



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**WARUM DIE AKTIVE STERBEHILFE IN
DEUTSCHLAND VERBOTEN IST UND WAS
FÜR ODER GEGEN IHRE LEGALISIERUNG
SPRICHT**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: *Lena Geyer*

Betreuer: *Prof. Dr. Daniel Schönefeld*

Zweitbetreuerin: *Prof. Dr. Susanne Hartung*

Tag der Einreichung: 10.06.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1. Problemstellung	3
1.2. Definitionen	4
1.3. Fragestellung	5
1.4. Methodik.....	6
2. Hauptteil 1 – Verbot der Aktiven Sterbehilfe	7
2.1. Ebene 1: Weltreligionen und Sterbehilfe	7
2.1.1. Das Christentum und Sterben.....	8
2.1.2. Sterben im Islam	10
2.2. Ebene 2: Euthanasie im Nationalsozialismus.....	11
2.3. Ebene 3: Berufsethos der Ärzte	14
3. Hauptteil 2: Was für und gegen die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe spricht	16
3.1. Vereinbarung mit der Palliativmedizin	17
3.2. Würdevolles Sterben	18
3.3. Selbstbestimmung des Patienten	22
3.4. Grenzsituationen	28
4. Schlussteil	30
4.1. Fazit	30
4.2. Ausblick.....	34
5. Quellenverzeichnis	36

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Das Sterben ist ein tabuisiertes Thema, besonders der Suizid oder Tode, die durch eine Sterbebegleitung herbeigeführt werden. Das Sterben und die Gestaltung der letzten Lebensphase beschreibt einen wichtigen Teil des menschlichen Lebens. Betrachtet man den heutigen, medizinischen Fortschritt, kann man erkennen, dass sich das Sterben verändert hat. Durch lebenserhaltende Maßnahmen, wie beispielsweise das Ersetzen ganzer Organe, leben Menschen heute länger als noch vor ca. 70 Jahren. Derzeit liegt die Lebenserwartung für heute neugeborene Mädchen bei 83,3 Jahren und für Jungen bei 78,5 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2019).

Da heute Leben so lange wie möglich erhalten werden können, ist es umso wichtiger, sich damit zu beschäftigen, wie man sterben möchte. Wie lange lebenserhaltende Maßnahmen durchgeführt werden sollen und ab wann man den Entschluss fasst, nicht weiter zu leben. Die Entscheidung am Lebensende kann heute vielfältig gewählt werden. Daher ist es wichtig, sich mit dem Thema Sterbebegleitung auseinanderzusetzen. Sinkt die Lebensqualität in der letzten Lebensphase, aufgrund von Schmerzen und Leiden, kann der Gedanke auftreten, das Leben vorzeitig zu beenden.

Das Sterben in Deutschland wird hauptsächlich durch die Palliativmedizin, auch Palliative Care genannt, beeinflusst. Die Palliativmedizin befasst sich mit der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten, die lebensbedrohlich erkrankt sind. Schwer erkrankte Menschen, die dem Tode nahestehen, werden hierbei bis zu ihrem Tod begleitet. Die Palliativmedizin beabsichtigt jedoch nicht, das Leben vorzeitig zu beenden oder es künstlich zu verlängern (WHO, 2002). Beteiligte der palliativen Medizin sind demnach Befürworter der Passiven Sterbehilfe.

Nichtsdestotrotz gibt es in Deutschland eine weitere Form der Sterbebegleitung, die viel an Zuspruch gewinnt. Seit Anfang des Jahres 2020 gilt das vorherrschende Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§217 StGB) als verfassungswidrig. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs.1 GG) schließt das Recht mit ein, selbstbestimmt zu sterben (Kritische Bioethik Deutschland, 2020). Damit ist der Assistierte Suizid eine weitere legale Möglichkeit, sein Leben zu beenden.

Die Aktive Sterbehilfe ist demnach die einzige Form der Sterbebegleitung, die weiterhin in Deutschland verboten ist. Im Strafgesetzbuch ist dazu verfasst: „Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. Der Versuch ist strafbar.“ (§216 StGB)

1.2. Definitionen

Bei der Betrachtung der Debatte um die Aktive Sterbehilfe ist es notwendig, Begriffe voneinander abzugrenzen, die im Zusammenhang mit der Sterbehilfe stehen.

In Deutschland unterscheidet man die Sterbebegleitung in unterschiedlichen Positionen. Zunächst verwendet man den Begriff der *Passiven Sterbehilfe*. Die bezeichnet eine Beendigung oder eine Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen einer medizinischen Behandlung (vgl. Pott & Meijer, 2015), auf Wunsch des Patienten.

Wird die erkrankte Person durch die medizinische Behandlung künstlich am Leben erhalten, wie beispielsweise durch den Einsatz einer Magensonde oder eine Dialyse, kann die Passive Sterbehilfe eingeleitet werden. Man spricht hierbei auch vom Sterbenlassen (vgl. Preidel, 2016).

Im Gegensatz dazu bildet die *Aktive Sterbehilfe* eine Position, die in Deutschland verboten ist. Diese Form der Sterbehilfe bedeutet die Tötung auf Verlangen. Sie wird, vor allem in den Niederlanden, auch als Euthanasie bezeichnet (vgl. Pott & Meijer, 2015). Der Sterbehelfer führt hierbei aktiv die gewünschte Tötung durch, z.B. durch das Verabreichen eines Sedativums in tödlicher Dosis (vgl. Preidel, 2016).

Zuletzt gibt es den *Assistierte Suizid* als eine weitere Position der Sterbebegleitung. Der Assistierte Suizid ist in Deutschland erlaubt und bedeutet die Beihilfe zum Suizid. Die Hilfe zur Selbsttötung erfolgt durch das Beschaffen eines tödlich wirkenden Medikaments (vgl. Pott & Meijer, 2015). Der Sterbewillige nimmt selbst das Tötungsmittel ein und begeht damit Selbstmord (vgl. Preidel, 2016).

1.3. Fragestellung

Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Positionen der Sterbebegleitung in Deutschland, lässt sich feststellen, dass eine gewisse Öffnung gegenüber der Gestaltung des Lebensendes besteht. Nachdem vor kurzem die gesetzliche Regelung des Assistierte Suizids beschlossen wurde, stellt sich nun die Frage, inwieweit die Aktive Sterbehilfe, die als einzige verboten ist, in Zukunft an Zuspruch gewinnen wird. Ziel dieser Erarbeitung ist es, darzustellen, weshalb die Aktive Sterbehilfe als einzige noch verboten ist und was für oder gegen diese Form von Sterbehilfe spricht.

1.4. Methodik

Die Recherche im Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg bildet die Grundlage für die Erarbeitung. Zusätzlich wurden auch Datenbanken, wie PubMed, ResearchGate und auch Springer Link verwendet. Da diese Datenbanken teilweise ausschließlich englische Verfassungen veröffentlichen, wurden die Suchbegriffe auch in die englische Sprache übersetzt. Für die generelle Recherche wurden Stichworte, wie „Sterbebegleitung“, „Euthanasie“, „Palliativmedizin“ und „Sterben“ verwendet. Je nach Recherche der einzelnen Thematiken dieser Arbeit wurden die Stichworte explizierter gewählt. Aufgrund der zwei unterschiedlichen Fragestellungen wurde der Hauptteil zweigeteilt. Zunächst sollen drei Ebenen im ersten Hauptteil verdeutlichen, weshalb die Aktive Sterbehilfe verboten ist. Der zweite Hauptteil stellt in einem Vergleich gegenüber, was oder wer für und gegen die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe spricht.

2. Hauptteil 1 – Verbot der Aktiven Sterbehilfe

Die Aktive Sterbehilfe, die als einzige Form der Sterbehilfe in Deutschland verboten ist, bildet aus verschiedenen Gründen und Vorkommnissen ein Tabu-Thema. Im Folgenden sollen drei Ebenen verdeutlichen, weshalb das Verbot besteht. Neben den Religionen, dem Nationalsozialismus und dem Berufsethos der Ärzte gibt es weitere Gründe für das Verbot der Aktiven Sterbehilfe. Es wurde sich jedoch auf diese drei Bereiche fokussiert, da diese einen großen Einfluss auf die deutsche Gesellschaft haben. Besonders die Religionen und die Ärzte handeln nach bestimmten Grundsätzen, die eine Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe erschweren bzw. ablehnen.

2.1. Ebene 1: Weltreligionen und Sterbehilfe

In einer multikulturellen Gesellschaft ist es wichtig, die verschiedenen Religionen zu betrachten, wenn man über die Aktive Sterbehilfe debattiert. Die Religionen sind für viele Menschen von hoher Wichtigkeit und bilden für sie Normen und Werte, mit denen sich die Gläubigen ihre Weltanschauung aufbauen. Der Glaube bildet für die meisten eine Hilfe, das Leben zu bewältigen. Besonders in schwierigen Zeiten finden sie dort Halt und Zuspruch. Auch bei dem Thema Tod und Sterben unterstützt die jeweilige Religion die Sterbenden selbst bzw. die Angehörigen einer Person, die dem Tod nahesteht oder bereits aus dem Leben geschieden ist.

Im Folgenden werden daher die Weltreligionen mit ihrer Stellung gegenüber der Aktiven Sterbehilfe und dem Sterben allgemein aufgeführt. Es werden jedoch nur das Christentum und der Islam betrachtet, da andere Weltreligionen, wie der Hinduismus, der Buddhismus und das Judentum, in Deutschland nur in sehr geringer Zahl vertreten sind (vgl. REMID et al, 2019).

2.1.1. Das Christentum und Sterben

Das Sterben und der Tod ist auch im Christentum ein sehr sensibles Thema. Auch wenn diese Religion viele verschiedene Auffassungen aufweist, also orthodox, römisch-katholisch und protestantisch, wird das Gebiet Sterben und Tod doch gleicherweise betrachtet. Die Christen sind Anhänger des Jesu, der der Sohn Gottes ist. Durch Jesus wird ein Zugang zu Gott definiert. In welchem Maße Jesus als Gottheit betrachtet wird, ist stark abhängig davon, welcher Konfessionsgruppe man angehört ist. Die meisten grundlegenden Glaubensfragen stimmen in den verschiedenen Konfessionsgruppen überein, dennoch ist die Gewichtung der einzelnen Ansichten unterschiedlich. Jesus wird als Verkörperung eines liebenden, gerechten und menschlichen Gottes angesehen. Aus diesem Grund folgen die Christen dem Beispiel Jesu, was beispielsweise die Überzeugung der Nächstenliebe bzw. der Feindesliebe beinhaltet. Im Christentum glaubt man an ein Leben nach dem Tod, je nach Konfession besteht die Vorstellung, dass die Seele in einer anderen Form in einer nächsten Welt weiterexistiert. Auch der Glaube an Himmel und Hölle, bildlich oder detailliert, ist von Hauptgruppe zu Hauptgruppe des Christentums unterschiedlich gewichtet. Heute wird die Vorstellung von Himmel und Hölle meist als gedankliches und nicht reales Konzept angesehen (vgl. Neuberger, 2009).

Das Leben des Menschen ist ein Geschenk Gottes, weshalb es als sehr kostbar angesehen wird und es bis zum Schluss geschützt werden muss. Die Menschen haben auch keine vollständige Verfügungsgewalt über das eigene Leben. In Bezug auf Sterben und Tod bedeutet das, dass eine Entscheidung gegen das eigene Leben, auch bei Schmerzen und Leiden, dem Wesen des Menschen widerspricht. Der Tod darf zugelassen werden, jedoch soll er nicht herbeigeführt werden, unabhängig davon, in welcher Form der Tod herbeigeführt werden soll. Ein Sterbender stirbt, deutlich veranschaulicht, an der Hand eines Menschen und nicht durch ihn, welches im Christentum das würdevolle Sterben kennzeichnet (vgl. DBK, 2020). Wenn ein Mensch im Sterben liegt, soll er sich darauf vorbereiten können und dem Tod bewusst entgegengehen. In Fällen, in denen der Tod bevorsteht, darf dies dem sterbenden Menschen nicht vorenthalten werden, es würde dem bewussten Entgegengehen und der notwendigen Vorbereitung widersprechen. Christliche Menschen sollen nicht allein sterben (vgl. Neuberger, 2009). Schwer kranke Menschen und die, die dem Tod nahestehen, werden liebevoll und mitfühlend begleitet (vgl. DKB, 2020). Die Seelsorge, die in dem Fall die Begleitung Kranker und Sterbender bedeutet, ist eine Form der Nächstenliebe, weshalb die heutige Palliativmedizin und Hospizbewegung als Fortsetzung der alten christlichen Tradition angesehen wird (vgl. Antes, 2012).

Bezüglich der Aktiven Sterbehilfe ist eine deutliche Ablehnung abzuleiten. Die Herbeiführung, aber auch die Hinauszögerung des Todes, widerspricht den christlichen Glaubensgrundsätzen. Die passive Sterbehilfe mag in Maßen akzeptiert werden. Die Aktive Sterbehilfe wird jedoch scharf zurückgewiesen. Sie ist schließlich unannehmbar und wird zum Großteil als Mord angesehen. Die Katholische Kirche lehnt dazu auch den Assistierten Suizid ab (vgl. DBK, 2020). Nur die Palliativmedizin, die ein Sterbenlassen befürwortet, wird als einzige Art der Sterbebegleitung, aufgrund der Ähnlichkeit zur christlichen Seelsorge, akzeptiert.

2.1.2. Sterben im Islam

Der Islam teilt viele religiöse Vorstellungen mit dem Judentum und dem Christentum, da er ebenfalls zu den abrahamitischen Religionen gehört. Die Muslime glauben somit auch an den gleichen Gott, der auf Arabisch lediglich „Allah“ bedeutet. Ebenso wie die Bibel, erläutert der Koran Geschichten von Männern und Frauen, die die Menschen an Gott erinnert haben. Muhammad wird als Prophet des einen wahren Gottes betrachtet. Der Koran gibt Offenbarungen wieder, denen Muhammad auf seinem Lebensweg zuteil geworden sind (vgl. Neuberger, 2009).

Der Tod wird im Islam nicht als etwas Schlechtes betrachtet. Er ist keine Strafe und Antwort auf ein sündhaftes Vergehen, denn er ist die Rückkehr zu Gott, der alleiniger Herrscher über Leben und Tod ist. Der Tod wird auch als Übergang zu einem jenseitigen Leben angesehen, weshalb das Sterben einer geliebten Person als vorübergehende Trennung betrachtet wird (vgl. Neuberger, 2009). Ist ein Muslim dem Sterben nah, hat er die Verantwortung, Gottes Willen zu akzeptieren. Gott lässt den Menschen sterben, wenn die Frist abgelaufen ist, weiterhin ist der Tod ein Teil des Plan Gottes. Das Leben eines Menschen wird sehr hochgeschätzt. Wie das Leben gelebt wird, hat Einfluss darauf, wie sich das Leben nach dem Tod gestaltet. Der Mensch trägt die Verantwortung für sein Tun. Im Islam wird der Mensch als von Natur aus gut angesehen, weshalb keine Sterberiten üblich sind, die den Menschen in einen guten Zustand zurückführen würden. Die Begleitung von Sterbenden ist eine religiöse Pflicht. Der Tod darf weder herbeigeführt und beschleunigt werden, noch darf das Leben verlängert werden. Das Leid und die Schmerzen sind Gottes Wille (vgl. Eisingerich, 2012).

Die Aktive Sterbehilfe wird im Islam daher deutlich abgelehnt (vgl. ZMD, 2013). Auch bei akutem Schmerz und Leiden wird die Aktive Sterbehilfe, aber auch der Assistierte Suizid, scharf zurückgewiesen (vgl. Heller, 2012), denn auch dies ist Gottes Wille und deshalb muss es auch akzeptiert werden. Die Passive Sterbehilfe, und somit auch das Sterbenlassen, auch unter Einsatz schmerzlindender Mittel, die auch einen vorzeitigen Todeseintritt verantworten können, wird als gute und menschliche Alternative zur Aktiven Sterbehilfe angesehen. Die Palliativmedizin lässt sich heutzutage mit den Glaubensgrundsätzen des Islam über Sterben und Tod vereinbaren (vgl. ZMD, 2013).

2.2. Ebene 2: Euthanasie im Nationalsozialismus

Die Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland ein tabuisiertes Thema, aufgrund des Euthanasieprogramms während der Zeit des Nationalsozialismus, welches die Tötung von Menschen bedeutete, die nach den Vorstellungen der NS-Ideologie lebensunwert waren. Der Nationalsozialismus verursacht für Deutschland auch in anderen Bereichen eine tiefe Wunde und ein schlechtes Image, aber auch bei der Diskussion über die Sterbehilfe spielt diese Zeit eine wichtige Rolle.

Der Diskurs um die Sterbehilfe wurde in der Geschichte immer wieder aufgegriffen. Nicht lange vor der Machtübernahme des NS-Regimes 1933, verantworteten aber zwei Professoren, Karl Binding, Professor der Justiz, und Alfred Hoche, Professor der Psychiatrie, eine erneute Betrachtung des Sterbehilfediskurses (vgl. Klee, 1983).

Sie veröffentlichten eine Schrift, in der sie „die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ forderten. Darin wurden die Menschen zwischen Haupt- und Nebenmenschen unterschieden (vgl. Fittkau; Gehring, 2008). Binding sieht die Pflege von Nebenmenschen, pflegebedürftige Menschen in Anstalten und Heimen, als nicht gerechtfertigt. Die Hauptmenschen dagegen, wie Soldaten, die der erste Weltkrieg forderte, sollen stattdessen die notwendige Pflege erhalten (vgl. Fittkau; Gehring, 2008). Zunächst lehnten die Ärzte des Landes fast einstimmig die Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens ab (vgl. Benzenhöfer, 2009). Als 1933 jedoch die Machtübernahme des NS-Regimes erfolgte, wurde mit als erste Maßnahme eine Reform des Strafrechts durchgeführt. Ziel dieser Reform war unter anderem die Tötung durch Ärzte zu ermöglichen. Der preußische Justizminister Hans Kerrl veröffentlichte daraufhin die preußische Denkschrift, in der er forderte, die Tötung auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen milder zu bestrafen. Die Euthanasie, die Tötung auf Verlangen, definierte er als „wunschgemäße Beförderung des Sterbens eines hoffnungslos Leidenden durch ein todbringendes Mittel zur Verkürzung der Qual“ (Fittkau; Gehring, 2009). Kerrl sah es vor, dass in solchen Fällen zwei beamtete Ärzte ein Gutachten erstellen. Wenn die Krankheitslage des Patienten dementsprechend eingestuft wurde, soll die anschließende Sterbehilfe nicht sanktioniert werden. Hans Kerrl war zudem auch einer der ersten, der anstelle von Tötung von Vernichtung und Ausschaltung geistig behinderter Menschen redete. Darauf bezeichnete und verharmloste die Strafrechtskommission die Tötung als vorbeugende Eugenik. Jedes Mitglied der Volksgemeinschaft sollte dennoch bis zuletzt dem Staat dienen und sich nicht feige durch den Suizid oder der Tötung auf Verlangen dem Leben entziehen. 1935 war es der Reichsärztführer Gerhard Wagner, der den Führer Hitler auf die Euthanasie, im Sinne der Vernichtung unwerten Lebens, hingewiesen hat. Als 1939 deutlich wurde, dass alles auf einen Krieg hinauslief, wurde kurze Zeit später auch die Kindereuthanasie eingeleitet (vgl. Fittkau; Gehring, 2009).

Daraufhin wurde an Hebammen, Ärzte in Entbindungsanstalten und andere Beteiligte der Entbindungsstationen ein vertraulicher Runderlass geschickt (vgl. Klee, 1983). Dieser informierte sie über die "Klärung wissenschaftlicher Fragen auf dem Gebiet der angeborenen Mißbildung und der geistigen Unterentwicklung" (vgl. Klee, 1983). Kinder mit angeborenen Behinderungen sollten gemeldet werden. Bis zum Kriegsende wurden aufgrund der Kindereuthanasie 5000 bis 8000 Kinder ermordet. Nach der Einleitung der Kindereuthanasie folgte auch die Erwachseneneuthanasie. Somit wurden auch erwachsene Menschen getötet, die als lebensunwert eingestuft wurden (vgl. Fittkau; Gehring, 2009). Zudem wurde, neben der Euthanasie, eine Massensterilisation durchgeführt, bei der Menschen zwangssterilisiert wurden, die krankhafte Erbanlagen aufwiesen oder die generell als lebensunwert eingeordnet wurden. Mehr als 100.000 Menschen wurden Opfer des Euthanasieprogramms, „Asoziale“, „Minderwertige“ und Kriminelle fielen dabei in die Kategorie der Menschen mit lebensunwertem Leben (vgl. Klee, 1983).

Dieser Missbrauch des Begriffs „Euthanasie“, der eigentlich „guter Tod“ bedeutet, ist dementsprechend der Grund, weshalb die Aktive Sterbehilfe heute, aber auch in den vergangenen Jahren, in Deutschland als tabuisiertes Thema behandelt wird.

2.3. Ebene 3: Berufsethos der Ärzte

Die Aktive Sterbehilfe, die die Tötung auf Verlangen bedeutet, steht auf eine Art und Weise im Widerspruch zum Heilungsauftrag der Ärzte. Die Bundesärztekammer verfasste Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, die außerdem allgemeine Ärzteplichten vor Augen führt. Generell sind die Aufgaben eines Arztes, Leben unter der Achtung der Selbstbestimmung des Patienten zu erhalten, die Gesundheit des Patienten zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbende bis zum Tod beizustehen. Die Ärzte sind zudem verpflichtet, dass eine Basisbetreuung sichergestellt ist (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2011). Die Basisbetreuung sieht eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, die Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit, und zuletzt dem Stillen von Hunger und Durst vor (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2011). Bezüglich der Sterbebegleitung müssen Ärzte sämtliche Entscheidungen unter der Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls treffen. Im Zweifelsfall kann jedoch ein Ethikrat hinzugezogen werden. Die Ärzte sind verpflichtet, Sterbende, also Kranke und Verletzte mit nicht wiederherstellbarem Versagen einer oder mehrerer lebensnotwendiger Funktionen, so zu behandeln bzw. zu helfen, dass ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht werden kann. Maßnahmen, die den Tod nur hinauszögern, sollen beendet bzw. unterlassen werden. Jedoch steht die Linderung der Schmerzen im Vordergrund, sodass auch eine unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Über den Zustand und die möglichen Behandlungsmaßnahmen muss der Arzt den Patienten und deren Angehörige informieren (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2011). Bei der Behandlung von Sterbenden spielt der Patientenwille die wichtigste Rolle. Eine weitere Durchführung oder Beendigung von Behandlungs- und Therapiemaßnahmen sind ein gemeinsamer Entscheidungsprozess zwischen dem jeweiligen Arzt und dem Patienten bzw. der Patientenvertretung (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2011).

Der aktuelle geäußerte Wille des Patienten ist immer zu achten, auch wenn die empfohlenen medizinischen Maßnahmen aus ärztlicher Sicht nicht damit übereinstimmen. Der Patient muss dabei aber einwilligungsfähig und vollständig aufgeklärt sein. Die Ärzte sind jedoch verpflichtet, den Patienten dabei zu helfen, die Entscheidung gründlich zu überdenken (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2011). Betreuer bzw. Bevollmächtigte treten dann für die Entscheidung ein, sollte der Patient nicht einwilligungsfähig sein. Sie sollen immer so entscheiden, wie es der Patient sonst auch entschieden hätte, die Wünsche und der Wille sollen beachtet werden. Sollten die Wünsche bzw. der Wille unbekannt sein, soll ebenfalls so entschieden werden, wie es der Patient wahrscheinlich auch getan hätte. Das wird dann als mutmaßlicher Wille bezeichnet. Liegt jedoch eine Patientenverfügung vor, ist diese zu achten. In Notfällen, in denen nicht viel Zeit für ein Entscheidungsprozess bleibt, ist der Arzt verpflichtet die medizinische Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Lebenserhaltung gerichtet ist (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2011).

Die Aktive Sterbehilfe steht darüber hinaus auch im Widerspruch zum hippokratischen Eid und dem ärztlichen Eid bzw. Berufsethos. Im Jahr 2017 legten noch ungefähr die Hälfte der medizinischen Hochschulen den ärztlichen Eid freiwillig ab. Lediglich einige Aussagen des Eids werden im Folgenden erwähnt, da diese bezüglich der Sterbebegleitung eine Rolle spielen. Das Patienteninteresse steht an erster Stelle, der Wille ist zu respektieren und zu wahren. Jeder vermeidbare Schaden ist abzuwenden und es wird dem Patienten auch kein Schaden hinzugefügt. Weiterhin wird von allen Maßnahmen abgesehen, die nicht direkt im Zusammenhang mit der Linderung von Beschwerden, der Heilung der entsprechenden Krankheit und der Verhütung einer Krankheit stehen. Maßnahmen, die nicht medizinisch induziert wurden, dürfen nicht eingeleitet werden. Zuletzt ist der Arzt dazu verpflichtet, keinen Vertrag einzugehen, der zu Leistungsmengen, nicht induzierten Leistungen und Leistungsunterlassungen nötigt (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2017).

Der hippokratische Eid hingegen, ein ethisches Versprechen von Ärzten im alten Griechenland, ist heute längst überholt (vgl. Westhoff, 2015). Dennoch ist ein Wortlaut des Eids bei der Betrachtung der Sterbehilfedebatte nicht unwichtig. Im hippokratischen Eid steht: „Ich werde niemanden, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen.“ (Landesärztekammer BW, 2020). Dabei ist festzustellen, dass Ärzte ursprünglich nur dafür verantwortlich waren, Leben zu erhalten und sie nicht zu beenden, was in der Debatte um die Sterbehilfe keine unwichtige Aussage darstellt. Eine mögliche Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe scheint sich demnach schwierig mit den heutigen ärztlichen Grundsätzen zu vereinbaren.

3. Hauptteil 2: Was für und gegen die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe spricht

In den folgenden Kapiteln wird verdeutlicht, welche Meinungen gegenüber der Sterbehilfe allgemein, aber auch gegenüber der Aktiven Sterbehilfe, bestehen. Die Diskussion über eine mögliche Legalisierung ist von starken gegensätzlichen Argumenten geprägt. Generell stehen sich dabei besonders die Befürworter der Palliativmedizin und Hospizpflege, die die Aktive Sterbehilfe deutlich ablehnen, und die Befürworter der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen, die diese Form von Sterbehilfe unterstützen, gegenüber.

3.1. Vereinbarung mit der Palliativmedizin

Die Palliativmedizin (engl. Palliative Care) ist die aktive und allumfassende Behandlung von Kranken, deren Leiden sich nicht kurieren lässt. Entscheidend dabei ist, dass Schmerzen gelindert werden und Betroffene bei physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen unterstützt werden. Die Palliativmedizin zielt darauf ab, dass eine bestmögliche Lebensqualität für die Patienten und deren Angehörigen erreicht wird (vgl. WHO, 2002). Aus diesem Grund lehnen Palliativmediziner die Möglichkeit zur Aktiven Sterbehilfe ab, sie unterstützen dagegen das „Sterbenlassen“, was der Passiven Sterbehilfe gleichgesetzt werden kann. Teilweise bevorzugen sie, statt von Sterbehilfe, von Sterbebegleitung zu reden. Die miteinhergehende Hospizarbeit fordert den Respekt vor dem Tod und sieht es nicht vor, das Leben absichtlich zu verkürzen, wie es bei der Aktiven Sterbehilfe der Fall ist. Ein liebevoller Umgang mit dem Sterbenden und die Begleitung bis zum natürlichen Tod soll bereitgestellt werden. Ein bedeutendes Argument der Palliativmedizin gegen die Aktive Sterbehilfe ist, dass die Menschen bis zuletzt in Würde leben sollen, gemeinsame Zeit mit der Familie und anderen Angehörigen verbringen und ohne Schmerzen in vertrauter Umgebung sterben (vgl. Student et al, 2016).

Die Hospizpflege bzw. die Palliativmedizin stehen dennoch in einem Dilemma. Die Selbstbestimmung des Patienten erhält auch in dem Bereich einen hohen Wert, weshalb oft Hospizbeteiligte mit Wünschen nach Sterbehilfe konfrontiert werden. Dennoch vollziehen die Hospize nicht die Aktive Sterbehilfe, auch wenn Patienten dies erwünschen. Die Palliativmediziner betrachten Sterbewillige, die auf die Aktive Sterbehilfe zurückgreifen wollen, als verzweifelt und sehen sich daher in der Aufgabe, diese Menschen solidarisch zu begleiten und mit ihnen bestmöglich die letzte Lebensphase zu gestalten. Dabei soll auch erreicht werden, dass Betroffene sich auf den Tod vorbereiten können und ihn früher oder später annehmen (vgl. Student et al, 2016).

Befürworter der Palliativmedizin, wie beispielsweise religiöse Gruppen, Ärzteschaften und Politiker, stellen das menschliche Leben als einen hohen bzw. als den höchsten Wert dar (vgl. Feldmann, 2010). Ein erfülltes Leben zeichnet sich hierbei nicht durch die größtmögliche Selbstbestimmung aus, sondern bildet sich aus dem Schutz vor Einsamkeit und Isolation, Geborgenheit, Liebe und Freude. Gegen die Aktive Sterbehilfe argumentieren sie weiterhin, dass ein erfülltes Leben da entsteht, wo mit den Bedingungen des Menschseins gut umgegangen wird. Die größtmögliche Unabhängigkeit, die von Befürwortern der Aktiven Sterbehilfe hervorgehoben wird, wird nicht als Voraussetzung für ein erfülltes Leben angesehen. Die persönlichen Vorstellungen des schwerkranken bzw. sterbenden Menschen wird durch Achtsamkeit und Verantwortung ernst- und wahrgenommen (vgl. Baumann; Kohlen, 2019), was einer deutlichen Ablehnung der Aktiven Sterbehilfe widersprechen zu scheint.

Die verschiedenen Auffassungen der Palliativmedizin, beispielsweise die Achtung der Selbstbestimmung, überschneiden sich teilweise mit denen der Befürworter der Aktiven Sterbehilfe. Dennoch besteht eine deutliche Ablehnung gegenüber dieser Form von Sterbehilfe.

3.2. Würdevolles Sterben

Das würdevolle Sterben liegt wahrscheinlich im Sinne jedes Menschen, unabhängig von der Herkunft und dem kulturellen Hintergrund. Auch bei der Betrachtung einer möglichen Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe wird das Sterben in Würde hervorgehoben. Es gestaltet sich jedoch als schwierig, würdevolles Sterben zu definieren.

Im Folgenden soll deutlich werden, was genau die Menschen als würdevoll empfinden und wie sich ein Sterben in Würde gestaltet.

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es, das Lebensende selbst zu gestalten, somit kann die Zeit des Sterbens verlängert bzw. generell variiert werden. Heute sind vor allem chronische Krankheiten häufige Begleiter in der letzten Lebensphase, daher sind die Menschen meist schon lange vor dem Tod auf die Hilfe anderer angewiesen. Das Bedenken an ein würdevolles Sterben beginnt bereits hierbei, denn auch schon bei der Beanspruchung von Pflege, beispielsweise in Pflegeheimen, spielt die Würde eine bedeutende Rolle. Ein Mensch soll, besonders wenn er im Sterben liegt, nicht isoliert werden, sondern betreut und umsorgt werden. Die Pflege allgemein und auch eine schmerzlindernde Behandlung sind wichtige Bestandteile eines würdevollen Umgangs mit den Sterbenden. Die Menschenwürde steht in einem engen Zusammenhang mit dem Sterben, da der sterbende Mensch im höheren Maße von anderen abhängig ist, daher als schwächer beurteilt werden kann und der Gefahr ausgesetzt ist, durch fremde Interessen anders behandelt zu werden als es der Sterbende selbst wünscht. Sterbende Menschen können sich in den seltensten Fällen wehren. Als Verstoß gegen die Würde lassen sich dementsprechend eine Hinauszögerung des Todeseintritts und Handlungen fremder Interessen, wie beispielsweise finanzielle Interessen des Krankenhauses oder auch der Erben, benennen. Auch Behandlungsabbrüche aus finanziellen Erwägungen gelten als nicht würdevoll. Die Menschenwürde kann man nicht auf bestimmte Phasen des Lebens eingrenzen, sie ist unter allen Umständen zu achten. Personen jeden Alters und jeder Lebenslage haben das Recht auf Würde. Das würdevolle Sterben wird sowohl von Befürwortern als auch von Gegnern der Aktiven Sterbehilfe stark hervorgehoben, obwohl es wenig Übereinstimmungen über die Vorstellung eines guten Todes gibt (vgl. Hoffmann, Knaup, 2015; Student et al, 2016). Von Person zu Person gestalten sich diese Vorstellungen unterschiedlich, was kulturell und individuell begründet sein kann. Jedoch besteht ein übereinstimmender Gedanke, was ein würdevolles Sterben verhindert.

Als nicht würdevoll wird allgemein ein gewaltsamer Tod, wie z.B. durch einen Mord, betrachtet (vgl. Student et al, 2016). Würdevoll Sterben lässt sich, wie bereits erwähnt, schwer definieren, aber es lässt sich ein Grundgedanke gegenüber dem Sterben in Würde zusammenfassen. Grundsätzlich sollte ein Sterben unter Schmerzen und Leid und ein qualvolles Warten auf den Tod unter dem Verlust der Selbstkontrolle vermieden werden (vgl. Hoffmann; Knaup, 2015). Als würdevoll lassen sich dennoch nur die Umstände des Sterbens bezeichnen, denn der Tod selbst kann nicht bewertet werden (vgl. Loewit, 2014). Befürworter der Aktiven Sterbehilfe bezeichnen bestimmte Umstände und Beeinträchtigungen im Leben als menschenunwürdig, dazu zählen vor allem Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit, eine vollständige Abhängigkeit von anderen, starken Schmerzen und zuletzt der Verlust der Selbstachtung. Die Menschen wollen gut und in Würde sterben, d.h. auch, dass der Tod nichts Fremdes, sondern etwas Eigenes sein sollte, also der eigene Wille ist ein wichtiger Bestandteil des würdevollen Sterbens (vgl. Hoffmann; Knaup, 2015).

Die Bioethikkommission des Kanzleramts Österreich befasste sich auch mit einer möglichen Definition eines würdevollen Sterbens. Ähnlich wie andere Befürworter des Sterbens in Würde, hebt die Bioethikkommission hervor, dass eine effektive Symptomlinderung und das Erfahren verantwortungsbewusster, medizinischer und pflegerischer Maßnahmen einen würdevollen Umgang mit Sterbenden bedeutet. Es werden jedoch auch weitere wichtige Punkte ergänzt. Zum einen ist es wichtig, den Sterbenden in Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen, zum anderen spielen aber auch soziale Beziehungen eine bedeutende Rolle. Die sozialen Beziehungen sollen selbst gestaltbar sein, um die Würde des Sterbenden zu achten. Zudem zählen auch Krisenbewältigungshilfen, die bei der Achtung des würdevollen Sterbens nicht missachtet werden sollten. Das Berücksichtigen der Wünsche und Bedürfnisse am Lebensende gestalten ebenfalls das Sterben in Würde (vgl. Bioethikkommission Bundeskanzleramt AT, 2015).

Die Bioethikkommission betrachtet diese Bedürfnisse in unterschiedlichen Dimensionen: Die Physische Dimension bezeichnet das Bedürfnis der Menschen, die eigenen körperlichen Funktionen so lange wie möglich zu erhalten und physische Belastungen am Lebensende, wie beispielsweise starke Schmerzen oder Atemnot, zu meiden. Weiterhin darf die Aufrechterhaltung der Selbstkontrolle bei der Bewertung des würdevollen Sterbens nicht verdrängt werden, welches die psychische Dimension, und damit die zweite Dimension, abbildet. Die soziale Dimension bezeichnet das Bedürfnis, soziale Kontakte und Beziehungen weiter zu pflegen bzw. sie zu einem Abschluss zu bringen, d.h. sich die Möglichkeit nicht nehmen zu lassen, sich entsprechend zu verabschieden und Ungeklärtes zu regeln. Zuletzt spielt aber auch für viele Menschen die spirituelle Dimension eine wichtige Rolle. Es entwickelt sich zu einer Belastung am Lebensende, wenn die Möglichkeiten zum Hinterlassen eines persönlichen Vermächtnisses und zur Klärung unausgesprochener Gedanken verhindert werden (vgl. Bioethikkommission Bundeskanzleramt AT, 2015). Diese Dimensionen verdeutlichen wichtige Merkmale zur Achtung der Menschenwürde am Lebensende, die unter allen Umständen berücksichtigt werden sollten, um auch ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

Die Bewertung des Lebens und somit auch des Lebensendes erfolgt durch verschiedenste Kriterien. Sowohl die Kultur oder auch Subkultur, in der man aufwächst, als auch die Familie beeinflussen die individuelle Bewertung des Lebens und dementsprechend auch die des würdevollen Sterbens. Beispielsweise in Deutschland, welches ein sehr fortschrittliches Land ist, bestehen hohe Erwartungen gegenüber der Lebenserwartung. Heutige medizinische Möglichkeiten erschweren die Akzeptanz früh aus dem Leben zu scheiden (vgl. Feldmann, 2010). Lebenserhaltene Maßnahmen entsprechen jedoch selten dem würdevollen Sterben, beispielsweise das Hinauszögern des Todeseintritts erscheint als nicht würdevoll, wie oben bereits erläutert.

Abschließend muss jedoch hervorgehoben werden, dass es kein lebensunwertes Leben gibt. Es ist nochmal deutlich zu erwähnen, dass nur die Umstände des Sterbens als nicht würdevoll bezeichnet werden können. Es sollte immer berücksichtigt werden, dass der Abbau bzw. das Reduzieren der Lebenskräfte, also die Beraubung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch entsprechende Krankheiten, zum menschlichen Leben zugehörig ist. Die Angst vor der vollständigen Abhängigkeit von anderen, aber auch schweres Leid, betrifft früher oder später jeden Menschen, was sowohl von Befürwortern, als auch von Gegnern der Aktiven Sterbehilfe nicht abgestritten wird (vgl. Hoffmann; Knaup, 2015). Das würdevolle Sterben kann aber durch die Verbesserung der Umstände, z.B. das Lindern der Schmerzen, erreicht werden und sollte daher auch immer geachtet werden.

3.3. Selbstbestimmung des Patienten

Betrachtet man die Debatte um die Aktive Sterbehilfe wird die Selbstbestimmung und die Autonomie des Menschen immer wieder stark hervorgehoben und vor allem mit den Grundrechten des Menschen begründet. Jeder hat das Recht selbstbestimmt über sein Leben und damit auch sein Lebensende zu entscheiden, was demnach auch für die Möglichkeit spricht, Aktive Sterbehilfe auf Wunsch des Sterbewilligen zu akzeptieren. Im Artikel 2 des Grundgesetzes in Deutschland ist darüber hinaus unter anderem festgelegt, dass jeder das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit hat, solange die Rechte anderer nicht verletzt werden, es nicht verfassungswidrig ist und somit auch nicht gegen das Sittengesetz verstößt (GG Artikel 2 Absatz 1).

Weiterhin ist es gesetzlich geregelt, dass auch die Freiheit der Person unverletzlich ist und diese auch nur durch andere Gesetze angegriffen werden kann (GG Artikel 2 Absatz 2). Bezüglich des Sterbens und der Sterbehilfe lässt sich demnach feststellen, dass die Selbstbestimmung heute eine wichtige Rolle spielt. Die Grundlage der Selbstbestimmung liegt vor allem in der Würde des Menschen (vgl. Fuchs; Hönings, 2014), die laut dem Grundgesetz auch unantastbar ist (GG Artikel 1 Absatz 1). Selbstbestimmt zu entscheiden bedeutet auch, dass der Sterbewillige selbst verlangen darf, was er für sich wünscht, d.h. die Selbstbestimmung ist ein zentrales Argument für die Aktive Sterbehilfe. Medizinische Behandlungen, die das Sterben nur verlangsamen bzw. hinauszögern und dies nicht dem Willen des betroffenen Patienten entspricht, kann als Verstoß gegen das Recht auf die Selbstbestimmung beurteilt werden. Man spricht bei der künstlichen Verzögerung des Lebens auch von einer Verhinderung des natürlichen Lebensendes, was sich zum Großteil als nicht würdevolles Sterben bezeichnen lässt. Problematisch bei dieser Argumentation ist, dass die Authentizität des Wunsches bzw. des Willens des Sterbewilligen schwer zu prüfen und verifizieren ist. Besonders wenn die Patienten nicht mehr entscheidungsfähig sind, stehen die Ärzte und die Angehörigen vor einem Dilemma. Sollte die Entscheidung jedoch eindeutig sein, sollte ein Arzt ruhigen Gewissens den Wunsch des Patienten erfüllen, denn jemandem helfen bedeutet auch, ihn in seinem Willen zu unterstützen (vgl. Fuchs; Hönings, 2014).

Heutzutage besteht eine große Einigkeit, dass das Selbstbestimmungsrecht der Unversehrtheit des Lebens in Bezug auf medizinische Behandlungen vorrangig ist. Der Arzt hat dabei den Willen des vorher ausführlich aufgeklärten Patienten zu achten, auch wenn es der aus ärztlicher Sicht empfohlenen Therapie widerspricht (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2011). Eine so genannte Pro-Choice-Bewegung bezeichnet die Selbstbestimmung sogar als den höchsten Wert, welcher auch höher als die Lebenserhaltung eingestuft wird (vgl. Feldmann, 2010).

Aber auch die Selbstbestimmung unterliegt einigen Eingrenzungen, die nicht missachtet werden sollten. Ohne jede Einschränkung zu entscheiden ist kaum möglich. Es spielen sowohl gesellschaftliche als auch biographische Bedingungen eine Rolle. Bestimmte Wahrnehmungen und Motive unserer Gesellschaft, sowie moralische und rechtliche Grenzen verhindern eine vollständig freie Selbstbestimmung ohne jegliche Einschränkungen (vgl. Losinger et al, 2006). Weiterhin zu betrachten ist, dass Selbstbestimmung auch nicht bedeuten kann, dass man andere dazu auffordert, zu töten, auch wenn es auf ernstlichem Verlangen erfolgt. Die Hilfe zur Selbsttötung oder auch die Aktive Sterbehilfe hat nicht nur auf den Patienten, sondern vor allen auf den Arzt bzw. die Angehörigen enorme Auswirkungen auf die psychische Beschaffenheit. Eine Durchführung der Sterbehilfe kann zu ernststen psychischen Problemen führen, denn letztendlich ist es immer noch eine Art Mord, die mit dem Gewissen vereinbart werden muss (vgl. Pott & Meijer, 2015).

Das Recht auf die Selbstbestimmung schließt das Recht mit ein, über den eigenen Tod zu entscheiden, nichtsdestotrotz bildet die Aktive Sterbehilfe ein sehr spezielles Gebiet. Kritiker sehen die Aktive Sterbehilfe als Widerspruch zur Unantastbarkeit, denn man schadet ihr durch eine Tötung, unabhängig von dem Willen des Sterbewilligen. Darüber hinaus stellen sich Kritiker die Frage, ob Selbstbestimmung nicht auch bedeutet, das Leben zu beenden, auch wenn kein ernstes Leiden oder schwerwiegende Krankheiten vorliegen (vgl. Hoffmann; Knaup, 2015). Dagegen lässt sich argumentieren, dass Menschen nicht ohne ernststen Grund einen Wunsch auf eine Lebensbeendigung äußern, dennoch bietet die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe eine mildere Hemmschwelle für das Ermöglichen eines vorzeitigen Todes. Kritiker behaupten, dass Ausnahmen zu immer mehr Ausnahmen führen können, sodass das Töten eines Menschen zukünftig weniger Hemmungen mit sich bringt (vgl. Hoffmann; Knaup, 2015).

Die Selbstbestimmung wird jedoch immer besonders stark hervorgehoben, wenn man sich für die Aktive Sterbehilfe ausspricht. Auch Organisationen und Vereine, wie beispielsweise EXIT in der Schweiz, sehen die Selbstbestimmung als eine dringliche Voraussetzung für eine Sterbebegleitung. EXIT ist ein Verein dessen Leitbild „Selbstverantwortung im Leben und im Sterben“ lautet. Dieser Verein engagiert sich für die Selbstbestimmung des Menschen, denn sie zählt zur Würde, die wie oben bereits erwähnt, Teil des Grundgesetzes ist. EXIT setzt sich vor allem für eine humane Sterbekultur ein. Die Unterstützung beim Formulieren und Durchführen von Patientenverfügungen und die Hilfe für Menschen ihren persönlichen Weg zu finden sind unter anderem wichtige Aufgabenfelder dieses Vereins. Zuletzt erweist EXIT aber den Mitmenschen die Möglichkeit zur Freitodbegleitung, dessen Durchführung jedoch einige Voraussetzungen einfordert, die dennoch dem Selbstbestimmungsrecht entsprechen. Eine wichtige Voraussetzung ist die Urteilsfähigkeit. Es ist wichtig, dass der Sterbewillige genau weiß, was er will und er vor allem zur Entscheidung fähig ist. Die Wohlerwogenheit ist ein nächster wichtiger Faktor, bevor die Freitodbegleitung erfolgen kann. Der Sterbewillige sollte nie aus einem Affekt handeln. Eine vorherige Aufklärung über mögliche Alternativen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen. Zuletzt müssen eine gewisse Konstanz bestehen, d.h. der Sterbewunsch des Betroffenen muss dauerhaft existieren, und die Autonomie des Betroffenen darf keineswegs gefährdet werden, was bedeutet, dass die Entscheidung für eine Freitodbegleitung nicht von anderen beeinflusst werden darf. Der Betroffene selbst hat als einziger ohne jegliche Einflüsse die Entscheidung zu treffen. Mit diesen Voraussetzungen stellt EXIT sicher, dass der Wunsch nach Sterben selbstbestimmt, durchdacht und wohlinformiert geäußert wurde (vgl. EXIT, 2020).

Eine mögliche Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe würde einen neuen Gesetzesentwurf erfordern. Die Humanistische Union e.V. nahm diese Aufgabe an sich und entwarf einen entsprechenden Gesetzestext zur Selbstbestimmung am Lebensende. Der Gesetzesentwurf wird „§216 – Sterbehilfe“ genannt, welches bisher in dieser Wortwahl in der Deutschen Gesetzgebung nicht vertreten ist. Der Entwurf lautet wie folgt:

„(1) Sofern dies dem Willen des Betroffenen entspricht, sind Handlungen nicht rechtswidrig in Fällen

1. Des Unterlassens oder Beendens einer lebenserhaltenden Maßnahme oder
2. Der Anwendung einer medizinisch angezeigten leidmindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt.

(2) Nicht rechtswidrig ist die Tötung eines anderen Menschen auf Grund seines ausdrücklichen und ernstlichen Verlangens.“

Die Humanistische Union begründet diesen Entwurf mit der Gefahr der Autonomie des Menschen, die aufgrund der Möglichkeit zu lebensverlängernden Maßnahmen und daraus folgenden Hinauszögerung des Todes besteht. Viele Menschen fürchten, dass sie ungewollt nicht menschenwürdiger und übermäßiger Lebensverlängerungsmaßnahmen ausgesetzt werden. Generell bestehen jedoch aus ärztlicher Sicht viele Zweifel, denn handeln sie gegen den Willen des Patienten, drohen ihnen rechtliche Folgen, wie beispielsweise Geld- oder Freiheitsstrafen. Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit, ein neues Gesetz zu initiieren (vgl. Humanistische Union e.V., 2011).

Bei der Überlegung über die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe betont die Humanistische Union jedoch deutlich, dass die Tötung auf ernstlichem und ausdrücklichem, also unmissverständlichem, Verlangen erfolgt (vgl. Humanistische Union e.V., 2011).

Mit dem Verlangen nach Tötung übt der Sterbewillige sein Recht auf Selbstbestimmung aus, was auch dem Lebensrecht nicht widerspricht, wie es Kritiker der Aktiven Sterbehilfe sonst argumentieren. Gegen die Argumentation, dass das Töten keine ärztliche Aufgabe ist, setzt die Humanistische Union entgegen, dass aktive Tötungshandlungen als letztes Mittel in extremen Lebenssituationen zur Beendigung einer aussichtslosen und schweren Krankheit keine spezifisch ärztlichen Maßnahmen sind. Solche Handlungen müssen nicht zwingend medizinisch indiziert sein, sondern können außerdem auch aus mitmenschlicher Solidarität geleistet werden. Der Gesetzesentwurf soll vor allem verhindern, dass Täter, die aus Mitleid, Barmherzigkeit und auf Wunsch des Sterbewilligen vom schwersten Leid erlösen, folglich bestraft werden, wie es nach § 216 des Strafgesetzbuchs verlangt wird (vgl. Humanistische Union e.V., 2011).

Das Selbstbestimmungsrecht gestaltet sich als ein sehr starkes Argument für die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe in Deutschland. Solange die Entscheidung zur Aktiven Sterbehilfe nicht unter Zwang getroffen wird, ist die Autonomie des Menschen zu respektieren. Die Entscheidung, die vom Sterbewilligen, ohne Druck durch andere, getroffen wird, ist ein deutlicher Ausdruck der Selbstbestimmung (vgl. Losinger et al, 2006).

3.4. Grenzsituationen

Bei der Diskussion über die Aktive Sterbehilfe ergeben sich starke Argumente sowohl der Gegner als auch der Befürworter, jedoch heben die Gegner dabei hervor, dass die Aktive Sterbehilfe mit einem Mord zu vergleichen ist und dies nicht bedeutet, würdevoll zu sterben. Aus diesem Grund ist es wichtig zu verdeutlichen, was auch die Befürworter immer wieder betonen, dass die Aktive Sterbehilfe, wenn sie legalisiert wird, nur in absoluten Ausnahmefällen in Kraft treten sollte. Bei der Äußerung des Wunsches nach dem Tod sollten bestimmte Kriterien erfüllt werden, die den Willen des Betroffenen bestätigen und einen unüberlegten und vorschnellen Tod verhindern.

Der Verein EXIT in der Schweiz fasste deshalb einige Voraussetzungen zusammen, die beim Todeswunsch bestehen müssen. Die erste Voraussetzung ist, dass eine unzumutbare Behinderung dem Sterbewilligen das Leben erschwert. Dabei ist es unabhängig, in welcher Form sich die Behinderung äußert. Weiterhin sieht EXIT für den begleiteten Freitod, welcher von diesem Verein unterstützt wird, vor, dass der Sterbewillige bei der Äußerung des Todeswunsches unter nicht beherrschbaren Schmerzen leidet. Das generelle Leiden an einer zu Tode führenden Krankheit bildet die letzte Voraussetzung für die Ermöglichung des begleiteten Freitods (vgl. EXIT, 2020). Der begleitete Freitod wird demnach nicht ohne eine ausführliche Überprüfung des Willens eingeleitet. Das Leben zu beenden ist etwas Endgültiges und darf nicht aus einer Laune heraus entschieden werden. Ein wichtiger Kritikpunkt gegenüber den Voraussetzungen ist, dass das Leid nicht bewertet werden kann. Leiden ist etwas individuelles, weshalb sich andere nicht in die persönliche Lage des Sterbewilligen hineinversetzen können (vgl. Feldmann, 2010).

Dagegen lässt sich nur das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen setzen, was im Kapitel „Selbstbestimmung des Patienten“ ausführlicher erläutert wurde. Das individuelle Empfinden des Leidens steht in einem engen Zusammenhang mit der Selbstbestimmung des Menschen.

In der allgemeinen Bevölkerung von Deutschland besteht zudem teilweise die Befürwortung zur Aktiven Sterbehilfe. Bei einer Umfrage von Statista, welche im August 2017 veröffentlicht wurde, wurde die Frage gestellt, ob im Falle einer schweren Krankheit die Befragten die Möglichkeit haben wollen, auf die Aktive Sterbehilfe zurückzugreifen. Die 979 Befragten, im Alter von über 18 Jahren, wurden nach unterschiedlichen demographischen Kriterien eingeteilt. Bei der Umfrage unterschied man die Personen in Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss. Es zeigten sich bei den Ergebnissen jedoch kaum gravierende Unterschiede zwischen den Personen verschiedener Merkmale. Unabhängig vom Geschlecht waren mindestens 66% (Männer) und höchstens 70% (Frauen) für die Möglichkeit der Aktiven Sterbehilfe. Auch bei der Unterscheidung des Alters waren die Personen zu mindestens 62% und zu höchstens 70% dafür. Lediglich bei der Betrachtung des Bildungsabschlusses gab es auffälligere Unterschiede. Personen ohne einen allgemeinen Schulabschluss waren nur zu 50% für die Aktive Sterbehilfe. Die Personen mit einem Hauptschulabschluss oder mittlerem Abschluss befürworteten zu 72% die Möglichkeit. Abiturienten und Studienabsolventen waren zu 64% dafür. Unabhängig von den unterschiedlichen demographischen Merkmalen lehnten jedoch die Personen die Möglichkeit zur Aktiven Sterbehilfe im Durchschnitt zu ca. 17% deutlich ab. Die fehlenden Prozente waren Personen, die „weiß nicht“ als Antwortmöglichkeit wählten (Statista, 2017). Eine deutliche Ablehnung gegenüber der Aktiven Sterbehilfe besteht demnach zum Großteil nicht. Mit Werten über mindestens 50% und höchstens 70% kann erschlossen werden, dass die deutsche Bevölkerung eine Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe nicht ausschließt. Insgesamt sind ca. 68% für die Möglichkeit zur Aktiven Sterbehilfe (Statista, 2017).

Hervorzuheben ist hierbei, dass die Menschen, die für die Aktive Sterbehilfe sind, nur im Falle einer schwerwiegenden Krankheit, also im Falle einer Grenzsituation, die Möglichkeit zur Aktiven Sterbehilfe in Betracht ziehen. Eine Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe wird demzufolge nur beim Einsatz in einer Grenzsituation stark befürwortet. Befürworter sehen es nicht vor, dass man ohne besonderen Grund auf die Aktive Sterbehilfe zurückgreifen sollte. Die Entscheidung zur Aktiven Sterbehilfe soll nur in Einzelfällen, wie beispielsweise bei massiven Einschränkungen in der Lebensqualität und bei schwerstem, nicht linderndem Leiden, Halt finden (vgl. Hoffmann; Knaup, 2015).

4. Schlussteil

4.1. Fazit

Die Aktive Sterbehilfe in Deutschland zu legalisieren, erweist sich als schwierig. Auch wenn es deutliche Meinungen für und gegen diese Form von Sterbehilfe gibt, sind die Argumente beider Seiten gegensätzlich und sehr stark.

Die Religionen sind zum einen ein Grund, weshalb die Aktive Sterbehilfe wenig an Zuspruch gewinnen wird. Im Christentum bedeutet der vorzeitig herbeigeführte Tod, dass man dem Wesen des Menschen widerspricht, sollte man sich gegen das eigene Leben entscheiden. Ein würdevolles Sterben wird durch die Fürsorge und Liebe ermöglicht. Als nicht würdevollen Tod bezeichnen die Christen den Tod durch einen Menschen, auch wenn dies der Wunsch des Sterbewilligen sein sollte.

Die Aktive Sterbehilfe bedeutet im Christentum in jedem Falle Mord und wird scharf zurückgewiesen. Auch im Islam, welcher ebenfalls in Deutschland häufig vertreten ist, wird die Aktive Sterbehilfe deutlich abgelehnt. Der Tod bildet für die Muslime die Rückkehr zu Gott. Eine Herbeiführung bzw. Hinauszögerung des Todes widersprechen dem Willen Gottes, welcher immer zu akzeptieren ist. Auch starke Schmerzen und schweres Leid, von denen man durch den Tod erlöst werden würde, sind als Gottes Wille zu verstehen und anzunehmen. Es lässt sich demnach daraus schließen, dass die Religionen in Deutschland, besonders das Christentum und der Islam, einen großen Einfluss auf die Meinungen gegenüber der Aktiven Sterbehilfe verursachen. Die Ablehnung für eine mögliche Legalisierung dieser Sterbehilfe würde wahrscheinlich auch in Zukunft, zumindest unter den Gläubigen, weiterhin bestehen. Lediglich die Palliativmedizin, welche in Deutschland hauptsächlich praktiziert wird, lässt sich mit den Glaubensgrundsätzen der verschiedenen Religionen vereinbaren.

In Deutschland spielt auch die Zeit des Nationalsozialismus immer wieder eine bedeutende Rolle. Bei der Debatte um die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe besitzt dieses einschneidende Kapitel der deutschen Geschichte ebenfalls einen großen Einfluss. Der Missbrauch des Begriffs „Euthanasie“ verursacht die heutige Ablehnung der Aktiven Sterbehilfe. Zu Zeiten des NS-Regimes wurden Menschen getötet, die laut der NS-Ideologie als lebensunwert eingestuft wurden. So wurden schwache, also behinderte und kranke Menschen sowie Kinder, ausgelesen. Die so genannte Vernichtung lebensunwerter Leben, welches sowohl heute als auch damals als moralisch verwerflich aufgefasst wurde bzw. wird, sah das NS-Regime als ein notwendiges und unumgängliches Vorgehen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die heutige Ablehnung der Aktiven Sterbehilfe mit einem Ereignis von vor über 70 Jahren begründet werden sollte. Deutschland nimmt immer mehr zeitlich Abstand zu dem Nationalsozialismus und sollte daher mit dem Kapitel der deutschen Geschichte, zumindest bezüglich der Sterbehilfedebatte, abschließen.

Die Modernisierung und der medizinische Fortschritt fordern ein Überdenken in Bezug auf die Aktive Sterbehilfe. Damals nicht mögliche Maßnahmen zur Lebenserhaltung beeinflussen heute die Entscheidung am Lebensende, beispielsweise die Entscheidung zum vorzeitigen Sterben.

Zuletzt erweist sich die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe als schwierig, aufgrund des Berufsethos der Ärzte. Die Ärzte heute handeln nach verfassten Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung, welche von der Bundesärztekammer aufgestellt wurden. Die Tötung eines Menschen ist generell keine ärztliche Aufgabe. Dennoch rückt mehr und mehr in den Vordergrund, dass der Wille des Patienten akzeptiert werden muss, auch wenn es der ärztlichen Sicht widerspricht. Es entsteht hierbei ein Dilemma, welches die Möglichkeit zur Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe deutlich erschwert. Die Akzeptanz des Patientenwillens zeigt aber eine kleine Öffnung gegenüber einer positiven Sicht auf die Aktive Sterbehilfe.

Die Palliativmedizin wird in Deutschland in Form von Hospizpflege hauptsächlich praktiziert, wenn es sich um die Pflege schwer kranker Menschen handelt, die dem Tod sehr nah stehen. Die Ablehnung der Aktiven Sterbehilfe besteht vor allem bei den Palliativmedizinern, da sie starke Befürworter der Passiven Sterbehilfe sind. Ziel der Palliativmedizin ist es, eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende des Patienten zu ermöglichen. Sterbewillige werden als verzweifelt und schwach angesehen, weshalb der Wunsch nach dem Tod von den Palliativmedizinern nicht unterstützt wird. Die Aktive Sterbehilfe wird dementsprechend scharf zurückgewiesen. Die in Deutschland vorherrschende Palliativmedizin erhöht daher die Schwierigkeit der Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe.

Trotz der starken Argumente, die die Aktive Sterbehilfe ablehnen bzw. erschweren, gewinnt diese Form von Sterbehilfe mehr und mehr Zuspruch. Viele Befürworter der Legalisierung erfordern ein Umdenken, aufgrund der modernen Gesellschaft und des medizinischen Fortschritts. Die Selbstbestimmung steht heute vermehrt im Vordergrund.

Im Grundgesetz ist es schließlich festgelegt, dass jeder ein Recht auf die Selbstbestimmung hat (Art. 2 GG). Deshalb bildet sie das zentrale Argument für die Aktive Sterbehilfe. Auch das würdevolle Sterben steht in einem engen Zusammenhang mit der Selbstbestimmung. Würdevolles Sterben lässt sich schwer definieren, denn jeder bewertet den Begriff „würdevoll“ individuell. Der Tod sollte dennoch etwas Eigenes und nichts Fremdes sein, das heißt, dass nicht andere über den eigenen Tod bestimmen sollten und der eigene Wille ein wichtiger Bestandteil des würdevollen Sterbens darstellt.

Zuletzt spricht für eine Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe die miteinhergehende Achtung der Grenzsituationen. Die Legalisierung bedeutet nicht, dass jeder auf die Aktive Sterbehilfe zurückgreifen kann bzw. muss. Befürworter sehen sie als Ausnahme besonderer Fälle vor. Der Wunsch nach dem Tod sollte unter bestimmten Kriterien und Voraussetzungen erfüllt werden. Erforderlich sind demnach sorgfältige Prüfungen des Willens des Betroffenen. Auch wenn das Hineinversetzen in die individuelle Lage des Sterbewilligen schwierig ist, ist der Sterbewunsch dennoch eng verknüpft mit dem Recht auf Selbstbestimmung. Der bereits legalisierte Assistierte Suizid zeigt die Öffnung gegenüber dem selbstbestimmten Sterben. Dennoch erfordern absolute Ausnahmefälle, die das todbringende Medikament beim Assistierte Suizid nicht selbst einnehmen können, z.B. aufgrund körperlicher Einschränkungen, die Überlegung zur Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe.

4.2. Ausblick

Um die Aktive Sterbehilfe zu legalisieren, sind einige Überlegungen voranzusetzen, die die Umsetzung dieser Form von Sterbehilfe ermöglichen. Zunächst müsste die Aktive Sterbehilfe gesetzlich erlaubt werden, d.h. das derzeitige Verbot der Tötung auf Verlangen müsste überarbeitet bzw. entfernt werden. Ein neuer Gesetzesentwurf, welcher die Aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, ist zu verabschieden. Dieser würde auch die Grauzone bei ärztlichen Entscheidungen verhindern. Ärzte sind heute schließlich unsicher, wie sie mit der Willensäußerung zum Sterben der Patienten umzugehen haben (vgl. Humanistische Union e.V., 2011). Eine klare gesetzliche Regelung in Bezug auf die Aktive Sterbehilfe sichert die Ärzte in ihrem Handeln ab, heutige mögliche Sanktionen und andere negative Folgen für die Ärzte, die den Wunsch der Tötung erfüllen würden, werden damit ausgeschlossen.

Damit eröffnet sich auch die Überlegung, ob es sinnvoll ist, die Ärzte auf die Aktive Sterbehilfe zu spezialisieren, damit nicht alle Ärzte, die um die Sterbehilfe gebeten werden, dieser großen psychischen Belastung ausgesetzt werden, denn das Töten auf Verlangen muss mit dem Gewissen vereinbart werden können. Eine spezialisierte Ausbildung bzw. Weiterbildung sind bei einer Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe einzuführen, um sicherzustellen, dass diese Form von Sterbehilfe unter allen wichtigen Voraussetzungen durchgeführt werden kann. Dazu zählt auch die Absicherung, dass es sich tatsächlich um den eigenen Willen des sterbewilligen Patienten handelt. Das setzt vor allem ausführliche, eventuell psychologische, Gespräche und Prüfungen voraus, die von speziellen Psychologen und anderen entsprechend ausgebildeten Beratern ermöglicht werden. Die Legalisierung der Aktiven Sterbehilfe erfordert demnach auch eine grundsätzliche Verfassung von bestimmten Voraussetzungen, die vor der Durchführung erfüllt sein müssen, z.B. sollte die Aktive Sterbehilfe speziell für absolute Grenzsituationen bzw. Ausnahmefällen ermöglicht werden.

Weiterhin ist es zu überlegen, ob es sich als sinnvoll erweist, spezielle Institutionen für die Durchführung der Aktiven Sterbehilfe zu eröffnen oder ob es Vereine bzw. ähnliche Gemeinschaften geben soll, die die Sterbehilfe am gewünschten Sterbeort ermöglichen. Auch wenn die Palliativmediziner starke Gegner der Aktiven Sterbehilfe sind, könnten Hospize als mögliche Institution angesehen werden.

Zuletzt ist es wichtig, dass wenn die Aktive Sterbehilfe legalisiert wird, eine allgemeine Aufklärung für die Bevölkerung erfolgen muss. Die Menschen sollten generell über den Tod und vor allem über die Möglichkeiten am Lebensende aufgeklärt werden. Genauso ist es deutlich zu erwähnen, dass wenn die Aktive Sterbehilfe erlaubt ist, nicht jeder auf sie zurückgreifen muss. Es bleibt weiterhin eine selbstbestimmte Entscheidung jedes Einzelnen. Es sollte jedoch die Möglichkeit auf Aktive Sterbehilfe bestehen, damit Betroffene mit schwerstem Leid, die den vorzeitigen Tod wünschen, erlöst werden können.

Bevor die Aktive Sterbehilfe legalisiert werden kann, sind dementsprechend gesetzliche Regelungen, Aus- und Weiterbildungen, mögliche Institutionen und generelle Aufklärung notwendig. So besteht die Chance, dass die Aktive Sterbehilfe in Zukunft mehr an Zuspruch gewinnt und nicht weiter als ein tabuisiertes Thema angesehen wird.

5. Quellenverzeichnis

- Antes, P., Der Tod als Durchgang zum ewigen Leben in der Nachfolge Jesu Christi – Sterben, Tod und Trauer im Christentum. In: Heller, B. (Hrsg.): Wie Religionen mit dem Tod umgehen – Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau 2012, S.115 – 138
- Baumann, M., Kohlen, H., 2019: Welche Ethik braucht Palliative Care? Ein Plädoyer für eine Ethik der Sorge. In: Kreuzer, S., Oetting-Roß, C., Schwermann, M. (Hrsg.), 2019: Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive, Verlag Beltz Juventa, Weinheim Basel
- Benzenhöfer, U., 2009: Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Bioethikkommission Bundeskanzleramt Österreich, 2015: Sterben in Würde – Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen, Stellungnahme der Bioethikkommission, Wien,
URL:*file:///C:/Users/User/Downloads/Sterben_in_Wuerde.pdf*
[letzter Zugriff: 07.05.2020]
- Deutsches Ärzteblatt, 2011: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Jg. 108, Heft 7 (18.02.2011)
- Deutsches Ärzteblatt, 2017: Der ärztliche Eid, Ausgabe A (24.02.2017),
URL:*https://www.aerzteblatt.de/archiv/186449/Aerztlicher-Ethos-Zeit-fuer-einen-neuen-Eid* [letzter Zugriff: 06.05.2020]

- Deutsche Bischofskonferenz (DBK), 2020: Sterben in Würde, URL: <https://www.dbk.de/themen/sterben-in-wuerde/> [letzter Zugriff: 05.05.2020]
- Eisingerich, A., Der Tod als Rückkehr zu Gott, der Quelle allen Lebens – Sterben, Tod und Trauer im Islam. In: Heller, B. (Hrsg.): Wie Religionen mit dem Tod umgehen – Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau 2012, S.139 – 168
- EXIT, 2020: Voraussetzungen einer Freitodbegleitung mit EXIT, URL: <https://exit.ch/freitodbegleitung/voraussetzungen-einer-freitodbegleitung/> [letzter Zugriff: 07.05.2020]
- Feldmann, K., 2010: Tod und Gesellschaft – Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden
- Fittkau, L., Gehring, P., Bundeszentrale für Politische Bildung (Hrsg.), 2008: Zur Geschichte der Sterbehilfe, URL: <https://www.bpb.de/apuz/31454/zur-geschichte-der-sterbehilfe?p=3> [letzter Zugriff: 06.05.2020]
- Fuchs, M., Hönings, L., Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hrsg.), 2014: Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben – Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA, Kanada und Australien, Sankt Augustin, Berlin, URL: <https://www.kas.de/de/einzeltitel/-/content/sterbehilfe-und-selbstbestimmtes-sterben> [letzter Zugriff: 07.05.2020]

- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Artikel 2 (Art. 2 GG), URL: http://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html [letzter Zugriff: 05.05.2020]
- Heller, B., Euthanasie in interreligiöser Perspektive – Islam. In: Heller, B. (Hrsg.): Wie Religionen mit dem Tod umgehen – Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau 2012, S. 196 – 242
- Hoffmann, T.S., Knaup, M., 2015: Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens, Springer VS, Wiesbaden
- Humanistische Union e.V., 2011: Selbstbestimmung am Lebensende – Gesetzesentwurf der Humanistischen Union, Berlin, URL: http://www.humanistische-union.de/fileadmin/hu_upload/doku/2009/HU-GE_SelbstbestimmungLebensende_Strafrecht2011-04-14korrr2.pdf [letzter Zugriff: 07.05.2020]
- Klee, E., 1983: „Euthanasie“ im NS-Staat – Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main
- Kritische Bioethik Deutschland, 2020: Debatte um ein Verbot der Suizidbeihilfe, URL: <https://www.sterbehilfe-debatte.de/themen/chronologie-debatte-um-verbot-der-geschaeftsmaessigen-suizidbeihilfe/> [letzter Zugriff: 05.05.2020]

- Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2020: Gesetze und Verordnungen, URL: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/10gesetze/> [letzter Zugriff: 06.05.2020] und Hippokratischer Eid, URL: <https://www.aerztekammerbw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/10gesetze/hippoeid.pdf> [letzter Zugriff: 06.05.2020]
- Loewit, G., 2014: Sterben – Zwischen Würde und Geschäft, Verlag Haymon tb, Innsbruck-Wien
- Losinger, A., Radtke, P., Schockenhoff, E., Nationaler Ethikrat (Hrsg.), 2006: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin, URL: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf [letzter Zugriff: 07.05.2020]
- Neuberger, 2009: Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
- Pott, G. & Meijer, D., 2015: Sterbebegleitung in Europa – am Beispiel Deutschlands und der Niederlande mit einem Exkurs zur intuitiven Ethik, Verlag Schattauer GmbH, Stuttgart
- Preidel, C., 2016: Sterbehilfepolitik in Deutschland – Eine Einführung, Verlag Springer VS, Springer Fachmedien, Wiesbaden

- REMID, BANF, Steffen Rink, 2019: Anzahl der Mitglieder in Religionsgemeinschaften in Deutschland. Statista Research Department,
URL:<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37028/umfrage/mitglieder-in-religionsgemeinschaften-in-deutschland/> [letzter Zugriff: 26.05.2020]
- Statista, 2017: Im Falle schwerster Krankheit möchten sie selbst die Möglichkeit haben, auf aktive Sterbehilfe zurückzugreifen?,
URL:<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318894/umfrage/aktive-sterbehilfe-meinungen-nach-soziodemografischen-merkmalen/#statisticContainer> [letzter Zugriff: 07.05.2020]
- Statistisches Bundesamt, 2019: Erreichbares Durchschnittsalter in Deutschland laut der Sterbetafel 2016/2018 nach Geschlecht und Altersgruppen,
URL:<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1783/umfrage/durchschnittliche-weitere-lebenserwartung-nach-altersgruppen/> [letzter Zugriff: 05.05.2020]
- Strafgesetzbuch, §217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__217.html [letzter Zugriff: 05.05.2020]
- Strafgesetzbuch, §216 Tötung auf Verlangen,
URL:https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__216.html [letzter Zugriff: 05.05.2020]
- Student, J.-C., Mühlum, A., Student, U., 2016: Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, 3. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München

- Westhoff, J., Deutschlandfunk (Hrsg.), 2015: Hippokratischer Eid – Ständigem Wandel unterworfen,
URL:https://www.deutschlandfunk.de/hippokratischer-eid-staendigem-wandel-unterworfen.709.de.html?dram:article_id=333808 [letzter Zugriff: 06.05.2020]
- World Health Organization (WHO), 2002: WHO Definition of Palliative Care 2002,
URL:http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [letzter Zugriff: 05.05.2020]
- Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD), 2013: Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht – eine Handreichung des Zentralrates der Muslime in Deutschland,
URL: http://islam.de/files/pdf/sterbehilfe_islam_zmd_2013_03.pdf [letzter Zugriff: 05.05.2020]

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Waren, den 10.06.2020

gez. Lena Geyer