



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Der Einfluss von § 217 StGB auf die Diskussion
über die Sterbehilfe in Deutschland

vorgelegt von

Josephine Schallehn

Erstgutachterin: Prof. Dr. Britta Tammen

Zweitgutachter: Prof. Dr. Andreas Speck

Tag der Einreichung: 09.07.2020

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0437-6

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder gesamt noch in Teilen einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhalt

1.	Einleitung.....	1
2.	Thematische Hinführung.....	2
3.	Geschichte der Sterbehilfe.....	2
4.	Begriffliche Einordnung.....	5
	4.2 Definition	5
	4.3 Rechtliche Spannungsfelder	5
	4.4 Einordnung der verschiedene Sterbehilfe-Formen	6
	4.5 Kritische Auseinandersetzung der bestehenden Einteilung.....	8
5.	Einordnung Paragraf 217 StGB.....	9
	5.1 Entwicklung des Paragrafen.....	9
	5.2 Inhaltlicher Überblick.....	10
	5.2.1 Absatz 1	11
	5.2.2 Absatz 2	12
	5.3 Alternative Gesetzesentwürfe	12
	5.4 Strafrechtliche Kritik	14
6.	Sterbehilfe in Europa.....	18
	6.1 Vergleich Sterbehilfe in Deutschland – Euthanasie Niederlande	18
	6.2 Das Euthanasie-Gesetz in den Niederlanden.....	19
	6.3 Sterbehilfe in der Schweiz	23
	6.4. Fazit europäischer Vergleich.....	24
7.	Diskussion.....	25
	7.1 Kontra-Argumentation.....	25
	7.2 Pro-Argumentation	31
	7.3 Fazit.....	34
8.	Alternativen.....	35
	8.1 Patientenverfügung	36
	8.2 Umgang mit Betroffenen	39
9.	Fazit	41
10.	Quellen	46

1. Einleitung

In dem 2004 erschienenen spanischen Spielfilm „Das Meer in mir“, im Original „Mar Dentro“, wird die wahre Geschichte von Ramón Sampedro zählt. Der galizische Seefahrer bricht sich bei einem Badeunfall das Genick und ist seitdem vom Hals abwärts gelähmt. Dadurch sieht er seine Existenz als nicht mehr lebenswert an und hegt den Wunsch, sein Leben beenden zu wollen. Jedoch ist dieses Vorhaben mit vielen Hindernissen verbunden. Bei seiner Familie stößt er größtenteils auf Unverständnis und auch seitens der spanischen Regierung und der Kirche wird seinem Bedürfnis nach aktiver Sterbehilfe nicht nachgekommen. Im weiteren Verlauf der Geschichte trifft er auf Rosa, welche trotz ihrer schwierigen Lebensumstände eine n optimistisch geprägten Charakter hat. Sie versucht Ramón zu helfen, einen Sinn in seinem Leben wiederzufinden und ihm so von seinem Sterbewunsch abzubringen. Zwar kann sie ihn nicht überzeugen aber lernt mit der Zeit, seine Beweggründe für einen Suizid nachzuvollziehen. Nach einem verlorenen Gerichtsprozess, bei dem die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe abgelehnt wird, entschließt sich Ramón mit Rosas Hilfe dazu, sich inoffiziell das Leben zu nehmen aber möchte niemanden in eine eventuelle Mittäterschaft ziehen. Daraufhin besorgt Rosa eine tödliche Dosis Zyankali und stellt sie Ramón zur Verfügung. Bevor er das Gift selbstständig einnimmt, nimmt er eine Videobotschaft auf und erklärt, dass die spanischen Behörden ihm keine andere Wahl gelassen hätten, als die Selbsttötung im Verborgenen durchzuführen. Ramón verfasste vor seinem Sterben mehrere Gedichte, in denen er seine Todessehnsucht eindrücklich schildert. Sie wurden noch während seiner Lebzeit unter dem Titel „Briefe aus der Hölle“, im Spanischen „Cartas desde el Infierno“ veröffentlicht. Zufälligerweise habe ich diesen Film zeitgleich mit einem Hochschulseminar zum Thema Sterbehilfe gesehen und mich so erstmalig bewusst mit den Thema auseinandergesetzt. Vor allem in der Diskussion mit meinen Mitstudierenden wurde mir bewusst, wie sehr mich das Thema auch nach dem Seminar noch beschäftigte und was für einen wichtigen gesellschaftlichen Stellenwert es für mich hat. Insbesondere wichtig für die Dimension der Diskussion fand ich § 217 des Strafgesetzbuches und inwiefern dieser die Diskussion über Sterbehilfe beeinflusst. Daraus ist das Vorhaben entstanden, mich im Rahmen der vorliegenden Arbeit noch eingehender mit der Thematik auseinanderzusetzen und somit einen Teil zur Debatte beizutragen.

2. Thematische Hinführung

In Deutschland ist das Thema Sterbehilfe nach wie vor hochaktuell und wird häufig sehr emotional geführt. Besonderen Aufschwung erhielt sie durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts am 26. Februar 2020. Darin wird § 217 im Strafgesetzbuch (StGB) und somit die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ für nichtig erklärt.¹

Anlässlich dieser Entscheidung soll im Folgenden der Diskurs um die geschäftsmäßige Sterbehilfe aufgegriffen werden. Zunächst wird auf die besondere Vergangenheit Deutschlands bezüglich Sterbehilfe eingegangen und erläutert, warum die Geschichte auch noch heute die aktuelle Debatte beeinflusst. Anschließend wird ein differenzierter Überblick über die verschiedenen Arten der Sterbehilfe verschafft, um das nötige grundlegende Wissen für ein Verständnis der Diskussion zu schaffen. Danach findet ein Exkurs zum internationalen Vergleich der Sterbehilfe in Europa statt, in dessen Rahmen die Verhältnisse der geschäftsmäßigen Selbsttötung in den Niederlanden und in der Schweiz dargelegt werden. Hierbei werden die positiven und negativen Ansichten der liberalen geführten Sterbehilfepolitik als Anregungen für die Auseinandersetzung mit dem Thema in Deutschland genutzt. Darauf folgt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit § 217 StGB. Verschiedene Positionen, die sich entweder für oder gegen diese Form der Sterbehilfe stellen, werden erläutert. Abschließend soll auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung als mögliche Hilfestellung für die Betroffenen und deren Angehörige eingegangen werden und wie möglichst achtsam mit ihnen umgegangen werden kann.

Insgesamt wird der Fragestellung nachgegangen, ob und wenn ja, inwiefern der bereits angesprochene § 217 StGB die bundesweite Diskussion über die verschiedenen Arten der Sterbehilfe beeinflusst.

3. Geschichte der Sterbehilfe

Die Wortherkunft des Begriffs „Euthanasie“ stammt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie „guter Tod“ oder „sanfter Tod“.² Im vierten Jahrhundert n. Chr. wurde dieser Wortbedeutung erstmalig nachgegangen, indem todkranke Patient*innen ohne Heilungsaussichten bis zum Ableben in Hospitälern Pflege bis zum Tode erhalten haben. Im Namen der

¹BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 (Internetquelle)

²Roggendorf 2011, S. 3

christlichen Nächstenliebe wurde dem Wohl und der Gesundheit der Kranken höchste Priorität zugeschrieben.

Eine plötzliche Kehrtwende erfuhr die medizinische Behandlung Sterbender jedoch in der Antike und im späten Mittelalter. Chronisch Kranke ohne Chancen einer Genesung wurden gar nicht erst behandelt und erfuhren in manchen Fällen sogar einen gesellschaftlichen Ausstoß.³ Im 16. Jahrhundert wurde nachweislich begonnen, den Todeseintritt absichtlich verfrüht herbeizuführen, um erkrankten Leidenden das Sterben zu erleichtern, womit damals auch der Glauben an eine Ablösung der Seele einherging.⁴

Eine neue Dimension erreichte die Sterbehilfe mit den Forschungen Darwins zur Evolution. Zu Zeiten des Imperialismus stellte Darwin die Theorie auf, dass sämtliche Lebewesen aus früheren Entwicklungen stammen, wonach die angepassteren Daseinsformen eine bessere Chance hätten, zu überleben und sich fortzupflanzen. Damit würde sich kontinuierlich eine höherentwickelte Spezies bilden. Obwohl die ursprünglichen Überlegungen Darwins nur auf Beobachtungen von Tieren beruhten, wurde sein Konzept auf die menschliche Entwicklung übertragen und Sozialdarwinismus genannt. Demzufolge laufe eine Gesellschaft Gefahr, negativ bewertete Eigenschaften an Nachkommen weiterzugeben und somit die Bevölkerung nachhaltig schwächen.⁵ Die Lehre des Sozialdarwinismus und die Veröffentlichung der Thesen in „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ vom Strafrechtlicher Karl Binding und dem Psychiater Alfred Hoche trugen maßgeblich zu den unmenschlichen Handlungen der Euthanasie im Dritten Reich bei. Unter dem Vorwand des Mitleids wird in dieser Schrift dafür plädiert, Kranke mit physischen bzw. psychischen Einschränkungen ohne deren Einwilligung zu töten, da sie eine Last für den Staat seien.⁶

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde die ursprüngliche Bedeutung des Euthanasie-Begriffes für den systematisch organisierten Massenmord an Tausenden unschuldiger Menschen missbraucht. Dies geschah unter dem Vorwand, dass das Leben von Menschen mit einer Krankheit bzw. Behinderung vom nationalsozialistischen Regime als Belastung sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesellschaft wahrgenommen werde. Der Tod würde somit in diesen Fällen eine Erlösung darstellen. Hierbei ist wichtig zu betonen, dass die Betroffenen keinerlei

³Ambrosy/Löser 2006, S. 24

⁴Hohendorf 2013, S. 29

⁵Hohendorf 2013, S. 36f.

⁶ ebd., S. 47 ff.

Mitbestimmungsrecht hatten und die Auswahl der zu tötenden Personen allein von der nationalsozialistischen Führung willkürlich vorgenommen wurde.⁷ Als Grundlage dieser Verbrechen diente die von Hitler am 1. September 1939 verfasste Ermächtigung, bestimmten Ärzt*innen die Entscheidungsgewalt zu überschreiben, welches Leben der kranken Patient*innen als vernichtenswert galt und welches nicht.⁸ Als einen Teil der Kriegsvorbereitung fand im Frühling 1940 eine Erweiterung der Zwangseuthanasie statt. Erfasst wurden in diesem Schritt auch Kinder und Patient*innen in Pflege – und Erziehungsanstalten. Vermerkt wurde dieser Schritt unter der Abkürzung „T4“, benannt nach der Tiergartenstraße Nummer 4, in der die Krankentötungen zentral organisiert wurden.⁹

Dieses historische Bewusstsein ist Grund dafür, warum auch heute noch in Deutschland wesentlich strenger und vorsichtiger mit dem Thema umgegangen wird als z.B. in der Schweiz oder in den Niederlanden.¹⁰ Deswegen wird in dieser Arbeit unter anderem auch der Frage nachgegangen, ob die Diskussion über Sterbehilfe in Deutschland angesichts der vergangenen Verbrechen im Namen der Euthanasie eingeschränkt sei und sich von der Geschichte lösen sollte, um einen modernen und neutralen Diskurs nicht im Wege zu stehen. Inwiefern eine Distanzierung eines solch wichtigen Kapitels der deutschen Geschichte möglich sei und ob die Historie nicht andererseits eine bedachtere Perspektive geben würde, wird ebenfalls thematisiert. An dieser Stelle kann jedoch bereits festgehalten werden, dass die deutsche Geschichte der Sterbehilfe weit in die Vergangenheit zurückgeht und auch unsere heutige Diskussion beeinflusst, wobei das Thema dieser Arbeit, § 217 StGB, keine Ausnahme bildet.

In der vorliegenden Ausarbeitung wird auf Grund der soeben erläuterten begrifflichen Historie des Wortes „Euthanasie“ auf alternative Bezeichnungen, wie z.B. „Sterbehilfe“ oder „selbstbestimmtes Sterben“ zurückgegriffen. Damit möchte ich mein Bewusstsein für die unmenschlichen Taten, die im Dritten Reich begangen wurden, zeigen und mich klar von den nationalsozialistischen Verbrechen gegen grundlegende Menschenrechte distanzieren.

⁷Roggendorf 2011, S.13ff.

⁸ Hohendorf 2013, S. 73

⁹ ebd., S. 74f.

¹⁰Ambrosy/Löser 2006, S. 24f.

4. Begriffliche Einordnung

Ein häufig auftretendes Problem in der Diskussion über Sterbehilfe ist eine allgemeine Unklarheit über die verschiedenen Formen des begleiteten Sterbens. Dadurch kommt es nur allzu leicht zu Verwechslungen bzw. zum Durcheinanderbringen der verschiedenen Arten der Sterbehilfe und die jeweiligen juristischen Grundlagen. Dieses Fachwissen ist jedoch grundlegend für eine angemessene Auseinandersetzung mit der Thematik. Gerade weil viele Menschen aus nachvollziehbaren Gründen einen hauptsächlich emotionalen Zugang zur Sterbehilfe haben, kann ein differenzierterer Überblick über die unterschiedlichen Formen helfen, die eigenen Gedanken und Gefühle einzuordnen und eine auf Faktenwissen fundamentierte Diskussion zu führen.

4.2 Definition

Schon bei der Definition der Sterbehilfe gehen die Meinungen auseinander. Je nach Blickwinkel können unterschiedliche Perspektiven z.B. aus der Theologie oder Philosophie unterschieden werden. Im Folgenden wird sich auf die juristische bzw. medizinische Herangehensweise konzentriert. Demnach fällt unter den Begriff Sterbehilfe, wenn eine Person dem Sterbewunsch eines Menschen nachkommt und zum Tode verhilft.¹¹

Unter Sterbebegleitung versteht man weiterläufig auch palliativmedizinische Begleitmaßnahmen. Hier geht es hauptsächlich um die möglichst angenehme Unterstützung und Begleitung der Patient*innen in der Vorbereitung auf den Tod und beim Sterbeprozess.¹²

Ursprünglich fielen unter den Terminus Sterbehilfe nur Personen, deren bevorstehender Tod durch einen unheilbaren Krankheitsverlauf nicht aufzuhalten ist. Inzwischen ist eine liberalere Erweiterung eingetreten. Somit umfasst Sterbehilfe auch Betroffene, die unter lebenserhaltenden Maßnahmen Leid ertragen, jedoch nicht zwingend todkrank sind. Eine Genesung wird hier lediglich als unwesentlich eingestuft.¹³

4.3 Rechtliche Spannungsfelder

Bevor detailliert auf die soeben angesprochenen Formen der Sterbehilfe eingegangen wird, werden im folgenden Abschnitt die Konflikte erläutert, die sich aus unterschiedlichen juristischen Perspektiven auf die Sterbehilfe ergeben. Dadurch soll gezeigt werden, dass es in diesem Diskurs

¹¹Preidel 2016, S. 3

¹² Woellert/Schmiedebach 2008, S. 17

¹³ Roggendorf 2011, S. 21

kein „richtig“ und „falsch“ gibt. Vielmehr geht es um eine sorgfältige Abwägung der grundlegenden Rechte aller Bürger*innen.

Auf der einen Seite geht es um den Schutz des menschlichen Lebens, dass in Deutschland eines der wichtigsten Rechtsgrundlagen darstellt. Dieses Rechtsgut ist im Grundgesetz in Artikel 2 Absatz 2 verankert. Es tritt schon vor der eigentlichen Geburt in Kraft und ist unabhängig von Alter oder Gesundheitsstatus. Das heißt, auch Menschen, die im Extremfall eine unheilbare Krankheit und geringe Überlebenschancen haben, sind unbegrenzt in dieses Recht einbegriffen.¹⁴

Andererseits hat jeder Mensch auch das Recht auf Selbstbestimmung und darauf, die eigene Persönlichkeit frei entfalten zu dürfen. Das schließt auch das Recht ein, im Rahmen des Gesetzes selbstbestimmt über das eigene Leben und damit zwangsläufig auch den eigenen Tod in Würde entscheiden zu können. So hat z.B. jede Person das Recht, ärztliche Behandlungen abubrechen, auch wenn diese aus medizinischer Betrachtung gesundheitlich notwendig wären.¹⁵

Diesem Punkt schließt sich als letztes der Konflikt des ärztlichen Personals an. Rechte und Pflichten für Fachkräfte im medizinischen Bereich sind sowohl in der geltenden Rechtsordnung als auch in den Vorsätzen der Bundesärztekammer festgehalten. Demnach sind Ärzt*innen verpflichtet, das Leben der Patient*innen zu erhalten und schützen. Erst wenn eine Rettung des Lebens nach medizinischem Ermessen nicht mehr möglich ist und der eintretende Tod unvermeidbar, kann mit Einwilligung der Patient*innen von lebenserhaltenden Maßnahmen abgesehen werden.¹⁶

4.4 Einordnung der verschiedene Sterbehilfe-Formen

Zwar lassen sich die verschiedenen Arten der Sterbehilfe theoretisch auflisten, jedoch ist es besonders für Ärzt*innen in der Praxis manchmal schwer zwischen unterschiedlichen Methoden zu differenzieren. Das erschwert die Arbeit erheblich, denn jede Methode trägt spezielle juristische Konsequenzen mit sich. Zunächst einmal soll der Unterschied zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe erklärt werden.

Die wohl drastischste und kontroverseste Form ist die aktive Sterbehilfe. Auf den ausdrücklichen Wunsch der Patient*innen hin wird von den Ärzt*innen der Tod willentlich und absichtsvoll herbeigeführt. Das kann z.B. durch die Verabreichung des Medikaments Barbiturat erfolgen. Für

¹⁴ Ambrosy/Löser 2006, S. 25

¹⁵ ebd., S. 20f.

¹⁶ ebd., S. 25 f.

diese Art der Beendigung des Lebens eines Sterbewilligen gibt es eine eigene gesetzliche Regelung. Laut § 216 StGB ist diese „Tötung auf Verlangen“ strafbar.¹⁷

Problematisch ist hierbei, dass die Grenzen der soeben erläuterten aktiven Sterbehilfe fließend zur indirekten Sterbehilfe sind. Diese hängt eng mit der Schmerztherapie und Palliativmedizin zusammen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, den physischen Schmerz bei Patient*innen so weit wie möglich einzudämmen. Dabei ist die Verkürzung des Lebens nicht das Hauptziel. Jedoch ist es häufig der Fall, dass die Patient*innen auf Grund dieser schmerzlindernden Behandlung früher verstirbt, als es eventuell ohne Schmerzmittel im natürlichen Verlauf der Krankheit geschehen wäre. Man spricht von indirekter Sterbehilfe, wenn der Todeseintritt bewusst im Rahmen der palliativmedizinischen Behandlung in Kauf genommen wird. Der Tod ist hierbei aber nicht das Ziel der Behandlung. Jedoch lässt sich schwer einschätzen, wo indirekte Sterbehilfe aufhört und aktive Sterbehilfe beginnt. Ein Beispiel hierfür ist eine verabreichte Überdosis Morphin, die letztendlich zum Tod führt. Ob dieser Tod nun aber Ziel der Verabreichung war oder die Schmerzlinderung mit Todesfolge, ist eine heikle Frage und schwierig zu beantworten.¹⁸

Eine weitere Kategorie stellt die passive Sterbehilfe dar. Sie bezeichnet den Todeseintritt von Patient*innen durch das bewusste Unterlassen bzw. Beenden lebenserhaltender Maßnahmen. Das kann z.B. die künstliche Ernährung durch eine Magensonde sein. Die jeweiligen behandelnden Ärzt*innen werden hier zu Sterbehelfer*innen. Eine legale Regelung der passiven Sterbehilfe findet über Patientenverfügungen statt, welche im späteren Verlauf dieser Arbeit noch mal genauer untersucht werden.¹⁹

Schlussendlich bleibt noch der assistierte Suizid zu benennen. Auch dieser soll hier nur kurz erklärt werden, da er im weiteren Verlauf der Arbeit detailliert behandelt und diskutiert wird. Zusammengefasst entscheiden sich die Sterbesuchenden dazu, die Hilfe einer weiteren Person in Anspruch zu nehmen. Beispielsweise besorgt diese andere Person das Gift und stellt es bereit. So können die Sterbewilligen ihren Todeswunsch umsetzen.²⁰

¹⁷ Roggendorf 2011, S. 22f.

¹⁸ Klie/Student 2007, S. 51f.

¹⁹ Preidel 2016, S. 3

²⁰ Klie/Student 2007, S.54f.

4.5 Kritische Auseinandersetzung der bestehenden Einteilung

Finzen übt starke Kritik an dieser Art der Kategorisierung. Er ist Vertreter des in der Literatur häufig anzufindenden Gegenvorschlags, zwischen Hilfe zum Sterben und Hilfe beim Sterben zu unterscheiden.²¹

Unter Hilfe zum Sterben fallen demnach die aktive Sterbehilfe sowie der assistierte Suizid, da hier die Selbsttötung des Sterbewilligen das Hauptziel ist.²² Auf der anderen Seite steht die Hilfe beim Sterben bzw. die indirekte und passive Sterbehilfe. Besonders hier wird die Kritik an der Formulierung „Sterbehilfe“ deutlich, denn das enthaltene Wort „Hilfe“ würde implizieren, dass der Tod der Betroffenen beabsichtigt sei. Jedoch sei der Tod im Gegensatz zur „Hilfe zum Sterben“ nur eine Folge der palliativmedizinischen Behandlung. Vordergründig in der „Hilfe beim Sterben“ sei allein das Erleichtern des Sterbeprozesses. Dieser Unterschied würde durch die gegebene Formulierung der passiven Sterbehilfe verwirrend. Ähnlich würde es sich mit dem Begriff der „passiven Sterbehilfe“ verhalten. Der Formulierung „passiv“ hält Finzen entgegen, dass die Handlungen zur Durchführung der passiven Sterbehilfe durchaus aktiv seien. Z.B. müsste im Falle der Ablehnung der künstlichen Nahrungszufuhr jemand aktiv die Magensonde entfernen.²³

Allein schon bei der allgemeinen Begriffsfindung zur Sterbehilfe mit ihren verschiedenen Formen ist hier erkenntlich, dass die Einigung auf eine einheitliche Definition schwierig ist und einem dynamischen Entwicklungsprozess unterliegt. Generell wird als Sterbehilfe bezeichnet, wenn jemand das Vorhaben zum Sterben einer anderen Person unterstützt und ihr behilflich ist, diesen Willen umzusetzen. Bei der Ausführung einer solch unterstützenden Leistung stehen sich auf der einen Seite die Forderung nach Selbstbestimmung und andererseits die Pflicht des Staates, das menschliche Leben zu schützen, gegenüber. Dazu kommt die ärztliche Aufgabe, die Gesundheit der erkrankten Patient*innen zu fördern. Unterschieden wird zwischen aktiver, indirekter und passiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid. Die aktive Sterbehilfe ist strafbar und setzt voraus, dass der Tod der Sterbewilligen zielgerichtet durch eine weitere Person herbeigeführt wurde. Im Gegensatz dazu steht die indirekte Sterbehilfe, bei der das Sterben der Patient*innen im Rahmen von palliativmedizinischen Behandlungen in Kauf genommen wird, jedoch nicht das Ziel ist. Wenn sich gegen lebenserhaltende Maßnahmen entschieden wird, ist von passiver Sterbehilfe die

²¹ Finzen 2009, S.24f.

²² ebd., S. 25 ff.

²³ ebd., S. 27ff.

Rede. Wenn der Todeswunsch mit Hilfestellung einer anderen Person umgesetzt wird, ist von assistiertem Suizid die Rede. Im Laufe der Zeit wird immer mehr von der Hilfe zum Sterben, also aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid, und der Hilfe beim Sterben, indirekte und passive Sterbehilfe, unterschieden. Damit soll die eigentliche Intention der verschiedenen Formen hervorgehoben werden.

Nachdem ein Überblick über die verschiedenen Ansätze und Perspektiven über die Sterbehilfe im allgemeinen Sinn vermittelt wurde, geht es im folgendem Abschnitt konkret um den § 217 des Strafgesetzbuches.

5. Einordnung Paragraf 217 StGB

Wie bereits angekündigt, soll hier der § 217 StGB untersucht werden, der die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ unter Strafe stellt. Der genaue Wortlaut ist folgender:

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

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

Bestraft wird, wer in geschäftsmäßiger Art und Weise einer anderen Person die Durchführung zum Begehen des Suizids entweder durch Vermittlung, Verschaffung oder Gewährung bewerkstelligt.²⁴

5.1 Entwicklung des Paragrafen

Schon in der Einleitung wurde kurz auf die neue Änderung bezüglich des assistierten Suizids eingegangen. An dieser Stelle soll die Entwicklung des § 217 StGB kurz dargestellt werden, um zu zeigen, wie kontrovers und immer noch aktuell das Thema ist.

Innerhalb der letzten fünf Jahre gab es einige einschneidende Änderungen bezüglich des assistierten Suizids in Deutschland. Bis 2015 war es legal, dem Todeswunsch Sterbewilliger z.B. durch einen Sterbehilfeverein nachzukommen. Durch eine Gesetzesreform wurde dies jedoch mit § 217 StGB unter Strafe gestellt, da die Sorge bestand, dass ein erhöhtes Angebot an Sterbehilfe zu

²⁴ BT- Drucks. 18 / 5373, S. 3

einer erhöhten Nachfrage von Suizidwilligen führen könne. Organisierter Suizid solle nicht zu einer Normallösung für Bürger*innen werden und könne diese unter Druck setzen.²⁵

Doch schon vor der Verabschiedung des Gesetzes gab es vor allem seitens Todkranker und Mitarbeiter*innen in Sterbehilfevereinen sowie Ärzt*innen ebenfalls Protest und Bedenken, die sich letztendlich durchgesetzt haben. Um ihrer Stimme Ausdruck zu verleihen, wurden mehrere Verfassungsbeschwerden verfasst. Über sechs dieser Verfassungsbeschwerden verhandelte das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe am 26. Februar 2020. Ergebnis dieser Verhandlung war, dass § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt und somit aufgehoben wurde.²⁶ Begründet wurde dies unter anderem damit, dass das Recht auf Selbstbestimmung auch die Entscheidungsfreiheit über den eigenen Suizid umfasse und damit die Möglichkeit, bei Dritten ggf. Hilfe in Anspruch zu nehmen.²⁷

5.2 Inhaltlicher Überblick

Im ersten Absatz von § 217 StGB werden die Tatbestandsmerkmale aufgeführt, die für eine Verurteilung erfüllt sein müssen. Auch die Rechtsfolge mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren bzw. einer Geldstrafe sind hier aufgeführt. Darauf folgt im zweiten Absatz ein Ausschluss der Strafverfolgung für Angehörige bzw. den Suizidwilligen nahestehende Personen, wenn diese zwar die Merkmale des ersten Absatzes erfüllen sollten, jedoch nicht geschäftsmäßig handeln.

Der Paragraph ist ein abstraktes Gefährdungsdelikt.²⁸ Somit wird die Tätigkeit des geschäftsmäßigen geförderten Suizids als generell gefährlich vom Gesetzgeber eingestuft. Das heißt, dass die Selbsttötung nicht notwendigerweise tatsächlich durchgeführt werden muss bzw. diese schon sehr weit zurückliegen kann, um die Tatbestandsmerkmale zu erfüllen. Allein das Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln der Gelegenheit zum Suizid ist ausreichend für eine Strafbarkeit. Damit sind die in den jeweiligen Fällen Beihelfer*innen unabhängig von der Verhaltensweise der Suizidenten. Selbst wenn sich gegen den Todeswunsch entschieden wird, fallen die Beihelfer*innen trotzdem durch die alleinige Hilfe unter die Tatbestandsmerkmale des § 217 StGB.²⁹

²⁵ BT- Drucks. 18 / 5373, S. 2

²⁶ Bundeszentrale für politische Bildung 2020 (Internetquelle)

²⁷ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 (Internetquelle)

²⁸ BT- Drucks. 18 / 5375, S. 16

²⁹ Steller 2019, S. 79f.

5.2.1 Absatz 1

Im ersten Absatz wird zur Erfassung der Formulierung „geschäftsmäßig“ der § 206 Absatz 1 StGB, die „Verletzung des Post – oder Fernmeldegeheimnisses“ sowie das Post – und Telekommunikationsgesetz herangezogen. Demnach fallen unter die Geschäftsmäßigkeit sämtliche durch Wiederholung gekennzeichnete Tätigkeiten. Der Unterschied zur Gewerbsmäßigkeit ist hier, dass das Handeln nicht zwingend auf kommerziellen Gewinn angelegt sein muss. Der Schwerpunkt liegt vielmehr auf die Absicht sich wiederholender Handlungsweisen. Das heißt, auch erstmalige Angebote fallen unter den Paragrafen, wenn sie auf mehrmaliges Ausführen angelegt sind.³⁰

Außerhalb der Reichweite des Paragrafen befinden sich Handlungen, die im Vorfeld der Selbsttötung lediglich dazu dienen, über das Vorgehen zu kommunizieren bzw. Informationen auszutauschen. Sobald sie jedoch bei einem konkreten Fall die Gelegenheit eines Suizids gewähren, verschaffen oder vermitteln, wären diese Handlungen strafbar. Um diese Begrifflichkeiten zu definieren, wird sich auf § 180 StGB, die „Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger“, bezogen. Wenn entsprechende Rahmenbedingungen dazu beitragen, dass der Freitod stattfinden kann bzw. die Durchführung erleichtert wird, handelt es sich entweder um eine Gewährung oder Verschaffung. Die Straftat gilt als durchgeführt, wenn die äußeren Umstände zur Durchführung des Suizids durch Dritte vereinfacht worden sind. Sind die Voraussetzungen bereits gegeben, gewähren die Täter*innen die Gelegenheit zur Selbsttötung, z.B. wenn den Sterbewilligen das entsprechende tödliche Mittel überlassen wird. Müssen die äußeren Umstände erst durch die Sterbehelfenden herbeigeführt werden, um den Suizid zu ermöglichen, wird von verschaffen gesprochen, bspw. wenn das Mittel erst noch besorgt wird. Beim Vermitteln wird der Kontakt zwischen dem suizidwilligen Menschen und der Person, die die konkrete Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt oder verschafft, ermöglicht. Die alleinige Möglichkeit der Kontaktaufnahme reicht für eine Bestrafung der Vermittler*innen aus. Das heißt, dass die Personen, die das Angebot stellen und diejenigen, die es eventuell in Anspruch nähmen, nicht zwingend miteinander kommunizieren müssen, um den Tatbestand zu erfüllen.³¹

Die Versuche, Suizid im Ausland als straffreie Möglichkeit anzubieten, sollen unterbunden werden. Dazu wird nach § 9, „Ort der Tat“, Abs. 2 StGB gehandelt. Demnach werden außerländlich begangene Taten bestraft, wenn sie in Deutschland zwar illegal, im Ausland jedoch straflos sind.

³⁰ BT - Drucks. 18 / 5373, S. 16f.

³¹ BT - Drucks. 18 / 5373, S. 18

Geschieht die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung im Inland, dann gilt Deutschland als Tatort.³²

5.2.2 Absatz 2

Ausgeschlossen sind im zweiten Absatz den Sterbewilligen nahestehende Personen bzw. Angehörige. Hintergrund dafür ist, dass auf emotional basierten Beweggründen Rücksicht genommen werden soll. Angehörige sind im Strafgesetzbuch in § 11 definiert und schließen unter Anderem Ehepartner*innen und Familienangehörige mit ein. Maßgeblich für die Erfüllung dieser Definition sei ein lang bestehendes emotionales Verhältnis zum Suizidsuchenden. Andererseits genüge es nicht nur, zum Betroffenen ein bloßes, eher gesellschaftliches geprägtes Verhältnis zu haben, z.B. Bekanntschaften aus dem Sportverein oder Kolleg*innen.³³

5.3 Alternative Gesetzesentwürfe

Dem Gesetzesentwurf zu § 217 StGB sind verschiedene alternative Gesetzesentwürfe vorausgegangen. Diese werden in diesem Kapitel vorgestellt, um die Entwicklung und verschiedenen Facetten der Diskussion deutlich zu machen.

Am striktesten gegen die Sterbehilfe spricht sich der Gesetzesentwurf des Jahres 2015 aus. Darin soll die „Teilnahme an einer Selbsttötung“ strafrechtlich verfolgt werden.³⁴ Im Gegensatz zu anderen Entwürfen wird hier auch kein Unterschied zu altruistischen Tätigkeiten der Angehörigen gemacht. Sowohl der aktiven Sterbehilfe als auch der assistierten Suizidbeihilfe soll dadurch Einhalt geboten werden. Begründet wird das Verbot damit, dass das vermeintliche Suizidvorhaben vieler Patient*innen nur Ausdruck deren momentanen Leidenssituation sei und nicht einem tatsächlichen Sterbewunsch entspreche. Schwerkranke oder alte Menschen würden so in einen Rechtfertigungszwang gedrängt werden, wenn sie sich dafür entscheiden würde, Sterbehilfe nicht in Anspruch zu nehmen. Dieser Logik zufolge könnten sie sich letztendlich für einen Suizid aus der Sorge heraus entscheiden, dass sie keine gesellschaftliche Last sein möchten. Zusätzlich bestehe bei Suiziden auch ein möglicher Werther-Effekt, also eine Nachahmung der Selbsttötungen.³⁵

³² BT - Drucks. 18 / 5373, S. 20

³³ BT - Drucks. 18 / 5373, S. 19f.

³⁴ BT – Drucks. 18 / 5376 S. 5

³⁵ BT – Drucks. 18 / 5376 S. 2

2010 wurde ein Gesetzesantrag des Landes Rheinland-Pfalz vorgestellt, der die Werbung für Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellt. Die alleinige Beihilfe zur Selbsttötung soll hier jedoch straffrei bleiben. Als Begründung wird im Entwurf die Sorge formuliert, dass sich Personen in verzweifelten Lebenssituationen durch Werbung ermutigt fühlen könnten, den Schritt zum Suizid tatsächlich umzusetzen. Die Gefahr, dass eine durchdachte und selbstständig getroffene Suizidentscheidung gar nicht vorhanden sei, sei zu groß. Stattdessen würden Menschen durch den Einfluss der Werbung zu einer vermeintlich im Augenblick getroffenen Entscheidung verleitet werden, die einen schnellen und schmerzfreien Ausweg suggerieren würde. Mögliche wirtschaftliche Interessen der Suizidbeihelfer*innen dürften nicht im Vordergrund stehen. Letztendlich könne das zu einem allgemein sinkenden Respekt der Gesellschaft vor einer frühzeitigen Beendigung des Lebens führen. Vor allem kranke und ältere Personen dürften sich durch Werbemaßnahmen nicht ermutigt fühlen, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen aus Angst, sie könnten sonst als gesellschaftliche Last wahrgenommen werden.³⁶ Dieser Vorschlag wurde jedoch in dem Gesetzesentwurf zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung abgelehnt, da das eigentliche Grundproblem nicht erschlossen werden würde, nämlich die Beeinträchtigung einer eigenständig getroffenen Entscheidung von suizidwilligen Personen. Zudem läge die eigentliche Verletzung des Rechtsgutes in vielen Fällen zeitlich zu weit auseinander mit besagten Werbemaßnahmen.³⁷

Auch abgelehnt wurde der Gesetzentwurf von 2012, worin lediglich die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt werden sollte. Die Begründung ist ähnlich. Auch hier wird die grundlegende Sorge angeführt, dass lebensmüde Menschen durch einen scheinbar schnellen und einfachen Tod nur allzu leichtfertig Suizidhilfe in Anspruch nehmen könnten. Einer „Kommerzialisierung“ der Selbsttötung und damit eine gesellschaftliche Normalisierung dieser Art des Sterbens soll mit dem Gesetz entgegengewirkt werden. Verstärkt wird auf die Gefahr hingewiesen, dass das eigentliche Wohlergehen der Sterbewilligen nicht im Vordergrund stünde. Vielmehr könnten sich Suizidhelfer*innen auf den erwirtschafteten Gewinn ihres Leistungsangebotes konzentrieren.³⁸ Jedoch solle in diesem Entwurf davon abgesehen werden, die generell auf Wiederholung bedachte Suizidförderung unter Strafe zu stellen. Die Abgrenzung zu alternativen Formen der Hilfe zur Selbsttötung wäre damit zu unklar, wie z.B. ärztliches Personal, welches

³⁶ Bundesratsdrucksache 149 / 10, S. 3f.

³⁷ BT - Drucks. 18 / 5373, S. 14

³⁸ BT - Drucks. 17 / 11126, S. 6f.

wiederholt Suizidhilfe als Ausnahmehandlung tätigt.³⁹ An dieser Stelle setzt aber genau die Kritik des Gesetzesentwurfs zur geschäftsmäßigen Förderung der Sterbehilfe an. Ein solches Verbot der alleinigen gewerblichen Förderung würde nicht ausreichen, da zu viele Möglichkeiten der Suizidhilfe gar nicht erfasst würden und es somit Wege zuließe, ein solches Verbot zu umgehen.⁴⁰

Abschließend ist auch der Gesetzesvorschlag zu beachten, der die ärztlichen Bedingungen zur Beendigung des Lebens der Patient*innen regeln soll. Gefordert wird eine Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch, wonach es ärztlichem Fachpersonal erlaubt sei, dem auf Freiwilligkeit basierenden Wunsch der Patient*innen nach Beihilfe zum Suizid nachzukommen. Voraussetzung hierfür wäre ein nicht heilbarer und tödlicher Gesundheitszustand der Betroffenen, welcher zusätzlich durch eine ärztliche Fachperson bestätigt werden müsste. Weiterführend müssten die Sterbenskranken volljährig sowie einwilligungsfähig sein und sich vor der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe einer Beratung unterziehen. Zusammen mit der Patientenverfügungen soll diese Regelung zur Stärkung der Patient*innenautonomie beitragen.⁴¹

Zu den Alternativen des verabschiedeten Gesetzes gehört der Entwurf des Jahres 2015, der sich strikt gegen die Arbeit von Sterbehilfevereinen ausspricht und für eine Bestrafung von Teilnehmenden an der Selbsttötung plädiert. Wesentlich liberaler war der Entwurf von 2010, der lediglich die Werbung zur Beihilfe zum Suizid bestrafen wollte. Der Gesetzesentwurf zwei Jahre später ist umfassender und steht für die Kriminalisierung der gewerblichen Förderung der Sterbehilfe. Dem gegenüber steht der Versuch der Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches, nach der es Ärzt*innen unter bestimmten Voraussetzungen möglich sein soll, dem Patient*innenwunsch nach Hilfe zur Beendigung des Lebens nachzukommen. Zusammenfassend lässt sich aus diesen unterschiedlichen Gesetzesentwürfen erkennen, dass schon vor der Gesetzesverabschiedung mehrere konträre Einstellungen existierten, was auf eine allgemein unterschiedliche Meinung innerhalb der Fachkreise schließen lässt.

5.4 Strafrechtliche Kritik

Unter diesem Abschnitt soll auf verschiedene Kritikpunkte bezüglich § 217 StGB eingegangen werden, wobei sich hier auf die strafrechtlichen Besonderheiten an sich konzentriert wird. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit ethischen und moralischen Aspekten wird später beleuchtet.

³⁹ BT - Drucks. 17 / 11126, S. 8

⁴⁰ BT - Drucks. 18 / 5373, S. 14

⁴¹ BT – Drucks. 18 / 5374, S. 3f.

Die theoretische Ansicht auf der einen und die eher praktischere bzw. emotionalere Ansicht auf der anderen Seite lassen sich nicht immer klar trennen, was ist hier jedoch auch nicht der Anspruch sein soll. Vielmehr geht es um das Aufzeigen mehrerer Ebenen der Diskussion, die alle eine gleichwertige Berechtigung innehaben. Damit soll das der Überblick gewahrt und das Verständnis der komplexen Problematik erleichtert werden.

Der erste mit am meisten genannte Kritikansatz ist das Fehlen einer zu schützenden Haupttat, auf die sich der § 217 StGB beziehen soll. In Deutschland ist der Suizid an sich nicht unter Strafe gestellt und auch die Art und Weise der Gestaltung des eigenen Todes fällt unter das Selbstbestimmungsrecht. Der Bürger ist von staatlicher Seite nicht zum Leben verpflichtet.⁴² Der vermeintliche Schutz vor dem Suizid durch Beihilfe würde insofern keinen Sinn ergeben, da der Suizid an sich vom Gesetzgeber rechtmäßig anerkannt ist.⁴³ Wenn das Recht auf Leben vom Gesetzgeber als gefährdet betrachtet werden würde, müsste demzufolge der Suizid an sich bzw. jede Form der Suizidbeihilfe unter Strafe stehen und nicht nur die geschäftsmäßige Suizidhilfe.⁴⁴ Da dies jedoch nicht der Fall und die Selbsttötung legal ist, müsste auch die Hilfe Dritter in Anspruch genommen werden dürfen, da manche Suizidwillige rein physisch nicht in der Lage seien, ihren Willen selbstständig auszuüben.⁴⁵ Befürworter*innen des Paragraphen sehen den möglichen Einfluss durch Sterbehelfenden auf die Suizidalen als Gefahr an, da sich der Sterbesuchende möglicherweise unter Druck gesetzt fühlen könnte. Das Argument legitimiere den Paragraphen jedoch nicht, da eine solch gravierende Beeinflussung der Suizidalen nicht einfach vorausgesetzt werden könne. Vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass die Personen, welche die Suizidhilfe in Anspruch nehmen, auf Grund einer freien und eigenverantwortlichen Entscheidung handeln.⁴⁶ Selbst wenn dem nicht so wäre und die Suizidwilligen sich in einer unterlegenen Position gegenüber den vermeintlichen Helfer*innen befinden würden und so eine freie Entscheidung ausgeschlossen wäre, würde hier die rechtliche Regelung der mittelbaren Täterschaft greifen. Die mittelbare Täterschaft ist in § 25 I Alt. 2 StGB geregelt und besagt, dass die Täter*innen eine andere Person benutzen, um die Straftat zu vollziehen. Demnach wäre unter dem Aspekt der unfreien Willensausübung beim Suizid § 217 StGB überflüssig.⁴⁷

⁴² BT - Drucks. 18 / 5373, S. 2

⁴³ Steller 2019, S. 92

⁴⁴ ebd., S. 94

⁴⁵ ebd., S. 97

⁴⁶ ebd., S. 93

⁴⁷ ebd., S. 96

Ein weiterer Kritikpunkt ist die unklare Differenzierung des Begriffes der Geschäftsmäßigkeit im Paragrafen. In einer Studie äußerte medizinisches Fachpersonal die Sorge auf, dass nicht klar sei, auf welche Form der Sterbehilfe sich die Formulierung „geschäftsmäßig“ beziehe. Dies könne zu rechtlichen Unsicherheiten in der medizinischen Praxis führen. Es sei fraglich, ob Art. 103 Abs. 2 des Grundgesetzes erfüllt sei, wonach jede Strafbarkeit vor Tatausführung gesetzlich geregelt sein muss.⁴⁸ Dieser juristische Grundsatz verfolgt das Ziel, die Bürger*innen vor der Willkür der Gesetzgebung bzw. vor willkürlicher Auslegung von Richter*innen zu schützen. Voraussetzung hier ist zudem die allgemeine Nachvollziehbarkeit von erlassenen Gesetzen, welche letztendlich mit den Auswirkungen konfrontiert werden.⁴⁹ Jedoch befinden sich die Gesetzgeber*innen häufig in einem Zwiespalt, denn auf der anderen Seite sollten Strafgesetze ebenfalls die Aufgabe erfüllen, auf möglichst viele ähnliche Fälle zuzutreffen und dürften deswegen nicht zu spezifisch sein.⁵⁰ Wie schon im Entwicklungsverlauf unter Betrachtung der alternativen Gesetzentwürfe zu beobachten war, standen die Gesetzgeber*innen vor der Entscheidung, statt des Begriffs der „Geschäftsmäßigkeit“ eher „Gewerbsmäßigkeit“ zu verwenden. Obwohl dieser nicht übernommen wurde, da das Verbot rein wirtschaftlicher Interessen bei der Sterbehilfe zu eng gefasst und zudem leicht zu umgehen sei, zeigen diese beiden Formulierungsvarianten dennoch eine Unsicherheit bei der Gesetzgebung. Gleichzeitig ist es ein Ausdruck des Bewusstseins, dass beide Formulierungen jeweils Vor – und Nachteile haben.⁵¹ Kritiker*innen der Wortwahl der Geschäftsmäßigkeit weisen auf die Bedeutung des Wortes außerhalb der des Post – und Telekommunikationsgesetzes hin. Bezüglich des gesellschaftlichen Alltagsjargons gäbe es dazu nämlich eine andere Auffassung. Im bürgerlichen Verständnis könne es darauf hindeuten, dass die geschäftliche Intention im Vordergrund liegt. Häufig wird damit gleichzeitig distanzierte und emotional kühle Haltung beschrieben. Da diese Definition nicht kongruent mit der im Paragrafen angestrebte sei, könne dies verwirrend für juristische Laien sein.⁵²

Weiterführend wird ebenfalls Kritik an den Strafbestandsmerkmalen der Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung einer Suizidsgelegenheit geäußert. Im Gesetzesentwurf wird zur genaueren Bestimmung § 180 StGB herangezogen, welcher die „Förderung sexueller Handlungen

⁴⁸ ebd., S. 104

⁴⁹ ebd., S. 113f.

⁵⁰ ebd., S. 121

⁵¹ ebd., S. 122

⁵² ebd., S. 164f.

Minderjähriger“ thematisiert.⁵³ Kritiker*innen erachten es als schwierig, solch grundlegend verschiedene lebensweltliche Kontexte aufeinander zu beziehen. Es stehen sich Förderungen sexueller Tätigkeiten von Personen unter 16 Jahren und Förderungen der Erfüllung eines Freitodwunsches gegenüber.⁵⁴ Aus ethischer Sicht sei die Selbsttötung menschlich nachvollziehbar. Im Gegensatz dazu reiht sich § 180 StGB in eine Reihe von gesellschaftlich abgelehnten Straftaten aus dem Bereich sexueller Missbräuche ein. Ob eine begriffliche Übertragung der beiden Paragraphen passend wäre, sei fraglich.⁵⁵

Als folgende Bemänglung soll auch die unklare Abgrenzung der strafbaren Taten für die Arbeit der Sterbehilfevereine dargestellt werden. Die Tatbestandsmerkmale des § 217 StGB beziehen sich auf Handlungen in einem kleinen Zeitfenster vor der eigentlichen Vollstreckung des Suizids. Erfasst hiervon ist z.B. die Vorbereitung und das Überlassen des tödlichen Medikamentes. Jedoch werden auch Tätigkeiten durchgeführt, die nicht zwangsläufig unter den ersten Absatz des Paragraphs fielen. Das kann schon bei der allgemeinen Verwaltung des Sterbehilfevereins beginnen, z.B. bei der Buchführung. Insbesondere bei der Medikamentenbestellung würde sich dies bemerkbar machen. Wird im Verein der allgemeine Bestand der todbringenden Medikamente aufgefüllt, dürfte dies nicht illegal sein. Anders würde es sich jedoch verhalten, wenn die gleiche Art Medikament speziell für eine Tötung und zeitlich nahe der Durchführung bestellt würde, da es in diesem Fall einen unmittelbaren Zusammenhang zum Suizid gäbe. Es sei wahrscheinlich, dass sich diese rechtliche Grauzone tendenziell zu Ungunsten der Sterbehilfevereine ausweiten würde, da deren Einschränkung im Willen der Gesetzgeber*innen läge.⁵⁶

Knapp zusammengefasst gibt es mehrere Kritikpunkte zum Inhalt des § 217 StGB. Mit am häufigsten genannt wird der Mangel einer Haupttat, die der Paragraph schützen sollte, da der Suizid an sich in Deutschland nicht illegal ist. Zudem herrscht Unklarheit bei der Bestimmung der Geschäftsmäßigkeit und ob der Bestimmungsgrundsatz in Art. 3 Abs. 2 des Grundgesetzes erfüllt sei. Ebenfalls kritisch betrachtet wird der Bezug zum § 180 StGB zur Erläuterung der Formulierungen Gewährung, Verschaffung und Vermittlung, da es sich hier um zwei ethisch unterschiedliche Kontexte handeln würde. Ein weiteres Problem könne bei den Sterbehilfevereinen auftreten, da sie sich laut des Gesetzes mit vielen ihrer Tätigkeiten in einer ungewissen Grauzone

⁵³ BT - Drucks. 18 / 5373, S. 18

⁵⁴ Steller 2019, S. 138f.

⁵⁵ ebd., S. 142f.

⁵⁶ ebd., s. 143f.

befinden würden. In der Fachliteratur finden sich noch weitere Kritikpunkte, jedoch würden diese den Rahmen der Arbeit sprengen und sind für die weitere Ausführung nicht nötig. Hauptsächlich lässt sich auch hier wieder feststellen, dass der § 217 StGB den Grundstein für viele Diskussionen bildet. Gleichzeitig wird angesichts dieser umfangreichen Debatte klar, dass das Thema der Förderung des Suizids nach wie vor aktuell und der Austauschbedarf hoch ist.

6. Sterbehilfe in Europa

Da in der fachlichen Diskussion zum Thema Sterbehilfe in Deutschland immer wieder der internationale Vergleich zur Argumentation herangezogen wird, lohnt es sich an dieser Stelle zu unseren europäischen Nachbarn in die Niederlande zu schauen. Deswegen soll in diesem Kapitel die dortige Situation der professionellen Hilfe zur Selbsttötung betrachtet werden, um daraus eventuelle Unterschiede und Parallelen zu ziehen. Danach werden Details zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden dargestellt, um eine weitere Perspektive auf unsere Diskussionskultur zu gewinnen.

6.1 Vergleich Sterbehilfe in Deutschland – Euthanasie Niederlande

Als erstes fällt auf, dass in den Niederlanden weiterhin das Wort Euthanasie verwendet wird, da es dort im Gegensatz zur schon aufgezeigten deutschen Geschichte keine vergleichbare negative Begriffsassoziation gibt.⁵⁷ Deswegen wird in diesem Kapitel ebenfalls auf die Formulierung der Euthanasie zurückgegriffen, um den kulturellen Unterschieden zwischen Deutschland und den Niederlanden gerecht zu werden.

Zu den Gemeinsamkeiten zählt, dass sowohl Deutschland als auch die Niederlande den gleichen Forschungsstand der palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten schmerzleidender Patient*innen haben. Laut Pott/Meijer sei ebenfalls die Organisationsform, z.B. Netzwerkarbeit oder professionelle Hilfsangebote der Palliativmedizin ähnlich.⁵⁸ An dieser Stelle ließe sich jedoch auch ein Unterschied festmachen. In Deutschland stünden viele Hospizeinrichtungen unter der Verantwortung der Kirche. Daran ließe sich der nach wie vor christlich geprägte Einfluss auf die Gesellschaft festmachen. Im Gegensatz dazu wären die Hospize in den Niederlande bis auf einige Ausnahmen eher von religiösen Einflüssen getrennt.

⁵⁷ Pott/Meijer 2015, S. 9

⁵⁸ ebd., S. 9f

Der wohl größte Unterschied betrifft die Möglichkeiten zur Beendigung des eigenen Lebens. Wie bereits ausführlich dargestellt, ist in Deutschland aktive Sterbehilfe gesetzlich untersagt. Durch das Euthanasiegesetz ist aktive Sterbehilfe in den Niederlanden unter strengen Vorschriften jedoch möglich.⁵⁹ Sterbewillige Menschen können Unterstützung bei der „Niederländischen Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende“ erhalten. Diese Vereinigung initiierte die Gründung der sogenannten „Lebensendeklinik“. Hier wird Hilfe von ärztlichem Fachpersonal angeboten, solange keine vorherige Behandlungsbeziehung zu den Hilfesuchenden vorhanden ist. Pott/Meijer sehen an dieser Stelle die Gefahr, dass so diese Form der aktiven Sterbehilfe als allgemein zugängliches Recht betrachtet wird, obwohl die Initiative in ihrer Ursprungsform nur für Ausnahmesituationen gedacht war.⁶⁰ Hier würde sich eine weitere Befürchtung vieler Bürger*innen der Niederlanden anschließen. Die gesellschaftliche Tendenz gehe stetig in Richtung eines liberalen, säkularisierten Staates, in dem die Individualität der einzelnen Personen an immer mehr Bedeutung gewinne. Gleichzeitig bewege man sich damit zwangsläufig jedoch auch immer weiter weg von konservativeren Werten des Gemeinschaftsgefühls, der Solidarität oder der Nächstenliebe. Die freie Entscheidung über die Beendigung des Lebens würde zu dieser befürchteten Entwicklung beitragen. Anschaulich werden diese Warnungen bei der Forderung von Kritiker*innen der Euthanasie, die eine gesetzliche Regelung fordert, in der ausdrücklich die Rechte auf palliative Versorgung und die Möglichkeit einer eindeutigen Ablehnung der Euthanasie festgehalten sind. Ein Angebot der niederländischen Patientenvereinigung unterstützt dieses Vorhaben und bietet „Lebenswunscherklärungen“ als Pendant zur Euthanasieeinwilligung an.⁶¹

6.2 Das Euthanasie-Gesetz in den Niederlanden

Um die Debatte zur aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und auch in Deutschland besser zu verstehen, wird im Folgenden das bereits erwähnte Euthanasiegesetz näher erläutert.

Von der Durchführung der aktiven Lebensverkürzung sind alle Beteiligten betroffen, selbstredend diejenigen, die die Hilfe in Anspruch nehmen, aber auch deren Angehörige und die behandelnden Ärzt*innen. Letztere sind nicht dazu verpflichtet, die Euthanasie durchzuführen, jedoch müssen sie im Falle einer Verweigerung die Patient*innen an andere in Frage kommende Kolleg*innen verweisen. Gerade wenn die jeweiligen Ärzt*innen die Euthanasiegesuche aus

⁵⁹ ebd., S. 10

⁶⁰ ebd., S. 12

⁶¹ ebd., S. 13

emotional oder ethisch begründeten Motiven ablehnen, kann diese Weiterleitung an andere Ärzt*innen zu psychischen Belastungen führen.⁶²

Im Rahmen des vom Gesundheitsministerium finanzierten SCEN-Programmes, welches mit „Unterstützung und Beratung bei Euthanasie in den Niederlanden“ übersetzt wird, wird ärztliches Fachpersonal geschult, um Kolleg*innen bei Fragen zu Euthanasie beraten zu können. Diese Beratung vollzieht sich von der Informationsweitergabe von z.B. juristischen oder ethischen Fragen bis hin zu Konsultation beim Thema Lebensbeendigung.⁶³

Unter der Euthanasiepraxis wird zum einen die ärztliche Tötung auf Verlangen gefasst, wenn der Zustand der Sterbesuchenden nicht mehr zu ertragen ist und die eigene Lage aus unverbesserlich empfunden wird. In Deutschland wird dieses Vorgehen als aktive Sterbehilfe verstanden. Zum anderen besteht in den Niederlanden ebenfalls die Möglichkeit der suizidalen Beihilfe. Die Bitte an Ärzt*innen um Euthanasie steht allen Staatsbürger*innen frei.⁶⁴

Pott/Meijer betonen einige Sonderregelungen, die hier ebenfalls knapp erwähnt werden sollen, da sie auf anschauliche Weise die Logik und die Schwierigkeiten der Euthanasie demonstrieren. Zuallererst werden Demenzkranke erwähnt. Bei einer solchen Erkrankung gibt es die Möglichkeit, durch die Patientenverfügung im Vorfeld die Euthanasie im Falle einer Demenz zu veranlassen. Voraussetzung dafür ist, dass die Patient*innen beim Verfassen der Willenserklärung sich noch im vollen Bewusstseinszustand befinden. Wenn jedoch im eintretenden Krankheitsverlauf plötzlich kein Todeswunsch erkennbar ist, obliegt es den Ärzt*innen, ob der zuvor festgelegte Euthanasiewille tatsächlich noch vorhanden ist.⁶⁵

Als eine weitere spezielle Gruppe wird von Pott/Meijer psychiatrische Patient*innen angeführt. Auch hier kann eine Euthanasie unter gesetzlichen Vorlagen durchgeführt werden. Hierbei müsse auf eine Differenzierung zwischen psychischer und somatischer Erkrankung geachtet werden. Besonders bei psychischen Erkrankungen komme der Beziehungsarbeit zwischen Patient*innen zwischen Ärzt*innen immense Bedeutung zu. Es wurde eine erhebliche Zunahme der Euthanasiedurchführungen bei Sterbesuchenden mit psychischen Erkrankungen zwischen den Jahren 2012

⁶² ebd., S. 13f.

⁶³ ebd., S. 13f.

⁶⁴ ebd., S. 14f.

⁶⁵ ebd., S. 14f.

und 2013 verzeichnet, was dadurch zu erklären ist, dass immer mehr Euthanasiewünschen nachgekommen wird.⁶⁶

Auch Minderjährige haben ab dem 12. Lebensjahr die Möglichkeit, per Antrag um Euthanasie zu bitten. Solange das 16. Lebensjahr noch nicht erreicht ist, kann dies nur mit elterlicher Zustimmung geschehen. Zwischen 16 und 18 Jahren müssen die Eltern in den Entscheidungsprozess integriert werden. Erst ab dem 18. Lebensjahr kann ein Antrag vollkommen selbstständig gestellt werden.⁶⁷

Ein weiteres Problem stellt die Frage dar, ob Menschen, die nicht bei vollem Bewusstsein sind, weil sie z.B. in einem Koma liegen, trotzdem euthanasiert werden dürfen, wenn dies vorher so festgelegt wurde. Ist nicht das geringste Anzeichen eines Kommunikationsversuches zu erkennen, darf keine aktive Sterbehilfe vorgenommen werden. Allerdings ist die Grenze zu kommunikativen Verhalten verschwommen, da z.B. auch veränderte Atembewegungen oder gequält klingende Laute als Ausdrücke des Leidens gedeutet werden können. Auch hier stehen die behandelnden Ärzt*innen vor der Wahl, die Euthanasie durchzuführen da sie die Qual der Patient*innen nicht ausschließen können. Ebenso könnte jedoch ebenfalls die Entscheidung getroffen werden, die Hilfe zum Tod zu verweigern, da das unerträgliche Leid nicht überzeugend ist.⁶⁸

Um eine Bitte auf Euthanasie in den Niederlanden zu stellen, müssen die Sterbewilligen auch niederländische Einwohner*innen sein. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass eine Euthanasie in den Niederlanden für Ausländer*innen generell nicht möglich ist. Die medizinische Durchführung der Euthanasie unterliegt festgelegten Kriterien, wie etwa die bereits erwähnte Beziehungsarbeit der jeweiligen Ärzt*innen zu den Sterbesuchenden. Das heißt, dass sich Sterbehelfer*innen und Suizidwillige nicht fremd sein dürfen. Als weitere Voraussetzung gilt die vorbehaltlose Freiwilligkeit des Suizidwunsches, von der auch die Ärzt*innen überzeugt sein müssen. Ist diese nicht gegeben, machen sich die Euthanasiedurchführer*innen strafbar. Jede durchgeführte Euthanasie muss von den Ärzt*innen an Gerichtsmediziner*innen gemeldet werden. Überprüft werden diese Regelungen durch einen speziell für die Euthanasie ausgelegten Prüfungsausschuss, der sich auf die von den Ärzt*innen, welche die aktive Sterbehilfe durchgeführt haben und den Gerichtsmediziner*innen verfassten Berichte bezieht. Durch dieses Prüfungsverfahren und den

⁶⁶ ebd., S. 15f.

⁶⁷ ebd., S. 16

⁶⁸ ebd., S. 16f.

genauen Bestimmungen des Euthanasiegesetzes soll sichergestellt werden, dass kein ärztliches Fachpersonal zur Durchführung der Euthanasie verpflichtet ist und es umgekehrt auch keinen bürgerrechtlichen Anspruch auf Euthanasie geben könne.⁶⁹

Im Euthanasiegesetz sind sechs sogenannte Sorgfaltskriterien festgelegt. Erstens müssen die Ärzt*innen von der und unbeeinflussten Freiwilligkeit und des vollständigen Bewusstseins über den eigenen Gesundheitszustand der Sterbewilligen überzeugt sein. Dieser Zustand muss zudem eine untragbare Qual ohne Aussicht auf Verbesserung verursachen. Die behandelnden Ärzt*innen unterliegen einer Informationspflicht gegenüber der Patient*innen bezüglich des Gesundheitszustandes und möglicher Behandlungsalternativen. Zudem muss noch mindestens eine weitere medizinisch ausgebildete Fachperson in den Entscheidungsprozess eingebunden werden. Schließlich müssen die behandelnden Ärzt*innen die suizidale Beihilfe nach bestmöglichen medizinischen Fachkenntnissen selbstständig durchführen und bis zum Todeseintritt in unmittelbarer Nähe der Sterbenden bleiben. Erkennt der Ausschuss einen Verstoß der Ärzt*innen gegen eine dieser Vorschriften, kann eine Gefängnisstrafe bis zu 12 Jahren erfolgen.⁷⁰

Allein schon bei der Verwendung der Begrifflichkeiten der Sterbehilfe in Deutschland und der Euthanasie in den Niederlanden fällt ein kultureller Unterschied angesichts der Beihilfe zur Selbsttötung auf. Dennoch lassen sich auch Gemeinsamkeiten festmachen, z.B. die Möglichkeit einer palliativen Schmerzbehandlung bei körperlichen Leiden. Steigert sich dieser Zustand ins Unerträgliche, gibt es in beiden Ländern die Möglichkeit des Suizids, da dieser sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden nicht unter Strafe steht. Bei den genauen Möglichkeiten zur Durchführung des Freitodes bestehen jedoch kontroverse Unterschiede. In Deutschland war die geschäftsmäßige suizidale Förderung mit § 217 StGB lange Zeit illegal. Die aktive Sterbehilfe ist nach wie vor verboten. Im Gegensatz dazu ist in den Niederlanden sowohl die Beihilfe zum Suizid als auch die aktive Hilfe zum Suizid, bezeichnet als Euthanasie, durch ärztliches Fachpersonal unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Diese Voraussetzungen werden im Euthanasiegesetz festgehalten und enthalten unter anderem die Sicherstellung der Freiwilligkeit des Suizids sowie eine umfassende Berichterstattung an einen Prüfungsausschuss. Zudem gibt es für Sonderfälle spezielle Regelungen, z.B. bei Demenzerkrankungen oder Patient*innen im Komazustand. Vor allem die in diesen Sonderfällen auftretenden Konflikte machen deutlich, dass die Möglichkeiten

⁶⁹ ebd., S. 17

⁷⁰ ebd., S. 17f.

der Euthanasie in den Niederlanden für Unsicherheiten sorgen. Hier ist das Beispiel der durch ein Koma in der Kommunikationsfähigkeit stark eingeschränkten Patient*innen anschaulich, worin die Ärzt*innen die Entscheidung treffen müssen, ob der Zustand als unerträglich gilt und somit dem vorher festgelegten Euthanasiewunsch nachgekommen werden kann. Auch in der niederländischen Bevölkerung ist die Sorge vorhanden, dass durch die Euthanasie gesellschaftliche Werte wie Solidarität und Nächstenliebe stetig an Wert verlieren und stattdessen einem egozentrischen Individualismus Platz machen.

6.3 Sterbehilfe in der Schweiz

Finzen führt zur Sterbedebatte in Deutschland die Praktizierung von Sterbehilfevereinen in der Schweiz als mahnendes Beispiel heran.

Ähnlich wie in den Niederlanden darf in der Schweiz ebenfalls aktive Sterbehilfe durch Suizidbegleiter*innen durchgeführt werden. Diese haben z.B. die Aufgabe, das tödliche Gift dem Sterbewilligen zu überreichen und auch wenn nötig bei der Einnahme zu helfen. Während des Sterbeprozesses sind sie anwesend und leisten mentale Unterstützung, z.B. gutes Zureden. Der Todeseintritt wird danach durch von den Sterbebegleiter*innen herbeigestellten Ärzt*innen mit einem Totenschein bestätigt. Zudem muss umgehend die Polizei informiert werden, da der Todeseintritt nicht auf natürlichem Wege erfolgt ist. Finzen bemerkt an dieser Stelle, dass die polizeiliche Ermittlungsarbeit in solchen Fällen bereits einen Routinecharakter inne hätte, da Suizide durch Vereine keine Sonderfälle mehr darstellen würden. Als letzten Arbeitsschritt organisieren die Suizidbegleiter*innen die Bestattungen bzw. Beerdigungen. Besonders häufig wäre dies der Fall bei ausländischen Suizidwilligen.⁷¹

Wohl mit am bekanntesten ist der schweizerische Sterbehilfeverein Exit. Nach der Gründung 1982 konnte der Verein Ende der neunziger Jahre einen Höhepunkt von 70000 Mitgliedschaften verzeichnen. Die Finanzierung erfolgt nicht staatlich wie in den Niederlanden, sondern über Mitgliedsbeiträge und freiwillige Zuzahlungen. Besonders aufsehenerregend war die Möglichkeit der Leistung zur Sterbehilfe auch für Menschen mit schwersten Behinderungen bzw. schwersten Erkrankungen.⁷² Möchte eine todessuchende Person Unterstützung von Exit erhalten, muss sie sich selbst mit ihrem Anliegen und dem ausdrücklichen und mehrfachen Äußern des Sterbewunsches an den Verein wenden. Nachdem die Mindestmitgliedschaftszeit von drei Monaten erfüllt ist und

⁷¹ Finzen 2009, S. 57f.

⁷² ebd., S. 64

die unheilbare körperliche Erkrankung ärztlich bestätigt wurde, kann der Suizidwunsch erfüllt werden. Normalerweise findet die Tötung in der eigenen Wohnung statt, seltener in Hotelzimmern und Pflegeheimen.⁷³

Seit der Jahrhundertwende nimmt die Zahl lebensmüder Menschen, die Exit-Angebote nutzen, ohne unter einer tödlichen Krankheit zu leiden, stetig zu. Das sei gerade bei älteren Personen der Fall, die unter mehreren altersbedingten Gebrechen leiden. Finzen führt dies auf flexiblere Regelungen des Vereins auf Grund der erhöhten Nachfrage zurück.⁷⁴ Für Skandale sorgten mehrere Fälle bei Exit, in denen körperlich gesunde Menschen die Suizidhilfe in Anspruch nehmen konnten.⁷⁵

Ebenfalls bekannt sind Dignitas, eine weitere Sterbehilfevereinigung in der Schweiz und ursprüngliche Abspaltung von Exit. Gegründet wurde sie vom Rechtsanwalt Ludwig A. Minelli. Dignitas ist vor allem bekannt dafür, dass sie im Gegensatz zu Exit Sterbehilfe auch für Ausländer*innen anbietet. Vor allem Deutsche nehmen dies in Anspruch.⁷⁶

6.4. Fazit europäischer Vergleich

Die Situation der Sterbehilfe ist in der Schweiz ähnlich wie in den Niederlanden. Bei beiden Ländern darf Beihilfe zum Suizid sowie aktive Sterbehilfe durchgeführt werden. Jedoch scheint es einen Unterschied zwischen den beiden Ländern bezüglich Organisation und Finanzierung zu geben. Im Gegensatz zu den Niederlanden gibt es in der Schweiz Sterbehilfevereine, die nicht durch das Gesundheitssystem, sondern durch Mitgliedsbeiträge finanziert werden. Zudem haben auch ausländische Sterbewillige die Möglichkeit, in der Schweiz aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Die beiden schweizerischen Sterbehilfevereine Exit und Dignitas sorgten in den letzten Jahren für öffentlich diskutierte Skandale, was in den meisten Fällen auf Ausweitungen der eigenen Richtlinien zurückzuführen ist.

Für die Diskussion über Sterbehilfe in Deutschland ist deswegen die Praxis der Niederlanden und der Schweiz interessant, da sie neue Perspektiven eröffnet und wir von den Entwicklungen, Vorteilen und Nachteilen des internationalen Umganges mit Krankheit und Tod lernen können. Speziell werden hier nicht nur allgemeine Unterschiede der Sterbehilfe thematisiert, sondern

⁷³ ebd., S. 65

⁷⁴ ebd., S. 66

⁷⁵ ebd., S. 67f.

⁷⁶ ebd., S. 68f.

konkret die Rolle der Suizidassistenz, die in Deutschland bisher wesentlich durch den § 217 eingeschränkt wurde. Vor allem der in beiden Ländern liberalere Umgang mit Suizidunterstützung kann uns Eindrücke von Möglichkeiten der fachmännischen Suizidhilfe aufzeigen, z.B. Ansätze für ein kontrolliertes und von Fachpersonen durchgeführtes Sicherstellen der Suizidfreiwilligkeit. Gleichzeitig nehme ich persönlich jedoch die Diskussionspunkte hinsichtlich der Organisationsformen der Sterbehilfevereine als Warnsignale wahr, beispielsweise die psychischen Belastungen, denen Ärzt*innen ausgesetzt sind, wenn sie persönliche die Durchführung der Sterbehilfe bei Patient*innen ablehnen, jedoch dazu verpflichtet sind, diese an Kolleg*innen weiterzuleiten. Zudem frage ich mich in diesem Zusammenhang, welche Folgen eine staatlichen Finanzierung wie in den Niederlanden im Gegensatz zu einer Finanzierung der Sterbehilfevereine über Mitgliedsbeiträge wie in der Schweiz haben könnte. Vor solchen Entscheidungen könnte der Staat in Deutschland stehen, wenn auch innerhalb des Landes Sterbehilfe durch Vereine angeboten werden würde.

7. Diskussion

In diesem Abschnitt sollen vor allem die verschiedenen inhaltlichen Positionen der Debatte um die geschäftsmäßige Förderung der Sterbehilfe dargestellt und die verschiedenen Haltungen abgewogen werden. Häufig lassen sich diese jedoch nicht von der allgemeinen Argumentation bezüglich Sterbehilfe trennen.

7.1 Kontra-Argumentation

Mit dem Vergleich der Sterbehilfe zu den Niederlanden und der Schweiz ist die Diskussion über das für und wider einer organisierten Suizidhilfe bereits im vollem Gange. Deswegen beschäftigt sich der nachfolgende Teil der Arbeit mit der Gegenüberstellung der unterschiedlichen Ansichten. Zuerst werden den kritischen Stimmen gegenüber des geförderten Suizids Raum gegeben.

Im Anschluss an die im letzten Kapitel erläuterte Euthanasie in den Niederlanden bringt Spieker den ersten Kritikpunkt an. Er sieht in der Handhabung der niederländischen aktiven Sterbehilfe die Gefahr des Kontrollverlustes in Verbindung mit einer wachsenden ärztlichen Handlungsfreiheit ohne Gefahr einer juristischen Belangung. Darunter würde zudem das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen leiden, da den zu Behandelnden indirekt das Gefühl vermittelt würde, die Lebenserhaltung würde nicht mehr oberste Priorität bei der Behandlung haben. Spieker weist an dieser Stelle auf die Berichtszahlen der Kontrollkommission hin, nach denen eine sehr geringe Anzahl an Euthanasiedurchführungen die Sorgfaltskriterien erfüllt hätten.

Zugleich würde die Hälfte aller Euthanasiefälle gar nicht erst gemeldet, was nur bei falscher Angabe der Todesursache sowie mit einem gefälschten Todesschein möglich ist. Zudem würde die eigentliche einmonatige Wartefrist nicht teilweise beachtet und es verstreiche bei der Hälfte der Fälle eine Woche, manchmal sogar nur wenige Tage, zwischen Wunschbekenntnis nach Euthanasie und Durchführung. Als ebenfalls kritisch sieht Spieker die Tatsache, dass Euthanasie auch bei Kleinkindern vor dem ersten Lebensjahr praktiziert wird. Die Freiwilligkeit stellt Spiecker an diesem Punkt in Frage. Insgesamt könne sich das gesellschaftliche Bild der ärztlichen Gemeinschaft grundlegend von der Aufgabe der Erhaltung der Gesundheit hin zu einer möglichst unkomplizierten Tötung der Kranken wandeln.⁷⁷

Das soeben angesprochene Thema der Veränderung des gesellschaftlichen Stellenwerts durch die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung führt auch Finzen an. Ob bei Tötung auf Verlangen tatsächlich von Freiwilligkeit der Leidenstragenden gesprochen werden könne, sei zu bezweifeln. Viel stärker als die Schmerzen der Kranken würde nämlich die empfundene Last der Angehörigen und allgemein der Gesellschaft wiegen. Unerträglich sei das Leid in oftmals vor allem für Außenstehende, die das Gefühl hätten, zu viele Ressourcen wie Zeit und Geld in die Kranken zu investieren oder auch das Gefühl der Machtlosigkeit, die Betroffenen nicht heilen und somit von ihrem Zustand befreien zu können.⁷⁸ Problematisch sei bei den unterschiedlichen Perspektiven der Betroffenen und deren Umgebung, dass die Empfindungen von Leidensaspekten individuell wahrgenommen werden. Im Umkehrschluss können psychische und physische Qualen unterschiedlich von Patient*innen aufgefasst werden, als dass es die Umgebung annähme. Jedoch würden die Angehörigen und generell Außenstehende oft nach ihrem eigenen Leidensverständnis handeln. Somit würde im Umkehrschluss den eigentlichen Erkrankten bestimmte Leidenszustände und damit auch Wünsche nach Beendigung des Lebens von außen unterstellt werden. Jedoch stehe vielmehr das einfache Bedürfnis nach Hilfe und Fürsorge im Vordergrund der Betroffenen. Finzen vertritt die These, dass nach außen kommunizierte Sterbenswünsche allein die Angst der Hilfebedürftigen und den Wunsch nach Unterstützung ausdrücken würden. Jedoch sei die aussichtslose Lage erkannt und somit bliebe der Freitod als letzter Ausweg und nicht als wirklich frei getroffene Entscheidung.⁷⁹ Eine ähnliche Befürchtung formulieren auch Klie/Student. Der unheilbare Krankheitszustand sei sowohl für die Betroffenen als für die Personen im nahen

⁷⁷ Spieker 2015, S. 234f.

⁷⁸ Finzen 2009, S. 39f.

⁷⁹ ebd., S. 30

Umfeld, meistens ärztliches Fachpersonal und Angehörige, eine besonders emotionale Situation. Deswegen sei die offene und faktenbasiert geleitete Kommunikation zwischen sterbensmüder Person und Umwelt nicht realistisch. Oftmals sind sich die Betroffenen nicht vollständig über den medizinischen Stand ihrer Gesundheit im Klaren, entweder weil sie es nicht wüssten oder nicht akzeptieren würden. In Kombination mit dem Ohnmachtsgefühl der Angehörigen könne insgesamt in den meisten Fällen nicht von einer vernunftgeleiteten Patient*innenautonomie ausgegangen werden.⁸⁰ Denn nach wissenschaftlichen Erkenntnissen tragen zur Willensbildung wesentlich auch die sozialen Beziehungen bei. Zudem sei der Wille besonders bei Extremsituationen wie einer schweren Krankheit von häufigen Schwankungen erfasst, was eine nachhaltige Meinungsbildung erschweren würde.⁸¹ Als weitere Gefahr der autonomen Entscheidungsfindung Suizidwilliger ist die mögliche von der Gesellschaft und vom Staat unterschwellig vermittelte Drängung hin zur Durchführung des Suizids. Nach außen hin würde die angebliche Selbstbestimmung des Individuums betont werden, obwohl die eigentlichen dahinter verborgenen Gründe Kosteneinsparungen zugunsten des Gesundheitssystem seien.⁸²

Laut Bauer würde dieses Problem der ökonomischen Fokussierung noch durch den demografischen Wandel unserer modernen Gesellschaft verstärkt. Die zunehmend alternde Bevölkerung würde kostenintensivere Maßnahmen in Krankheitsbekämpfung, Unterbringung und Pflege mit sich bringen. Somit sei es möglich, dass im Laufe der Zeit pflegebedürftige Personen von dem freiwilligen Suizid als sozialen Gesellschaftsbeitrag überzeugt würden. Weiterführend könnte der Freitod sogar als eine Art moralische Pflicht betrachtet werden.⁸³ So sei das Gefühl, sich nur noch wie eine Last zu fühlen, ausschlaggebend für viele Betroffene, die den Freitod z.B. durch Exit oder Dignitas gewählt haben. Insofern würde dies eine Benachteiligung derer stärken, die vermeintlich auf Grund einer Pflegebedürftigkeit weniger produktiv wären und somit zu einer gesamtgesellschaftlichen Ausweitung der Ungerechtigkeit und des Ausstoßes gegenüber benachteiligten Gruppen führen. Vielmehr sollten darauf hingearbeitet werden, den betroffenen Gruppen ein Gefühl der Solidarität zu vermitteln und ihnen einen Platz in unserer Gesellschaft einzuräumen. Somit könnte ein Gefühl gemeinsam geteilter Last und Verantwortung vermittelt werden und der Druck auf die kranken und älteren Menschen vermindert werden. Einige große Möglichkeiten

⁸⁰ Klie/Student 2007, S. 44f.

⁸¹ ebd., S 45f.

⁸² ebd., S. 44

⁸³ Bauer 2015, S. 59f.

biete an dieser Stelle die palliative Pflege.⁸⁴ Durch sie könnten auch Angehörige einen anderen Zugang zu den Betroffenen gewinnen. Ebenso wie bei den Kranken bestehe auch bei den nahestehenden Personen die Gefahr, aus Mitleid und Hilfslosigkeit die Schwelle zum Tod allzu schnell überschreiten zu wollen. Unter den extremen emotionalen Belastungen könnten alternative Behandlungsformen wie die Palliativmedizin gar nicht erst in Betrachtung gezogen werden.⁸⁵

Ähnlich liest sich in diesem Zusammenhang die Argumentation Bauers. Für ihn seien die vordergründigen Suizidursachen auf psychische Probleme zurückzuführen, z.B. depressive Symptome, hohe und langandauernde Belastungsstörungen und soziale Probleme wie Einsamkeit. Diese negativen Eindrücke würden sich bis zur Perspektivlosigkeit steigern und der Freitod erscheint als einzig möglicher Ausweg. Jedoch sei die Selbsttötung ein Zusammenspiel multipler Bedingungen, die aufeinander einwirken würden, z.B. psychische Vorerkrankungen, persönliche emotionale Zustände wie Frustration oder auch erlebte Suizide im Familien – oder Bekanntenkreis. Gruppen mit instabilen ökonomischen Bedingungen seien hierbei anfälliger als andere, z.B. herrsche bei Einwanderung aus einem anderen Land eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, Suizid zu begehen. Auch Bauer bemerkt an dieser Stelle, dass bei solchen Voraussetzungen nicht mehr von einer freien Entscheidung hinsichtlich des Suizides gesprochen werden könne, vielmehr sei der Ausstieg aus dem Leben die letzte wahrgenommene Möglichkeit. Stattdessen plädiert er ebenfalls dafür, statt der geschäftsmäßigen Suizidförderung den Zugang zu professioneller Unterstützung auszuweiten.⁸⁶

Im nächsten Punkt bezieht sich Bauer auf die vielfach von der Seite der Befürworter*innen der Förderung zur Selbsttötung angeführte Entscheidungsfreiheit. Den Schritt zur Beendigung des Lebens findet er zwar nachvollziehbar, jedoch sei durch den Tod jegliche in der Zukunft liegende Handlungsautonomie logischerweise unumkehrbar. Demzufolge sei auch die oftmals betonte freie Möglichkeit der Persönlichkeitsentwicklung nach Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes insofern nicht gewährleistet, da dieser nach dem Tode nicht mehr nachgekommen werden kann. Im Umkehrschluss würden auch diejenigen, die an dem Tod beteiligt waren, ebenfalls an der Verletzung des Grundrechtes mitwirken.⁸⁷

⁸⁴ Klie/Student 2007, S. 101ff.

⁸⁵ ebd., 123f.

⁸⁶ Bauer 2015, S. 51f.

⁸⁷ ebd., S. 56f.

Eibach wechselt den Blickwinkel von suizidwilligen Individuen auf deren Umfeld und die darin enthaltenen sozialen Beziehungen. Denn gerade diese zwischenmenschlichen Kontakte würden das menschliche Dasein erst zu dem machen, was es ist. Beginnen würde dies allein schon durch den Eintritt ins Leben, denn ohne das Zutun der Eltern würden die Individuen nicht existieren. Weiterführend sei das gesamte Leben geprägt von Mitmenschen. Viele dieser persönlichen Beziehungen seien von Liebe und Zuwendung geprägt. Deswegen trügen die sterbenswilligen Menschen auch immer Verantwortung denen gegenüber, die Teil dieser liebevollen Beziehungen seien. Denn auch sie würden erheblich unter der Selbsttötung leiden, z.B. unter Schuldgefühlen. Durch die besondere Todesform des Suizids würden diese negativen Gefühle nachweislich stärker als bei auf natürlichem Wege eingetretenen Todesfälle sein.⁸⁸

Ein weiteres Argument führt Spieker an, indem er das Problem der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit benennt. Er kritisiert, dass die Befähigung zur Interaktion mit der Umwelt als eine der wesentlichen Voraussetzungen für die menschliche Existenz gesehen werde. Dieser Logik zufolge hätten Kranke z.B. auf Grund eines Wachkomazustandes jegliche für die Außenwelt wahrnehmbare Mitteilungsfähigkeit verloren. Die Gefahr würde darin bestehen, diese als nicht mehr menschlich anzusehen und eine Tötung durch Fremdeinwirkung sei somit vertretbar. Sie hätten jeglichen Anspruch auf einen Platz in der gesellschaftlichen Teilhabe verloren. Dem hält Spieker entgegen, dass die Fähigkeit zur Kommunikation durchaus subjektiv wahrnehmbar sei. Z.B. könnten Personen aus dem näheren Umfeld der Wachkomapatient*innen durchaus Interaktionen bemerken. Diese seien nur individuell wahrnehmbar und ließen sich nicht mit gemeingemeinschaftlichen Kommunikationsprozessen, wie z.B. Sprachtausch, gleichsetzen.⁸⁹

Da Deutschland ein an christlichen Werten orientiertes Land ist, haben religiöse Aspekte auf viele Teile des bürgerlichen Lebens Einfluss. Die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung ist keine Ausnahme. Für Spieker bedeutet eine Abwendung der Sterbehilfe zeitgleich eine Akzeptanz des auf natürliche Weise eintretenden Todes, vor dem die Angst zwar verständlich, jedoch unbegründet sei. Die Menschen sollten lernen, das Sterben als einen Teil des Lebens anzunehmen und sich bewusst darauf einstellen. Dabei würden sie durch die Lehren des Christentums unterstützt werden.⁹⁰ Auch medizinisches Fachpersonal dürfe sich dessen nicht verschließen und den

⁸⁸ Eibach 2015, S. 201

⁸⁹ Spieker 2015, S. 232

⁹⁰ ebd., S. 236

Todeseintritt mit Hilfe palliativer Mittel möglichst angenehm für den Sterbenden gestalten. Durch diesen bewussten und unverkrampften Umgang mit dem Tod könnten Sterbende dazu ermutigt werden, nicht mit Hilfe von Sterbehilfe aus Angst das Leben vorzeitig zu beenden. Vielmehr könnten sie Dankbarkeit darüber verspüren, dass sie durch Gottes Willen noch länger am Leben teilhaben können.⁹¹

Eines der am meisten genannten Punkte, welche gegen eine geschäftsmäßige Sterbehilfe sprechen, ist das sogenannte „slippery slope“ – Argument. Nach Roggendorf bezeichnet man auch dieses auch alternativ als Schiefe-Bahn-Argumentation. Das „slippery slope“ – Argument besagt folgendes: die für sich gesprochen unbedenkliche Übernahme neuer Regelungen, durch die es jedoch zu immer moralisch bedenklicheren Handlungen kommt. Daraus schlussfolgernd dürften mögliche Vorschläge, welchen diesen Prozess anstoßen könnten, gar nicht erst übernommen werden.⁹² Übertragen auf die Sterbehilfedebatte bestünde demnach die Gefahr, dass die Einführung einer freiwilligen Suizidhilfe im weiteren Verlauf zu einer unfreiwilligen Selbsttötung führen könne. An dieser Stelle wird häufig auf die bereits am Anfang der Arbeit dargestellte Euthanasie-Praxis während des Nationalsozialismus verwiesen, in der ebenfalls die Ermordung Unschuldiger schrittweise ausgeweitet wurde.⁹³

Als Zusammenfassung zur kritischen Argumentation der Förderung zur Sterbehilfe lässt sich erstens festhalten, dass eine große Sorge vieler Kritiker*innen ist, dass die veränderte Rolle der Medizin durch die offizielle Inkludierung des geschäftsmäßigen Suizids das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen nachhaltig schädigen könne. Weiterführend könne den Sterbenden suggeriert werden, ihr Tod würde eine Erlösung für ihr Umfeld darstellen. Gesellschaftlich seien sie z.B. wegen Pflegekosten eine ökonomische Last und für ihre Angehörigen sei bspw. die ständige Sorge eine hohe emotionale Belastung. Von daher könne der Entschluss der Inanspruchnahme eines Sterbehilfevereins als eine selbstlose Held*innentat vermittelt werden und die Kranken und generell sozial benachteiligte Gruppierungen unter Druck setzen. Gerade angesichts des demografischen Wandels in Deutschland sei die Gefahr bei älteren Menschen besonders ausgeprägt. Ein weiteres Argument besteht darin, den gesellschaftlichen Blick auf die Bekämpfung der Ursachen des Suizidbedürfnisses zu richten, z.B. durch einen Ausbau der

⁹¹ ebd., S. 237f.

⁹² Roggendorf 2011, S. 154

⁹³ ebd., S. 159f.

Palliativmedizin. Angezweifelt wird auch die die oftmals betonte Persönlichkeitsentfaltung, da eine weitere Entwicklung des individuellen Seins nach dem Todeseintritt nicht mehr möglich sei. Ebenfalls wird auch die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit aufgegriffen, die es schwierig mache einzuschätzen, ob ein Todeswunsch tatsächlich vorhanden sei. Eine andere Perspektive bietet das in Deutschland gelebte Christentum, demzufolge das menschliche Leben als gottgegeben anzunehmen und somit auch der natürliche Todesvorgang ohne künstlich herbeigeführte Einwirkung zu akzeptieren sei. Letztendlich ist noch das „slippery slope“-Argument anzuführen, welches auf die Gefahr hinweist, dass durch die Zulassung der geschäftsmäßigen Förderung der Sterbehilfe die moralischen Grenzen immer weiter ausgedehnt würden, bis es zu Tabubrüchen wie unfreiwilliger Selbsttötung führen könne.

7.2 Pro-Argumentation

Auf der anderen Seite der Diskussion stehen diejenigen, die ein liberaleres Bild der geschäftsmäßigen Selbsttötung vertreten. Auch hier sollen wesentliche Argumente verständlich gemacht werden.

Wohl mit am häufigsten wird hier das Selbstbestimmungsrecht aller Bürger*innen betont. Dies würde auch den Anspruch beinhalten, ein von unerträglichen Leiden geprägtes bzw. als unwürdig empfunden Leben beenden zu dürfen. Durch eine Einschränkung der Sterbehilfe würde die Autonomie der Patient*innen eingeschränkt.⁹⁴ Nach Preidel sei aus dem Grundgesetz Artikel 2 Absatz 1 die Aufgabe des Staates abzuleiten, die bürgerliche Autonomie zu wahren und beschützen, solange durch diese keine anderen Grundrechte eingeschränkt werden. Das Recht zur Selbstbestimmung sei grundlegend für die Würde eines jeden Menschen. Kants Theorien zufolge sei diese Würde allein dadurch gerechtfertigt, dass ein jeder Mensch dazu im Stande sei, seinen Verstand selbstständig zu benutzen und verantwortungsvoll zu handeln. Demnach sei die Entwendung der Autonomie verantwortlich für die Fremdbestimmung des Menschen und mache ihn folglich unwürdig. Durch den medizinischen Fortschritt bestehe dieser Logik zu Folge die Gefahr, dass Bürger*innen durch ärztliche Eingriffe ein zunehmend fremdbestimmtes Leben und auch Sterben führen müssten. Durch Eingriffe, welche das Leben künstlich verlängern, würden die Betroffenen gleichzeitig die Fähigkeiten verlieren, sich ihres Verstandes zu bedienen, sich der Außenwelt mitzuteilen und im medizinischen Entscheidungsprozess mitzuwirken.⁹⁵ Dieses Recht zur

⁹⁴ Klie/Student 2007, S. 61f.

⁹⁵ Preidel 2015, S.5f.

Selbstbestimmung würde auch das Recht über die Entscheidungsfreiheit des eigenen Sterbens beinhalten. Einen Weg hierzu würde die Sterbehilfe beinhalten.⁹⁶

Besonders der Autor Hans Küng tut sich zur Befürwortung eines selbstbestimmten Todes hervor. Er betont, wie wichtig die Entwicklung der Palliativmedizin für die Behandlung schwerkranker Patient*innen sei. Deswegen sei die Förderung und Entwicklung palliativer Maßnahmen besonders wichtig. Auf der anderen Seite müsse jedoch auch akzeptiert werden, dass die palliative Versorgung auch Grenzen hätte und keine Lösung für sämtliche Krankheitsbilder bieten würde. Nicht alle Arten von unerträglichen Schmerzen könnten gemindert werden. Zudem müsse auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass es auch Menschen ohne Schmerzen gibt, die trotzdem einen Sterbenswunsch hegen. Demzufolge könne nicht von ausgegangen werden, dass Palliativmedizin und der Wunsch nach Selbsttötung immer miteinander einhergingen. In diesem Sinne könnten die palliativen Möglichkeiten nicht als Allmachtsargument gegen die Förderung der Sterbehilfe angebracht werden. Vielmehr sollten Palliativmedizin und humane Suizidmöglichkeiten nebeneinander existieren können.

Zudem müsse ein offener Dialog zwischen Ärzt*innen und schwerkranken Patient*innen gefördert werden, worin auch die Möglichkeit bestehen sollte, den eventuellen Suizidwunsch offen ansprechen zu dürfen. Befürchtungen auf der Seite des medizinischen Fachpersonals einer drohenden rechtlichen Verfolgung wären für die Suizidprävention kontraproduktiv. Durch einen professionellen Umgang und der Akzeptanz der Suizidgedanken könnten menschenunwürdigen Gewaltsuiziden, wie z.B. das Hinunterspringen von einem Hochhaus, entgegengewirkt werden. Untersuchungen zu Folge sei die Hemmschwelle zu diesem offenen Dialog jedoch derzeit zu groß. Zudem würde von vielen Freitodsuchenden der Wunsch geäußert, im eigenen Land menschenwürdig sterben zu dürfen.⁹⁷

Steller fügt an dieser Stelle hinzu, dass die Tatsache der Straffreiheit für Angehörige als Suizidbeihilfer*innen ebenfalls zu einem Gewissenskonflikt führen könne. Zuallererst könne man nicht davon ausgehen, dass alle Sterbewilligen über Angehörige verfügten, welche für eine Suizidunterstützung bereit wären. Diese wären somit auf sich allein gestellt. Hierdurch könne es zu einer emotionalen Belastung zwischen Suizidwilligen und Angehörigen kommen. Da Suizid nach wie

⁹⁶ Hohendorf 2013, S. 145

⁹⁷ Küng 2014, S. 76ff.

vor als Tabuthema in der Öffentlichkeit gelten würde könne für den Sterbewilligen eine heimliche Selbsttötung den einzigen Ausweg darstellen. Insgesamt hält auch sie die beabsichtigte Schutzwirkung des Lebens in § 217 gegenüber der Patient*innenautonomie für unangemessen. Wenn ein eine eigenständig getroffene Entscheidung hin zur Selbsttötung erfolgt, sollte diese respektiert werden. Ansonsten würde dem Sterbewilligen jegliche Möglichkeit auf fachliche und kompetente Hilfe von staatlicher Seite verwehrt, ohne im Gegenzug eine angemessene Alternative darzulegen.⁹⁸

Weiterhin hält Steller eine weitere ethische Kritik bezüglich des Verbots der geschäftsmäßigen Sterbehilfe in der Sterbehilfe fest. Wie schon im vorherigen Teil genauer erläutert, ist das Bestimmungsmerkmal der Geschäftsfähigkeit das Handeln mit einer Absicht der Wiederholung. Davon ausgegangen, dass es sich im Normalfall bei den Sterbehelfer*innen um Ärzt*innen handelt, könnte es zu ungleichen Behandlungen der Sterbewilligen kommen. Dieses Argument liegt darin begründet, dass sich die jeweiligen Ärzt*innen ja schon vor der Tatausführung bewusst seien, dass es sich nur um einen einmaligen Vorgang handeln darf, da sie sich sonst strafbar machen würden. Insofern würden die Sterbehelfenden in die konfliktbehaftete Lage gedrängt, sich für einen der suizidalen Patient*innen entscheiden zu müssen.⁹⁹

Abschließend zur Argumentation für eine Liberalisierung der Sterbehilfe soll die religiöse Perspektive Küngs herangezogen werden. Dies ist insofern für die Debatte relevant, da sie sich von bereits angeführten Argumenten, das Leben müsse als gottgegeben akzeptiert und dürfe insofern nicht freiwillig von menschlicher Hand vorzeitig beendet werden, unterscheidet. Küng auf der anderen Seite geht von sich selbst und seinem Urvertrauen zu Gott aus. Suizid und ein Leben nach dem Tode seien für ihn keine Gegensätze, die sich zwangsläufig ausschließen müssten. Vielmehr sei für ihn die eigene Selbstbestimmung und somit auch die Verfügungsmöglichkeit über den eigenen Tod gottgegeben. Denn wenn für ihn ein Lebensende mit Demenz und den mit sich bringenden Qualen als unwürdig empfunden würde, wäre ein selbst herbeigeführtes vorzeitiges Ende legitimierbar, da unaushaltbare Qualen nicht in Gottes Willen seien.¹⁰⁰

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die grundsätzliche Argumentation im Wesentlichen auf die Autonomie aller Bürger*innen und des Rechts auf die selbstbestimmte Entscheidung über

⁹⁸ Steller 2018, S. 101f.

⁹⁹ Ebd., S. 219

¹⁰⁰ Küng 2014, S. 146 f.

das eigene Sterben beruht. Damit einher geht die Betonung auf die menschliche Würde, welche das Recht beinhaltet, das individuell als entwürdigend wahrgenommene Leben z.B. durch unerträgliche Schmerzen auch eigenverantwortlich beenden zu dürfen. Wichtig sei am Lebensende auch die Palliativmedizin, die es zu fördern gelte. Jedoch hätten auch diese Grenzen und könne nicht alle Beschwerden heilen. Deswegen könne sie nicht als Ersatz für die Sterbehilfe dienen. In der Gesellschaft sollte sich um einen offeneren Dialog über das bisherige Tabuthema des begleiteten Suizids bemüht werden. Denn sonst könnten die Patient*innen sich nicht trauen, den Suizidwunsch anzusprechen. Die Möglichkeit des Suizidvollzuges allein durch Angehörige könne die Beziehung der Sterbewilligen und deren nahestehenden Personen tiefgreifend stören, da es sich dabei um eine unzumutbare emotionale Belastung handele. Insofern könnten sich die Suizidwilligen unter diesen Umständen zunehmend allein und verunsichert fühlen. Ein Anspruch auf kompetente Unterstützung sollte den Freitodsuchenden gewährleistet werden. Von dem Tatbestandsmerkmal der Wiederholung ausgehend, könne es bei der ärztlichen Tätigkeit zu ungleichen Behandlungen der Suizidenten kommen, da Ärzt*innen zu einer Entscheidung zwischen der Behandlung der Suizidalen gezwungen würden. Aus religiöser Sicht sei Selbsttötung insofern legitim, dass die gottgegebene Selbstbestimmung auch die Entscheidung über das Lebensende mit einbeziehe und Leiden nicht in Gottes Sinne seien.

7.3 Fazit

Ein Punkt, worauf sich viele Argumente entweder für oder gegen die Sterbehilfe in ihrem Wesen beziehen, ist die Frage der Abwägung zwischen Autonomie des Patient*innenwillens und der angestrebte Schutz des menschlichen Lebens. Auf der einen Seite steht die Forderung nach Selbstbestimmung auch am Lebensende. Jedoch tritt auf der anderen Seite die Sorge hervor, genau diese Selbstbestimmung sei letztendlich gefährdet, da die Entscheidung über die Beendigung des Lebens von der Angst, eine ökonomische oder finanzielle Last zu sein, bestimmt werden könne. Dem oft angeführten Argument, dass sich statt der Lockerung der Sterbehilferegulungen stattdessen auf den Ausbau der Palliativmedizin konzentriert werden müsse, wird entgegengehalten, dass es auch Regelungen für Fälle geben müsse, an denen die Palliativpflege an ihre Grenzen geraten könne. Allgemein wird bei der Diskussion deutlich, dass es in der Debatte keine klare Abgrenzung zwischen richtig und falsch gibt. Vielmehr setzen die Argumente verschiedene Schwerpunkte und beleuchten ähnliche Sachverhalte aus unterschiedlichen Blickwinkel. Ein Beispiel hierfür ist religiöse Sicht auf Sterbehilfe. Der Entschluss zum Freitod kann als Nichtachtung

des gottgegebenen Geschenk des Lebens gesehen werden, jedoch auch als Würdigung der gottgegebenen Selbstbestimmung.

Es stellt sich die Frage der Abgrenzung zur allgemeinen Diskussion der Sterbehilfe und dem im § 217 StGB thematisierten Sachverhalt der Förderung einer geschäftsmäßigen Suizidförderung. Da jedoch die allgemeine Diskussion über die Unterstützung der Selbsttötung des Menschen unweigerlich mit der Frage zusammenhängt, ob diese Selbsttötung geschäftsmäßig gefördert würde oder nicht, soll eine vollständige Trennung der beiden Sachverhalte hierbei nicht den Anspruch stellen.

Meiner persönlichen Auffassung nach haben beide Seiten vollkommen berechnete Argumente. Besonders den Punkt der verstärkten Ungleichbehandlung von sowieso durch Krankheit und Alter schon gesellschaftlich benachteiligten Menschen, indem diese durch die freie Option eines geschäftsmäßigen Suizids zu einer Selbsttötung gedrängt würden, finde ich einleuchtend. Jedoch existieren Ungerechtigkeiten gegenüber hilfebedürftigen Gruppen ohnehin in unserer Gesellschaft, z.B. die Ausgrenzung von Senior*innen, und werden durch ein Verbot der geschäftsmäßigen Selbsttötung nicht beseitigt. Deswegen sollte es unser Anspruch vielmehr sein, als Gesellschaft gegen diese Ungerechtigkeiten insgesamt zu arbeiten und für ein Klima sorgen, in dem sich möglichst alle Bürger*innen wohl fühlen. Denn die realistische Konsequenz eines Verbots der geschäftsmäßigen Suizidunterstützung ist nicht, dass der Suizidwunsch verschwindet, sondern dass, wie bereits dargestellt, der Weg zur professionellen Hilfe versperrt wird. Damit bleibt ein erzwungen würdeloser Tod oft als einziger Ausweg, der in Form von Gewaltsuiziden nicht nur die Suizidenten leiden lässt, z.B. durch Schmerzen beim Aufschneiden der Pulsadern. Meistens ist auch die unmittelbare Umgebung betroffen, in dem Falle möglicherweise Familienmitglieder, die die leblose Person auffinden müssen. Letztendlich wiegt für mich am meisten der Gedanke, dass jegliche Form von Suizidprävention unbedingt so weit gefördert und angewendet werden muss wie möglich. Jedoch ist es außenstehenden Menschen nicht möglich, sich vollständig in die Lage von Sterbewilligen hineinzusetzen, weswegen deren letzter Wille respektiert werden muss, auch wenn er konträr zu den eigenen Vorstellungen steht.

8. Alternativen

Im folgenden Kapitel soll nun beleuchtet werden, welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten es zur geschäftsmäßigen Sterbehilfe gibt. Insbesondere wird auf die Rolle der

Patientenverfügung, welche hauptsächlich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt ist, und den Umgang mit schwerkranken Patient*innen eingegangen.

8.1 Patientenverfügung

Auch hierbei ist als einer der wesentlichen Ausgangspunkte die deutsche Historie angeführt. Nach der Befreiung vom Nationalsozialismus fand mit Blick auf die inhumanen Verbrechen von Ärzt*innen und Pflegepersonal an Patient*innen, die für medizinische Experimente gegen ihren Willen missbraucht wurden, ein Wandel in der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen statt.¹⁰¹

Einer Definition nach Schnell ist eine Patientenverfügung ein ausformuliertes Willensbekenntnis der betroffenen Patient*innen. Sie beschreibt von den Patient*innen vorher festgelegte medizinische Behandlungsmaßnahmen für in der Zukunft liegende mögliche Szenarien, in denen die Patient*innen in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind. Zusätzlich gibt es auch die Möglichkeit einer Vollsorgevollmacht, in der eine weitere Person bevollmächtigt wird, im Sinne des Betroffenen Entscheidungen zu treffen. Bei einer Betreuungsverfügung ist sind gesetzliche Betreuer*innen bestellt, um für die Patient*innen rechtliche bzw. geschäftliche Angelegenheiten zu erledigen.¹⁰²

Auch bei der Patientenverfügung steht die Autonomie der Betroffenen im Vordergrund. Insbesondere soll die Patientenverfügung sicherstellen, dass medizinisches Fachpersonal gemäß ihrer Verantwortung und dem Respekt gegenüber den Willensbekundungen der Betroffenen handelt. Demzufolge sind als Adressat*innen der Patientenverfügung all diejenigen zu benennen, die an der Pflege der Patient*innen beteiligt sind.¹⁰³

Es soll möglichst genau versucht werden, den autonomen Willen der Patient*innen anhand der Patientenverfügung zu ermitteln. Wenn die Mitteilungsfähigkeit der Betroffenen eingeschränkt ist stehen die Pflegebeteiligten oftmals vor der herausfordernden Aufgabe, den festgelegten Patient*innenwillen zu ermitteln und falls notwendig auch zu interpretieren. Hierbei sieht Schnell ein Konfliktpotenzial, da in den meisten Fälle je nach Standpunkt der Ärzt*innen oder der Angehörigen unterschiedliche Interpretationsansätze der Patientenverfügung gäbe. Es müssten Aspekte wie die Verbindlichkeit der Verfügung, den Bezug des festgelegten Patient*innenwillens

¹⁰¹ Schnell 2009, S. 23

¹⁰² ebd., S. 22f.

¹⁰³ ebd., S. 24f.

auf die aktuelle medizinische Situation oder mögliche Willensänderungen der Kranken beachtet werden.¹⁰⁴

Als rechtliche Grundlage wird sich bei der Patientenverfügung ebenfalls auf den Grundsatz der freien Persönlichkeitsentfaltung nach Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes berufen. Dazu würde auch das Recht der Entscheidung über Behandlungsmaßnahmen bei psychischen oder physischen Erkrankungen zählen. Voraussetzung sei nach Kammeier allerdings nicht, dass die laienhaften Betroffenen ein genauso fachliches Verständnis über medizinische Vorgehen wie fachlich ausgebildete Mediziner*innen hätten. Fachwissen könne in diesem Falle nicht die Selbstbestimmung ersetzen. Allerdings sei die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Bestimmung der Maßnahmen der Patient*innen unumgänglich. Hierfür müssen die grundlegenden medizinischen Folgen der Eingriffe und deren Folgen nachvollzogen werden. Umgekehrt können Einwilligungen für Behandlungen auch jederzeit widerrufen werden. Erfolgt dennoch eine Weiterbehandlung, würde dieser medizinische Eingriff als Körperverletzung geahndet werden.¹⁰⁵

Nach § 167 BGB können ebenfalls bestimmte Bevollmächtigte über medizinische Eingriffe beim Kranken entscheiden, welche normalerweise ein großes Vertrauensverhältnis zu denjenigen genießen, welche die Vollmacht erteilen. Kammeier sieht hierbei den Vorteil, dass durch die Bestimmung Bevollmächtigter Ärzt*innen die Möglichkeit erhalten, mit den Bevollmächtigten von Angesicht zu Angesicht über medizinische Eingriffe kommunizieren zu können, selbst wenn die Betroffenen nicht mehr voll mitteilungsfähig sein sollten.¹⁰⁶ Durch Betreuungsverfügungen können Personalvorschläge gemacht werden für den Fall, dass die Notwendigkeit einer Betreuung eintritt. In der Regel sollte diesen Vorschlägen nachgekommen werden. Eine Betreuung erfolgt in denen für die Betreuer*innen festgelegten Aufgabenkreise und ist nur für Tätigkeiten ausgerichtet, die nicht durch alternative Hilfen erledigt werden können. In diesem Falle agieren die Betreuer*innen als Vertretung vor dem Gesetz für die Betreuten.¹⁰⁷

Bezüglich zum übergreifendem Thema der Selbsttötung versteht Schnell die Patientenverfügung als eine zu beachtende Möglichkeit, die Selbstbestimmung der Menschen im letzten Lebensabschnitt zu wahren. Besonders bei medizinischen Grenzfällen wie Komapatient*innen sei dies der

¹⁰⁴ ebd., S. 29

¹⁰⁵ Kammeier 2009, S. 66

¹⁰⁶ ebd., S. 66f.

¹⁰⁷ ebd., S. 70f

Fall, wo die Betroffenen zwar im klinischen Sinne nicht tot sind aber andererseits auch unter einer stark eingeschränkten Lebensqualität leiden müssen. Hier würde die Patientenverfügung eine Hilfestellung für die behandelnden Ärzt*innen sein. Sie sei Zeugnis für den medizinethischen Wandel hin zur Berücksichtigung der Patient*innenautonomie während der Behandlung.¹⁰⁸

Durch diesen Wandel im Gesundheitswesen käme auch eine veränderte Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen einher. Schnell bezieht sich hier auf eine durchgeführte Umfrage bezüglich der Einstellungen von Menschen mit Erkrankungen zu ihren behandelnden Ärzt*innen. Für die Mehrheit sei eine auf Augenhöhe mit den Ärzt*innen stattfindende Kommunikation wichtiger als eine rein medizinische Fachberatung. Für Patient*innen, die eine Patientenverfügung erlassen haben, sei die Wahrung der eigenen Autonomie von mehr Bedeutung als für solche, die keine Verfügung verabschiedet haben.¹⁰⁹

Klie/Student verweisen jedoch auf einige Kritikpunkte gegenüber der Praxis der Patientenverfügung. So würde bei den Verfügungen grundlegend davon ausgegangen, dass die von den Verfasser*innen festgelegten Willensbekenntnisse bezüglich einer medizinischen Behandlung zum größten Teil stabil sei und kaum Änderungen unterliegen würde. Jedoch sei es für gesunde Menschen sehr schwierig, sich in die Lage eines extremen Krankheitszustandes zu begeben. Zudem würden laienhafte medizinische Fachkenntnisse ebenfalls Einfluss auf Vorgaben in den Verfügungen haben und manche Entscheidungen würden eventuell revidiert werden, wenn die Patient*innen über einen fachgerechteren Wissensstand verfügten.¹¹⁰ Als nächsten Punkt führen Klie/Student an, dass die allgemeine Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen verbessert werden müsse. Viele Ärzt*innen würden sich aus Unsicherheit scheuen, das Thema Patientenverfügung anzusprechen. Jedoch würden sich genau das viele Personen wünschen, die überlegen, eine Patientenverfügung niederzuschreiben.¹¹¹ Auch das schon angeklungene Dilemma der inhaltlichen Interpretationsprobleme einer Verfügung seitens des medizinischen Fachpersonals wird von Klie/Student aufgegriffen. Da es eine schwierige Herausforderung sei, die Verfügungen inhaltlich exakt zu bestimmen, befinde sich die behandelnden Ärzt*innen vor einer

¹⁰⁸ Schnell 2009, S. 94f

¹⁰⁹ ebd., 96f.

¹¹⁰ Klie/Student 2007, S. 65f.

¹¹¹ ebd., S. 67f.

Hemmschwelle, die Verfügungen auch auf medizinische Geschehnisse anzuwenden. Die Interpretation könne von Person zu Person unterschiedlich interpretiert werden.¹¹²

Viele Kritiker*innen der geschäftsmäßigen Sterbehilfe führen die Palliativmedizin und insbesondere die Patientenverfügung als eine alternative Option statt der Selbsttötung an. Die Patientenverfügung bietet die Möglichkeit, die eigene Willensbekenntnis für eventuelle in der Zukunft liegende medizinische Behandlungsmaßnahmen festzulegen. So kann die Patientenverfügung besagen, welche Vorkehrungen erwünscht sind und welche Eingriffe ausdrücklich abgelehnt werden. Ziel der Patientenverfügung ist, die autonome Willensfestlegung der Erkrankten ermitteln zu können, falls diese in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind. Betroffene haben zudem die Möglichkeit, Bevollmächtigte zu bestimmen, welche die Interessen der Erkrankten bei den behandelnden Ärzt*innen vertreten können. Durch Betreuungsverfügungen können die Betroffenen ihre Vorschläge hinsichtlich ihrer Betreuer*innen anbringen. Als Kritikpunkt hinsichtlich der Patientenverfügung sind Bestimmung zu nennen, welche häufig unzureichend definiert seien. Medizinisches Fachpersonal hätte unterschiedliche Interpretationsformen der Patientenverfügung. Dadurch könne nicht garantiert werden, dass der Patient*innenwille auch wirklich durchgesetzt werden könne.

8.2 Umgang mit Betroffenen

Gerade für die Soziale Arbeit ist es von Interesse, wie mit Schwerkranken Menschen auf eine menschliche Weise umgegangen werden und sie und ihre Angehörige in einer Krisensituation wie der Eintritt einer schweren Krankheit unterstützen kann. Hierbei spielt die Palliativforschung eine wesentliche Rolle. Schulz/Schnell beschäftigen sich daher mit den Fragen, wie Begleiter*innen der Betroffenen ihre Rolle durch eine geschulte Kommunikation besonders kompetent ausführen können.¹¹³

Auch sie vertreten die Auffassung, dass eine offene Gesprächsatmosphäre zwischen Ärzt*innen und Patient*innen sehr förderlich für die Beziehung sein kann, insbesondere in der letzten Lebensabschnittsphase. Insofern sei ein hoher Bedarf an Kommunikationsschulung für Ärzt*innen vorhanden, da damit auch Unsicherheiten bezüglich des Umgangs mit Menschen die kurz vor dem Tode stehen, abgebaut würden.¹¹⁴ Dies sei laut Schulz/Schnell bisher innerhalb der

¹¹² ebd., S. 68f.

¹¹³ Schulz/Schnell 2009, S. 159f.

¹¹⁴ ebd., S. 160

ärztlichen Ausbildung ungenügend erfüllt. Es gäbe zwar vereinzelt Initiativen, die sich innerhalb des Medizinstudiums mit der Lehre vom Überbringen schlechter Nachrichten an Patient*innen und deren Angehörige beschäftigen. Jedoch müsste die Gesprächsführung für Patient*innen, welche kurz vor dem Tod stehen, systematisch als Grundteil in das Studium integriert werden.¹¹⁵

Speziell die Kommunikationslehre für Schwerkranke deren Lebensende zeitnah abzusehen ist, sei wichtig, da es sich hier um eine speziell vulnerable Adressat*innengruppe handeln würde. Es müsse beachtet werden, dass sich sterbende Patient*innen und die jeweils behandelnden Ärzt*innen auf einer ungeraden Ebene befinden würden. Für die Patient*innen steht das Sterben kurz bevor, bei den Ärzt*innen ist das nicht der Fall. Von daher seien Aussagen der Ärzt*innen dahingehend, dass sie die Todkranken vollkommen verstehen könnten, unangebracht. Diese Sachverhalte würden die Gesprächsführung mit sterbenden Patient*innen zu einer großen Herausforderung machen. Von daher müsse es ärztliche Aufgabe werden, sich vorhandene Kommunikationsmethoden in dieser Thematik anzueignen und vor Allem auch umzusetzen.¹¹⁶ Als Beispiel einer Übungseinheit führen Schulz/Schnell den realen Kontakt von Studierenden in Kooperation mit unheilbar Kranken an. Hierbei ist weniger das fachlich richtige Anwenden der gelernten Gesprächstechniken im Vordergrund, sondern die bloße Erfahrung der Begegnung mit todkranken Patient*innen. Nach dem Gespräch erhalten die Studierenden eine ausführliche Evaluationsrunde, in der sie ihre Erfahrungen besprechen können.¹¹⁷ Insgesamt sollten sich die Lehrinhalte auf Wissensvermittlung, Fertigkeitenausbau und dem Bewusstsein einer Grundhaltung gegenüber palliativ behandelten Patient*innen beziehen.¹¹⁸

Auch Klie/Student gehen auf den Umgang mit todgeweihten Patient*innen im Beratungskontext ein, wobei hier der Bogen zu Sterbewilligen gespannt wird. Sie sehen als ersten richtigen Schritt von Betreuenden, die Möglichkeit eines Suizides anzusprechen. Die oft vermutete Angst, genau dies könnte den Sterbewunschgedanken erst auslösen, sei unbegründet. Vielmehr würde dies dazu führen, dass die Angesprochenen Dankbarkeit ausdrücken und sich verstanden fühlen würden. Somit könne dem häufig vorkommenden Gefühl der Einsamkeit und der Isolierung, welche

¹¹⁵ ebd., S. 161 f.

¹¹⁶ ebd., S. 168 f.

¹¹⁷ ebd., S. 170

¹¹⁸ Ebd., S. 171

oftmals einen großen Teil der Suizidgedanken ausmachen würden, entgegengewirkt werden, da die Patient*innen sich jemanden anvertrauen könnten.

Der weitere Verlauf des Gesprächs sei sogar nachrangig. Meist helfe das Sprechen über die Selbsttötung an sich den Betroffenen schon ungemein weiter. Oftmals sei die Ansprache des Suizidgedanken auch ein generelles Hilfesignal und der Ausdruck des Bedürfnisses, über den eigenen Zustand die und die Probleme mit jemanden sprechen zu wollen. In diesem Sinne würde es bei vielen Patient*innen nicht primär um den Wunsch gehen, das Leben beenden zu wollen, sondern vielmehr darum, den auf diese Art und Weise gelebten Zustand ändern zu wollen. Demzufolge läge die Aufgabe der Gesprächspartner*innen vielmehr darin, die eigentlichen Botschaften, Ängste und Wünsche der Betroffenen zu erkunden. Wenn eine Besserung der psychischen oder physischen Lebensqualität eintrete, würde sich demzufolge in manchen Fällen auch automatisch der Suizidwunsch verflüchtigen. Grundsätzlich ginge es darum, bei dem angesprochenen Suizidthema nicht in Panik zu verfallen. Im Gegenteil sollten sich alle Beteiligten darauf einstellen können, dass ein aufkommender Wunsch zur Beendigung des eigenen Lebens in kritischen Lebenssituationen durchaus normal sei. Wenn diesem mit Empathie und Angeboten zur Unterstützung begegnet würde, könne man die scheinbar ausweglose Situationen der Betroffenen bereits verbessern.¹¹⁹

Obwohl in diesem Abschnitt hauptsächlich von Medizinstudierenden die Rede ist, finde ich die soeben angesprochenen Kommunikationsinhalte auch für angehende Sozialarbeiter*innen wichtig, da auch sie häufig mit schwer erkrankten und lebensmüden Menschen interagieren.

9. Fazit

Bezüglich der Fragestellung, ob § 217 einen Einfluss auf die Sterbehilfediskussion in Deutschland hätte, ist diese eindeutig zu beantworten. Die Diskussion über die geschäftsmäßige Förderung des Suizids hat eine große Wirkung auf die Debatte der Sterbehilfe in Deutschland. Der § 217 StGB trägt dazu bei, die Sterbehilfeproblematik auf eine gesellschaftliche Ebene zu heben. Vor allem durch das Merkmal der Geschäftsfähigkeit im Paragraphen wird deutlich, dass es nicht mehr darum geht, den freiwilligen Suizid hinsichtlich von Einzelfällen zu beurteilen. Durch das

¹¹⁹ Klie/Student, S. 107 f.

geschäftsmäßige Handeln wird impliziert, wie mit Sterbewilligen gesamtgesellschaftlich umgegangen wird und inwiefern die Möglichkeit besteht, professionelle Hilfe anzubieten.

Gerade die verschiedenen gesetzlichen Änderungen innerhalb der letzten Jahre zeigen, dass das Thema Sterbehilfe generell im Zeichen des gesellschaftlichen Wandels steht und der Bedarf an Austausch und Diskussion hoch ist. Viele persönliche Ereignisse prägen oftmals die Debatte, wo das Beispiel des Films „Das Meer in mir“ in der Einleitung nur eines von vielen ist. Gerade diese Emotionalität macht den Austausch lebhaft und veranschaulicht, dass in den wenigsten Fällen strikt zwischen Rechtsprechung, Politik und persönlichen Schicksalen getrennt werden kann. Bei der Thematik Selbsttötung ist es insofern schwierig, eine rein sachliche Betrachtungsweise anzuwenden, da die Thematiken Sterben und Tod jeden Menschen betreffen. Oft führt dies auch zu abwehrenden Haltungen aus einer verständlichen Angstposition heraus. Umso wichtiger ist eine auf Fachwissen beruhende Debatte, die zwar nicht die Emotionen ersetzen, sondern sie vielmehr ergänzen soll. Die Regelung bzw. die Abschaffung des § 217 trägt zu einem offenen Diskurs bei, da jetzt gesellschaftlich überlegt werden muss, wie eine Neugestaltung der Sterbehilfe in Deutschland aussehen kann. Durch die Entscheidung gegen § 217 StGB können neue Möglichkeiten geschaffen werden.

Deutschland hat auf Grund der Rolle des Nationalsozialismus und dessen Untaten bei der unfreiwilligen Euthanasie die Sterbehilfedebatte eine besondere Zurückhaltung in der Diskussion. Dies wird einerseits als negativ empfunden, da sich so einem modernen Diskurs verschlossen würde. Auf der anderen Seite sollte aufgepasst werden, dass die zunehmende Legalisierung der Sterbehilfe nicht die Fehler der Vergangenheit wiederholt. Hier sollte eine Balance gefunden werden zwischen bewusstem Anerkennen der Historie und der gleichzeitigen Bemühung um einen offenen Diskurs. Insofern könnten unsere geschichtlichen Hintergründe der geführten Debatte die Möglichkeit geben, einen besonders differenzierten Blick zu erhalten.

Bei der genaueren Betrachtung des § 217 StGB fällt auf, dass es generell zur Thematik der Sterbehilfe nach wie vor einen hohen Diskussionsbedarf gibt. Alles, was über die allgemeine Definition der Sterbehilfe hinausgeht, nämlich die Hilfe zur Suizidvollstreckung einer anderen Person, führt häufig zu Uneinigkeit, was zum Beispiel die Diskussion über die Einordnungen und Abgrenzungen von den Hilfen beim Sterben und Hilfen zum Sterben beweist. Auch die inhaltliche Kritik am § 217 StGB, wie der Bedarf nach genauerer Erläuterung der einzelnen Tatbestandsmerkmale, zeigt, dass auch in der heutigen Zeit ein Bedürfnis nach Austausch und genauer Klärung und

Kontrolle von eventuellen Regelungen der Sterbehilfe besteht. Wenn diese Transparenz nicht gegeben ist, wird Kritik geäußert.

In der Schweiz und in den Niederlanden besteht bezüglich der Sterbehilfe ein liberalerer Gesetzesrahmen, da dort sowohl die Suizidbeihilfe als auch die aktive Sterbehilfe und der assistierte Suizid legal sind. Jedoch unterscheiden sich diese vornehmlich in der Organisation. Besonders die Unterscheidung, ob Sterbehilfevereine staatlich wie in den Niederlanden oder durch Mitgliedsbeiträge nach dem schweizerischen Modell finanziert werden, kann relevant für die Debatte der geschäftsmäßigen Selbsttötung in Deutschland sein. Meiner Meinung nach ist bei einer auf Beiträgen finanzierte geschäftsmäßige Sterbehilfe die Gefahr von Korruption zu hoch und es würde zu einer Ungleichberechtigung der Suizidwilligen führen, da es letztendlich eine Frage des Geldes wäre, ob sich die Betroffenen leisten können, die Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Vielmehr sollte ähnlich wie bei den Niederlanden staatlich finanzierte Sterbehilfe in Betracht gezogen werden.

Insgesamt steht fest, dass die Sterbehilfe nicht mit einer Unterscheidung zwischen „falschem“ und „richtigem“ Handeln abgetan werden könne. Die meisten Inhalte der angeführten Argumente sprechen dem Individuum auch nicht das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ab. Nicht umsonst ist Suizid in Deutschland straffrei. Jedoch habe ich während des Entstehungsprozesses für mich erkannt, dass es bei der Debatte vielmehr um den öffentlichen Umgang mit Suizidförderung geht. Meines Erachtens macht das den Unterschied aus, wie wir als Gesellschaft mit dem Thema Sterben umgehen möchten.

Der § 217 stellt eine im europäischen Vergleich eher konservativere Haltung dar, da hier von offizieller Seite die Förderung des Suizids nicht erwünscht ist. Auf theoretischer Ebene ist das nachzuvollziehen, da mit dem bereits erläuterten Slippery Slope Argument die Befürchtung kundgetan wird, dass der Suizid als normale Sterbeoption in den Alltag integriert wird. Jedoch lässt sie sich in der Realität meines Erachtens nach nicht mit der Selbstbestimmung und somit Würde der Suizidwilligen vereinbaren. Der Zugang zu professioneller Hilfe wird somit abgeschnitten und die Bedürfnisse der Sterbewilligen übergangen. Oftmals bleibt nur der Weg, durch Angehörige den Selbsttod zu begehen oder einen sogenannte Gewalttod in Erwägung zu ziehen, was in den meisten Fällen wenig mit der Vorstellung eines würdigen Lebensendes vereinbar ist. Zudem belasten diese Art von Selbsttötungen auch das unmittelbare Umfeld wie die Angehörigen bzw. Menschen, die die Suizident*innen vorfinden. Ich persönlich befürworte die Entwicklung und auch

die Abschaffung des § 217 StGB, da dadurch der öffentlichen Tabuisierung des Suizids und des Sterbens allgemein entgegengewirkt und für eine offenere Diskussionskultur eingetreten wird. An dieser Stelle sollten sich auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von geschäftsmäßiger Sterbehilfe und Palliativmedizin nicht ausschließen. Palliativmedizin sollte weiter erforscht und gefördert werden, jedoch ohne den Anspruch zu erheben, die selbstbestimmte Entscheidung hin zum Suizid ersetzen zu wollen. Damit könne erreicht werden, dass Patient*innen nicht das Gefühl hätten, zu einer Entscheidung gedrängt zu werden. Das alleinige Wissen, dass die Wahl zum Suizid stets möglich ist, könnte für eine wesentliche Entlastung sorgen, da der letzte Wille immer bei den Patient*innen bliebe. Durch einen solch offenen Umgang mit den verschiedenen Möglichkeiten für die Betroffenen könne sogar Suizidprävention verstärkt werden, da hier fachliche Hilfe besser greifen kann, wenn die Patient*innen ernst genommen fühlen. Wenn Aufklärung über mögliche Alternativen zum Suizid erfolgen soll, muss der Suizid in erster Linie angesprochen werden und das geschieht am besten in einem verständnisvollen Rahmen, in denen alle Beteiligten respektiert werden. In diesem Sinne könnte sogar das Vertrauensverhältnis zwischen den Todessuchenden und allen Beteiligten, wie das medizinische Fachpersonal oder zu beteiligten Sozialarbeiter*innen, gestärkt werden. Den Patient*innen könnte damit das Gefühl vermittelt werden, dass nicht nur auf die Erhaltung des Lebens unter allen Umständen sondern auch die individuellen Bedürfnisse geachtet wird, selbst wenn diese den Tod beinhalten. Darüber hinaus bietet sich mit der neuen gesetzlichen Lage zudem die Möglichkeit, aus der angesprochenen Kritik am § 217 StGB zu lernen und möglichen rechtlichen Grauzonen vorzubeugen. Somit könne durch möglichst genau festgelegte und kontrollierte Rahmenbedingungen der Korruption von Sterbehilfe vorgebeugt werden.

Die Soziale Arbeit steht an dieser Stelle ebenfalls vor neuen Möglichkeiten, da das Berufsbild auch den Umgang mit Menschen in Krisensituationen bis hin zum Todeswunsch miteinschließt. Auch bei Sozialarbeiter*innen kann diese Situation zum inneren Konflikt führen, da es zu eventuellen Diskrepanzen zwischen den eigenen Wertevorstellungen und den Bedürfnissen der Betroffenen kommen kann. Hier kann für einen professionellen Umgang mit einer solchen Herausforderung ebenfalls ein offen geführter Diskurs behilflich sein. Ein klarer gesetzlicher Rahmen kann dabei Hilfestellung geben. Es ist jetzt in der naheliegenden Zukunft zu beobachten, inwiefern sich die gesetzlichen Grundlagen bezüglich der möglichen Wiederaufnahme einer

geschäftsmäßigen Unterstützung der Selbsttötung entwickeln und wie die gesellschaftliche Debatte mitwächst.

10. Quellen

Ambrosy, Heike/Löser, Angela Paula: Entscheidungen am Lebensende. Sterbehilfe und Patientenverfügung im Pflegealltag aus juristischer und pflegerischer Sicht. 1. Aufl. Hannover 2006.

Bauer, Axel W.: Notausgang assistierter Suizid? Die Thanatopolitik in Deutschland vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. In: Hoffmann, Thomas Sören/ Knaup, Marcus (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Wiesbaden 2015, S. 49 - 78.

BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020

- 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343, http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html [Stand 07.07.2020]

Eibach, Ulrich: Von der Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf Verlangen? Eine Beurteilung aus seelsorgerlicher und ethischer Sicht. In: Hoffmann, Thomas Sören/ Knaup, Marcus (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Wiesbaden 2015, S. 189-213.

Finzen, Asmus: Das Sterben der Anderen. Sterbehilfe in der Diskussion. Bonn 2009.

Hohendorf, Gerrit: Der Tod als Erlösung vom Leiden. Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts. Göttingen 2013.

Kammeier, Heinz: Die rechtliche Bedeutung der Patientenverfügung. In: Schnell, Martin W. (Hrsg.): Patientenverfügung. Begleitung am Lebensende im Zeichen des verfügtten Patientenwillens - Kurzlehrbuch für die Palliative Care. Bern, 2009, S. 65 - 91.

Klie, Thomas/Student Johann Christoph: Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. 1. Aufl. Freiburg im Breisgau 2007.

Pott, Gerhard/Meijer, Durk: Sterbebegleitung in Europa. Am Beispiel Deutschlands und der Niederlande mit einem Exkurs zur intuitiven Ethik. Stuttgart 2015.

Preidel, Caroline: Sterbehilfepolitik in Deutschland. Eine Einführung. Wiesbaden 2016.

Roggendorf, Sophie: Indirekte Sterbehilfe. Medizinische, rechtliche und ethische Perspektiven. Freiburg 2011.

Schnell, Martin W.: Begleitung am Lebensende im Zeichen der Patientenverfügung. In: Schnell, Martin W. (Hrsg.): Patientenverfügung. Begleitung am Lebensende im Zeichen des verfügtten Patientenwillens - Kurzlehrbuch für die Palliative Care. Bern, 2009, S. 21 - 33.

Schulz, Christian/Schnell, Martin W.: Ausbildung in der Kommunikation als Grundlage der Begleitung am Lebensende. In: Schnell, Martin W. (Hrsg.): Patientenverfügung. Begleitung am Lebensende im Zeichen des verfügtten Patientenwillens - Kurzlehrbuch für die Palliative Care. Bern, 2009, S. 159 - 200.

Spieker, Manfred: Sterbehilfe? Selbstbestimmung und Selbsthingabe am Lebensende. Eine katholische Perspektive. In: Hoffmann, Thomas Sören/ Knaup, Marcus (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Wiesbaden 2015, S. 215-245.

Steller, Sabrina: Ärztliche Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe unter besonderer Berücksichtigung des § 217 StGB. Baden-Baden 2019.

Deutscher Bundesrat: Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches - Strafbarkeit der Werbung für Suizidbeihilfe (... StRÄndG). Drucksache 149/10. URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2010/0149-10.pdf> [Stand 07.07.2020]

Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Drucksache 17/11126. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/111/1711126.pdf> [Stand 07.07.2020]

Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Drucksache 18/5373. URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/405550/92dd7bcf5c9ca2b2ea34991083e898ce/wd-3-188-15-pdf-data.pdf> [Stand 07.07.2020]

Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz). Drucksache 18/5374. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/053/1805374.pdf> [Stand 07.07.2020]

Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode: Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung. Drucksache 18/5376. URL: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805376.pdf> [Stand 07.07.2020]

Woellert, Katharina/Schmiedebach, Heinz-Peter: Sterbehilfe. 1. Aufl. München 2008.