

Referatsausarbeitung

Modul 22

Seminar: Zwischen Partizipation und Diskriminierung - Migration und Integration im nationalen und internationalen Vergleich

Dozent: Volker Kaufmann

Evangelische Hochschule Ludwigsburg

Sommersemester 2018

# Sterbehilfe – Selbstbestimmung vs. Schutz des Lebens

## **Franziska Heinke**

Matrikelnummer 50015454

Gerhart-Hauptmann-Str.13

70825 Münchingen

Tel. 07150/3514303

FranziskaHeinke@gmx.net

## **Laura Kolehmainen**

Matrikelnummer 30000143

Kolbstr. 1

70178 Stuttgart

Laura.Kolehmainen2@student.diak.fi

## **Theresa Stepanek**

Matrikelnummer 50016026

Belchenweg 8

71522 Backnang

Tel. 07191/4937117

theresa.stepanek@gmx.de

## **Inhalt**

1	Die Begrifflichkeiten ( <i>Franziska Heinke</i> ) .....	4
1.1	Die Behandlungsebene .....	4
1.1.1	Passive Sterbehilfe.....	4
1.1.2	Indirekte Sterbehilfe.....	4
1.1.3	Aktive Sterbehilfe.....	4
1.2	Die Zustimmungsebene.....	4
1.2.1	Freiwillige Sterbehilfe.....	4
1.2.2	Nicht-freiwillige Sterbehilfe.....	5
1.2.3	Unfreiwillige Sterbehilfe .....	5
1.3	Die Tatherrschaftsebene.....	5
1.3.1	Tötung auf Verlangen .....	5
1.3.2	Beihilfe zur Selbsttötung .....	5
2	Die rechtliche Lage in Deutschland ( <i>Franziska Heinke</i> ) .....	5
2.1	Die aktive Sterbehilfe .....	5
2.2	Beihilfe zum Suizid .....	6
2.2.1	Freiverantwortlichkeit.....	6
2.2.2	Eigenes Handeln .....	6
2.2.3	Hilfeleistungspflicht.....	6
2.3	Patientenverfügungen.....	7
3	Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte ( <i>Franziska Heinke</i> ) ...	7
4	Geschichte der Sterbehilfe in Deutschland ( <i>Theresa Stepanek</i> ) .....	8
5	Ländervergleich ( <i>Theresa Stepanek</i> ).....	11
5.1	Sterbehilfe in Belgien – die liberalste Regelung in Europa .....	12
5.2	Sterbehilfe in der Schweiz am Beispiel von DIGNITAS.....	13
6	Verschiedene Perspektive ( <i>Laura Kolehmainen</i> ) .....	13
6.1	Verwandte .....	13
6.2	Gesundheitspersonal (z.B. Ärzte und Krankenschwester) .....	14
6.2.1	Pro und Contra .....	14

6.2.2	Palliativpflege und -medizin .....	15
6.2.3	Deutschen Ärzteschaft.....	15
6.3	Kirche .....	15
6.3.1	Theologische Aspekte .....	15
6.3.2	Katholische Kirche Deutschland .....	16
6.3.3	Evangelische Kirche Deutschland.....	16
7	Besonders gefährdete Gruppen ( <i>Laura Kolehmainen</i> ).....	16
7.1.1	Beispielgruppen.....	16
7.1.2	Ethische Theme: Zusammenfassung.....	17
7.1.3	Mögliche Hintergründe für den Sterbehilfewunsch, z. B. ....	17
7.1.4	Andere Möglichkeiten .....	17

## **1 Die Begrifflichkeiten**

Der Begriff der Sterbehilfe ist derart komplex, dass er sich nicht allgemeingültig definieren lässt. Um sich dem zu nähern, bedarf es der Beleuchtung verschiedener Formen und Ebenen der Sterbehilfe.

### **1.1 Die Behandlungsebene**

#### **1.1.1 Passive Sterbehilfe**

Bei der passiven Sterbehilfe handelt es sich um das „Einstellen oder das Nichteingreifen von lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen bei Schwerkranken oder Sterbenden (z.B. Verzicht auf Wiederbelebung); das Sterben wird zugelassen“ (Woellert und Schmiedebach 2008, S. 18). Die passive Sterbehilfe wird auch als „Sterbenlassen“ bezeichnet und beinhaltet „die Beibehaltung [der] "Grundpflege" und schmerzlindernder Behandlung“ (Hillebrand 2017).

#### **1.1.2 Indirekte Sterbehilfe**

Als indirekte Sterbehilfe versteht man „Maßnahmen bei Schwerkranken oder Sterbenden, die Leid mindern sollen und bei denen als unbeabsichtigte Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird (z.B. der Einsatz hoch dosierter Schmerzmittel). Behandlungsziel ist das Lindern von Leid“ (Woellert und Schmiedebach 2008, S. 18).

#### **1.1.3 Aktive Sterbehilfe**

Die aktive Sterbehilfe sind „Medizinische Maßnahmen bei Schwerkranken oder Sterbenden, die den Tod vorzeitig herbeiführen sollen (z.B. das Verabreichen von Gift). Ziel ist die Lebensbeendigung“ (Woellert und Schmiedebach 2008, S. 19).

### **1.2 Die Zustimmungsebene**

#### **1.2.1 Freiwillige Sterbehilfe**

„Der Patient stimmt der Sterbehilfemaßnahme bewusst und ohne jeden Zwang zu“, so handelt es sich um eine freiwillige Sterbehilfe (Woellert und Schmiedebach 2008, S. 23).

### **1.2.2 Nicht-freiwillige Sterbehilfe**

Nicht-freiwillige Sterbehilfe besteht dass, wenn „Der Patient [...] nicht einwilligungsfähig [ist]. Ein Vertreter muss an seiner Stelle in seinem Sinne für ihn entscheiden; der Mutmaßliche Wille des Patienten muss ermittelt werden“ (Woellert und Schmiedebach 2008, S. 23).

### **1.2.3 Unfreiwillige Sterbehilfe**

„Die Sterbehilfemaßnahme erfolgt ohne Berücksichtigung oder gegen den Willen des Patienten“, so spricht man von einer unfreiwilligen Sterbehilfe (Woellert und Schmiedebach 2008, S. 23).

## **1.3 Die Tatherrschaftsebene**

### **1.3.1 Tötung auf Verlangen**

Die Tötung auf Verlangen liegt bei der „Tötung eines Schwerkranken auf dessen ausdrücklichen Wunsch durch eine dritte Person [vor]. Die „Tatherrschaft“ liegt bei der dritten Person“ (Woellert und Schmiedebach 2008, S. 24). Hierbei handelt es sich zudem um eine Form der aktiven Sterbehilfe.

### **1.3.2 Beihilfe zur Selbsttötung**

„Einem Schwerkranken wird auf dessen ausdrücklichen Wunsch die Möglichkeit gegeben, sich selbst das Leben zu nehmen (beispielsweise durch die Bereitstellung von Gift). Die „Tatherrschaft“ liegt beim Kranken“ (Woellert und Schmiedebach 2008, S. 24). Diese Beihilfe zur Selbsttötung ist auch als „Freitodbegleitung“ oder „Assistierter Suizid“ bekannt (Hillebrand 2017).

## **2 Die rechtliche Lage in Deutschland**

Wie auch bei der Begriffsklärung wird auch in der Rechtsprechung zwischen den verschiedenen Formen der Sterbehilfe unterschieden.

### **2.1 Die aktive Sterbehilfe**

Im Strafgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland heißt es in **§ 216 Tötung auf Verlangen**:

(1) 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.

(2) Der Versuch ist strafbar.

## 2.2 Beihilfe zum Suizid

Die Beihilfe zum Suizid ist nur dann strafbar, wenn es sich nicht um freiverantwortliches Handeln des Suizidenten/der Suizidentin handelt oder der Beihelfer/die Beihelferin „nach Eintritt der Handlungsunfähigkeit des Suizidenten [/der Suizidentin] keine Rettungsmaßnahmen ergreifen“ (Coeppicus 2010, S. 97).

### 2.2.1 Freiverantwortlichkeit

Von Freiverantwortlichkeit kann nur dann gesprochen werden, wenn der Suizident/die Suizidentin als zurechnungsfähig gilt, d.h. nicht „seelisch krank, depressiv oder wahnhaft ist“. Zudem darf er/sie nicht „gezwungen, überredet und/oder getäuscht worden“ sein (Coeppicus 2010, 97f.).

### 2.2.2 Eigenes Handeln

„Der Suizident [/die Suizidentin] muss den lebensvernichtenden Akt selbst ausführen, er [/sie] muss das Geschehen durchgehend selbst beherrschen, er [/sie] muss „bis zuletzt die freie Entscheidung über sein Schicksal“ haben (die „**Tatherrschaft**“). [...] Entscheidend ist also, dass der Helfer [/die Helferin] immer nur Helfender bleibt“ (Coeppicus 2010, 100f.).

### 2.2.3 Hilfeleistungspflicht

„Der Suizid ist nach der Rechtsprechung des BGH ein **Unglücksfall**, bei dem jedermann zur Hilfeleistung mit dem Ziel der Rettung verpflichtet ist. Für den **Anwesenden** besteht also eine **Erfolgsabwendungspflicht**“. Diese tritt mit dem Handlungsunfähig werden des Suizidenten/der Suizidentin ein. Somit besteht keine Strafbarkeit, wenn der Helfende während dieser Zeit nicht anwesend ist. Eine Ausnahme hiervon besteht, wenn das Gift so schnell wirkt, dass Rettungsversuche zwecklos wären. In diesem Fall kann der Helfende anwesend sein, ohne sich dabei strafbar zu machen (Coeppicus 2010, S. 101–104).

Eine weitere Möglichkeit, dass Angehörige oder der helfende Arzt dem Suizidenten/der Suizidentin bei seiner/ihrer Tat beiwohnen zu können ist, dass dieser die Beiwohnenden von ihrer sogenannten Garantenstellung in seiner Patientenverfügung oder einer anderen bindenden Erklärung im Vorfeld entbindet. Der Arzt „ist dann nicht mehr Garant des (nicht mehr gewünschten) Lebens sondern Garant des freiverantwortlichen Willens des Patienten“ (Putz und Steldinger 2016).

Weiter heißt es in § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung StGB:

(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.

### **2.3 Patientenverfügungen**

Liegt eine gültige Patientenverfügung vor, in welcher geregelt wurde, dass bestimmte Behandlungen (beispielsweise Wiederbelebung, Beatmung oder künstliche Ernährung) unterlassen werden sollen, so ist diese bindend. Es besteht keine Rettungspflicht für Anwesende, somit keine Strafbarkeit wegen unterlassender Hilfeleistung (Coeppicus 2010, S. 105).

## **3 Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte**

Bislang wurde durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in zwei Fällen zum Thema Sterbehilfe geurteilt: „Im Fall Pretty wurde über aktive Sterbehilfe entschieden, im Fall Lambert hingegen über passive Sterbehilfe“ (Weiffen 2015).

*„Am 29. April 2002 hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in Straßburg in seinem Urteil im Fall Pretty gegen das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland entschieden, dass eine strafrechtliche Verfolgung der Sterbehilfe im Sinne des britischen "Suicide Act" von 1961 nicht im Widerspruch mit tragenden Artikeln der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten steht; nach Artikel 2 Absatz 1 des "Suicide Act" ist "eine Person, die bei dem Suizid eines anderen hilft, zu ihm anstiftet, bei ihm berät oder ihn herbeiführt", mit einem Freiheitsentzug von bis zu vierzehn Jahren zu bestrafen. Die an einer Motoneuronenerkrankung leidende 43-jährige Britin Diane Pretty hatte am 21.*

Dezember 2001 gegen diese Bestimmungen des "Suicide Act" und die Verweigerung der vorgängigen Straffreistellung ihres Ehemannes durch die nationalen Gerichte geklagt, wenn dieser ihr bei einer Selbsttötung helfe. Mrs Pretty verstarb am 11. Mai 2002 in einem Hospiz an ihrer Krankheit" (Weiffen 2015).

„Am 5. Juni 2015 hat der EGMR in seinem Urteil im Fall Lambert und Andere gegen Frankreich die Einstellung künstlicher Ernährung von Vincent Lambert mit zwölf von siebzehn Stimmen gebilligt. Lambert liegt seit einem Verkehrsunfall 2008 mit schweren Hirnverletzungen im Wachkoma. Seinen Ärzten zufolge besteht keine Aussicht auf Besserung seines Zustandes. Die Ärzte, seine Ehefrau, Rachel Lambert, und einige seiner Brüder setzten sich daher dafür ein, die künstliche Ernährung einzustellen und Lambert sterben zu lassen. Nach dem Leonetti-Gesetz von 2005 dürfen Ärzte über den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen entscheiden, sofern sich der Patient nicht mehr selbst mitteilen kann. Der französische Verfassungsrat billigte diesen Entschluss im Juni 2014. Gegen dieses Urteil legten die Eltern von Vincent Lambert und zwei Geschwister Beschwerde beim EGMR ein. Sie argumentierten, dass ihr Sohn behindert und eine Einstellung der Nahrungszufuhr „versteckte Euthanasie“ sei, die gegen das Grundrecht auf Schutz des Lebens verstoße. Außerdem würden die Ärzte gegen das Verbot von Misshandlung und Folter verstoßen, wenn sie Lambert verhungern und verdursten ließen. Dieser Ansicht widersprach der EGMR: Passive Sterbehilfe sei in diesem Fall kein Verstoß gegen das Recht auf Leben der Europäischen Menschenrechtskonvention“ (Weiffen 2015).

#### **4 Geschichte der Sterbehilfe in Deutschland**

**1871:** Reichsstrafgesetzbuch: eindeutiges Verbot von aktiver Sterbehilfe & implizite Strafen für assistierten Suizid und passive Sterbehilfe (Preidel 2016, S. 2)

**NS-Zeit:** Verbot besteht weiterhin. Nationalsozialisten verwenden den Begriff „Euthanasie“ für die gezielten Tötungen von Menschen mit Behinderung um die Rasse reinzuerhalten (Preidel 2016, S. 13).

**1979:** Wegen des medizinischen Fortschritts definiert die Bundesärztekammer „Standards für die Anwendung von lebensverlängernden Maßnahmen“ und positioniert sich für ein klares Verbot von Sterbehilfe (Preidel 2016, S. 14).

**1985:** Eine erste Diskussion über Sterbehilfe findet im deutschen Bundestag statt. Das Ergebnis: Keine Reformierung der Sterbehilfepolitik (Preidel 2016, S. 14).

**1985-2003:** Es gibt keine weiteren politischen Vorstöße zum Thema Sterbehilfe, daher spielen Gerichtsurteile eine wichtige Rolle. Anfang 1990 ist der „Kemptner Fall“ wegweisend. Der Betreuer und der Arzt einer Wachkomapatientin weisen das Pflegepersonal dazu an ihre Ernährung auf Tee umzustellen. So soll der Sterbeprozess eingeleitet werden. Da sie sich keine Einwilligung des Betreuungsgerichts eingeholt hatten, werden sie vom Kemptner Landesgericht wegen versuchten Todschlages verurteilt. Wenig später revidiert der Bundesgerichtshof (BGH) diese Entscheidung und spricht beide frei. Die Begründung des BGHs stützt sich auf, die laut Zeugenaussagen erwiesene Tatsache, dass der Betreuer und der Arzt im Interesse der Patientin gehandelt haben. Der BGH bestimmt den mutmaßlichen Patientenwillen als ausschlaggebendes Kriterium für die Durchführung von passiver Sterbehilfe. Die erste Idee für eine schriftliche oder mündliche Patientenverfügung entsteht (Preidel 2016, S. 14). Im Jahr 2003 spricht der BGH nochmals ein Urteil zum Thema passive Sterbehilfe und betont darin erneut die Rolle der Patientenverfügung (Preidel 2016, S. 15).

Ab dem Jahr 2000 arbeiten immer mehr Vereine und Privatpersonen erwerbsmäßig als Sterbehilfebegleiter. Die Begleitung des Freitodes ist im deutschen Recht nicht ausdrücklich verboten. Einige gehen an die Öffentlichkeit um „den Gesetzgeber zu einer Reaktion zu provozieren“ (Preidel 2016, S. 16).

**2003-2009:** Nachdem der erste Vorschlag für die gesetzliche Regulierung der Patientenverfügung scheitert, werden 2009 schriftliche Patientenverfügungen als geltend eingeführt. Unabhängig von der Art und des Stadiums der Krankheit (Preidel 2016, S. 16).

Im Jahr 2006 und im Jahr 2009 scheitern Gesetzesentwürfe zum Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe bzw. dem assistierten Suizid (Preidel 2016, S. 17).

**2011:** Da es keine politische Entscheidung gibt, beschließt die Bundesärztekammer eigene Regelungen zum Thema ärztliche Unterstützung bei der Beihilfe zum Suizid. Anfang 2011 ist ein liberaler Vorstand aktiv, dieser bezeichnet die „Bereitstellung tödlicher Substanzen [...] als nicht ärztliche Aufgabe und nicht mehr als Verstoß gegen den ärztlichen Ethos“ (Preidel 2016, S. 17). Einige Monate später ist ein neuer

Vorstand gewählt, dieser spricht wiederum ein klares Verbot für Ärzte aus, dem Todeswunsch von Patienten zu folgen und diese bei ihrem Suizid zu unterstützen. Daraufhin übernehmen nicht alle der 17 Landärztekammern das Verbot in ihre Berufsordnung (Preidel 2016, S. 18). Laut einer Umfrage der taz unter den Landesärztekammern in Deutschland findet sich kein ausdrückliches Verbot des ärztlich assistierten Suizids in den Berufsordnungen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein (Haarhoff 2014).

**2012:** Erneuter Gesetzes Entwurf zum Verbot der erwerbsmäßigen Sterbehilfe scheitert (Preidel 2016, S. 18).

**2013-2015:** Durch den Regierungswechsel im Jahr 2013 gibt es im Jahr 2014 einen weiteren Gesetzes Entwurf dieser tritt im Dezember 2015 in Kraft. Seit dem ist die erwerbsmäßige Sterbehilfe strafbar (Preidel 2016, S. 18, 19).

Die Geschichte zeigt eine „Debatte zwischen Verfechtern des Lebensschutzes, der persönlichen Autonomie am Lebensende und des ärztlichen Heilungsauftrages“ vor der Kulisse der deutschen Vergangenheit und immer größeren ökonomischen Interessen. Die Debatte ist durch das neue Gesetz von 2015 noch nicht am Ende (Preidel 2016, S. 5).

Das Grundrecht der Selbstbestimmung basiert auf dem Prinzip der Menschenwürde. Die Verfechter der Selbstbestimmung wünschen sich einen selbstbestimmten und würdevollen Tod. Diesen sehen sie durch den medizinischen Fortschritt durch Lebensverlängernde Maßnahmen und gleichzeitigem körperlichem und kognitiven Abbau der Patient\*innen bedroht. Sie kämpfen für eine Liberalisierung der Sterbehilfe. Für sie ist die Würde des Menschen limitiert, d.h. für sie ist das Leben unwürdig wenn „man nicht mehr zurechnungsfähig ist und auf andere angewiesen ist“ (Preidel 2016, S. 5, 6).

Für die Verfechter des Lebensschutzes ist die Menschenwürde unlimitiert. Dies begründet sich aus einem christlichen Weltbild. Sie sehen den Körper des Menschen als ein Geschenk Gottes. Deshalb darf nur Gott über das Ende, den Tod des Körpers entscheiden. Das Leben hat immer einen höheren Wert als der Tod egal wie qualvoll es sein mag (Preidel 2016, S. 6).

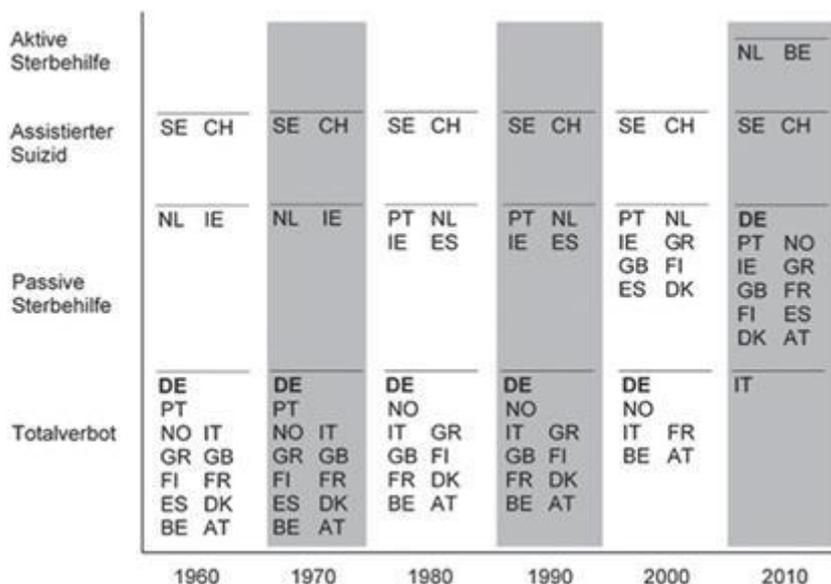
Der ärztliche Heilungsauftrag begründet sich aus dem Hippokratischen Eid. Daraus leitet sich der Fürsorgeauftrag des Arztes ab. Der Arzt ist verpflichtet „das Leben seines Patienten mit dem ihm zur Verfügung stehenden Wissen und den vorhandenen Mitteln zu erhalten, ihn zu heilen und ihn nicht vorsätzlich zu töten“ (Preidel 2016, S. 6, 7). Dem gegenüber steht das Prinzip der Patientenautonomie (Preidel 2016, S. 7).

Die Geschichte der Deutschen bestärkt die Verfechter des Verbotes von Sterbehilfe darin, dass die Liberalisierung nicht nur die Rechte der Sterbewilligen stärkt (Preidel 2016, S. 7).

Ökonomische Interessen spielen insofern eine Rolle, als dass der medizinische Fortschritt und die damit einhergehende Lebensverlängerung einen stetig wachsenden Kostenaufwand für die Sozialversicherungen darstellen. So driftet die Debatte laut Preidel „in einen Wertekonflikt, indem es zu klären gilt, inwieweit der sterbende Mensch durch eine Freigabe der Sterbehilfe zum Objekt wirtschaftlicher Überlegungen wird“ (Preidel 2016, S. 7, 8).

## 5 Ländervergleich

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Regulierungsentwicklung der Sterbehilfe in Europa.



(Preidel 2016, S. 10)

Hervorzuheben ist, dass Sterbehilfe zu diesem Zeitpunkt lediglich in Italien komplett verboten ist. Die liberalsten Regelungen gibt es in den Niederlanden sowie in Belgien. Dort ist die aktive Sterbehilfe in Form von ‚Tötung auf Verlangen‘ legal. Deutschland

hat im europäischen Vergleich mit am längsten für die Regulierung der passiven Sterbehilfe gebraucht (Preidel 2016, 10).

### **5.1 Sterbehilfe in Belgien – die liberalste Regelung in Europa**

In Belgien können seit 2014 Kinder mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten Sterbehilfe in Anspruch nehmen (Preidel 2016, 10, 11). Die Regelung für die Tötung auf Verlangen durch einen Arzt gibt es seit dem Jahr 2002 in Belgien. Voraussetzungen sind:

- Zurechnungsfähigkeit des Patienten
- freiwillig, überlegter und ohne äußeren Druck formulierter Wunsch
- medizinisch ausweglose Situation
- dauerhaftes, unerträgliches physisches oder psychisches Leiden ohne Aussicht auf Linderung.

Die gesetzliche Regelung in Belgien ist die Liberalste im europäischen Vergleich, das Verfahren ist deswegen kompliziert und langwierig. „So muss der Arzt den Patienten über dessen Gesundheitszustand und Lebenserwartung sowie über therapeutische und palliative Möglichkeiten informiert haben und mit diesem zu der gemeinsamen Überzeugung gelangt sein, dass es in dieser Situation keine andere ‚vernünftige Lösung‘ für den Patienten gibt“ (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften o.J.). Dann folgen mehrere Gespräche in angemessenen zeitlichen Abständen in denen sich der Arzt versichert, dass das Leiden des Patienten dauerhaft ist und der Sterbewunsch besteht. „Hinsichtlich der Frage, ob ein anhaltendes, unerträgliches und nicht zu linderndes physisches oder psychisches Leid vorliegt, ist ein zweiter, unabhängiger und in der betreffenden Pathologie kompetenter Arzt zu konsultieren“ (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften o.J.). Den Sterbewunsch muss der Patient/ die Patientin selbst schriftlich festhalten und unterschreiben. Zwischen der Tötung auf Verlangen und dem schriftlich festgehaltenen Sterbewunsch muss mindestens ein Monat vergangen sein. Bevor die Tötung durchgeführt werden darf muss die ‚Föderalen Kontroll- und Evaluations-Kommission‘ bewerten „ob die Bedingungen und die jeweils vorgesehenen Verfahrensregeln für eine legale Tötung auf Verlangen erfüllt sind. Kommt eine Zweidrittelmehrheit der 16-köpfigen Kommission (8 Mediziner, 4 Juristen und 4 unmittelbar mit der Problematik unheilbar Kranker befasste Personen) zu dem Schluss, dass diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ist der Fall an den zuständigen Staatsanwalt weiterzuleiten“ (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften o.J.).

## 5.2 Sterbehilfe in der Schweiz am Beispiel von DIGNITAS

DIGNITAS wurde am 17. Mai 1998 in Zürich mit dem Ziel ‚Menschen würdiges Leben und Sterben ermöglichen‘ gegründet.

DIGNITAS bietet „authentische und ehrliche Beratung rund um das Thema Leben und Sterben ohne Tabuisierung, Bevormundung und Stigmatisierung“ (dignitas o.J.).

Die Voraussetzungen für den assistierten Suizid mit der Unterstützung von DIGNITAS sind:

- Mitgliedschaft bei DIGNITAS
- Urteilsfähigkeit
- „minimale körperliche Aktionsfähigkeit [...]
- eine zum Tode führende Krankheit; oder / und
- eine unzumutbare Behinderung; oder / und
- nicht beherrschbare Schmerzen“ (dignitas 2018).

Vorgehen bei Dignitas:

- Mitglied verfasst eine schriftliche Bitte um den assistierten Suizid
  - Persönlicher Brief
  - Lebensbericht
  - Medizinische Berichte
- Vorläufige Zustimmung durch Arzt
- Persönliche Vorstellung bei Arzt
- Entscheidung durch betroffene Person

(dignitas 2018)

## 6 Verschiedene Perspektive

### 6.1 Verwandte

- Die Euthanasie eines Geliebten ist auch eine schwere Erfahrung für die Familie und andere Verwandte: bei Beteiligung bekommen sie Unterstützung nach der Situation (Vandenberghe 2017: 169)
- Die Meisten akzeptierten und respektieren die Wahl eines geliebten Menschen (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 217)
- Verwandte können z.B.
  - Patient\*in bei seinem/ihrem Sterbehilfewunsch unterstützen (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 216)

- mit bei Planung und Durchführung helfen; können so die verbleibende Zeit wertschätzen und mitbeeinflussen (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 217-218)
- mit dem/der Sterbende\*n sein, wenn er/sie das tödliche Mittel einnimmt (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 216)
- Verwandte müssen zurechtkommen mit den Folgen, die ihr Engagement mitbringt (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 217)
- Unterstützung der Verwandten wichtig: Sterbehilfe kann z.B. Trauer, moralische Dilemmas, soziale Stigma verursachen und Verwandte traumatisieren (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 220-223)

### **Untersuchung der Auswirkungen von Euthanasie auf die Verwandten**

- Durchgeführt im Jahr 2001 (Heitz, Swarte, van den Bout, van der Bom und van der Lee 2003: 1)
- Untersuchungsgruppe: Verwandte von Krebspatienten, die aufgrund von Euthanasie oder natürlichen Ursachen gestorben sind (Heitz, Swarte, van den Bout, van der Bom und van der Lee 2003: 1)
- Ergebnisse: Diejenigen, deren Angehörigen wegen Euthanasie starben, hatten weniger traumatische Trauersymptome und aktuelle Trauergefühle als die Kontrollgruppe (Heitz, Swarte, van den Bout, van der Bom und van der Lee 2003: 3)
- Mögliche Erklärungen: Verwandte hatten Zeit sich zu verabschieden, wenn die Patienten noch voll bei Bewusstsein waren. Sie waren auch wahrscheinlich besser vorbereitet auf den Tod der Patienten. Wenn Sterbehilfe angefordert wird, können Patienten und ihre Verwandten offener über den Tod sprechen. (Heitz, Swarte, van den Bout, van der Bom und van der Lee 2003: 4.)

## **6.2 Gesundheitspersonal (z.B. Ärzte und Krankenschwester)**

### **6.2.1 Pro und Contra**

- Fürsorgeauftrag: die Verpflichtung, Leben des Patienten zu schützen und zu versuchen, ihn zu heilen (Cohe-Almagor 2017: 193; Preidel 2016: 6-7 und Terkamo-Moisio 2016: 32)

- Aber Gesundheitspersonal sollte auch machen was dem Patienten am meisten nützt / das Beste für ihn ist (Cohe-Almagor 2017: 188-201, 193)
- Mögliche negative „Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Ärzte“ und das Bild von Krankenschwestern (Bundesärztekammer 2010 und Terkamo-Moisio 2016: 32)
- Arzt weiss, wie das Medikament richtig dosiert ist → kann Patient gut beim Suizid unterstützen (Bundesärztekammer 2010)
- Der Patient muss nicht unnötig lange Schmerzen erleiden (Bundesärztekammer 2010)
- eine humane Art, das Leiden des Patienten zu lindern (Terkamo-Moisio 2016: 31)
- bessere Option als Selbstmord (Terkamo-Moisio 2016: 31)

### **6.2.2 Palliativpflege und -medizin**

- Palliativpflege sollte bestehen bleiben und verfügbar sein (Terkamo-Moisio 2016: 32)
- Deutsche Ärzte denken, dass durch den Ausbau der Palliativmedizin weniger Menschen um Sterbehilfe bitten würden und sagen, dass heutige Palliativmedizin nicht ausreicht (Bundesärztekammer 2010)
- Finnische Krankenschwester: Zugang zu zuverlässiger Information und Ausbildung, wenn Sterbehilfe legalisiert werden würde (Terkamo-Moisio 2016: 32)

### **6.2.3 Deutschen Ärzteschaft**

- Jeder dritte Arzt ist um Hilfe beim Suizid gebeten worden. Wünsche kommen meist von den Patienten selbst (Bundesärztekammer 2010)
- Legalisierung eines ärztlich begleiteten Suizids: 62 % ablehnen (Bundesärztekammer 2010)
- Legalisierung einer aktive Sterbehilfe in der Ärzteschaft: 78 % ablehnen (Bundesärztekammer 2010)

## **6.3 Kirche**

### **6.3.1 Theologische Aspekte**

- Fünftes Gebot: „Du sollst nicht töten“ Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 159)

- Gott hat uns das Leben geschenkt: Verpflichtung, es zu schützen und nicht wegzunehmen (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 159)
- „Würde des Menschen“: alle haben gleiche, unermessliche Würde als Gottes Ebenbild. Aber: das Sterben sollte auch würdevoll sein (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 162-164)
- Freiheitsverständnis: Freier Wille des Menschen → wir haben Recht zu wählen (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 166)

### **6.3.2 Katholische Kirche Deutschland**

- „Ein Selbstmord ist nicht zu rechtfertigen“ (Besner und Odendahl 2013)
- Leben ist Geschenk, etwas Heiliges (Besner und Odendahl 2013)
- Die Passive Sterbehilfe mag möglich sein (Besner und Odendahl 2013)

### **6.3.3 Evangelische Kirche Deutschland**

- „Darf keine normale Option werden“ (Evangelische Landeskirche 2015)
- Es mag aber Situationen geben, in denen es akzeptabel ist (Evangelische Landeskirche 2015)

## **7 Besonders gefährdete Gruppen**

- Besonders gefährdete Gruppen: Gruppen von Patienten, die von der Gesetzgebung (Legalisierung der Euthanasie) könnten betroffen sein (Gastmans, Jones und MacKellar 2017: 3)
- Z.B. Köneke (2014) und Ryyänen et al. (2002): die Gefahr des „slippery slope“ → schleichende Veränderung hin zu Extremem (Terkamo-Moisio 2016: 15)

### **7.1.1 Beispielgruppen**

- Behinderte Menschen (Fitzpatrick und Jones 2017)
- Patienten mit unheilbaren psychiatrischen Erkrankungen (Vandenberghé 2017)
- Kinder (van Gool und de Lepeleire 2017)
- Menschen mit Lebensmüdigkeit (Cohé-Almagor 2017)
- Menschen mit schwerer Demenz (Gastmans 2017)

### **7.1.2 Ethische Theme: Zusammenfassung**

- Selbstbestimmungsrecht (Bundesärztekammer 2010; Cohe-Almagor 2017: 192; Terkamo-Moisio 2016: 31, 33, 46)
- Recht auf würdevolles Sterben (Morgenthaler, Plüss und Zeindler 2017: 162-164)
- Entscheidungsfähigkeit des Patienten: Ist die Anfrage für Sterbehilfe gut überlegt und beabsichtigt (van Gool und de Lepeleire 2017: 177-178, 182; Terkamo-Moisio 2016: 31; Vandenberghe 2017: 156-157)

### **7.1.3 Mögliche Hintergründe für den Sterbehilfewunsch, z. B.**

- Gefühle (des Patienten), dass er/sie eine Belastung für seine/ihre Verwandten und die Gesellschaft sind (Bundesärztekammer 2010; Cohe-Almagor 2017: 192; Gastmans 2017: 209)
- Druck von Verwandten (Fizpatrick und Jones 2017; Terkamo-Moisio 2016: 32)
- Sterbehilfewunsch als Hilfeschrei (Cohe-Almagor 2017: 192)
- Kontinuität des Wunsches (Gastmans 2017: 213-214; Vandenberghe 2017: 156-157)
- Situation des Patienten: Gilt die Situation als hoffnungslos; ist die Situation akut oder andauernd (Gastmans 2017: 213-214; Vandenberghe 2017: 156-157)

### **7.1.4 Andere Möglichkeiten**

- Palliativversorgung: präsent und verfügbar (van Gool und de Lepeleire 2017: 185-186; Terkamo-Moisio 2016: 32)
- Patienten unterstützen, den Lebenswillen wiederzufinden (Fizpatrick und Jones 2017)

Literaturverzeichnis

BESNER, Christian und Björn ODENDAHL, 2013. *Würdevolles Ende* [Online-Quelle]. 15.11.2013. [Zugriff am 18.6.2018]. Verfügbar unter:

<http://www.katholisch.de/aktuelles/aktuelle-artikel/wurdevolles-ende>

BUNDESÄRZTEKAMMER, 2010. *Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten* [Datenfile] Berlin: Bundesärztekammer.

Verfügbar unter:

[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf)

COHE-ALMAGOR, Raphael, 2017. Euthanizing People Who Are 'Tired of Life'. In: David JONES, Chris GASTMANS und Calum MACKELLAR, Hrsg. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press, 188-201.

COEPPICUS, Rolf (2010): Das "Gesetz über Patientenverfügungen" und Sterbehilfe. Wann sind die Umsetzung von Patientenverfügungen und eine Sterbehilfe rechtmäßig?

Heidelberg: Ecomed. Online verfügbar unter

<http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-609-16451-9>.

DEUTSCHES REFERENZZENTRUM FÜR ETHIK IN DEN BIOWISSENSCHAFTEN, o.J. *Die Gesetzeslage zur Sterbehilfe in Belgien: "Loi relative à l'euthanasie"* [Online-Quelle] [Zugriff am 23.06.2018]. Verfügbar unter: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/belgien-loi-relatif-a-leuthanasie>

DIGNITAS, o.J. *Wer ist DIGNITAS* [Online-Quelle] [Zugriff am 23.06.2018]. Verfügbar unter:

[http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=de](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=de)

DIGNITAS, 2018. *Freitodbegleitung* [Online-Quelle] [Zugriff am 23.06.2018]. Verfügbar unter:

[http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20&Itemid=60&lang=de](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=60&lang=de)

EVANGELISCHE LANDESKIRCHE, 2015. *Evangelische Kirche: Selbsttötung darf keine normale Option werden* [Online-Quelle]. [Zugriff am 18.6.2018]. Verfügbar unter:

<https://www.evangelisch.de/inhalte/128135/06-11-2015/evangelische-kirche-begruesst-aus-fuer-sterbehilfe-vereine>

FIZPATRICK, Kevin und David Albert JONES, 2017. A Life Worth Living? Disabled People and Euthanasia in Belgium. In: David JONES, Chris GASTMANS und Calum MACKELLAR, Hrsg. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*.

Cambridge: Cambridge University Press, 133-149.

- GASTMANS, Chris, 2017. Euthanasia in Persons with Severe Dementia. In: David JONES, Chris GASTMANS und Calum MACKELLAR, Hrsg. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press, 202-216.
- GASTMANS, Chris, David JONES und Calum MACKELLAR, 2017. Introduction. In: David JONES, Chris GASTMANS und Calum MACKELLAR, Hrsg. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press, 1-4.
- HAARHOFF, Heike, 2014. *Sterbehilfe in Deutschland* [Online-Quelle]: *Siebzehn Wege zu sterben* [Zugriff am 18.06.2018]. Verfügbar unter: <http://www.taz.de/!5047649/>
- HEITZ, Peter, Nikkie SWARTE, Jan VAN DEN BOUT, Johanna VAN DER BOM und Marije VAN DER LEE, 2003. *Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study*. Utrecht: University Medical Center [Zugriff am 18.6.2018]. Verfügbar unter: <https://www.bmj.com/content/bmj/327/7408/189.full.pdf>
- HILLEBRAND, Ingo (2017): Sterbehilfe. I. Einführung und grundlegende begriffliche Unterscheidungen. Hg. v. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Online verfügbar unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/einfuehrung-und-grundlegende-begriffliche-unterscheidungen>, zuletzt geprüft am 11.06.2018.
- MORGENTHALER, Christoph, David PLÜSS und Matthias ZEINDLER, 2017. *Assistierter Suizid und kirchliches Handeln: Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen*. Zürich: Theologischer Verlag Zürich.
- PREIDEL, Caroline, 2016. *Sterbehilfepolitik in Deutschland: Eine Einführung* [Online-Quelle]. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Verfügbar unter: 10.1007/978-3-658-10371-2
- TERKAMO-MOISIO, Anja, 2016. *Complexity of attitudes towards death and euthanasia* [Online-Quelle]. Kuopio: University of Eastern Finland [Zugriff am 18.6.2018]. Verfügbar unter: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2198-7>
- Putz, Wolfgang; Steldinger, Beate (2016): *Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Selbstbestimmtes Sterben*. München: C.H. Beck.
- VANDENBERGHE, Joris, 2017. Euthanasia in Patients with Intolerable Suffering Due to an Irremediable Psychiatric Illness: A Psychiatric Perspective. In: David JONES, Chris GASTMANS und Calum MACKELLAR, Hrsg. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press, 150-172.

VAN GOOL, Stefaan und Jan DE LEPELEIRE, 2017. Euthanasia in Children: Keep Asking the Right Questions. In: David JONES, Chris GASTMANS und Calum MACKELLAR, Hrsg. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press, 173-187.

WEIFFEN, Michael (2015): III. Rechtliche Regelungen. Hg. v. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Online verfügbar unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen>, zuletzt geprüft am 24.06.2018.

WOELLERT, Katharina; Schmiedebach, Heinz-Peter (2008): Sterbehilfe. München: Ernst Reinhardt Verlag (UTB Profile, 3006).

## **8 Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Ludwigsburg, den 25.06.2018

Franziska Heinke

Laura Kolehmainen

Theresa Stepanek