der Diagnose Empfehlungen bzw. Beauftragungen zur Durchführung von medizinischen Maßnahmen (Indikationsstellung) zu äußern. Dem Patienten müssen sowohl in einem Aufklärungsgespräch seine Optionen dargelegt als auch die Urteilsfähigkeit des Patienten überprüft werden. Weiterhin sind seine Aufgaben das Prüfen möglicher Behandlungsmaßnahmen und medizinischen Materials. Sobald der Arzt sich überzeugt hat, dass der Entscheidung des Patienten ein freier Wille innewohnt, kann er der Verschreibung nachkommen. Daraus resultiert, dass Ärzte in jeder durchgeführten Sterbehilfe durch ihre Kontrollfunktion und der Verschreibung des Betäubungsmittels miteingebunden sind. [5, S.27]

5.2 Niederlande

In den Niederlanden existiert seit 2002 ein Gesetz, welches nur Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, sowohl aktive Sterbehilfe als auch Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten [5, S.28].

Laut Art. 2 des niederländischen Sterbehilfegesetzes, müssen die Ärzte bestimmte „Sorgfaltspflichten“ [5, S.28] erfüllen und den Fall melden um straflos zu handeln. Nach Art. 2 des Gesetzes muss sich der Arzt davon überzeugen, dass der Wille des Patienten, das eigene Leben zu beenden, freiwillig und gut durchdacht ist. Außerdem muss der Patient über seine Situation und medizinische Prognose aufgeklärt werden. Weiterhin ist es für den Arzt unabdingbar, mindestens einen weiteren unabhängigen Arzt miteinzubinden. Dieser muss den Patienten ebenfalls untersuchen und schriftlich Stellung

zur seiner eingehaltenen Sorgfaltspflicht nehmen. Die Durchführung der Sterbehilfe oder der Beihilfe muss selbstverständlich fachgerecht durchgeführt werden [5, S.28].

Außerdem darf die Begründung für eine gestattete Sterbehilfe nicht auf das Vorhandensein von Erkrankungen zurückzuführen sein. Hierbei sind, wie das BVerfG in Deutschland geäußert hat, schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- oder Krankheitsphasen nicht relevant. Einzige Bedingung ist, dass der Patient „unerträglich leidet“ und keine „andere annehmbare Lösung“ existiert [5, S.28]. Anders als in Belgien (vgl. 5.3) dürfen Minderjährige erst ab dem zwölften Lebensjahr, unter bestimmten Voraussetzungen, Sterbehilfe in Anspruch nehmen [14, S.62].

Wie oben bereits erläutert, muss der Arzt einen Fall melden. Dieser wird dann von „regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe“ [5, S.28] geprüft, mit dem Ziel festzustellen ob ein Arzt seine Sorgfaltspflicht eingehalten hat [5, S.28].

5.3 Belgien

Ähnlich verhält es sich in Belgien. Auch hier wurde 2002 ein Gesetz auf den Weg gebracht, in welchem die Bedingungen festgelegt sind, wann ein Arzt bei einer Tötung auf Verlangen straffrei ist. Sind diese Bedingungen nicht erfüllt, wird es, wie in Deutschland auch, als Totschlag oder Mord deklariert. Im Unterschied zu den Niederlanden, steht die Tatsache, dass in Belgien lediglich die Tötung auf Verlangen gesetzlich geregelt ist. Über die Sterbehilfe gibt es keine gesetzliche Regelung. [14, S.62]

Ähnlich zu den Niederlanden ist, dass sich der Arzt nach Art. 3 des Gesetzes über die Sterbehilfe, davon überzeugen muss, dass es sich bei dem Patienten um eine handlungsfähige Person handelt, welche beim Äußern ihres Sterbewunsches bei klarem Verstand ist, wie auch dass der Wunsch freiwillig, wohl durchdacht und mehrfach geäußert wurde. Der Arzt muss sich davon überzeugen, dass der Wille nicht durch äußeren Druck entsteht. [5, S.29]

Eine weitere Gemeinsamkeit, sowohl zu den Niederlanden als auch zu Deutschland, ist, dass die Sterbehilfe nicht an Krankheitszuständen gebunden ist (vgl. 5.4). Die Voraussetzung ist lediglich eine medizinisch aussichtslose unfall- oder krankheitsbedingte Lage, die zu einer unerträglichen Qual führt (körperlich wie seelisch), die durch nichts vermindert werden kann. [5, S.29]

Um nun dem Töten auf Verlangen Folge leisten zu können, muss der Arzt seinen Patienten über deren gesundheitlichen Zustand und deren Lebenserwartung aufklären, sowie weitere Möglichkeiten wie Therapien oder (palliative) Behandlungen mit ihm besprechen. Außerdem muss, gleich wie in den Niederlanden, ein weiterer Arzt hinzugezogen werden,

der sich ebenfalls von dem Leid des Patienten überzeugt, die Patientenakte liest und den Suizidwilligen untersucht. [5, S.29]

Ist der Tod in naher Zukunft nicht absehbar, muss außerdem ein Facharzt oder Psychiater zugezogen werden, der sich, wie beim ersten Arzt, von dem Sterbewunsch des Patienten überzeugt und der Gesundheit des Patienten nachgeht. [5, S.29]

Außerdem muss eine Mindestfrist von einem Monat vom Äußern der Inanspruchnahme der Sterbehilfe bis zur eigentlichen Leistung erfüllt sein. [5, S.29]

Eine weitere Besonderheit ist die in Art. 4 des Gesetzes für Sterbehilfe festgehaltene Willenserklärung. In dieser kann ein Mensch das Suizidverlangen festhalten, welches fünf Jahre Gültigkeit besitzt. [5, S.29]

Nach dem Sterbevorgang muss ein Arzt innerhalb von vier Tagen den Vorgang der Sterbehilfe melden, damit die zuständigen Kontroll- und Bewertungskommission den Fall prüft, ob alle gesetzlichen Bedingungen und die richtige Vorgehensweise eingehalten wurden. [5, S.29]

In Belgien herrscht, anders als in den Niederlanden, keine Altersgrenze für Minderjährige. Diese können mit jedem Alter Sterbehilfe in Anspruch nehmen. [5, S.29]

5.4 Europäischer Vergleich

Da in Deutschland noch keine klare gesetzliche Regelung zur Sterbehilfe existiert kann somit kein richtiger Vergleich angestellt werden [21]. Aus diesem Grund wird der Vergleich mit dem in Kapitel 6.1 vorgeschlagenen Gesetzesentwurf gezogen.

Tabelle 2: europäischer Ländervergleich zur Sterbehilfe

	Niederlande	Belgien	Schweiz	Deutschland
Aktive Sterbehilfe	Nur Ärzten erlaubt [5, S.28]	Nur Ärzten erlaubt [5, S.29]	Für Jedermann verboten [5, S.27]	Für Jedermann verboten [14, S.17]
Passive Sterbehilfe	Nur Ärzten erlaubt [5, S.28]	Nicht gesetzlich geregelt [14, S.62]	Allen erlaubt, unter der Voraussetzung, dass keine egoistischen Motive erkennbar sind [5, S.27]	Nur Ärzten erlaubt [14, S.104]
Voraussetzungen	- unerträgliches Leid - keine andere Lösung für Patientensituation [5, S.28]	- medizinisch aussichtslose Lage - unerträgliches Leid [5, S.29]	Keine Angaben	- keine Beeinträchtigung bei der Entscheidung [14]
Mindestalter	Unter bestimmten Voraussetzungen ab zwölf Jahren [5, S.28]	Unter bestimmten Voraussetzungen für Minderjährige [14, S.62]	Keine Angabe	18 Jahre [14, S.107]
Beteiligte Personengruppen: Ärzte	Erlaubt, müssen aber bestimmte Sorgfaltspflichten erfüllen [5, S.28]	Erlaubt, müssen aber bestimmte Bedingungen einhalten [5, S.29]	Erlaubt, unter der Voraussetzung, dass keine egoistischen Motive erkennbar sind [5, S.27]	Erlaubt, müssen Voraussetzungen erfüllen [14, S.104]

Beteiligte Personengruppen: Vereine	Verboten [5, S.28]	Verboten [5, S.29]	Erlaubt, unter der Voraussetzung, dass keine egoistischen Motive erkennbar sind [5, S.27]	Verboten [14]
Beteiligte Personengruppen: Privatpersonen	Verboten [5, S.28]	Verboten [5, S.29]	Erlaubt, unter der Voraussetzung, dass keine egoistischen Motive erkennbar sind [5, S.27]	Verboten, aber für Angehörige und Nahestehende straffrei [14, S.19]
Anforderungen an den Suizidwilligen	- min. zwei Arztuntersuchungen/ Arztgespräche - freier Wille [5, S.28]	- min. zwei Arztuntersuchungen/ Arztgespräche - freier Wille [5, S.29]	- Arztgespräch - freier Wille [5, S.27]	- min. zwei Arztuntersuchungen/ Arztgespräche - freier Wille [14]
Staatliche Kontrolle	Regionale Kontrollkommissionen [5, S.28]	Kontroll- und Bewertungskommission [5, S.29]	Ärzten wohnt Kontrollfunktion inne [5, S.27]	Keine Angabe
Besonderes	Keine Angaben	- min. ein Monat Frist, ab der ersten Äußerung (vgl. 5.3) - Willenserklärung [5, S.29]	Keine Angaben	- muss die Tat selbst durchführen (muss sich das Medikament selbst zuführen) [14, S.19]

Aus Abbildung 4 lassen sich für diese Arbeit interessante Schlussfolgerungen ziehen. In den Ländern, in denen die aktive Sterbehilfe bzw. die Tötung auf Verlangen erlaubt ist, sind die Zahlen deutlich erhöht. Im Gegensatz zur Schweiz oder zum US-Bundesstaat Oregon, wo nur die Sterbehilfe erlaubt ist, wird in den Niederlanden und in Belgien vermehrt die Tötung auf Verlangen in Anspruch genommen. Aus dieser Beobachtung kann man darauf schließen, dass Suizidwillige es vorziehen, wenn Ärzte die Tötung durchführen. [14, S.81]

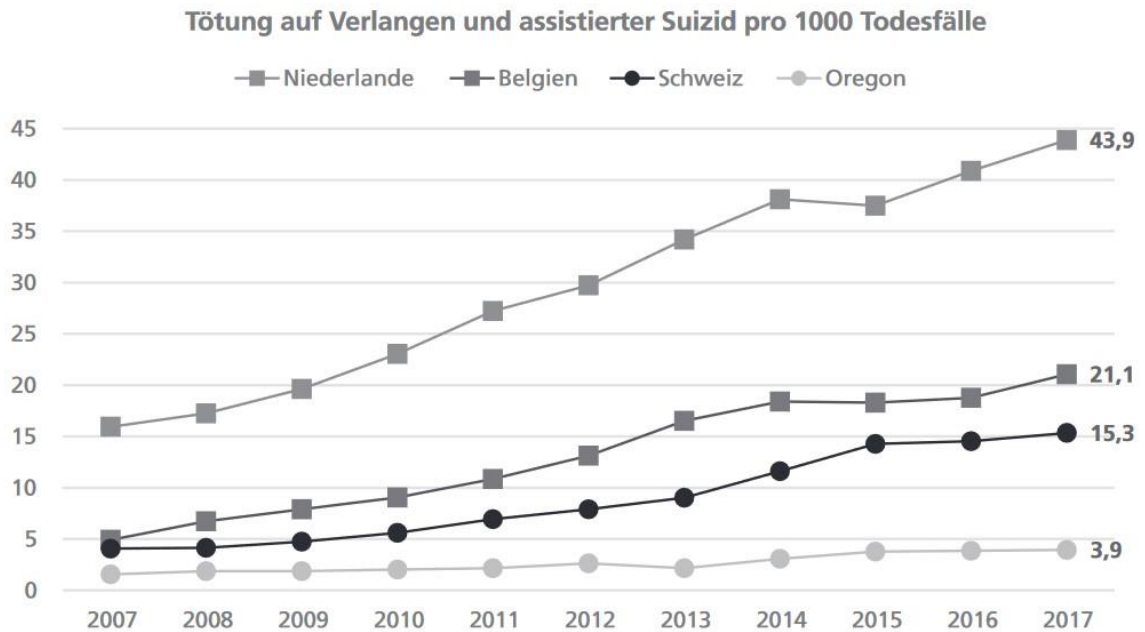


Abbildung 4: Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid pro 1000 Todesfälle [14, S.81]

6 Konsequenzen

Es gibt viele Gründe, warum Deutschland dringend eine klare Regelung zum Suizid braucht. Einer dieser Gründe ist, dass bereits vor 2020 viele Menschen in die Schweiz gefahren sind, um Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können. Dignitas, ein schweizer Suizidhilfeverein, gibt an, dass fast 44% aller Suizidwilligen aus Deutschland kommen, um Suizidhilfe zu erhalten [14, S.20, 21]. Die Zahl spricht für sich und verdeutlicht noch einmal, wie relevant das Thema Sterbehilfe für die Deutschen ist (vgl. Abb. 5).

Ebenfalls haben liberale Regelungen, wie die in der Schweiz oder in den Niederlanden, gezeigt, dass Sterbehilfe in anderen Ländern eine durchaus sinnvolle Regelung sein kann. So hat der US-Bundesstaat Oregon seit über 20 Jahren Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid, woraus sich Erfolge abzeichnen lassen. [14, S.82 ff.]

Ein weiterer wichtiger Aspekt, warum eine gesetzliche Neuregelung zur Sterbehilfe unablässig ist, ist die Tatsache, dass selbst durch ein sehr gut ausgebautes Angebot der Palliativ- und Hospizversorgung die Ängste vieler Patienten nur gemindert werden können. Der Wunsch nach Sterbehilfe bleibt bei einigen jedoch immer bestehen. [14, S.78]

Außerdem hat das Ansprechen von Sterbehilfe und das Enttabuisieren der Thematik einen suizidpräventiven Effekt. Erfahren Betroffene das Gefühl, dass ihr Wunsch nach Sterben ernstgenommen wird, könnte dies dem Wunsch entgegenwirken. Eine klare Regelung könnte diesen Effekt nur verstärken. [14, S.72]

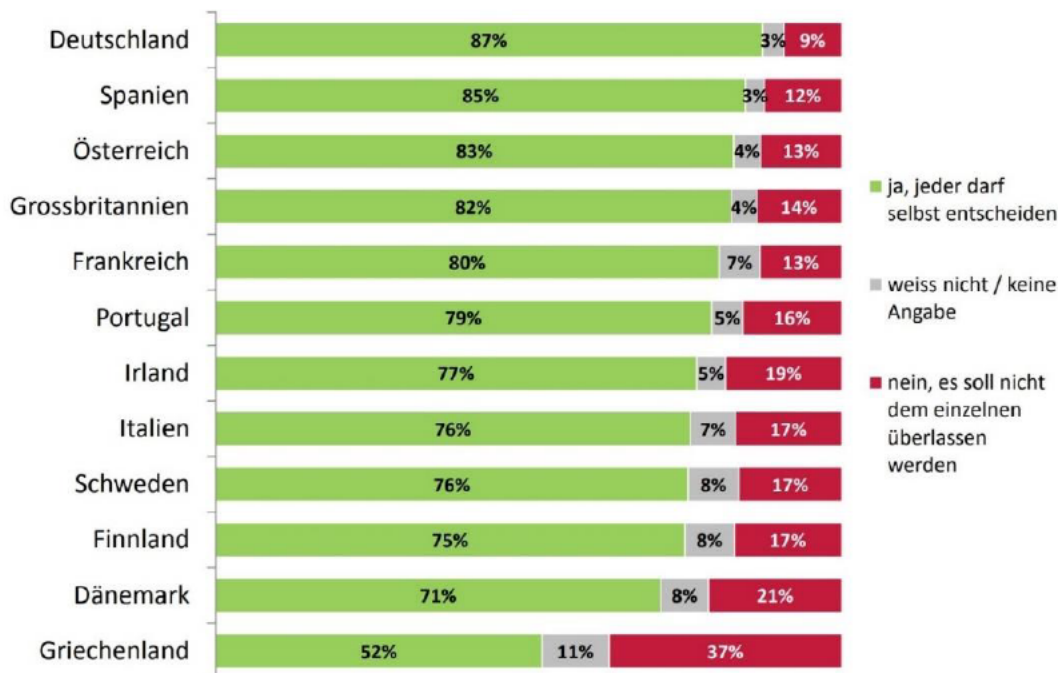


Abbildung 5: Befürwortung eines selbst entschiedenen Todes [9]

Bestärkt wird die Forderung nach einer klaren gesetzlichen Regelung auch dadurch, dass wie in Abbildung 5 zu sehen ist, sich 87% der deutschen Befragten grundsätzlich dafür aussprechen, selbst zu bestimmen, wann und wie jemand sterben will [9]. In Auftrag gegeben wurde die europaweite Onlineumfrage von der „Vereinigung Schweizer Medizinalrechtsanwälte“, bei der insgesamt 1002 Deutsche befragt wurden [14, S.76].

Außerdem plagt viele Menschen die Angst vor einem Verlust ihrer Würde, die Angst vor Zukunftsängsten und der starke Wunsch nach Kontrolle und Selbstbestimmung. Um diesen Menschen ihre Ängste zu nehmen bzw. zu reduzieren und ihren Wunsch nach Selbstbestimmung und Kontrolle zu ermöglichen, ist ein neues Gesetz voraussetzend [14, S.78].

Die Motive von Suizidwilligen hängen oft nicht mit körperlichen Beschwerden oder unerträglichem Leid zusammen. Häufig wird die Wahrnehmung man verliere seine Würde, den Lebenssinn oder die individuelle Freiheit als ein nicht mehr erstrebenswertes Leben angesehen. [14, S.70]

Weiterhin möchten viele Menschen nicht, dass irgendjemand, auch nicht der Staat, sich bei der Frage der Sterbehilfe in die individuelle Entscheidung des Einzelnen einmischt. Vor allem in Industrienationen, wie auch Deutschland, wird diese Auffassung vertreten. Das Urteil des BVerfG hat diese Meinung gestärkt, in dem es den Staat bei der Regulierung zu einem neuen Gesetz einen Rahmen gesetzt hat. [14, S.39, 69, 88]

Auch der europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) unterstützt das Urteil des BVerfG. Nach Art. 8 europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) das Recht auf Achtung des Privatlebens zählt auch die Entscheidung des BVerfG, dass der Einzelne ein Recht darüber hat, zu entscheiden wann und wie er sein Leben beenden möchte. Voraussetzung ist, da sind sich beide einig, ein freier Wille, wonach der Betroffene handelt. Dennoch erkennt auch der EGMR an, dass es Einschränkungen geben muss, um der Pflicht des staatlichen Lebensschutzes nachzukommen. [14, S.60]

Ohne eine sinnvolle gesetzliche Neuregelung kann es zu großen Problemen in der Praxis der Sterbehilfe kommen. Da bisher noch keine Sorgfaltskriterien, eine Dokumentationspflicht oder ein Meldeverfahren existieren, ist die Praxis der Sterbehilfe sehr uneinheitlich, unkontrolliert und intransparent. Außerdem ist die Praxis auch aus ethischer und rechtlicher Sicht fragwürdig. [14, S.22]

Es existieren auch jetzt schon, Probleme, die sich in folgenden Dingen äußern und genügend Gründe für eine schnelle Regelung für die Praxis der Sterbehilfe sprechen: [14, S.22 f.]

- Es gibt bereits jetzt veröffentlichte Einzelberichte, die die Freiverantwortlichkeit des Suizidwilligen bezweifeln. [14, S.22]
- Aufgrund keiner existierender Regelung, dürfen auch Laien Sterbehilfe leisten. Dabei besteht die Gefahr von zu geringen Kenntnissen, die ein Arzt haben würde. Es könnte zu einer mangelnden oder sogar fehlenden Aufklärung, Prognose oder Behandlungsmöglichkeiten kommen. [14, S.22 f.]
- Weiterhin bestehen nach Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing Anhaltspunkte dafür, dass manche Suizidhelfer Betroffene ausnutzen. Durch eine unregelte Situation könnte diese Gefahr vergrößert werden. [14, S.23]
- Da Ärzte immer noch strafrechtlichen Konsequenzen fürchten, werden Sterbewillige oft allein gelassen, wodurch es nicht zuletzt zu unwürdigen Suiziden kommt. [14, S.23]
- Außerdem befürchten viele Betroffene von ihrem Arzt abgewiesen oder für „verrückt“ erklärt zu werden, und schlimmstenfalls in einer psychiatrischen Einrichtung zu landen. [14, S.23]

Zudem stellt die Rechtsunsicherheit in Deutschland eine große Belastung für Ärzte, Betroffene und Angehörige dar, die einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Thema erschweren. [14, S.23 f.]

6.1 Ein Gesetzesvorschlag [14, S.31 ff.]

Verfasst wurde folgender Gesetzesentwurf von Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio, am Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Universität Lausanne tätig und Chefarzt der Palliativmedizin am Universitätsspital ebenfalls in Lausanne. Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox, Professor in der geriatrischen Palliativmedizin und Medizinethik und ebenfalls an der Universität Lausanne. Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz ist Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, und Gesundheitsrecht und Bioethik, an der Universität Heidelberg, Mannheim. Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing ist der Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin und ist in der Universität Tübingen tätig. Zusammen haben die 4 Autoren das Buch „Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben“ verfasst. In dem auch der untenstehende Gesetzesentwurf zu finden ist. [14, S.8]

Ziel war es, ein verfassungskonformer Gesetzentwurf zu finden, der die Grundrechte der Bürger schützt, aber sich auch zum Ziel des Lebensschutzes gesetzt hat. [14, S.25]

„Zusammengefasst verfolgt der Gesetzesvorschlag [...] folgende Ziele:

- Respekt vor der Autonomie der Menschen
- Fürsorge durch fachkundige ärztliche Beratung und Begleitung
- Schutz vor sozialem Druck der Betroffene
- Suizidprävention
- Vermeidung einer Freigabe der Tötung auf Verlangen
- Rechtssicherheit für alle Beteiligten
- Transparenz durch Dokumentation“ [14, S.26 f.]

Anmerkung: Der gesamte Gesetzesentwurf wird aus Quelle 14, Seite 31 ff. wörtlich zitiert!

„Gesetz zur Regelung des assistierten Suizids

Artikel 1

Änderung des Strafgesetzbuchs

Das Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 217 durch folgende Angaben ersetzt:
 - »§ 217 Hilfe zur Selbsttötung
 - § 217 a Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung«
2. § 217 wird wie folgt gefasst:

»§ 217

Hilfe zur Selbsttötung

- (1) Ein Arzt darf einem freiverantwortlich handelnden Volljährigen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland auf sein ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin Hilfe zur Selbsttötung leisten, wenn
 1. er aufgrund eines persönlichen Gesprächs mit der Person zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Entschluss zur Selbsttötung auf reiflicher Überlegung beruht, dauerhaft besteht und nicht durch eine akute psychische Störung oder eine vorübergehende Lebenskrise bedingt ist,
 2. nach seiner Überzeugung der Entschluss zur Selbsttötung nicht auf Zwang, Drohung, Täuschung oder sonstige unzulässige Einflussnahme durch Dritte zurückzuführen ist,
 3. er die Person umfassend und lebensorientiert über ihren Zustand, dessen Aussichten, mögliche Formen der Suizidhilfe sowie über Handlungsalternativen zur Selbsttötung –

- insbesondere palliativmedizinische Möglichkeiten – aufgeklärt und dies sowie den Sterbewunsch und den Wunsch nach Suizidhilfe dokumentiert hat,
4. er mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der mit der Person persönlich gesprochen und in einer schriftlichen Stellungnahme bestätigt hat, dass die in den Punkten 1 bis 3 bezeichneten Vorgaben in Bezug auf den Entschluss zur Selbsttötung erfüllt sind, und
 5. zwischen dem nach dem Aufklärungsgespräch gemäß Nr. 3 geäußerten Verlangen nach Hilfe und der Hilfe selbst mindestens zehn Tage verstrichen sind und der Arzt der Überzeugung ist, dass der Sterbewunsch nach Aufklärung realitätsbezogen und am eigenen Selbstbild des Betroffenen orientiert ist.
- (2) Angehörige oder nahestehende Personen eines freiverantwortlich handelnden Volljährigen machen sich nicht strafbar, wenn sie diesem auf sein ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin Hilfe zur Selbsttötung leisten.
 - (3) Wer einem anderen Hilfe zur Selbsttötung leistet und nicht die Voraussetzungen von Absatz 1 oder 2 erfüllt, wird, wenn die Selbsttötung ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
 - (4) Niemand ist zu einer Hilfe zur Selbsttötung verpflichtet.
 - (5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln, insbesondere zu
 1. den Anforderungen an die fachliche Qualifikation der beteiligten Ärzte, wobei einer der beiden Ärzte über psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachkenntnisse verfügen muss,
 2. den Anforderungen an die Aufklärungspflichten,
 3. den Anforderungen an die Dokumentation und Meldepflicht,
 4. den Anforderungen an Krankenhäuser und andere Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung, in denen Ärzte Hilfe zum Suizid anbieten,
 5. der Vergütung der Hilfe zur Selbsttötung.

3. § 217 a wird wie folgt gefasst:

»§ 217 a

Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung

1. Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Abs. 3) seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise eigene oder fremde Hilfeleistung zur Vornahme einer Selbsttötung anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärung solchen Inhalts bekanntgibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
2. Absatz 1 gilt nicht, wenn Ärzte, Krankenhäuser oder andere Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung darüber unterrichten oder unterrichtet werden, welche Ärzte bereit sind, Hilfe zur Selbsttötung unter den Voraussetzungen des § 217 Abs. 1 zu leisten.«

Artikel 2

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 13 wird wie folgt ergänzt:

Nach dem Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 neu eingefügt:

»Die Anwendung ist auch begründet, wenn die Voraussetzungen des § 217 Abs. 1 StGB erfüllt sind.«

Artikel 3

Inkrafttreten

»Dieses Gesetz tritt am (Tag nach der Verkündung) in Kraft.«

6.1.1 Begründung

Der vorgeschlagene Gesetzesentwurf soll hier kurz begründet werden.

Die Autoren Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing wollen in ihrem Gesetzesentwurf die staatliche Schutzpflicht des Lebens berücksichtigen, gleichzeitig aber auch die Selbstbestimmung und die Freiverantwortlichkeit des assistierten Suizids gewährleisten. Außerdem ist es wichtig, Missbrauch zu unterbinden. [14, S.26 ff.]

Die Zielsetzung des Entwurfs ist „von einer Kultur des Lebensschutzes, der Suizidprävention und der Sterbebegleitung geprägt“. [14, S.106]

Das BVerfG hat nach seinem Urteil klargestellt, dass nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 I GG, jeder Mensch das Recht besitzt, selbst über seinen Tod zu entscheiden und dafür auch die Hilfe von Dritten in Anspruch nehmen darf. Daher wurde sich für die Formulierung „Hilfe zur Selbsttötung“ entschlossen. [14, S.102 f.]

Nach dem Entwurf des § 217 Abs. 1 darf nur ein Arzt volljährige Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, bei einem assistierten Suizid begleiten. Voraussetzungen sind die Freiverantwortlichkeit des Volljährigen. Es wurde sich bewusst für die Hilfe eines Arztes entschieden, da dieser am besten nicht freiverantwortliche Suizide verhindern kann und die Kompetenz besitzt freiverantwortliche Suizide schmerzlos und würdevoll ggf. mit Hilfe eines weiteren qualifizierten Gesundheitsmitarbeiters zu vollziehen. Außerdem bindet einen Arzt seine Schweigepflicht und es besteht ein anderes Vertrauensverhältnis. Durch die oben genannten Anforderungen und Kompetenzen, sollte es nach dem Gesetzesentwurf Ärzten erlaubt werden Suizidhilfe zu leisten [14, S.105 ff.]. Durch das Ändern der Berufsverordnung für Ärzte in vielen Landesärztekammern (LÄK), steht diesem von dieser Seite aus nichts im Weg [10, S.544 f.]. Weiterhin soll die in Kapitel 6.1 vorgeschlagenen Regelungen zur ärztlich assistierten Suizidhilfe, den Arzt vor strafrechtlichen Konsequenzen durch eine klare gesetzliche Vorschrift schützen. Außerdem sollen die Voraussetzungen einen Suizidwilligen davor bewahren übereilte und nicht freiverantwortliche Entscheidungen zu treffen, wodurch Missbrauch wirkungsvoll ausgeschlossen werden kann. Einer der beiden Ärzte muss über psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Fachkenntnisse besitzen. Weitere Voraussetzungen, die ein Arzt besitzen könnte, wären palliativmedizinische Fachkenntnisse. Zu den hilfeleistenden Ärzten sollten sowohl niedergelassene Ärzte, als auch Ärzte in Krankenhäusern, Hospizen und anderen gesundheitlichen Einrichtungen zählen. Dies und z.B. die Vergütung einer Tat zur Hilfe zur Selbsttötung soll das Bundesministerium für Gesundheit regeln. Durch eine Regelung der Vergütung soll verhindert werden, dass die Sterbehilfe sich zu einem gewinnorientierten Gewerbe wandelt [14, S.105 ff.].

Wie auch in anderen europäischen Ländern (vgl. 5.4) darf der Wunsch der Sterbehilfe nur auf einem freiverantwortlichen Willen basieren. Dies ist nicht gegeben, wenn der Suizidwillige Mängel in seiner Einsichts- und Urteilsfähigkeit aufweist. Bei Minderjährigen wird in der Regel nicht davon ausgegangen, dass die Entscheidung auf einem freien Willen basiert, wodurch die Voraussetzung, der Volljährigkeit, vorausgesetzt wird. [14, S.107]

Als ausdrückliches Verlangen versteht man, „wenn der Suizidwillige durch sein Verhalten unmissverständlich und eindeutig seinen Wunsch nach Hilfe verdeutlicht. Dies muss nicht unbedingt in Worten, sondern kann auch durch unzweideutige Gesten geschehen. [...] Das Verhalten ist mehr als die bloße Einwilligung, die allerdings in dem Verlangen mit enthalten ist.“ [14, S.107 f.]

Außerdem muss der Suizidwille von einer inneren Haltung abstammen, die Willensfestigkeit und Zielstrebigkeit aufweist. Er darf nicht nur eine beiläufige und/oder unüberlegte Äußerung sein. [14, S.108]

In Nr. 1 soll sich der Arzt überzeugen, dass der Patient sich nicht in einer psychischen oder sozialen Notlage befindet. Der Wille muss frei gebildet werden, ohne psychische

Störungen, die das Handeln beeinflussen. So kann man nicht von vorneherein sagen, dass die Freiverantwortlichkeit durch psychische Erkrankungen beeinflusst wird. Denn auch durch wirtschaftliche, gesundheitliche oder andere Notlagen kann der Suizidwille negativ beeinflusst werden. [14, S.109 f.]

Nach Nr. 2 soll sich der Arzt in mindestens einem persönlichen Gespräch davon überzeugen, dass durch die Einflussnahme Dritter die Freiverantwortlichkeit des Willens nicht beeinträchtigt wird. Unter solchen Einflüssen versteht man unter anderem Zwang, Drohung, Täuschung oder andere Formen der Einflussnahmen. Die Nr. 2 des Entwurfs soll dafür sorgen, dass die Freiwilligkeit der Suizidwilligen nicht beeinträchtigt wird. [14, S.110 f.]

Außerdem ist nach Nr. 3 der Arzt verpflichtet, den Betroffenen umfassend und lebensorientiert über seinen aktuellen Zustand aufzuklären, ihm dessen Aussichten und mögliche Formen der Sterbehilfe, als auch alternative Möglichkeiten aufzuzeigen. Dadurch soll gewährleistet werden, dass der Patient ausreichend und umfangreich informiert wird, so dass eine Entscheidung für oder gegen den Sterbewunsch abgewogen werden kann. Während dieser Aufklärung ist es vor allem relevant, dem Betroffenen Alternativen, auch palliativmedizinische Alternativen, aufzuzeigen, die ein Weiterleben ermöglichen. [14, S.111 ff.]

„Nr. 4 postuliert die Verpflichtung des Arztes, mindestens einen anderen, von ihm unabhängigen Arzt hinzuzuziehen, der den Sterbewilligen eigenständig, also getrennt vom ersten Arzt, und persönlich sprechen muss und der eine schriftliche Stellungnahme dazu abgeben muss, dass die in den Punkten 1 bis 3 bezeichneten Vorgaben in Bezug auf den Entschluss zur Selbsttötung erfüllt sind.“ [14, S.113]. Dadurch können Missbrauchsfälle durch einzelne Ärzte verhindert werden und der Betroffene wird vor übereilten Entscheidungen geschützt. [14, S.113]

In Nr. 5 ist eine Bedenkzeit von 10 Tagen verankert. Die Frist beginnt jedoch nicht mit der erstmaligen Äußerung des Sterbewunsches, sondern erst nach dem Aufklärungsgespräch mit einem Arzt. Erst wenn der Wunsch auch noch nach dem Aufzeigen von Alternativen besteht, beginnt die Frist von 10 Tagen. In diesen Tagen hat der Betroffene noch einmal die Möglichkeit, andere lebensbejahende Alternativen zu überdenken und somit eine abgewogene und selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. [14, S.114]

In Absatz 2 bleibt die Unterstützung von Angehörigen und nahestehenden Personen wie bisher straffrei. Personen sollten nicht bestraft werden, die aufgrund dessen, dass sie Mitgefühl mit den sich nahestehenden Suizidwilligen haben oder Nahestehende aus persönlicher Gewissensentscheidung in der Situation des Suizids begleiten möchten. Dabei werden Angehörige nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB definiert und nahestehende Personen als jene, die mit dem Betroffenen eine Beziehung haben die auf Gegenseitigkeit beruht und schon von gewisser Dauer ist. Außerdem muss zu einem Nahestehende ein ähnliches

Verhältnis bestehen, wie die Solidaritätsgefühle bei einem Angehörigen nach § 35 StGB. Hervorzuheben ist jedoch noch einmal, dass es sich hierbei um keine Befugnis handelt, sondern lediglich einen Entschuldigungsgrund darstellt. Die Tat ist immer noch rechtswidrig! [14, S.115 f.]

In Absatz 3 wird geregelt, dass es zu verhindern gilt, dass Hilfe zum Suizid geleistet wird, obwohl der Wunsch nicht freiverantwortlich und dauerhaft gefasst worden ist. Da Absatz 1 und Absatz 2 dies zu verhindern wissen, werden diejenigen, die die Voraussetzungen aus Absatz 1 und Absatz 2 nicht erfüllen, mit einer Freiheits- oder Geldstrafe sanktioniert. [14, S.116 ff.]

Nach Absatz 4 ist niemand, auch kein Arzt, verpflichtet, Sterbehilfe zu leisten. Bei dem hoch sensiblen Thema der Sterbehilfe muss jeder, auch ein Arzt, ohne Angabe von Gründen, die Hilfe beim Suizid ablehnen können. [14, S.118]

In dem Gesetzesentwurf wird ebenfalls die Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung durch klare gesetzliche Regelungen beschränkt. [14, S.119 ff.]

Absatz 1 des vorgeschlagenen § 217a soll verhindern, dass Sterbehilfe regelrecht vermarktet oder als organisierte Dienstleistung dargestellt wird, wodurch der Gesellschaft ein Eindruck eines normalen Verhaltens vermittelt werden könnte. Außerdem soll das Verbot der Werbung verhindern, dass der Wunsch bei potenziellen Suizidenten erst geweckt oder verstärkt werden könnte. Die vorgestellte Strafandrohung ist im Wortlaut der des § 219s StGB sehr ähnlich und lehnt sich ebenfalls an die Voraussetzungen des § 219s StGB an. [14, S.119 ff.]

Nach Absatz 2 entfällt das Verbot bei einer Auskunft von Ärzten, Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung, gegenüber Ärzten, welche bereit sind ärztlich assistierte Suizidhilfe zu begleiten. [14, S.121]

In Artikel 2, Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes, ist nach aktuellem Wortlaut, sehr umstritten, ob die Anwendung der bezeichneten Betäubungsmittel als „begründet“ gelten, wenn sie unmittelbar zur Hilfe beim Suizid angewendet werden. Um diese Streitfrage zu lösen, ist eine klare gesetzliche Regelung erforderlich. [14, S.122]

6.2 Erwartbare mögliche Konsequenzen

Bisher hat der Gesetzgeber noch keine gesetzliche Neuregelung bezüglich der Regelung zur Sterbehilfe erlassen [21]. In folgendem Text soll auf mögliche Konsequenzen einer Neuregelung eingegangen werden.

Es ist offensichtlich, dass sich die Nichtigkeit des § 217 StGB auch auf andere gesetzliche Regelungen auswirkt. So hat die Bundesärztekammer, aufgrund des Urteils, im Mai 2021 die Musterberufsverordnung geändert [10, S.544]. Vorher hatten 10 von 17 Landesärztekammern in der Berufsordnung für Ärzte ein Verbot zur ärztlichen Suizidhilfe stehen. 6 Bundesländer, darunter Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein, verzichteten bewusst auf den Satz „[sie] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ [27, S.5] und machten eine ärztliche Sterbehilfe möglich. Die Berufsordnung in Westfalen-Lippe entschied sich für einen Kompromiss, diese verwendeten die Formulierung das Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten sollen. [14, S.20]

Nun ist es auch in den restlichen 10 Landesärztekammern den Ärzten berufsrechtlich möglich, ärztliche Suizidassistenz zu leisten. [10, S.544]

Aus einer staatlichen Schutzpflicht gegenüber der Gesellschaft und einzelner autonomer Individuen, muss der Gesetzgeber für Voraussetzungen sorgen, die die Wahrung des Grundrechts auf ein Recht zu leben (§ Art. 2 Abs. 2 GG), schaffen. Dazu zählt wohl die bekannteste Konsequenz des Urteils, nämlich eine gesetzeskonforme Regelung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG). Nach aktueller Rechtslage ist nicht mit einer Freiheitsstrafe von unter zwei Jahren zu rechnen, für jene, die Betäubungsmittel an andere abgeben, diese verabreichen oder die Mittel zum Gebrauch freistellen. Dadurch wird laut § 30 Abs. 1 Nr. 3 BtMG der Tod eines Menschen „leichtfertig“ in Kauf genommen. Suizidhelfer fallen jedoch nicht unter diese Vorschrift, solange es sich bei dem Suizid um einen freiverantwortlichen Tod handelt. [14, S.43 f.]

Jedoch ist damit nicht geklärt, ob sich Suizidhelfer, welche bestimmte Betäubungsmittel wie auch Natrium-Pentobarbital nach § 29 BtMG in Verbindung mit § 13 BtMG durch das verschreiben oder verabreichen, strafbar machen. In § 13 Abs. 1 BtMG Anlage III sind Betäubungsmittel gelistet, welche bisher nur von Ärzten, Zahnärzten oder Tierärzten zur entsprechenden Behandlung verabreicht werden dürfen, oder zum unmittelbaren Verbrauch verschrieben werden dürfen, sobald die Anwendung der gelisteten Medikamente ärztlich begründet ist. [14, S.43 ff.]

Es ist bisher umstritten, ob der Einsatz dieser Betäubungsmittel ärztlich begründet ist, wenn sie zum Zweck eines selbstbestimmten Suizids verwendet werden sollen [57]. Nach der Literatur und der Zielsetzung des Betäubungsmittelgesetzes, wird sich gegen einen solchen lebensvernichtenden Gebrauch ausgesprochen [14, S.44 ff.].

Dagegen spricht aber die Tatsache, dass nach dieser Auffassung keine Rücksicht auf den Willen des Patienten genommen wird. Denn die absolute Lebenserhaltung kann nach entgegenstehendem Willen des Patienten einem Arzt entsprechende Lebenserhaltungsmaßnahmen untersagen. [14, S. 44 f.]

Außerfrage steht, dass die Praxis der Suizidhilfe engmaschig kontrolliert werden muss, deswegen schlagen die Autoren Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing des Buchs „Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben“ vor, eine vollständige ärztliche Dokumentation zu verfassen, welche zur Transparenz beitragen kann. [14, S.123]

Weiterhin ist ein weiterer Aspekt ihrer Arbeit, der Vorschlag eines bundesweiten Registers, welcher alle Fälle festhält. Dadurch kann ein jährlicher Bericht verfasst und veröffentlicht werden, welche gesellschaftliche Folgen eines neuen Gesetzes aufzeigen kann. [14, S.123]

Außerdem sprechen sich Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing für eine wissenschaftliche Begleitforschung aus, welcher die Auswirkung des Gesetzes erfasst, wodurch sich gesicherte Erkenntnisse über die Auswirkungen in der Praxis schließen lassen. [14, S.123]

Bisher ist weder eine Dokumentation aller Sterbehilfefälle gelistet, noch existiert eine wissenschaftliche Forschung zu diesem Thema, wodurch in Deutschland keine aussagekräftigen Auskünfte gegeben werden können. Als Vorbild könnte hier der „Oregon Death with Dignity Act“ dienen. [14, S.124]

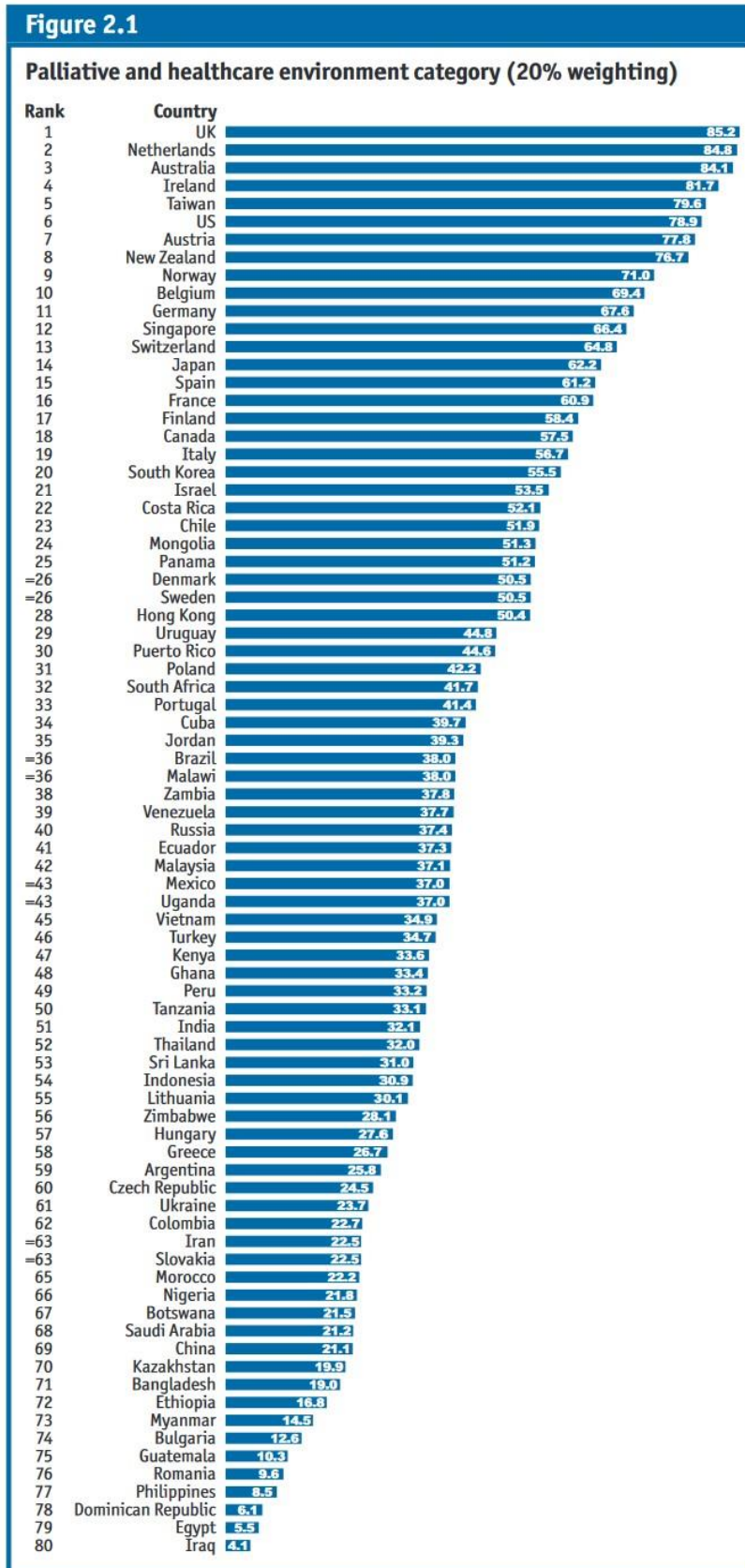
Auch soziale Maßnahmen könnten Suizidpräventiv wirken. Da nicht alle Maßnahmen erlättert werden können, wird auf zwei Szenarien vertieft eingegangen. [14, S.127 f.]

- Zum einen nimmt in Deutschland schon seit Jahren die Einsamkeit im Alter zu. Die Gründe dafür sind oft ganz unterschiedlich. Einerseits gibt es mehr alleinstehende Personen und kinderlose Paare als früher. Zum anderen existiert heute eine große berufliche Mobilität. Weiterhin leben Kinder oft weit von ihren Eltern entfernt, so dass sie sich nicht um ihre alten Eltern kümmern können. Würde man Konzepte und Strukturen entwickeln z.B. Mehrgenerationenhäuser, die der Einsamkeit im Alter entgegenwirken, könnte dies ist wichtige Maßnahme in der Suizidprävention sein. [14, S.128]
- Zum anderen besteht eine große Angst in der Gesellschaft davor ein Pflegefall zu werden. Man kann nicht verhindern, dass vor allem ältere Menschen zum Pflegefall werden, jedoch kann man in der Pflege selber, Maßnahmen vornehmen, so dass hier die Versorgung verbessert wird. So kann man die personelle Ausstattung in Alten- und Pflegeheimen verbessern oder den Beruf an sich aufwerten. [14, S.128]

Seit den 1980 Jahren hat die Suizidprävention der Psychiatrie bis 2017 die Zahl der vollendeten Suizide um die Hälfte reduzieren können. Unter anderem ist die niedrige Zahl von 9000 Suiziden im Jahr durch Initiativen wie die des nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland zu verdanken. Außerdem muss man nach dem Urteil des BVerfG unterscheiden, ein Anstieg an freiverantwortlich assistierten Suiziden bedeutet nicht gleichzeitig auch einen Anstieg der freiverantwortlichen Suizide. Dafür ist aber wichtig, dass die noch treffende gesetzliche Regelung zur assistieren Suizidhilfe klare Richtlinien enthält, welche die Diagnostik und den Ausschluss von psychischen Störungen beinhaltet. Außerdem ist es unablässig, suizidpräventive Maßnahmen weiter auszubauen, die den freiverantwortlichen Suiziden auch gerecht werden. Dazu gehören Maßnahmen wie das Erweitern von Angeboten für bestimmte Risikogruppen, eine Verbesserung in der Suizidalitätsdiagnostik und einer Therapieplanung. [23]

Außerdem muss unbedingt angestrebt werden, dass nicht freiverantwortliche Suizide vermieden werden. Gründe dafür sind z.B. sozialer oder finanzieller Druck, falsches Bild der Realität bei Suizidwilligen, impulsive Kurzschlussreaktionen, jegliche psychische oder physische Einschränkungen, oder noch nicht voll ausgeschöpfte palliativmedizinische Maßnahmen. Um hier dagegen steuern zu können sind umfassende ärztliche Kompetenzen notwendig. [14, S.94]

Bei Personengruppen die unheilbare und therapierefraktäre psychische Erkrankungen haben oder Menschen ohne jegliche somatischen oder psychischen Erkrankungen, müssen besonders „kontrolliert“ werden. Denn hier ist es wichtig auszuschließen, dass ihr Suizidwunsch nicht freiverantwortlich beschlossen worden ist. [14, S.73 f.]



Wie bereits in Kapitel 4.2 erwähnt, hat sich die Palliativ- und Hospizversorgung in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. Dieser Fortschritt ist unter anderem auch auf das 2014 beschlossene Hospiz- und Palliativgesetz zurückzuführen. [14, S.124 f.] Deutschland ist auf Platz 3 der Top 80 Länder weltweit, in Hinsicht auf die Fachkompetenz der gesundheitsmedizinischen Mitarbeiter und dem Verhältnis des Personalschlüssel zu den palliativmedizinischen Todesfällen (vgl. Abb. 7) (Stand: 2015). Außerdem lässt sich aus Abbildung 6 ableiten, inwieweit Deutschland führend in der Palliativ- und Gesundheitsumgebung ist. Abbildung 6 ergibt sich aus der verfügbaren Kapazität für Sterbende in Einrichtungen und privaten Diensten, aus den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland, der Existenz und deren Effektivität der Politik in Bezug auf Palliativmedizin und der wissenschaftlichen Evaluation dieser (Stand: 2015). [22]

Abbildung 6: Top 80 Länder weltweit in Hinsicht auf eine Palliativmedizinische- und Hospizversorgung weltweit [22]

Trotzdem gibt es in Deutschland im Jahr 2020 noch immer Unzufriedenheiten und es wird eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und angemessen finanzierte Versorgung gefordert. Außerdem muss sich an der Vergütung der Palliativleistungen etwas ändern. Durch einen zeitlichen Druck und der Abrechnung mittels Fallpauschalen, leidet die Qualität der palliativmedizinischen Versorgung. [14, S.124 f.]

Außerdem hat ein Großteil der Bevölkerung vor sogenannter „Übertherapie“ [14, S.126] Angst. Es wird befürchtet, dass die Gesundheitsindustrie einen um jeden Preis am Leben erhält, was oft als unmenschlich empfunden wird und ein Gefühl von ausgeliefert Sein vermittelt. Dies ist einer der wichtigsten Gründe, warum Menschen um Sterbehilfe bitten [14, S.126 f.].

Andersherum existiert aber auch die Angst vor einer Unterversorgung. Besonders von vielen ältere Menschen bekommt man oft zu hören, dass sie sich eher umbringen, als ins Heim zu gehen. [14, S.128] Die Angst vor einer nicht ausreichenden medizinischen, vor allem aber pflegerischen Versorgung, ist für manche Personengruppen heute schon Alltag. Besonders soziale Schwache, Demenzkranke, Migranten oder andere gefährdete Gruppen sind davon teilweise heute schon betroffen [14, S.127].

Figure 3.1

Human resources category (20% weighting)

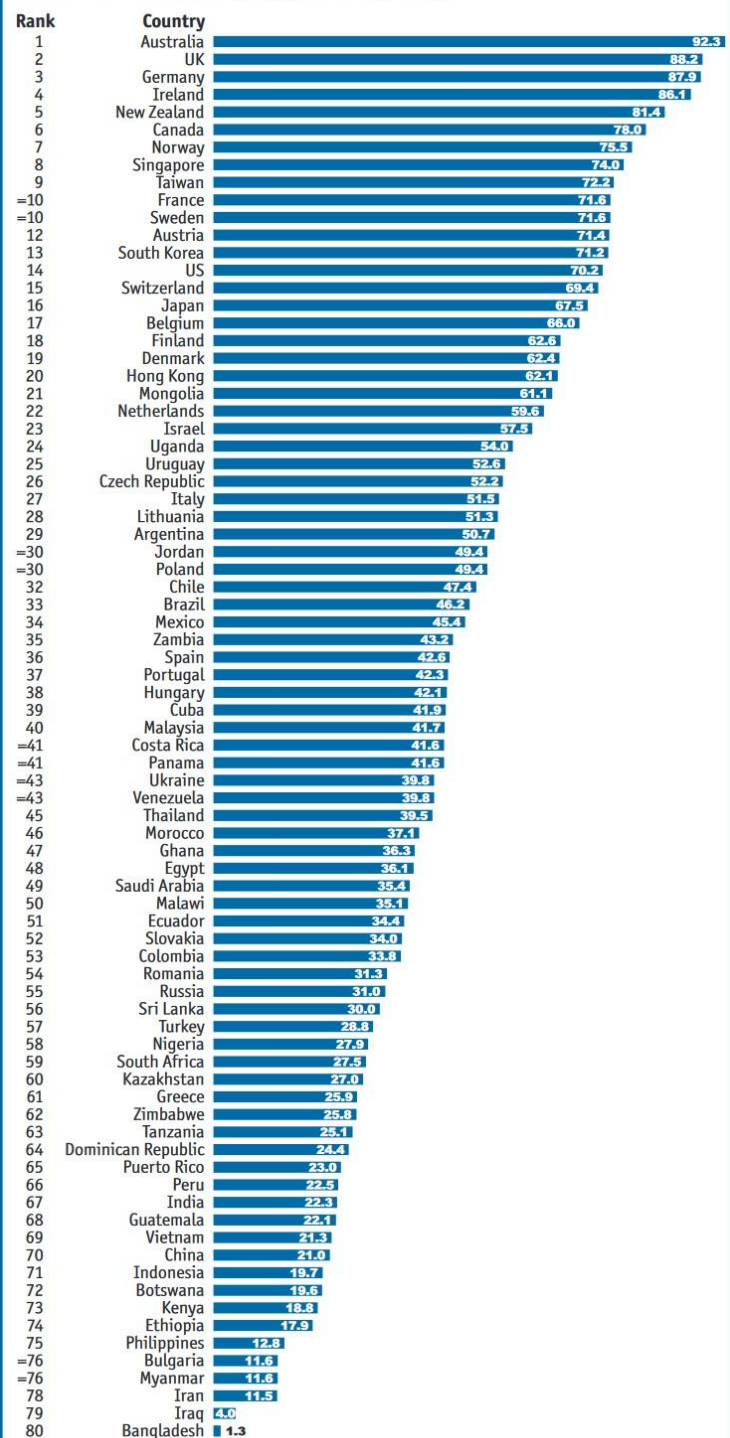


Abbildung 7: Top 80 Länder weltweit in Hinsicht auf das Personalwesen in der Palliativmedizin [22]

Sowohl die Übertherapie, als auch die Thematik der Unterversorgung, sind teilweise auf finanzielle Fehlanreize in unserem Gesundheitssystem zurückzuführen. Um diesem entgegenzuwirken, würde eine Behebung dieser Fehlanreize nicht nur zu einer Verbesserung in der Qualität der Patientenversorgung führen, sondern auch präventiv dem Suizidwunsch entgegenwirken. [14, S.127]

7 Fazit

Zusammenfassend kann man aus der Arbeit schließen, dass Deutschland sich trotz seiner düsteren Vergangenheit für einen selbstbestimmten Tod ausspricht (vgl. Abb. 5) [9, S. 7]. Für eine klare Regelung, die Deutschland bis jetzt Stand: 22.10.2022 noch nicht hat, benötigt es jedoch eine klare Aufklärung der Ärzte und des medizinischen Personals. Denn bis dahin herrschen in der Praxis oft noch große Unsicherheiten und Uneinigkeit, welche Handlungen in die jeweilige Definition der Sterbehilfe fallen [1, S.48]. Durch Furcht vor rechtlichen Konsequenzen leidet selbstverständlich auch die Patientenversorgung, die häufig nicht immer alle Maßnahmen erhalten, die sie erhalten könnten [14, 23]. Mit dem Urteil des BVerfG wurde klargestellt, dass die Freiheit sich selbstbestimmt das Leben zu nehmen, als Ausdruck der persönlichen Autonomie zählt [12, S.2844]. Der Akt autonomer Selbstbestimmung eines jeden Einzelnen, ist von der jeweils eigenen Auffassung von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit geprägt und ist vom Staat und von der Gesellschaft zu respektieren. Dabei betont das Gericht, dass die Entscheidung auf Sterbehilfe nicht auf Krankheits- und Lebensphasen gebunden ist [11, S.505 ff.].

Dennoch spricht das BVerfG dem Staat auch Maßnahmen zu, die Sterbehilfe zu regulieren und weitere Maßnahmen zu ergreifen, Suizidprävention zu betreiben. Grund dafür ist die staatliche Schutzpflicht gegenüber dem menschlichen Leben [11, S.505]. Damit etwaige Fehler, wie im Umgang mit der Sterbehilfe vor 2015 und daraus resultierenden Ängsten vermieden werden können [8, S. 17], sind suizidpräventiven Maßnahmen und klare gesetzliche Regulierungen zur Sterbehilfe dringend gefragt!

Aus dem neuen Gesetzesentwurf werden sich zukünftig auch Änderungen in anderen Bereichen der Rechtswissenschaften ergeben. So wurde bereits das berufsrechtliche Verbot für Ärzte Suizidhilfe zu leisten angepasst [10]. Aber auch das Betäubungsmittelgesetz muss dahingehend geändert werden, denn ohne entsprechende Regelung im Umgang mit Betäubungsmitteln zum Zweck einer Selbsttötung, kann keine Selbsttötung stattfinden [14, S.34]. Da die Entscheidung des BVerfG jedoch bindend ist, müssen neue Regelungen geschaffen werden. Außerdem werden in einigen wichtigen Prozessen festgelegt, wie das Spannungsverhältnis von Zivilrecht und Strafrecht aufgelöst werden kann. Gegenüber steht sich der absolute Schutz des Lebens im Zivilrecht und der Ausdruck persönlicher Autonomie mit Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben [12, S.2845].

Erfahrungen mit anderen Ländern haben gezeigt, dass es durchaus adäquate Lösungen zum Umgang mit Sterbehilfe gibt. Diese Lösungen haben vor allem gezeigt, dass die Menschen es vorziehen, die Tötung auf Verlangen in Anspruch zu nehmen, was bedeutet, dass der Arzt die todbringende Handlung ausführt [14, S.81]. Dies wird in Deutschland, nach Urteil des BVerfG jedoch weiterhin verboten sein [24]. Trotzdem gibt es wie in der

Schweiz oder im US-Bundesstaat Oregon Lösungen an den sich Deutschland orientieren kann [5].

Wichtig ist, dass wurde auch hier benannt, dass das Urteil des BVerfG selbst schon als suizidpräventiv dienen kann [10, S.539]. Die Gewissheit, die ein Einzelner hat, seinem Leben selbstbestimmt ein Ende zu setzen und dabei die Hilfe Dritter in Anspruch nehmen zu können, ohne sich in bestimmten Leben- oder Krankheitsphasen zu befinden, diese Tatsache allein kann schon suizidpräventiv wirken [10, S.539].

Nicht zuletzt wird die Entscheidung des BVerfG, die Freiheit eines selbstbestimmten Todes als Ausdruck persönlicher Autonomie zu sehen, vom EGMR unterstützt [14, S.52].

7.1 Stellungnahme

Im Folgenden wird zum Beschluss des BVerfG und einzelner Aspekte der Arbeit Stellung bezogen.

Ich, als Autorin dieser Arbeit, unterstütze grundsätzlich das Urteil des BVerfG. Jeder Mensch, egal ob er an einer unheilbaren Krankheit erkrankt ist oder sich in einer schwierigen Lebensphase befindet, sollte das Recht besitzen über das Ende seines Lebens zu bestimmen. Daraus ergibt sich, in meinen Augen, die größte mögliche Freiheit, die ein Mensch besitzen kann. Jedoch sind, wie auch das BVerfG es betont hat, Regulierungen zum Suizid unabdingbar [5]. Matthias Drobinski stellt nicht zu Unrecht Fragen wie „[was] ist mit der Großmutter, der die Enkel das Gefühl geben, dass sie ihnen nur noch zur Last fällt?“ [13]. Suizidprävention muss, nach eigener Auffassung, ein großes Thema auf der Agenda der Politik sein! Sozialer Druck oder psychische Krankheiten dürfen die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit des Suizidwilligen nicht beeinflussen. Die Freiheit sein Leben selbst zu beenden, hat nichts damit zu tun, sich durch äußere und oder innere Faktoren beeinflussen zu lassen [5]. Jedoch sieht die Autorin nicht nur den Staat in der Pflicht, Suizidprävention zu betreiben. Es ist ebenso eine gesellschaftliche Aufgabe. Erste Schritte dafür sind eine Enttabuisierung und Endstigmatisierung des Thema Sterbehilfe. Weiterhin gehören aber auch Maßnahmen dazu wie das Beenden der Alterseinsamkeit. Immer mehr ältere Menschen werden aus unterschiedlichsten Gründen allein gelassen [14, S.128]. Außerdem sollten wir als Gesellschaft ältere Menschen oder auch Pflegefälle nicht als Last ansehen, denn auch das begünstigt den Suizidgedanken dieser Personengruppen [14, S.128]. Eine höhere Anerkennung des medizinischen Personals kann sich auf die Qualität der Fachkräfte auswirken, aber auch neue Menschen dazu anregen, auf diesen Berufszweig umzusteigen. So könnte mehr qualifiziertes Personal ausgebildet werden, welches für die Versorgung von kranken oder alten Leuten essenziell ist.

Nach dem Erachten der Autorin, sind die Kriterien für ein todbringendes Medikament nach dem Urteil des BVerwG von 2017, zu kurzfristig gewesen. Die Kriterien, die in Kapitel 4.1 angeführt wurden [4], sind auf eine nicht repräsentative Anzahl an Personen anzuwenden. Wie das BVerfG geurteilt hat, muss jeder Mensch, sofern er entscheidungsfähig ist und sein Wille frei, über seinen Tod selbst bestimmen [5]. Dies darf nicht auf Kriterien basieren, wie es vor dem Urteil war.

Es steht für die Autorin außer Frage, dass der Staat zentral in der Verantwortung steht für mehr Gehalt, Gesundheitspersonal und eine bessere Ausstattung zu sorgen. Weiterhin erstreckt sich die Verantwortung Beratungsmaßnahmen und die Regulierung der Sterbehilfe zu kontrollieren [14].

Wie in Kapitel 5 – 5.4 aufgezeigt werden konnte, gibt es in jedem aufgezeigten Land eine klare gesetzliche Regelung zur Suizidhilfe und diese muss, nach Auffassung der Autorin, auch in Deutschland schnellstmöglich kommen. Außerdem zeigen die Zahlen in anderen Ländern, dass die Menschen sich sogar wohler fühlen und eher die Tötung auf Verlangen in Anspruch nehmen, wenn der Arzt die Tötung durchführen [14, S.81]. Dies ist in Deutschland bislang verboten und das Urteil des BVerfG äußern sich auch nicht zu diesem Straftatbestand, jedoch lässt es Rückschlüsse auf den Umgang mit Sterbehilfe ziehen. Und stellt die Frage in den Raum, ob auch in Deutschland die Tötung auf Verlangen erlaubt sein sollte.

Aufgrund dessen, dass möglichst schnell ein neues Gesetz zu Wege gebracht werden sollte, damit es nicht wie vor 2015 zu exorbitanter Rechtsunsicherheiten kommt und wieder eine Angst vor der „Industrie des Todes“ [8, S. 17] entsteht, wurde der in Kapitel 6.1 angesprochene Gesetzesentwurf vorgeschlagen. Nach dem Erachten der Autorin, stellt das Buch „Selbstbestimmung im Sterben- Fürsorge zum Leben“ von den Autoren Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing, in welchem auch der Gesetzesentwurf zu finden ist [14], einen gut ausgearbeiteten Gesetzesentwurf vor, der, wie der Titel schon sagt, lebensorientiert ist [14, S.26].

Als Schlussplädoyer appelliert die Autorin an die Politik schnellstmöglich eine gute und klare gesetzliche Regelung zu finden, mit allen Konsequenzen, welche dazu gehören. So soll es den Menschen ermöglicht werden, sofern es ihr Wunsch ist, selbstbestimmt gehen zu dürfen. Für die Gesellschaft ist es an der Zeit ihre Werte und Normen bezüglich der Sterbehilfe und dem selbstbestimmten Sterben zu überdenken, betroffene Personengruppen zu unterstützen und mehr wertzuschätzen.

Um mit den Worten von Ferdinand von Schirach zu enden „Meine verehrten Damen und Herren, wem, wenn nicht uns, gehört unser Sterben?“ [15].

Literatur

- [1] Oorschot, B. v., & Simon, A.: Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe? Über subjektive Definitionen und Klassifikationen von Ärzten und Richtern in Entscheidungssituationen am Lebensende. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 32(2/3), 39-53(2008).
oder
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-325704> verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [2] Klaschik, E.: Sterbehilfe – Sterbebegleitung. *Internist* 40, 276–282 (1999).
oder
<https://doi.org/10.1007/s001080050335> verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [3] Roggendorf, S., Eckart, W.: Indirekte Sterbehilfe. *Anaesthesist* 61, 640–646 (2012).
oder
<https://doi.org/10.1007/s00101-012-2057-6> verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [4] RA Melody, Nadine Razzaghi, Pia Kremer: Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Sterbehilfe nach § 217 StGB ist verfassungswidrig Anmerkung zu BVerfG, Frankfurt a.M., HRRS 2020 Nr. 190 S. 137
oder
<https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/archiv/20-03/hrrs-3-20.pdf> verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr

- [5] BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343,
oder
http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html verfügbar
am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [6] Schallehn, Josephine: Bachelorarbeit „Einfluss von § 217 StGB auf die Diskussion über die Sterbehilfe in Deutschland“, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung, Studiengang Soziale Arbeit, 09.07.2020
oder
https://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_the-sis_0000002386/dbhsnb_derivate_0000003010/Bachelorarbeit-Schallehn-2020.pdf verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [7] Carlo Grimm, Ingo Hillebrand: Sterbehilfe Rechtliche und ethische Aspekte, Ethik in den Biowissenschaften 8, Alber, 2009
oder
https://www.buecher.de/shop/ethik-moraltheologie-sozialethik/sterbehilfe/grimm-carlohillebrand-ingo/products_products/detail/prod_id/25550068/ verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [8] Winterholder, S.: Masterarbeit: Der selbstbestimmte Tod – eine medizinethische Analyse der deutschen Regelung des assistierten Suizids durch den § 217 StGB, Karl-Franzens-Universität Graz, 2020
oder
<https://unipub.uni-graz.at/obvuqrhs/content/titleinfo/5099208> verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [9] <https://www.presstext.com/nfs/177/142/pdf/0.pdf> verfügbar am
26.10.2022 23:30 Uhr

- [10] Frister, Helmut: Überlegungen zur gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz in Deutschland, Zeitschrift für medizinische Ethik, Band: 67, Heft: 4, Seiten: 537-550, Schwabenverlag, 2021 oder <https://doi.org/10.14623/zfme.2021.4.537-550> verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [11] Lindner, J.: Verfassungswidrigkeit des Verbots aktiver Sterbehilfe, Neue Zeitschrift für Strafrecht, Heft Nr. 9, S.505-508, 40. Jahrgang, 2020
- [12] Leitmeier Lorenz: „Neubewertung des ‚Lebens als Schaden‘?“ S.2844 ff., Neue juristische Wochenschrift 39/2020 C.H.Beck
- [13] [Haben bald auch Jugendliche mit Liebeskummer das Recht auf Suizid? - katholisch.de](https://www.katholisch.de), verfügbar am 17.10.2022 um 12:12 Uhr
- [14] Borasio, G., Jox, R., Taupitz, J., Wiesing, U.: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben, Kohlhammer, 2020, 2. Auflage
- [15] von Schirach, Ferdinand: Gott, Ein Theaterstück, München, Luchterhand Literaturverlag, 2020, 1. Auflage
- [16] [\(47\) 26.02.2020 - Urteil zu Sterbehilfe - Bundesverfassungsgericht - YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=...), verfügbar am 27.10.2022 11:59 Uhr
- [17] [§ 217 StGB - Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de) verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [18] Schäfer, Fabian: Zur strafrechtlichen Bewertung der Sterbehilfe de lege lata und de lege ferenda, Ein liberaler Entwurf, Nomos, 2022

- [19] [Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung \(bundesaerztekammer.de\)](https://www.bundesaerztekammer.de) verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [20] [Bundestag startet Debatte: Wie soll die Sterbehilfe in Deutschland künftig geregelt werden? \(tagesspiegel.de\)](https://www.tagesspiegel.de) verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [21] [Deutscher Bundestag - Bundestag berät Initiativen zur Reform der Sterbehilfe in erster Lesung](https://www.bundestag.de) verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [22] <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf> verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [23] Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland und Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention: In Würde leben, in Würde sterben. Suizidprävention und Palliativmedizin fördern. Stellungnahme zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe (Juni 2014)
[Stellungnahme-Sterbehilfe-25.pages \(naspro.de\)](https://www.naspro.de), verfügbar am 27.10.2022 um 12:19 Uhr
- [24] [§ 216 StGB - Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de) verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [25] [Art 12 GG - Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de) verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr
- [26] [Art 1 GG - Einzelnorm \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de) verfügbar am 26.10.2022 23:30 Uhr

- [27] <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=198641>, verfügbar am
27.10.2022 um 12:22 Uhr

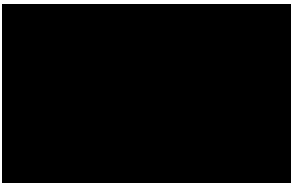
Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Besigheim, den 27. Oktober 2022



Lisanne Heuer