

Band
26

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Selbstbestimmtes Sterben –
Autonomie und Menschenwürde am Lebensende*

~
Katharina Anna-Christina Hein

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Katharina Anna-Christina Hein

Selbstbestimmtes Sterben – Autonomie und Menschenwürde am Lebensende

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 26

Essen 2022

ISBN (Print) 978-3-89275-258-5 ISSN (Print) 2367-3176
ISBN (eBook) 978-3-89275-259-2 ISSN (eBook) 2569-5274

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2022 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergesetzes
ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen,
Handelsnamen, Warenbezeichnungen
usw. in diesem Werk berechtigt
auch ohne besondere Kennzeichnung
nicht zu der Annahme, dass solche
Namen im Sinne der Warenzeichen-
und Markenschutz-Gesetzgebung
als frei zu betrachten wären und
daher von jedermann benutzt werden
dürfen. Oft handelt es sich um
gesetzlich geschützte eingetragene
Warenzeichen, auch wenn sie nicht
als solche gekennzeichnet sind.

***Selbstbestimmtes Sterben –
Autonomie und Menschenwürde
am Lebensende***

Katharina Anna-Christina Hein

Katharina Hein

E-Mail: katharina.hein@fom.de

Vorwort des Gutachters

Sterben in Würde und Autonomie: Ist das zu viel verlangt?

Mit der sogenannten Sterbehilfedebatte wird eines der umstrittensten gesellschaftspolitischen Themen diskutiert: ob es neben dem Recht auf selbstbestimmtes Leben auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben gibt.

Diese hochkomplexe Frage lässt sich nur mittels der Menschenwürde und ihrer inhaltlichen Ausgestaltung beantworten. So könnte die Menschenwürde die freie Entscheidung umfassen, das eigene Leben jederzeit zu beenden. Es wäre jedoch auch denkbar, dass die Menschenwürde die Unantastbarkeit bzw. Unverfügbarkeit des Lebens bedingt.

Der vorliegenden Arbeit kommt der außerordentliche Verdienst zu, dieses spezielle Verhältnis der Sterbehilfe zur grundgesetzlich verankerten Menschenwürde eingehend zu untersuchen, um eine Antwort darauf geben zu können, ob das Grundrecht einen selbstbestimmten und menschenwürdigen Tod gewährleistet.

Die besondere wissenschaftliche Leistung der Autorin liegt zum einen in ihrer sehr differenzierten und tiefgründigen juristischen Auseinandersetzung mit der Thematik des selbstbestimmten Sterbens. Hierzu analysiert sie die Rechtslage vor und nach der bahnbrechenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 und zeigt auf, wie sich hierdurch die Sicht auf die Selbsttötung, die (Bei-)Hilfe zum Sterben und die (Rechts-)Stellung der im weitesten Sinn hierbei involvierten Personen verändert hat.

Zum anderen besteht die besondere wissenschaftliche Qualität der vorliegenden Arbeit darin, dass sich die Autorin nicht nur auf eine juristische Betrachtung der Frage beschränkt, sondern vielmehr auch die verschiedenen medizinischen, philosophischen und theologischen Betrachtungen zu dieser Thematik untersucht, in ein Verhältnis zueinander setzt und schließlich zusammenführt.

Gerade ihre Interdisziplinarität hebt die vorliegende Arbeit von anderen Publikationen zu dieser Thematik ab. Der Autorin ist zu dieser herausragenden wissenschaftlichen Leistung zu gratulieren.

München, im Dezember 2021

Prof. Dr. Philip Haellmigk, LL.M.

Abstract

*„Wem gehört unser Leben?
Darf ein Mensch entscheiden,
wie er sterben will?
Ist das unsere letzte Freiheit?
Sind wir das Maß aller Dinge?“*

Ferdinand von Schirach: *Gott*

Mit dem Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 traf das höchste deutsche Verfassungsgericht eine Grundsatzentscheidung zur Thematik des selbstbestimmten Sterbens. Infolgedessen entfachte die Sterbehilfedebatte erneut, denn ob einem selbstbestimmten Leben auch ein selbstbestimmtes Sterben folgt, ist seit vielen Jahren umstritten.

Der vorliegende Beitrag setzt sich mit den verschiedenen Positionen aus Recht, Medizin sowie Philosophie und christlicher Religionswissenschaft auseinander. Im Fokus der Auseinandersetzung steht die Frage, inwiefern ein Anspruch auf einen selbstbestimmten, menschenwürdigen Tod aus dem Grundgesetz abgeleitet werden kann. Um sich der Fragestellung anzunähern, wird einleitend die Problematik der Sterbehilfe dargestellt und die Terminologie selbstbestimmten Sterbens erklärt.

Im dreigeteilten Hauptteil betrachtet der Beitrag schwerpunktmäßig die Rechtslage vor und nach dem Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 und ordnet die Sterbehilfe in ihren verfassungsrechtlichen Kontext ein. Ferner thematisiert sie einzelne Aspekte der Medizin, insbesondere das Arzt-Patienten-Verhältnis, das ärztliche Standesrecht und den Patientenwillen. Darüber hinaus führt der Beitrag Überlegungen der Philosophie und des Christentums zum selbstbestimmten Sterben aus und beurteilt deren Auswirkungen auf den Umgang mit dem menschlichen Lebensende.

Zum Abschluss werden die Ergebnisse der drei Abschnitte bewertet und in einem Fazit zusammengefasst. Ein Ausblick weist auf die ausstehende Gesetzesnovellierung des § 217 StGB hin und thematisiert die Suizidprävention sowie die Sensibilisierung und die Aufklärung im Bereich der Sterbehilfe.

Inhalt

Vorwort.....	III
Abstract.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung, Themenbegründung und Gegenstand des Beitrags.....	1
2 Die Darstellung der Sterbehilfeproblematik	4
3 Begriffsbestimmungen und Terminologie selbstbestimmten Sterbens.....	5
3.1 Hilfe im Sterben	6
3.2 Hilfe zum Sterben.....	7
3.2.1 Sterbehilfe.....	7
3.2.2 Suizidbeihilfe bzw. (ärztlich) assistierter Suizid/ Suizidassistenz	10
3.2.3 Die Abgrenzung zwischen der Tötung auf Verlangen und der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung.....	11
4 Selbstbestimmtes Sterben im Recht.....	13
4.1 Die Rechtslage zur Sterbehilfe vor dem 26.02.2020 in Deutschland	13
4.1.1 Der Fall Wittig	15
4.1.2 Der Fall Hackethal	16
4.1.3 Der Kemptener Fall.....	17
4.1.4 Der Lübecker Fall.....	18
4.1.5 Der Fall Putz	18
4.1.6 Zwischenergebnis	18
4.2 Die Rechtslage zur Sterbehilfe nach dem 26.02.2020 in Deutschland	19
4.2.1 Die verfassungsrechtliche Grundlage selbstbestimmten Sterbens.....	19
4.2.2 Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020.....	21
4.3 Die verfassungsrechtliche Stellung der Menschenwürde im Kontext selbstbestimmten Sterbens	26

4.3.1	Die Menschenwürde in der Werteordnung des Grundgesetzes	27
4.3.2	Die Menschenwürde und ihre Grenzen	30
4.3.3	Die Definition der Menschenwürde am Lebensende.....	32
4.4	Zwischenergebnis zum selbstbestimmten Sterben im Recht.....	34
5	Selbstbestimmtes Sterben in der Medizin	35
5.1	Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient	36
5.2	Das ärztliche Ethos – das ärztliche Standesrecht.....	37
5.2.1	Der Eid des Hippokrates.....	38
5.2.2	Die Stellung der deutschen Ärzteschaft zum assistierten Suizid	41
5.3	Der Patientenwille	43
5.3.1	Die Rolle der Patientenverfügung	44
5.3.2	Der mutmaßliche Wille	45
5.3.3	Abgrenzungsfälle – Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.....	45
5.4	Zwischenergebnis zum selbstbestimmten Sterben in der Medizin.....	46
6	Selbstbestimmtes Sterben in der Philosophie und der christlichen Religionswissenschaft	48
6.1	Philosophische Überlegungen zum selbstbestimmten Sterben.....	48
6.1.1	Die Menschenwürde aus philosophischer Sicht.....	49
6.1.2	Die Autonomie und die Selbstbestimmung aus philosophischer Sicht	50
6.1.3	Die Auswirkungen auf den Umgang mit dem menschlichen Lebensende – Sterbehilfe in der Philosophie.....	51
6.2	Überlegungen des Christentums zum selbstbestimmten Sterben.....	52
6.2.1	Die Menschenwürde aus christlicher Sicht	52
6.2.2	Die Selbstbestimmung am Lebensende aus christlicher Sicht	53
6.2.3	Die Stellung der katholischen Kirche zur Sterbehilfe	54

6.2.4	Die Stellung der evangelischen Kirche zur Sterbehilfe	55
6.3	Zwischenergebnis zum selbstbestimmten Sterben in der Philosophie und der christlichen Religionswissenschaft	57
7	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse	59
8	Fazit und Ausblick.....	61
8.1	Die Gesetzesreform des § 217 StGB – Perspektiven der Umsetzung	61
8.1.1	Entwurf Künast / Keul zum Selbstbestimmten-Sterben- Gesetz	62
8.1.2	Entwurf Helling-Plahr / Lauterbach / Sitte zum Suizidhilfegesetz.....	63
8.1.3	Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums	63
8.2	Suizidprävention, Sensibilisierung und Aufklärung	64
9	Abschließende Gedanken	66
	Literatur.....	69

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BÄK	Bundesärztekammer
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheid
BVerfGG	Bundesverfassungsgerichtsgesetz
BvF	Aktenzeichen eines Normenkontrollverfahrens zum BVerfG
BvR	Aktenzeichen einer Verfassungsbeschwerde zum BVerfG
DGHS	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EAPC	European Association of Palliative Care
Ebd.	ebenda
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
e.V.	eingetragener Verein
GEKE	Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
Hs.	Halbsatz
i.d.F.	in der Fassung
i.d.R.	in der Regel
i.R.d. / i.R.v.	im Rahmen der / im Rahmen von
i.V.m.	in Verbindung mit
Jg.	Jahrgang

Kön	Das Buch der Könige
LÄK	Landesärztekammer
MBO	Musterberufsordnung
Mkk	Das Buch der Makkabäer
Mt	Das Evangelium nach Matthäus
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
OLG	Oberlandesgericht
o.S.	ohne Seitenangabe
Ri	Das Buch der Richter
Rn.	Randnummer
S.	Satz
S.	Seite
Sam	Das Buch Samuel
SelbstG	Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StHG	Selbsttötungshilfegesetz
StR	Registerzeichen beim (ehem.) Bayerischen OLG und beim BGH für Revisionsverfahren in Strafsachen
SZ	Süddeutsche Zeitung
Urt.	Urteil
v.	vom
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
Ws	Registerzeichen für Beschwerdeverfahren beim OLG in Straf- und Bußgeldsachen

1 Einleitung, Themenbegründung und Gegenstand des Beitrags

Ein seltener Applaus brandet im Sitzungssaal auf, als der Zweite Senat des BVerfG die Sitzung schließt.¹ Es sei ein Applaus der Erleichterung derer, die seit vielen Jahren für das Selbstbestimmungsrecht am Ende des Lebens kämpfen, berichtete die SZ am 27.02.2020.² In ihrer Berichterstattung nimmt sie Bezug auf das Urteil des BVerfG v. 26.02.2020, mit welchem das höchste deutsche Verfassungsgericht eine Grundsatzentscheidung zur Thematik des selbstbestimmten Sterbens in Deutschland erließ.

Infolge der Entscheidung wurde die Sterbehilfedebatte erneut entfacht, denn ob einem selbstbestimmten Leben auch ein selbstbestimmtes Sterben folgt, ist seit vielen Jahren umstritten.

Ausgangspunkt der gesellschaftspolitischen Diskussion ist die Frage nach der Selbstbestimmung des Menschen bis zum Tod, deren Auswirkung auf die gesetzliche Grundlage des § 217 StGB und die Konsequenzen für die Rechtspraxis. Fraglich ist, welche Rolle die Menschenwürde im Kontext des selbstbestimmten Sterbens einnimmt und in welchem Verhältnis Selbstbestimmung und Lebensschutz stehen. Sowohl Befürworter³ als auch Gegner der Sterbehilfe argumentieren mit der Autonomie und der Würde des Menschen einerseits sowie dem Lebensschutz andererseits.⁴ Für die Befürworter besteht die Menschenwürde in der freien Entscheidung, das eigene Leben jederzeit zu beenden.⁵ Die Gegner der Sterbehilfe erkennen die Menschenwürde in der Unantastbarkeit und der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens.⁶

In der Sterbehilfedebatte gilt es demnach die Begriffe der Selbstbestimmung und der Menschenwürde zu definieren und in den rechtlichen Kontext einzuordnen.⁷

Zu klären ist, ob und wie ein Mensch im Sterben seine Würde bewahren kann und ob die Selbstbestimmung im Tod ein Ausdruck der Menschenwürde ist.⁸

¹ Vgl. Janisch, o.S.; Wortmann, o.S.

² Vgl. Janisch, o.S.

³ In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Die gewählte männliche Form bezieht zugleich die weibliche und alle anderen Geschlechtsidentitäten mit ein.

⁴ Vgl. Haubenthaler / Kuhn-Flammensfeld, S. 31; Hillenkamp, S. 349; Hillgruber, S. 31; Hilpert, S. 104.

⁵ Vgl. Hillgruber, S. 31.

⁶ Vgl. ebd., S. 31; Lehmkuhler, S. 91.

⁷ Vgl. Beckmann, S. 27.

⁸ Vgl. Küng a), S. 9.

Ferner ist zu prüfen, ob dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen die staatliche Pflicht entgegensteht, das Leben des Individuums zu schützen.

Das Grundrecht auf Leben nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG steht in einem engen Verhältnis zur Menschenwürdegarantie.⁹ Nach der Rechtsprechung des BVerfG ist das menschliche Leben die „vitale Basis der Menschenwürde“.¹⁰ Ineinander verwoben sind die Unantastbarkeit der Menschenwürde aus Art. 1 Abs. 1 GG, das allgemeine Persönlichkeitsrecht in seiner Ausprägung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG und das Grundrecht auf Leben aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG.

Der vorliegende Beitrag behandelt das Thema der Sterbehilfe im Hinblick auf die Selbstbestimmung und die Menschenwürde am Lebensende. Er erläutert die Fragestellung, inwiefern ein Anspruch auf einen selbstbestimmten, menschenwürdigen Tod aus dem Grundgesetz abgeleitet werden kann.

Nach der Darstellung der Sterbehilfeproblematik und einer Einführung in die Terminologie selbstbestimmten Sterbens gliedert sich der Hauptteil des Beitrags thematisch in drei Abschnitte:

Im Fokus steht die Thematik des selbstbestimmten Sterbens im Recht.

Der erste Abschnitt des Hauptteils betrachtet die Rechtslage der Sterbehilfe vor und nach dem Erlass des Urteils des BVerfG v. 26.02.2020. Dazu wird die Sterbehilfe in ihren verfassungsrechtlichen Kontext eingeordnet. Der Beitrag legt die rechtliche Grundlage selbstbestimmten Sterbens dar. Er definiert den Begriff der Menschenwürde, erläutert den sachlichen und persönlichen Schutzbereich ebendieser und geht auf die Grenzen der Menschenwürde ein. Schließlich versucht der Beitrag den umstrittenen Begriff der Menschenwürde am Lebensende zu definieren.

Im zweiten Abschnitt des Hauptteils wird das selbstbestimmte Sterben aus medizinischer Sicht dargestellt. Dabei wird neben dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient v.a. das ärztliche Standesrecht sowie die Stellung der deutschen Ärzteschaft zum assistierten Suizid beschrieben. Die Thematik des Patientenwillens und die Rolle der Patientenverfügung sind kurz dargelegt.

⁹ Vgl. Hong, S. 489.

¹⁰ BVerfG, Urt. v. 25.02.1975 - 1 BvF 1 - 6/74, BVerfGE, 39, 1 (42) = NJW 1975, 573 ff.; BVerfG, Urt. v. 15.02.2006 - 1 BvR 357/05, BVerfGE 115, 118 (152) = NJW 2006, 751 ff.; BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 211 = NJW 2020, 905 ff.

Im dritten Abschnitt des Hauptteils werden Überlegungen aus der Philosophie und der Religionswissenschaft zur Sterbehilfe aufgegriffen. Betrachtet werden überblicksartig das Verständnis von Autonomie, Selbstbestimmung und Menschenwürde aus philosophischer und theologischer Sicht sowie die Stellung der katholischen und evangelischen Kirche zum selbstbestimmten Sterben.

Zum Abschluss werden die Ergebnisse der drei Abschnitte bewertet und in einem Fazit zusammengefasst. Der Ausblick weist auf die ausstehende Gesetzesnovellierung des § 217 StGB hin und thematisiert die Suizidprävention sowie die Sensibilisierung und Aufklärung im Bereich der Sterbehilfe.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist eine kritische Gegenüberstellung der verschiedenen Einflüsse aus Recht, Medizin, Philosophie und Religionswissenschaft, die sich auf die jeweiligen Haltungen ihrer Vertreter zur Sterbehilfe auswirken. Der Schwerpunkt des Beitrags liegt auf der Aufarbeitung einer fundierten juristischen Literaturrecherche sowie der Analyse der Rechtsprechung zur Sterbehilfe in Deutschland. Die Würdigung medizinischer, philosophischer und religiöser Aspekte zeigt die über das Recht hinausgehende Relevanz der Selbstbestimmung am Lebensende auf.¹¹

Der Beitrag soll und kann die Reichweite der Sterbehilfe nicht abschließend ergründen. Vielmehr soll der Leser zu einer eigenen Meinungsbildung angeregt werden.

¹¹ Vgl. Haubenthaler / Kuhn-Flammensfeld, S. 43.

2 Die Darstellung der Sterbehilfeproblematik

Von etwa 900.000 jährlich Verstorbenen in den Jahren 1991 bis 2020 töteten sich in Deutschland etwa 10.000 Menschen selbst.¹² Im Vergleich zu der Zahl der Verkehrstoten mit jährlich etwa 3.000 Personen ist die Suizidrate etwa dreimal so hoch.¹³ Die gängigste Methode der sog. brutalen Selbsttötung ist die der Strangulierung gefolgt von Suiziden durch den Sturz in die Tiefe und die Einnahme von Arzneimitteln oder Drogen.¹⁴

Warum sich ein Mensch tötet, kann vielerlei Gründe haben. Häufig gehen psychische oder physische Erkrankungen dem Suizid voraus, jedoch nicht immer.¹⁵

Menschen haben Wünsche, die jede Phase des Lebens betreffen – auch das Sterben und den Tod. Ein Wunsch kann sein, noch nicht zu sterben oder aber nicht mehr länger zu leben. Im letztgenannten Fall spricht man von einem Sterbewunsch.¹⁶ Dieser zeigt, dass der Sterbewillige sein Lebensende gestalten möchte, ggf. auch mit der Hilfe eines Dritten.¹⁷ Sofern der Sterbewillige seinen Sterbewunsch äußert, ist der Umgang mit diesem für Angehörige oft schwer. Auf der einen Seite wollen sie den Sterbewunsch respektieren und mit dem Sterbewilligen verständnisvoll umgehen, auf der anderen Seite haben sie Angst vor dem Verlust des Sterbewilligen und der emotionalen Belastung.

Darüber hinaus schaffen begriffliche Unklarheiten im Kontext der Sterbehilfe sowie mögliche rechtliche Konsequenzen Unsicherheit unter Sterbewilligen, Angehörigen, Pflegern und Ärzten.¹⁸ Insbesondere die Abgrenzung der strafbaren von den straflosen Formen der Sterbehilfe ist für den Laien schwierig und bedarf daher einer gründlichen Betrachtung.

¹² Vgl. Radtke, o.S.

¹³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2021 c), o.S.

¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2021 b), o.S.

¹⁵ Vgl. Gavela, S. 18; Bundesärztekammer a), o.S.

¹⁶ Vgl. Ostgathe, S. 193; auch „Todeswunsch“ nach Oduncu, S. 493 ff.

¹⁷ Vgl. Oduncu, S. 495; Streeck 2015, S. 27.

¹⁸ Zur Rechtsunsicherheit in der täglichen Krankenhauspraxis vgl. Bernert-Auerbach, S. 33-36.

3 Begriffsbestimmungen und Terminologie selbstbestimmten Sterbens

Sterben bezeichnet die letzte Phase des Lebens, in welcher der Mensch vom Leben in den Tod übergeht.¹⁹ Wann die Sterbephase beginnt bzw. ab welchem Zeitpunkt jemand als sterbend gilt, ist umstritten. Aus biologisch-medizinischer Sicht²⁰ ist ein Sterbender eine Person mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen (Organversagen), welches den Eintritt des Todes in naher Zukunft erwarten lässt. Der Sterbeprozess ist nicht an eine gewisse Dauer gebunden.

Der Begriff des Lebensendes bezieht sich dabei nicht ausschließlich auf die letzte Phase des Sterbens, sondern auch auf die Phase ab der Entscheidung eines Menschen, nicht mehr länger leben zu wollen.²¹

Selbstbestimmtes Sterben meint die freiverantwortliche Selbsttötung. Selbsttötung ist jede Form menschlichen Verhaltens, durch welches ein Sterbewilliger sein Leben zielgerichtet beendet. Freiverantwortlich handelt, wer die nötige Einsichts- und Urteilsfähigkeit hat, um die Folgen seiner Entscheidung abwägen zu können.²²

Ein Sterbe- bzw. Suizidwilliger ist eine Person, die sterben möchte und dazu eigenständig Ort, Zeit und Umstände ihres Todes wählt.²³ Die Person greift, ggf. mit der Unterstützung eines Dritten, in den natürlichen Ablauf ihres biologischen Daseins ein und beendet vorzeitig ihr Leben. Unerheblich ist, ob der Sterbewillige medizinisch gesund, physisch oder psychisch krank oder bereits sterbend ist.

Sofern sich der Sterbewillige der Hilfe eines Dritten bedienen will oder muss, wird zwischen der Hilfe im Sterben und der Hilfe zum Sterben unterschieden.²⁴

¹⁹ Vgl. Streeck 2020, S. 31.

²⁰ Diesem Beitrag wird die biologisch-medizinische Definition des Sterbens zugrunde gelegt. Die Psychologie setzt ergänzend zur biologisch-medizinischen Definition die Kenntnis des baldigen Todeseintritts voraus, um als Sterbender zu gelten. Die Soziologie bezeichnet das Sterben als einen sozialen Prozess. Sterbender ist demnach, wer nach den derzeit geltenden gesellschaftlichen Vorstellungen als sterbend bezeichnet wird. Zu den verschiedenen Definitionen des Sterbens vgl. Streeck 2020, S. 34-44.

²¹ Vgl. Ethikkomitee der DRK Kliniken Berlin, o.S.

²² Vgl. hierzu detailliert Klein / Zeller, S. 109; ferner auch Gavela, S. 18-23.

²³ Vgl. Schockenhoff, S. 193.

²⁴ Vgl. Klein/Zeller, S. 96 f.; Lipp, S. 441; Wasthuber, S. 6.

3.1 Hilfe im Sterben

Die Hilfe im Sterben betrifft das „Wie?“ des Sterbens und umfasst die Sterbebegleitung/den Sterbebeistand und die Palliativmedizin.

Die Sterbebegleitung bezeichnet die Betreuung und die Versorgung Sterbender bis zu ihrem Lebensende.²⁵ Sie wird auch Sterbebeistand genannt und ist von der Sterbehilfe insoweit abzugrenzen, als dass es bei dieser darum geht, Menschen auf ihrem letzten Lebensweg bis zu ihrem natürlichen Tod zu begleiten.²⁶ Die Sterbebegleitung versteht sich gerade nicht als Sterbehilfe, sondern vielmehr als Lebenshilfe zur medizinischen und psychologischen Betreuung von Sterbenskranken mit dem Ziel weitgehender Schmerzlinderung ohne Lebenszeitverkürzung.²⁷ Die Sterbebegleitung wird von geschulten, teils ehrenamtlich tätigen Personen und ambulanten Hospizdiensten im Haushalt des Sterbenden, in seinem familiären Umfeld oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht.²⁸

Eine palliativmedizinische Behandlung wird hingegen von Krankenhauspersonal und Ärzten durchgeführt und kann die Sterbebegleitung ergänzen.

Von der WHO wird die Palliativmedizin im Jahr 2002 als ein Vorgehen zur Verbesserung der Lebenssituation von Patienten und ihren Familien definiert, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer nicht heilbaren fortgeschrittenen Krankheit einhergehen.²⁹ Auffällig ist, dass in der Definition der WHO die Begriffe Sterben und Tod nicht verwendet werden. Dies spricht für das Bestreben der Palliativmedizin, gerade nicht das Sterben, sondern das Leben in den Fokus zu rücken.³⁰ Oberste Priorität hat die Lebensqualität, die nach besten Bemühungen bis zum Lebensende erhalten werden soll. Wie die Lebensqualität definiert wird, lässt die WHO offen, allerdings zeigt sich die Tendenz, dass der Patient selbst entscheidet, was für ihn Lebensqualität bedeutet.³¹

Auch die Definitionen der EAPC und der DGP entsprechen im Wesentlichen der WHO-Definition.³² Ein ähnlicher Ansatz findet sich in § 37b Abs. 1 SGB V. Demnach versucht die Palliativmedizin bei der Behandlung der Patienten durch frühzeitige Erkennung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Proble-

²⁵ Vgl. Hübner / Frewer, S. 123.

²⁶ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 11; Wastlhuber, S. 6.

²⁷ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 217; Steger, S. 82.

²⁸ Vgl. § 39a Abs. 2 S. 2 und S. 4 SGB V; Putz / Stedlinger / Unger, S. 217.

²⁹ Vgl. WHO a), o.S.

³⁰ Vgl. Streeck 2020, S. 250; zu den zentralen Inhalten des palliativmedizinischen Behandlungskonzepts, vgl. detailliert Schaeffer, S. 146-150.

³¹ Vgl. Streeck 2020, S. 251 f., 255.

³² Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. a), o.S.; EAPC, o.S.

men körperlicher und psychosozialer Art Leid vorzubeugen und die Lebensqualität des Patienten bestmöglich zu erhalten.³³ Ziel ist es insbesondere, ein Sterben in der häuslichen und/oder familiären Umgebung zu ermöglichen.

Wichtig ist, dass weder die Sterbebegleitung bzw. der Sterbebeistand noch die Palliativmedizin beabsichtigen, in den natürlichen Sterbeprozess des Betroffenen einzugreifen, sondern diesem beim Sterben lediglich beizustehen.

Die Hilfe im Sterben ist straffrei.³⁴

3.2 Hilfe zum Sterben

Die Hilfe zum Sterben betrifft das „Ob?“ und das „Wann?“ des Sterbens und differenziert zwischen der Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe.

3.2.1 Sterbehilfe

Die Sterbehilfe, die auch Euthanasie genannt wird, geht zurück auf das griechische Wort *euthanasía*, mit welchem in der Antike ein guter, glücklicher oder auch ehrenhafter Tod bezeichnet wurde.³⁵ Erst seit dem 19. Jahrhundert wird der Begriff im Zusammenhang mit der Erleichterung des Sterbevorgangs im medizinischen Kontext verwendet.³⁶

Die hygienischen, technologischen und medizinischen Fortschritte der Moderne ermöglichten es, Krankheitsverläufe zu beeinflussen, das Leben zu verlängern, den Sterbeprozess auszudehnen und somit den Tod hinauszuzögern.³⁷ Ebenso möglich wurde es aber auch, das Leben durch ein menschliches Eingreifen zu verkürzen oder gar zu beenden.³⁸

Die Bedeutung eines menschenwürdigen Sterbens und die Frage nach der Legalität der Sterbehilfe sind vor dem geschichtlichen Hintergrund der Sterbehilfe in Deutschland besonders sensibel.

Im Nationalsozialismus wurde der Begriff Euthanasie als Euphemismus für die systematische Ermordung von Kindern, Kranken sowie Häftlingen aus

³³ Vgl. Elsas, S. 19.

³⁴ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 22.

³⁵ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 11.

³⁶ Vgl. Küng b), S. 48.

³⁷ Vgl. ebd., S. 9; Nembach, S. 136.

³⁸ Vgl. Beckmann, S. 27.

Konzentrationslagern verwendet und diente der Idee der sog. Rassenhygiene.³⁹ Wenngleich in anderen Ländern das Wort Euthanasie gleichbedeutend und gleichwertig mit dem Wort Sterbehilfe verwendet wird, wird in Deutschland eine begriffliche Unterscheidung von den Kriegsverbrechen der Nationalsozialisten, die typischerweise als Euthanasie bezeichnet werden, und der Sterbehilfe vorgenommen.⁴⁰

Die Sterbehilfe ist ein Oberbegriff für alle Arten der Unterstützung des Sterbewilligen beim Sterben durch einen Arzt oder einen Dritten, wobei keine Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben getroffen wird.⁴¹ Unabhängig von der Form setzt Sterbehilfe voraus, dass der Betroffene sterben will.⁴² So ist die Sterbehilfe von der strafbaren Tötung eines Menschen gegen dessen Willen zu unterscheiden.⁴³

Zu differenzieren ist zwischen der direkten und der indirekten Sterbehilfe.⁴⁴

Davon abzugrenzen ist die Suizidbeihilfe bzw. der (ärztlich) assistierte Suizid.

3.2.1.1 Direkte Sterbehilfe

Die direkte Sterbehilfe unterscheidet wiederum die aktive und die passive Sterbehilfe.

Die aktive Sterbehilfe bezeichnet die gezielte Herbeiführung des Todes eines Menschen durch das Handeln eines Dritten, sofern das Handeln nicht zugleich einen Behandlungsverzicht darstellt.⁴⁵ Ein Fall der aktiven Sterbehilfe ist bspw. das Verabreichen eines tödlichen Medikaments auf Bitten des Sterbewilligen. Maßgebend ist, dass der Dritte, z.B. ein Arzt, die Tötungshandlung letztentscheidend in den Händen hält. In Abgrenzung zum Totschlag nach § 212 StGB muss der Handelnde durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten bestimmt worden sein.⁴⁶

³⁹ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 11; Wastlhuber, S. 5.

⁴⁰ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 28; Grimm, S.13; Quante, S. 85.

⁴¹ Vgl. Hillenkamp, S. 349, Preidel, S. 3.

⁴² Vgl. Knauer / Brose, in: Spickhoff, § 216 StGB, Rn. 16.

⁴³ Vgl. Eser, S. 140; Wittwer 2020a), S. 31.

⁴⁴ Vgl. Spieker, S. 215.

⁴⁵ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 11; Grimm, S. 21; Preidel, S. 4; Wittwer 2020b), S. 45.

⁴⁶ Vgl. Holderegger, S. 83.

Die aktive Sterbehilfe entspricht der Tötung auf Verlangen und ist nach § 216 StGB strafbar.⁴⁷

Die passive Sterbehilfe meint den bewussten Verzicht der weiteren therapeutischen Behandlung eines Patienten, welcher den Sterbeprozess des Patienten künstlich verlängert (Behandlungsabbruch).⁴⁸ Dazu gehört die Nicht-Vornahme bzw. Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen, wie z.B. die Versorgung des Patienten mit Nahrung, Flüssigkeit oder einer Beatmung.⁴⁹ Das Handeln bzw. Unterlassen hält den bereits eingetretenen Sterbeprozess weder auf noch beschleunigt es diesen. Mit anderen Worten bezeichnet die passive Sterbehilfe das Zulassen des natürlichen Todes.⁵⁰ Der Patient verstirbt an seiner altersbedingten oder krankheitsbedingten Verfassung.⁵¹ Für die passive Sterbehilfe muss eine entsprechende Willensäußerung des Sterbewilligen, z.B. in Form einer Patientenverfügung, vorliegen.

Die passive Sterbehilfe ist nicht strafbar.⁵²

3.2.1.2 Indirekte Sterbehilfe

Die indirekte Sterbehilfe bezeichnet ärztliches Handeln mit dem Zweck, die Schmerzen eines Patienten mit dessen zumindest mutmaßlicher Einwilligung zu lindern oder zu beseitigen, wobei der Tod des Patienten als unbeabsichtigte Nebenfolge und gerade nicht als Ziel des ärztlichen Handelns billigend in Kauf genommen wird.⁵³ Bspw. kann Morphium die verbleibende Lebenszeit für den Sterbenden erträglicher machen, allerdings hat dieses ab einer bestimmten Dosis eine Verkürzung des Lebens zur Folge.

Die indirekte Sterbehilfe ist nicht strafbar.⁵⁴

⁴⁷ Vgl. Duttge, S. 586; Klein / Zeller, S. 97; Mieth, S. 7; Putz / Stedlinger / Unger, S. 215; Spieker, S. 215.

⁴⁸ Vgl. Hübner / Frewer, S. 123; Mieth, S. 7; Steger, S. 88.

⁴⁹ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 12.

⁵⁰ Vgl. Grimm, S. 46; Mieth, S. 7; Wittwer 2020b), S. 45.

⁵¹ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 216.

⁵² Vgl. Bernert-Auerbach, S. 26; Klein / Zeller, S. 98; Mieth, S. 26.

⁵³ Vgl. Hübner / Frewer, S. 124; Fuchs / Hönings, S. 12.

⁵⁴ Vgl. Mieth, S. 26, vgl. dazu detailliert Grimm, S. 34-46.

3.2.2 Suizidbeihilfe bzw. (ärztlich) assistierter Suizid/Suizidassistenz

Von der Sterbehilfe abzugrenzen ist die Suizidbeihilfe bzw. der (ärztlich) assistierte Suizid, die auch (ärztliche) Suizidassistenz genannt werden.

Die Suizidbeihilfe bezeichnet die Ermöglichung eines Sterbens durch die gezielte Vermittlung oder Verschaffung von Gelegenheiten zur Selbsttötung durch einen Dritten.⁵⁵

Entscheidend ist, wer wen tötet. Während bei der Sterbehilfe eine Person eine andere Person tötet, bezeichnet die Suizidbeihilfe die Unterstützung eines Suizidwilligen durch einen Dritten oder einen Arzt bei der Durchführung der Selbsttötung.⁵⁶ Die Hilfestellung kann z.B. darin bestehen, dem Suizidwilligen ein Mittel zur Selbsttötung zu beschaffen oder ihn für ein entsprechendes Vorhaben zu einer Sterbehilfeorganisation ins Ausland zu begleiten.⁵⁷

Ärztlich assistiert ist ein Suizid, wenn ein Arzt z.B. ein tödlich wirkendes Arzneimittel zur Verfügung stellt und der Einnahme des Medikaments beiwohnt.⁵⁸

In Abgrenzung zur Sterbehilfe kommt es maßgeblich darauf an, dass die Letztentscheidung über die Herbeiführung des Todes in den Händen des Sterbewilligen liegt.⁵⁹ Wohingegen bei der Sterbehilfe die Tatherrschaft an einen Dritten übergeben wird, muss der Sterbewillige beim Suizid den letzten, tödlichen Akt eigenhändig vollziehen.⁶⁰ Da die Selbsttötung nicht strafbar ist, ist auch die Suizidteilnahme in Form der Beihilfe zum Suizid straffrei.⁶¹ I.R.d. straffreien Beihilfe zum Suizid ist jedoch die Strafbarkeit pflichtwidrigen Unterlassens zu beachten. Gem. § 323c Abs. 1 StGB kann sich der unterlassenen Hilfeleistung strafbar machen, wer bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not keine Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten wäre. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn keine erhebliche Gefahr für ihn selbst oder eine Verletzung anderer wichtiger Pflichten zu erwarten ist.

⁵⁵ Vgl. Gavela, S. 4 f.; Hillebrand, S. 127.

⁵⁶ Vgl. Holderegger, S. 82; Putz / Stedlinger / Unger, S. 225; Wittwer 2020a), S. 31.

⁵⁷ Vgl. Hillebrand, S. 127; Holderegger, S. 82; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. b), o.S.

⁵⁸ Vgl. Jaspers / Radbruch / Nauck, S. 23.

⁵⁹ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 12; Grimm, S. 27, Klein / Zeller, S. 107.

⁶⁰ Vgl. Wittwer 2020a), S. 32.

⁶¹ Vgl. Eser, S. 141; Grimm, S. 24; Knauer/Brose in: Spickhoff, § 216 StGB, Rn. 4; Mieth, S. 26; Ostgathe, S. 188; Steger, S. 84; detailliert auch Gavela, S. 7-17.

Demnach kann sich ein Dritter, wie ein Ehegatte oder ein naher Angehöriger nach § 323c StGB strafbar machen, wenn er einen Suizidenten nicht rettet, obwohl ihm dies zuzumuten wäre.⁶²

Für den Fall, dass der Dritte ein für den Schutz des Sterbenden verantwortlicher Garant ist, kann sich dieser sogar nach §§ 212 Abs. 1, 13 Abs. 1 StGB wegen Tötung durch Unterlassen strafbar machen.⁶³

Garant ist, wer gem. § 13 Abs. 1 StGB rechtlich dafür einzustehen hat, dass ein bestimmter Taterfolg nicht eintritt, so z.B. ein Arzt.

Die ärztliche Garantenstellung kann sich bereits aus der Übernahme einer Behandlungsaufgabe spätestens jedoch aus dem Behandlungsvertrag nach § 611 BGB ergeben.⁶⁴ Aus der Garantenstellung erwächst die Pflicht des Arztes, den drohenden Erfolg der Selbsttötung abzuwenden, sofern dem Sterbenden der freiverantwortliche Sterbewille erkennbar fehlt.⁶⁵ Ist die Tötung freiverantwortlich, scheidet eine strafrechtliche Konsequenz aus.⁶⁶

3.2.3 Die Abgrenzung zwischen der Tötung auf Verlangen und der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Wichtig ist auch die Abgrenzung zwischen der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB, d.h. der aktiven Sterbehilfe, und der am 10.12.2015 in und am 26.02.2020 außer Kraft getretenen Norm der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nach § 217 StGB, d.h. der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe.

Wer eine Person auf deren ausdrückliches und ernstliches Verlangen tötet, macht sich unabhängig davon, ob die Tötung geschäftsmäßig erfolgte oder nicht, gem. § 216 Abs. 1 StGB der Tötung auf Verlangen strafbar. Auch der Versuch, also das unmittelbare Ansetzen zur Tatbestandsverwirklichung, ist nach § 216 Abs. 2 StGB strafbar.

Gem. § 217 Abs. 1 StGB⁶⁷ machte sich strafbar, wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegen-

⁶² Vgl. detailliert dazu Klein / Zeller, S. 46 ff.

⁶³ Vgl. Hufen, NJW 2018, 1524 (1524).

⁶⁴ Vgl. Schuster, S. 117.

⁶⁵ Vgl. Eser, S. 142; Klein / Zeller, S. 110.

⁶⁶ Vgl. Knauer / Brose, in: Spickhoff, § 216 StGB, Rn. 5.

⁶⁷ § 217 StGB i.d.F. v. 10.12.2015 ist nach Maßgabe der Entscheidungsformel des BVerfG, Ur. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a. = NJW 2020, 905 ff. mit dem Grundgesetz unvereinbar und damit seither nichtig. Daher wird hier die Vergangenheitsform gewählt.

heit gewährte, verschaffte oder vermittelte. Der Tatbestand des § 217 StGB war damit weiter gefasst als der des § 216 StGB.

Der Taterfolg in Form eines vollendeten Suizids war nicht erforderlich. Das Gewähren oder Verschaffen von Umständen, die geeignet sind, die Selbsttötung zu ermöglichen oder zu erleichtern und so das menschliche Leben abstrakt zu gefährden, reichten aus. Maßgeblich kam es auf die Geschäftsmäßigkeit an.⁶⁸

Geschäftsmäßig bezeichnete die wiederholte Förderung der Selbsttötung unabhängig von der Gewinnerzielungsabsicht oder der beruflichen Tätigkeit.⁶⁹ Dabei war es bereits ausreichend, dass der Täter mehrere Handlungen auch nur beabsichtigte. Der Täterkreis wurde dem Wortlaut nach durch § 217 StGB nicht eingeschränkt, sodass sich grundsätzlich jeder strafbar machen konnte.

Dennoch richtete sich § 217 StGB indirekt insbesondere gegen Sterbehilfeorganisationen und Palliativmediziner. Im Einzelfall hingegen sollte die Sterbehilfe möglich bleiben. Bei der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nach § 217 StGB lag die Letztentscheidung über die Herbeiführung des Todes in den Händen des Sterbewilligen.

⁶⁸ Vgl. Jäger, S. 604.

⁶⁹ Vgl. Duttge, S. 589; Jäger, S. 604.

4 Selbstbestimmtes Sterben im Recht

Für die Betrachtung des selbstbestimmten Sterbens im Recht sind zwei Unterscheidungen zu treffen. Zum einen ist zwischen der Forderung nach der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und der Forderung nach der Legalisierung der Suizidbeihilfe zu differenzieren. Zum anderen sind die betroffenen Rechtsbereiche voneinander zu trennen.

Die Thematik des selbstbestimmten Sterbens betrifft das Strafrecht, das ärztliche Berufsrecht und das Verfassungsrecht. I.R.d. nachfolgenden Ausführungen wird insbesondere die verfassungsrechtliche Grundlage für einen selbstbestimmten, menschenwürdigen Tod untersucht. Das Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 stellt als Paradigmenwechsel einen entscheidenden Wendepunkt zur Legalisierung der Suizidbeihilfe dar, sodass die Rechtslage in die Zeit vor dem 26.02.2020 und in die Zeit nach dem 26.02.2020 zu unterteilen ist.

4.1 Die Rechtslage zur Sterbehilfe vor dem 26.02.2020 in Deutschland

Im Deutschland der 1970er Jahre blieben die Forderungen nach der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ohne Erfolg. I.R.d. passiven Sterbehilfe wurde diskutiert, ob man lebensverlängernde Maßnahmen nicht nur bei Sterbenden, sondern auch bei Wachkomapatienten mit fortdauernder Schädigung des Gehirns absetzen dürfe.⁷⁰ Infolgedessen entwickelte sich die Patientenverfügung zu einem zunehmend wichtigen Thema und schließlich wurde die Debatte über die Beihilfe zum ärztlich assistierten Suizid ausgetragen. Auch die Gründung der DGHS im Jahr 1980, deren zentrales Anliegen die Sicherung des Selbstbestimmungsrechts des Menschen bis zum Tod ist, befeuerte die Diskussion um ein menschenwürdiges Sterben.⁷¹

In der Zeit zwischen 1984 und 1986 wurde politisch erörtert, ob eine gesetzliche Regelung im Bereich der Sterbehilfe erfolgen muss. Bereits im Jahr 1985 schlug ein Arbeitskreis von Strafrechtsprofessoren einen Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe vor. Mit diesem sollte § 216 StGB um einen Absatz ergänzt werden. Dieser sah vor, dass ein Gericht bei einer Tötung, die der Beendigung eines schweren, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Lei-

⁷⁰ Vgl. Benzenhöfer, S. 174.

⁷¹ Vgl. Schaeffer, S. 21; DGHS, o.S.

denzustandes dient, welcher nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann, von der Strafe absehen kann.⁷²

Die Ergänzung des § 216 StGB wurde vom 56. Juristentag gebilligt, der Nationale Ethikrat lehnte jedoch die gesetzliche Verbotsausnahme ab und auch die Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher-Gesellschaften sprach sich gegen eine entsprechende Änderung aus.⁷³

Während Belgien⁷⁴, die Niederlande⁷⁵, die Schweiz⁷⁶, Kanada⁷⁷ und Oregon⁷⁸ die Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen erlaubten, gab es in Deutschland bis zum 26.02.2020 keine rechtliche Klarheit hinsichtlich des Umgangs mit Wünschen des Menschen am Lebensende, sodass sich die zulässigen Handlungen von Sterbewilligen, Angehörigen, Helfern und Ärzten an den Grenzen der gesetzlichen Regelungen der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB, der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nach § 217 StGB und der unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c StGB bewegten.⁷⁹ Der Grat zwischen straflosem und strafbarem Handeln, Dulden bzw. Unterlassen war schmal.

Ab 2003 rückte die Diskussion um die Verabschiedung eines Patientenverfügungsgesetzes in den Vordergrund.⁸⁰ 2004 legte die von Bundesjustizministerin Zypries initiierte Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ ihren Abschlussbericht vor. Es folgten kritische Auseinandersetzungen hinsichtlich der Stärkung der Patientenrechte und der Forderung nach Legalisierung der Sterbehilfe.⁸¹ Am 01.09.2009 trat das Patientenverfügungsgesetz in Kraft. Der Wille des Patienten war fortan gem. § 1901a Abs. 3 BGB unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung zu beachten, sodass sich der Patient nicht notwendigerweise bereits im Sterbeprozess befinden musste.

⁷² Vgl. Hillebrand, S. 119; Lautenschläger, S. 16.

⁷³ Vgl. Hillebrand, S. 119 f.; Lautenschläger, S. 17.

⁷⁴ Zu den Hintergründen in Belgien s. Hardinghaus, S. 44 f.

⁷⁵ Zu den Hintergründen in den Niederlanden s. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 28 = NJW 2020, 905 ff.

⁷⁶ Zu den Hintergründen in der Schweiz s. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 27 = NJW 2020, 905 ff.

⁷⁷ Zu den Hintergründen in Kanada s. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 31 = NJW 2020, 905 ff.

⁷⁸ Zu den Hintergründen in dem US-Bundesstaat Oregon s. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 30 = NJW 2020, 905 ff.

⁷⁹ Vgl. Duttge, S. 587; Schuster, S. 116.

⁸⁰ Vgl. Benzenhöfer, S. 174; zur Rechtsentwicklung des am 01.09.2009 in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetzes vgl. detailliert Verrel, S. 617-634.

⁸¹ Dazu ausführlich mit entsprechenden Verweisen Schaeffer, S. 23 f.

Schließlich entfachte die Debatte um Sterbehilfe 2014 erneut, als sich Bundesgesundheitsminister Gröhe für eine Neuregelung und gegen jede Form der organisierten Sterbehilfe aussprach.⁸²

Im Jahr 2015 verabschiedete schlussendlich der Deutsche Bundestag ein Gesetz, welches die zuvor straffreie geschäftsmäßige Förderung des Suizids mit § 217 StGB unter Strafe stellte.⁸³ Somit wurde erstmals seit Einführung des Strafgesetzbuches 1871 die Teilnahme an der Selbsttötung einer eigenverantwortlich handelnden Person unter Strafe gestellt.⁸⁴ Begleitet wurde das Gesetzgebungsverfahren von dem am 01.12.2015 ausgefertigten Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (Hospiz- und Palliativgesetz) in Deutschland. Gegenstand des Gesetzes war der Ausbau des ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativangebots.

Auch die Gerichte beschäftigten sich seit den 1980er Jahren vermehrt mit der Sterbehilfeproblematik, zunächst aus strafrechtlicher, mit der Erstarkung der Patientenautonomie zudem aus zivilrechtlicher Sicht. Durch den Fall Wittig mit der Entscheidung des BGH 1984, den Fall Hackethal mit der Entscheidung des OLG München 1987 sowie dem Kemptener Fall mit der Entscheidung des BGH 1994, dem Lübecker Fall mit der Entscheidung des BGH 2003 und dem Fall Putz mit der Entscheidung des BGH 2010 wurde die rechtliche Debatte zur Sterbehilfe intensiviert.

4.1.1 Der Fall Wittig

Im Fall Wittig urteilte der BGH 1984 über einen Hausarzt, der nach einem Suizidversuch seiner Patientin keine Rettung einleitete.⁸⁵ Die 76-Jährige, die mehrfach ihren Sterbewunsch geäußert und schriftlich festgehalten hatte, starb an einer Überdosis Morphinum und Schlafmittel.⁸⁶ Der Arzt, der die Patientin bewusstlos vorfand, unternahm keinen Rettungsversuch.⁸⁷

⁸² Vgl. Hardinghaus, S. 37; Streeck 2020, S. 243.

⁸³ Vgl. Jäger, S. 598; Streeck 2020, S. 243; Deutsches Ärzteblatt 2017, Jg. 114, Heft 7, o.S.; zu den Reformbestrebungen und Gesetzesentwürfen s. Wastlhuber, S. 94-97, 112-123.

⁸⁴ Vgl. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 16 = NJW 2020, 905 ff.

⁸⁵ Vgl. BGH, Urt. v. 04.07.1984 - 3 StR 96/84 = NJW 1984, 2639 ff.

⁸⁶ Vgl. Grimm, S. 52.

⁸⁷ Vgl. Rosenau / Lorenz in: LTO, Grundsatzentscheidung des BGH zum Suizid, o.S.

Das Gericht hatte darüber zu urteilen, ob sich ein Arzt als Garant der Tötung durch Unterlassen strafbar macht, wenn er die erforderliche und ihm zumutbare Hilfe nicht leistet, nachdem die Suizidwillige die Tatherrschaft verloren hat.⁸⁸

Zwar wurde bejaht, dass die Tatherrschaft mit Eintritt der Bewusstlosigkeit auf den Arzt übergegangen ist, allerdings führte dies zu der Konsequenz, dass der Arzt der Patientin zwar das tödliche Mittel zur Selbsttötung überlassen durfte, er jedoch nach der eigenverantwortlichen Einnahme durch die Sterbewillige nach Eintritt der Bewusstlosigkeit ihr Leben hätte retten müssen.⁸⁹ Im Ergebnis sprach der BGH den Arzt mit der Begründung frei, dass es im Einzelfall keine Rechtspflicht gebe, das erlöschende Leben um jeden Preis zu erhalten, insbesondere weil die Frau nur mit schweren Dauerschäden ins Leben hätte zurückgeholt werden können.⁹⁰

4.1.2 Der Fall Hackethal

1987 verstärkte der Arzt Hackethal durch seinen selbstgedrehten und später im Fernsehen ausgestrahlten Film die Sterbehilfedebatte.⁹¹ In dem Film war eine Frau zu sehen, die eigenhändig einen Becher mit Zyankali trank, welchen Hackethal für sie vorbereitet hatte.⁹² Hackethal wurde des § 216 StGB angeklagt, eine Verurteilung blieb jedoch mit der Begründung aus, dass die Patientin freiverantwortlich gehandelt und so ihr Selbstbestimmungsrecht ausgeübt habe.⁹³ Hackethal habe nur Beihilfe zum Suizid geleistet.⁹⁴ Eine Verurteilung wegen unterlassener Hilfeleistung wurde gerichtlich abgelehnt, da Hackethal der Patientin ein Medikament überließ, welches unverzüglich nach der Einnahme zum Tod führte.⁹⁵

⁸⁸ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 30; Jäger, S. 598.

⁸⁹ Vgl. Jäger, S. 598.

⁹⁰ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 30; Grimm, S. 52; Wastlhuber, S. 80.

⁹¹ Vgl. Streeck 2020, S. 242; Wastlhuber, S. 47-51.

⁹² Vgl. Grimm, S. 25.

⁹³ Vgl. OLG München, Beschluss v. 31.07.1987 - 1 Ws 23/87 = NJW 1987, 2940 ff.; Streeck 2020, S. 242.

⁹⁴ Vgl. Grimm, S. 25.

⁹⁵ Vgl. Streeck 2020, S. 242.

4.1.3 Der Kemptener Fall

Der Kemptener Fall aus dem Jahr 1994 ist von herausragender Bedeutung für die Entwicklung der Rechtslage auf dem Gebiet der Sterbehilfe in Deutschland, da sich die Tragweite der Entscheidung um zivilrechtliche Aspekte, insbesondere hinsichtlich des Ausdrucks und der Ermittlung des Patientenwillens, ausdehnte.⁹⁶

Der Fall betraf das Vorgehen eines Arztes und eines Betreuers, die das Pflegepersonal einer Wachkomapatientin angewiesen hatten, die künstliche Ernährung der Patientin auf Tee umzustellen. Mangels Einwilligungsfähigkeit stützte man sich auf den mutmaßlichen Willen der Patientin. Ziel war ihr baldiger, schmerzfreier Tod, obwohl der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hatte und die Patientin noch lebensfähig gewesen wäre.⁹⁷ Das Pflegepersonal verweigerte das Vorgehen und wandte sich an das Vormundschaftsgericht, welches die Nahrungsumstellung untersagte.

Das vor dem Landgericht Kempten verhandelte Vorgehen der beiden Angeklagten wurde von den Richtern nicht als ein Versuch der zulässigen passiven Sterbehilfe gewertet, da der Tod der Patientin nicht unmittelbar bevorgestanden hatte, sondern als versuchter Totschlag. In der Revision des Urteils vor dem BGH am 13.09.1994 wurden der Arzt und der Betreuer mit der Begründung freigesprochen, dass ein Absetzen der künstlichen Ernährung trotz fehlender Todesnähe der Betroffenen ausnahmsweise dann zulässig ist, wenn dies dem mutmaßlichen Willen der nunmehr unheilbar erkrankten, entscheidungsunfähigen Patientin entspricht.⁹⁸ Folglich kam es bereits vor dem Eintritt des natürlichen Sterbeprozesses zu einem zulässigen Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen.⁹⁹ Nach Aussage des BGH käme es für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen der betroffenen Person, ihre religiösen Überzeugungen und persönliche Wertvorstellungen, die altersbedingte Lebenserwartung und das Erleiden von Schmerzen an. Dies wurde 2009 in § 1901a Abs. 2 BGB normiert.

⁹⁶ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 40 f.; vgl. dazu detailliert Grimm, S. 59, 63.

⁹⁷ Vgl. BGH, Urteil v. 13.09.1994 - 1 StR 357/94, Rn. 11 = NJW 1995, 204 ff.

⁹⁸ Vgl. DRZE b), o.S.

⁹⁹ Vgl. Schaeffer, S. 23; zu den Formen lebenserhaltender Maßnahmen wie künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse, Bluttransfusionen und die Gabe von Medikamenten vgl. Goudinoudis, S. 498-505.

4.1.4 Der Lübecker Fall

In seiner Grundsatzentscheidung v. 17.03.2003 legte der BGH fest, dass auch der zuvor dokumentierte Wille des Patienten hinsichtlich des Abbruchs lebensverlängernder Maßnahmen bindend ist, auch wenn der Patient zwischenzeitlich einwilligungsunfähig wird.¹⁰⁰ Voraussetzung ist, dass seine Erkrankung bereits in die Phase eines „irreversibel tödlichen Verlaufs“ übergegangen ist.¹⁰¹

4.1.5 Der Fall Putz

Für die Abgrenzung zwischen der strafbaren aktiven Tötung auf Verlangen und der straffreien passiven Sterbehilfe ist auf eine Entscheidung des BGH aus dem Jahr 2010 zurückzugreifen.

Im Fall Putz¹⁰² vertrat der BGH die Auffassung, dass eine bloße Unterscheidung zwischen aktivem und passivem Handeln nicht geeignet ist, um die Grenzen dessen zu bestimmen, was am Ende zum Tod des Patienten führt. Vielmehr ist zwischen der aktiven Sterbehilfe und der passiven Sterbehilfe als Behandlungsabbruch, der sowohl in einem Tun als auch in einem Unterlassen bestehen kann, zu differenzieren.¹⁰³ Bedeutsam ist allein, ob das Vorgehen mit oder gegen den Willen des Betroffenen erfolgt. Mit seiner Entscheidung hat der BGH den Willen des Gesetzgebers in Übereinstimmung mit dem im Jahr 2009 in Kraft getretenen §§ 1901a ff. BGB umgesetzt und betont, dass auch der Behandlungsabbruch mit dem tatsächlichen bzw. mutmaßlichen Willen übereinstimmen muss.¹⁰⁴ Damit hat der BGH die Selbstbestimmung des Patienten in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.

4.1.6 Zwischenergebnis

Die Darstellung der Urteile verdeutlicht die strafrechtliche und zivilrechtliche Problematik des Umgangs mit dem Sterbewunsch des Sterbewilligen und der Durchführung der Tötungshandlung für Angehörige und Ärzte. Dennoch zeigte sich ab 1984 in der Rechtsprechung eine Liberalisierung der Sterbehilfe. Doch

¹⁰⁰ Vgl. BGH, Beschluss v. 17.03.2003 - XII ZB 2/03 = NJW 2003, 1588 ff.; Schaeffer, S. 23.

¹⁰¹ Vgl. ebd.

¹⁰² Vgl. BGH, Urteil v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 = NJW 2010, 2963 ff.; Putz / Stedlinger / Unger, S. 72-75.

¹⁰³ Vgl. BGH, Urteil v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09 = NJW 2010, 2963 ff.; Jäger, S. 595.

¹⁰⁴ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 215; Jäger, S. 596.

während der Einzelne einerseits am Lebensende durch die Erklärung seines Willens auf die Fortsetzung oder Intensivierung einer medizinischen Behandlung verzichten konnte und ihm zugesagt wurde, dass ihm auf sein Verlangen schmerzlindernde Medikamente mit lebensverkürzender Wirkung verabreicht werden dürfen, war andererseits das selbstbestimmte Sterben durch die Handlung eines Dritten in Deutschland nicht möglich.¹⁰⁵ Die aktive Sterbehilfe blieb gem. § 216 StGB strafbar. Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, welches am 10.12.2015 mit § 217 StGB in das Strafgesetzbuch aufgenommen wurde, wirkte der Liberalisierung sogar entgegen. Zudem ließ sich die Pönalisierung der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung nicht mit den Wünschen von Menschen am Lebensende vereinbaren. Die Strafbarkeit nach § 217 StGB führte zu einer verfassungsrechtlichen Diskussion um die Versagung professioneller Unterstützung von Sterbewilligen am Lebensende.¹⁰⁶ Eine verfassungsrechtliche Legitimierung des selbstbestimmten Sterbens wurde jedoch nicht getroffen.

4.2 Die Rechtslage zur Sterbehilfe nach dem 26.02.2020 in Deutschland

Demnach blieb zu untersuchen, auf welcher verfassungsrechtlichen Grundlage selbstbestimmtes Sterben beruht. In Betracht kamen die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG, das Recht auf Leben aus Art. 2 Abs. 2 GG und das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Klarheit hierzu schuf erst das Urteil des BVerfG v. 26.02.2020.

4.2.1 Die verfassungsrechtliche Grundlage selbstbestimmten Sterbens

4.2.1.1 Die allgemeine Handlungsfreiheit

Fraglich ist, ob sich die verfassungsrechtliche Grundlage des selbstbestimmten Sterbens aus der allgemeinen Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG ergibt.

Gem. Art. 2 Abs. 1 GG hat jeder das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. Der sachliche Schutzbereich des Art. 2 Abs. 1 GG wird weit verstanden. Geschützt ist im

¹⁰⁵ Vgl. Hufen, NJW 2018, 1524 (1524).

¹⁰⁶ Vgl. Augsberg / Szczerbak, S. 726.

Rahmen der verfassungsimmanenten Schranken jedes menschliche Verhalten etwas zu tun oder nicht zu tun (positive und negative Handlungsfreiheit).¹⁰⁷

Demnach könnte das Recht, selbstbestimmt zu sterben, in Art. 2 Abs. 1 GG gründen, allerdings nur solange der Sterbewillige seine Tötung selbst vornimmt. Da der Suizid straffrei ist, liegt hierin gerade keine hoheitliche Verletzung des Art. 2 Abs. 1 GG. Ferner ist in Art. 2 Abs. 1 GG auch der Wunsch inbegriffen, sich der Hilfe eines Dritten in Form der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung zu bedienen. Jedoch ist vom Schutzbereich der allgemeinen Handlungsfreiheit gerade nicht die Durchsetzung, von einem anderen Menschen die Tötung zu verlangen, umfasst. Schließlich wird angeführt, dass die Nähe des selbstbestimmten Sterbens zum Kern der Persönlichkeit und der Menschenwürde im Rückgriff auf Art. 2 Abs. 1 GG nicht abgebildet werden kann.¹⁰⁸

Im Ergebnis scheidet die allgemeine Handlungsfreiheit als taugliche verfassungsrechtliche Grundlage für die Durchsetzung des selbstbestimmten Sterbens aus.

4.2.1.2 Das Recht auf Leben

Zu prüfen ist, ob sich die verfassungsrechtliche Grundlage des selbstbestimmten Sterbens aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ergibt.

Gem. Art. 2 Abs. 2 S. 1 1. Hs. GG hat jeder das Recht auf Leben. Eine Pflicht zu leben gibt es aber gerade nicht.¹⁰⁹ I.R.d. sog. Kehrseitentheorie könnte das Recht auf Leben gleichwohl das Recht auf Sterben umfassen. Der sich hinter dem Recht auf Sterben verborgene Wunsch zu sterben stellt indes nicht die Verneinung des Lebens in den Mittelpunkt, sondern eine Form des Lebens, und zwar die des selbstbestimmten Seins.¹¹⁰ Nach dem Wortlaut räumt das Grundgesetz dem Grundrechtsträger ein Recht auf Leben, nicht jedoch ein Recht über das Leben ein.¹¹¹ Dies ist vielmehr eine Frage der Selbstbestimmung. Ein Rückgriff auf Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG kommt daher nicht in Betracht.

¹⁰⁷ Vgl. Hillgruber, S 33; Lang, in: Epping / Hillgruber, Art. 2 GG, Rn. 2-7.

¹⁰⁸ Vgl. Hufen, NJW 2018, 1524 (1525).

¹⁰⁹ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 230; Schnieder, S. 59.

¹¹⁰ Vgl. Hufen, NJW 2018, 1524 (1525).

¹¹¹ Vgl. Eser, S. 155.

4.2.1.3 Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben

Es stellt sich die Frage, ob das Recht auf selbstbestimmtes Sterben Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG ist.

In Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG begründet liegt das Selbstbestimmungsrecht, welches die wichtigste Konkretisierung der Menschenwürde darstellt.¹¹² Der Entschluss zu sterben berührt wie kein anderer die Individualität des Einzelnen und seine persönliche Autonomie, sodass das Sterben als Teil der Persönlichkeitsverwirklichung verstanden werden muss.¹¹³ Der Mensch bestimmt, welchen Sinn er seinem Leben gibt und wie er es leben will. Davon umfasst ist auch seine Entscheidung über die Art und Weise sowie den Zeitpunkt seines Sterbens.¹¹⁴ Die Erkenntnis, dass es im Leben nicht nur auf dessen Quantität, d.h. auf seine Dauer ankommt, sondern auch auf seine Qualität, also auf das, was dem Menschen an Entfaltungsmöglichkeit bleibt, die ihm sinnvoll erscheinen, ist dabei zu berücksichtigen.¹¹⁵ Der Mensch soll nicht zum bloßen Objekt des Geschehens degradiert werden, sondern sein Lebensende mitbestimmen, insofern der Sterbewillige die notwendige Fähigkeit hat, seine Situation und die Folgen seines Handelns einzuschätzen.¹¹⁶

4.2.2 Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020

In seinem Urteil v. 26.02.2020 entschied das BVerfG, dass es ein verfassungsrechtlich legitimes Recht auf selbstbestimmtes Sterben gibt.¹¹⁷

Das Gericht führte aus, dass sich aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG nicht nur das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben, sondern auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben entwickelt.¹¹⁸

¹¹² Vgl. Augsberg / Szczerbak, S. 726; Hufen, NJW 2018, 1524 (1525); Rothhaar, S. 102.

¹¹³ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 20.

¹¹⁴ Vgl. Boehme-Neßler, NVwZ 2020, 1012 (1012).

¹¹⁵ Vgl. Eser, S. 155.

¹¹⁶ Vgl. Duttge, S. 569; Hilpert, S. 103.

¹¹⁷ Vgl. BVerfG, Ur. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 202, 203 = NJW 2020, 905 ff.

¹¹⁸ Vgl. Boehme-Neßler, NVwZ 2020, 1012 (1012); Grimm, S. 48.

4.2.2.1 Beschwerdeführer und Verfahrensgegenstand

Vorangegangen waren die Verfassungsbeschwerden Sterbewilliger, Ärzte, Rechtsanwälte und Vertreter von Sterbehilfeorganisationen gegen § 217 StGB in der Fassung vom 10.12.2015. Die Verfahren wurden zu einer gemeinsamen Entscheidung verbunden.

Vorliegend wird die behauptete Beschwerde der Sterbewilligen¹¹⁹, die eine Verletzung ihres allgemeinen Persönlichkeitsrechts aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG, hilfsweise eine Verletzung in ihrem Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 1 GG, moniert hatten, betrachtet. Die Beschwerdeführer behaupteten, dass das aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht abzuleitende Recht des selbstbestimmten Sterbens nicht nur die Wahl des Zeitpunkts, sondern auch die Art des Todes und so ggf. die Inanspruchnahme der Hilfe Dritter einschließt. Durch § 217 StGB würde die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts in erheblichen Maß erschwert werden. Wenngleich § 217 StGB zwar nicht den Sterbewilligen, sondern den Suizidhelfer adressiert, versagt dies implizit dem Suizidwilligen die Hilfe Dritter.¹²⁰

4.2.2.2 Vorgehen des Bundesverfassungsgerichts

Das BVerfG prüfte das Zusammenwirken von § 217 Abs. 1 StGB und Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG.

Zu untersuchen war, ob das Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sein Leben zu beenden und hierfür Unterstützung sucht, in Kollision zu der in Art. 2 Abs. 2 GG wurzelnden Pflicht des Staates steht, das Rechtsgut Leben zu schützen.¹²¹

Aufgrund des Verfassungsranges von Autonomie und Leben kann grundsätzlich deren effektiver präventiver Schutz auch mit Mitteln des Strafrechts gerechtfertigt werden.¹²² § 217 StGB wurde bisher als kohärente Erweiterung des strafrechtlichen Lebensschutzes bewertet.

¹¹⁹ Vgl. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 35 = NJW 2020, 905 ff.; nachfolgend „Beschwerdeführer“ genannt.

¹²⁰ Vgl. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 37 = NJW 2020, 905 ff.

¹²¹ Vgl. ebd., Rn. 223.

¹²² Vgl. ebd., Rn. 99, 100.

4.2.2.3 Stellungnahmen Dritter

I.R.v. § 94 Abs. 4 i.V.m. § 77 BVerfG gewährte das BVerfG dem Bundestag, dem Bundesrat, der Bundesregierung und den Landesregierungen Möglichkeit zur Stellungnahme. Weder die Bundesregierung, der Bundesrat noch die Landesregierungen, mit Ausnahme der Bayerischen Staatsregierung, nahmen Stellung.¹²³

Der Deutsche Bundestag äußerte sich dahingehend, dass das Verbot geschäftsmäßiger Suizidförderung dem Schutz Betroffener i.R.d. Suizidprävention dient und dieses zugleich die Achtung vor dem Leben als Leitbild der Verfassung postuliert.¹²⁴ Auch die Bayerische Staatsregierung hielt § 217 StGB für verfassungskonform. Ergänzend zu den Ausführungen des Deutschen Bundestages brachte sie vor, dass der Suizidwillige besonders schützenswert sei, weil nicht sichergestellt werden könne, dass jeder geschäftsmäßige Anbieter einer Suizidhilfe ethischen Standards folge und die Freiverantwortlichkeit des Suizidwilligen hinreichend gewährleiste.¹²⁵ Die Präsidentin des BGH äußerte sich nicht. Der Generalbundesanwalt beim BGH hielt § 217 StGB für verfassungsgemäß. I.R.v. § 27a BVerfGG erklärten sich darüber hinaus sachkundige Dritte. Sowohl das Kommissariat der deutschen Bischöfe, die EKD, als auch der Zentralrat der Juden befürworteten § 217 StGB. Auch der Marburger Bund, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V., die DGP, die Deutsche PalliativStiftung, die Deutsche Stiftung Patientenschutz und der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. sprachen sich für die Verfassungskonformität von § 217 StGB aus.

Die Humanistische Union, der Humanistische Verband Deutschland – Bundesverband e.V. und der Deutsche Anwaltverein e.V. sahen hingegen eine mangelnde Legitimität des Regelungszwecks in § 217 StGB und eine unzureichende Gefahrenprognose. Sie hielten § 217 StGB für verfassungswidrig.¹²⁶ Im Wesentlichen brachten sie vor, dass die Notwendigkeit des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs empirisch nicht hinreichend belegt wurde („Dammbruchszenarien“) und die mit § 217 StGB einhergehenden Grundrechtsbeeinträchtigungen unverhältnismäßig sind.¹²⁷

¹²³ Vgl. BVerfG, Urte. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 37 = NJW 2020, 905 ff., Rn. 89.

¹²⁴ Vgl. ebd., Rn. 103, detailliert Rn. 90-120.

¹²⁵ Vgl. BVerfG, Urte. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 122.

¹²⁶ Vgl. Joerden, S. 32.

¹²⁷ Vgl. BVerfG, Urte. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 164-168 = NJW 2020, 905 ff.

Die Bundesrechtsanwaltskammer, der Deutsche Richterbund, die Neue Richtervereinigung, der Hartmannbund, die Internationale Gesellschaft für Sterbegleitung und Lebensbeistand e.V., der Deutsche Pflegerat e.V. und der Deutsche Pflegeverband e.V. äußerten sich nicht.

4.2.2.4 Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

Schließlich konstatierte das BVerfG in seiner Entscheidung, dass zwar § 217 Abs. 1 StGB das Grundrecht auf Leben schützen sollte, allerdings erkannte das Gericht an, dass das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang einschränkte, als dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Selbstbestimmung verblieb.¹²⁸ Somit stellte das BVerfG fest, dass § 217 StGB die Beschwerdeführer in ihrem aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG abzuleitenden Recht auf selbstbestimmtes Sterben verletzte.¹²⁹

Die Verfassungsbeschwerde der Beschwerdeführer war demnach begründet.

In seiner Begründung führte das BVerfG aus, dass es Teil der freien Entfaltung der Persönlichkeit des Einzelnen ist, Unterstützung im Sterben zu suchen. Diese findet Niederschlag im allgemeinen Persönlichkeitsrecht, welches einen unabdingbaren Bezug zur unantastbaren Würde des Menschen hat. Die Würde des Menschen zeigt sich gerade darin, dass dieser jederzeit eine selbstverantwortliche Persönlichkeit bleibt.¹³⁰ Somit umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG als Teil der persönlichen Autonomie das Recht auf selbstbestimmtes Sterben.¹³¹ Dieses Recht besteht in jeder Phase menschlicher Existenz, also auch am Lebensende.¹³²

Die Entscheidung, sein Leben zu beenden, ist grundlegender Ausdruck der Selbstbestimmung und wurzelt in der Menschenwürde aus Art. 1 Abs. 1 GG. Sie betrifft die Grundfragen des menschlichen Daseins sowie die Identität und Individualität des Menschen.¹³³ Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben kann

¹²⁸ Vgl. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 164-168 = NJW 2020, 905 ff., Rn. 196.

¹²⁹ Vgl. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 164-168 = NJW 2020, Rn. 202.

¹³⁰ Vgl. ebd., Rn. 206, 207.

¹³¹ Vgl. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 208 = NJW 2020, 905 ff.

¹³² Vgl. ebd., Rn. 210.

¹³³ Vgl. ebd., Rn. 209.

nicht mit der Begründung verneint werden, dass der Sterbewillige sich seiner Würde entledigt. Gleichwohl das Leben die „vitale Basis der Menschenwürde“ ist, widerspricht die Selbsttötung nicht der Menschenwürde. Das BVerfG erläutert, dass die Menschenwürde, die dem Einzelnen ein Leben in Autonomie gewährleistet, der Entscheidung des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich zu töten, nicht entgegensteht.¹³⁴

Die Entscheidung zu sterben ist Ausdruck von Würde.¹³⁵ Somit ist die Würde nicht die Grenze der Selbstbestimmung, sondern ihr Grund: Der Mensch kann nur Subjekt seiner selbst bleiben, wenn er nach seinen eigenen Maßstäben über seine Existenz entscheiden kann. Dahinter muss auch die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG zurückstehen.

Der Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht ist nicht gerechtfertigt.¹³⁶ Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben stellt die Autonomie und die Freiheit des Einzelnen sicher. Der Einzelne soll darüber entscheiden können, seinem Leben nach seinem individuellen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen.

Mithin ist die Ausübung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf Menschen mit schweren Krankheiten o.Ä. beschränkt. Jeder kann ohne Begründung oder Rechtfertigung über sein Leben bzw. seinen Tod verfügen.

Dies ist als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Allerdings steht das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nur Menschen zu, die zur freien Willensbildung und Eigenverantwortung fähig sind. Die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid ist erheblich.¹³⁷ Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Betroffenen ist vorab in einer fachärztlichen Untersuchung zu prüfen.¹³⁸

Zu untersuchen ist, ob der Suizidwillige durch eine psychische Störung beeinflusst ist, ausreichend informiert, aufgeklärt und beraten wurde, keinen psychosozialen Einflussnahmen ausgesetzt und sein Suizidwunsch von Dauer und

¹³⁴ Vgl. BVerfG, Urt. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 208 = NJW 2020, 905 ff., Rn. 211.

¹³⁵ Vgl. ebd., Rn. 211.

¹³⁶ Detailliert dazu s. ebd. Rn. 219-301.

¹³⁷ Vgl. Cording / Saß, NJW 2020, 2695 (2695).

¹³⁸ Vgl. ebd. (2695, 2696).

innerer Festigkeit ist.¹³⁹ Er darf kein Ausdruck einer temporären Lebenskrise sein und muss frei von akuten psychischen Erkrankungen getroffen werden.¹⁴⁰

Zudem darf kein Druck auf die Willensfreiheit des Sterbewilligen ausgeübt werden und jede Form von Täuschung, Drohung und Zwang muss ausgeschlossen werden.¹⁴¹ Darunter sind auch jedwede gesellschaftliche Erwartungshaltungen zu verstehen.¹⁴² Entscheidet sich der Suizidwillige aus altruistischen Gründen für das Sterben, bspw. weil er seiner Familie oder der Gesellschaft nicht zur Last fallen möchte, ist auch dies zu akzeptieren.¹⁴³ Zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit des Sterbewilligen steht es dem Gesetzgeber frei, ein „prozedurales Sicherungskonzept“ zu entwickeln.¹⁴⁴

Im Ergebnis erklärte das BVerfG am 26.02.2020 § 217 Abs. 1 StGB für nichtig.¹⁴⁵

Infolgedessen ist Ärzten und Vereinen seither die geschäftsmäßige Suizidhilfe strafrechtlich erlaubt. Ein Anspruch des Sterbewilligen gegenüber Dritten, bei einer Selbsttötung unterstützt zu werden, besteht aber gerade nicht.¹⁴⁶ Das ärztliche Berufsrecht wird vom BVerfG in seiner Entscheidung nicht angetastet.¹⁴⁷

4.3 Die verfassungsrechtliche Stellung der Menschenwürde im Kontext selbstbestimmten Sterbens

Die Menschenwürde ist für das Grundgesetz strukturkonstitutiv, d.h. sie ist, hervorgehend aus den geschichtlichen Erfahrungen der Weimarer Republik, des Zweiten Weltkriegs und des Nationalsozialismus, Grundlage der

¹³⁹ Vgl. BVerfG, Urte. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 241-247 = NJW 2020, 905 ff.

¹⁴⁰ Vgl. ebd., Rn. 241, 244, 245.

¹⁴¹ Vgl. BVerfG, Urte. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 210, 235, 243, 247 = NJW 2020, 905 ff.

¹⁴² Vgl. ebd., Rn. 235.

¹⁴³ Vgl. ebd., Rn. 259.

¹⁴⁴ Vgl. ebd., Rn. 340.

¹⁴⁵ Vgl. ebd., Rn. 337.

¹⁴⁶ Vgl. BVerfG, Urte. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 210, 235, 243, 247 = NJW 2020, Rn. 289, 342.

¹⁴⁷ Vgl. ebd., Rn. 290-297.

Verfassung.¹⁴⁸ Für die Demokratie ist die Menschenwürde notwendige Denkvooraussetzung einer freiheitlichen Gesellschaft.¹⁴⁹

Aber auch im Kontext des Sterbens wird mit dem Begriff der Menschenwürde argumentiert. Zu untersuchen ist die Stellung der Menschenwürde in der Werteordnung des Grundgesetzes, ihr Schutzbereich und ihre Grenzen.

4.3.1 Die Menschenwürde in der Werteordnung des Grundgesetzes

Die Garantie der Menschenwürde wurde am 23.05.1949 in das Grundgesetz aufgenommen.¹⁵⁰ Ihre Grundlage findet sie in Art. 1 Abs. 1 GG.¹⁵¹

Inhaltlich erklärt Art. 1 Abs. 1 GG die Würde des Menschen für unantastbar und legt fest, dass alle staatliche Gewalt zu ihrer Achtung und ihrem Schutz verpflichtet ist.

Bereits die Positionierung der Menschenwürde deutet auf ihre Gewichtung hin. Als erster Artikel der Verfassung hat die Menschenwürde einen starken Einfluss auf die Werteordnung des Grundgesetzes.¹⁵² Die Menschenwürde hat obersten Verfassungsrang.¹⁵³ Die Verfassung zentriert sich auf die Personenqualität des Einzelnen.¹⁵⁴

Die Stellung der Menschenwürdegarantie in der Werteordnung des Grundgesetzes wurde 1958 auch durch das BVerfG spezifiziert.¹⁵⁵ Das BVerfG stellte fest, dass die Grundrechte nicht nur Abwehrrechte des Einzelnen gegen den Staat sind, sondern auch eine Werteordnung darstellen, die ihren Mittelpunkt in der „innerhalb der sozialen Gemeinschaft sich frei entfaltenden menschlichen Persönlichkeit und ihrer Würde“ finden.¹⁵⁶ Somit bildet die Menschenwürde die unverzichtbare Basis des gemeinsamen Zusammenlebens.¹⁵⁷ Sie strahlt als

¹⁴⁸ Vgl. Thies, S. 11; Schmidt in: Müller-Glöge / Preis / Schmidt, Art. 1 GG, Rn. 5; zur geschichtlichen Entwicklung der Menschenwürde vgl. detailliert Bernert-Auerbach, S. 59-87, 101-108.

¹⁴⁹ Vgl. Klöckner, S. 51; Mieth, S. 37.

¹⁵⁰ Vgl. Stoecker, S. 64.

¹⁵¹ Vgl. Hong, S. 19.

¹⁵² Vgl. Herdegen in: Maunz / Dürig, Art. 1 Abs. 1 GG, Rn. 21.

¹⁵³ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 109; Klöckner, S. 51; Wetz, S. 50.

¹⁵⁴ Vgl. Herdegen in: Maunz / Dürig, Art. 1 Abs. 1 GG, Rn. 21.

¹⁵⁵ Vgl. BVerfG, Urt. v. 15.01.1958 - 1 BvR 400/57 = NJW 1958, 257 ff.; Rensmann, S. 84.

¹⁵⁶ Vgl. ebd.

¹⁵⁷ Vgl. Klöckner, S. 51.

Fundament der Verfassung auf alle anderen nachfolgenden Grundrechte aus und wirkt zudem auch auf die Auslegung zivilrechtlicher Generalklauseln ein.¹⁵⁸

Art. 1 GG besitzt „Ewigkeitsgarantie“.¹⁵⁹ Gem. Art. 79 Abs. 3 GG dürfen die in Art. 1 GG niedergelegten Grundsätze nicht berührt werden. Das heißt, dass der Norminhalt des Art. 1 Abs. 1 GG so lange nicht geändert werden darf, solange das Grundgesetz gilt.

4.3.1.1 Der persönliche Schutzbereich des Art. 1 Abs. 1 GG

Träger der Menschenwürde ist jede natürliche Person, d.h. jeder Mensch aufgrund seines Menschseins.¹⁶⁰ Die Menschenwürde ist ein intrinsischer Wert, welcher nicht von äußeren Faktoren wie der Leistung des Menschen abhängig ist.¹⁶¹ Die Menschenwürde ist nicht gebunden an das Alter, die Religionszugehörigkeit, die persönlichen Eigenschaften, die kognitiven Fähigkeiten und die soziale oder kulturelle Herkunft.¹⁶² Sie besteht in jeder Phase des menschlichen Seins, von Beginn der menschlichen Existenz, und wirkt sogar über den Tod hinaus.¹⁶³ Die Menschenwürde ist nicht messbar, zählbar oder abstufbar und kann nicht zeitlich begrenzt werden.¹⁶⁴ Da die Menschenwürde jedem Menschen aufgrund seines Subjektseins zukommt, kann sie ihm auch durch Eingriffe in Art. 1 Abs. 1 GG nicht abgesprochen werden.¹⁶⁵

4.3.1.2 Der sachliche Schutzbereich des Art. 1 Abs. 1 GG

Die Menschenwürde ist ein universaler Rechtsbegriff.¹⁶⁶ Da weder Art. 1 GG noch eine andere Rechtsnorm den Würdebegriff definiert, wurden in der Rechtslehre verschiedene Erklärungsansätze entwickelt.¹⁶⁷ Nach der sog. Kommunikationstheorie entsteht die Menschenwürde durch die gegenseitige Achtung des Menschen in seinem sozialen Geltungsanspruch und seinen

¹⁵⁸ Vgl. Hillgruber, S. 34; Schmidt in: Müller-Glöge / Preis / Schmidt, Art. 1 GG, Rn. 8, 13.

¹⁵⁹ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 112; Rensmann, S. 85; Thies, S. 8.

¹⁶⁰ Vgl. Leisner, S. 41; Schweidler, S. 44; Stoecker, S. 49; Wagner, S. 45.

¹⁶¹ Vgl. Baumbach-Knopf, S. 56 f.

¹⁶² Vgl. Hillgruber in: Epping / Hillgruber, Art. 1 GG, Rn. 3; Wagner, S. 45 f.

¹⁶³ Vgl. Hillgruber in: Epping / Hillgruber, Art. 1 GG, Rn. 4.

¹⁶⁴ Vgl. Klöckner, S. 51.

¹⁶⁵ Vgl. Hillgruber in: Epping / Hillgruber, Art. 1 GG, Rn. 3.

¹⁶⁶ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 110; Rensmann, S. 76.

¹⁶⁷ Vgl. von Wolff-Metternich, S. 203.

kommunikativen Beziehungen.¹⁶⁸ Entgegen diesem Ansatz spricht die sog. Mitgiftthese jedem Menschen seine Würde unabhängig von geistigen, moralischen oder anderweitigen Bedingungen zu.¹⁶⁹ Letztgenannte Auffassung wird insbesondere durch das Argument gestützt, dass die Menschenwürdegarantie auch für die frühen Erscheinungsformen menschlichen Lebens, ggf. bereits vor der Nidation, spätestens jedoch mit der Geburt gelten müsse, auch wenn eine soziale Interaktion in diesem Zeitpunkt noch nicht möglich ist.¹⁷⁰ Überwiegender Konsens besteht darin, dass die Menschenwürde nicht von Fähigkeiten oder Leistungen des Einzelnen abhängig sein darf, sodass jedenfalls die Kommunikationstheorie als tauglicher Umschreibungsversuch der Menschenwürde ausscheidet.¹⁷¹

Inzwischen herrscht weitgehende Einigkeit, dass sich der Begriff der Menschenwürde aus dem Blickwinkel der Verletzung des Art. 1 Abs. 1 GG konkretisiert.¹⁷² Dafür wird die sog. Objektformel, welche in ihrem Ansatz in Kants Sittenlehre gründet, auf Wintrich zurückgeht und von Dürig forciert wurde, herangezogen.¹⁷³ Nach der Objektformel ist Art. 1 Abs. 1 GG verletzt, wenn der Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird.

Auch das BVerfG greift in seiner Rechtsprechung auf die Objektformel zurück und bestätigt, dass ein Mensch niemals zum Objekt bloßen staatlichen Handelns gemacht werden darf.¹⁷⁴ Es stellte fest, dass die Idee der Menschenwürde eine Vorstellung des Menschen zugrunde legt, die darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten, nicht jedoch als isoliertes und selbstherrliches, sondern als gemeinschaftsbezogenes Individuum.¹⁷⁵ Die Würde eines Menschen besteht darin, seine Identität zu entfalten, u.a. Vorlieben, Abneigungen, moralische Einstellungen zu entwickeln und Teil eines sozialen Geflechts zu werden, wobei stets seine Individualität und Integrität zu wahren ist.¹⁷⁶ Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung liegt eine Verletzung der Men-

¹⁶⁸ Vgl. Herdegen, in: Maunz / Dürig, Art. 1 Abs. 1 GG, Rn. 34.

¹⁶⁹ Vgl. ebd., Rn. 34.

¹⁷⁰ Vgl. ebd., Rn. 35.

¹⁷¹ Vgl. Hillgruber in: Epping / Hillgruber, Art. 1 GG, Rn. 3; Leisner, S. 37.

¹⁷² Vgl. Goos, S. 62; Schmidt in: Müller-Glöge / Preis / Schmidt, Art. 1 GG, Rn. 6.

¹⁷³ Vgl. Boehme-Neßler, NVwZ 2020, 1012 (1012); Herdegen in: Maunz / Dürig, Art. 1 Abs. 1 GG, Rn. 36; Schmidt in: Müller-Glöge / Preis/Schmidt, Art. 1 GG, Rn. 6; Wetz, S. 51.

¹⁷⁴ Vgl. Mieth, S. 33; zur „Würde-Rechtsprechung“ des BVerfG vgl. Goos, S. 66-67.

¹⁷⁵ Vgl. Wetz, S. 51.

¹⁷⁶ Vgl. Boehme-Neßler, NVwZ 2020, 1012 (1012); Schmidt in: Müller-Glöge / Preis / Schmidt, Art. 1 GG, Rn. 7; Stoecker, S. 105.

schenwürde dann vor, wenn der Einzelne zum bloßen Mittel herabgewürdigt und auf die Ebene eines Gegenstandes degradiert wird, seine ureigene Intimsphäre missachtet, seine Ehre gekränkt oder „sein Leben zum bloßen Vegetieren verurteilt wird“.¹⁷⁷

Demzufolge setzt eine Verletzung der Menschenwürde voraus, dass durch den Eingriff die Subjektqualität des Menschen in Frage gestellt wird. Die Verletzung muss Ausdruck der Verachtung des Wertes, der dem Menschen kraft seines Personseins zukommt, sein.¹⁷⁸ Um das Kriterium der Erniedrigung anwendungsfähig zu machen, ist dieses zu konkretisieren, sodass sich die Objektformel im Ergebnis nur als eine für die Verifizierung der Verletzung heranzuziehende Orientierungshilfe erweist.¹⁷⁹ Notwendig ist eine Betrachtung der Umstände, die zu einer Normierung der Menschenwürde als Grundlage der Verfassung in Art. 1 Abs. 1 GG führten: Die Menschenwürde dient im Kern dem Schutz der persönlichen Selbstbestimmung und der physischen und psychischen Integrität vor Willkür.¹⁸⁰ Das Recht auf Selbstbestimmung ist ein wesentlicher Bestandteil der Menschenwürde.¹⁸¹

4.3.2 Die Menschenwürde und ihre Grenzen

Wenngleich die Menschenwürde unantastbar und nicht abwägungsfähig ist sowie keinen verfassungsimmanenten Schranken unterliegt,¹⁸² stellt sich die Frage, ob die Menschenwürde trotzdem an ihre Grenzen stößt. Zu prüfen ist, ob dem Staat die Pflicht zukommt, den Einzelnen vor den Angeboten und dem Wunsch nach der Inanspruchnahme der Sterbehilfe zu bewahren.

Gem. Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG ist es die Pflicht aller staatlichen Gewalt die Menschenwürde zu achten und zu schützen. Insbesondere ist der Mensch davor zu schützen, dass er aufgrund äußerer Einflüsse entgegen seiner eigenen Überzeugung handelt.¹⁸³

¹⁷⁷ Wetz, S. 51.

¹⁷⁸ Vgl. Herdegen in: Maunz / Dürig, Art. 1 Abs. 1 GG, Rn. 37.

¹⁷⁹ Vgl. Herdegen in: Maunz / Dürig, Art. 1 Abs. 1 GG, Rn. 38.

¹⁸⁰ Vgl. ebd., Rn. 34.

¹⁸¹ Vgl. Hillgruber, S. 34; Spieker, S. 221.

¹⁸² Vgl. BVerfG, Beschluss v. 10.10.1995 - BvR 1476/91, 1 BvR 1980/91, 1 BvR 102/92 u. 1 BvR 221/92 = NJW 1995, 3303; Bernert-Auerbach, S. 114; Klöckner, S. 51.

¹⁸³ Vgl. Goos, S. 85.

Das Maß der Schutzpflicht richtet sich nach Art. 2 Abs. 2 GG.¹⁸⁴ Demnach wird die staatliche Schutzpflicht des Lebens häufig als Argument für die Notwendigkeit der Strafbarkeit der Sterbehilfe genannt.¹⁸⁵ So ist es Aufgabe des Staates das menschliche Leben vor einer bewussten Lebensverkürzung zu bewahren.¹⁸⁶ Aus ihr resultiert eine Schutzpflicht zugunsten der Lebenserhaltung.¹⁸⁷

In ihr liegt die staatliche Pflicht, dafür Sorge zu tragen, dass Menschen nicht entgegen ihrem Willen getötet werden, bspw. weil einem Pfleger die Versorgung des unheilbar kranken Patienten sinnlos erscheint oder weil die Nachkommen den Eintritt des Erbfalls aus eigenem Interesse beschleunigen wollen.¹⁸⁸

Die Wertschätzung des Lebens auch im Fall von Krankheit und Alter soll aufrechterhalten und nicht von Dritten in lebenswert oder lebensunwert eingeteilt werden.¹⁸⁹ Für den Fall, dass ein Dritter einen Menschen tötet, muss die Rechtsordnung eingreifen. Gerade aus diesem Grund bestehen im Strafrecht die Verbote des Totschlags nach § 212 StGB, des Mordes nach § 211 StGB und der Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB. Ferner besteht die staatliche Pflicht, das Menschenleben vor einer unangemessenen Lebensverlängerung wie sie u.a. aufgrund moderner Technik möglich ist, zu schützen. Die Würde des betroffenen Menschen und das in ihr wurzelnde Recht auf Selbstbestimmung sind zu wahren. Die staatliche Schutzpflicht gebietet es, die unabdingbare Würde des Menschen gerade in Situationen zu schützen, in der sie in besonderer Weise verletzlich ist.¹⁹⁰

Allerdings umfasst Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG nicht das Recht des Staates, den Einzelnen vor sich selbst zu schützen, denn die Entscheidungsfreiheit des Individuums hat unbedingten Vorrang vor der staatlichen Schutzpflicht.¹⁹¹ So soll der Einzelne entscheiden, ob er weiterleben will oder nicht. Anders hingegen verhält es sich mit der staatlichen Schutzpflicht, wenn dem Einzelnen die erforderliche Einsichtsfähigkeit in die Bedeutung und das Wesen des Lebens und sein Ende fehlt.¹⁹² In diesem Fall muss der Staat das Leben des Betroffenen schüt-

¹⁸⁴ Vgl. Hardinghaus, S. 38.

¹⁸⁵ Vgl. Gavela, S. 253-258; Hardinghaus, S. 38.

¹⁸⁶ Vgl. Eser, S. 137.

¹⁸⁷ Vgl. Duttge, S. 569; Schnieder, S. 57.

¹⁸⁸ Zu den nicht unerheblichen wirtschaftlichen Interessen von Kranken- und Pflegeversicherung, Angehörigen, Ärzten, Heimen und Pflegekräften rund um den Tod vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 9-18 sowie Manzeschke / Anderson, S. 451-468.

¹⁸⁹ Vgl. Hardinghaus, S. 38.

¹⁹⁰ Vgl. ebd.

¹⁹¹ Vgl. Leisner, S. 85.

¹⁹² Vgl. Hillgruber, S 42; Leisner, S. 85.

zen und das Sterben verhindern, bis die Erkenntnis- und Einsichtsfähigkeit wiederhergestellt sind. Folglich gilt die Schutzpflicht des Staates nicht dem Leben an sich, sondern der Entscheidungsfreiheit des Menschen über dessen Beendigung.

Zugleich ist Art. 2 Abs. 2 GG anzuführen. Demnach hat jeder Mensch ein Recht auf Leben und ist in seiner physischen Existenz staatlich geschützt.¹⁹³ Somit hat jeder einen Anspruch auf eine angemessene medizinische Behandlung, allerdings eben nur insoweit er sie will.¹⁹⁴ Das Gesetz verpflichtet den Einzelnen nicht zu leben. Teilweise wird sogar vertreten, dass die Entscheidung über den Verzicht auf medizinische Maßnahmen sogar ein Recht zu sterben impliziere.¹⁹⁵ Im Ergebnis folgt aus dem Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende nicht die Pflicht des Staates, Möglichkeiten zur Durchführung des Suizids einzurichten oder die Durchführung zu unterstützen, sondern allein die Verpflichtung die Selbstbestimmung am Lebensende zu gewährleisten.¹⁹⁶

4.3.3 Die Definition der Menschenwürde am Lebensende

Jeder Mensch wünscht sich ein menschenwürdiges Sterben.¹⁹⁷

Fraglich ist, was ein menschenwürdiges Sterben ausmacht. Die Definition des Begriffs der Menschenwürde am Lebensende ist umstritten.¹⁹⁸ Dass der Sterbende nach Möglichkeit gepflegt, betreut und sofern notwendig schmerzlin- dernd behandelt wird, zählt für viele Menschen zu einem menschenwürdigen Sterben.¹⁹⁹ Anders verhält es sich mit der Frage, ob auch die selbstbestimmte Wahl des Todeszeitpunkts und der Todesart von einem menschenwürdigen Sterben umfasst wird und ob sich daraus möglicherweise sogar eine Pflicht ableitet, Sterbewilligen zu einem solchen selbstbestimmten Tod zu verhelfen.²⁰⁰

Einen Zwang, leben zu müssen, gibt es nicht. Da es keine staatliche Definition des Lebenswerts geben darf, darf der Staat auch nicht festlegen, wer zu krank zum Leben oder zu gesund zum Sterben ist.²⁰¹ Jedermann soll als Inbegriff

¹⁹³ Vgl. Schuster, S. 116.

¹⁹⁴ Vgl. Rethmann, S. 72.

¹⁹⁵ Vgl. Schuster, S. 116.

¹⁹⁶ Vgl. Schnieder, S. 60.

¹⁹⁷ Vgl. Kummer, S. 20.

¹⁹⁸ Vgl. Goos, S.53.

¹⁹⁹ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 18.

²⁰⁰ Vgl. ebd.

²⁰¹ Vgl. Putz, S. 47.

seiner Menschenwürde selbst bestimmen, wie er Menschenwürde und Lebenswert definiert.²⁰² Wann ein Mensch sein Leben als unwürdig betrachtet, hängt davon ab, wer er ist und wie er sich begreift.²⁰³ Der Betroffene ist nicht verpflichtet, seine Entscheidung, eine medizinische Behandlung abzulehnen oder durchzuführen, und damit seine persönliche Definition von Menschenwürde zu begründen. Sofern er sich gegen eine mögliche Lebensverlängerung entscheidet, negiert er nicht das Lebensrecht anderer, die etwa gleich krank sind, aber eine ärztliche Behandlung für sich als Inbegriff ihrer Menschenwürde sehen. Wer jegliche lebensverlängernde Maßnahme ablehnt, der fällt kein Werturteil über den Lebenswert oder die Menschenwürde anderer.²⁰⁴

Dennoch gilt es gerade in der Sterbephase besonders darauf zu achten, dass der Mensch nicht zum Objekt des Staates oder eines anderen Menschen wird, da er im Sterben in besonderem Maße von anderen Menschen abhängig ist.²⁰⁵ Die Würde eines Menschen besteht nicht nur in bzw. mit seinem Bewusstsein, sondern auch bei Bewusstlosigkeit fort.²⁰⁶ Der Sterbende hat eine Würde inne, die ihm auch dann nicht abgesprochen werden kann, wenn er sich nicht mehr artikulieren kann. Demzufolge kann er seine Würde nicht verlieren, aber sie kann verletzt werden, wenn die Situation durch andere Personen ausgenutzt wird.²⁰⁷ Ein Verstoß gegen die Menschenwürde ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn nicht mehr der Sterbende selbst, sondern die Interessen anderer, wie z.B. finanzielle Erwägungen, für die Entscheidung über eine Lebensverlängerung oder -verkürzung des Sterbenden erheblich sind.²⁰⁸

Die Selbstbestimmung gründet in der Würde des Menschen.²⁰⁹ Daher ist es für die Frage des würdigen Sterbens entscheidend, dem Verlangen des Sterbewilligen zu entsprechen.²¹⁰ Letztlich kann damit nicht allgemeinverbindlich geklärt werden, was für den Einzelnen ein würdevolles Sterben bedeutet.²¹¹ Die Menschenwürde am Lebensende urteilt nicht über den Wert des menschlichen Lebens oder gar darüber, ab welchem gesundheitlichen Zustand das Leben eines

²⁰² Vgl. Putz, S. 47 f.

²⁰³ Vgl. Streeck 2020, S. 266.

²⁰⁴ Vgl. Putz, S. 47 f.

²⁰⁵ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 19.

²⁰⁶ Vgl. Haubenthaler / Kuhn-Flammensfeld, S. 343; Mieth, S. 9.

²⁰⁷ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 19.

²⁰⁸ Zu den ökonomischen Anreizen und ihrer Bedeutung für lebensbeendende Maßnahmen, vgl. detailliert Manzeschke / Anderson, S. 451-468.

²⁰⁹ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 23.

²¹⁰ Vgl. ebd.

²¹¹ Vgl. Hilpert, S. 106.

Menschen unwürdig ist.²¹² Vielmehr definiert der Sterbende selbst, was für ihn ein würdevolles Sterben ausmacht.

4.4 Zwischenergebnis zum selbstbestimmten Sterben im Recht

Im Ergebnis ist festzustellen, dass das Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 einen Paradigmenwechsel vornimmt. Vor dem 26.02.2020 traf der Gesetzgeber keine hinreichenden Normierungen zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe, sodass die Rechtsprechung durch zahlreiche Urteile eine Art *Case Law* (Fallrecht) bildete. Mehr der Helfer denn der Sterbewillige standen im Blickpunkt der Entscheidungen. Erst das Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 konzentriert sich maßgeblich auf den Sterbewilligen.

Es klärt die verfassungsrechtliche Frage, ob der Mensch im Sterben seine Würde bewahren kann und die Selbstbestimmung am Lebensende eine Ausübung dieser ist. Das BVerfG legt fest, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck persönlicher Autonomie umfasst und leitet daraus Konsequenzen für die Straftatbestände ab:

Die freiverantwortliche Selbsttötung ist straffrei (Selbsttötungsfreiheit), da ein strafbares Tötungsdelikt immer den Tod eines anderen Menschen voraussetzt.²¹³ Zu prüfen war daher, ob und wie sich ein Helfer bei einem Suizid oder einem Suizidversuch strafbar machen kann. Die Strafbarkeit des Helfers richtet sich danach, was der Helfer konkret tut. Die indirekte und die passive Sterbehilfe sind in Deutschland erlaubt. Die aktive Sterbehilfe ist ein Straftatbestand und wird gem. § 216 Abs. 1 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. § 217 StGB erklärte das BVerfG für nicht verfassungsgemäß und für nichtig. Damit entfällt die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Fortan können kranke wie auch gesunde Menschen die Hilfe Dritter am Lebensende in Anspruch nehmen.

Das Urteil des BVerfG stärkt das Individuum in seiner Menschenwürde und seiner Autonomie. Dem Recht auf ein selbstbestimmtes Leben folgt ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben. Dieses kann nicht mit der Begründung verneint werden, dass sich der Suizident seiner Würde begibt.²¹⁴ Die Entscheidung zu sterben ist Ausdruck von Würde. Dennoch schützt das Strafrecht das Leben

²¹² Entgegen der Aussage von Preidel, S. 6.

²¹³ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 20; Eser, S. 140; Steger, S. 84.

²¹⁴ Vgl. BVerfG, Ur. v. 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 u.a., Rn. 211 = NJW 2020, 905 ff.

des Einzelnen. Festzuhalten ist, dass auch nach dem Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 strafbar ist, wer einem Suizidwilligen Hilfe leistet, wenn dieser nicht freiverantwortlich handelt. Der Helfer macht sich dann gem. §§ 212, 25 Abs. 1 Alt. 2 StGB des Totschlags in mittelbarer Täterschaft strafbar. Er setzt den Suizidwilligen gegen sich selbst ein. Zwar liegt in diesem Fall faktisch eine Selbsttötung vor, rechtlich ist diese jedoch als Fremdtötung einzustufen.²¹⁵ Nur insoweit der Mensch freiverantwortlich handelt, muss er nicht vor sich selbst geschützt werden. Andernfalls kommt dem Staat ein Schutzauftrag zu. Zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit hat das BVerfG dem Gesetzgeber aufgegeben ein „legislatives Schutzkonzept“ auszuarbeiten.

5 Selbstbestimmtes Sterben in der Medizin

Die Frage nach der Selbstbestimmung am Lebensende in der Medizin und die damit verbundene Haltung der deutschen Ärzteschaft ist gerade aufgrund der Anwendungsnähe in der Medizinpraxis von besonderer Bedeutung.

Grundsätzlich ist jede Form der medizinischen Behandlung ein rechtfertigungsbedürftiger Eingriff in die Rechte des Patienten, der eine medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten voraussetzt.²¹⁶ Anderenfalls macht sich der Arzt gem. § 223 StGB der Körperverletzung strafbar. Nicht nur ein einmaliger ärztlicher Heileingriff, sondern auch eine andauernde bzw. wiederkehrende Behandlung bedarf einer Rechtfertigung in Form der zumindest mutmaßlichen Einwilligung des Patienten. Genauso verhält es sich mit der Entscheidung, das Leben eines Patienten zu verlängern oder sein Sterben zuzulassen, da in ihr der Beginn, die Fortführung oder die Beendigung einer medizinischen Maßnahme liegt.²¹⁷

Obgleich es Aufgabe der Medizin ist, einem Sterbenden einen würdigen Tod zu ermöglichen, ist ungeklärt, was einen würdigen Tod ausmacht. Kann es aus Respekt vor der Würde des Sterbenden erforderlich sein, diesem ein tödliches Mittel zur Verfügung zu stellen, mit welchem er sich selbst töten kann bzw. ihm dieses auf seinen Wunsch hin zu verabreichen oder ist es gerade ein Gebot der Würde, ein solches Verlangen auszuschlagen?²¹⁸ In der Sterbehilfedebatte sind zum einen die Position des Arztes, die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, das ärztliche Ethos und der Hippokratische Eid sowie die Stellung der deutschen Ärzteschaft zum assistierten Suizid zu prüfen. Zum anderen sind

²¹⁵ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 224.

²¹⁶ Vgl. Grimm, S. 48; Klein/Zeller, S. 13; Riessen / Haap, S. 484.

²¹⁷ Vgl. Putz, S. 45.

²¹⁸ Vgl. Stoecker, S. 16.

der Patientenwille und die Rolle der Patientenverfügung in den Gesamtkontext von Autonomie und Menschenwürde am Lebensende einzuordnen.

5.1 Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient basiert seit der Antike auf der Autorität und der fachlichen Kompetenz des Arztes sowie dem Vertrauen des Patienten.²¹⁹ Schon in den hippokratischen Schriften, dem „Corpus Hippocraticum“, wird die Grundlage für die Stellung des Arztes in der Gesellschaft begründet.²²⁰ In der griechischen Textsammlung aus dem 5. und 4. Jahrhundert v. Chr. sind konkrete Handlungsanweisungen zu finden, die ein von gesellschaftlicher Akzeptanz gekennzeichnetes Arztbild beschreiben, dessen alleiniges Ziel es ist, das Vertrauen des Patienten zu erwerben.²²¹

Über viele Jahrhunderte stärkte der wissenschaftliche Fortschritt den Glauben an die Medizin und die Ärzteschaft.

Sofern sich der Patient nicht selbst helfen kann, ist er in allen Belangen der Gesundheit auf das medizinische Fachwissen eines Arztes angewiesen. Es entsteht im Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein Über- und Unterordnungsverhältnis.²²² In der Sachlichkeit der Medizin erfährt dieses eine Distanz, die der Arzt durch Empathie überwinden muss.²²³ Sowohl das BVerfG als auch der BGH konstatierten, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein starkes Vertrauen voraussetzt, welches in großem Maße in der menschlichen Beziehung wurzelt, in die der Arzt zu dem Kranken tritt, und dass diese demzufolge weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung ist.²²⁴ Dennoch trafen Ärzte lange Zeit ohne Rücksprache mit den Patienten selbstständige Entscheidungen („medizinischer Paternalismus“).²²⁵ Erst Mitte des 18. Jahrhunderts wurden dem Behandelten einzelne Rechte zugestanden. Die Notwendigkeit, Patientenrechte zu normieren, erkannte man schließlich gerade auch durch die Erfahrungen mit

²¹⁹ Vgl. Deutsch / Spickhoff in: Spickhoff, 1. Einleitung, Rn. 16.

²²⁰ Zur Geschichte der Überlieferung der aus ca. 60 Schriften bestehenden Sammlung, die heute „Corpus Hippocraticum“ genannt wird, vgl. Leven, S. 68 f., Benzenhöfer, S. 31.

²²¹ Vgl. Steger, S. 104.

²²² Vgl. Rethmann, S. 63.

²²³ Vgl. Laufs / Katzenmeier, in: Laufs / Katzenmeier / Lipp, Rn 19 ff.

²²⁴ Vgl. Kern/ Rehborn in: Laufs / Kern / Rehborn, § 42 Der Arztvertrag, Rn. 10-21; Laufs / Katzenmeier in: Laufs / Katzenmeier / Lipp, Rn 18; BVerfG, Beschluss v. 25.07.1979 – 2 BvR 878/74; BGH, Urt. v. 09.12.1958 – VI ZR 203/57.

²²⁵ Vgl. Duttge, S. 593; Elsas, S. 19.

dem ideologisch geprägten totalitären System des Nationalsozialismus und den kommunistischen Regimen Osteuropas.²²⁶

So nahm ab 1970 die Selbstbestimmung des Patienten eine entscheidende Rolle ein.²²⁷ Zunehmend lag die Behandlung des Patienten nicht mehr in der ärztlichen Alleinverantwortung, sondern innerhalb der „therapeutischen Partnerschaft“, einer geteilten Verantwortlichkeit zwischen Arzt und Patienten.²²⁸ 1981 wurde in der Deklaration des Weltärztebundes zu den Rechten des Patienten festgehalten, dass dieser nicht nur das Recht auf freie Arztwahl, sondern u.a. auch das Recht auf Information und auf Zustimmung zur Therapie sowie das Recht, in Würde zu sterben, hat.²²⁹ Für den Fall, dass der Patient nicht durch eine persönliche Einschätzung die für ihn beste Behandlung zu wählen weiß, wird dem Arzt aufgetragen, den Patienten mittels eines aufklärenden Gesprächs umfassend zu beraten.²³⁰ Solange die Behandlungsvorstellungen von Arzt und Patienten übereinstimmen, ist das Arzt-Patienten-Verhältnis idealerweise gut. Der Patient wird auf Anraten des Arztes und im Vertrauen darauf, dass es dieser gut mit ihm meint, seine Entscheidung treffen. Schwierig wird es, wenn die Empfehlungen des Arztes und die Vorstellungen des Patienten auseinanderfallen, bspw. auch dann, wenn der Patient einen Sterbewunsch äußert. Die Frage, wie sich ein Arzt verhalten soll, ist insbesondere problematisch, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu artikulieren. Dies betrifft nicht nur die Heilbehandlung, sondern auch die Frage, wie ein Mensch in Würde sterben kann.²³¹ Zu prüfen ist, ob es Teil des Vertrauensverhältnisses ist, dass der Arzt dem Wunsch eines Patienten nachgibt, diesem bei der Selbsttötung zu helfen und welche Bedeutung dem ärztlichen Standesrecht dabei zugesprochen wird.

5.2 Das ärztliche Ethos – das ärztliche Standesrecht

Die Konfrontation mit Sterben und Tod stellt Ärzte immer wieder vor die Frage nach den Grundlagen des Umgangs mit Sterbenden.²³² Bereits im *Corpus Hippocraticum*, auf welchem das ärztliche Ethos gemeinhin fußt, gibt es Textstellen, die sich mit der Behandlung bzw. Nichtbehandlung von unheilbar Kran-

²²⁶ Vgl. Rethmann, S. 63.

²²⁷ Vgl. Elsas, S. 19.

²²⁸ Vgl. Duttge, S. 571.

²²⁹ Vgl. WMA, o.S.

²³⁰ Vgl. Rethmann, S. 64.

²³¹ Vgl. ebd., S. 62 f.

²³² Vgl. Gahl, S. 154; Nolte, S. 103.

ken auseinandersetzen.²³³ Die Unheilbarkeit eines Patienten und damit das Ende seiner ärztlichen Zuständigkeit zu erkennen, war für den Arzt der Antike die schwierigste Aufgabe.²³⁴ Zum einen hatte der behandelnde Arzt Sorge, dass man ihm eine Unfähigkeit der Heilbehandlung nachsagte, zum anderen gab es immer wieder Fälle des Scheintods.

Über die Jahrhunderte bemühte man sich, das Sterben medizinisch zu erforschen. In der Auseinandersetzung mit dem Tod verstärkte sich auch der Diskurs um die Bedeutung eines medizinisch „guten Sterbens“. Während zunächst nur Angehörige und Priester dem Sterbenden am Totenbett beistanden, zählte ab Beginn des 19. Jahrhunderts die Begleitung Sterbender vermehrt auch zu den Aufgaben des Arztes. Zunehmend begannen Ärzte zwischen kurativen Eingriffen und palliativem Vorgehen zu differenzieren. Lebensverkürzende Maßnahmen wurden von der Mehrheit der Ärzte jedoch abgelehnt. Dennoch werden in der Literatur immer wieder ärztliche Praktiken beschrieben, die ein frühes Beispiel der Sterbehilfe darstellen.²³⁵

5.2.1 Der Eid des Hippokrates

Im Kontext der Sterbehilfedebatte wird der Hippokratische Eid häufig als medizinisches Argument gegen den ärztlich assistierten Suizid vorgebracht.²³⁶ Grundsätzlich binden sich Ärzte seit der Antike an den Hippokratischen Eid.²³⁷ Eine ärztliche Verpflichtung, den Eid zu leisten, gibt es nicht.²³⁸ Der Eid wird zurückgeführt auf den griechischen Arzt Hippokrates, wenngleich unklar ist, ob dieser den Eid tatsächlich verfasst hat.²³⁹

Inhaltlich beginnt der Hippokratische Eid mit der Anrufung verschiedener Götter und formuliert anschließend Versprechungen, den sog. Sittenkodex.²⁴⁰ Auszugsweise lautet er in der deutschen Übersetzung von Deichgräber wie folgt:

²³³ Vgl. Benzenhöfer, S. 32.

²³⁴ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 1.

²³⁵ Vgl. dazu Nolte, S. 118 f.

²³⁶ Vgl. Benzenhöfer, S. 34.

²³⁷ Vgl. Nembach, S. 136.

²³⁸ Vgl. Leven, S. 67.

²³⁹ Vgl. Benzenhöfer, S. 34; zu der Überlieferung und dem Inhalt des Hippokratischen Eides vgl. detailliert Leven, S. 68, 78 f.

²⁴⁰ Vgl. Leven, S. 79.

Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen rufe, dass ich nach meinem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Vereinbarung erfüllen werde: [...] Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichem Schaden und Unrecht. Ich werde niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen; [...].²⁴¹

Im Hippokratischen Eid verpflichtet sich der Arzt dazu, Hilfe zu leisten und den Kranken nach seinen Fähigkeiten zu heilen.²⁴² Das ärztliche Handeln wird dabei von dem Grundsatz geprägt, dem Patienten zu nützen und nicht zu schaden. Die Frage, wie ärztliches Handeln bewertet werden muss, das den Tod des Patienten herbeiführt, wird im Hippokratischen Eid kritisiert.²⁴³ Das Leben eines Menschen zu beenden, ist für einen Arzt unzulässig, auch dann, wenn ihn der Patient darum bittet. Ein Arzt darf nach Hippokrates „niemandem [...] ein tödlich wirkendes Gift geben“.

Zu untersuchen ist, ob es sich dabei um ein Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid handelt. Dies wird überwiegend bejaht.²⁴⁴ Teilweise wird in der Literatur zwar vertreten, dass die Niederschrift auch eine Interpretation dahingehend zulässt, als dass der Arzt, welcher als Experte für den Einsatz von Medikamenten galt, nicht als Gifthändler fungieren und in Giftmorde verwickelt sein sollte.²⁴⁵ Diese Annahme wird jedoch zum einen mit der Erklärung entkräftet, dass der Giftmord in der Antike, wie jede andere ungerechtfertigte Tötung eines Menschen, ohnehin unter Strafe stand und eine „Doppelung“ des Gesetzes unnütz gewesen wäre.²⁴⁶ Zum anderen wird angeführt, dass der literarische Kontext nahelegt, dass sich das Verbot der Gabe von tödlichen Mitteln auf das Verhältnis zwischen Patient und Arzt beziehe.²⁴⁷ Angenommen wird, dass es sich bei der Maxime um ein implizites Tötungsverbot handelt, demnach keine (aktive) Sterbehilfe geleistet werden durfte.²⁴⁸ Inwieweit die passive Sterbehilfe von dem im Hippokratischen Eid geäußerten Verbot der Sterbehilfe eingeschlossen ist, ist mangels ausdrücklicher Formulierung unklar.²⁴⁹ Naheliegend

²⁴¹ Kern, in: Laufs / Kern / Rehborn, § 4 Berufsethik, Rn. 25.

²⁴² Vgl. Nembach, S. 136 f.; Rethmann, S. 63.

²⁴³ Vgl. Steger, S. 88.

²⁴⁴ Vgl. Leven, S. 81; Bundesärztekammer a), IVa – 02, o.S.

²⁴⁵ Vgl. Leven, S. 82 f.

²⁴⁶ Vgl. Benzenhöfer, S. 35.

²⁴⁷ Vgl. ebd., S. 35.

²⁴⁸ Vgl. Leven, S. 84; Steger, S. 88.

²⁴⁹ Vgl. Steger, S. 89.

erscheint, dass zur Zeit des Hippokrates keine Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe vorgenommen wurde, da ein Großteil der Handlungsformen, die heutzutage von der passiven Sterbehilfe erfasst sind, wie das Abschalten eines Beatmungsgerätes, erst Jahrhunderte später durch den technischen Fortschritt der modernen Medizin möglich wurden.²⁵⁰

Denkbar möglich gewesen wäre gleichwohl die einfachste Form der passiven Sterbehilfe in Form des Unterlassens einer Behandlung entgegen ihrer medizinischen Notwendigkeit. In Ergänzung zum Hippokratischen Eid ergibt sich aus der Schrift „De arte“ ein Hinweis auf den Behandlungsverzicht.²⁵¹ Demnach bestehe die ärztliche Kunst zwar darin, einen Kranken von seinen Leiden zu befreien, allerdings könne man nicht erwarten, dass sie etwas vollbringe, was sie nicht schaffen kann.²⁵² So sei die Heilbarkeit nur möglich, wenn es ein entsprechend wirksames Heilmittel gebe.²⁵³ Ist dies nicht der Fall, bliebe dem Arzt nichts anderes als ein Behandlungsverzicht.²⁵⁴ Gerechtfertigt wurde dieser damit, dass man sagte, die Behandlung sei sinnlos, da das Ziel, die Gesundheit wiederherzustellen, nicht erreicht werden konnte.²⁵⁵ In der Schrift „De fracturis“ wurde dem Arzt sogar geraten, auf eine Behandlung von Sterbenskranken zu verzichten, um seine Reputation nicht zu gefährden, sich vor Vorwürfen zu schützen und seine Ehre zu erhalten.²⁵⁶

Neben dem Verbot für den Arzt, ein tödliches Gift zu verabreichen, wird dem Arzt im Hippokratischen Eid untersagt, Rat zur Verwendung tödlicher Medikamente zu erteilen. Der Adressatenkreis, den der Arzt nicht beraten soll, bleibt undefiniert. Anzunehmen ist, dass er dem Patienten selbst nicht anraten darf, sein Leben durch die Einnahme eines tödlichen Präparates zu beenden.²⁵⁷ In diesem Fall kann allenfalls von einem Verbot einer Art Vorstufe der Beihilfe zum Suizid gesprochen werden, da der Arzt nur einen Ratschlag erteilt.²⁵⁸

Im Rahmen der Sterbehilfedebatte wird immer wieder über die Auslegung und Aktualität des Hippokratischen Eides gestritten.²⁵⁹ In der Literatur wird teilweise vertreten, dass der Hippokratische Eid zwar eindeutig ein Tötungsverbot bein-

²⁵⁰ Vgl. Steger, S. 89.

²⁵¹ Vgl. Benzenhöfer, S. 32.

²⁵² Vgl. Benzenhöfer, S. 32.

²⁵³ Vgl. Leven, S. 76.

²⁵⁴ Vgl. ebd., S. 76.

²⁵⁵ Vgl. Benzenhöfer, S. 33.

²⁵⁶ Vgl. ebd., S. 32 f.

²⁵⁷ Vgl. Steger, S. 89 f.

²⁵⁸ Vgl. ebd., S. 90.

²⁵⁹ Vgl. Kern, in: Laufs/Kern/Rehborn, § 4 Berufsethik, Rn. 29.

halte, das Verbot der assistierten Beihilfe zum Suizid, welches in den griechischen Text hineingelesen wird, jedoch vielmehr ein „modernes Konstrukt“ sei, um „jeweils zeitgenössische eigene Positionen zu begründen bzw. abzustützen“.²⁶⁰ Demnach ist das Verbot des ärztlich assistierten Suizids eine wichtige Interpretationsmöglichkeit der Schrift, aber in Anbetracht der Möglichkeit, diese auch als Verbot des Giftmordes zu sehen, nicht die einzige. Beachtenswert ist zudem, dass der Hippokratische Eid ausschließlich auf die Stellung des Arztes eingeht. Er spricht nur von dessen Rechten und Pflichten. Auf die Autonomie des Patienten und ihrer Sicherung bei Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen geht der Hippokratische Eid nicht ein.²⁶¹

5.2.2 Die Stellung der deutschen Ärzteschaft zum assistierten Suizid

Die Frage, welcher Eindruck entsteht, wenn die Beihilfe zum Suizid zu einer ärztlichen Aufgabe gemacht wird, wird auch heute kontrovers diskutiert. Gegner der Suizidbeihilfe behaupten, dass die Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids ein Menschenbild vermittelt, das ausschließlich an den Idealen von Leistungsfähigkeit, Unabhängigkeit und Gesundheit festhält.²⁶² Befürworter hingegen stellen klar, dass es allein um den Beistand für Patienten geht, die den Arzt ihres Vertrauens zur Erlösung von ihrem Leid um Hilfe zur Selbsttötung bitten.²⁶³ Die deutsche Ärzteschaft selbst hat sich deutlich positioniert. In der Präambel der Bekanntmachung zu den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, die seit 1979 in unregelmäßigen Abständen überarbeitet und veröffentlicht werden, heißt es:

Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.²⁶⁴

1993 hat die BÄK im Verbund mit der Ärzteschaft in ihren Richtlinien zur Sterbebegleitung festgelegt, dass die Beihilfe zum Suizid „unärztlich“ ist.²⁶⁵ In Novellierungen aus den Jahren 1998 und 2004 heißt es, dass sie dem ärztlichen Ethos widerspricht.²⁶⁶ 2011 schließlich wurde mit dem Beschluss des

²⁶⁰ Vgl. Leven, S. 84.

²⁶¹ Vgl. Rethmann, S. 63.

²⁶² Vgl. Schuster, S. 127.

²⁶³ Vgl. ebd.

²⁶⁴ Deutsches Ärzteblatt 2011, Jg. 108, Heft 7, S. 346.

²⁶⁵ Vgl. Schuster, S. 123.

²⁶⁶ Vgl. ebd.

114. Deutschen Ärztetages die Aussage getroffen, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist.²⁶⁷ Der Deutsche Ärztetag normierte in § 16 MBO, dass Ärzte Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und ihres Willens beizustehen haben, es aber verboten ist, sie auf ihr Verlangen hin zu töten oder Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.²⁶⁸ Daraufhin passte etwa die Hälfte der 17 LÄK ihre Berufsordnungen an, jedoch übernahmen nicht alle den Wortlaut des § 16 MBO.

In der Berufsordnung der LÄK Bayern wurde lediglich ausgeführt: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.“²⁶⁹ Eine Aussage zum ärztlich assistierten Suizid traf die Berufsordnung der LÄK Bayern nicht.²⁷⁰

Der Konflikt, der den verschiedenen Umsetzungen des § 16 MBO zugrunde liegt, zeigt das Dilemma, welchem Ärzte ausgesetzt sind, wenn sie einen Menschen bis zum Lebensende begleiten wollen. Die Uneinheitlichkeit in den Berufsordnungen schaffte Unsicherheit über die berufsrechtlichen Konsequenzen, die für Ärzte bestehen können. Fehlende Bestimmtheit führte zu einem erheblichen Interpretationsspielraum.²⁷¹ Mit dem Beschluss des 124. Deutschen Ärztetages vom 04. und 05.05.2021 wurde § 16 S. 3 MBO, welcher bislang Ärzten die Hilfe zur Selbsttötung untersagte, mit der Begründung aufgehoben, dass dieser vor dem Hintergrund des Urteils des BVerfG v. 26.02.2020 nicht länger verfassungsrechtlich aufrechterhalten werden könne.²⁷² Nach eigener Aussage ist eine Anpassung der MBO erforderlich, um es Ärzten zu ermöglichen, nicht nur ohne strafrechtliche, sondern auch ohne berufsrechtliche Konsequenzen ihre Patienten in der letzten Phase ihres Lebens uneingeschränkt professionell zu begleiten.

Trotzdem hält der 124. Deutsche Ärztetag daran fest, dass die Mitwirkung bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist.²⁷³ Der Deutsche Ärztetag appelliert an den Gesetzgeber, bei der künftigen Regelung der Rechte Suizidwilliger Ärzte nicht zum ärztlich assistierten Suizid zu verpflichten und aktive Sterbehilfe durch diese weiterhin zu untersagen. Vielmehr müsse auf Suizidprävention,

²⁶⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. b), S. 5.

²⁶⁸ Vgl. Ostgathe, S. 191; Schuster, S. 123.

²⁶⁹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. b), S. 5.

²⁷⁰ Vgl. Klein/Zeller, S. 107.

²⁷¹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. b), S. 5.

²⁷² Vgl. Bundesärztekammer a), IVa – 02, IVa – 01, o.S.

²⁷³ Vgl. ebd., IVa – 03, o.S.

Beratung und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Palliativmedizin hingewirkt werden.²⁷⁴

5.3 Der Patientenwille

Aus Sicht des Sterbewilligen sind der Patientenwille und seine Durchsetzung im Zusammenhang mit dem selbstbestimmten Sterben von besonderer Bedeutung.

Voraussetzung für jede Form des ärztlichen Handelns ist die Einwilligung des einwilligungsfähigen Patienten.²⁷⁵ Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme erfassen kann. Der Wille des Patienten bestimmt das ärztliche Handeln.²⁷⁶ Handelt ein Arzt entgegen oder ohne den Patientenwillen, macht er sich strafbar und schadenersatzpflichtig. Dies gilt auch für den Fall, dass der Arzt entgegen des Patientenwillens lebensverlängernde Maßnahmen einleitet. In der Medizin besteht Konsens, dass der Patientenwille der Pflicht, dessen Leben zu retten, Grenzen setzt.²⁷⁷

Jeder Mensch hat einen Willen, der von dem individuellen Würdeverständnis geprägt ist.²⁷⁸ Der Wille besteht unabhängig davon, ob ihn der Mensch ausdrücken kann oder nicht. Das heißt, der menschliche Wille besteht auch im Schlaf, während einer Narkose, der Bewusstlosigkeit oder im Koma fort.²⁷⁹ Schwierig ist die Willensermittlung bei Entscheidungs- und Erklärungsunfähigen, bspw. wenn der Patient in einem Zustand der Bewusstlosigkeit aufgefunden bzw. in einem solchen in ein Krankenhaus eingeliefert wird. Dies ist v.a. dann problematisch, wenn der Patient dem medizinischen Personal unbekannt ist und kurzfristig kein Angehöriger ausfindig gemacht werden kann, der über den Patientenwillen Auskunft erteilen kann, oder aber, wenn der Patient mit den Angehörigen nie über seine Wünsche und Vorstellungen gesprochen hat. Um diesen Problemen vorzubeugen, kann der Patient Vorsorge in Form einer Patientenverfügung treffen und auf diese Weise vorab seinen Willen bekunden.²⁸⁰ Für Ärzte sind Patientenverfügungen ein wichtiges Indiz dafür, was sich der Patient in einer bestimmten Situation hinsichtlich der Behandlungsform gewünscht oder nicht gewünscht hätte. Allerdings muss in einer akuten Situation die Patienten-

²⁷⁴ Vgl. BÄK a), IVa – 06, o.S.

²⁷⁵ Vgl. Eser, S. 143; Klein/Zeller, S. 101.

²⁷⁶ Vgl. Steger, S. 10, Leisner, S. 82.

²⁷⁷ Vgl. Putz, S. 48.

²⁷⁸ Vgl. ebd.

²⁷⁹ Vgl. ebd.

²⁸⁰ Vgl. Rethmann, S. 65.

verfügung erst gefunden und der darin formulierte Wille entsprechend gedeutet werden. Insoweit der Patient nicht in der Lage ist, seinen Willen zu artikulieren, keine Patientenverfügung vorliegt und in einer akuten Situation keine Zeit ist, Ermittlungen bspw. unter Angehörigen anzustellen, ist nach § 1901a Abs. 2 BGB der mutmaßliche Wille des Patienten zu ermitteln.²⁸¹

5.3.1 Die Rolle der Patientenverfügung

Die Patientenverfügung²⁸² beinhaltet die Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Menschen, in welcher dieser für den Fall, dass er in der erforderlichen Situation seinen Willen nicht mehr selbst ausdrücken kann, Bestimmungen hinsichtlich einer zukünftigen medizinischen Behandlung trifft.²⁸³ Der Patient bestimmt also prospektiv, ob und in welchem Umfang medizinische Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Ziel ist es, die Selbstbestimmung und die Mitbestimmung am Behandlungsgeschehen aufrechtzuerhalten. Da die Patientenverfügung gelegentlich irreführenderweise auch als Patiententestament bezeichnet wird, gilt es zu betonen, dass bei beiden Bezeichnungen der Patientenwille nicht erst nach dem Tod, sondern bereits zu Lebzeiten des Patienten seine Wirkung entfaltet.²⁸⁴

Die Patientenverfügung ist gem. § 1901a Abs. 1 S. 1 BGB schriftlich zu verfassen und bedarf der eigenhändigen Unterschrift des Verfügenden.²⁸⁵ Inhaltlich verbindlich kann nur rechtlich erlaubtes Handeln sein.²⁸⁶ Aktive Sterbehilfe durch ärztliches Handeln kann folglich nicht zulässiger Inhalt einer Patientenverfügung sein.²⁸⁷ Im Umkehrschluss ist die Vereinbarung sonstiger Formen der Sterbehilfe zulässig. Sofern keine entgegenstehenden Anhaltspunkte erkennbar sind, ist die Patientenverfügung als „letztes Wort des Patienten“ anzunehmen, auch wenn der in der Verfügung festgehaltene Wille nicht notwendigerweise dem gegenwärtigen Willen des Betroffenen entspricht.²⁸⁸ In Abwägung zwischen der Selbstbestimmung des Patienten und der ärztlichen Fürsorgepflicht für den Patienten prüft der behandelnde Arzt im Einzelfall, ob der je-

²⁸¹ Vgl. Eser, S. 144; Duttge, S. 573 f.; Knauer / Brose in: Spickhoff, § 216 StGB, Rn. 25; Leisner, S. 83.

²⁸² Zu der Historie der Patientenverfügung vgl. detailliert Bernert-Auerbach, S. 47-49.

²⁸³ Vgl. Duttge, S. 575; Klein/Zeller, S. 103; Steger, S. 10.

²⁸⁴ Vgl. Rethmann, S. 65 f.

²⁸⁵ Zu den Voraussetzungen einer Patientenverfügung vgl. Duttge, S. 575-578.

²⁸⁶ Vgl. Rethmann, S. 68.

²⁸⁷ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 38; DRZE a), o.S.

²⁸⁸ Vgl. Putz, S. 48.

weilige Behandlungsschritt mit dem Patientenwillen übereinstimmt, insofern der Patient die erforderlichen neurologisch kognitiven Fähigkeiten hat.²⁸⁹ Andernfalls ist der mutmaßliche Wille durch Auslegung der Patientenverfügung zu ermitteln.

5.3.2 Der mutmaßliche Wille

Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens ist eine Betrachtung des Lebens des Patienten in seiner Gesamtheit durchzuführen und die Wertvorstellung des Patienten zu erforschen (sog. Werteanamnese).²⁹⁰ Dabei ist nicht die Würdedefinition des Ermittelnden zugrunde zu legen, sondern die des Patienten.²⁹¹ Anhaltspunkte können frühere schriftliche oder mündliche Äußerungen des Patienten sein, seine Krankheitsgeschichte, seine religiösen Wertvorstellungen oder seine moralischen Überzeugungen.²⁹² Sofern auch der mutmaßliche Wille des Patienten nicht erforscht werden kann, ist umstritten, ob die weitere medizinische Behandlung im Ermessen des Arztes stehen soll.²⁹³

Im Zweifel ist dieser verpflichtet, das Leben des Patienten zu schützen und ihn am Leben zu erhalten („*in dubio pro vita*“).²⁹⁴

5.3.3 Abgrenzungsfälle – Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Von der Patientenverfügung sind die Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung abzugrenzen.²⁹⁵

Mit der Vorsorgevollmacht berechtigt der Patient eine oder mehrere Personen seines Vertrauens, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn u.a., aber nicht nur, in seinen Gesundheitsangelegenheiten zu treffen.²⁹⁶ Gem. § 1904 BGB ist bei schwerwiegenden Eingriffen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen längerdauernden gesundheitlichen Schaden davonträgt, die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts not-

²⁸⁹ Vgl. Duttge, S. 593; Zu den Kriterien der Auslegung vgl. Rethmann, S. 69 f.

²⁹⁰ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 59.

²⁹¹ Vgl. Putz, S. 49.

²⁹² Vgl. Hillebrand, S. 153.

²⁹³ Vgl. Eser, S. 144 f.; vgl. detailliert Hillebrand, S. 153-156.

²⁹⁴ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 41; Duttge, S. 583; Klein / Zeller, S. 104; Putz / Stedlinger / Unger, S. 61; Steger, S. 11.

²⁹⁵ Vgl. dazu detailliert Putz / Stedlinger / Unger, S. 118-143.

²⁹⁶ Vgl. Hillebrand, S. 146.

wendig. Ob das auch für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen während des Sterbeprozesses gilt, ist juristisch umstritten.²⁹⁷

In der Betreuungsverfügung benennt der Patient dem Vormundschaftsgericht gegenüber Personen, die er sich im Fall der Anordnung einer Betreuung als Betreuer vorstellen kann, und äußert Wünsche zur Wahrnehmung deren Aufgaben.²⁹⁸

Der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung sind der Wunsch und das Ziel gemeinsam, für den Fall schwerer Krankheit und der Äußerungsunfähigkeit den Patientenwillen in Bezug auf die einzusetzenden medizinischen Mittel zu artikulieren. Sie dienen damit der Selbstbestimmung des Patienten auch in der letzten Phase seines Lebens.

5.4 Zwischenergebnis zum selbstbestimmten Sterben in der Medizin

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass sich das Verständnis davon, was es für die Medizin bzw. ihre Patienten bedeutet, selbstbestimmt zu sterben, im Laufe der Zeit veränderte. Erst die wissenschaftliche und technische Weiterentwicklung der Medizin ermöglichte es, schwere Krankheiten in ihrem Verlauf und so auch das Sterben zu beeinflussen.

Die Vorstellung davon, was es heißt, in Würde zu sterben, verschob sich immer mehr in Richtung eines selbstbestimmten Sterbens. Nach wie vor ist es prioritäres Ziel der Medizin und ihrer Vertreter, das Menschenleben zu erhalten und den Patienten zu heilen. Die Tatsache, dass ein Arzt nur mit der (mutmaßlichen) Einwilligung des Patienten diesen behandeln darf und sich anderenfalls zumindest einer Körperverletzung i.S.v. § 223 StGB strafbar macht, stärkt die Freiverantwortlichkeit des Patienten.

Durch die notwendige Bekundung des Willens des Patienten, ggf. mittels einer Patientenverfügung, kann der Patient ohne die Notwendigkeit einer Rechtfertigung seiner Entscheidung festlegen, dass medizinische Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen sind, und auf diese Weise sein Lebensende gestalten.²⁹⁹ So wird der Selbstbestimmung des Patienten aus theoretischer Sicht auch am Lebensende gedient. Aus praktischer Sicht ergaben sich, initiiert durch das Urteil des BVerfG v. 26.02.2020, wesentliche Änderungen: Dem Sterbe-

²⁹⁷ Vgl. Rethmann, S. 67.

²⁹⁸ Vgl. Hillebrand, S. 146.

²⁹⁹ Vgl. Putz, S. 46.

wunsch eines Patienten konnte der Arzt bis zum Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 nur i.R.d. passiven bzw. der indirekten Sterbehilfe entsprechen. Seit der Aufhebung des § 217 StGB durch das BVerfG hatte der Arzt bei der Beihilfe zur Selbsttötung keine strafrechtlichen Konsequenzen mehr, jedoch berufrechtliche Folgen zu befürchten. Erst die Aufhebung des § 16 S. 3 MBO im Mai 2021 erleichterte dem Arzt den Umgang mit der Bitte eines Patienten um Hilfe beim Suizid. Implizit wird durch diese Neuerung auch die Selbstbestimmung des Patienten gestärkt, denn während bisher die ärztliche Unterstützung bei der Selbsttötung nur ein Wunsch sein konnte, kann dieser von nun an in der Praxis umgesetzt werden. Dennoch ist der Arzt gerade kein unselbstständiges Organ des Patientenwillens. Der Patientenwille findet seine Grenzen in den rechtlichen Bestimmungen und im Selbstbestimmungsrecht des Arztes. Kein Arzt kann auf Wunsch des Patienten zur ärztlich assistierten Suizidbeihilfe verpflichtet werden. Die aktive Sterbehilfe durch gezielte Handlungen des Arztes wird weiterhin abgelehnt. Dem Arzt steht es jedoch nunmehr frei, dem Patienten bei der Selbsttötung zu helfen. Der Hippokratische Eid wird zunehmend kritisch betrachtet. Auch eine Überarbeitung desselben durch den Weltärztebund aus dem Jahr 2017 (sog. Genfer Gelöbnis) ist nicht mehr zeitgemäß.³⁰⁰

Obgleich sich ein Arzt für die Unterstützung des Sterbenden entscheidet, ist fraglich, ob das Sterben eines Patienten durch die Hilfe eines Arztes würdevoll ist. Schlussendlich bedarf dies der individuellen Entscheidung des einzelnen Patienten. Die Lebenswert- und Würdedefinition und somit auch die daraus resultierenden Wünsche für die Umstände seines Todes beruhen auf dem persönlichen Empfinden des Patienten.³⁰¹ Sofern sich der Patient artikulieren kann, ist davon auszugehen, dass der Arzt und der Patient die Umstände des Todes besprechen und so der Patient sein Sterben nach seinen Würdevorstellungen plant und durchführt. Anderenfalls ist zu hoffen, dass die entsprechenden Verfügungen und Vollmachten des Patienten aufgefunden und diese nach seinen Wünschen umgesetzt werden.

³⁰⁰ Vgl. Bundesärztekammer b), o.S.; Bundesärztekammer c), o.S.; Deutsches Ärzteblatt 2017, Jg. 114, Heft 43, o.S.

³⁰¹ Vgl. Putz, S. 47.

6 Selbstbestimmtes Sterben in der Philosophie und der christlichen Religionswissenschaft

Die Selbsttötung und die Sterbehilfe werden auch in der Philosophie und der christlichen Religionswissenschaft diskutiert.³⁰² Philosophie bezeichnet das wissenschaftliche Streben nach der Erkenntnis über den Sinn des Lebens und die Stellung des Menschen in der Welt. Religionswissenschaft ist die Lehre von der Religion. Religion ist ein festgelegter Glaube an eine alles bestimmende höhere Macht bzw. das Bekenntnis zu einer Weltanschauung.

Sowohl in der Philosophie wie auch in den Religionswissenschaften steht die Würde des Menschen im Zentrum der Überlegungen zum selbstbestimmten Sterben.³⁰³ Der Mensch darf nicht als bloßes Mittel verwendet werden.³⁰⁴ Nachfolgend werden philosophische und religiöse Überlegungen zum selbstbestimmten Sterben zusammengefasst.

6.1 Philosophische Überlegungen zum selbstbestimmten Sterben

Nach philosophischem Ansatz ist sich der Mensch seiner Sterblichkeit und dem unausweichlichen Tod bewusst.³⁰⁵ Der Tod markiert die Grenze aller Möglichkeiten des Seins.³⁰⁶ Der Frage nach der Selbstbestimmung am Lebensende liegen philosophische Überlegungen zugrunde, die sich mit der Würde des Menschen und seiner Autonomie auseinandersetzen, um ihre Auswirkungen im Umgang mit dem menschlichen Lebensende einzuordnen.³⁰⁷ Zu klären ist, ob die Selbsttötung nach ihren Anforderungen erlaubt bzw. ob der Zwang, weiterzuleben, gerechtfertigt sein kann.³⁰⁸ Dazu sind zunächst die Menschenwürde, die Autonomie und die Selbstbestimmung des Menschen zu definieren.

³⁰² Vgl. Boehme-Neßler, NVwZ 2020, 1012 (1013).

³⁰³ Vgl. Bedford-Strohm, S. 68 f.

³⁰⁴ Vgl. Honnefelder, S. 42; Thies, S. 12.

³⁰⁵ Vgl. Schumacher, S. 41 f.

³⁰⁶ Vgl. ebd., S. 42.

³⁰⁷ Vgl. Beckmann, S. 28; Nembach, S. 145.

³⁰⁸ Vgl. Gethmann.

6.1.1 Die Menschenwürde aus philosophischer Sicht

Die Menschenwürde ist ein grundlegender Begriff der Philosophie und wird mit der Vorstellung verbunden, dass der Mensch eine herausgehobene Stellung unter den Lebewesen hat.³⁰⁹ Im antiken Griechenland unter Platon, Aristoteles und Sokrates war der Begriff der Menschenwürde unbekannt.³¹⁰

Daher wurde er umschrieben als das Ergebnis innerer Selbstbeherrschung, sozialer Anerkennung sowie individueller Leistung und zeigte sich u.a. in der ruhigen Ausstrahlung einer Person, in ihrer Gestik und Mimik, ihrer Körperpflege und ihrer Bekleidung.³¹¹ Erst Cicero sprach in seinen Werken *De officiis* und *De re publica* erstmals von *dignitas* und davon, dass der Mensch seine Würde aufgrund seiner sozialen Stellung und dem daraus resultierenden Ansehen erhält.³¹²

Kant prägte schließlich den Würdebegriff entscheidend.³¹³ Wie er es in der Grundlegung zur Metaphysik der Sitten 1785 formulierte, stehen vernünftige Wesen alle unter dem „Gesetz, dass jedes derselben sich selbst und alle anderen niemals bloß als Mittel, sondern jederzeit zugleich als Zweck an sich selbst behandeln solle“ (Kategorischer Imperativ).³¹⁴ Nach Kants Ansatz erhält die Menschenwürde nicht erst Geltung durch die Anerkennung durch einen Dritten oder durch Gottes Gnade, sondern aufgrund seiner menschlichen Existenz.³¹⁵ Im Gegensatz zu anderen Gütern ist die Menschenwürde abwägungsavers.³¹⁶ Der menschliche Wert kann nicht gegen andere Werte aufgerechnet werden.³¹⁷ Das bedeutet, dass sie gegenüber keiner anderen Norm, auch nicht gegenüber dem Schutz des menschlichen Lebens, abgewogen werden kann.

Zu beachten gilt, dass die Menschenwürde sogar über den Tod hinaus geht.³¹⁸ Wäre die Menschenwürde nämlich Teil des Lebensschutzes, würde sie mit dem Tod enden und die Verpflichtung, die Verstorbenen zu ehren, entfielen. Die Menschenwürde ist kein Recht, sondern ein dem Menschen inneruhendes Prinzip.³¹⁹ Jedem Menschen kommt aufgrund seines Subjektseins, unabhängig von

³⁰⁹ Vgl. Wolff-Metternich, S. 202.

³¹⁰ Vgl. Von der Pfordten, S. 11.

³¹¹ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 93; von der Pfordten, S. 11; Wetz, S. 46 f.

³¹² Vgl. von der Pfordten, S.15.

³¹³ Vgl. ebd., S. 32.

³¹⁴ Honnefelder, S. 40.

³¹⁵ Vgl. Bernert-Auerbach, S. 87; Knoepffler, S. 222.

³¹⁶ Vgl. Beckmann, S. 36.

³¹⁷ Vgl. Pfabigan / Pleschberger, S. 148.

³¹⁸ Vgl. Beckmann, S. 36.

³¹⁹ Vgl. ebd.

seinen Leistungen und seinem Verhalten, die Menschenwürde zu.³²⁰ Keiner, auch nicht der Träger der Würde selbst, kann diese aberkennen. Veränderbar hingegen ist, was der Einzelne als Ausdruck oder Bestätigung seiner Würde empfindet und was er „seinem unbestreitbaren Recht auf menschenwürdiges Sterben“ subsumiert.³²¹

6.1.2 Die Autonomie und die Selbstbestimmung aus philosophischer Sicht

Der Begriff Autonomie leitet sich von dem griechischen Wort *autonomía* ab. Dieses ist ein Kompositum aus den Termini *autós* (= selbst) und *nómos* (= Gesetz), sodass *autonomía* wörtlich übersetzt Selbstgesetzlichkeit bedeutet. Der Mensch besitzt nicht die Autonomie, sondern er ist autonom. Autonomie ist also ebenso wie die Menschenwürde kein Recht, sondern ein „den Menschen mit Notwendigkeit auszeichnendes Prinzip“.³²² Autonomie ist zudem keine Fähigkeit oder Leistung, denn dann würde ein neugeborenes Kind, ein alter, narotischer oder geistig behinderter Mensch noch nicht, nicht mehr, temporär nicht oder kaum je in der Lage sein, autonom zu handeln.³²³ Autonom handelt der Mensch nach philosophischem Ansatz, wenn er sein Leben nach Motiven und Gründen führt, die seine eigenen und frei sind von äußerer Manipulation und Zwängen.³²⁴ Eine Überforderung durch Autonomie kann es nicht geben.³²⁵ Dabei ist Autonomie nicht als Isolation des eigenen Ichs zu verstehen.³²⁶ Autonomie verbindet die Menschen zu einer sozialen Gemeinschaft, denn der Respekt vor der eigenen Autonomie ist untrennbar mit dem Respekt der Autonomie einer anderen Person verbunden.³²⁷ Somit endet die Autonomie eines Menschen dort, wo die Autonomie eines anderen Menschen beginnt (Selbstbegrenzung).³²⁸

Nach philosophischem Ansatz ist die Selbstbestimmung die Umsetzung bzw. Anwendung der Autonomie, d.h. der Mensch bestimmt sich selbst und keinen

³²⁰ Vgl. Anzulewicz, S. 21.

³²¹ Vgl. Beckmann, S. 37.

³²² Vgl. ebd., S. 33.

³²³ Vgl. ebd., S. 31.

³²⁴ Vgl. Bauer, S 11.

³²⁵ Vgl. Beckmann, S. 32.

³²⁶ Vgl. ebd.

³²⁷ Vgl. ebd.

³²⁸ Vgl. ebd.

anderen Menschen.³²⁹ Beachtenswert erscheint, dass der Mensch seine Selbstbestimmung als eine Form der persönlichen Freiheit nur im Rahmen seiner individuellen physischen und psychischen Fähigkeiten ausüben kann.³³⁰ Das heißt, der Mensch erfährt eine Einschränkung seiner Selbstbestimmung in seinen eigenen biographischen, biologischen, intellektuellen und psychischen Handlungsmöglichkeiten.³³¹ Zudem werden der Selbstbestimmung eines Menschen Grenzen durch die Menschenwürde und die berechtigten Interessen seiner Mitmenschen gesetzt und dies durch ein Normensystem stabilisiert.³³²

6.1.3 Die Auswirkungen auf den Umgang mit dem menschlichen Lebensende – Sterbehilfe in der Philosophie

Im 19. Jahrhundert spricht sich Kant gegen die Zulässigkeit des Suizids aus, da dieser die Freiheit des Menschen aufheben würde.³³³ Er widerspreche dem Kategorischen Imperativ.³³⁴ Hume hingegen betrachtete den Suizid nicht als Abwertung des Lebens als Ganzes. Der Suizid bewerte nur das zu erwartende künftige Leben als negativ. Eine Verpflichtung, das Leben gut zu heißen und damit verbunden eine Lebenspflicht, gibt es nach seiner Ansicht gerade nicht.³³⁵ Im 20. Jahrhundert wird die philosophische Diskussion über die Sterbehilfe v.a. von Löwith, Améry, Kamlah und Küng ausgetragen. Eng verbunden mit der Vorstellung, dass der Mensch Gottes Eigentum ist, wird vorgebracht, dass der Suizid widernatürlich ist, da das menschliche Leben unverfügbar ist und die Entscheidung möglicherweise auf einem Irrtum beruhen könnte.³³⁶ Der Mensch hat eine natürliche Selbstliebe, mit der die Neigung zum Existenzerhalt einhergeht. Dass der Mensch „die Hand wider sein Leben erhebt“ sei unnatürlich.³³⁷ Ausgeführt wird, dass das Individuum zwar die Fähigkeit innehat, über den Wert seines Lebens frei von äußerlichen Einflüssen zu entscheiden. Die tatsächliche Einschätzung des eigenen Lebenswerts steht jedoch i.d.R. in Abhängigkeit von der Wertschätzung, die der Einzelne von anderen Menschen erfährt.³³⁸ Somit ist der Sterbewillige zwar autonom, aber nicht frei von Auswir-

³²⁹ Vgl. Fuchs / Hönings, S. 23; Schockenhoff, S. 196.

³³⁰ Vgl. Rethmann, S. 38.

³³¹ Vgl. Rethmann, S. 38 f.

³³² Vgl. ebd., S. 39 f.

³³³ Vgl. Birnbacher, S. 258.

³³⁴ Vgl. ebd., S. 259.

³³⁵ Vgl. ebd., S. 260.

³³⁶ Vgl. ebd., S. 258 f.

³³⁷ Ebd., S. 259.

³³⁸ Vgl. Schockenhoff, S. 196.

kungen der Nähe und des Mitgefühls. D.h. auch, dass der Mensch unabhängig von Alter oder Gesundheitszustand autonom, aber nicht in jeder Phase des Lebens autark ist, v.a. dann nicht, wenn er auf die Unterstützung anderer angewiesen ist. Eine autonome Entscheidung zu treffen, heißt also nicht, diese ohne die Hilfe von Dritten umsetzen zu können.³³⁹ Die Bedürftigkeit des Menschen nach der Hilfe anderer, wie es Kamlah formulierte, zeigt sich gerade auch am Lebensende, wenn der Sterbewillige auf die Hilfe eines Dritten angewiesen ist.³⁴⁰ Damit darf die Vorstellung von Autonomie nicht auf den Anspruch verkürzt werden, seine eigenen Wünsche durchzusetzen.³⁴¹ Demnach darf keiner zur Hilfe zur Selbsttötung verpflichtet werden.

6.2 Überlegungen des Christentums zum selbstbestimmten Sterben

Nicht nur die Philosophie, sondern auch die großen Weltreligionen beschäftigen sich mit dem Tod und bereiten die Menschen seit jeher auf das Sterben vor.³⁴² Im Christentum ist der Tod verbunden mit der Auferstehung und dem „ewigen Leben“.³⁴³ Der Glaube an das Jenseits ist mit dem Verständnis eines gläubigen Christen verknüpft, dass der Tod selbst in Gottes Hand liegt.³⁴⁴ Das menschliche Leben ist ein gottgegebenes Gut.³⁴⁵

Daher stellt sich die Frage, welches Verständnis von der Selbstbestimmung und der Menschenwürde die Bibel dem christlichen Glauben zugrunde legt. Zudem ist zu untersuchen, welche Auswirkungen dies auf die Stellung der katholischen und evangelischen Kirche zur Sterbehilfe hat.

6.2.1 Die Menschenwürde aus christlicher Sicht

Die Bibel selbst definiert den Begriff der Menschenwürde nicht.³⁴⁶ Daher ist für das christliche Verständnis der Würde die Schöpfungsgeschichte heranzuziehen.³⁴⁷ Nach der biblischen Schöpfungsgeschichte ist der Mensch von Gott geschaffen. Die sog. Transzendentalienlehre betrachtet den Menschen als et-

³³⁹ Vgl. Schockenhoff, S. 197.

³⁴⁰ Vgl. Birnbacher, S. 264.

³⁴¹ Vgl. Schockenhoff, S. 197.

³⁴² Vgl. Küng b), S. 38 f.

³⁴³ Elsas, S. 30 f.; Küng b), S. 38 f.

³⁴⁴ Vgl. Nembach, S. 146.

³⁴⁵ Vgl. Mieth, S. 68, 70.

³⁴⁶ Vgl. Barth, S. 96.

³⁴⁷ Vgl. ebd., S. 96.

was Seiendes, der durch seine Vernunft, seinen Intellekt und seinen Geist eine Sonderstellung in der Schöpfung einnimmt.³⁴⁸

Wie es in der Bibel (1. Mose 1, 26 f.) heißt, schuf Gott den Menschen „nach seinem Bilde“. In der Gottebenbildlichkeit des Menschen, durch welche dieser eine Ehrenposition unter den Lebewesen einnimmt, liegt nach allgemeiner Auffassung der Kirche die Menschenwürde begründet.³⁴⁹ Durch die Menschwerdung Gottes tritt die Würde des Menschen und seine Sonderstellung in der Schöpfung besonders hervor.³⁵⁰ Somit kann die Würde dem Menschen auch am Lebensende nicht abgesprochen werden.

6.2.2 Die Selbstbestimmung am Lebensende aus christlicher Sicht

Da das Leben eine Gabe Gottes ist, hat der Einzelne nicht das Recht, frei darüber zu verfügen.³⁵¹ Das unbedingte Lebensrecht ist eine direkte Folge aus der Gottebenbildlichkeit des Menschen.³⁵² Zwar hat Gott selbst die alleinige Verfügungsgewalt über das Leben, dennoch hat der Mensch in Folge seiner uneinschränkbareren Würde ein „prinzipielles Selbstbestimmungsrecht“, welches seine Grenzen im Leben selbst findet.³⁵³ Der Mensch allein kann bestimmen, was sein Leben lebenswert macht und trotzdem kann er es nicht vollumfänglich begreifen.³⁵⁴ In Konsequenz dessen kann der Mensch nicht festlegen, was sein Leben oder das eines anderen ausmacht.³⁵⁵

Der Mensch ist nicht ermächtigt, sich selbst oder einen anderen Menschen zu töten.³⁵⁶ Sich oder einen anderen zu töten richtet sich erstens gegen Gottes Gabe und widersetzt sich Gottes Macht, über das Leben und den Tod zu urteilen.³⁵⁷ Es richtet sich zweitens gegen die menschliche Gemeinschaft und drittens gegen das natürliche Streben des Menschen am Leben zu bleiben.³⁵⁸ Folglich hat der Mensch die Pflicht, menschliches Leben zu erhalten.³⁵⁹ Nieder-

³⁴⁸ Vgl. Anzulewicz, S.25.

³⁴⁹ Vgl. Barth, S. 96; Knoepffler, S. 222; EKD a), o.S.

³⁵⁰ Vgl. EKD / Deutsche Bischofskonferenz, S. 6; Wetz, S. 47.

³⁵¹ Vgl. Birnbacher, S. 184; Hoffmann, S. 179.

³⁵² Vgl. EKD b), o.S.; 1. Mose 9, 6.

³⁵³ Benzenhöfer, S. 45; Birnbacher, S. 184; EKD b), o.S.

³⁵⁴ Vgl. EKD b), o.S.

³⁵⁵ Vgl. ebd.

³⁵⁶ Vgl. Brieskorn, S. 123; 2. Mose 20, 13.

³⁵⁷ Vgl. Hoffmann, S. 180.

³⁵⁸ Vgl. ebd.

³⁵⁹ Vgl. Brieskorn, S. 124.

schlag findet das Tötungsverbot im Gebot der Nächstenliebe (Lk 10, 27) und als fünftes der Zehn Gebote am Berg Sinai (2. Mose 20, 13; 21, 12).³⁶⁰

Im Ergebnis wird die Selbsttötung im Christentum abgelehnt.

6.2.3 Die Stellung der katholischen Kirche zur Sterbehilfe

Die katholische Kirche hat sich hinsichtlich der Sterbehilfe eindeutig positioniert.

Zwischen 1920 und 1945 sprachen sich Theologen wie Walter und Ihmels gegen die Vernichtung lebensunwerten Lebens i.R.d. Euthanasie aus.³⁶¹ Nach Ende des Zweiten Weltkriegs hat das II. Vatikanische Konzil vom 11.10.1962 bis 08.12.1965 in der Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie die Menschenwürde, insbesondere das Recht des Menschen auf Leben bekräftigt.³⁶² In Kapitel II, Nr. 27 der Pastoralkonstitution *Gaudium et Spes* wird deutlich, dass das Konzil alles, was das Leben verneint, wie „jede Art Mord, Völkermord, Abtreibung, Euthanasie und auch den freiwilligen Selbstmord“, ablehnt.³⁶³ Dass der Suizid in einer Reihe von schwerwiegenden Straftatbeständen aufgezählt wird, zeigt, welches negative Gewicht die katholische Kirche diesem zuspricht. In der Begründung wird ausgeführt, dass es sich bei diesen genannten und vergleichbaren Taten um eine Schande handelt, die die menschliche Kultur zersetze und der „Ehre des Schöpfers“ widerspricht.³⁶⁴

Nach Ansicht der katholischen Kirche bedeutet der Suizid die Zurückweisung der Herrschaft Gottes.³⁶⁵ Wer sich selbst tötet, flieht vor den Pflichten der Gerechtigkeit. Nach Auffassung der Kirche ist es die Aufgabe des Menschen, Leid zu ertragen. Wer sich oder einen anderen tötet oder ihm dabei hilft, sich zu töten, verletzt das göttliche Gesetz und beleidigt die Würde der menschlichen Person.

Allerdings werden von der katholischen Kirche die verschiedenen Formen der Sterbehilfe unterschiedlich bewertet. Papst Johannes Paul II. bezeichnete die aktive direkte Sterbehilfe als „schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes“, die sittlich verwerflich und daher nicht zu akzeptieren sei.³⁶⁶

³⁶⁰ Vgl. Benzenhöfer, S. 45.

³⁶¹ Vgl. ebd., S. 47 ff.

³⁶² Vgl. Vatican a), o.S.

³⁶³ Vatican b), o.S.; Benzenhöfer, S. 50.

³⁶⁴ Vatican b), o.S., a. E.

³⁶⁵ Vgl. Benzenhöfer, S. 50; Vatican b), o.S.

³⁶⁶ Benzenhöfer, S. 50; Spieker, S. 215.

Die Tötung auf Verlangen ist nicht mit der christlichen Ethik vereinbar, auch wenn sie auf den ausdrücklichen Wunsch des Sterbewilligen erfolgt.³⁶⁷ Ebenso abgelehnt wird der (assistierte) Suizid.³⁶⁸ Anders verhält es sich hingegen mit der passiven und der indirekten Sterbehilfe. Diese Formen seien sittlich nicht verwerflich.³⁶⁹ Nicht abgelehnt wird also der Behandlungsabbruch (passive Sterbehilfe) und die Gabe von Medikamenten zur Schmerzlinderung unter Inkaufnahme einer Verkürzung des Lebens (indirekte Sterbehilfe). Die Deutsche Bischofskonferenz legt ihren Überlegungen zur Sterbehilfe den Katholischen Erwachsenen-Katechismus zugrunde. Sterbehilfe soll danach eine „Lebenshilfe für Sterbende“ sein.³⁷⁰

6.2.4 Die Stellung der evangelischen Kirche zur Sterbehilfe

Die evangelische Kirche vertritt eine liberalere Einstellung zum selbstbestimmten Sterben als die katholische Kirche und unterscheidet die Formen des Sterbens differenzierter.

Nach Aussage des evangelischen Theologieprofessors Kress ist eine Ablehnung des Suizids der Bibel nicht zu entnehmen.³⁷¹ An Stellen, in denen der Suizid in der Bibel vorkommt, wird dieser als Folge tragischer Umstände gesehen.³⁷² Anders als die katholische Kirche erkennt die evangelische Kirche an, dass Menschen einen Sterbewunsch haben können.³⁷³ Der Wunsch, sich selbst zu töten, ist nach Ansicht der evangelischen Kirche das tragische Ergebnis psychiatrischer Zustände oder schwerer Erkrankungen.³⁷⁴

Wenngleich die GEKE aus der Schöpfungsgeschichte herleitet, dass der Einzelne kein Recht auf Selbsttötung hat, verurteilt sie dennoch nicht Suizidwillige. Stattdessen fordert die GEKE, weder den Sterbewunsch noch die moralischen Herausforderungen, die mit ihm verbunden sind, zu ignorieren, indem „die Kirchen zu leicht Zuflucht in der Behauptung suchen, dass Krankheit, Leiden und Schmerz unausweichliche Bestandteile des Lebens seien und Situationen von

³⁶⁷ Vgl. im Detail dazu EKD/Deutsche Bischofskonferenz, S. 5-39.

³⁶⁸ Vgl. Bedford-Strohm, S. 104.

³⁶⁹ Vgl. Spieker, S. 215.

³⁷⁰ Vgl. Deutsche Bischofskonferenz, S. 308.

³⁷¹ Vgl. Bedford-Strohm, S. 85.

³⁷² Vgl. Ri 9, 50-56; Ri 16, 28-31; 1. Sam 31, 4-13; 2. Sam 17,23, 1. Kön 16, 18-20; 1. Makk 6 43,-46; 2. Makk 10, 12 f.; Mt 27,5; Erklärungen dazu s. Lauer, o.S.

³⁷³ Vgl. Bedford-Strohm, S. 125.

³⁷⁴ Vgl. ebd., S. 127.

Sinn darstellen können“.³⁷⁵ Es muss hingegen darauf ankommen, die Umstände des Sterbens so zu gestalten, dass der Sterbende die Situation annehmen könne. Daher wird die Palliativmedizin und die damit verbundene indirekte Sterbehilfe befürwortet, wenn der Patient durch die Behandlung von Schmerzsymptomen eine gesteigerte Lebensqualität am Lebensende erfährt.

Den assistierten Suizid lehnt die evangelische Kirche ab. Die GEKE und die EKD führen dazu drei Gründe an.

Erstens ist es fraglich, ob man in einer Situation der Furcht, der Lähmung oder des Schmerzes von einer gut überlegten selbstbestimmten Entscheidung sprechen kann. Zweitens würde die Entscheidung des Sterbenden durch Auffassungen „über ein würdevolles und würdiges Leben, soziale und kulturelle Muster bezüglich der Frage, wie ein schwer krankes und sterbendes Leben Würde und Wert behalten kann oder nicht“, beeinflusst.³⁷⁶ Und drittens wird aus christlicher Sicht die Selbstbestimmung, zu tun und zu lassen was man möchte, von einer verantwortungsvollen Autonomie unterschieden.³⁷⁷ Es besteht Einigkeit über die Schutzwürdigkeit des Lebens. Allerdings heißt das nicht, dass die grundlegende Pflicht, das menschliche Leben zu bewahren, zugleich die Pflicht beinhaltet, „um jeden Preis“ zu leben oder einen Patienten dazu zu zwingen, eine medizinische Maßnahme fortzusetzen und ihm das Recht zu nehmen, eine solche abzulehnen.³⁷⁸ Vielmehr geht es darum, das Leben als göttliches Geschenk zu begreifen und dessen Endlichkeit zu akzeptieren, anstatt zu versuchen mit allen Mitteln dessen Grenzen zu überwinden. Am Lebensende muss auf die psychischen und physischen Bedürfnisse des Sterbenden eingegangen werden.³⁷⁹ Dabei wird vor allem auf die heilsame Bedeutung des Glaubens abgestellt. Die Gemeinschaft und der „Dienst am Nächsten“ stehen im Zentrum der evangelischen Betrachtung der Sterbehilfe.

Die passive Sterbehilfe wird befürwortet, wenn bei der Behandlung des Patienten die Belastung, die durch die Weiterbehandlung entsteht, derart quälend und schmerzhaft ist, dass sie durch den Nutzen für den Patienten nicht mehr ausgeglichen werden kann.³⁸⁰ Die passive Sterbehilfe ist nach Aussage der evangelischen Kirche v.a. dann geeignet, wenn eine Form der Lebensverlängerung so belastend für den Sterbenden ist, als dass dieser nicht mehr länger in der

³⁷⁵ Bedford-Strohm, S. 125.

³⁷⁶ ebd., S. 126.

³⁷⁷ Vgl. ebd., S. 126.

³⁷⁸ Vgl. Holderegger, S. 74.

³⁷⁹ Vgl. Bedford-Strohm, S. 120 f.

³⁸⁰ Vgl. ebd., S. 122.

Lage sei, sich mental auf den Tod vorzubereiten. Eine „Übertherapierung“ beinhalte ein „beachtliches Risiko moralischer Schädigung“ des Patienten.³⁸¹

Anders verhält es sich mit der aktiven Sterbehilfe, die von der evangelischen Kirche abgelehnt wird. Zwar sei der Mensch autonom und selbstbestimmt, allerdings sei diese Freiheit nicht mit „absoluter Selbstverfügung“ verbunden, sondern untrennbar mit der Verantwortung für das eigene Leben vor sich selbst, anderen, vor der erschaffenen Welt und letztendlich gegenüber Gott. Deutlich wird, dass es eine „klare Aufgabe der Kirchen in der Zivilgesellschaft“ ist, „für die Schaffung einer Lebenswelt in der Gesellschaft einzutreten, die ein erfülltes Leben für jedes Mitglied der Gesellschaft fördert, einschließlich derer, die dem Tode nahe sind“.³⁸² Insoweit müsse auf die Angebote für Sterbende, deren palliative Begleitung und die angemessene Ausstattung von Heimen und Kliniken hingewirkt werden.

6.3 Zwischenergebnis zum selbstbestimmten Sterben in der Philosophie und der christlichen Religionswissenschaft

Nach Betrachtung der verschiedenen Positionen in der Philosophie und der christlichen Religionswissenschaft lässt sich eine eindeutige Tendenz erkennen. Die Philosophie vertritt die überwiegende Auffassung, dass der Mensch als Individuum autonom über sein Sterben entscheidet und bejaht daher im Rahmen des rechtlich Zulässigen die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Sterbehilfe, nicht jedoch die Verpflichtung eines Dritten, dem Sterbenden dabei zu helfen.

Aus Sicht eines gläubigen Christen liegen Leben und Tod in Gottes Hand. Das Leben ist eine gottgegebene Aufgabe. Die Unverfügbarkeit des Lebens schließt jedoch nicht aus, Entscheidungen am Lebensende zu treffen. Diese sollen allerdings im Einklang mit den Werten des Glaubens stehen.³⁸³

Im Fokus der Überlegungen des Christentums stehen der Sterbende, seine in der Gottebenbildlichkeit wurzelnde Würde und die grundlegende Pflicht des Lebensschutzes, die mit einer Verantwortung vor sich selbst, vor anderen und vor Gott verbunden ist. Bereits im Jahr 1989 haben sich die katholische und evangelische Kirche in ihrer Erklärung *Gott ist ein Freund des Lebens* gegen

³⁸¹ Vgl. Bedford-Strohm., S. 123.

³⁸² Vgl. ebd., S. 128 f.

³⁸³ Vgl. Haubenthaler / Kuhn-Flammensfeld, S. 32.

alle Formen aktiver Sterbehilfe ausgesprochen.³⁸⁴ Die passive und indirekte Sterbehilfe hingegen werden als religiös vertretbar angesehen.³⁸⁵

Die Annahme, dass jeder Mensch einen Anspruch auf ein menschenwürdiges Sterben hat, bestätigen die katholische und die evangelische Kirche.³⁸⁶ Um das Sterben menschenwürdig zu gestalten, ist es die Pflicht der Mitmenschen, den Sterbenden am Lebensende zu begleiten und ihn in seiner seelischen und körperlichen Not nicht allein zu lassen. In den Fragen des „Woher?“ und „Wohin?“ des Lebens, soll allein der Glaube Antwort und Hoffnung sein. In der Begegnung mit anderen Menschen erfährt der Sterbende „Christus im Nächsten“.³⁸⁷ Die Sterbebegleitung ist aus Sicht des christlichen Glaubens sogar ein Handeln an Christus selbst und zeigt einen besonders menschenwürdigen Umgang, da die Zuwendung anderer eine Wertschätzung der Schöpfung Gottes und der in ihr ruhenden Menschenwürde ist.³⁸⁸ Um dies zu gewährleisten, sprechen sich die katholische und die evangelische Kirche für eine Stärkung der Palliativmedizin und der Hospizbewegung aus, die die Beachtung der Autonomie, der Würde des Menschen am Lebensende und der Verbundenheit mit dem Sterbenden in den Vordergrund rückt.³⁸⁹ Für das christliche Verständnis ärztlichen Handelns heißt das, dass das Ziel der medizinischen Behandlung sein muss, das Leid zu lindern und nicht dieses unnötig zu verlängern.³⁹⁰ Auch an die Gläubigen wenden sich die katholische und die evangelische Kirche mit einem Appell: Sterben lernen heißt leben lernen. Die *ars moriendi* ist eine Kultur des Lebens, die das Leid und den Tod als Teil des Lebens sieht.³⁹¹ Sie ist der im Glauben ruhende Sinn, das Leben in allen Phasen gänzlich anzunehmen, insbesondere in den kritischen Situationen zu Beginn und zum Ende des menschlichen Seins.³⁹² Durch den Glauben an ein Leben nach dem Tod ist das Sterben nicht mit Angst verbunden, sondern mit der Hoffnung auf das ewige Leben.

³⁸⁴ Vgl. EKD a), o.S.; Rethmann, S. 72.

³⁸⁵ Vgl. Rethmann, S. 72.

³⁸⁶ Vgl. EKD / Deutsche Bischofskonferenz, S. 10.

³⁸⁷ Schaeffer, S. 319.

³⁸⁸ Vgl. ebd., S. 320 f.; Mt 25, 40; Joh, 13, 15.

³⁸⁹ Vgl. Hardinghaus, S. 37.

³⁹⁰ Vgl. Benzenhöfer, S. 53; Rethmann, S. 73.

³⁹¹ Vgl. Hübner / Frewer, S. 121; Schaeffer, S. 11 sowie detailliert S. 13-18; Spieker, S. 241.

³⁹² Vgl. Reinis, S. 206-208; Rethmann, S. 76 f.

7 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse

Die Thematik des selbstbestimmten Sterbens setzt sich auseinander mit der Frage nach der Autonomie und der Menschenwürde am Lebensende. Dazu wurden die rechtlichen, die medizinischen sowie die philosophischen und ein Teil der religionswissenschaftlichen Aspekte betrachtet.

Aus rechtlicher Sicht wurde durch das Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 eine Grundsatzentscheidung zum selbstbestimmten Sterben getroffen. § 217 StGB wurde für nichtig erklärt. Das BVerfG hat als Ausdruck des allgemeinen Persönlichkeitsrechts nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben konstatiert. Mit Blick auf Art. 1 Abs. 1 GG steht es keinem anderen Menschen zu, darüber zu urteilen, ob ein Leben oder ein Sterben menschenwürdig ist oder nicht. Eine Pflicht, den Menschen vor seiner Entscheidung, sein Leben zu beenden, zu bewahren, gibt es nicht, solange diese freiverantwortlich ist. Allerdings ist es eine Pflicht, einen Menschen mit krankhafter Einschränkung seiner Einsichts- und Urteilsfähigkeit vor einem selbstschädigenden Verhalten zu schützen. Seit dem Urteil des BVerfG hat der Sterbewillige sogar Anspruch auf eine entsprechende professionelle Unterstützung am Lebensende. Die aktive Sterbehilfe ist in Deutschland gem. § 216 StGB weiterhin strafbar. Die passive Sterbehilfe und die indirekte Sterbehilfe bleiben straflos.

Auch aus medizinischer Sicht ist eine Auseinandersetzung mit dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben nötig. Die modernen technischen Möglichkeiten der Medizin verstellen vermehrt den Blick für ein natürliches Lebensende. Um 1970 wurde erstmals diskutiert, ob die Medizin auch alles darf, was sie kann.³⁹³ Es ist eine Entscheidung zwischen dem Zulassen des natürlichen Todes und den rettenden Optionen der Intensivmedizin.³⁹⁴ Der Entschluss des Patienten, auf jedwede lebensverlängernde Behandlung zu verzichten, ist als Ausdruck seiner Menschenwürde zu respektieren.³⁹⁵ Nach der strafrechtlichen Lockerung und der verfassungsrechtlichen Feststellung zum selbstbestimmten Sterben tragen nun die Ärzte die praktischen Konsequenzen. Insofern sich ein Arzt wissentlich über den Sterbewunsch eines Menschen hinwegsetzt, verletzt er nicht nur die körperliche Unversehrtheit des Patienten, sondern auch die Vorstellung des Sterbewilligen menschenwürdig zu sterben.

³⁹³ Vgl. Putz / Stedlinger / Unger, S. 4.

³⁹⁴ Zu den Möglichkeiten der Lebensverlängerung durch die Intensivmedizin vgl. ebd., S. 188-201.

³⁹⁵ Vgl. Rethmann, S. 72.

Auch die Philosophie und die christliche Religionswissenschaft rücken den Sterbewilligen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Die Philosophie spricht dem Einzelnen Selbstbestimmung am Lebensende zu, verbindet diese aber nicht mit dem Anspruch auf die Hilfe eines Dritten bei der Selbsttötung. Aus christlicher Sicht bedeutet in Würde zu sterben gerade nicht, den Todeszeitpunkt selbst zu wählen, sondern die Art und Weise des Sterbens würdevoll zu gestalten.

Einigkeit lässt sich dahingehend erkennen, als dass es ein Anliegen von Recht, Medizin sowie Philosophie und Religionswissenschaft ist, Sterbenden respektvoll zu begegnen.

Das Recht hat die notwendigen verfassungsrechtlichen Voraussetzungen zur Einhaltung der Autonomie und Menschenwürde am Lebensende geschaffen. Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG gewährt ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben. Der Auftrag an den Gesetzgeber, ein entsprechendes Rahmen- und Schutzkonzept zu gestalten, ist eindeutig. Die Medizin setzt sich in der Praxis mit den Konsequenzen der Legalisierung der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung auseinander. Ein Arzt darf jedoch nicht dazu verpflichtet werden, diese durchzuführen. Die Philosophie und die christliche Religionswissenschaft setzen persönliche Rahmenbedingungen für den Einzelnen und wie er mit seiner Selbstbestimmung am Lebensende umgehen soll.

8 Fazit und Ausblick

Der Gedanke daran, dass einem das Leben bspw. in Folge von Alter oder Krankheit entgleiten könnte, ist für viele Menschen mit Angst verbunden. Die meisten Menschen wünschen sich ein schnelles, stilles und schmerzloses Hinübergleiten vom Leben in den Tod zu einer Zeit und an einem Ort, die sie selbst wählen wollen. Notwendig erscheint die Auseinandersetzung mit der Frage der Selbstbestimmung am Lebensende aber auch deshalb, weil das Sterben des Menschen nur noch in seltenen Fällen ein Naturereignis ist, welches unbeeinflusst von menschlichen Entscheidungen stattfindet. I.d.R. kommt ein Mensch nicht umhin, zwischen verschiedenen Therapiemöglichkeiten zu wählen und so seinen letzten Lebensabschnitt mitzugestalten. Das eigene Lebensende zu gestalten ist Ausdruck von Menschenwürde und Selbstbestimmung.

8.1 Die Gesetzesreform des § 217 StGB – Perspektiven der Umsetzung

Um dem Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben gerecht zu werden, wird eine Gesetzesreform zur Sterbehilfe bzw. der Suizidbeihilfe erwartet. Das Gesetz soll Rechtsklarheit und -sicherheit für alle Beteiligten schaffen, Sicherung des Lebensschutzes ohne Lebenszwang gewährleisten und die Selbstbestimmung des Sterbewilligen schützen. Das BVerfG forderte in seinem Urteil v. 26.02.2020 ein „legislatives Schutzkonzept“. Zum Schutz der Selbstbestimmung soll der Gesetzgeber prozedurale Sicherungsmechanismen ausarbeiten und so etwa auch Aufklärungs- und Wartepflichten gesetzlich normieren. Ferner soll die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten gesichert und gefahrträchtige Suizidhilfeangebote entsprechend dem Regelungsgedanken des § 217 StGB zum Schutz des Lebens verboten werden. Mehrere Gesetzesentwürfe wurden bereits im Bundestag eingebracht. Ein Gesetzesentwurf der Fraktionen CDU/CSU wurde bisher nicht vorgelegt.³⁹⁶ Eine Einigung auf einen gemeinsamen Entwurf blieb bislang aus.

³⁹⁶ Vgl. Fricke, o.S.

8.1.1 Entwurf Künast/Keul zum Selbstbestimmten-Sterben-Gesetz

Im Januar 2021 haben die Abgeordneten Künast und Keul (Bündnis 90/Die Grünen) den Entwurf eines „Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben“ (Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz/SelbstG) in den Bundestag eingebracht.

Dieser erlaubt - dem BVerfG folgend - den assistierten Suizid, bindet ihn aber an ein strenges Beratungs- und Schutzkonzept.³⁹⁷ Zweck ist der Schutz des Rechts auf ein selbstbestimmtes, freiverantwortliches Sterben.

Dem Sterbewilligen soll nach § 1 Abs. 1 S. 2 SelbstG kontrolliert Zugang zu Betäubungsmitteln eröffnet werden, um unwürdige, unzumutbare und nicht vom freien Willen getragene Umsetzungen des Sterbewunsches möglichst zu verhindern. Betont wird in § 1 Abs. 2 S. 1 SelbstG, dass kein Mensch verpflichtet ist, bei einer Selbsttötung zu helfen. § 2 SelbstG definiert die Begriffe „Sterbewilliger“ und „freier Wille“ und klärt das Verhältnis zu § 216 StGB. Die Strafbarkeit nach § 216 StGB bleibt unberührt, d.h. die aktive Sterbehilfe ist verboten. Die passive und die indirekte Sterbehilfe sind erlaubt. In §§ 3, 4 SelbstG erläutert der Entwurf das Verfahren des Zugangs zu Betäubungsmitteln, die zum Zwecke der Selbsttötung geeignet sind, abhängig davon, ob der Sterbewillige krank oder gesund ist.

Im Ergebnis haben sowohl Kranke wie auch Gesunde Zugang zu Betäubungsmitteln. Betont wird die Notwendigkeit, dass der Sterbewillige freiverantwortlich handeln und eine unabhängige Beratungsstelle besucht haben muss. Es ist ein Nachweis darüber zu führen, dass er mindestens zwei Mal beraten wurde und keine Zweifel an dem Sterbewunsch und seinen Ursachen bestehen. Die Selbsttötung muss vom Sterbewilligen eigenhändig vollzogen werden, allerdings steht es ihm frei, sich von einem Arzt oder einem Dritten „begleiten und unterstützen“ zu lassen (§ 5 Abs. 2 SelbstG).

Geschäftsmäßige Sterbebegleiter werden „Hilfeanbieter“ genannt und müssen gegenüber staatlichen Stellen nachweisen, dass eingesetztes Personal die erforderliche Zuverlässigkeit besitzt und sie selbstlos handeln. Sterbewillige können grundsätzlich nur Volljährige sein. Eine Ausnahme bildet § 7 SelbstG, wonach auch Minderjährige unter bestimmten Voraussetzungen um Beihilfe zum Suizid ersuchen können. Das Betäubungsmittelgesetz ist entsprechend anzupassen.

³⁹⁷ Vgl. Deutscher Bundestag a), o.S.

8.1.2 Entwurf Helling-Plahr / Lauterbach / Sitte zum Suizidhilfegesetz

Auch die Abgeordneten Helling-Plahr (FDP), Lauterbach (SPD) und Sitte (Die Linke) haben einen "Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe" (Gesetz zur Wahrung und Durchführung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende/Suizidhilfegesetz) in den Bundestag eingebracht.³⁹⁸

In § 1 Suizidhilfegesetz heißt es, dass jeder, der aus einem autonom gebildeten, freien Willen sein Leben beenden möchte, das Recht hat, hierbei Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nach § 2 Suizidhilfegesetz darf jeder einem Suizidwilligen Hilfe leisten, kann dazu aber nicht verpflichtet werden. § 3 Suizidhilfegesetz erläutert die Voraussetzung eines „autonom gebildeten, freien Willens“, in §§ 4, 5 Suizidhilfegesetz folgen Ausführungen zum Beratungsangebot. § 6 Suizidhilfegesetz befasst sich mit der Verschreibung von Arzneimitteln zum Zwecke der Selbsttötung. In § 7 Suizidhilfegesetz wird die Bundesregierung zum Berichtswesen und zur Evaluation der Suizidhilfeberatungen und der Arzneimittelverschreibung verpflichtet. Eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes soll entsprechend vorgenommen werden.

8.1.3 Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums

Das Bundesgesundheitsministerium hat sich mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung an der Diskussion um die Gesetzesreform des § 217 StGB beteiligt.³⁹⁹

Das Bundesgesundheitsministerium betont, dass es Pflicht des Gesetzgebers sein muss, die Selbstbestimmung und das Leben zu schützen. Somit besteht die staatliche Schutzpflicht dahingehend, dass der Staat dafür Sorge tragen muss, dass der Entschluss zur Selbsttötung nicht nur auf einer temporären Lebenskrise beruht, Folge einer psychischen Erkrankung ist oder aus psychosozialen Druck bzw. wegen mangelnder Aufklärung und Beratung entsteht.

Der Sterbewillige ist vor einer Selbsttötung zu schützen, die nicht aus Freiverantwortlichkeit erfolgt. Zudem muss einer gesellschaftlichen Normalisierung der Hilfe zur Selbsttötung entgegengewirkt werden. Demnach folgt der Gesetzesentwurf des Bundesgesundheitsministeriums einem „abgestuften Schutzkonzept“, das einerseits zwei neue Straftatbestände (§§ 217, 217a StGB) bein-

³⁹⁸ Vgl. Deutscher Bundestag b), o.S.; Deutscher Ethikrat a), o.S.

³⁹⁹ Vgl. Bundesgesundheitsministerium, o.S.

haltet und andererseits das Gesetz zur Regelung der Hilfe zu Selbsttötung (Selbsttötungshilfegesetz/StHG) forciert.

Der neue § 217 Abs. 1 StGB stellt demnach die Hilfe zu Selbsttötung unter Strafe, räumt jedoch nach Abs. 2 Ausnahmen in den Grenzen eines konkreten Schutzkonzeptes ein. Mit diesen Ausnahmen soll das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gewährleistet werden. Die neue Vorschrift § 217a StGB betrifft ein grundsätzliches Werbeverbot für die Hilfe zur Selbsttötung und regelt wiederum Ausnahmen davon. Das StHG selbst regelt das Verfahren des abgestuften Schutzkonzeptes des neuen § 217 Abs. 2 StGB. Ferner spezifiziert es die Einrichtung, Anerkennung und Förderung von Beratungsstellen und macht Ausführungen zu Organisationen, die Hilfe zur Selbsttötung anbieten. Schließlich soll durch die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes die Aushändigung von Betäubungsmitteln zum Zwecke der Lebensbeendigung reguliert werden.

8.2 Suizidprävention, Sensibilisierung und Aufklärung

Zu beobachten ist, dass der Suizid, die Sterbehilfe und das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben zunehmend aus dem Tabubereich gerückt und gesamtgesellschaftlich diskutiert werden.

Der Deutsche Ethikrat ist als unabhängiger Sachverständigenrat mit Mitgliedern aus den Bereichen der Naturwissenschaft, der Medizin, der Theologie, der Philosophie, der Ethik, der Soziologie, der Ökonomie und des Rechts ein zentrales Gremium, das die verschiedenen Sichtweisen auf die Sterbehilfe thematisiert und sog. Ad-hoc-Stellungnahmen formuliert.⁴⁰⁰

Ferner befassen sich vermehrt Rundfunk und Fernsehen, Print- und Online-medien mit dem Sterbewunsch von Menschen, begleiten sie auf ihrem letzten Weg zu einem selbstbestimmten Tod und rücken die Problematik des selbstbestimmten Sterbens in den Vordergrund.

Hilfsangebote der Caritas, der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, des Frankfurter Netzwerks Suizidprävention usw. leisten Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit für Sterbewillige und v.a. auch für Angehörige. Denn nur wer sensibilisiert und aufgeklärt ist, kann möglicherweise dem Suizid eines Sterbewilligen vorbeugen.

⁴⁰⁰ Deutscher Ethikrat b), o.S.

In jedem Fall ist der Sterbewunsch eines Menschen ernst zu nehmen. Besonders Angehörige werden dazu aufgefordert, aufmerksam zu sein für Verhaltensauffälligkeiten und Wesensänderungen von Menschen, die persönliche Krisen erleben.

9 Abschließende Gedanken

Mit dem Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 wurde die verfassungsrechtlich gewährte Selbstbestimmung des Menschen am Lebensende gestärkt. Sterbewillige können fortan professionelle Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch nehmen und diese zu einem selbstgewählten Zeitpunkt, unabhängig davon, ob sie gesund oder krank, jung oder alt sind, durchführen. Mithin muss der Sterbewillige nicht darauf warten, ein Krankheitsstadium zu erreichen, in welchem er auf die Methoden der passiven oder indirekten Sterbehilfe zurückgreifen kann oder eine andere Form der brutalen Selbsttötung wählen. Nach dem Verständnis des Sterbewilligen endet sein Leben selbstbestimmt und an einem Ort und unter Umständen, die er selbst als menschenwürdig einstuft.

Seit dem Urteil des BVerfG v. 26.02.2020 wurde viel diskutiert – über die Selbstbestimmung am Lebensende, über die Sterbebegleitung und Vereine für Sterbehilfe, über den assistierten Suizid, Hospize und die Palliativmedizin. Auch der Autor von Schirach hat in seinem Theaterstück *Gott* gesellschaftliche Fragen danach gestellt, ob der Mensch darüber entscheiden darf, wann und wie er stirbt, und ob der Mensch das Maß aller Dinge ist. Er fragt, ob es der letzte Sieg der menschlichen Selbstbestimmung ist, über die Umstände des eigenen Todes entscheiden zu können, selbst wenn dazu die Hilfe eines Dritten notwendig ist.⁴⁰¹ Wie auch in einem Teil seiner vorherigen Werke überlässt von Schirach dem Rezipienten am Ende selbst die Entscheidung. Wahrhaft ist es eine ganz Persönliche.

Die Bereitschaft, sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen, ist sehr individuell. Häufig ist die Beschäftigung mit dem Lebensende angstbesetzt. Es ist eine Konfrontation mit der eigenen Vergänglichkeit. Es ist laienhaft gesprochen eine „Angst vor dem Verlust der Würde“.⁴⁰² Dass der Mensch seine Würde nicht verlieren kann, hat dieser Beitrag ausführlich dargestellt. Anders verhält es sich mit der Selbstbestimmung und dem, was der Mensch für sich als ein menschenwürdiges Sterben definiert. In seiner Selbstbestimmung und der Umsetzung seines individuellen menschenwürdigen Sterbewunsches kann der Sterbewillige verletzt werden, wenn seine Wünsche missachtet werden.

Um die Selbstbestimmung und damit auch die eigenen Vorstellungen eines menschenwürdigen Lebensendes bestmöglich zu wahren, hilft ein Gespräch mit den engsten Vertrauten bzw. eine Patientenverfügung. Dabei trägt jeder

⁴⁰¹ Vgl. von Schirach, S. 117 ff.

⁴⁰² Vgl. Bielefeldt, S. 48.

Mensch eine Verantwortung gegenüber seinen Angehörigen. Für die Eltern, die Geschwister oder sonstige nahe Beteiligte zu entscheiden, welche möglichen Wünsche deren Tod betreffen, ist in den meisten Fällen eine emotionale Belastung. Naheliegend ist es daher, den Nachfolgenden diese Bürde durch eine vorhergehende eigene Entscheidung zu nehmen.

In der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben geht es nicht darum, ob man als Jurist, als Arzt, als Philosoph oder als Theologe eine Entscheidung darüber getroffen hat, selbstbestimmtes Sterben richtig oder falsch zu heißen. Es geht darum, als Mensch zu erkennen, was für einen persönlich ein menschenwürdiges und selbstbestimmtes Sterben ausmacht. Es darf kein Aufbäumen sein, die Entscheidung desjenigen, der beschließt, dass sein Leben für ihn ganz persönlich ohne Lebensqualität ist und er dieses nun freiverantwortlich beenden will, zu verurteilen. Niemand außer der Suizidwillige selbst kennt die Hintergründe und den Leidensdruck, die zu seiner Entscheidung führten.

Fraglich ist allein, wie frei die Willensbildung eines Menschen, der von äußeren Faktoren geprägt wird, tatsächlich ist. Die individuelle Definition der Würde und die Freiverantwortlichkeit eines Menschen werden u.a. beeinflusst von seiner körperlichen Verfassung, seinem familiären Umfeld, seinem Partner, seiner Erziehung, seinem Glauben, seiner Arbeit sowie sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten seiner Zeit, wie z.B. Reichtum und Armut oder der Situation in Pflegeheimen. Gleichwohl kann nur der Sterbewillige für sich selbst sein Verständnis eines menschenwürdigen Sterbens definieren und kein anderer darf diese Würdedefinition – auch wenn er sie als Resultat gesellschaftlicher Zwänge oder sonstiger überwindbarer Umstände deuten mag – relativieren.

In diesem Fall ist es vielmehr Aufgabe der Gesellschaft und des Einzelnen, Lebenshilfe zu leisten, durch entsprechende Angebote eine Alternative zum Sterben zu schaffen oder aber das Lebensende i.R.d. Pflege, Hospizversorgung und Palliativmedizin zu erleichtern, Menschen auf ihrem letzten Weg zu begleiten sowie die Angst vor Leid und Einsamkeit zu nehmen. Doch gerade dann, wenn sich herausstellt, dass der Sterbewunsch von Dauer ist und der Sterbewillige keine Lebenshilfe annehmen will, ist diesem respektvoll zu begegnen.

Der ehemalige Präsident des BVerfG Voßkuhle sagt über den suizidwilligen Menschen: „Wir mögen seinen Entschluss bedauern, wir dürfen alles versu-

chen, ihn umzustimmen, wir müssen seine freie Entscheidung aber in letzter Konsequenz akzeptieren.“⁴⁰³

Schlussendlich ist es eine persönliche Einstellung, wie man dem Sterben begegnet, denn so sehr man sich auch dagegen wehren mag:

Der Tod ist ein Teil des Lebens. Wer die Endlichkeit des Lebens erkennt, erkennt auch die Kostbarkeit des Lebens.

⁴⁰³ Lorenz, in: LTO, BVerfG kippt § 217 StGB, o.S.

Literatur

- Anzulewicz, Henryk.: Das Seiende das Eine, das Wahre, das Gute, das Schöne. In: Feinendegen, Norbert / Höver, Gerhard/Schaeffer, Andrea / Westerhorstmann, Katharina (Hrsg.): Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende, Impulse aus Theorie und Praxis, Würzburg: Königshausen&Neumann, 2014, 21-52.
- Augsberg, Steffen / Szczerbak, Simone: Die Verfassungsmäßigkeit des Verbots der geschäftsmäßigen Suizidassistentz (§ 217 StGB). In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 725-740.
- Barth, Hermann: Würde und Werte im Verfassungsrecht. In: Thies, Christian (Hrsg.): Der Wert der Menschenwürde, Paderborn/München/Wien/Zürich: Schöningh, 2009, 93-106.
- Bauer, Axel W.: Autonomie als medizinethischer Zentralbegriff der 1990er Jahre und ihre Verwandlung zum Mantra entgrenzter Biopolitik. In: Hattler, Johannes / Koecke, Johann Christian (Hrsg.): Biopolitische Neubestimmung des Menschen, Menschenwürde und Autonomie, Wiesbaden: Springer, 2020, 11-30.
- Baumbach-Knopf, Christine: „Die Menschenwürde als moralisches Wertprinzip. Das Konzept der Menschlichkeit nach Bernard Edelman – eine französische Sonderposition?“. In: Baumbach-Knopf, Christine / Kunzmann, Peter / Knoepfner, Nikolaus (Hrsg.): Kulturen der Würde: Anerkennung, Sterben, Tod, München: Utz, 2014, 49-70.
- Beckmann, Jan P.: Autonomie und Selbstbestimmung auch am Lebensende. Überlegungen aus ethischer Sicht. In: Welsh, Caroline / Ostgathe, Christoph / Frewer, Andreas / Bielefeldt, Heiner (Hrsg.): Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis, Bielefeld: transcript, 2017, 27-40.
- Bedford-Strohm, Heinrich: Leben dürfen – Leben müssen, Argumente gegen die Sterbehilfe, München: Kösel, 2015.
- Benzenhöfer, Udo: Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 2009.

- Bernert-Auerbach, Ulrike: Das Recht auf den eigenen Tod und aktive Sterbehilfe unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten, Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2012.
- Bielefeld, Heiner: Menschenwürde und Autonomie am Lebensende. Perspektiven der internationalen Menschenrechte. In: Welsh, Caroline / Ostgathe, Christoph / Frewer, Andreas / Bielefeldt, Heiner (Hrsg.): Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis, Bielefeld: transcript, 2017, 45-66.
- Birnbacher, Dieter: Die Freiheit, aus dem Leben auszusteigen. In: Dietz, Simone / Foth, Hannes / Wiertz, Svenja (Hrsg.): Die Freiheit zu gehen, Ausstiegsoptionen in politischen, sozialen und existenziellen Kontexten, Wiesbaden: Springer, 2019, 251-272.
- Boehme-Nessler, Volker: Das Grundrecht auf Suizid, NWwZ 2020, 1012-1015.
- Brieskorn, Norbert: Francisco Suárez über den Suizid. In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 123-134.
- Cording, Clemens/Saß, Henning: Die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid, NJW 2020, 2695-2697.
- Duttge, Gunnar: Zur Reichweite von Lebensschutz und Selbstbestimmung im geltenden Sterbehilferecht. In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 569-594.
- Elsas, Christoph: Annäherungen an eine historische Religionsphänomenologie von Todesbildern und -riten. In: Elsas, Christoph (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer in den Religionen und Kulturen der Welt, Die Würde des Menschen am Lebensende in Theorie und Praxis, Berlin: EB Verlag, 2011, 7-48.
- Epping, Volker / Hillgruber, Christian (Hrsg.): BeckOK Grundgesetz, 46. Edition, München: C.H.Beck, 2021.
- Eser, Albin: Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen. In: Jens, Walter / Küng, Hans (Hrsg.): Menschenwürdig sterben, Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, 2. Auflage, München/Zürich: Piper, 2010, 137-164.

- Fuchs, Michael / Hönings, Lara: Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben, Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA, Kanada und Australien, Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., 2014.
- Gahl, Klaus: Grenzerfahrungen in der Begegnung des Arztes mit dem Kranken angesichts des Lebensendes. In: Welsh, Caroline / Ostgathe, Christoph / Frewer, Andreas / Bielefeldt, Heiner (Hrsg.): Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis, Bielefeld: transcript, 2017, 141-164.
- Gavela, Kallia: Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, Berlin/Heidelberg: Springer, 2013.
- Goos, Christoph: „Innere Freiheit“. Der grundgesetzliche Würdebegriff in seiner Bedeutung für die Begleitung Schwerkranker und Sterbender. In: Feindenegen, Norbert / Höver, Gerhard / Schaeffer, Andrea / Westerhorstmann, Katharina (Hrsg.): Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende, Impulse aus Theorie und Praxis, Würzburg: Königshausen&Neumann, 2014, 53-106.
- Goudinoudis, Katja: „Dem Henker ein Gehilfe sein.“ Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen aus Sicht der Pflege. In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 497-518.
- Grimm, Carlo: Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe. In: Grimm, Carlo / Hillebrand, Ingo (Hrsg.): Sterbehilfe, Rechtliche und ethische Aspekte, Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2009, 13-84.
- Hardinghaus, Winfried: Für eine sorgende Gesellschaft. In: Niederschlag, Heribert / Proft, Ingo (Hrsg.): Recht auf Sterbehilfe? Politische, rechtliche und ethische Positionen, Ostfildern: Grünewald, 2015, 37-46.
- Haubenthaler / Kuhn-Flammensfeld: Sterben als Akt menschlicher Freiheit? Erfahrungen aus der Sicht der Klinik- und Palliativ-Sellsorge. In: Hilpert, Konrad / Sautermeister, Jochen (Hrsg.): Selbstbestimmung auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid, Freiburg im Breisgau/Basel/Wien: Herder, 2015, 31-46.
- Hillebrand, Ingo: Ethische Aspekte der Sterbehilfe. In: Grimm, Carlo / Hillebrand, Ingo (Hrsg.): Sterbehilfe, Rechtliche und ethische Aspekte, Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2009, 85-166.

- Hillenkamp, Thomas: Sterbehilfe im Recht. In: Anderheiden, Michael / Eckart, Wolfgang Uwe (Hrsg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde, Berlin/Boston: De Gruyter, 2012, 349-374.
- Hillgruber, Christian: Die Menschenwürde und das verfassungsrechtliche Recht auf Selbstbestimmung – ein und dasselbe? In: Hattler, Johannes / Koecke, Johann Christian (Hrsg.): Biopolitische Neubestimmung des Menschen, Menschenwürde und Autonomie, Wiesbaden: Springer, 2020, 31-48.
- Hilpert, Konrad: Schlüsselbegriffe und Argumentationsfiguren in der aktuellen Debatte um Sterbehilfe. In: Hilpert, Konrad / Sautermeister, Jochen (Hrsg.): Selbstbestimmung auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid, Freiburg im Breisgau/Basel/Wien: Herder, 2015, 97-114.
- Hoffmann, Veronika: Leben als göttliche Gabe. Beobachtungen zu einer theologischen Argumentationsfigur. In: Hilpert, Konrad / Sautermeister, Jochen (Hrsg.): Selbstbestimmung auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid, Freiburg im Breisgau/Basel/Wien: Herder, 2015, 179-196.
- Holderegger, Adrian: Suizidprävention und Sterbebegleitung. In: Hilpert, Konrad / Sautermeister, Jochen (Hrsg.): Selbstbestimmung auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid, Freiburg im Breisgau/Basel/Wien: Herder, 2015, 65-78.
- Hong, Mathias: Der Menschenwürdegehalt der Grundrechte, Tübingen: Mohr Siebeck, 2019.
- Honnefelder, Ludger: Würde und Werte. Thies, Christian (Hrsg.): Der Wert der Menschenwürde, Paderborn/München/Wien/Zürich: Schöningh, 2009, 33-44.
- Hübner, Constanze / Frewer, Andreas: Lebensende und Sterben – ein zu wenig bekanntes Feld. Empirische Studien zum Meinungsbild in der deutschen Bevölkerung. In: Welsh, Caroline / Ostgathe, Christoph / Frewer, Andreas / Bielefeldt, Heiner (Hrsg.): Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis, Bielefeld: transcript, 2017, 119-140.
- Hufen, Friedhelm: Selbstbestimmtes Sterben – Das verweigerte Grundrecht, NJW 2018, 1524-1528.

- Jäger, Christian: Zur (In-)Konsistenz des Strafrechts bei Entscheidungen am Lebensende. In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 595-616.
- Jaspers, Birgit / Radbruch, Lukas / Nauck, Friedemann: Euthanasie, ärztlich assistierter Suizid und Freitodbegleitungen. Aktuelle Entwicklungen in den Benelux-Ländern, der Schweiz und Deutschland. In: Niederschlag, Heribert / Proft, Ingo (Hrsg.): Recht auf Sterbehilfe? Politische, rechtliche und ethische Positionen, Ostfildern: Grünewald, 2015, 23-36.
- Joerden, Jan C.: Rechtswissenschaft. In: Wittwer, Héctor / Schäfer, Daniel / Frewer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod, Geschichte – Theorie – Ethik, 2. Auflage, Berlin: Metzler Verlag, 2020, 31-39.
- Klein, Christoph / Zeller, Jan-Maximilian: Strafrechtliche Risiken des Arztes, Risiken innerhalb und außerhalb des Behandlungsverhältnisses – Richtiges Handeln gegenüber den Justizbehörden, 1. Auflage, Landsberg am Lech: ecomed Medizin, 2021.
- Klößner, Julia: Maßstab Menschenwürde. In: Niederschlag, Heribert / Proft, Ingo (Hrsg.): Recht auf Sterbehilfe? Politische, rechtliche und ethische Positionen, Ostfildern: Grünewald, 2015, 51-56.
- Knoepffler, Nikolaus: Die Würde des hirntoten Organspenders – sprachanalytische und systematische Überlegungen. In: Baumbach-Knopf, Christine / Kunzmann, Peter / Knoepffler, Nikolaus (Hrsg.): Kulturen der Würde: Anerkennung, Sterben, Tod, München: Utz, 2014, 217-230.
- Kummer, Susanne: Ex in the City. In: Hoffmann, Thomas Sören / Knaup, Marcus (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens, Wiesbaden: Springer, 2015, 19-48.
- Küng, Hans a): Appel zur Versachlichung der Diskussion. In: Jens, Walter / Küng, Hans (Hrsg.): Menschenwürdig sterben, Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, 2. Auflage, München/Zürich: Piper, 2010, 9-20.
- Küng, Hans b): Menschenwürdig sterben. In: Jens, Walter / Küng, Hans (Hrsg.): Menschenwürdig sterben, Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, 2. Auflage, München/Zürich: Piper, 2010, 21-84.
- Laufs, Adolf / Katzenmeier, Christian / Lipp, Volker (Hrsg.): Arztrecht, 8. Auflage, München: C.H.Beck, 2021.

- Laufs, Adolf / Kern, Bernd-Rüdiger / Rehborn, Martin (Hrsg.): Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage, München: C.H.Beck, 2019.
- Lautenschläger, Dunja: Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den Jahren 1986 und 2005. Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, hrsg. Hans Lilie, Band 3, 2006.
- Lehmkuhler, Karsten: »Menschenwürde«: Eine paternalistische Nebelwolke? Gespräch mit Ruwen Ogien. In: Baumbach-Knopf, Christine / Kunzmann, Peter / Knoepfner, Nikolaus (Hrsg.): Kulturen der Würde: Anerkennung, Sterben, Tod, München: Utz, 2014, 79-96.
- Leisner, Walter: Tod im Staatsrecht, Sterben in der Demokratie, Befehl, Erlaubnis, Vermeidung, Folgen – Überwindung? Berlin: Duncker&Humblot, 2016.
- Leven, Karl-Heinz: „Nie werde ich ein tödliches Mittel verabreichen...“ Hippokratische Medizin im Umgang mit Sterben und Tod. In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 67-86.
- Lipp, Volker: Behandlungsziel und Indikation am Lebensende.“ In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 437-450.
- Manzeschke, Arne / Anderson, Dörte: „Ökonomische Anreize und ihre Bedeutung für Lebensbeendende Maßnahmen.“ In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 451-468.
- Maunz, Theodor / Dürig, Günter (Hrsg.): Grundgesetz, Kommentar, 93. Ergänzungslieferung, München: C.H.Beck, Oktober 2020.
- Mieth, Dietmar: Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender, Düsseldorf: Patmos, 2008.
- Müller-Glöge, Rudi / Preis, Ulrich / Schmidt, Ingrid (Hrsg.): Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, 21. Auflage, München: C.H.Beck, 2021.

- Nembach, Ulrich: „Leben und Sterben: Ein theologischer Beitrag.“ In: Nieder, Ludwig / Schneider, Werner (Hrsg.): Die Grenzen des menschlichen Lebens, Lebensbeginn und Lebensende aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht, Hamburg: Lit, 2007, 135-150.
- Nolte, Karen: Todkrank, Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert: Medizin, Krankenpflege und Religion, Göttingen: Wallstein Verlag, 2016.
- Oduncu, Fuat S.: Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen vor der Sterbephase aus onkologischer Perspektive. In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 489-496.
- Ostgathe, Christoph: Ärztlich assistierter Suizid – Reflexionen eines Palliativmediziners. In: Welsh, Caroline / Ostgathe, Christoph / Frewer, Andreas / Bielefeldt, Heiner (Hrsg.): Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis, Bielefeld: transcript, 2017, 185-202.
- Pfabigan, Doris / Pleschberger, Sabine.: Menschenwürde im Kontext von Pflege, Betreuung und Begleitung im Alter und am Lebensende. Theoretische und empirische Annäherungen. In: Feinendegen, Norbert / Höver, Gerhard / Schaeffer, Andrea / Westerhorstmann, Katharina (Hrsg.): Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende, Impulse aus Theorie und Praxis, Würzburg: Königshausen&Neumann, 2014, 145-162.
- Preidel, Caroline: Sterbehilfepolitik in Deutschland. Eine Einführung, Wiesbaden: Springer, 2016.
- Putz, Wolfgang: Die Würde des Menschen aus medizinrechtlicher Sicht. In: Kaesemann, Holger / Haas-Weber, Maria / Kleem, Karl (Hrsg.): Die Würde des Menschen am Lebensende, Zur Relevanz juristischer, theologischer, palliativmedizinischer und moral-ethischer Perspektiven, Berlin/Münster: Lit, 2009, 45-54.
- Putz, Wolfgang / Stedlinger, Beate / Unger, Tanja: Patientenrechte am Ende des Lebens, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Selbstbestimmtes Sterben, 7. Auflage, München: dtv, 2021.
- Quante, Michael: Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen (1998). In: Wittwer, Héctor (Hrsg.): Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid, Grundagentexte zur ethischen Debatte, Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2020, 80-114.

- Reinis, Austra: *Ars moriendi – Ritual- und Textgeschichte*. In: Wittwer, Héctor / Schäfer, Daniel / Frewer, Andreas (Hrsg.): *Handbuch Sterben und Tod, Geschichte – Theorie – Ethik*, 2. Auflage, Berlin: Metzler Verlag, 2020, 202-209.
- Rensmann, Thilo: *Die Menschenwürde als universaler Begriff*. In: Thies, Christian (Hrsg.): *Der Wert der Menschenwürde*, Paderborn/München/Wien/Zürich: Schöningh, 2009, 75-92.
- Rethmann, Albert-Peter: *Selbstbestimmung, Fremdbestimmung, Menschenwürde, Auskünfte aus christlicher Ethik*, Regensburg: Pustet, 2001.
- Riessen, Reimer / Happ, Michael: *Entscheidungskonflikte beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen aus intensivmedizinischer Sicht*. In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): *Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“*, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 483-488.
- Rothhaar, Markus: *Autonomie und Würde am Lebensende. Zur Klärung eines umstrittenen Begriffsfelds*. In: Hoffmann, Thomas Sören / Knaup, Marcus (Hrsg.): *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*, Wiesbaden: Springer, 2015, 101-114.
- Schaeffer, Andrea: *Menschenwürdiges Sterben – Funktional differenzierte Todesbilder, Vergleichende Diskursanalyse zu den Bedingungen einer neuen Kultur des Sterbens*, Berlin, Lit, 2008.
- Schnieder, Patrick: *Normgerechtes Sterben. Aufgaben und Grenzen staatlicher Regulierung*. In: Niederschlag, Heribert / Proft, Ingo (Hrsg.): *Recht auf Sterbehilfe? Politische, rechtliche und ethische Positionen*, Ostfildern: Grönewald, 2015, 57-64.
- Schockenhoff, Eberhard: *Was heißt menschenwürdig sterben?* In: Thies, Christian (Hrsg.): *Der Wert der Menschenwürde*, Paderborn/München/Wien/Zürich: Schöningh, 2009, 193-206.
- Schumacher, Bernard N.: *Philosophie*. In: Wittwer, Héctor / Schäfer, Daniel / Frewer, Andreas (Hrsg.): *Handbuch Sterben und Tod, Geschichte – Theorie – Ethik*, 2. Auflage, Berlin: Metzler Verlag, 2020, 40-50.
- Schuster, Josef: *Ärztliche Beihilfe zum Suizid und Rettungspflicht als Konfliktfeld*. In: Hilpert, Konrad / Sautermeister, Jochen (Hrsg.): *Selbstbestimmung auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*, Freiburg im Breisgau/Basel/Wien: Herder, 2015, 115-132.

- Schweidler, Walter: Über Menschenwürde, Der Ursprung der Person und die Kultur des Lebens, 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012.
- Spickhoff, Andreas (Hrsg.): Medizinrecht, Beck'sche Kurz-Kommentare, 3. Auflage, München: C.H.Beck, 2018.
- Spieker, Manfred: Sterbehilfe? Selbstbestimmung und Selbsthingabe am Lebensende. Eine katholische Perspektive. In: Hoffmann, Thomas Sören / Knap, Marcus (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens, Wiesbaden: Springer, 2015, 215- 246.
- Steger, Florian: Das Erbe des Hippokrates, Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 2008.
- Stoecker, Ralf: Theorie und Praxis der Menschenwürde, Paderborn: mentis, 2019.
- Streck, Nina (2015): Sterbewünsche – medizinisch-empirische Zugänge. In: Hilpert, Konrad / Sautermeister, Jochen (Hrsg.): Selbstbestimmung auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid, Freiburg im Breisgau/Basel/Wien: Herder, 2015, 17-30.
- Streck, Nina (2020): Jedem seinen eigenen Tod, Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende, Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, 2020.
- Thies, Christian (Hrsg.): Der Wert der Menschenwürde, Paderborn/München/Wien/Zürich: Schöningh, 2009.
- Verrel, Torsten: Die jüngere Rechtsentwicklung – Patientenverfügungsgesetz (2009). In: Bormann, Franz-Josef (Hrsg.): Lebensbeendende Handlungen, Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin/Boston: De Gruyter, 2017, 617-634.
- Von der Pfordten, Dietmar: Menschenwürde, München: C.H.Beck, 2016.
- Von Schirach, Ferdinand: Gott, Ein Theaterstück, 1. Auflage, München: Luchterhand Literaturverlag, 2020.
- Von Wolff-Metternich, Brigitta-Sophie: Philosophische Konzepte der „Menschenwürde“ und ihre Bedeutung für die Debatte um menschenwürdiges Sterben. In: Anderheiden, Michael / Eckart, Wolfgang Uwe (Hrsg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde, Berlin/Boston: De Gruyter, 2012, 201-212.

Wagner, Hans: Die Würde des Menschen, Wesen und Normfunktionen, Paderborn: Schöningh, 2014.

Wastlhuber, Laura Maria: Die Suizidassistenten im Rahmen der Sterbehilfe – eine Analyse der Reformdebatte um § 217 StGB, München: LMU 2020.

Wetz, Franz Josef: Illusion Menschenwürde? In: Thies, Christian (Hrsg.): Der Wert der Menschenwürde, Paderborn/München/Wien/Zürich: Schöningh, 2009, 45-62.

Wittwer, Héctor (Hrsg.) a): Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid, Grundlagentexte zur ethischen Debatte, Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2020.

Wittwer, Héctor b): „James Rachels‘ Aufsatz ‚Aktive und passive Sterbehilfe‘: eine Zusammenfassung.“ In: Wittwer, Héctor (Hrsg.): Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid, Grundlagentexte zur ethischen Debatte, Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2020, 39-47.

Internetquellen

Alle nachfolgend aufgeführten Internetquellen wurden zuletzt aufgerufen am 01.12.2021.

Bundesärztekammer (Hrsg.) a): 124. Deutscher Ärztetag (Online), Beschlussprotokoll, Berlin, 04.-05.05.2021, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/124.DAET/Beschlussprotokoll_Stand_06.05.2021.pdf

Bundesärztekammer (Hrsg.) b): Deklaration von Genf, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/bundersaaerztekammer_deklaration_von_genf_04.pdf

- Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.): Diskussionsentwurf, Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Suizidhilfe_Gesetz_Arbeitsentwurf.pdf
- Deutsches Ärzteblatt 2011, Jg. 108, Heft 7, 18. Februar 2011, o.S. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf
- Deutsches Ärzteblatt 2017, Jg. 114, Heft 7, 17. Februar 2017, A 334-A 336, o.S. [https://www.aerzteblatt.de/archiv/186360/Verbot-der-geschaeftsmaessigen-Foerderung-der-Selbsttoetung-\(-217-StGB\)-Hinweise-und-Erlaeuterungen-fuer-die-aerztliche-Praxis](https://www.aerzteblatt.de/archiv/186360/Verbot-der-geschaeftsmaessigen-Foerderung-der-Selbsttoetung-(-217-StGB)-Hinweise-und-Erlaeuterungen-fuer-die-aerztliche-Praxis)
- Deutsches Ärzteblatt 2017, Jg. 114, Heft 42, 27. Oktober 2017, A 1956, o.S. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/194127/Weltaerztesbund-Hippokratischer-Eid-fuer-Aerzte-modernisiert>
- Deutsche Bischofskonferenz (Hrsg.): Katholischer Erwachsenenkatechismus, Band II, 1995. <http://www.alt.dbk.de/katechismus/index.php>
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) a): Gesetzesentwurf, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, o.S. https://www.renate-kuenast.de/images/Gesetzesentwurf_Sterbehilfe_Stand_28.01.2021_final_002.pdf
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) b): Gesetzesentwurf, Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe, Drucksache 19/28691, 19.04.2021, o.S. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/286/1928691.pdf>
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) a): Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention, Berlin 18.12.2014, o.S. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf>
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) b): Öffentlicher Teil der Plenarsitzung am 22. Oktober 2020, Recht auf Selbsttötung, o.S. <https://www.ethikrat.org/sitzungen/2020/recht-auf-selbsttoetung/>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.) a): Was ist Palliativmedizin?, 2005, o.S.

http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was_ist_Palliativmedizin_Definitionen_Radbruch_Nauck_Sabatowski.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.) b): Ärztlich assistierter Suizid, Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Januar 2014, o.S.

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_ärztsuizid_online.pdf

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) (Hrsg.): Satzung der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e.V., 10.11.2012, o.S.

https://www.dghs.de/fileadmin/content/01_ueber_uns/01_satzung/00_pdfs/DGHS-Satzung.pdf

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) (Hrsg.) a): Rechtliche Regelungen, o.S.

<https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen>

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) (Hrsg.) b): Urteile des BGH zur Sterbehilfe, o.S.

<https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/fuenf-urteile-zur-sterbehilfe>

Ethikkomitee der DRK Kliniken Berlin (Hrsg.): Ethik am Lebensende, Leitlinie der DRK Kliniken Berlin, Berlin, Januar 2009, o.S.

https://ethikkomitee.de/downloads/leitlinien_drk_le.pdf

European Association of Palliative Care (EAPC) (Hrsg.): What we do, o.S.

<https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do/>

Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) (Hrsg.) a): Gott ist ein Freund des Lebens, 30.11.1989, o.S.

https://www.ekd.de/gottistfreund_1989_welcome.html

Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) (Hrsg.) b): Gott ist ein Freund des Lebens, 30.11.1989, o.S.

https://www.ekd.de/gottistfreund_1989_freund4.html

Fricke, Anno: Bundesregierung will Entwurf zur Sterbehilfe-Reform nicht veröffentlichen, Ärztezeitung v. 10.04.2021, o.S.

<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Bundesregierung-will-Entwurf-zur-Sterbehilfe-Reform-nicht-veroeffentlichen-418628.html>

- Gethmann, Carl Friedrich: Ethische Fragen der Selbsttötung, 14.10.2020, o.S.
<https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/sitzung-22-10-2020-gethmann.pdf>
- Lauer, Joachim: Das wissenschaftliche Bibellexikon im Internet (WiBiLex), Suizid, August 2012, o.S.
https://www.bibelwissenschaft.de/fileadmin/buh_bibelmodul/media/wibi/pdf/Suizid_2018-12-03_20_57.pdf
- Legal Tribune Online (LTO) (Hrsg.): Grundsatzentscheidung des BGH zum Suizid steht an, Sie wollten nicht gerettet werden, Gastkommentar von Prof. Dr. Henning Rosenau und Dipl.-Jur. Henning Lorenz, M. mel., 03.07.2019, o.S.
<https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/bgh-5str132-18-suizid-aerzte-rettungspflicht-straftverfahren-sterbeautonomie/>
- Legal Tribune Online (LTO) (Hrsg.): BVerfG kippt § 217 StGB, "Die freie Entscheidung in letzter Konsequenz akzeptieren", 26.02.2020, o.S.
<https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/BVerfG-2-bvr-2347-15-verbot-geschaeftsmaessige-foerderung-selbsttoetung-verfassungswidrig-selbstbestimmung-letzte-konsequenz/>
- Janisch, Wolfgang: Dem Staat die Herrschaft über den Tod genommen. In: Süddeutsche Zeitung, 26.02.2020, o.S., <https://www.sz.de/1.4821470>.
- Radtke, Rainer: Statistiken zu Selbstmord und Sterbehilfe, Statista, 08.09.2021, o.S., <https://de.statista.com/themen/40/selbstmord/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) a): Anzahl der Sterbefälle in Deutschland von 1991 bis 2020, Statista, April 2021, o.S.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaell-e-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) b): Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2015 bis 2019, Statista, März 2021, o.S.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/585/umfrage/selbstmordmethoden-in-deutschland-2006/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) c): Anzahl der Suizide in Deutschland im Vergleich zu ausgewählten Todesursachen in den Jahren 2012 bis 2019, Statista, März 2021, o.S.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318378/umfrage/anzahl-der-suizide-in-deutschland-im-vergleich-zu-ausgewaehlten-todesursachen/>

The World Medical Association, Inc. (WMA) (Hrsg.): World Medical Association declaration of Lisbon on the rights of the patients, September/Okttober 1981, o.S.

<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-1981.pdf>

Vatican (Hrsg.) a): Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie, o.S.

https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_ge.html

Vatican (Hrsg.) b): Pastorale Konstitution, Gaudium et spes, Über die Kirche in der Welt von heute, o.S.

https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_ge.html

World Health Organization a) (WHO) (Hrsg.): WHO Definition of Palliative Care 2002, o.S.

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf

Wortmann, Martin: BVerfG-Urteil zur Sterbehilfe ist ein Aufruf zum Handeln für Ärzte, Ärztezeitung v. 28.02.2020, o.S.

<https://www.aerztezeitung.de/Politik/BVG-Urteil-zur-Sterbehilfe-ist-ein-Aufruf-zum-Handeln-fuer-Aerzte-407157.html?bPrint=true>

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria
Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga
Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von
Suchtprävention am Arbeitsplatz
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd
Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement
und Wirtschaftlichkeit
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie
Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die Kranken-
häuser in Deutschland
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 5 (2016)

Lapczynya, Carmen / Siodlaczek, Claudia
Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus wirt-
schaftliche Faktoren
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 6 (2017)

Huppertz, Holger
Durchdringung der G-BA QM-Richtlinie in einem Universitätsklinikum
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 7 (2017)

Matusiewicz, David
Verbesserung der Therapietreue in Apotheken - eine verhaltensökonomische
Studie
ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 8 (2017)

Kusch, Christina

Corporate Governance in Universitäts- und Privatkliniken

ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 9 (2017)

Geißler, Jens

Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management

ISSN 2367-3176) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 10 (2018)

Mehmet Ali, Takis

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen.

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 11 (2018)

Boroch, Wilfried

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik.

Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 12 (2018)

Furtmayr, Angelika

Die Entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule seit Einführung des Präventionsgesetzes

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 13 (2018)

Dännhardt, Andy

Kohärenzgefühl berufsbegleitend Studierender am Einzelfallbeispiel des FOM Hochschulzentrums München

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 14 (2019)

Kösters, Ines

Arteria Danubia - Gesundheitsregionen im Donauraum

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 15 (2019)

Lakasz, Andrea

Führungsaspekte in Universitätskliniken mit besonderem Fokus auf ärztliche Mitarbeiter unterschiedlicher Generationen

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 16 (2019)

Wangler, Julian / Jansky, Michael / Heidl, Christian / Müller, Sebastian / Heckel, Natalie / Zerth, Jürgen

Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management II

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 17 (2019)

Fischer, Philipp

Digital Health – Untersuchung zur Akzeptanz der elektronischen Gesundheitsdatenspeicherung in Form der elektronischen Patientenakte (ePA) in Deutschland

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 18 (2020)

Brauer, Yvonne

Retrospektive Studie zur Ermittlung der Risikofaktoren für eine stationäre Wiederaufnahme nach allogener Stammzelltransplantation

ISBN (Print) 978-3-89275-135-9 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-136-6 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 19 (2020)

Schädrich, Katrin

Mindful Leadership: Wirksamkeit appbasierter Kurzmeditationen auf die Achtsamkeit bei Führungskräften.

ISBN (Print) 978-3-89275-123-6 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-124-3 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 20 (2020)

Behrens, Yvonne / Geremek, Mariusz / Scharfenorth, Karin

Europe's Health System – Presentation of the health systems of Bulgaria, Poland and Germany

ISBN (Print) 978-3-89275-137-3 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-138-0 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 21 (2020)

Krause, Rabea

Bedarfsgerechte Versorgung von neuromuskulär erkrankten Menschen nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: Eine explorative Untersuchung der Anforderungen

ISBN (Print) 978-3-89275-152-6 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-153-3 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 22 (2021)

Kokotz, Carolin / Tewes, Stefan

Personatypologien im Gesundheitswesen:

Lösungsansatz für optimierte Kundenzufriedenheit

ISBN (Print) 978-3-89275-170-0 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-171-7 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 23 (2021)

Geiger, Inke / Geißler, Jens

Digitale Transformation der gesetzlichen Krankenversicherung.

IT-Strategie, Steuerung und Sourcing als strategische und operative Herausforderungen

ISBN (Print) 978-3-89275-182-3 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-183-0 – ISSN (eBook) 2569-527

Band 24 (2021)

Elsenheimer, Laura / Behrens, Yvonne / Wiesener, Marc / Kantermann, Thomas

Research Network International: Von Wissenschaft, Vernetzung und Emotionen

ISBN (Print) 978-3-89275-230-1 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-231-8 – ISSN (eBook) 2569-5274

Band 25 (2022)

Schäfer, Stefanie / Schaff, Arnd

Nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement im Handwerk

ISBN (Print) 978-3-89275-246-2 – ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-247-9 – ISSN (eBook) 2569-5274



Forschungsstark und praxisnah:

Deutschlands Hochschule für Berufstätige

Raphaela Schmaltz studiert den
berufsbegleitenden Master-Studiengang
Taxation am FOM Hochschulzentrum Köln.

Die FOM ist Deutschlands Hochschule für Berufstätige. Sie bietet über 40 Bachelor- und Master-Studiengänge, die im Tages- oder Abendstudium berufsbegleitend absolviert werden können und Studierende auf aktuelle und künftige Anforderungen der Arbeitswelt vorbereiten.

In einem großen Forschungsbereich mit hochschuleigenen Instituten und KompetenzCentren forschen Lehrende – auch mit ihren Studierenden – in den unterschiedlichen Themenfeldern der Hochschule, wie zum Beispiel Wirtschaft & Management, Wirtschaftspsychologie, IT-Management oder Gesundheit & Soziales. Sie entwickeln im Rahmen nationaler und internationaler Projekte gemeinsam mit Partnern aus Wissenschaft und Wirtschaft Lösungen für Problemstellungen der betrieblichen Praxis.

Damit ist die FOM eine der forschungstärksten privaten Hochschulen Deutschlands. Mit ihren insgesamt über 2.000 Lehrenden bietet die FOM rund 57.000 Studierenden ein berufsbegleitendes Präsenzstudium im Hörsaal an einem der 36 FOM Hochschulzentren und ein digitales Live-Studium mit Vorlesungen aus den hochmodernen FOM Studios.

Alle Institute und KompetenzCentren unter
[fom.de/forschung](https://www.fom.de/forschung)

Die Hochschule.
Für Berufstätige.

FOM

ISBN (Print) 978-3-89275-258-5

ISSN (Print) 2367-3176

ISBN (eBook) 978-3-89275-259-2

ISSN (eBook) 2569-5274



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

ifgs

FOM. Die Hochschule. Für Berufstätige.

Mit über 57.000 Studierenden ist die FOM eine der größten Hochschulen Europas und führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom-ifgs.de



Der Wissenschaftsblog der FOM Hochschule bietet Einblicke in die vielfältigen Themen, zu denen an der FOM geforscht wird: fom-blog.de