

# **Die Kollision von rechtlichen und ethisch-moralischen Aspekten bei der Sterbehilfe**

## **D i p l o m a r b e i t**

an der Hochschule Meißen (FH) und Fortbildungszentrum  
Fachbereich Steuer- und Staatsfinanzverwaltung

Vorgelegt von  
**Elisa Förster**  
aus Dresden

Meißen, 12. April 2021

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>1 Wem gehört die Entscheidung über unser Leben und Sterben?</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Begriffserklärung</b> .....	<b>3</b>
2.1 Aktive Sterbehilfe .....	3
2.1.1 Beihilfe zur Selbsttötung .....	4
2.1.2 Direkte Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen).....	4
2.1.3 Indirekte Sterbehilfe .....	4
2.2 Passive Sterbehilfe .....	5
2.2.1 Sterbebegleitung .....	5
2.2.2 Sterbenlassen .....	5
<b>3 Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland und weltweit</b> .....	<b>7</b>
3.1 Verfassungs- und konventionsrechtliche Ausgangslage .....	7
3.1.1 Lebensschutz und Menschenwürde .....	8
3.1.2 Selbstbestimmungsrecht und Menschenwürde .....	9
3.1.3 Verhältnis zwischen Individualschutz und Lebensschutz .....	11
3.2 Entwicklung der Rechtsprechung.....	11
3.2.1 Anfänge der rechtlichen Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe.....	12
3.2.2 Aktuelle Entwicklungen in der Sterbehilfedebatte .....	13
3.3 Aktuelle zivilrechtliche Rechtslage .....	14
3.3.1 Bedeutung, Regelungsinhalt und Voraussetzungen der Patientenverfügung.....	15
3.3.2 Der mutmaßliche Patientenwille .....	15
3.4 Aktuelle strafrechtliche Rechtslage .....	16
3.4.1 Umstritten und komplex – die Beihilfe zum Suizid .....	17
3.4.2 Der neue § 217 StGB und seine Auswirkungen.....	18
3.4.3 Umschwung in der strafrechtlichen Bewertung der Sterbehilfe .....	19
3.5 Das ärztliche Standesrecht.....	20
3.5.1 Leitlinien der Bundesärztekammer .....	20
3.5.2 Suizidbeihilfe ist keine ärztliche Aufgabe .....	21
3.6 Ein Blick in andere Länder.....	22
3.6.1 Benelux-Länder.....	22
3.6.2 Schweiz .....	23
3.6.3 USA und Kanada .....	23
<b>4 Das Für und Wider zum Thema Sterbehilfe – eine aktuelle Diskussion um ethisch-moralische Werte</b> .....	<b>25</b>
4.1 Aus Sicht der Patienten .....	25
4.1.1 Angst vor dem Verlust fundamentaler humaner Werte.....	26

4.1.2	Gesellschaftlicher Druck und Verzweiflung .....	27
4.2	Aus Sicht der Ärzte .....	28
4.2.1	Der hippokratische Eid und das medizinische Ethos .....	28
4.2.2	Das ärztliche Selbstverständnis im Wandel .....	30
4.2.3	Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses .....	30
4.2.4	Steigender sozialer Druck auf Benachteiligte und Lösungsansätze .....	31
4.3	Aus Sicht der Kirche .....	32
4.3.1	Von der Heiligkeit des Lebens und den Zehn Geboten .....	32
4.3.2	Gott allein als Richter über Leben und Tod.....	33
4.3.3	Dissens zwischen Kirchenvolk und Kirchenfunktionären .....	34
4.4	Aus Sicht des Staates.....	35
4.4.1	Christliche Moralvorstellungen beeinflussen Rechtsstaat .....	35
4.4.2	Das „Dammbrechtszenario“ .....	35
4.5	Aus Sicht von sonstigen Beteiligten .....	37
4.5.1	Sterbehilfeorganisationen – „Geschäft mit dem Tod“ .....	37
4.5.2	Pflegeeinrichtungen und Pharmakonzerne – „Geschäft mit der Lebensverlängerung“ .....	38
<b>5</b>	<b>Therapien am Lebensende: Palliativmedizin und Hospiz – mögliche Alternativen?</b> .....	<b>39</b>
5.1	Anfänge der modernen Palliativmedizin.....	39
5.2	Bedeutung und Aufgaben von palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung .....	40
5.3	Die Grenzen der Palliativmedizin als Chance für den assistierten ärztlichen Suizid .....	41
<b>6</b>	<b>Selbstbestimmung bis zum Schluss – unsere letzte Freiheit</b> .....	<b>44</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
	<b>Internetquellenverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
	<b>Verzeichnis der Rechtsvorschriften</b> .....	<b>VIII</b>
	<b>Verzeichnis der Rechtsprechungen</b> .....	<b>IX</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>X</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Benelux-Länder	Bezeichnung für den Zusammenschluss der Länder Belgien, den Niederlanden und Luxemburg
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
GG	Grundgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
ICCPR	Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (International Covenant on Civil and Political Rights)
LG	Landgericht
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
OLG	Oberlandesgericht
StGB	Strafgesetzbuch
v. Chr.	vor Christus
WRV	Weimarer Reichsverfassung

# 1 Wem gehört die Entscheidung über unser Leben und Sterben?

In den meisten demokratischen Ländern Westeuropas darf frei gesprochen, geschrieben, gewählt und geglaubt werden. Alle Religionen sind geachtet, unterschiedliche politische Parteien zugelassen, die Reisefreiheit ist unbeschränkt. Man kann ledig bleiben oder heiraten, man darf anziehen, was einem gefällt, man kann seine Haare kurz oder lang, braun oder rot tragen. Man ist ein Individuum mit individuellen Vorlieben. Dennoch gibt es außer der Schweiz und den Benelux-Ländern keine Demokratie in Europa, in der ein Individuum selbst darüber entscheiden kann, wann und wie es sein Leben beenden darf.<sup>1</sup> Doch warum eigentlich nicht? Sollte dieses Selbstbestimmungsrecht nicht für jeden und umfassend gelten? Ist es ethisch und rechtlich überhaupt vertretbar einen Menschen in bestimmten Fällen sterben zu lassen? Wer entscheidet was richtig oder was falsch ist? Wer legt die Kriterien dafür fest?

Diese und weitere Fragen werden in der aktuell präsenten Debatte um das Thema Sterbehilfe in Deutschland in Medien und Politik thematisiert. Angestoßen durch die jüngste Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes über die Nichtigkeit des Verbotes der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) zu Beginn des letzten Jahres, laden Talkshows regelmäßig Interessensvertreter<sup>2</sup> und Experten verschiedenster Fachrichtungen zu Gesprächsrunden ein. In diesen wird das Für und Wider der Legalisierung der Sterbehilfe debattiert und rechtliche und ethische Aspekte intensiv abgewogen. Befürworter argumentieren, dass jeder das Recht auf einen würdigen und schmerzfreien Tod zu einem selbst bestimmten Zeitpunkt haben sollte, so wie jeder auch ein Recht auf Leben hat. Die Gegner befürchten Gesetzesmissbrauch und sehen die Gefahr, dass der gesellschaftliche Druck auf Alte und Kranke zunehmen könnte, keine Last für ihr Umfeld zu werden, und dass Krankheit und Behinderung als Berechtigung angesehen werden könnten, ein Leben zu beenden. Religiöse Gegner führen an, dass nur Gott über den Tod bestimmen darf, da das Leben eine von ihm gegebene Gabe sei. Die Stimmen der Betroffenen, die oft unerträgliche Schmerzen erleiden müssen und sich die Option der Sterbehilfe als Notausgang wünschen, werden meist von den Gegnern übertönt.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. *Jencquel in Wehrl* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 215.

<sup>2</sup> Der Lesbarkeit halber wurde für die Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen die männliche Form gewählt. Die weibliche Form ist dabei stets mit eingeschlossen.

<sup>3</sup> Vgl. *Black*, *Alles, was bleibt*, S. 132 f.

Doch können die angeführten Argumente empirisch belegt werden? Schließlich ist die Sterbehilfe in ihren verschiedenen Formen in Ländern wie der Schweiz oder den Benelux-Ländern, aber auch in Kanada und einigen US-Bundesstaaten zugelassen. Sind dort die befürchteten Schreckensszenarien zu beobachten? Kann es überhaupt gelingen, die verschiedenen Meinungen der in der aktuellen Debatte mitwirkenden Akteure aus Medizin, Psychologie, Theologie, Rechtswissenschaft und Politik auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen? Und wie steht die Bevölkerung dazu? Wem gehört die Entscheidung über unser Leben und Sterben? Staat, Kirche, Medizinern, Familie und Freunden oder doch einem selbst?

Diesen Fragestellungen soll im Rahmen dieser Diplomarbeit nachgegangen werden. Einleitend werden die Terminologie zum Thema erläutert und die Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Sterbehilfe aufgezeigt. Anschließend folgt ein Überblick über die aktuelle Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland sowie im europäischen und nicht-europäischen Ausland. Das anschließende Kapitel beleuchtet die ethischen Vorstellungen und Argumente der verschiedenen Akteure, die im Rahmen der öffentlichen Debatte mitwirken. Die Arbeit schließt mit einem Blick auf die Optionen der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung und der Frage, ob diese mögliche Alternativen zur Sterbehilfe darstellen können.

## 2 Begriffserklärung

Euthanasie, der gute, schöne oder leichte Tod, bezeichnet Handlungen, die von der Hilfe und Unterstützung im Sterben bis zur aktiven Tötung schwerkranker oder sterbender Menschen reichen. Während man diesen aus dem Griechischen stammenden Begriff im englischsprachigen Raum ganz alltäglich gebraucht, ist er im deutschen Sprachraum seit den nationalsozialistischen Verbrechen größtenteils negativ behaftet.<sup>4</sup> Der eigentliche positive Wortsinn wurde von den Nationalsozialisten für die massenhafte, systematische Tötung von behinderten und meist psychisch kranken Menschen missbraucht. Medizinische Versuche und die Vernichtung von sogenanntem „lebensunwertem Leben“<sup>5</sup> und „Ballastexistenzen“<sup>6</sup> waren die ersten Schritte auf dem Weg des Holocaust.<sup>7</sup> All dies mit dem Ziel der Reinhaltung und genetischen Optimierung der germanischen Rasse. Um sich von den Gräueltaten der Nationalsozialisten zu distanzieren, wurde im deutschen Sprachraum der Begriff Sterbehilfe eingeführt.<sup>8</sup>

In der Debatte um das Thema Sterbehilfe ist es unerlässlich, die grundlegenden Begriffe zunächst zu erläutern und voneinander abzugrenzen. Dies ist insbesondere für die strafrechtliche Bewertung von immanenter Bedeutung. Dabei kann man nicht grundsätzlich aus den Begriffen „aktiv“ und „passiv“ auf die Rechtmäßigkeit der Handlung schließen. Ausschlaggebend ist ebenfalls, ob die Tatherrschaft allein beim Patienten oder beim „Helfer“ liegt.<sup>9</sup> Dies spiegelt sich anschließend auch im jeweiligen Strafmaß wider. Als weiteres Unterscheidungskriterium sollte zudem das angestrebte (Behandlungs-) Ziel betrachtet werden.

Dennoch können die nachfolgend dargestellten fünf Formen der Sterbehilfe nicht immer sauber voneinander abgegrenzt werden. Vielmehr existieren fließende Übergänge.<sup>10</sup>

### 2.1 Aktive Sterbehilfe

Bei der aktiven Sterbehilfe ist ein gezielter und vorsätzlicher Eingriff, der von Menschenhand ausgeführt wird, kausal für den Tod.<sup>11</sup>

---

<sup>4</sup> Vgl. *Wehrli*, Der organisierte Tod, S. 283.

<sup>5</sup> *Klee*, "Euthanasie" im Dritten Reich, S. 22.

<sup>6</sup> *De Ridder in Wehrli* (Hrsg.), Der organisierte Tod, S. 33.

<sup>7</sup> Vgl. *Klee*, "Euthanasie" im Dritten Reich, S. 15.

<sup>8</sup> Vgl. *De Ridder in Wehrli* (Hrsg.), Der organisierte Tod, S. 33, 283.

<sup>9</sup> Vgl. *Fischer*, StGB, Rn. 4a zu § 216.

<sup>10</sup> Vgl. *Cavalli in Wehrli* (Hrsg.), Der organisierte Tod, S. 161, 283.

<sup>11</sup> *De Ridder*, Abschied vom Leben, S. 40.

## 2.1.1 Beihilfe zur Selbsttötung

Beihilfe zur Selbsttötung ist die Form der Sterbehilfe, die oft als erstes mit diesem Thema in Verbindung gebracht wird. Darunter versteht man die gezielte Hilfeleistung einer Person, die es einem Sterbewilligen ermöglicht, sich selbst das Leben zu nehmen. Dies kann z.B. durch die Bereitstellung eines tödlichen Medikamentes oder Giftes erfolgen. Die Tatherrschaft liegt allein beim Patienten.<sup>12</sup> Insbesondere in Hinblick auf die strafrechtliche Bewertung und standesrechtliche Würdigung ist diese Form der Sterbehilfe recht komplex und höchst umstritten.

Von der Beihilfe zur Selbsttötung ist die im nächsten Punkt thematisierte Tötung auf Verlangen zu unterscheiden. Entscheidend für die Beurteilung des Unterschiedes ist der Umstand, wer die Tatherrschaft über den lebensbeendenden Akt innehat. Führt der Sterbewillige beispielsweise das durch einen Dritten bereitgestellte Gift selbst zu Munde, liegt Beihilfe zur Selbsttötung vor.<sup>13</sup>

## 2.1.2 Direkte Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)

Tötung auf Verlangen ist die gezielte und vorsätzliche Tötung eines Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch durch die Hand eines Dritten.<sup>14</sup> Bezogen auf das Beispiel zum vorherigen Punkt „Beihilfe zur Selbsttötung“ bedeutet das: Wird die Giftspritze auf Verlangen des Sterbewilligen durch einen Dritten verabreicht, handelt es sich um Tötung auf Verlangen oder auch direkte Sterbehilfe. Die Tatherrschaft liegt hier also beim „Helfer“.<sup>15</sup>

## 2.1.3 Indirekte Sterbehilfe

Maßnahmen, die der Leidlinderung dienen sollen und bei denen als unbeabsichtigte Nebenwirkung die Überlebensdauer herabgesetzt wird, ordnet man der indirekten Sterbehilfe zu.<sup>16</sup> Der vorzeitige Tod wird dabei billigend in Kauf genommen. Darunter fallen insbesondere palliativmedizinische Maßnahmen wie Sedierungen oder die Verabreichung hoch dosierter Medikamente. Der Tod des Patienten muss durch die Medikamentengabe herbeigeführt worden sein. Anderenfalls würde es sich um eine Maßnahme der Leidensminderung als eine Form der passiven Sterbehilfe handeln. Die Abgrenzung indirekter Sterbehilfe von direkter Sterbehilfe gestaltet sich in der Praxis allerdings recht schwierig. Es ist kaum überprüfbar, ob

---

<sup>12</sup> Vgl. *ders.*, Abschied vom Leben, S. 40.

<sup>13</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 24.

<sup>14</sup> *De Ridder*, Abschied vom Leben, S. 40.

<sup>15</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 24.

<sup>16</sup> Vgl. *dies.*, Sterbehilfe, S. 18.



allein die Symptomlinderung oder, darüberhinausgehend, auch eine Lebensverkürzung beabsichtigt war.<sup>17</sup> Da bei korrekter und sorgfältiger Dosierung von Schmerz- und Beruhigungsmitteln eine lebensverkürzende Nebenwirkung nur selten auftritt, wird diese Form der Sterbehilfe nur noch selten thematisiert.<sup>18</sup>

## 2.2 Passive Sterbehilfe

Im Falle der passiven Sterbehilfe sind der natürliche Verlauf von Krankheit und das Alter des Patienten ursächlich für den Eintritt des Todes.<sup>19</sup> Entgegen dem Wortsinn wird aber beispielsweise vom behandelnden Arzt keineswegs nur „Passivität“, also „bloßes Nichtstun“ verlangt. Vielmehr ist er in bestimmten Fällen sogar zum aktiven Tätigwerden verpflichtet, um damit dem Willen des Patienten gerecht zu werden.<sup>20</sup>

### 2.2.1 Sterbebegleitung

Unter dem Begriff der Sterbebegleitung lassen sich die hospizliche Versorgung sowie alle palliativmedizinischen Mittel und Maßnahmen einordnen, welche die vielfältigen Symptome – körperlicher und psychischer Art – zu lindern vermögen. Dabei stehen menschliche Zuwendung, Trost und Seelsorge im Vordergrund. Die Linderung von Schmerzen tritt dabei, entgegen der verbreiteten Annahme, zurück. Vielmehr geht es um seelischen Beistand in der letzten Lebensphase.<sup>21</sup>

### 2.2.2 Sterbenlassen

Zulassen des Sterbens bezeichnet die Nichtaufnahme (Unterlassen) oder das aktive Beenden lebensverlängernder und möglicherweise auch leidensverlängernder Maßnahmen entsprechend dem Willen des Patienten.<sup>22</sup> Das Sterben wird dadurch zugelassen, dass lebenserhaltende medizinische Maßnahmen wie künstliche Ernährung, Beatmung oder Medikamentengabe eingestellt oder gar nicht erst aufgenommen werden.<sup>23</sup> Dabei überlässt man eine ohne (weitere) Behandlung zum Tode führende Krankheit ihrem natürlichen Lauf. Der Patient stirbt letztlich an seiner Krankheit und nicht infolge eines Eingriffs durch einen Dritten.<sup>24</sup> Vielmehr würde jede weitere, gegen den Willen des Patienten durchgeführte, lebens-

---

<sup>17</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 43 f.

<sup>18</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 20.

<sup>19</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 39.

<sup>20</sup> Vgl. *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 73.

<sup>21</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 41.

<sup>22</sup> *Ders.*, Abschied vom Leben, S. 39, 41.

<sup>23</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 18.

<sup>24</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 42.

verlängernde Maßnahme eine rechtswidrige Körperverletzung darstellen, für die der Arzt strafrechtlich belangt werden kann.<sup>25</sup>

Ein Lehrbuchbeispiel ist das Abschalten eines Beatmungsgerätes. Dieses stellt sich wie folgt dar: Im Krankenzimmer liegt ein beatmeter Patient. Ein Arzt betritt den Raum und schaltet das Beatmungsgerät ab (entsprechend dem Willen des Patienten). Dabei vollzieht er zwar einen aktiven Eingriff, überlässt den Patienten aber wieder dem ursprünglichen Verlauf des Sterbeprozesses, der durch die intensivmedizinische Behandlung unterbrochen wurde. Trotz des aktiven Tuns handelt es sich hierbei um passive Sterbehilfe.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Vgl. *Fischer*, StGB, Rn. 40 zu Vorbemerkungen §§ 211-217.

<sup>26</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 19.

### **3 Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland und weltweit**

Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland ist gegenwärtig nicht in einem eigenen Gesetz geregelt. Maßgeblich für die rechtliche Beurteilung sind neben dem Grundgesetz und der Europäischen Menschenrechtskonvention sowie einzelnen Paragraphen des Strafgesetzbuches und des Bürgerlichen Gesetzbuches vor allem die Rechtsprechung der letzten Jahrzehnte sowie die berufsständischen Vorgaben der Ärztekammern.<sup>27</sup> In Anbetracht dieser Regelungsvielfalt erscheint es nicht sehr verwunderlich, dass neben Angehörigen insbesondere Ärzte und Pflegende von Unsicherheit und Angst vor möglichen rechtlichen Folgen betroffen sind. Letzteres resultiert häufig daraus, dass die medizinrechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns im Medizinstudium kein ausreichender Platz beigemessen wird. Die Angst vor Rechtsfolgen wurzelt folglich in einer weitverbreiteten Unkenntnis der Rechtslage.<sup>28</sup>

In diesem Kapitel soll diese Unwissenheit adressiert und die rechtliche Beurteilung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe betrachtet werden.

#### **3.1 Verfassungs- und konventionsrechtliche Ausgangslage**

Der Schutz des menschlichen Lebens und die Achtung der Menschenwürde gehören zu den elementaren Aufgaben eines Staates und der internationalen Gemeinschaft. Verfassung, Europäische Menschenrechtskonvention und der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (kurz: UN-Zivilpakt) gewährleisten das Recht auf Leben als Grundrecht.<sup>29</sup> Ein Grundrecht ist ein verfassungsmäßig gewährleistetes, unantastbares Recht des Bürgers gegen den Staat (Individualrecht).<sup>30</sup> In allen drei Dokumenten heißt es „jeder (Mensch)“ hat das Recht auf Leben.<sup>31</sup> Die Europäische Menschenrechtskonvention stellt dabei kontinentaleuropäische Minimalstandards auf. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nimmt die EMRK – wie auch alle anderen völkerrechtlichen Verträge – grundsätzlich den Rang eines einfachen Bundesgesetzes ein. Über das Ratifikationsgesetz erhalten sie innerstaatliche Geltung. Umstritten ist in der Literatur nach wie vor, ob den menschenrechtlichen Gewährleistungen der EMRK ein höherer Rang in der deutschen Rechtsordnung beizumessen ist.

---

<sup>27</sup> Vgl. *dies.*, Sterbehilfe, S. 28.

<sup>28</sup> Vgl. *Jox*, Sterben lassen, S. 52 f.

<sup>29</sup> Vgl. *Hangartner*, Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe, S. 1, 3.

<sup>30</sup> Vgl. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Grundrecht> (aufgerufen am 03.01.2021).

<sup>31</sup> Vgl. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, Art. 2 Abs. 1 S. 1 EMRK, Art. 6 Abs. 1 S. 1 ICCPR.

Einzelne Stimmen sprechen sich wegen der weitreichenden Bedeutung der EMRK dafür aus, dass dieser zumindest übergesetzlicher Rang, wenn nicht sogar Verfassungs- oder Überverfassungsrang zukommen müsse. Das BVerfG und die überwiegende Ansicht in der Literatur halten aber an der gegenwärtigen Auffassung fest. Allerdings zieht das BVerfG unter Berufung auf Art. 1 Abs. 2 GG die Inhalte der EMRK bei Bedarf auch bei der Interpretation der – aus seiner Sicht höherrangigen – Grundrechte als Auslegungshilfe heran. Trotz Streitigkeiten über den gesetzlichen Rang der EMRK, gelten deren gesetzte Mindeststandards kumulativ zu den Gewährleistungen der Verfassung. Eine Einschränkung oder Minderung des Grundrechtsschutzes nach dem Grundgesetz soll dabei ausgeschlossen werden.<sup>32</sup>

### 3.1.1 Lebensschutz und Menschenwürde

Die Wahrung der Grundrechte stellt zugleich ein Staatsziel im Rahmen des Rechtsstaatsprinzips gemäß Art. 20 Abs. 3 GG dar. Danach ist der Gesetzgeber an die verfassungsmäßige Ordnung gebunden. Er ist verpflichtet Gefahren für die einzelnen Grundrechte abzuwehren. Dies wird jedoch nicht allein durch das Unterlassen bestimmter Handlungen erfüllt. Vielmehr stellen die Grundrechte eine Pflicht zum Tätigwerden des Staates dar, wenn diese durch andere Bürger bedroht werden.<sup>33</sup> Um die europa- und verfassungsrechtliche Verpflichtung des Grundrechtes auf Leben auszugestalten, wurden u.a. Strafnormen für Tötungshandlungen geschaffen. Die Tötung auf Verlangen wird so beispielsweise als Form der aktiven Sterbehilfe nach § 216 StGB strafrechtlich sanktioniert. Seinem grundrechtsbedingten Handlungsauftrag ist der Staat somit nachgekommen.<sup>34</sup>

Nichtsdestotrotz ist eine Einschränkung der Grundrechte zum Schutz des öffentlichen Interesses und der Grundrechte Dritter grundsätzlich möglich. Der Kerngehalt muss dabei jedoch beibehalten werden. So verpflichtet Art. 2 EMRK die Mitgliedsstaaten zum Schutz des Lebens und verbietet die absichtliche Tötung, listet jedoch gleichzeitig bestimmte Ausnahmefälle (wie Todesstrafe, Krieg, Notwehr) auf, die keine Verletzung der konventionsrechtlichen Garantie darstellen. Angesichts dieser, für den Staat abschließenden Aufzählung der „zulässigen Tötungen“ ist davon auszugehen, dass die EMRK in der Regelung des Grundrechts auf Leben die aktive Sterbehilfe nicht gestattet. Dies gilt auch dann, wenn der Betroffene zum Beispiel in einer Patientenverfügung ausdrücklich danach verlangt.

---

<sup>32</sup> Vgl. <https://www.bundestag.de/resource/blob/482672/f9ace5e6e53fc37be870a3bbccbb85ed/WD-2-104-16-pdf-data.pdf> (aufgerufen am 08.12.2020).

<sup>33</sup> Detterbeck, Basistexte Öffentliches Recht, S. XIII ff.

<sup>34</sup> Hangartner, Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe, S. 5 f.

Wenngleich unterschiedliche Literatur zu Art. 2 EMRK zum Teil eine gewisse Tendenz zur Zulässigkeit der Sterbehilfe neben den aufgezählten Ausnahmefällen erkennen lässt, bleibt weiterhin der Kerninhalt des Grundrechts auf Leben bestehen, den Staat zu verpflichten, Tötungen durch diesen oder durch Dritte in jedem Fall zu verhindern, selbst dann, wenn der Betroffene dies ausdrücklich wünscht.<sup>35</sup> Die Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe kann jedoch unter Berufung auf die Menschenwürde grundrechtlich vertreten werden (vgl. Art. 1 Abs. 1 GG). Auf dieser Annahme beruhen zumindest Lockerungen des strikten Verbots aktiver Sterbehilfe in Ländern wie den Niederlanden. Das Grundrecht auf Leben wird dahingehend eingeschränkt, als dass das Tötungsverbot zu einer menschenunwürdigen Behandlung eines ohne Aussicht auf Besserung unerträglich leidenden Patienten führen würde. Der schwerstkranke Mensch verliert wegen seines Zustandes nicht die Menschenwürde, er hat im Gegenteil eine besondere Würde. Auch der Mensch, der anhaltend bewusstlos oder dauernd auf medizinisch-technische oder sonstige Versorgung angewiesen ist, ist deshalb nicht würdelos. Die Menschenwürde kann jedoch tangiert sein, wenn der Mensch nur noch Objekt medizinisch-technischer Bemühungen ist. Unter diesem Aspekt kann die aktive Sterbehilfe grundrechtlich vertretbar sein.<sup>36</sup> Auch könnte die Zustimmung des Patienten in den Fällen genügen, in denen unerträgliche Schmerzen auf Dauer nicht mehr durch Mittel der Palliativmedizin oder durch den Zustand der dauernden Bewusstlosigkeit des Patienten behoben werden können. Insoweit eröffnet sich dem Gesetzgeber durch das Zusammenspiel von Lebensschutz und Menschenwürde in der Frage der Sterbehilfe grundsätzlich ein gewisser, wenn auch eng beschränkter, Regelungsspielraum. Daher kann letztlich nicht ausnahmslos festgestellt werden, ob Sterbehilfe aus verfassungs- und konventionsrechtlicher Sicht nicht vertreten werden kann.<sup>37</sup>

### **3.1.2 Selbstbestimmungsrecht und Menschenwürde**

Neben Achtung und Schutz des menschlichen Lebens ist auch das Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs.1 GG) tief in der Menschenwürde verwurzelt. Selbstbestimmung oder auch Autonomie (aus dem Griechischen von *autos* = selbst; *nomos* = Gesetz) beinhaltet Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit. Als Charakteristikum des Menschseins wird sie jedem Menschen als ein unverlierbares Merkmal zuerkannt, unabhängig davon, ob derjenige auch tatsächlich fähig ist, sich als selbstbestimmte Person zu verwirklichen. Autonomie und

---

<sup>35</sup> Vgl. *ders.*, Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe, S. 90 f.

<sup>36</sup> *Ders.*, Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe, S. 92.

<sup>37</sup> *Ders.*, Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe, S. 93 f.

Würde werden demnach auch psychisch kranken, hirngeschädigten oder demen-  
ten Menschen, die keinen tatsächlichen Gebrauch von ihrer Freiheit zur Selbstbe-  
stimmung machen können, zuerkannt.<sup>38</sup>

Auch in der Europäischen Menschenrechtskonvention wird der Persönlichkeits-  
schutz festgehalten. Art. 8 Abs. 1 EMRK garantiert den Schutz des Privat- und  
Familienlebens.<sup>39</sup> Die konkrete Auslegung des Grundrechts auf persönliche Frei-  
heit im Umgang mit dem eigenen, selbstgewählten oder gewünschten Tod wird im  
Urteil des EGMR vom 20. Januar 2011 deutlicher.<sup>40</sup> Das Selbstbestimmungsrecht  
als ein Aspekt des in Art. 8 Abs. 2 EMRK festgeschriebenen Rechts auf Achtung  
des Privatlebens schließt auch das Recht eines Individuums ein, über Art und Zeit-  
punkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden. Dies setzt voraus,  
dass der Betroffene auch fähig ist, seinen entsprechenden Willen frei zu bilden und  
danach zu handeln. Die EMRK schreibt einem urteilsfähigen Menschen somit als  
garantiertes Menschenrecht zu, selbst über das Wann und Wie seines Todes ent-  
scheiden zu können.<sup>41</sup> Diese Suizidfreiheit schließt grundsätzlich auch die Mög-  
lichkeit ein, die Hilfe Dritter, wie z.B. von Sterbehilfeorganisationen, in Anspruch  
zu nehmen.

In gleicher Weise wird auch das aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach  
Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG abzuleitende Selbstbestimmungsrecht der  
Verfassung ausgelegt. So wie jeder Einzelne über die Ausgestaltung des eigenen  
Lebens bestimmen kann, umfasst diese Autonomie auch die eigenverantwortliche  
Entscheidung über den eigenen Tod. Dies schließt nicht nur allein die Wahl von  
Zeitpunkt und Ort, sondern auch der Art und Umstände des Todes – die Inan-  
spruchnahme der Hilfe Dritter inbegriffen – ein.<sup>42</sup> Dabei bedarf es weder einer wei-  
teren Begründung noch einer Rechtfertigung. Art. 1 Abs. 1 GG schützt die Würde  
des Menschen, wie er sich in seiner Individualität selbst begreift und seiner selbst  
bewusst wird. Die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende gehört zum ur-  
eigensten Bereich der Persönlichkeit des Menschen, in dem er frei ist, seine Maß-  
stäbe anhand höchstpersönlicher Vorstellungen, Überzeugungen und Werte zu  
wählen und danach zu entscheiden. Dies gilt gleichermaßen in jeder Phase der  
menschlichen Existenz. Sowohl Staat als auch Gesellschaft haben die individuelle  
Entscheidung des Einzelnen, das eigene Leben entsprechend seinem Verständnis

---

<sup>38</sup> De Ridder, Abschied vom Leben, S. 14.

<sup>39</sup> Vgl. Giger in Wehrlt (Hrsg.), Der organisierte Tod, S. 180.

<sup>40</sup> EGMR v. 20.01.2011, NJW 2011, 3773-3775, Ziffer 51.

<sup>41</sup> Vgl. Minelli in Wehrlt (Hrsg.), Der organisierte Tod, S. 193 f.

<sup>42</sup> Vgl. BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 35 f.

von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz zu beenden, zu respektieren.<sup>43</sup> Der Entschluss seinem Leben ein Ende zu setzen, relativiert dabei keineswegs die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde. Er betrifft vielmehr Grundfragen des menschlichen Daseins und berührt wie wohl keine andere Entscheidung Identität und Individualität des Menschen.<sup>44</sup> Wie es das Bundesverfassungsgericht unlängst treffend formulierte, ist „die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben[-sende] ein letzter Ausdruck von Würde“.<sup>45</sup>

### **3.1.3 Verhältnis zwischen Individualschutz und Lebensschutz**

Mit Blick auf die Bestimmungen von EMRK und Grundgesetz zeigt sich ein Zielkonflikt, bei dem der Individualschutz auf der einen Seite und der diesen begrenzende Lebensschutz auf der anderen Seite gegenüberstehen. Dadurch, dass beide Schutzziele gegensätzlich wirken, entsteht gewissermaßen eine Abgrenzungsproblematik in Hinblick auf die Akzentuierung bei der Entscheidung über Lebenserhaltung oder Lebensbeendigung. Das Verhältnis der beiden Schutzinteressen zueinander wird auf der Grundlage des durch Rechtsprechung und Gesetzgebung geschaffenen Rechtsrahmen bestimmt.<sup>46</sup> Der hohe Rang, den das Grundgesetz dem Selbstbestimmungsrecht einräumt, zeigt sich dabei nicht zuletzt darin, dass grundsätzlich weder der Suizid(-versuch) noch die Beihilfe zum Suizid (wenngleich ethisch hoch umstritten) strafrechtlich sanktioniert werden. Der Lebensschutz, so hoch er auch anzusiedeln ist, ist dem Selbstbestimmungsrecht prinzipiell untergeordnet.<sup>47</sup>

## **3.2 Entwicklung der Rechtsprechung**

Die Rechtsprechung füllt den durch die Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG sowie §§ 216 f. StGB bzw. ihrer Vorgängernormen gebildeten rechtlichen Rahmen aus und gibt der aktuellen Rechtslage der Sterbehilfe in Deutschland ihre Gestalt. Die Debatte um die verschiedenen Formen der Sterbehilfe hat sich in den letzten Jahrzehnten parallel zum medizinischen Fortschritt, zur Ausgestaltung des Sterbens im Rahmen der Palliativmedizin und zum zunehmenden Aufkommen der Medizinethik intensiviert.<sup>48</sup> Bis ins Jahr 2009 beruhte ein Großteil der Rechtslage zu Entscheidungen am Lebensende, abgesehen von einzelnen verfassungsrechtlichen

---

<sup>43</sup> Vgl. BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 210.

<sup>44</sup> BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 209.

<sup>45</sup> BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 211.

<sup>46</sup> Vgl. *Giger in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 183 f.

<sup>47</sup> *De Ridder*, *Abschied vom Leben*, S. 16.

<sup>48</sup> *Jox*, *Sterben lassen*, S. 60.

und einfachgesetzlichen Vorgaben, weitestgehend auf von Richtern entwickeltem Recht. Die abgehaltenen Gerichtsverfahren waren größtenteils zivilrechtlicher und nicht strafrechtlicher Natur und endeten zumeist nicht mit einer Verurteilung der Mediziner. In den wenigen, oft öffentlichkeitswirksamen Einzelfällen, in denen es zu einer Verurteilung der Ärzte wegen Tötung durch Unterlassen kam, wurden diese in der nächsthöheren Instanz freigesprochen.<sup>49</sup> Bei der Ausfüllung der insofern doch recht knappen grundgesetzlichen Vorgaben zogen die Gerichte auch die gewandelten Wertvorstellungen der Gesellschaft sowie die berufsethischen Standards der Bundesärztekammer zu Rate. Durch höchstrichterliche Rechtsprechungen wurde somit dort geltendes Recht geschaffen, wo der Gesetzgeber lange nicht selbst aktiv wurde.<sup>50</sup>

### **3.2.1 Anfänge der rechtlichen Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe**

Die frühesten ernsthaften Diskussionen über Behandlungsabbrüche bzw. Nichtaufnahme bestimmter medizinischer Behandlungsmaßnahmen kamen Ende der 1950er Jahre auf. Dabei standen jedoch zunächst ausschließlich ethische Aspekte im Mittelpunkt. Rechtliche Fragen wurden erstmals im Jahr 1979 aufgegriffen, als in den von der Bundesärztekammer veröffentlichten Richtlinien die passive Sterbehilfe bei einem bereits eingesetzten Sterbeprozess zugelassen wurde. Nach und nach setzte eine öffentliche Debatte um die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe ein. Die rechtliche Beurteilung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe ist folglich auf gerichtliche Einzelfallentscheidungen zurückzuführen. Präzedenzfälle finden sich vor allem in den 1980er und 1990er Jahren.<sup>51</sup> Zwei maßgebliche Entscheidungen sollen nachfolgend kurz beleuchtet werden:

1987 wurde vor dem Oberlandesgericht in München der sogenannte „Fall Hackethal“ verhandelt.<sup>52</sup> Die schwerkranke Frau E. litt an einem sich zunehmend ausbreitenden Tumor im Gesicht, der ungeheure Schmerzen verursachte. Essen und Trinken waren dadurch kaum mehr möglich. Hinzu kam eine langsame Erblindung. Nach mehrfacher Bitte an den Arzt Hackethal, nach dem der Fall benannt wurde, kam dieser dem Wunsch der Frau E., ihr Leben frühzeitig zu beenden, nach. Dafür stellte er ihr eine tödliche Dosis Kaliumcyanid, umgangssprachlich als Zyankali bekannt, zur Verfügung, die Frau E. im Beisein mehrerer Personen, aber in Abwe-

---

<sup>49</sup> Vgl. *ders.*, *Sterben lassen*, S. 53 f.

<sup>50</sup> Vgl. *ders.*, *Sterben lassen*, S. 62 f.

<sup>51</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, *Sterbehilfe*, S. 31.

<sup>52</sup> *OLG München* v. 31.07.1987, NJW 1987, 2940-2946.



senheit des Arztes zu sich nahm und kurz darauf verstarb. In dem folgenden gerichtlichen Prozess wurden alle Beteiligten freigesprochen. Da die Tatherrschaft beim Patienten lag, begründete dies die Straffreiheit für die weiteren Beteiligten. Damit wurden Kriterien formuliert, unter denen man den Sterbewunsch eines anderen straffrei erfüllen kann.<sup>53</sup>

Der Grundgedanke der Patientenverfügung – im Vorfeld über künftige Behandlungsoptionen zu entscheiden – wurde erstmals 1994 im „Kemptener Fall“ höchstrichterlich vom Bundesgerichtshof als gültig anerkannt.<sup>54</sup> Dabei ging es um das Schicksal der 70-jährigen Frau S.. Sie lebte in einem Pflegeheim und war nach einem Herzinfarkt schwer hirngeschädigt, sodass sie sprachlich als auch motorisch eingeschränkt und nicht mehr kontaktfähig war. Mit zunehmender Verschlechterung ihres wachkomaähnlichen Zustandes musste sie über eine Sonde künstlich ernährt werden. In Folge dessen schlug der behandelnde Arzt dem Sohn der Frau S., der zugleich ihr Betreuer war, vor, die Ernährung so umzustellen, dass sie binnen weniger Wochen, ohne leiden zu müssen, versterben würde. Der Sohn willigte ein. Aufgrund der eingeschalteten Pflegedienstleitung der Einrichtung kam es jedoch zu einer Anklage gegen Arzt und Sohn.<sup>55</sup> Beide wurden zunächst wegen versuchten Todschlages vor dem Landgericht Kempten verurteilt, nach ergangenen Urteil des BGH jedoch wieder freigesprochen.<sup>56</sup> Der BGH hob die vorinstanzliche Entscheidung unter Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie auf dessen mutmaßlichen bzw. geäußerten Willen auf.<sup>57</sup> Die passive Sterbehilfe war damit nicht mehr nur zulässig, wenn der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat. Auch Patienten außerhalb dieses Stadiums konnten diese nun in Anspruch nehmen. Frau S. starb bereits vor dem Freispruch im Dezember 1993 ohne das Zutun Dritter.<sup>58</sup>

### **3.2.2 Aktuelle Entwicklungen in der Sterbehilfedebatte**

Erst mit der Verabschiedung des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes im Juli 2009 schaltete sich die Bundesregierung in die Diskussion um das Thema Sterbehilfe ein. Im Jahr darauf folgte ein Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes, um die strafrechtliche Seite der Thematik von Grund auf zu klären.<sup>59</sup> Die neuste Entwicklung zeigte sich zu Beginn des letzten Jahres. Im Februar 2020

---

<sup>53</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 30 f.

<sup>54</sup> *BGH v. 13.09.1994*, BGHSt 40, 257-272.

<sup>55</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 56 f.

<sup>56</sup> *LG Kempten v. 17.05.1995* (zit. Nach *BGH v. 13.09.1994*, BGHSt 40, 257-272).

<sup>57</sup> Vgl. *Jox*, Sterben lassen, S. 67.

<sup>58</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 32, 56.

<sup>59</sup> Vgl. *Jox*, Sterben lassen, S. 71.

erklärte das Bundesverfassungsgericht den im Jahr 2015 neu geschaffenen § 217 StGB, welcher die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellt, für verfassungswidrig. Das Verbot verstoße gegen das Grundgesetz, speziell gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG, da es Patienten faktisch unmöglich macht Suizidhilfe zu erhalten.<sup>60</sup> Mit der Aufhebung des § 217 StGB wurde die rechtliche und gesellschaftliche Debatte um das Thema Sterbehilfe erneut entfacht. Eine Überarbeitung der gesetzlichen Regelungen, so wie vom BVerfG aufgegeben, blieb bisher aus. Der unlängst von Bundestagsabgeordneten der SPD, FDP und der Linken vorgelegte Entwurf für ein „Suizidhilfegesetz“ weckt jedoch Hoffnung auf eine baldige Regelungsklarheit.<sup>61</sup>

Trotz zahlreicher wegbereitender Entscheidungen bleibt stets eine gewisse Verunsicherung bestehen, denn keine Regelung ist wohl letztlich in der Lage, eine derartig existenzielle Unsicherheit, wie sie in Sachen Tod und Sterben besteht, aufzuheben. Das Sterben als individueller, vielgestaltiger Prozess ist kaum normierbar.<sup>62</sup> Normierbar ist aber, was man straflos tun oder unterlassen kann. Diesen rechtlichen Rahmen gilt es in Zukunft weiter auszugestalten.

### **3.3 Aktuelle zivilrechtliche Rechtslage**

Mit dem „Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes“, dem sogenannten Patientenverfügungsgesetz, wurde im Jahr 2009 der zivilrechtliche Rahmen für den Umgang mit der Frage, inwiefern man andere Menschen durch Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sterben lassen darf, gesetzt. Dafür wurde kein separates Gesetz geschaffen, sondern vielmehr auf Vorhandenes zurückgegriffen. So wurden drei neue Regelungen rund um den Begriff Patientenverfügung im betreuungsrechtlichen Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches in den Paragraphen 1901a -c verankert. Das Gesetz ist dabei nicht primär auf Entscheidungen am Lebensende, sondern allgemein auf Therapieentscheidungen für einwilligungsunfähige Personen ausgerichtet.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> Vgl. BVerfG, Leitsätze zum Urteil vom 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310 Nr. 1, 2.

<sup>61</sup> Vgl. [https://www.helling-plahr.de/files/dateien/210129%20Interfraktioneller%20Entwurf%20eines%20Gesetzes%20zu%20Regelungen%20der%20Suizidhilfe\\_final.pdf](https://www.helling-plahr.de/files/dateien/210129%20Interfraktioneller%20Entwurf%20eines%20Gesetzes%20zu%20Regelungen%20der%20Suizidhilfe_final.pdf) (aufgerufen am 21.03.2021).

<sup>62</sup> Vgl. Jox, Sterben lassen, S. 61 f.

<sup>63</sup> Ders., Sterben lassen, S. 71 ff.

### 3.3.1 Bedeutung, Regelungsinhalt und Voraussetzungen der Patientenverfügung

§ 1901a Abs. 1 BGB definiert die Patientenverfügung als eine schriftliche, für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit getroffene Voraufestlegung eines urteilsfähigen Volljährigen über die Einwilligung oder Untersagung bestimmter, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehender Untersuchungen und ärztlicher Eingriffe.<sup>64</sup> Dabei werden auch die Voraussetzungen für eine verbindliche Patientenverfügung benannt: Der Verfasser muss volljährig und einwilligungsfähig sein, die Verfügung muss schriftlich vorliegen und konkrete Maßnahmen benennen, die nicht gewollt sind (z.B. Wiederbelebung, künstliche Beatmung oder Ernährung). Wie jede Willenserklärung ist auch die Patientenverfügung, unter Berücksichtigung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation, auszulegen.<sup>65</sup> Sie bindet den behandelnden Arzt, dem bei Nichtbeachtung der Patientenverfügung sogar strafrechtliche Sanktionen drohen, unmittelbar an den niedergeschriebenen Patientenwillen.<sup>66</sup> Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos – das heißt auch mündlich – widerrufen werden, vorausgesetzt der Patient verfügt noch über die notwendige Einwilligungsfähigkeit (§ 1901a Abs. 1 S. 3 BGB).<sup>67</sup>

### 3.3.2 Der mutmaßliche Patientenwille

Liegt eine solche schriftliche Patientenverfügung nicht vor, regelt § 1901a Abs. 2 BGB die weitere Vorgehensweise, um den Willen des Patienten zu bestimmen. In diesen Fällen ist zunächst festzustellen, ob der Patient im Vorfeld mündlich Behandlungswünsche geäußert hat. Liegen auch dazu keine Anhaltspunkte vor, ist auf den mutmaßlichen Patientenwillen zurückzugreifen. Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens soll auf Grundlage konkreter Anhaltspunkte erfolgen, wobei insbesondere frühere Äußerungen des Patienten, seine ethischen oder religiösen Überzeugungen und seine persönlichen Wertvorstellungen berücksichtigt werden. Folglich entfaltet auch der mündlich geäußerte Wille und selbst der mutmaßliche Wille des Patienten eine Rechtsverbindlichkeit ohne Einhaltung des in Absatz 1 festgelegten Formerfordernisses. § 1901a Abs. 3 BGB hebt zudem hervor, dass die Ausführungen zu Patientenverfügung, mutmaßlichem Patientenwillen und die Äußerung von Behandlungswünschen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung gelten.<sup>68</sup> Eine sogenannte Reichweitenbegrenzung, nach der

---

<sup>64</sup> *De Ridder*, Abschied vom Leben, S. 28.

<sup>65</sup> Vgl. *Jox*, Sterben lassen, S. 73.

<sup>66</sup> Vgl. *Fischer*, StGB, Rn. 40 zu Vorbemerkungen §§ 211-217.

<sup>67</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 25.

<sup>68</sup> Vgl. *Jox*, Sterben lassen, S. 74.

ein Sterbenlassen des Patienten nur erlaubt ist, wenn die Erkrankung irreversibel tödlich verläuft, kennt die Patientenverfügung nicht. Es kann zu jedem Zeitpunkt auf jeden ärztlichen Eingriff verzichtet werden, selbst dann, wenn dadurch eine Genesung zu erwarten wäre.<sup>69</sup> Dies ist Ausfluss des verfassungsrechtlich gewährleisteten Selbstbestimmungsrechtes des Patienten.<sup>70</sup>

Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass keine Pflicht zur Erstellung einer solchen persönlichen Verfügung besteht (§ 1901a Abs. 5 BGB). Sie ermöglicht es jedoch wichtige Entscheidungen am Lebensende in Zeiten der Gesundheit von vornherein zu regeln.<sup>71</sup> Der Patient kann den ausdrücklichen Willen äußern, ihn in genannten Fällen sterben zu lassen. Aufgrund dessen ist der Arzt berechtigt, nach Absprache mit dem Patientenvertreter, auf den Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, also passive Sterbehilfe zu leisten (vgl. auch § 1901b BGB).<sup>72</sup>

### 3.4 Aktuelle strafrechtliche Rechtslage

Im Jahr 2010 erließ der 2. Strafsenat des Bundesgerichtshofes ein Grundsatzurteil zur Abgrenzung zwischen der verbotenen Tötung auf Verlangen und dem erlaubten Sterbenlassen.<sup>73</sup> Verhandelt wurde der Fall von Frau K., einer Patientin, die mehrere Jahre im Wachkoma lag und durch eine Magensonde künstlich ernährt wurde, vertreten durch deren Tochter und ihren Anwalt Putz, der Namensgeber für diesen Fall ist. Die Tochter setzte sich dafür ein, dass ihre Mutter – gemäß dem von ihr geäußerten Wunsch – nicht mehr künstlich ernährt und somit sterben durfte. Trotz ärztlicher Einschätzung keine weiteren lebensverlängernden Maßnahmen mehr zu veranlassen, stellte sich die Pflegeheimleitung der Tochter entgegen. Auf Anraten des Anwaltes schnitt die Tochter den Schlauch der Magensonde durch, sodass eine Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung kaum mehr möglich war.<sup>74</sup> Es folgte ein strafrechtliches Verfahren vor dem Landgericht Fulda, bei dem die Tochter unter Berufung auf den anwaltlichen Rat freigesprochen wurde. Der Rechtsanwalt Putz wurde wegen Totschlags verurteilt.<sup>75</sup> Der BGH sprach ihn daraufhin wieder frei.<sup>76</sup> In seinem Urteil ergänzte der BGH das ein Jahr zuvor erlassene rein zivilrechtliche Patientenverfügungsgesetz um strafrechtliche

---

<sup>69</sup> De Ridder, Abschied vom Leben, S. 32.

<sup>70</sup> Vgl. Bieg in Herberger u.a. (Hrsg.), BGB, Rn. 12 zu § 1901a.

<sup>71</sup> Vgl. de Ridder, Abschied vom Leben, S. 35.

<sup>72</sup> Vgl. Jox, Sterben lassen, S. 75.

<sup>73</sup> Ders., Sterben lassen, S. 80.

<sup>74</sup> Vgl. ders., Sterben lassen, S. 78 ff.

<sup>75</sup> LG Fulda v. 30.04.2009, RDG 2009, 217-221.

<sup>76</sup> BGH v. 25.06.2010, BGHSt 55, 191-206.

Aspekte, um beide Rechtsbereiche zu harmonisieren und größtmögliche Rechtssicherheit zu schaffen. Dabei wurde festgestellt, dass es nicht darauf ankommt, ob ein Behandlungsabbruch durch aktives Tun oder durch passives Unterlassen erfolgt, da letztendlich bei jeder Behandlungsbegrenzung aktives Tun von den behandelnden Ärzten und Pflegekräften gefordert ist.<sup>77</sup>

In Folge des Urteils unterscheidet die Rechtsprechung strafrechtlich verschiedene Fallgruppen von Sterbehilfe. Zum einen die indirekte Sterbehilfe als Inkaufnahme eines vorzeitigen Todeseintritts infolge der Behandlung einer Krankheit mit ohnehin tödlichem Verlauf und zum anderen den sogenannten Behandlungsabbruch als jede aktive oder passive Begrenzung oder Beendigung einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden medizinischen Maßnahme im Einklang mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen. Dabei schließt der Wortbestandteil „Hilfe“ bereits (Tötungs-)Handlungen aus, die gegen den Patientenwillen erfolgen. Beide Fallgruppen sind daher straffrei.<sup>78</sup> Daneben enthält das Strafgesetzbuch als einzige Regelung das Verbot der „Tötung auf Verlangen“ in § 216. Diese Form der aktiven Sterbehilfe steht in Deutschland, wie in den meisten anderen Ländern auch, unter Strafe.

### **3.4.1 Umstritten und komplex – die Beihilfe zum Suizid**

Komplexer ist die strafrechtliche Beurteilung jedoch im Falle der Beihilfe zum Suizid. Der Suizid, als Haupttat, ist selbst nicht strafbar. Daher steht auch die Hilfe bei der Selbsttötung grundsätzlich nicht unter Strafe.<sup>79</sup> Wie das Wort „grundsätzlich“ bereits vermuten lässt, können einige rechtliche Probleme allerdings zur Aufhebung dieser Straffreiheit führen.<sup>80</sup> Anhand der drei Phasen eines Suizids – der Vorbereitung, der Durchführung und der Sterbephase – können diese verdeutlicht werden: Ein erster Konflikt kann in der Vorbereitungsphase mit dem Betäubungsmittelgesetz entstehen.<sup>81</sup> Die Verordnung eines Betäubungsmittels, nach Aufklärung des Patienten über mögliche Alternativen, ist an bestimmte Indikationen gebunden, von denen auch die Dosis abhängt. Es müssen gemäß § 13 Abs. 1 BtMG begründete Fälle für die Anwendung von Betäubungsmitteln, wie dem in anderen Ländern üblichen Natrium-Pentobarbital, vorliegen. Die Selbsttötung eines Patienten zählt nicht darunter. In Extremfällen sind Ausnahmen durch das Bundesinstitut

---

<sup>77</sup> Vgl. Jox, *Sterben lassen*, S. 80 f.

<sup>78</sup> BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 23.

<sup>79</sup> Vgl. Eser/ *Sternberg-Lieben* in Schönke/ Schröder, StGB, Rn. 35a zu Vorbemerkungen §§ 211 ff.

<sup>80</sup> Vgl. de Ridder, *Abschied vom Leben*, S. 57.

<sup>81</sup> Arnold, *Letzte Hilfe*, S. 80 f.

für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zulässig, um es Patienten zu erlauben, Betäubungsmittel zum Zweck der Selbsttötung zu erhalten. Allerdings werden derartige Ausnahmen durch das BfArM so gut wie nicht zugelassen.<sup>82</sup>

In der Durchführungsphase, also während der eigentlichen Suizidhandlung, muss die Tatherrschaft einzig und allein beim Patienten liegen. Wird dies nicht gewährleistet, handelt es sich nicht mehr um Beihilfe zum Suizid, sondern um Tötung auf Verlangen, die in Deutschland eine Straftat darstellt. Der Grat zwischen legaler und strafbarer Sterbehilfe ist sichtlich schmal. Folglich muss der Arzt, der bei einem Großteil der Fälle von Suizidbeihilfe der „Helfer“ ist, penibel auf die Abgrenzung der Tatherrschaft bei der Durchführung der Suizidhandlung achten.<sup>83</sup>

Eines der größten rechtlichen Probleme stellt die sogenannte „Garantenpflicht“ in der Sterbephase dar. Danach trifft jede beim Suizid anwesende Personen, insbesondere den Arzt, die Pflicht, bei einem aufgrund der Einnahme eines Suizidmittels bewusstlosen Patienten lebensrettende Maßnahmen einzuleiten – auch gegen dessen Willen (vgl. §§ 13 i.V.m. 216 StGB). Dies erscheint in Hinblick darauf, dass der Arzt zuvor das Medikament auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten hin bereitgestellt hat und nun jedoch verpflichtet ist, ihn aus dieser Situation zu retten, widersinnig. Nach jüngerer Rechtsauffassung wurde daraus, in Anlehnung an das Patientenverfügungsgesetz, eine modifizierte Garantenpflicht entwickelt.<sup>84</sup> Danach findet die Garantenposition ihre Grenze an der freiverantwortlichen Entscheidung des Suizidenten.<sup>85</sup> Der Arzt wird dadurch von einem Garanten des Lebens vielmehr zu einem Garanten zur Umsetzung des (Sterbe-)Willens des Patienten. Dies setzt voraus, dass der Patient urteilsfähig ist und freiverantwortlich handelt.<sup>86</sup>

Neben dem Strafrecht spielt bei der rechtlichen Beurteilung der Suizidbeihilfe auch das ärztliche Standesrecht eine wesentliche Rolle. Auf dieses soll jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt eingegangen werden.

### **3.4.2 Der neue § 217 StGB und seine Auswirkungen**

Um den Unterschied zwischen straffreien und strafbaren Handlungen im Zusammenhang mit der Suizidbeihilfe weiter zu differenzieren, wurde im Jahr 2015 der § 217 StGB „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ geschaffen.<sup>87</sup>

---

<sup>82</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 65, 69 f.

<sup>83</sup> Vgl. *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 81.

<sup>84</sup> Vgl. *ders.*, Letzte Hilfe, S. 81 f.

<sup>85</sup> *Eser/Sternberg-Lieben* in Schönke/Schröder, StGB, Rn. 28b, 41 zu Vorbemerkungen §§ 211 ff.

<sup>86</sup> Vgl. *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 82.

<sup>87</sup> Vgl. BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 24.

Der neue Paragraph des Strafgesetzbuches lautete wie folgt:

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Die Norm verfolgte ursprünglich das Ziel, den Zugang zu Ärzten und Sterbehilfeorganisationen, die Sterbehilfe als gewinnorientiertes Geschäftsmodell anbieten, einzuschränken.<sup>88</sup> Die Gefährdung der Selbstbestimmung und des Lebens des Suizidenten sollte damit verhindert werden. Nicht nur allein die Beihilfehandlung zum Suizid (im Sinne des § 27 StGB) ist gemäß § 217 StGB strafbar, sondern darüber hinaus auch das geschäftsmäßige Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln einer Gelegenheit zur Selbsttötung. Dabei ist irrelevant, ob der Suizid tatsächlich vollzogen oder versucht wurde.<sup>89</sup> Angehörige und Nahestehende des Patienten sind gemäß Absatz 2 straffrei. Dazu ein Beispiel: Fährt ein Taxifahrer wissentlich regelmäßig Sterbewillige zu einer Sterbehilfeorganisation in die Schweiz, begeht er eine Straftat, da er selbst geschäftsmäßig handelt und keine nahestehende Person ist. Anders wäre es, wenn es sich bei dem Taxifahrer um einen nahen Vertrauten oder Angehörigen des Sterbewilligen handelt.<sup>90</sup>

Für den 2015 erlassenen § 217 StGB wurde der Gesetzgeber von diversen Interessensvertretern unmittelbar nach seiner Veröffentlichung scharf kritisiert. Neben einigen unbestimmten Begriffen wie dem der „Geschäftsmäßigkeit“ wurde die neue Regelung als eine Art „Fremdkörper“ im deutschen Strafrechtssystem angesehen. Unüblicherweise stellt § 217 StGB die Beihilfehandlung unter Strafe, während die Haupttat selbst (der Suizid) weiterhin straffrei bleibt.<sup>91</sup> Die Beihilfehandlung wird zur eigenständigen Haupttat.<sup>92</sup>

### **3.4.3 Umschwung in der strafrechtlichen Bewertung der Sterbehilfe**

Mit seinem Urteil vom 26. Februar 2020 schaffte das Bundesverfassungsgericht jedoch endgültig Klarheit, indem es den § 217 StGB für nichtig erklärte. Begründet

---

<sup>88</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 66.

<sup>89</sup> BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 24 f.

<sup>90</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 67.

<sup>91</sup> Vgl. *ders.*, Abschied vom Leben, S. 67.

<sup>92</sup> *Fischer*, StGB, Rn. 3 zu § 217.

wurde dies mit der Verletzung des existenziell bedeutsamen Rechts auf selbstbestimmtes Sterben als Aspekt des allgemeinen Persönlichkeitsrechts in Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 GG. Die Freiheit sich das Leben zu nehmen, schließt auch die Freiheit mit ein, bei Dritten Hilfe zu suchen und diese auch anzunehmen.<sup>93</sup> Das strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung mache es dem Sterbewilligen faktisch unmöglich, die ihm angebotene frei ausgewählte geschäftsmäßige Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, da entsprechende Anbieter aufgrund der strafrechtlichen Ahndung ihre Tätigkeit eingestellt haben.<sup>94</sup> Das BVerfG verdeutlicht dabei jedoch, dass daraus kein grundsätzliches Verbot zur Regulierung der Selbsttötung folgt. Vielmehr muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass dem Einzelnen hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung dieses Rechts auf selbstbestimmtes Sterben verbleibt.<sup>95</sup>

Die Aufhebung der Regelung des § 217 StGB ermöglicht es Ärzten und Sterbehilfeorganisationen nun, mit mehr Rechtssicherheit beim Suizid zu assistieren. Zwar wurden bisher noch keine konkreten Regelungen getroffen, jedoch ist mit solchen in Hinblick auf die immer noch angeheizte Debatte in naher Zukunft zu rechnen. Ein erster Gesetzentwurf wurde bereits vorgelegt.

### **3.5 Das ärztliche Standesrecht**

Eine nicht unwesentliche Rolle in der rechtlichen Debatte um das Thema Sterbehilfe spielt die ärztliche Berufsordnung der jeweiligen Landesärztekammern. Grundtenor ist dabei die Nichtvereinbarkeit von ärztlicher Suizidbeihilfe mit dem ärztlichen Berufsethos.<sup>96</sup> Zehn der insgesamt 17 Landesärztekammern in Deutschland (Nordrhein-Westfalen untergliedert sich in die Landesärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe) verbieten ihren Ärzten die Suizidbeihilfe. Die anderen Berufsordnungen enthalten keine oder weniger strenge Regelungen.<sup>97</sup>

#### **3.5.1 Leitlinien der Bundesärztekammer**

Die von der Bundesärztekammer beschlossene Musterberufsordnung für Ärzte regelt Grundsätze der Berufsausübung. Dabei hat sie keinen rechtsverbindlichen, sondern lediglich empfehlenden Charakter.<sup>98</sup> Rechtswirkung entfaltet die Berufs-

---

<sup>93</sup> BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 208-213.

<sup>94</sup> Vgl. BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 216.

<sup>95</sup> Vgl. BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 338-342.

<sup>96</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 30.

<sup>97</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 64 f.

<sup>98</sup> *Ders.*, Abschied vom Leben, S. 64.



ordnung nur dort, wo sie als Satzung durch die jeweilige Landesärztekammer beschlossen wurde, wie zum Beispiel in Sachsen.<sup>99</sup> Bei einem Verstoß gegen die in der Berufsordnung festgeschriebenen ärztlichen Pflichten drohen dem Arzt jedoch hohe Geldstrafen und unter Umständen sogar der Verlust seiner Zulassung.<sup>100</sup>

Neben dem ärztlichen Heilungsauftrag, wird in § 1 Abs. 2 MBO-Ä als eine weitere Aufgabe die Leistung von Beistand an Sterbende benannt. Eine Regelung dazu findet sich mit folgendem Wortlaut in § 16 MBO-Ä:

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“<sup>101</sup>

Satz 1 wiederholt dabei lediglich den Inhalt der Überschrift der Regelung von § 16 MBO-Ä „Beistand für Sterbende“ sowie der unter § 7 Abs. 1 MBO-Ä verankerten Wahrung der Menschenwürde und des Patientenwillens. In Satz 2 wird auf das strafrechtliche Verbot der Tötung aus Verlangen (aktive Sterbehilfe) gemäß § 216 StGB verwiesen. Unter Satz 3 wird anhand der allgemeinen Aufgabenbeschreibung und der grundlegenden Berufspflichten der Ärzte (§ 1 Abs. 2 und § 2 Abs. 1 MBO-Ä) ein über das Strafrecht hinausgehendes Verbot der ärztlichen Beihilfe zum selbstbestimmten Suizid hergeleitet. Eine inhaltliche Ausgestaltung des Umgangs mit Sterbenden, wie es die Bezeichnung der Regelung in § 16 MBO-Ä suggeriert, findet man jedoch nicht.<sup>102</sup>

### 3.5.2 Suizidbeihilfe ist keine ärztliche Aufgabe

Seit 1979 veröffentlicht die Bundesärztekammer zudem Grundsätze, früher als Richtlinien bezeichnet, zur ärztlichen Sterbebegleitung. Diese sollen als Orientierung für Ärzte im Umgang mit der Begleitung Sterbender dienen. Auch diese Grundsätze der Bundesärztekammer sind nicht bindend.<sup>103</sup> Gleich in der Präambel der aktuellen Fassung von 2011 heißt es in Anlehnung an die MBO-Ä: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ Allerdings werden nachfolgend unter den Ziffern II und IV auch Grenzen der ärztlichen Pflicht zur Behandlung und zur Lebenserhaltung aufgezeigt. So soll es Patienten mit einem irreversiblen Krankheitsverlauf, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu

<sup>99</sup> Vgl. *Hübner/Montgomery in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 166.

<sup>100</sup> Vgl. *Arnold*, *Letzte Hilfe*, S. 83.

<sup>101</sup> Vgl. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf) (aufgerufen am 08.03.2021).

<sup>102</sup> Vgl. *Hübner/Montgomery in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 165 f.

<sup>103</sup> Vgl. *ders.*, *Der organisierte Tod*, S. 165, 170.

erwarten ist, ermöglicht werden menschenwürdig sterben können. Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern und damit verbundene Leiden möglicherweise verlängern würden, sollen unterlassen oder beendet werden. An die Stelle von Lebensverlängerung und -erhaltung tritt die medizinische Begleitung im Sterben, das heißt eine palliativmedizinische Versorgung und Pflege. Eine möglicherweise dadurch bedingte Lebensverkürzung darf dabei ausdrücklich in Kauf genommen werden, wenn dies auch dem Willen des Patienten entspricht.<sup>104</sup> Hier orientiert man sich maßgeblich an den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches in den §§ 1901a ff., in denen die Patientenverfügung geregelt ist. Diese Art der passiven Sterbehilfe soll jedoch nur der Ausnahmefall bleiben und sorgfältig von Arzt, Patienten und Angehörigen abgewogen sein. Die Achtung der Menschenwürde, aber auch des Patientenwillens, sind dabei die obersten Gebote.<sup>105</sup>

Aus berufsrechtlicher Sicht ist die nach allgemeinem Recht straflose Beihilfe zum selbstbestimmten Suizid keine ärztliche Pflicht. Die ärztliche Aufgabe, Sterbenden beizustehen und sie im Sterben zu begleiten, endet dort, wo Beihilfe zum Suizid geleistet wird. Ärzte leisten Hilfe beim Sterben, aber nicht zum Sterben.<sup>106</sup>

### **3.6 Ein Blick in andere Länder**

Zum Abschluss dieses Kapitels soll kurz beleuchtet werden, wie andere Länder rechtlich mit dem Thema Sterbehilfe umgehen. Dafür wird ein Blick in die unmittelbaren Nachbarländer Deutschlands, aber auch auf die andere Seite des Atlantischen Ozeans nach Nordamerika geworfen, wo deutlich liberalere Regelungen, insbesondere in Hinblick auf Beihilfe zum Suizid, gelten. Auf diese Regelungen wird auch in der hiesigen Debatte oft verwiesen, um so die eigenen Argumente – seien sie nun für oder gegen Sterbehilfe – zu fundieren.

#### **3.6.1 Benelux-Länder**

Die drei Benelux-Staaten waren die ersten Länder in Europa, welche die Sterbehilfe gesetzlich regelten. In den Niederlanden existiert seit April 2002 ein Gesetz, das sowohl Suizidbeihilfe als auch aktive Sterbehilfe erlaubt. Einen Monat später, im Mai 2002, verabschiedete auch Belgien ein solches Gesetz, allerdings ohne eine Regelung zur Suizidbeihilfe.<sup>107</sup> In Luxemburg wurde im Jahr 2009 die ärztliche

---

<sup>104</sup> Vgl. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf) (aufgerufen am 08.03.2021).

<sup>105</sup> Vgl. *Hübner/Montgomery in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 168 f., 171.

<sup>106</sup> *Ders.*, *Der organisierte Tod*, S. 167, 171.

<sup>107</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, *Sterbehilfe*, S. 34 f.

Suizidbeihilfe legalisiert. Aktive Sterbehilfe ist weiterhin verboten.<sup>108</sup> Die strengen Voraussetzungen, unter denen Sterbehilfe erlaubt ist, ähneln sich in den drei Ländern. So muss der Krankheitszustand des Patienten weit fortgeschritten und nicht mehr heilbar sein, sowie von zwei unabhängigen Ärzten bestätigt werden. Der Patient muss den Sterbewunsch zudem im Vorfeld, zum Beispiel in Form einer Patientenverfügung, geäußert haben. Auch muss der Patient durch den Arzt über sämtliche Alternativen aufgeklärt worden sein.<sup>109</sup> Die strengen Voraussetzungen sollen einen möglichen Missbrauch der Sterbehilfe verhindern.

### 3.6.2 Schweiz

Die Tötung auf Verlangen (aktive Tötung) ist in der Schweiz durch Art. 114 StGB ausnahmslos verboten. Die Suizidbeihilfe wird staatlicherseits toleriert, sie ist aber nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt.<sup>110</sup> Als Grundlage dient der Art. 115 StGB, der die Beihilfe zum Suizid aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ untersagt. Im Umkehrschluss lässt sich daraus ableiten, dass – sofern dieses Argument nicht vorliegt – die Beihilfe zum Suizid zugelassen ist. Die vier Sterbehilfeorganisationen, die bekanntesten sind Dignitas und Exit, führen den assistierten Suizid in der Schweiz für In- aber auch Ausländer durch. Da der Anteil an ausländischen Patienten (darunter auch viele Deutsche), die Suizidbegleitung in der Schweiz in Anspruch nehmen, stark ansteigt, wird zunehmend auch um den sogenannten Sterbetourismus debattiert. Gleichwohl müssen dafür auch in der Schweiz bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, die sich an den Bestimmungen der Benelux-Länder orientieren.<sup>111</sup>

### 3.6.3 USA und Kanada

Auch außerhalb Europas zeigt sich ein liberalerer Umgang mit dem selbstbestimmten Sterben. In den USA ist die Suizidbeihilfe in mehreren Bundesstaaten (u.a. Oregon, Kalifornien, Montana und Washington) legal. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient unheilbar krank, aber mental gesund ist.<sup>112</sup> Oregon war der erste US-Bundesstaat, der im Jahr 1997 mit dem „Death with Dignity Act“ (Sterbenmit-Würde-Gesetz) die ärztliche Beihilfe zum Suizid ausdrücklich erlaubte.<sup>113</sup>

---

<sup>108</sup> Vgl. <https://www.dghs.de/humanes-sterben/blick-ueber-die-grenzen.html> (aufgerufen am 28.02.2021).

<sup>109</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 34, 36.

<sup>110</sup> Vgl. <https://www.dghs.de/humanes-sterben/blick-ueber-die-grenzen.html> (aufgerufen am 28.02.2021).

<sup>111</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 37 f.

<sup>112</sup> Vgl. *Black*, Alles, was bleibt, S. 131.

<sup>113</sup> Vgl. *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 109.

Neben strengen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Suizidbegleitung, wie die Bestätigung einer Lebenswahrscheinlichkeit von weniger als sechs Monaten durch zwei Ärzte, wird der Vorgang zudem überwacht und dokumentiert. Der Erfolg dieser Vorgehensweise zeigt sich nicht zuletzt darin, dass bisher kein Fall von Missbrauch bekannt ist.<sup>114</sup> Ähnlich ist auch die Rechtslage in Kanada. Seit 2016 sind der ärztlich assistierte Suizid<sup>115</sup> wie auch die Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) erlaubt.<sup>116</sup>

---

<sup>114</sup> Vgl. *Black*, *Alles, was bleibt*, S. 131.

<sup>115</sup> Vgl. *Ogden in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 212.

<sup>116</sup> Vgl. *Black*, *Alles, was bleibt*, S. 131.

## 4 Das Für und Wider zum Thema Sterbehilfe – eine aktuelle Diskussion um ethisch-moralische Werte

Über das Thema Sterbehilfe wird aktuell eine tiefgreifende öffentliche Diskussion mit einer Vielzahl von Stimmen und einer breiten Fülle an Publikationen geführt. In diesen wird thematisiert, ob die derzeitige Praxis der Sterbehilfe ethisch richtig ist. Darf man andere Menschen sterben lassen?<sup>117</sup> In dieser oft sehr emotional geführten Diskussion um die Sterbehilfeproblematik könnten die Meinungen unterschiedlicher nicht sein. Die verschiedene Betrachtung von medizinischen Entscheidungen am Lebensende geht dabei quer durch alle an der Debatte beteiligten Fachrichtungen wie Rechtswissenschaften, Medizin und Pflege, Psychologie, Sozialwissenschaften, Philosophie und Theologie. Sie bilden insofern das öffentliche Meinungsbild ab.<sup>118</sup> An Entscheidungen am und über das Lebensende eines Menschen sind in den meisten Fällen mehrere Personen beteiligt. Dazu gehören neben dem Patienten selbst und seiner Angehörigen und Freunde auch Ärzte und Pflegepersonal, geistlicher Beistand und sonstige Beteiligte wie Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung.<sup>119</sup> Sie alle bilden sich auf Grundlage ihrer spezifischen Betroffenheit in der Sterbehilfedebatte eine eigene, von denen der anderen Beteiligten abweichende Meinung.

In diesem Kapitel soll ein Überblick über die wichtigsten Argumente der verschiedenen Akteure der Sterbehilfedebatte gegeben werden. Das Spektrum der vertretenen Meinungen reicht dabei von sehr konservativen bis zu durchaus liberaleren Ansätzen.

### 4.1 Aus Sicht der Patienten

An der Sterbehilfedebatte beteiligen sich viele. Die betroffenen Patienten kommen häufig nur dann zu Wort, wenn sie selbst in der Öffentlichkeit stehen oder ihr Schicksal besonders tragisch ist. So wird die Diskussion um die Sterbehilfe dominiert von Gesunden, die sich darüber öffentlich den Kopf zerbrechen, ob der Sterbewunsch von Schwerkranken erfüllt werden soll oder nicht.<sup>120</sup> Die tatsächlichen Ängste und Leiden der Patienten bleiben nicht allzu selten verborgen. Dabei sind doch gerade sie diejenigen, die wohl am härtesten mit dem Thema Sterbehilfe konfrontiert sind.

---

<sup>117</sup> Jox, *Sterben lassen*, S. 26.

<sup>118</sup> Vgl. *Zimmermann-Acklin*, in: Bondolfi (Hrsg.), *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*, S. 370.

<sup>119</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, *Sterbehilfe*, S. 68.

<sup>120</sup> Vgl. *Kusch in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 78.

Doch welche Gründe sind es, die die Patienten als maßgeblich für ihre Entscheidung Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen empfinden? Dazu soll eine Studie aus dem US-Bundesstaat Oregon, in dem die ärztliche Suizidbegleitung seit 1997 gängige Praxis ist, herangezogen werden. Zwischen 1998 und 2018 nahmen insgesamt 1.459 Menschen (geringfügig mehr Männer als Frauen, Durchschnittsalter 72 Jahre), von denen rund 76 Prozent an Krebs im Endstadium litten, den ärztlich assistierten Suizid in Anspruch. Das sind etwa 69 Patienten im Jahr.<sup>121</sup> Für ihre Entscheidung gaben sie folgende Gründe an: erstens der „Verlust der Selbstständigkeit“ (90,6 %), zweitens der „Verlust der Fähigkeit, Dinge zu tun, die das Leben lebenswert machen“ (89,1 %), drittens der „Verlust der Würde“ (74,4 %), viertens der „Verlust der Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen“ (44,3 %) und fünftens eine „Last für Familie, Freunde und Pflegekräfte“ zu sein (44,8 %).<sup>122</sup> In den meisten Fällen wurden mehrere dieser Gründe genannt. Natürlich trägt auch die Angst vor Leid und Schmerzen und sicher auch dem Tod selbst einen Teil bei. Sie spielt hierbei jedoch nur eine untergeordnete Rolle.<sup>123</sup> Interessant ist zudem, dass ein Drittel derjenigen, die sich ein Rezept für ein tödliches Medikament hatten ausstellen lassen, dieses letztlich nicht einlösten. Vielleicht genügt die Gewissheit, dass im Zweifel ein Mittel zur Verfügung steht, welches sie in die Lage versetzt, die Kontrolle über ihr Leben und Sterben zu haben und sich für alle Fälle einen Notausgang offen halten zu können.<sup>124</sup>

#### **4.1.1 Angst vor dem Verlust fundamentaler humaner Werte**

Die Studie aus Oregon zeigt, dass die wohl größte Sorge betroffener Patienten der Verlust ihrer Autonomie ist. Die Selbstbestimmung als Ausdruck der menschlichen Würde ist vielen gerade in dieser letzten Lebensphase wichtig. In keinem anderen Lebensabschnitt, vom früher Säuglings- und Kindesalter abgesehen, ist der Mensch in dieser Fähigkeit so gefährdet wie in dieser. Dem Einzelnen wird bewusst, dass er weniger selbst Herr über das eigene Leben ist, sondern vielmehr Erlebender. Er ist darauf angewiesen, anderen Menschen zu vertrauen.<sup>125</sup> Es geht dabei um den Erhalt einer bestimmten Lebensqualität. Welche Qualitäten das im Einzelnen sind, lässt sich nicht generell bestimmen. Es ist sehr unterschiedlich,

---

<sup>121</sup> Vgl. *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 122.; aktuelle Werte bis 2018 von: *Oregon Public Health Division*, Death with Dignity Act Report 2018, S. 8, 10.

<sup>122</sup> Vgl. *ders.*, Letzte Hilfe, S. 123 f.; aktuelle Werte bis 2018 von: *Oregon Public Health Division*, Death with Dignity Act Report 2018, S. 12.

<sup>123</sup> Vgl. *Oregon Public Health Division*, Death with Dignity Act Report 2018, S. 12.

<sup>124</sup> Vgl. *Black*, Alles, was bleibt, S. 132.

<sup>125</sup> Vgl. *Jox*, Sterben lassen, S. 44 f.

was der einzelne Mensch benötigt, um zufrieden zu sein; was dem einem genügt, ist dem anderen vielleicht zu wenig. Dennoch kann man sagen, dass Dinge wie Kommunikationsfähigkeit, Selbstverwirklichung, Möglichkeit der Selbstbestimmung, Wohlbefinden, Lebensgenuss usw. in Summe dazu beitragen, dem Leben eine gewisse Qualität zu verleihen.<sup>126</sup> Für die betroffenen Patienten geht es bei dem Gedanken um die Inanspruchnahme von Sterbehilfe demnach um den „Verlust fundamentaler humaner Werte“.<sup>127</sup> Sie wollen auf keinen Fall als „besinnungsloser Fleischklumpen in einem Pflegeheim dahinvegetieren“.<sup>128</sup> Dabei ist es dem Menschen nicht nur wichtig, die Würde zu erhalten, sondern auch mit dieser Würde und als der Mensch, der man war, in (meist positiver) Erinnerung zu bleiben. Die letzten Augenblicke und Momente im Leben eines Menschen prägen das Bild, welches man als Person hinterlässt. „Wie Menschen sterben, bleibt im Gedächtnis derer, die weiterleben.“, so die Begründerin der modernen Palliativ- und Hospizbewegung Cicely Saunders. Für viele ist es nicht mit ihrer Vorstellung von Würde vereinbar, am Ende ihres Lebens für eine längere Zeit „an Schläuchen zu hängen“ und schon gar nicht derart in Erinnerung zu bleiben.<sup>129</sup> Dieses Schreckensszenario veranlasst viele, sich mit dem Gedanken an die Inanspruchnahme von Sterbehilfe auseinanderzusetzen.

#### **4.1.2 Gesellschaftlicher Druck und Verzweiflung**

Auch wenn die Angst anderen zur Last zu fallen wohl eher keinen eigenständigen Grund für eine Entscheidung zur Suizidbegleitung darstellt, beschäftigt es die Patienten. Neben ihren eigenen Interessen berücksichtigen sie bei ihrer Entscheidung auch die Gefühle und Interessen ihrer Familie und Freunde. Dennoch wird die Begründung, keine Belastung für andere sein zu wollen, meist als Argument gegen die Sterbehilfe verwendet.<sup>130</sup> Man befürchtet, dass sich alte, schwache und kranke Menschen zunehmend als Ballast sehen und deshalb einen Suizid beabsichtigen würden. Dieses Argument kann jedoch empirisch widerlegt werden. Am Beispiel der Studie aus Oregon zeigt sich, dass keine Zunahme der Suizidbeihilfe durch die stärkere gesellschaftliche Akzeptanz jener zu verzeichnen ist.<sup>131</sup> Vielmehr zeigt sich eine deutliche Verbesserung der Palliativversorgung. Über 90 Prozent derjenigen, die ärztliche Suizidbeihilfe in Anspruch genommen haben, waren

---

<sup>126</sup> Vgl. von Lutterotti, Sterbehilfe, S. 79 f.

<sup>127</sup> Südbeck-Baur in Wehrli (Hrsg.), Der organisierte Tod, S. 102.

<sup>128</sup> Arnold, Letzte Hilfe, S. 167.

<sup>129</sup> Jox, Sterben lassen, S. 47.

<sup>130</sup> Vgl. Arnold, Letzte Hilfe, S. 127.

<sup>131</sup> Ders., Letzte Hilfe, S. 124.

zuvor in einer Hospizeinrichtung. Oregon gilt heute als der US-Bundesstaat mit der besten palliativmedizinischen Versorgung.<sup>132</sup>

Wie groß Unmut und Angst der unmittelbar Betroffenen sind, fassen die nachfolgenden, wenn auch recht scharfen Worte von Stefan Daniel, einem ehemaligen Leichtathleten, der im Alter von 25 Jahren die Diagnose Multiple Sklerose (MS) erhielt, gut zusammen: „Ich klage die Politik wegen Missachtung meiner Würde an. [...] Sie lässt mich verrecken, weil sie unfähig ist, Gesetze zu verabschieden, die es Menschen wie mir ermöglichen, ohne Angst und mit der ihnen vom Grundgesetz garantierten Würde selbstverantwortet zu sterben. Ich kann es nicht mehr hören, wenn Kirchenleute von Ehrfurcht vorm Leben sprechen und dass diejenigen, die sich das Leben nehmen wollen, rücksichtslos gegenüber ihrem Leben seien. Wer zeigt Ehrfurcht vor einem Menschenleben, das vor lauter Leid auseinander springt?“<sup>133</sup> Damit spricht er wohl für viele betroffene Menschen.

## 4.2 Aus Sicht der Ärzte

Gut zwei Drittel der deutschen Ärzte lehnt eine ärztliche Suizidbegleitung ab. Zu diesem Ergebnis kommt die im Jahr 2009 von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebene Allensbacher Studie.<sup>134</sup> Nachfolgend sollen ihre Gründe dafür dargelegt werden.

### 4.2.1 Der hippokratische Eid und das medizinische Ethos

Fragt man die Mediziner, warum sie den ärztlich assistierten Suizid ablehnen, lautet die Standardantwort, die Hilfe zur Selbsttötung widerspreche dem hippokratischen Eid. Als das Grunddogma der Ärzteschaft verpflichtet es den Arzt zur Bewahrung des Lebens. Doch was steckt hinter dieser selbstbewusst und seriös wirkenden Aussage? Zunächst muss man ernüchternd feststellen, dass kaum ein deutscher Arzt den genauen Wortlaut des hippokratischen Eids kennt oder ihn tatsächlich geschworen hat. Zurückzuführen ist der oft im Zusammenhang mit der Sterbehilfedebatte zitierte Eid auf den griechischen Arzt Hippokrates von Kos (460 – 370 v. Chr.), der als Begründer der wissenschaftlichen Medizin gilt.<sup>135</sup> In seinem berühmten Eid heißt es: „Ich werde niemanden, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen [...].“<sup>136</sup> Eine klare Aussage gegen die ärztliche Suizidbegleitung. Allerdings scheint der über

---

<sup>132</sup> Vgl. *ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 128.

<sup>133</sup> *Ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 170.

<sup>134</sup> Vgl. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5256, August 2009, S. 12.

<sup>135</sup> Vgl. *Arnold*, *Letzte Hilfe*, S. 91.

<sup>136</sup> *Ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 93.



2.000 Jahre alte Eid des Hippokrates schon lange nicht mehr geeignet, ein modernes ärztliches Berufsethos zu begründen. Daher entwickelte der Weltärztebund nach dem Zweiten Weltkrieg das „Genfer Gelöbnis“ als eine Art modernes Pendant, welcher nunmehr keinen Bezug mehr auf den ärztlich assistierten Suizid nimmt.<sup>137</sup> Doch auch dieser Text kann die in Zusammenhang mit der Sterbehilfe aufkommenden Fragen nicht beantworten. Es wird deutlich, dass die Berufung auf vermeintlich medizinische Autoritäten – sei es Hippokrates oder der Weltärztebund – in einer rational geführten Debatte zum Thema Sterbehilfe nicht allzu stark gewichtet werden darf. Schließlich geht es nicht darum die verschiedenen Texte auszulegen, sondern um die Auseinandersetzung mit dem Thema selbst.<sup>138</sup>

In der Debatte um ein selbstbestimmtes Sterben sind daher vielmehr medizinethische Argumente von Bedeutung. Das medizinische Ethos beruht weitestgehend auf den zwei wesentlichen moralischen Grundsätzen in der Medizin. Nach dem ersten Grundsatz „salus aegroti suprema lex“ ist das Wohlergehen des Kranken oberstes Gebot. Das Helfen und Heilen Notleidender gehört zu der Grundaufgabe eines jeden Arztes, die auch in den Berufsordnungen der Ärztekammern wiederzufinden ist.<sup>139</sup> Der zweite Grundsatz „primum nil nocere“ besagt, keinen Schaden anzurichten. Neben dem ärztlichen Heilungsauftrag gehört es nicht zu den Aufgaben eines Arztes zu töten oder auch „nur“ Suizidbeihilfe zu leisten. Vielmehr soll er den „Schaden“ verhindern, indem er dafür sorgt, dass der Wunsch nach einer Selbsttötung gar nicht erst entsteht.<sup>140</sup> Bei einer Zulassung des ärztlich assistierten Suizids befürchtet die Ärzteschaft daher gesellschaftliche Folgen insbesondere in Hinblick auf das Berufsbild des Arztes, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sowie das Risiko von Missbrauch.<sup>141</sup> Aber auch religiöse Gründe sprechen oft gegen eine ärztliche Suizidbegleitung – laut Allensbacher Studie bei 44 Prozent der befragten Ärzte.<sup>142</sup> Dabei fließen allerdings vielfach die religiösen Interessen der Arbeitgeber wie der Caritas oder Diakonie ein. Die Mehrheit der Hospiz- und Palliativdienste ist christlich ausgerichtet. Die weltanschaulichen Werte der kirchlichen Träger sind bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Insoweit haben die dort beschäftigten Ärzte kaum eine Wahl, eine andere Einstellung zum Thema Sterbehilfe zu vertreten.<sup>143</sup>

---

<sup>137</sup> Vgl. *ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 95 f.

<sup>138</sup> *Ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 99.

<sup>139</sup> Vgl. *Hübner/Montgomery in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 167.

<sup>140</sup> Vgl. *Weiß in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 151.

<sup>141</sup> Vgl. *Zimmermann-Acklin*, in: *Bondolfi* (Hrsg.), *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*, S. 374.

<sup>142</sup> Vgl. *Allensbacher Archiv*, *IfD-Umfrage 5256*, August 2009, S. 11.

<sup>143</sup> Vgl. *Arnold*, *Letzte Hilfe*, S. 157 f.

## 4.2.2 Das ärztliche Selbstverständnis im Wandel

Die Allensbacher Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 63 Prozent der befragten Ärzte größtenteils negative Auswirkungen auf das Selbstverständnis des Arztes befürchten.<sup>144</sup> Dabei nennen sie vor allem die Stichworte „Abkehr vom Prinzip der Lebensbewahrung“, „Abstumpfung gegenüber den Patienten“ sowie die Gefahr von „Allmachtgefühlen“, weil Ärzte, die Suizidbeihilfe leisten, sich womöglich als „Herrscher über Leben und Tod“ empfinden könnten.<sup>145</sup> Wie ist diese Haltung zu bewerten? Zunächst ist nicht zu bestreiten, dass sich das Berufsbild des Arztes wandeln würde, wenn diese sich nicht nur als „Bewahrer des Lebens“, sondern auch als „Garanten eines selbstbestimmten Todes“ begreifen würden.<sup>146</sup> Allerdings befindet sich das ärztliche Selbstverständnis bedingt durch den zunehmenden Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung und der Stärkung der Patientenrechte im Zuge des Patientenverfügungsgesetzes ohnehin bereits im Wandel. Durch den Ausbau der Palliativmedizin geht es nun nicht mehr allein darum, das Leben des Patienten zu bewahren, sondern sein Leben auch in Würde beschließen zu können. Die Bestimmungen des Patientenverfügungsgesetzes besagen, dass der Arzt an den vom Patienten geäußerten Willen gebunden ist – auch wenn dies den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bedeutet.<sup>147</sup> Nun wird der Arzt aber nicht dadurch, dass er den Sterbewunsch des Patienten befolgt, zum „Herrscher über Leben und Tod“, wie von kritischen Stimmen behauptet wird. Denn einzig und allein der Patient trifft diese Entscheidung, indem er diesen Willen äußert.<sup>148</sup>

## 4.2.3 Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Zudem befürchten viele Ärzte, es würde das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten, wenn sie Suizidbeihilfe leisten oder geleistet haben. Doch auch dieses Argument kann empirisch widerlegt werden. Eine repräsentative Forsa-Umfrage aus dem Jahr 2003 zeigt, dass 84 Prozent der Befragten das Vertrauen zu ihrem Hausarzt nicht verlieren würden, wenn sie wüssten, dass dieser bei unheilbar kranken Patienten Beihilfe zum Suizid geleistet habe. Lediglich 12 Prozent gaben an, dass dies ihr Vertrauensverhältnis belasten würde.<sup>149</sup> Die Zustimmungswerte würden heute sicher sehr viel eindeutiger ausfallen, da die gesellschaftliche Akzeptanz des

---

<sup>144</sup> Vgl. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5256, August 2009, S. 17.

<sup>145</sup> Arnold, Letzte Hilfe, S. 100.

<sup>146</sup> Vgl. ders., Letzte Hilfe, S. 100 f.

<sup>147</sup> Vgl. ders., Letzte Hilfe, S. 101.

<sup>148</sup> Vgl. ders., Letzte Hilfe, S. 102.

<sup>149</sup> Vgl. DGHS, Forsa-Umfrage, November 2003, S. 1.

selbstbestimmten Sterbens seit 2003 zugenommen hat.<sup>150</sup> Diesen positiven Trend belegen auch die Erfahrungen im US-Bundesstaat Oregon, in dem die ärztliche Suizidbegleitung seit 1997 gesellschaftlich anerkannt ist und praktiziert wird. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird durch die Bereitschaft des Arztes zum assistierten Suizid keineswegs gestört, sondern eher gestärkt.<sup>151</sup>

#### **4.2.4 Steigender sozialer Druck auf Benachteiligte und Lösungsansätze**

Neben der Sorge um das eigene Berufsbild, bestehen Bedenken in Hinblick auf eine missbräuchliche Anwendung der ärztlichen Suizidbegleitung. Sozial benachteiligte Gruppen, wie Alte, Kranke und Behinderte, würde aufgrund finanzieller und emotionaler Belastung für ihr Umfeld die Einwilligung in eine begleitete Selbsttötung nahegelegt werden.<sup>152</sup> Sie sehen die Gefahr, dass Patienten fremdbestimmt sterben müssen und versuchen fälschlicherweise gar Parallelen zu der deutschen Geschichte zu ziehen. Doch auch hier zeigen Studien, dass diese Befürchtung durch die Zulassung des ärztlich assistierten Suizids nicht eintritt. Im Gegenteil: Die Fälle, in denen Patienten fremdbestimmt sterben mussten, haben sich sogar reduziert.<sup>153</sup>

Mediziner, die gegen einen ärztlich assistierten Suizid stimmen, führen zudem an, dass das Ziel vielmehr darin liegen sollte, die Palliativmedizin weiter auszubauen, anstatt die Sterbehilfedebatte weiter zu vertiefen. So nehmen 79 Prozent der im Rahmen der Allensbacher Studie befragten Mediziner an, dass in diesem Fall weniger Patienten den Wunsch nach Sterbehilfe äußern würden.<sup>154</sup> „Die Debatte um die ärztliche Suizidbeihilfe würde in den Hintergrund treten, wenn man bestehende Mängel im Bereich der palliativmedizinischen Versorgung behebe.“, so auch der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer Hoppe.<sup>155</sup>

Nun kann man nicht pauschal behaupten, dass jeder Arzt die dargestellten Argumente vertritt. Wie die Allensbacher Studie zeigt, befürworteten im Jahr 2009 immerhin 30 Prozent aller befragten Ärzte die Suizidbegleitung.<sup>156</sup> Letztendlich bedarf es einer persönlichen Abwägung unter Berücksichtigung individueller Moral-

---

<sup>150</sup> Vgl. *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 108.

<sup>151</sup> *Ders.*, Letzte Hilfe, S. 109.

<sup>152</sup> Vgl. *Zimmermann-Acklin*, in: Bondolfi (Hrsg.), Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, S. 374.

<sup>153</sup> Vgl. *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 130 f.

<sup>154</sup> Vgl. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5256, August 2009, S. 31.

<sup>155</sup> *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 86.

<sup>156</sup> Vgl. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5256, August 2009, S. 12.

und Wertvorstellung, denn, um die Worte des Bundesverfassungsgerichts aufzugreifen, „[...] kein Arzt [kann] verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten“.<sup>157</sup>

### 4.3 Aus Sicht der Kirche

In der Debatte um die Frage, ob es zulässig ist, einen Menschen in bestimmten Fällen sterben zu lassen, sprechen sich insbesondere Glaubensvertreter deutlich dagegen aus. Sie befürchten den Verlust der christlichen Werte in der Gesellschaft und in Folge dessen gar eine Entchristlichung. Metaphorisch wird dabei oft von „der Arzt als Todesengel“ oder „Gott als alleiniger Richter über Leben und Tod“ gesprochen.<sup>158</sup> Bilder, die Ehrfurcht erwecken sollen, sind in der Geschichte des christlichen Glaubens nicht neu und finden daher auch in der aktuellen Debatte um einen selbstbestimmten Tod ihren Platz.

#### 4.3.1 Von der Heiligkeit des Lebens und den Zehn Geboten

Das Christentum schreibt dem menschlichen Leben, wie auch alle anderen großen Weltreligionen, einen unantastbaren Wert zu. Als gottgegebene Gabe habe der einzelne Mensch kein absolutes Verfügungsrecht über das eigene Leben. Jedem Menschen wird unabhängig von seiner Person an sich allein aufgrund seines Menschseins eine unantastbare Würde zuerkannt. Die Selbstbestimmung findet in der individuellen physischen Existenz des Menschen ihre Grenze.<sup>159</sup> Damit einher geht das Verbot, unschuldiges Leben zu töten. Die Zehn Gebote bilden dabei eine gewisse christliche Verhaltensnorm heraus. Das Fünfte Gebot lautet: „Du sollst nicht töten.“<sup>160</sup> Dieses strikte Tötungsverbot wurde durch Augustinus, dem Mitbegründer der christlichen Kirchenlehre und ihrer Traditionen, in seinem im Jahr 426 vollendeten Werk „Vom Gottesstaat“ („De civitate Dei“) auch auf die Selbsttötung ausgedehnt. Dabei griff er auch auf die klassische Lehre der heidnischen Philosophen Sokrates und Platon zurück, gleichwohl er diese zugunsten seiner christlichen Auffassung anpasste.<sup>161</sup> Als grundlegendes Prinzip menschlichen Zusammenlebens soll das Tötungsverbot in aller Regel Gültigkeit haben, in seltenen Ausnahmefällen (z.B. Notwehr, Todesstrafe) können jedoch höhere Prinzipien diese Norm außer Kraft setzen. Dies bedeutet, dass die Heiligkeit des Lebens zwar absolut ist, ein absolutes Tötungsverbot jedoch nicht als universell gültig angesehen

---

<sup>157</sup> BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 284.

<sup>158</sup> Vgl. *Casetti in Wehrli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 199 f.

<sup>159</sup> Vgl. BVerfG v. 26.02.2020, BVerfGE 153, 182-310, Rn. 146, 149.

<sup>160</sup> *Von Lutterotti*, *Sterbehilfe*, S. 34.

<sup>161</sup> Vgl. *Arnold*, *Letzte Hilfe*, S. 144 f.

wird. Demnach ist es nicht immer falsch zu töten, aber immer falsch, ein unschuldiges Leben zu töten – neben Kranken und Sterbenden wird hier auch das ungeborene Leben umfasst. Sterbehilfe ist mit dieser Lehre nicht vereinbar.<sup>162</sup>

### 4.3.2 Gott allein als Richter über Leben und Tod

Es wundert daher nicht, dass Selbstmördern eine „schwere Verfehlung gegen die rechte Eigenliebe“ zugesprochen wurde.<sup>163</sup> Vor allem im Mittelalter wurden Suizidenten auf das schärfste verurteilt. Selbstmord galt als eine der schlimmsten Sünden, die ein Mensch begehen konnte. So wurden Selbstmörder sogar nachträglich hingerichtet und außerhalb der Stadtmauern verscharrt.<sup>164</sup> Von derartigen mittelalterlichen Praktiken nimmt die christliche Kirche derweilen Abstand, begründet ihre ablehnende Haltung gegenüber dem Suizid jedoch noch immer mit den christlich-platonischen Argumenten, die Augustinus vor rund 1.600 Jahren vorgelegt hat.<sup>165</sup> Suizid verstoße gegen die „Liebe zum lebendigen Gott“, da dieser den Menschen ihr Leben schenkte.<sup>166</sup> Kein Mensch dürfe sich daher das Leben, das gottgegebene Geschenk, nehmen. Nur Gott allein ist befugt über das Leben zu entscheiden. Er ist „Richter über Leben und Tod“.<sup>167</sup> Thomas von Aquin (1225-1274) erklärte den Suizid als Akt gegen die Liebe zu sich selbst, gegen die Gesellschaft und schließlich gegen Gott, welcher letztlich der natürlichen Neigung des Menschen widerspräche. Diese drei Argumente bilden noch heute die Grundlage für die ablehnende Haltung der Kirche gegenüber dem Suizid und gleichermaßen auch gegenüber der Sterbehilfe.<sup>168</sup> Die Menschen sollten ihr Sterben als „letzten Gehorsam gegenüber dem Vater erleben“ und den „Tod in der von ihm gewollten und beschlossenen Stunde annehmen“, so die Worte von Papst Johannes Paul II. im 1995 verkündeten „Evangelium vom Leben“ („Evangelium vitae“).<sup>169</sup> Der natürliche Sterbeprozess ist Teil des Lebens. Weiter führt das Kirchenoberhaupt an: „Das Leid, das Schwerstkranke erfahren, sei eine Prüfung, die als Teilhabe am Leiden des gekreuzigten Christus verstanden werden sollte. Gerade im Erleiden von Schmerz und Erniedrigung liege die wahre Würde des Menschen.“<sup>170</sup> Praktische Bedeutung findet diese Haltung am Beispiel der Friedensnobelpreisträgerin Mutter Teresa. So gab sie die Anweisung, vorhandene Schmerzmittel nicht an Sterbende

---

<sup>162</sup> Vgl. von *Lutterotti*, Sterbehilfe, S. 28 f.

<sup>163</sup> *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 150.

<sup>164</sup> Vgl. *ders.*, Letzte Hilfe, S. 145.

<sup>165</sup> Vgl. *ders.*, Letzte Hilfe, S. 150.

<sup>166</sup> *Ders.*, Letzte Hilfe, S. 145.

<sup>167</sup> *Ders.*, Letzte Hilfe, S. 144.

<sup>168</sup> Vgl. <https://www.pfarrbriefservice.de/file/suizid-die-entwicklung-einer-christlichen-haltung> (aufgerufen am 27.01.2021).

<sup>169</sup> *Arnold*, Letzte Hilfe, S. 150 f.

<sup>170</sup> *Ders.*, Letzte Hilfe, S. 151.

auszugeben. Schmerzen und Leid würden durch die Erfahrung von Nähe zu Christus als positiv empfunden werden. Die Glorifizierung des Leids und die vollumfängliche Aufgabe der Autonomie über das eigene Leben vor Gott werden von katholischer und evangelischer Kirche gleichermaßen vertreten. Geburt und Tod liegen in Gottes Hand, weshalb Sterbehilfe aus religiösen Gründen abgelehnt werden muss.<sup>171</sup>

### 4.3.3 Dissens zwischen Kirchenvolk und Kirchenfunktionären

Gleichwohl gibt es auch einige positive Stimmen aus christlichen Glaubenskreisen. So zeigen sich mehrere Vertreter der evangelischen Kirche offen für die Möglichkeit eines begleiteten professionellen Suizids in kirchlich-diakonischen Einrichtungen. Trotz Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen und pflegerischen Palliativversorgung, dürfe man sich „dem frei verantwortlichen Wunsch einer Person, ihrem Leben mit ärztlicher Hilfe ein Ende zu setzen, nicht verweigern“.<sup>172</sup> Aber auch katholische Theologen wie Hans Küng machen sich bereits seit einigen Jahren aus christlicher Perspektive für einen assistierten Suizid stark. Er sagt, dass die von Gott übertragene Verantwortung des Menschen für sein Leben auch für die letzte Lebensphase gelten müsse: „Zum menschenwürdigen Sterben gehört auch eine menschenwürdige Verantwortung für das Leben. [...] Gott sei kein Sadist, sondern der Barmherzige, dessen Gnade ewig währt.“<sup>173</sup> Dass diese Meinung von der Mehrheit der deutschen Christen geteilt wird, zeigt die Umfrage „Religionsmonitor 2013“. Demzufolge sagen 83 Prozent der Protestanten und 86 Prozent der Katholiken, „wenn ein unheilbar Kranker es ausdrücklich wünscht, sollte er das Recht haben zu sterben“. Bedauerlicherweise hat dieses Votum des Kirchenvolkes wenig Einfluss auf die Kirchenpolitik.<sup>174</sup> Evangelische als auch katholische Kirchenfunktionäre nehmen von dieser Position Abstand und halten weiterhin an ihrer Ablehnung gegenüber jeglicher Hilfe zum Suizid fest. Mit dem Aufkommen einer höheren Akzeptanz der Suizidbeihilfe befürchte man eine Entchristlichung der Gesellschaft.<sup>175</sup> Anstatt der Ermöglichung des assistierten Suizids sollte es vielmehr das Ziel sein, die Palliativmedizin weiter zu stärken und mehr Solidarität mit den Kranken zu schaffen.<sup>176</sup> Wie ein Sprecher der Deutschen

---

<sup>171</sup> Vgl. *ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 151 f.

<sup>172</sup> dpa, *Evangelische Theologen wollen begleiteten Suizid ermöglichen in: Sächsische Zeitung vom 12.01.2021*, S. 2.

<sup>173</sup> *Arnold*, *Letzte Hilfe*, S. 153.

<sup>174</sup> *Ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 153.

<sup>175</sup> *Casetti in Wehrl* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 200.

<sup>176</sup> Vgl. *ders.*, *Der organisierte Tod*, S. 200.

Bischofskonferenz erklärte, „sei in dieser Situation nicht die Hilfestellung zum Suizid, sondern die Unterstützung bei der Entwicklung von Lebensperspektiven geboten“.<sup>177</sup>

## 4.4 Aus Sicht des Staates

Ginge es nach dem Willen der Bevölkerung, wäre Sterbehilfe längst kein Tabuthema mehr: 87 Prozent der Deutschen meinen, dass jeder selbst bestimmen darf, wann und wie er sterben möchte. In der Politik ist dieses doch klare Votum bisher noch nicht angekommen.<sup>178</sup> Ihrem demokratischen Auftrag, dem seit mehreren Jahren bestehenden Mehrheitswunsch der Bevölkerung nach Sterbehilfe zu folgen, werden die Politiker damit nicht gerecht.

### 4.4.1 Christliche Moralvorstellungen beeinflussen Rechtsstaat

Kritisiert wird dabei von vielen die Vermischung von neutralen politischen Entscheidungen mit ihrer oft christlichen Moralvorstellung.<sup>179</sup> Zwar sind Staat und Kirche grundsätzlich getrennt – gemäß Art. 140 GG i.V.m. Art. 137 Abs. 1 WRV gibt es keine Staatskirche – es besteht jedoch Neutralität des Staates gegenüber den Religionsgemeinschaften. Man könnte sogar sagen: Es besteht ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Staat und Kirche.<sup>180</sup> Kritiker beanstanden die hohe Anzahl an deutschen Politikern mit führenden Positionen in der christlichen Kirche. So ist der ehemalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe seit 1997 Mitglied der Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und war zwischenzeitlich auch dortiges Ratsmitglied. Die Verflechtung von Politik und Kirche birgt die Gefahr, dass Politiker ihre eigenen Glaubensüberzeugungen anderen Staatsbürgern aufzwingen und so eine mögliche Legalisierung der Sterbehilfe von Beginn an aus religiösen Gründen ablehnen. Der politischen Verantwortung in einem demokratischen Rechtsstaat wird dabei nicht Rechnung getragen.<sup>181</sup>

### 4.4.2 Das „Dammbrechtszenario“

Das Argument der Sterbehilfegegner, das immer wieder vorgebracht wird, ist die Angst vor dem sogenannten „Dammbrechtszenario“ (englisch: slippery-slope).

---

<sup>177</sup> dpa, Evangelische Theologen wollen begleiteten Suizid ermöglichen in: Sächsische Zeitung vom 12.01.2021, S. 2.

<sup>178</sup> Arnold, Letzte Hilfe, S. 9.

<sup>179</sup> Vgl. ders., Letzte Hilfe, S. 155 f.

<sup>180</sup> <https://www.ekd.de/dutzmann-vortrag-verhaeltnis-kirche-staat-45442.htm> (aufgerufen am 28.01.2021).

<sup>181</sup> Vgl. Arnold, Letzte Hilfe, S. 155 f.

Demnach sinke mit zunehmender gesellschaftlicher Akzeptanz der Suizidbegleitung die Hemmschwelle und es würde somit häufiger zu Suiziden kommen.<sup>182</sup> Vor allem alte, kranke und schwache Menschen müssten sich dadurch zunehmend als „Ballast“ für die Gesellschaft sehen und würden in ihrer Not allein gelassen werden.<sup>183</sup> Lockerungen der ärztlichen Suizidbegleitung bergen insofern ein hohes Missbrauchspotenzial. Doch die Angst der Politik vor einem „Dammbruchszenario“ ist nicht berechtigt. Die Erfahrungen aus den Benelux-Ländern, in denen die Suizidbeihilfe und sogar die Tötung auf Verlangen erlaubt sind, zeigen, dass dies nicht zu der befürchteten Entsolidarisierung der Gesellschaft geführt hat. Die Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass sich kranke und alte Menschen nicht zunehmend unter Druck gesetzt fühlen, dieses Angebot gegen ihren Willen in Anspruch zu nehmen. Tatsächlich müssen sich schwerstkranke Belgier, Niederländer und Luxemburger weit weniger Sorgen machen, denn die Palliativversorgung in diesen Ländern gilt mit als eine der besten der Welt. Dies könnte dadurch begründet sein, dass die Patienten aufgrund der Möglichkeit selbstbestimmt zu sterben, sehr viel höhere Ansprüche an die Qualität der ärztlichen Versorgung in der letzten Lebensphase stellen können, als hierzulande, wo Patienten diese Möglichkeit nicht offensteht.<sup>184</sup> Auch die Anzahl der Suizide ist nicht angestiegen. So nahmen die Suizide beispielsweise in der Schweiz, die nicht im Rahmen der Sterbehilfe begleitet wurden, deutlich ab – von 1.419 im Jahr 1995 auf 1.037 Suizide im Jahr 2012.<sup>185</sup> Das befürchtete „Dammbruchszenario“ kann daher empirisch nicht belegt werden. Die Schutzinteressen der Gesellschaft auf der einen Seite und das individuelle Leiden andererseits stehen in keiner erkennbaren Beziehung zueinander.<sup>186</sup>

Trotz weitestgehend negativer Wertung des Themas Sterbehilfe lässt sich – insbesondere ausgelöst durch die Aufhebung des Verbotes der geschäftsmäßigen Sterbehilfe durch das Bundesverfassungsgericht im Februar letzten Jahres – sukzessive ein Umdenken in der Politik erkennen. Bundestagsabgeordnete der SPD, FDP und der Linken brachten unlängst einen neuen Gesetzentwurf ein, der unheilbar Kranken künftig den Zugang zu tödlichen Medikamenten ermöglichen soll, um so selbstbestimmt sterben zu können.<sup>187</sup> Es wird angestrebt, entsprechende Regelungen noch vor der Bundestagswahl im Herbst zu beschließen.<sup>188</sup> Auch wenn

---

<sup>182</sup> Vgl. *ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 133.

<sup>183</sup> *Ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 128.

<sup>184</sup> Vgl. *ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 129.

<sup>185</sup> *Ders.*, *Letzte Hilfe*, S. 133.

<sup>186</sup> *Von Lutterotti*, *Sterbehilfe*, S. 124.

<sup>187</sup> Vgl. [https://www.helling-plahr.de/files/dateien/210129%20Interfraktioneller%20Entwurf%20eines%20Gesetzes%20zu%20Regelungen%20der%20Suizidhilfe\\_final.pdf](https://www.helling-plahr.de/files/dateien/210129%20Interfraktioneller%20Entwurf%20eines%20Gesetzes%20zu%20Regelungen%20der%20Suizidhilfe_final.pdf) (aufgerufen am 21.03.2021).

<sup>188</sup> Vgl. <https://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe-211.html> (aufgerufen am 30.01.2021).



der Ausgang dieser Debatte derzeit noch offen ist, weckt sie doch Hoffnung auf einen neuen, liberaleren Umgang mit einem unumgänglichen Thema ohne Tabuisierung und „Verbotshysterie“<sup>189</sup>.

## **4.5 Aus Sicht von sonstigen Beteiligten**

Auch wenn sie in den meisten Fällen nur eine untergeordnete Rolle spielen, sind die Interessen von Sterbehilfeorganisationen, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Pharmaunternehmen keineswegs nebensächlich. Denn, wie auch in jeder anderen Phase des Lebens, darf man die monetären Aspekte nicht außer Acht lassen. Auf der einen Seite stehen dabei die Sterbehilfeorganisationen, deren „Anspruch“ es ist, Menschen in den Tod zu begleiten. Dafür verlangen sie einen gewissen Geldbetrag. Auf der anderen Seite stehen Pflege- und Krankeneinrichtungen sowie Pharmakonzerne, deren „Anspruch“ es ist, die Menschen so lange wie möglich am Leben zu halten. Dafür erhalten sie Geld, sei es von dem Betroffenen selbst, von Krankenkassen oder dem Staat (z.B. für die Erforschung neuer Medikamente).<sup>190</sup> Ist das unmittelbare Ziel zwar so unterschiedlich wie nur möglich, streben alle auch mittelbar nach Profit.

### **4.5.1 Sterbehilfeorganisationen – „Geschäft mit dem Tod“**

Aus der Funktion von Sterbehilfeorganisationen wird bereits ersichtlich, dass sich diese für eine Ausweitung der Sterbehilfemöglichkeiten in Deutschland aussprechen. Zunächst sollen daher kurz die Kosten betrachtet werden, die solche Organisationen, aufgrund der Umstrittenheit in Deutschland noch immer hauptsächlich in der Schweiz aufzufinden, für die Begleitung der Menschen in den Tod verlangen. Da sich die Kosten der unterschiedlichen Organisationen weitestgehend im selben Rahmen bewegen, soll eine Aufschlüsselung am Beispiel der Schweizer Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ erfolgen: Für den Verwaltungsaufwand in der Vorbereitungsphase der Suizidbegleitung – dazu zählen insbesondere die Korrespondenz zwischen dem Sterbewilligen, seiner Familie und dem Arzt sowie die Prüfung des Falls und der Unterlagen – werden 2.400 Euro in Rechnung gestellt. Erst nachdem der Arzt zugestimmt hat, kommt es zur eigentlichen Sterbebegleitung, für die erneut 2.400 Euro berechnet werden. Zudem fallen noch zusätzliche Kosten für Unterkunft, Fahrten zwischen Deutschland und der Schweiz, die Behandlungskosten des Arztes sowie für die örtlichen Bestattungsdienste an (bei einer Einäscherung etwa 1.600 Euro). In Summe müssen Sterbewillige aus Deutschland also

---

<sup>189</sup> Kusch in Wehrli (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 79.

<sup>190</sup> Vgl. Arnold, *Letzte Hilfe*, S. 110.

mindestens 7.000 Euro aufwenden, um mit Hilfe von Sterbehilfeorganisationen ihr Leben in der Schweiz zu beenden.<sup>191</sup>

#### **4.5.2 Pflegeeinrichtungen und Pharmakonzerne – „Geschäft mit der Lebensverlängerung“**

Vermutet man aber nun, dass dieses „Geschäft mit dem Tod“ den größten Umsatz erzielt, liegt man falsch. Denn die Profite entstehen beim „Geschäft mit der Lebens- (oder gar Leidens-)verlängerung“. An diesem Geschäft verdienen in erster Linie Institutionen wie Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, sowie Pharmaunternehmen im großen Umfang.<sup>192</sup> Am Beispiel des Falls der Frau K., die mehrere Jahre in einem Pflegeheim künstlich ernährt wurde, soll der finanzielle Rahmen kurz beleuchtet werden: Komatöse, künstlich ernährte Patienten wie Frau K. verursachen bei hoher Pflegestufe für das Heim grundsätzlich einen besonders geringen Kosten- und Pflegeaufwand. Sie haben in der Regel nicht die Möglichkeit die bereitgestellten Angebote wie wechselnde Speisen, Gymnastik- oder Therapieräume zu beanspruchen. Setzt man nun den Preis für einen Heimplatz von 3.500 Euro pro Monat (ohne zusätzliche Kosten für Sonderernährung, Medikamente etc.) an, floss dem Pflegeheim innerhalb der drei Jahre der Betreuung der Frau K. ein Betrag von 126.000 Euro zu. Dieser Betrag dient auch der Kostendeckung.<sup>193</sup> Daneben profitieren noch weitere Akteure auf dem Gesundheitsmarkt, nämlich die Hersteller von Ernährungssonden, von Sondennahrung und Medikamenten. Schätzungen zufolge geben die gesetzlichen Krankenkassen hierfür sieben Milliarden Euro im Jahr aus. Damit erwirtschaften die Pharmaunternehmen gut ein Viertel ihres Gesamtjahresumsatzes mit Medikamenten und anderen medizinischen Produkten, die Patienten in ihrer letzten Lebensphase erhalten.<sup>194</sup>

Wird man sich dem Profitstreben des Gesundheitssystems bewusst, kann der Gedanke aufkommen, dass monetäre Aspekte wohl allzu oft vor dem Interesse des einzelnen Patienten stehen. Inwieweit das mit der Menschenwürde vereinbar ist, ist jedoch vielmehr ein komplexes politisches Thema.<sup>195</sup>

---

<sup>191</sup> Vgl. *ders.*, Letzte Hilfe, S. 110 f.

<sup>192</sup> Vgl. *ders.*, Letzte Hilfe, S. 113.

<sup>193</sup> Vgl. *ders.*, Letzte Hilfe, S. 114.

<sup>194</sup> *Ders.*, Letzte Hilfe, S. 117 f.

<sup>195</sup> Vgl. *ders.*, Letzte Hilfe, S. 205 f.

## 5 Therapien am Lebensende: Palliativmedizin und Hospiz – mögliche Alternativen?

Die Intensivierung der Debatte um das Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung in den letzten Jahren ist auch in der Furcht vieler Menschen vor einem unwürdigen, qualvollen und lang andauernden Sterben und Tod begründet.<sup>196</sup> Einerseits die in der Gesellschaft weitverbreitete Vorstellung, als Pflegefall lange Zeit von anderen abhängig oder im Krankenhaus einer hoch technisierten Medizin hilflos ausgeliefert zu sein.<sup>197</sup> Andererseits die Befürchtungen, dass trotz der Möglichkeiten der modernen Medizin in der letzten Lebensphase unerträgliche Schmerzen und Beschwerden nicht ausreichend zu beherrschen sind und diese Leiden dadurch verlängert werden. Die Bedeutung einer angemessenen Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender hat im Laufe der letzten Jahre sowohl im Medizinerkreis als auch in der Gesellschaft zunehmend Anerkennung gefunden. Im Zentrum der Diskussion stehen dabei die beiden Begriffe „Palliativmedizin“ und „Hospiz“.<sup>198</sup>

### 5.1 Anfänge der modernen Palliativmedizin

Parallel zu den Errungenschaften der modernen Medizin, die es ermöglichten Menschen, die zuvor aufgrund ihres Krankheitsverlaufes gestorben wären, weiter am Leben zu halten, entwickelte sich seit Beginn der 1960er Jahre ausgehend von Großbritannien eine Palliativ- und Hospizbewegung. Im Jahr 1968 eröffnete Cicely Saunders (1918-2005) in London das St. Christophers's Hospice und verwirklichte damit die Idee der „terminal care“, der Betreuung in der letzten Lebensphase.<sup>199</sup> Die Gründung dieses Hospizes gilt als Geburtsstunde der modernen Palliativmedizin. Das Konzept der palliativmedizinischen Versorgung ist jedoch keineswegs eine Erfindung des 19. oder 20. Jahrhunderts, sondern war bereits unter frühzeitlichen Ärzten verbreitet.<sup>200</sup> Nach anfänglichen Schwierigkeiten wuchs die Palliativ- und Hospizbewegung in Deutschland ab den 1980er Jahren rasch. Die erste deutsche Palliativstation eröffnete 1983 – mit nur fünf Betten – im Universitätsklinikum Köln. Im Jahr 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin gegründet. Nach und nach kamen mehr Hospize und Palliativstationen in ganz Deutschland hinzu.<sup>201</sup> Heute verfügen rund 15 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland über eine von bundesweit 350 Palliativstationen. Hinzu kommen rund

---

<sup>196</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 80.

<sup>197</sup> *Kaufmann in Wehrli* (Hrsg.), Der organisierte Tod, S. 13.

<sup>198</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 80.

<sup>199</sup> Vgl. *von Lutterotti*, Sterbehilfe, S. 166.

<sup>200</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 83 f.

<sup>201</sup> Vgl. *Jox*, Sterben lassen, S. 218.

260 stationäre und 1.500 ambulante Hospize deutschlandweit.<sup>202</sup> Bezogen auf den Betreuungsschlüssel liegt Deutschland mit 1,1 Palliativdiensten pro 100.000 erwachsene Einwohner im europäischen Vergleich auf Platz 15 von 49 und damit noch im ersten Drittel. Der europäische Durchschnitt liegt bei 0,8 Palliativdienste pro 100.000 erwachsene Einwohner.<sup>203</sup>

## 5.2 Bedeutung und Aufgaben von palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung

Doch was genau versteht man unter palliativmedizinischer Versorgung und worin unterscheidet sich diese von Hospizdiensten? Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliativmedizin als aktive, ganzheitliche Behandlung und Betreuung von Patienten mit einer weit fortgeschrittenen und weiter voranschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die auf Heilungsversuche nicht mehr anspricht. Im Vordergrund steht dabei eine umfassende Beschwerde- und Symptomlinderung auch unter Einbezug von Familie und Freunden des Patienten. Nicht das Überleben des Patienten um jeden Preis, sondern sein Wohlbefinden, eine möglichst hohe Lebensqualität und seine Wünsche und Ziele stehen dabei im Zentrum der Versorgung, weshalb man auch von „Palliative Care“ (palliativer Versorgung) spricht.<sup>204</sup> Das Behandlungsziel besteht nun nicht mehr darin zu heilen (kurativ) oder vorzubeugen (prophylaktisch), sondern vorrangig darin Beschwerden zu lindern (palliativ).<sup>205</sup> Liegt der Schwerpunkt der Behandlung und Versorgung eines Schwerstkranken (und seiner Angehörigen) eher auf Seiten der körperlich verursachten Symptome der Erkrankung, wird die palliativmedizinische Betreuung vorzugsweise durch die Palliativstationen der Kliniken gewährleistet. Neben Palliativstationen gibt es stationäre sowie ambulante Hospizdienste. Die hospizliche Versorgung zielt noch stärker auf das subjektive Wohlbefinden des Kranken und seiner Angehörigen im Sinne menschlicher Begleitung durch Zuwendung und Gespräch ab. Die Grundlage der Hospizarbeit bildet dabei die Trias „Achtsamkeit, Respekt und Herzenswärme“.<sup>206</sup> Hospize sind in der Regel pflegerisch geleitet und werden von niedergelassenen Ärzten mit einer palliativmedizinischen Zusatzqualifikation medizinisch betreut, sowie oft von ehrenamtlichen Sterbebegleitern, Seelsorgern und Sozialarbeitern unterstützt. Die wesentliche Aufgabe stationärer

---

<sup>202</sup> Vgl. <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> (aufgerufen am 14.02.2021).

<sup>203</sup> Vgl. <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/spannende-daten-fakten-zur-europaweiten-palliativversorgung-update-eapc-atlas-2019-platz-15-fuer-deutschland%E2%80%A6.html> (aufgerufen am 14.02.2021).

<sup>204</sup> *De Ridder*, Abschied vom Leben, S. 47.

<sup>205</sup> Vgl. *Woellert/Schmiedebach*, Sterbehilfe, S. 81.

<sup>206</sup> Vgl. *de Ridder*, Abschied vom Leben, S. 55.

Hospize besteht in der Sterbebegleitung.<sup>207</sup> Schwerpunkt der ambulanten Hospizarbeit ist insbesondere die Beratung Betroffener und/ oder ihrer Angehörigen.<sup>208</sup>

Dem Grunde nach steht der palliative ärztliche Auftrag daher ethisch gleichrangig neben seinem kurativen Pendant. Leider muss man aber jedoch feststellen, dass viele Ärzte ihren Auftrag noch immer missverständlich allein im kurativen Anteil sehen und die palliative Seite gewissermaßen minderbewerten. Aber was geschieht, wenn die verfügbaren Mittel zur Heilung und Lebensverlängerung nicht mehr genügen? An diesem Punkt zeigt sich nun der palliative Behandlungsauftrag eines Arztes, bei dem ein friedliches Lebensende und Sterben in den Vordergrund treten. Sind die unmittelbaren Therapieziele zwar verschieden, dienen beide Seiten des ärztlichen Auftrages gleichermaßen dem Wohl des Patienten.<sup>209</sup> Dennoch sind weiterhin viele Patienten mit der Aussage konfrontiert, sie seien „austherapiert“ und „Man könne nichts mehr tun.“<sup>210</sup> Doch sollte Medizin nicht immer etwas tun? Sie muss es sogar; wenn nicht mehr im kurativen, dann zumindest im palliativen Sinn der Leidens- und Symptomlinderung. Keinesfalls sollte man bei Palliativmedizin daher von Sterbemedizin sprechen.<sup>211</sup>

### **5.3 Die Grenzen der Palliativmedizin als Chance für den assistierten ärztlichen Suizid**

Doch auch die Palliativmedizin stößt trotz voranschreitender Entwicklungen in der Schmerz- und Symptomtherapie irgendwann an ihre Grenzen. Sei es, dass ihre Mittel versagen oder diese in terminalen Erkrankungen nicht stark genug wirken. Sei es, dass ein Patient keine palliativmedizinische Versorgung in Anspruch nehmen möchte, denn niemand kann dazu gezwungen werden.<sup>212</sup> Und selbst das aufopferungsvollste Engagement der Pflegekräfte und Hospizhelfer kann oft nicht verhindern, dass die Patienten am Ende ihre Selbstständigkeit und Würde verlieren. Hier stellt sich die Frage, warum die Medizin, wenn man die Begleiterscheinungen des natürlichen Sterbens ohnehin nicht mehr hinnehmen will, bei der Palliativ- und Hospizversorgung stehen bleibt? Warum nicht den begleiteten Suizid als eine weitere Option der Letzten Hilfe akzeptieren?<sup>213</sup>

Zunächst ist voranzustellen, dass es grundsätzlich unstrittig ist, dass angesichts der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung

---

<sup>207</sup> Vgl. Jox, *Sterben lassen*, S. 221.

<sup>208</sup> Vgl. Woellert/Schmiedebach, *Sterbehilfe*, S. 82.

<sup>209</sup> Vgl. de Ridder in Wehrli (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 28.

<sup>210</sup> De Ridder, *Abschied vom Leben*, S. 50.

<sup>211</sup> Vgl. ders., *Abschied vom Leben*, S. 50 f.

<sup>212</sup> Vgl. de Ridder in Wehrli (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 28.

<sup>213</sup> Arnold, *Letzte Hilfe*, S. 187.

palliativmedizinische Versorgungsangebote – seien es Palliativstationen an Krankenhäuser oder Hospize – zu stärken und auszuweiten. Es ist aber auch anzuerkennen, dass jenseits der Palliativmedizin assistierter Suizid zu einer ärztlichen Aufgabe werden kann.<sup>214</sup> Die Erfahrungen aus Ländern, in denen die Suizidbeihilfe als ärztliche Aufgabe anerkannt ist – wie den Benelux-Ländern oder dem US-Bundesstaat Oregon – haben deutlich gezeigt, dass dies letztlich der beste Weg ist, den Ausbau der Palliativmedizin zu beschleunigen. Deshalb ist es verwunderlich und gar unverständlich, dass in Deutschland gerade Palliativmediziner Suizidbeihilfe ablehnen.<sup>215</sup> Dieses Ergebnis spiegelt sich in der Allensbacher Studie wider. Nur 11 Prozent der Palliativmediziner sprechen sich für eine Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids aus – im Vergleich dazu sind es 30 Prozent aller befragten Ärzte. Noch deutlicher zeigt sich diese kritische Haltung bei der Frage, ob für sie aktive Sterbehilfe denkbar wäre – 25 Prozent aller Befragten antworteten mit „Ja“, von den Palliativmedizinern stimmten nur 3 Prozent zu. Interessant ist auch, dass nur 8 Prozent der Palliativmediziner (im Vergleich dazu 54 Prozent aller befragten Ärzte) meinten, durch eine ärztliche Suizidbegleitung müsste der Patient nicht unnötig lange Schmerzen erleiden.<sup>216</sup> Dies ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass eine der Grundaufgaben der palliativmedizinischen Versorgung gerade die Linderung andauernder, oft unerträglicher Schmerzen ist. Letztlich müssten sich Palliativmediziner dann selbst eingestehen, dass ihre Therapien nicht den gewünschten Erfolg erzielen oder ihre Tätigkeit gar ganz ohne Belange sei. Suizidhilfe wird von ihnen daher vielmals als Konkurrenz gesehen.<sup>217</sup>

Dies ist jedoch ein Irrtum. Denn ebenso wenig, wie die Suizidbegleitung die Palliativmedizin ersetzen kann, kann die Palliativmedizin die Suizidbegleitung ersetzen.<sup>218</sup> Palliativmedizin und ärztliche Suizidbegleitung verhalten sich eben nicht antagonistisch, sondern komplementär zueinander. Man mag sogar so weit gehen, dass der ärztlich assistierte Suizid zu einer äußersten Maßnahme palliativer Medizin werden kann.<sup>219</sup> Wie gut das Zusammenspiel von Palliativmedizin und ärztlicher Suizidbegleitung funktioniert, zeigt sich erneut am Beispiel des US-Bundesstaates Oregon. Im Jahr 2018 nutzten von insgesamt 168 Patienten, die den ärztlich assistierten Suizid in Anspruch nahmen, 152 gleichzeitig die Betreuung in einer Hospizeinrichtung. Das sind über 90 Prozent!<sup>220</sup>

---

<sup>214</sup> Vgl. *de Ridder in Wehrl* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 33.

<sup>215</sup> Vgl. *Arnold*, *Letzte Hilfe*, S. 129.

<sup>216</sup> Vgl. *Allensbacher Archiv*, *lfD-Umfrage 5256*, August 2009, S. 28.

<sup>217</sup> Vgl. *Wehrl*, *Der organisierte Tod*, S. 91.

<sup>218</sup> *Arnold*, *Letzte Hilfe*, S. 25.

<sup>219</sup> *De Ridder in Wehrl* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 33 f.

<sup>220</sup> *Oregon Public Health Division*, *Death with Dignity Act Report 2018*, S. 9.

Warum sollte dieses Konzept nicht auch in Deutschland ähnlich erfolgreich sein? Perspektivisch könnte die moderne Palliativmedizin dem Patienten die bestmögliche palliativmedizinische Versorgung gewähren, ihm aber immer die Option offenhalten, im Fall nicht mehr zu beherrschender Schmerzen und Leiden sein Leben friedlich zu beenden. Denn neben der körperlichen ist auch die psychische Seite des Patienten zu betrachten und seine ganz persönliche Interpretation vom Sinn des Lebens. Kein anderer kann und sollte diese Entscheidung für ihn übernehmen. Letztendlich liegt es aber vor allem am politischen Willen, ob die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland im Interesse der betroffenen Patienten durch das Zulassen eines ärztlich begleiteten Suizids verbessert und ausgebaut wird.<sup>221</sup> Führt man sich dabei das Votum des Großteils der deutschen Bevölkerung vor Augen, erscheint dieser Schritt längst überfällig.

---

<sup>221</sup> Vgl. *Arnold*, *Letzte Hilfe*, S. 128 f.

## 6 Selbstbestimmung bis zum Schluss – unsere letzte Freiheit

Wie komplex die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe ist, wird bereits bei der Vielzahl der im Rahmen der Debatte verwendeten Begrifflichkeiten deutlich. Zwar konnten Rechtsprechung, zivil- und strafrechtliche Regelungen und auch berufsständische Leitlinien in den letzten Jahren gewissermaßen für einen klaren Rechtsrahmen sorgen, die ethisch-moralischen Probleme werden dadurch aber nicht gelöst. Doch insbesondere anhand dieser Überlegungen wird die grundlegende Problematik eines Themas deutlich, das gerade in letzter Zeit nicht nur in Deutschland, sondern auch weltweit, Mediziner, Psychologen, Theologen, Juristen und Politiker, aber auch einen Großteil der Bevölkerung bewegt und beschäftigt. Die Vielzahl an Publikationen aus den unterschiedlichsten Fachrichtungen zeigt die Komplexität der mit der Sterbehilfe zusammenhängenden Problemkreise auf. Dabei einen gemeinsamen Nenner zu finden, gestaltet sich äußerst schwierig. So besteht zwar grundsätzlich Konsens darüber, dass Betroffene über Leben und Tod auf Grundlage des Selbstbestimmungsrechts selbst entscheiden können, gegen ein Außerkraftsetzen des Tötungsverbotens wehren sich jedoch vor allem Vertreter aus Medizin, Kirche und Politik.<sup>222</sup>

Dabei genügt es in die Länder zu schauen, in denen Sterbehilfe legal ist, um die wesentlichen Argumente der Sterbehilfegegner empirisch zu widerlegen. Auch die befürchteten Schreckensszenarien konnten nicht bestätigt werden. Es wird deutlich, dass es sehr wohl möglich ist, kritische Stimmen zu besänftigen und liberale, dem heutigen Zeitgeist und den Vorstellungen des Großteils der Bevölkerung entsprechende, Regelungen zu finden. Die Praxis der unmittelbaren Nachbarländer Deutschlands, aber auch auf der anderen Seite des Atlantischen Ozeans macht deutlich, dass der Weg der Legalisierung und Normalisierung der Sterbehilfe der richtige zu sein scheint. Damit geht auch der Ausbau der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung einher. Es ist daher kein Zufall, dass in diesen Ländern stärker in Palliativmedizin investiert und grundsätzlich offener mit dem Thema Tod und der Option des selbstbestimmten Sterbens umgegangen wird.<sup>223</sup> Persönlich möchte ich lieber Teil einer Gesellschaft sein, in der jeder Mensch selbst der Souverän über sein eigenes Leben und Sterben ist. Wir sollten uns der Herausforderung stellen, damit irgendwann jeder in Würde sterben kann. Auf diesem Weg

---

<sup>222</sup> Vgl. *Giger in Wehli* (Hrsg.), *Der organisierte Tod*, S. 185.

<sup>223</sup> *Black*, *Alles, was bleibt*, S. 133.



kommt es vor allem darauf an, die bestehenden weitverbreiteten Ängste zu überwinden, Fakten zur Kenntnis zu nehmen, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu verbessern, die Palliativmedizin zu optimieren und den Dialog zwischen allen Beteiligten zu fördern.<sup>224</sup>

Die Politik, aber auch jeder Einzelne, wird sich daher künftig unweigerlich mit der Thematik Sterbehilfe auseinandersetzen müssen. Auf kurz oder lang wird man zu dem Ergebnis kommen, konkrete gesetzliche Regelungen zu schaffen, die es allen erlauben, selbst darüber zu entscheiden, wann und wie sie ihr Leben beenden wollen. Gleichzeitig müssen auch die bestehenden Defizite in unserem Gesundheitssystem behoben werden. Man wird feststellen, dass nicht die politischen, religiösen oder finanziellen Interessen der beteiligten Akteure dafür ausschlaggebend sind, sondern einzig und allein der Wille des betroffenen Patienten.<sup>225</sup> Man wird die selbstbestimmte Entscheidung und Kontrolle über das eigene Leben und das Sterben jedem Menschen als letzte Freiheit zugestehen. Denn schließlich darf die Entscheidung über unser Leben und Sterben nur einem gehören: uns selbst!

---

<sup>224</sup> Vgl. Jox, *Sterben lassen*, S. 260.

<sup>225</sup> Vgl. Arnold, *Letzte Hilfe*, S. 158.

## Literaturverzeichnis

- Arnold, Uwe-Christian*: Letzte Hilfe – Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben, Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg 2014.
- Black, Sue*: Alles, was bleibt – Mein Leben mit dem Tod, DuMont Buchverlag, Köln 2018.
- Bondolfi, Alberto (Hrsg.) / Müller, Hansjakob*: Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel/ Bern 1999.
- De Ridder, Michael*: Abschied vom Leben. Von der Patientenverfügung bis zur Palliativmedizin – Ein Leitfaden, Pantheon Verlag, München 2017.
- dpa*: Evangelische Theologen wollen begleiteten Suizid ermöglichen, in: Sächsische Zeitung – Die Tageszeitung für Bautzen, Bischofswerda und das Umland vom 12. Januar 2021, S. 2.
- Fischer, Thomas*: Beck'sche Kurz-Kommentare – Strafgesetzbuch mit Nebengesetzen, 64. Auflage, Verlag C.H. Beck, München 2017.
- Hangartner, Yvo*: Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe. Eine grundrechtliche Standortbestimmung, Schulthess Juristische Medien, Zürich 2000.
- Herberger, Maximilian u.a. (Hrsg.)*: juris-Praxiskommentar BGB, Band 4 – Familienrecht, 9. Auflage, Saarbrücken 2020.
- Jox, Ralf J.*: Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg 2013.
- Klee, Ernst*: „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, vollständig überarbeitete Neuausgabe, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2010.
- Schönke, Adolf / Schröder, Horst (Hrsg.)*: Strafgesetzbuch – Kommentar, 30. Auflage, Verlag C.H. Beck, München 2019.
- Von Lutterotti, Markus*: Sterbehilfe. Gebot der Menschlichkeit?, Patmos Verlag, Düsseldorf 2002.
- Wehrli, Hans (Hrsg.) / Kaufmann, Peter / Sutter, Bernhard*: Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra, 2. Auflage, Orell Füssli Verlag, Zürich 2015.
- Woellert, Katharina / Schmiedebach, Heinz-Peter*: Sterbehilfe, Ernst Reinhardt Verlag, München 2008.

## Internetquellenverzeichnis

*Bundesärztekammer:* (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14. Dezember 2018, unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf) (aufgerufen am 8. März 2021).

*Bundesärztekammer:* Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in der Fassung vom 21. Januar 2011, unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf) (aufgerufen am 8. März 2021).

*Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.:* Blick über die Grenzen, unter <https://www.dghs.de/humanes-sterben/blick-ueber-die-grenzen.html> (aufgerufen am 28. Februar 2021).

*Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.:* Vorurteile auf dem Prüfstand – Sterbehilfe und das Vertrauen zum Hausarzt, aktuelle Forsa-Umfrage, November 2003, unter [https://www.dghs.de/fileadmin/content/05\\_humanes-sterben/04\\_dghs\\_umfragen/00\\_pdfs/Umfrage\\_November\\_2003.pdf](https://www.dghs.de/fileadmin/content/05_humanes-sterben/04_dghs_umfragen/00_pdfs/Umfrage_November_2003.pdf) (aufgerufen am 8. März 2021).

*Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.:* Spannende Daten & Fakten zur europaweiten Palliativversorgung: Update EAPC-Atlas 2019: Platz 15 für Deutschland..., 14. Juni 2019, unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/spannende-daten-fakten-zur-europaweiten-palliativversorgung-update-eapc-atlas-2019-platz-15-fuer-deutschland%E2%80%A6.html> (aufgerufen am 14. Februar 2021).

*Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.:* Hospiz- und Palliativversorgung im Überblick: Wer bietet was wo?, unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> (aufgerufen am 14. Februar 2021).

*Duden:* Wörterbucheintrag zum Begriff „Grundgesetz“, unter <https://www.duden.de/recht-schreibung/Grundrecht> (aufgerufen am 3. Januar 2021).

*Dutzmann, Martin:* Kirche und Staat: „Getrennt und doch partnerschaftlich verbunden“ – Der Bevollmächtigte des Rates der EKD, Martin Dutzmann, zum Staat-Kirche-Verhältnis in der Bundesrepublik Deutschland, unter <https://www.ekd.de/dutzmann-vortrag-verhaeltnis-kirche-staat-45442.htm> (aufgerufen am 28. Januar 2021).

*Evangelische und katholische Konferenz für TelefonSeelsorge und offene Tür:* Suizid – Die Entwicklung einer christlichen Haltung, 17. Juli 2016, unter <https://www.pfarrbriefservice.de/file/suizid-die-entwicklung-einer-christlichen-haltung> (aufgerufen am 27. Januar 2021).

*Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Karl Lauterbach, Dr. Petra Sitte, Swen Schulz und Otto Fricke* – Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe, unter [https://www.helling-plahr.de/files/dateien/210129%20Interfraktioneller%20Entwurf%20eines%20Gesetzes%20zu%20Regelungen%20der%20Suizidhilfe\\_final.pdf](https://www.helling-plahr.de/files/dateien/210129%20Interfraktioneller%20Entwurf%20eines%20Gesetzes%20zu%20Regelungen%20der%20Suizidhilfe_final.pdf) (aufgerufen am 21. März 2021).

*Institut für Demoskopie Allensbach (Allensbacher Archiv):* Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten im Juli 2010 (IfD-Umfrage 5256, August 2009), unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf) (aufgerufen am 8. März 2021).

*Oregon Public Health Division:* Death with Dignity Act Report 2018, unter <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year21.pdf> (aufgerufen am 8. März 2021).

*Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages:* Zur innerstaatlichen Umsetzung der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) sowie zur Durchsetzung und Wirkung von Urteilen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) in Deutschland, Frankreich, Italien und Russland, im Vereinigten Königreich und in der Türkei, unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/482672/f9ace5e6e53fc37be870a3bbccbb85ed/WD-2-104-16-pdf-data.pdf> (aufgerufen am 8. Dezember 2020).

## Verzeichnis der Rechtsvorschriften

*Betäubungsmittelgesetz [BtMG]* in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Januar 2021 (BGBl. I S. 70).

*Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]* in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3256).

*Patientenverfügungsgesetz [PatVG]* in der Fassung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechtes vom 29. Juli 2009 m.W.v. 1. September 2009 (BGBl. I S. 2286).

*Europäische Menschenrechtskonvention [EMRK]* vom 4. November 1950 (BGBl. 1952 I 686), zuletzt geändert durch Protokoll Nr. 14 vom 13. Mai 2004 m.W.v. 1. Juni 2010 (BGBl. 2010 II 1198).

*Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland [GG]* vom 23. Mai 1949 (BGBl. 1949 I 1), zuletzt geändert durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048).

*Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte [ICCPR]* vom 19. Dezember 1966 (BGBl. 1973 II S. 1533).

*Schweizerisches Strafgesetzbuch* in der Fassung vom 21. Dezember 1937 (AS 54 1328), zuletzt geändert am 1. Juli 2020 (AS 2019 2273; BBl 2017 7307).

*Strafgesetzbuch [StGB]* in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 47 des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3096).

*Weimarer Reichsverfassung [WRV]* vom 11. August 1919 (RGI. S. 1383, ber. 1920 S. 328), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung der Reichsverfassung vom 17. Dezember 1932 (RGI. I S. 547).

## Verzeichnis der Rechtsprechungen

*EGMR*, Urteil vom 20. Januar 2011 – 31322/07, *NJW* 2011, 3773-3775.

*BVerfG*, Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 -. *BGBI I* 2020, 525, *BVerfGE* 153, 182-310.

*BGH*, Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09 -, *BGHSt* 55, 191-206.

*BGH*, Urteil vom 13. September 1994 – 1 StR 357/94 -, *BGHSt* 40, 257-272.

*OLG München*, Beschluss vom 31. Juli 1987 – 1 WS 23/87, *NJW* 1987, 2940-2946.

*LG Fulda*, Urteil vom 30. April 2009 – 16 Js 1/08 – 1 Ks -, *RDG* 2009, 217-221.

*LG Kempten*, Urteil vom 17. Mai 1995 – Ks 13 Js 13155/93, zitiert nach dem Urteil des *BGH* vom 13. September 1994 – 1 StR 357/94 -, *BGHSt* 40, 257-272.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere hiermit an Eides Statt, dass ich die vorgelegte Diplomarbeit selbstständig verfasst, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe und die Diplomarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Die gedruckte und digitalisierte Version der Diplomarbeit sind identisch.

Dresden, 12. April 2021

Elisa Förster