



Kerrin Kobes

**Selbstbestimmung
am Lebensende -
Eröffnete das BVerfG
die Tür einer Suizidassistentz
für psychisch Erkrankte?**

Rechtswissenschaftliche
Beiträge der
Hamburger Sozialökonomie

Heft 43

Kerrin Kobes

Selbstbestimmung am Lebensende -

Eröffnete das BVerfG die Tür einer Suizidassistentenz für psychisch Erkrankte?

Rechtswissenschaftliche
Beiträge der
Hamburger Sozialökonomie

Heft 43

Kerrin Kobes ist Absolventin des Bachelorstudienganges Sozialökonomie an der Universität Hamburg. Zuvor Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin mit anschließend mehrjähriger Erfahrung im klinisch-psychiatrischen Bereich. Studiert seit Oktober 2020 den Master Interdisziplinäre Public- und Nonprofit Studien M.Sc. an der Universität Hamburg und ist Teil eines wissenschaftlichen Projektes zum Thema Ausbildungsqualität und Gesundheitsverhalten im Pflegeberuf am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

Impressum

Kai-Oliver Knops, Marita Körner, Karsten Nowrot (Hrsg.)
Rechtswissenschaftliche Beiträge der Hamburger Sozialökonomie

Kerrin Kobes
Selbstbestimmung am Lebensende - Eröffnete das BVerfG die Tür
einer Suizidassistenten für psychisch Erkrankte?
Heft 43, Januar 2021

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter
<http://dnb.dnb.de> abrufbar.
ISSN 2366-0260 (print)
ISSN 2365-4112 (online)

Reihengestaltung: Ina Kwon
Produktion: UHH Druckerei, Hamburg
Schutzgebühr: Euro 5,-

Die Hefte der Schriftenreihe „Rechtswissenschaftliche Beiträge der
Hamburger Sozialökonomie“ finden sich zum Download auf der
Website des Fachgebiets Rechtswissenschaft am Fachbereich
Sozialökonomie unter der Adresse:

[https://www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-sozoek/professuren/
koerner/fiwa/publikationsreihe.html](https://www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-sozoek/professuren/koerner/fiwa/publikationsreihe.html)

Fachgebiet Rechtswissenschaft
Fachbereich Sozialökonomie
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Universität Hamburg
Von-Melle-Park 9
20146 Hamburg

Tel.: 040 / 42838 - 3521
E-Mail: Beate.Hartmann@uni-hamburg.de

Inhalt

A.	Einleitung	5
B.	Sterbehilfe in Deutschland	6
	I. Terminologie	7
	1. Klassische Terminologie	7
	2. Terminologie des nationalen Ethikrates	8
	3. Terminologie in Politik und Recht	8
	4. Die Macht des Wortlautes	9
	II. Verfassungsrechtlicher Rahmen	9
	III. Rechtslage	11
	1. Entstehung und Telos des § 217 StGB	11
	2. Anwendungsprobleme des § 217 StGB in der Praxis	13
	3. Urteil des BVerfG vom 26. Februar 2020	14
	IV. Die Rolle des Staates	15
	1. Regelungskompetenz	16
	2. Spannungsbogen zwischen Fürsorge und Paternalismus	17
	3. Regelungsbedarf	19
C.	Suizidhilfe in rechtlich-ethischer Betrachtung	20
	I. Der Begriff „Autonomie“ aus ethischer Perspektive	20
	1. Autonomie im Kontext von Gesellschaft und Wandel	22
	2. Selbstbestimmung und ihre Grenzen	23
	II. Ethik in Medizin und Psychiatrie... ..	24
	1. Urteilsfähigkeit, Authentizität und das Konzept der Freiheit	25
	2. Die Autonomiefrage im psychiatrischen Kontext	25
	a) Autonomie im Kontext der Realdefinition	26
	b) Autonomie im Kontext der biographischen Definition	27
	c) Autonomie im Kontext der Nominaldefinition	27
	d) Der Rahmen der Psychopathologie und Ausblick	28
	3. Suizidhilfe und psychische Erkrankung	28

D.	Suizidhilfe in Deutschlands Nachbarländern	30
I.	Situation und Entwicklung in der Schweiz	30
II.	Situation und Entwicklung in den Niederlanden	32
E.	Fazit	34
	Literaturverzeichnis	36

A. Einleitung

Das statistische Bundesamt erfasste im Jahr 2018 insgesamt 9.396 Todesfälle durch eine vorsätzliche Gewalteinwirkung gegen die eigene Person. Heruntergebrochen hieße das 25 Suizide pro Tag.¹ Welche Beweggründe haben Menschen sich das Leben zu nehmen? Nicht selten lassen sich konkrete Suizidhandlungen auf eine psychische Störung zurückführen.

90% der Suizidenten haben demnach an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten, davon mehr als 50% an einer Depression.² Schätzungsweise leiden in Deutschland etwa 4 Millionen Betroffene an einer depressiven Störung. Weltweit belaufen sich die Zahlen auf etwa 350 Millionen.³ Eine Thematik mit hoher gesellschaftlicher Relevanz, jedoch weiterhin ein sensibles Tabuthema über welches ungerne gesprochen wird. Das eigene Leben aufgeben zu wollen vermag in erster Linie nur auf gesellschaftliche Akzeptanz zu stoßen, wenn körperliche Qual durch Schmerzen und Krankheit keine Aussicht auf Besserung haben.⁴ Deutschlands Sterbehilfedebatte rückte durch das jüngste Urteil des BVerfG mit immensem Diskussionsbedarf zurück in den gesellschaftlichen Fokus.⁵ Letztendlich entschied das BVerfG über die Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB. Schon bei der Verabschiedung des Paragraphen im Jahr 2015 gab es kritische Stimmen, die eine Vereinbarkeit mit dem GG anzweifelten. Eine Förderung von geschäftsmäßiger Suizidhilfe darf nicht verboten sein. Doch wie geht die Gesellschaft mit dieser Erkenntnis um? Die Themen Tod und Sterben sind durch eine besondere Sensibilität gekennzeichnet und machen einen allgemein anerkannten Konsens beinahe unmöglich. Vor allem christlich Orientierte schienen von der liberalen Sichtweise des BVerfG zunächst überrascht.⁶ Der heutige Stand des medizinisch Möglichen und die weit vorangeschrittene Palliativmedizin vermögen den Anschein hegen, dass heutzutage kein Mensch mehr leiden muss. Doch wie verhält es sich, wenn die Qual nicht durch körperliche Beeinträchtigungen und Schmerzen verursacht wird? Psychische Erkrankungen sind bisher weniger erforscht als Krankheitsbilder biologisch-körperlicher Genese. Das Spannungsfeld zwischen den selbst empfundenen Qualen und jenen, welche die Gesellschaft als potentiell quälend erachtet, scheint weit gespannt. Individuelle Vulnerabilität soll hier als Stichwort schon mal in den Raum geworfen sein. Die individuelle Möglichkeit Suizid zu beanspruchen, kann allenfalls nicht primär von Verständnis und Akzeptanz der Gesellschaft abhängig sein. Empirische Erhebungen zeigten den wachsenden gesellschaftlichen Wunsch nach mehr Selbstbestimmung am Lebensende.⁷ Wie definiert sich ein solches „Lebensende“? Wer entscheidet darüber, wann der letzte Abschnitt des Lebens erreicht wird? Kann nur die körperliche Verfasstheit eines Menschen auf diese Lebensphase hindeuten? Oder kann durch die eigene individuelle Verfügbarkeit des Lebens selbst darüber bestimmt werden, wann diese Phase erreicht wird?⁸

Epidemiologische Studien zeigen zwar keinen Anstieg psychischer Erkrankungen, dennoch scheint durch die Zunahme von Diagnosestellungen, Behandlungen und in Anspruch genommenen Krankheitstagen kausal durch psychische Erkrankungen die Thematik mehr und

1 Destatis Statistisches Bundesamt, 2018.

2 Deutsche Depressionshilfe zur Suizidalität, 2020.

3 Freunde fürs Leben e.V., Zahlen und Fakten.

4 Vgl. Infratest dimap, 2020.

5 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/ 15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16.

6 Vgl. *Boehme-Neßler*, NVwZ 14 (2020), 1012 (1013); Siehe auch *Helling-Plahr/ Jüsten*, DRiZ 6 (2020), 208 (209).

7 Vgl. Infratest dimap, 2020.

8 Dazu BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 340.

mehr in das Zentrum der Gesellschaft vorzudringen.⁹

Psychiatrie und Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplinen sind nicht nur formal über die Gesetzgebung eng mit politisch-gesellschaftlichen Entwicklungen verknüpft¹⁰, auch hinsichtlich der gesellschaftlichen Grundwerte und des Menschenbildes entstehen Streitfragen zwischen Autonomie, Persönlichkeitsrecht und Verantwortung im gesellschaftlichen Kontext.¹¹

Dieser Beitrag gibt im ersten Teil einen Überblick über die gegenwärtige rechtliche Situation in Deutschland. Sterbehilfe wird als Begriff in seinen verschiedenen Facetten definiert und die damit einhergehenden Problematiken und Perspektiven im Rahmen der deutschen Gesetzgebung und Verfassung erarbeitet.

Im zweiten Abschnitt liegt der Schwerpunkt auf den relevanten ethischen Denkanstößen vornehmlich zu den Begriffen Autonomie und Selbstbestimmung. Die ganzheitliche Auseinandersetzung mit diesen Termini stellt eine grundlegende Basis dar, denn nur so lässt sich das komplexe Konstrukt von Sterbe- und Suizidhilfe in seinem vollumfänglichen Ausmaß erfassen. Die weitere Konkretisierung des Forschungsgegenstandes hinsichtlich der potentiellen Problematik für Menschen mit psychischen Störungen wird im anschließenden Teil in den Fokus gerückt. Letztendlich werden die Schweiz und die Niederlande in Bezug auf ihre Handhabe mit Sterbehilfe und Suizidassistentz im Lichte der Forschungsfrage betrachtet, um im Fazit den Bogen auf die Situation in Deutschland zurück zu schlagen und Tendenzen hinsichtlich der grundlegenden Thematik abzuleiten.

Die Herangehensweise für diesen Beitrag stellt die Untersuchung von einschlägiger Literatur und Rechtsprechung dar, ergänzt durch das Heranziehen von Gesetzesanträgen, -entwürfen und Stellungnahmen der Regierung. Zusätzlich wurde auf Ergebnisse der Sozialforschung und Stellungnahmen durch Ethikkommissionen auch über die Grenzen Deutschlands hinaus zurückgegriffen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussagen erforderlich ist.

B. Sterbehilfe in Deutschland

Dieses Kapitel gibt eine Einführung in die Thematik, definiert grundlegende Begrifflichkeiten und illustriert die Situation in Deutschland. Es wird auf die Intention und Entstehungsgeschichte des § 217 StGB eingegangen sowie auf den verfassungsrechtlichen Rahmen für Sterbe- und Suizidhilfe. Anschließend werden Kernpunkte des grundlegenden Urteils des BVerfG¹² herausgearbeitet und die Position des Staates und der Gesetzgebung beleuchtet. Im Verlauf der Sterbehilfedebatten bildeten sich bisher verschiedene Definitionsansätze heraus. Diese werden folgend im Gesamten vorgestellt, um ein ganzheitliches Bild zu vermitteln.

9 Vgl. DGPPN, 2018, 13.

10 Vgl. Hoff, in: Ders./Rössler (Hrsg.) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, 7 (9f).

11 So Hoff/Rössler, in: Dies. (Hrsg.) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, 1 (6).

12 BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020.

I. Terminologie

Sterbehilfe lässt sich grundsätzlich in vier klassische Formen unterteilen.¹³ Die klassische Terminologie ist nach h.M. jedoch weitgehend hinfällig geworden, da durch die bloße Bezeichnung falsche Rückschlüsse gezogen werden könnten.¹⁴ Der Nationale Ethikrat hat einen alternativen Vorschlag zur Terminologie von Sterbehilfe erarbeitet und wies in seiner Stellungnahme aus 2006 explizit auf die Notwendigkeit der sensiblen Handhabung der Begrifflichkeiten hin. Spannungsfelder durch den Sprachgebrauch werden nachfolgend im Unterpunkt zur Macht des Wortlautes weiter thematisiert. In jüngsten politischen Debatten wird vorwiegend zwischen „Hilfe zum Sterben“ und „Hilfe beim Sterben“ differenziert.¹⁵

1. Klassische Terminologie

Passive Sterbehilfe ist entgegen ihres Namens nicht nur auf ein passives Unterlassen zurückzuführen. Charakteristisch für diese Art der Sterbehilfe ist der Verzicht auf eine medizinische Maßnahme oder deren Reduktion. Jedoch wird ebenso der aktive Abbruch einer Behandlung der passiven Sterbehilfe zugeordnet. Maßgebend ist demzufolge nicht das aktive Tun oder das passive Unterlassen, sondern die Intention das Sterben zuzulassen.¹⁶ Die Grundhaltung, das Sterben als Prozess zu akzeptieren, ist der Hauptunterschied zur aktiven Sterbehilfe.

Aktive Sterbehilfe (oder auch Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB) umfasst das aktive Herbeiführen des Todes. Der Patient stirbt ausschließlich infolge der Behandlung und nicht aufgrund seiner Erkrankung.¹⁷ Während bei passiver Sterbehilfe der Tod geschehen darf, wird dieser bei aktiver Sterbehilfe selbst gestaltet und initiiert. Tatherrschaft obliegt in diesem Fall nicht dem Suizidenten, sondern einer für die Tat bestimmten Person.¹⁸

Indirekte Sterbehilfe wird hauptsächlich durch eine medizinische Behandlung am Lebensende gekennzeichnet, welche unter Inkaufnahme eines vorzeitigen Todes Schmerzen und Leid lindern soll.¹⁹ Intention von indirekter Sterbehilfe ist dabei lediglich die Gestaltung des Sterbeprozesses.²⁰ Sowohl dem Behandelten als auch dem Behandler ist währenddessen bewusst, dass diese Therapie ein früheres Sterben mit sich bringen kann. Der Tod selbst ist nicht das Ziel.²¹

Assistierter Suizid (oder auch Beihilfe zur Selbsttötung) grenzt sich von den bisher genannten Formen der Sterbehilfe insoweit ab, als dass während des gesamten Geschehens der Suizident Herr der Situation bleibt. Grundsätzlich fällt diese Art der Sterbehilfe unter den Tatbestand der Beihilfe zum Suizid, welcher genau wie der Suizid straffrei bleibt.²²

13 Vgl. *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 339.

14 Vgl. Nationaler Ethikrat, 49ff.

15 Vgl. Bundesregierung, 2015. BT-Drucksache 18/5373, 10f.

16 Genauer: *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 340.

17 *Ibid.*, 344.

18 *Lüttig*, ZRP 2 (2008), 57 (58).

19 Vgl. *Kusch*, NJW 5 (2006), 261 (262).

20 *Ibid.*, 261 (262).

21 Genauer *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 345.

22 *Lüttig*, ZRP 2 (2008), 57 (58).

2. Terminologie des nationalen Ethikrates

Entgegen der klassischen Definition von Sterbehilfe hat der Nationale Ethikrat einen eigenen Vorschlag zur Terminologie hervorgebracht. Intention für eine weitere Klassifikation war, Assoziationen und Wertungen, die unbewusst durch den Eigensinn der Begriffe entstehen können, zu neutralisieren.²³ Differenziert wird hier zwischen Sterbebegleitung, Therapien am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen. Auffallend ist, dass auf den Begriff „Hilfe“ vollständig verzichtet wird.

Sterbebegleitung umfasst alle Maßnahmen zur Betreuung und Pflege des Erkrankten in seiner finalen Lebensphase. Vor allem Beistand, menschliche Zuwendung und Seelsorge, aber auch die pflegerische Grundversorgung wie das Stillen von Hunger- und Durstgefühlen sind entscheidende Eckpunkte.²⁴ Der Wille des Sterbenden steht dabei im Fokus. Die Sterbebegleitung kann als Rahmen für eine konkretere Ausgestaltung der letzten Lebensphase verstanden werden.

Therapien im Lebensende bilden das Äquivalent zur indirekten Sterbehilfe, wobei der Nationale Ethikrat sich vom klassischen Terminus aktiv abgrenzt.²⁵

Das **Sterbenlassen** umfasst das Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen. Unter Umständen kommt es zu einem früheren Tod durch die Grunderkrankung als es mit medizinischer Therapie der Fall gewesen wäre. Wie auch bei der passiven Sterbehilfe kann dieses Unterlassen aktive und passive Handlungen enthalten.²⁶ Die Beihilfe zur Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen stimmen ihrem Verständnis nach weitgehend inhaltlich mit den klassischen Definitionen überein.²⁷

3. Terminologie in Politik und Recht

Rechtssicherheit wird nur dann erreicht, wenn verwendete Begriffe hinreichend konkretisiert sind. Die bereits erwähnten Unsicherheiten bzgl. der Definitionen von Sterbehilfe können umgangen werden, wenn zwischen „**Hilfe beim Sterben**“ und „**Hilfe zum Sterben**“ differenziert wird.²⁸ In politischen Dimensionen ist vor allem das Unterscheidungsmerkmal von Bedeutung, welches straffreie von strafrechtsrelevanten Handlungen abgrenzt. „Hilfe beim Sterben“ beschreibt diejenigen Sachverhalte, die grundsätzlich nach geltendem Recht keine Strafrechtsrelevanz haben.²⁹ „Hilfe zum Sterben“ umfasst jegliche Handlungen, die als Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB strafbar sind.

23 Nationaler Ethikrat, 49.

24 *Ibid.*, 53.

25 Vgl. Nationaler Ethikrat, 54.

26 *Ibid.*, 54.

27 *Ibid.*, 55.

28 Vgl. BT-Drucksache 18/5373, 2015, 10f.

29 *Ibid.*

4. Die Macht des Wortlautes

Sterbehilfe ist ein Synonym für *Euthanasie* (aus dem altgr.: *euthánathos* – (eu-) „gut-, wohl-“ und (*thánatos*) „Tod“) und bedeutet so viel wie „leichter, schöner, ehrenvoller Tod“.³⁰ Im Ausland wird dieser Begriff weitgehend verwendet, wenn es um die Erleichterung im Sterbeprozess oder dessen Verkürzung geht.³¹ In Deutschland jedoch ist der Euthanasiebegriff durch die NS-Zeit stark negativ behaftet und wird damit in der Sterbehilfedebatte nicht mehr verwendet.³²

Werden die Begriffe objektiv und ohne Wertung betrachtet, fällt auf, dass sowohl Euthanasie als auch der Hilfebegriff positiv konnotiert sind.³³ Der Nationale Ethikrat beschreibt sehr treffend, dass „Hilfe“ im Sinne von Unterstützung als durchaus legitim und begrüßenswert angesehen wird.³⁴ Zudem wird betont, dass gerade diese positive Besetzung auch problematisch sein kann und Tatbestände u. U. verschleiert und unangemessen beschönigt werden.³⁵ Entgegen der Argumentation des nationalen Ethikrates wird der Begriff der Hilfe trotzdem weiterhin in der politischen Debatte genutzt. Auch bei Gegenüberstellung der Begriffe „Suizid“ und „Selbstmord“ fällt auf, dass bestimmte strafrechtliche Anknüpfungspunkte auftauchen. Selbstmord bzw. auch der Begriff der Selbsttötung lassen schnell auf ein Delikt oder eine gesellschaftlich nicht tolerierte Handlung schließen.³⁶ Diese Voreingenommenheit lässt sich wie im Falle der Euthanasie auflösen, wenn auf Alternativen im Sprachgebrauch ausgewichen wird. Die Sensibilität, inwiefern Sprache und Ausdrucksweise eine Argumentation beeinflussen können, muss folgend berücksichtigt werden.

II. Verfassungsrechtlicher Rahmen

Um die aufgeworfene Forschungsfrage zu diskutieren, wird zunächst der verfassungsrechtliche Rahmen abgesteckt. Durch die Komplexität der Sterbehilfethematik werden diverse Grundrechte der beteiligten Akteure berührt. Hauptaugenmerk fällt in erster Linie auf die zum Suizid entschlossene Person. Durch Rechtsprechung und Literatur wurde im Verlauf betont, dass aus dem Recht auf Leben gem. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG keine Pflicht zu eben diesem abzuleiten ist und damit der freiverantwortliche Suizid zu tolerieren ist.³⁷ Gleichzeitig lässt sich jedoch im Umkehrschluss keine allgemeine Verfügbarkeit über das eigene Leben aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ableiten.³⁸ Die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, fällt nach h. M. unter die allgemeine Handlungsfreiheit³⁹ gem. Art. 2 Abs. 1 GG und wird unterstrichen durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht gem. Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG.⁴⁰

30 Vgl. *Stiller*, Sterbehilfe und assistierter Suizid, 22f.

31 DRZE, Sterbehilfe und Euthanasie.

32 Vgl. Nationaler Ethikrat, 36f., 49f.

33 *Ibid.*, 49.

34 *Ibid.*

35 *Ibid.*, 50.

36 Vgl. *Leisner*, Tod im Staatsrecht, 84.

37 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 3; *Leisner*, Tod im Staatsrecht, 84f.

38 So *Muckel*, JA 6 (2020), 473 (473).

39 Zusammenfassend *Sachs*, Verfassungsrecht II – Grundrechte, 236 (Rn. 5).

40 Vgl. *Hufen*, NJW 21 (2018), 1524 (1525); *Muckel*, JA 6 (2020), 473 (473).

Auch die Beihilfe zu einem Suizid durch eine dritte Person stellt insoweit keine strafrechtliche Relevanz dar, soweit die zum Suizid entschlossene Person die Tatherrschaft zu eigen hat.⁴¹ Nach h.M. genießt der freiverantwortliche Suizid heute grundrechtlich ableitbaren Schutz.⁴² Der Spannungsbogen zwischen individueller Handlungsfreiheit und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bleibt jedoch weiterhin bestehen.⁴³ Anders verhält es sich, wenn der freie Wille oder die Entscheidungsfähigkeit der suizidwilligen Person anzweifelbar ist. Im Zuge dessen muss das durch die Verfassung garantierte Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG geschützt und mittels einfachgesetzlicher Normen, wie z.B. der Rechtsinstitution des Strafrechts, aufgefangen werden.⁴⁴

Als ein Faktor gilt folglich die Schutzbedürftigkeit des Suizidwilligen ggü. externen Einflüssen, die seine eigenverantwortliche Entscheidung potentiell verzerren könnten. Über die zum Teil schwerkranken und suizidwilligen Personen hinaus werden noch weitere Akteure durch das Konstrukt Suizidhilfe tangiert. Vor allem geht es hier um den Dritten, der dem Suizidwilligen Beihilfe leistet.⁴⁵ Die Beihilfe sei hier nicht weiter konkretisiert, generell kann es sich um die Unterstützung bei der Entscheidung, die tatsächliche Durchführung, Beratung oder um die Vermittlung einer Suizidhilfe handeln. Diese dritten Personen können auf der einen Seite Angehörige und enge Bekannte, auf der anderen Seite aber auch Professionelle sein. Ärzte als Einzelperson oder auch Sterbehilfeorganisationen als Vereinigung und deren für sie tätigen Einzelpersonen können eine Rolle im Prozess der Sterbehilfe einnehmen. Sterbehilfeorganisationen genießen zunächst wie jeder andere Verein gem. Art. 9 Abs. 1 GG grundrechtlichen Schutz. Außerdem sind jegliche beruflichen Tätigkeiten nach Art. 12 Abs. 1 GG mit Unterstreichung des Rechts auf die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit nach Art. 2 Abs. 1 GG geschützt. Ebenso gehören die für die Organisation tätigen Einzelpersonen zum Schutzbereich des Art. 12 Abs. 1, Art. 2 GG, genauso wie Ärzte, Klinikpersonal und Rechtsanwälte.⁴⁶ Zudem könnte auch das in Art. 4 Abs. 1 Var. 2 GG verankerte Grundrecht der Gewissensfreiheit eine Rolle spielen.⁴⁷ Abschließend ist festzuhalten, dass jede einzelne Person, die am Prozess der Beihilfe eines Suizides beteiligt ist oder mitwirkt, von bestimmten verfassungsrechtlichen Grundsätzen berührt ist. Inwiefern sich dies konkret auf die Thematik der Suizidbeihilfe auswirkt, wird später im Kapitel zum Urteil des BVerfG erörtert. Die Tatbestandsmerkmale der Entscheidungsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit der suizidwilligen Person lassen zumindest auf eine strikte Einzelfallwürdigung schließen.⁴⁸

Verfassungsrechtlich ist genauso auch das selbstbestimmte Sterben geschützt, wenn es sich um andere Formen der Sterbehilfe handelt. Durch das Patientenverfügungsgesetz konnte den Akteuren bereits vermehrt Rechtssicherheit gegeben und schwierige Entscheidungen abgenommen werden.⁴⁹ Niemand darf zur Suizidbeihilfe oder Sterbehilfeleistung verpflichtet sein.⁵⁰ Daraus folgt *de facto*, dass niemand einen direkten Anspruch auf entsprechende Beihilfen ggü. jemand anderem begründen kann. Das Selbstbestimmungsrecht umfasst lediglich das Recht, über den *eigenen* Tod zu entscheiden, soweit Dritte nicht in ihren Grundrechten verletzt werden.

41 Vgl. BT-Drucksache 18/5373, 2015, 2, 10.

42 Lang, NJW 22 (2020), 1562 (1562) m.w.N.

43 Vgl. Nationaler Ethikrat, 57f.

44 Vgl. Leisner, Tod im Staatsrecht, 88.

45 Vgl. Muckel, JA 6 (2020), 473 (473).

46 *Ibid.*

47 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 4ff.

48 *Ibid.*, Rn. 284.

49 Vgl. Hufen, NJW 21 (2018), 1524 (1524).

50 BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Leitsatz Nr. 6.

Die aktive Sterbehilfe stellt eine Tötungshandlung dar, auch wenn sie auf ernsthaftes Verlangen des Suizidwilligen durchgeführt wird. Vorherrschende Auffassung in Deutschland und vielen anderen EU-Staaten⁵¹ ist, dass essentielle Normen zur Verwirklichung des Lebensschutzes nicht aufgeweicht werden dürfen und die Fremdtötung unter allen Umständen strafrechtsrelevant bleiben muss. Auch eine ernsthafte Einwilligung kann keine rechtfertigende Wirkung entfalten.⁵²

III. Rechtslage

Bereits 2004 wurde durch die Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ die Wichtigkeit von Selbstbestimmung und selbstbestimmtem Sterben herausgearbeitet. An ihrem Abschlussbericht und den dort unterbreiteten Vorschlägen orientierte sich der Erlass des Patientenverfügungsgesetzes, welcher zum 01.09.2009 in Kraft trat.⁵³ Ziel der §§ 1901a ff. BGB besteht vorrangig darin, die Rechtssicherheit der Akteure in ihrem Handeln zu festigen und den autonomen Willen der Menschen für den Fall der eintretenden Entscheidungsunfähigkeit festzuhalten.⁵⁴

Letztlich ist die Definition eines menschenwürdigen Ablebens individuell und lässt sich nicht pauschal bestimmen. Klarstellen lässt sich zunächst, dass die strafrechtlichen Grenzen der zulässigen Sterbehilfe unumstößlich sind.⁵⁵ Das Tötungstabu gehört nach h.M. essentiell zu einer humanen Gesellschaft, womit jegliche Formen von aktiver Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen in Deutschland verboten bleiben.⁵⁶ Solange die Tatherrschaft jedoch bei der suizidwilligen Person verbleibt, sind Suizid und die Beihilfe zu diesem erlaubt.⁵⁷ Das BVerfG verwies in seinem Urteil vom 26.02.2020 in Rn. 23 ebenso auf eine strikte Unterscheidung von Sterbehilfe und Suizidhilfe.

Dieser Beitrag fokussiert sich im Schwerpunkt auf die Suizidhilfe, eine rechtliche Betrachtung der Sterbehilfe bleibt außen vor.

1. Entstehung und Telos des § 217 StGB

Als prägender Anstoß der weiterführenden Sterbehilfedebatte gilt die Öffnung einer Zweigstelle von *Dignitas* in Hannover im September 2005.⁵⁸ Große Sorge galt vor allem einer Kommerzialisierung der Suizidbegleitung⁵⁹ und einem damit einhergehenden Dambruch.⁶⁰ Sterbehilfeorganisationen als institutionalisierte Sterbehelfer knüpfen an den straffreien Tatbestand des assistierten Suizids an. Allgemein wird die Gefahr gesehen, dass eine Selbsttötung

51 Siehe auch: Kapitel über Sterbehilfe in Deutschlands Nachbarländern.

52 Vgl. BT-Drucksache 18/5373, 2015, 10.

53 Vgl. *Jurzeleit*, NJW 37 (2015), 2708 (2708).

54 *Ibid.*, 2708 (2709f.).

55 Vgl. BT-Drucksache 16/8442, 2008, 7f.

56 Vgl. BT-Drucksache 16/11360, 2008, 8f.

57 Vgl. *Knaup*, *Imago Hominis* 2016, IMABE.org.

58 Vgl. *Kusch*, *NStZ* 8 (2007), 436 (436).

59 Vgl. BT-Drucksache 17/11126, 2012, 1, 6.

60 Vgl. *Lüttig*, *ZRP* 2 (2008), 57 (58).

in schwierigen Lebenslagen zur Normalität werden und die Hemmschwelle einen begleiteten Suizid in Anspruch zu nehmen sinken könnte.⁶¹ Ein weiterer Faktor ist die finanzielle Komponente und das potentielle Risiko der Ausbeutung von Menschen in aussichtslosen Lebenslagen.⁶² Die Regierung bezieht sich in ihrer Argumentation vor allem auf Statistiken aus den Niederlanden, der Schweiz und Belgien.⁶³ Diese zeigen eine Tendenz steigender Suizidbegleitungen mit einer einhergehenden Liberalisierung von Sterbehilfe.⁶⁴ Schon in vorangegangenen Wahlperioden gab es entsprechende gesetzgeberische Initiativen, welche jedoch nicht in den Bundestag eingebracht wurden.⁶⁵ Nach einer Generalaussprache des Bundestages im November 2014 zum Thema „Sterbebegleitung“, wurde im Juli 2015 über eine mögliche gesetzliche Regelung debattiert.⁶⁶

Diskussionsgrundlage boten vier Entwürfe für eine gesetzliche Regulierung von Sterbehilfe, welche in ihrer Art grundverschiedene Ansätze verfolgten.⁶⁷ Die Standpunkte deckten das vollständige Spektrum zwischen vollkommener Straffreiheit bei der Hilfe zum Suizid, bis hin zur Strafbarkeit bei Teilnahme an einem solchen ab.⁶⁸ Letztendlich setzte sich der fraktionsübergreifende Gesetzesentwurf zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung durch, womit erstmalig das Mitwirken an einem freiverantwortlichen Suizid in einem Teilbereich unter Strafe gestellt wurde.⁶⁹ Der neugeschaffene Straftatbestand des § 217 StGB sollte den Spagat zwischen einer bisher straffreien und der sich in Deutschland entwickelnden institutionalisierten Suizidbeihilfe schaffen. So wird in § 217 Abs. 2 StGB explizit herausgestellt, dass eine besondere Verbindung zwischen Suizident und Helfer relevant ist.⁷⁰ Es wird ferner betont, dass eine Beihilfe zum Suizid auch weiterhin als nicht strafrechtlich relevant gilt, soweit diese nicht unter die Tatbestandsvoraussetzungen des § 217 StGB fällt. Die Abgrenzung von der Beihilfe im Einzelfall zur vorsätzlich wiederholten ist dabei maßgebend.

Laut politischer Argumentation ist die vorrangige Intention des Gesetzes, die individuelle Autonomie zu schützen und zu gewährleisten.⁷¹ Nur die Beihilfe an einem eigenständig überlegten und freiverantwortlichen Suizid kann straffrei bleiben, während die Suizidbeihilfe durch eine Organisation regelmäßig vermuten lässt, dass ein selbstgebildeter Wille zum Suizid fehle.⁷²

Der Kommerzialisierung und Organisation von Suizidhilfe soll damit wirksam entgegen gewirkt werden. Institutionen und Vereine mit dem Ziel der geschäftsmäßigen Förderung des Suizids werden unter Strafe gestellt, auch wenn ihrer Tätigkeit nicht unmittelbar ein Suizid folgt.⁷³ Durch das Tatbestandsmerkmal der „Geschäftsmäßigkeit“ wird bereits die bloße Existenz einer solchen Organisation durch § 217 StGB pönalisiert.⁷⁴ Zeitgleich wird die Wichtigkeit von palliativen Angeboten und deren Ausbau betont und als eine Alternative zu einem vorschnell überlegten Suizid angeführt.⁷⁵

61 Vgl. *Birkner*, ZRP 2 (2006), 52 (53).

62 Vgl. *Lüttig*, ZRP 2 (2008), 57 (59).

63 BT-Drucksache 17/11126, 2012, 6f.

64 Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Statistik, 2016, Todesursachenstatistik 2014, 1.

65 Vgl. *Knopp*, *Morbus Deutschland*, 84ff.

66 Vgl. Textarchiv des Bundestages, 2014, Vier-Stunden-Debatte zur Sterbebegleitung; siehe auch Textarchiv des Bundestages, 2015, Debatte über die Vorlagen zur Sterbebegleitung.

67 Vgl. *Birkner*, ZRP 2 (2006), 52 (54).

68 Vgl. BT-Drucksachen 18/5373, 2015; 18/5374, 2015; 18/5375, 2015; 18/5376, 2015.

69 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 16.

70 Vgl. BT-Drucksache 18/5373, 2015, 10.

71 *Ibid.*

72 *Ibid.*, 10f.

73 Vgl. *Hilgendorf*, Gesetz zur geschäftsmäßigen Sterbehilfe – Eine Norm für die Wissenschaft, 2015.

74 BT-Drucksache 18/5373, 2015, 12.

75 *Ibid.*, 9.

2. Anwendungsprobleme des § 217 StGB in der Praxis

Schon bei der Verabschiedung des § 217 StGB im Jahr 2015 wurde das Gesetz bzgl. der weitgefassten und nicht hinreichend konkretisierten Tatbestandsmerkmale kritisiert und eine Konformität mit dem GG angezweifelt.⁷⁶

Im Vordergrund der Diskussion stand das Tatbestandsmerkmal der „Geschäftsmäßigkeit“. Laut politischer Argumentation soll darunter die gewollte und wiederholte Förderung einer Suizidassistenz verstanden werden, welche sich vor allem auf Sterbehilfeorganisationen bezieht.⁷⁷ Jedoch ist der Wortlaut so unbestimmt formuliert, dass auch das Handeln von Einzelpersonen als geschäftsmäßig ausgelegt werden könnte.⁷⁸ *De jure* pönalisiert § 217 StGB nicht unmittelbar das Recht auf einen Suizid, sondern schränkt lediglich den Kreis der beihelfenden Personen ein. Die tatsächliche Auswirkung des § 217 StGB belief sich jedoch auf die Unmöglichkeit für Suizidwillige, kompetente Hilfe zu erhalten.⁷⁹

Kompetente Hilfe bei der Suizidbegleitung stellen vor allem Ärzte und spezialisierte Einrichtungen dar. Die Ärzteschaft z.B. steht unter Einwirkung multipler Faktoren, die ihre Bereitschaft zur Suizidbeihilfe beeinflussen. Vor allem Palliativmediziner könnten das Tatbestandsmerkmal der geschäftsmäßigen Suizidförderung erfüllen. Ihrem Fachgebiet geschuldet haben Palliativärzte wiederholt mit Menschen in ihrer finalen Lebensphase Kontakt, welche sie mittels Beratung und medizinischer Unterstützung durch ihren letzten Lebensabschnitt begleiten. Zudem ist die Ärztekammer der Auffassung, dass eine ärztliche Assistenz der Selbsttötung nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar ist.⁸⁰ Ob das in der Berufsordnung der Ärztekammer normierte Verbot zur Suizidbeihilfe verfassungsmäßig ist, wurde bereits 2014 durch den Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestag diskutiert und bleibt für diesen Beitrag unberührt.⁸¹

Die Entscheidung Sterbehilfe zu leisten bzw. einen Suizid zu begleiten, wird auf die subjektive Einstellung und das Gewissen des handelnden Arztes abgeschoben.⁸² Die Umstände führten in der Realität dazu, dass kaum ein Arzt dazu bereit war, Beihilfe zu einem Suizid zu leisten.⁸³ Erschwerend kommt hinzu, dass der Besitz von letal wirkenden Mitteln nach dem BtMG verboten ist.⁸⁴ Durch das Zusammenspiel der genannten Faktoren, werden Suizidwillige dazu gedrängt, ihrem Todeswunsch auf andere Weise zu begegnen.⁸⁵

76 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 7.

77 BT-Drucksache 18/5373, 2015, 11.

78 So *Hilgendorf*, 2015.

79 *Hufen*, NJW 21 (2018), 1524 (1524).

80 *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 96, 347; siehe auch Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2011, 346 (346); Nationaler Ethikrat, 36f.

81 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, WD3-3000-215/14.

82 *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 347.

83 *Hufen*, NJW 21 (2018), 1524 (1524).

84 *Ibid.*; BVerwG, Urt. vom 02. März 2017 – 3C 19.15.

85 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 218.

3. Urteil des BVerfG vom 26. Februar 2020

Die Verfassungsbeschwerden richteten sich direkt gegen den § 217 StGB. Die Bf. waren vornehmlich schwer erkrankte Personen, welche durch das Gesetz gehindert wurden, die erhoffte Unterstützung zur Realisierung ihres Suizides zu erhalten.⁸⁶ Auch Ärzte, die eine Verletzung ihrer Berufs- und Gewissensfreiheit rügten, sowie Sterbehilfevereine und deren organschaftliche Vertreter und Mitarbeiter waren Teil des Verfahrens. Die Verfassungsbeschwerden der Bf. wurden durch das BVerfG zu einer gemeinsamen Entscheidung verbunden. In der Ausführung des Urteils geht der 2. Senat des BVerfG ganzheitlich auf die Fragestellungen der verschiedenen Bf. ein und berücksichtigt dabei auch die der gem. § 94 Abs. 4 i. V. m. § 77 Nr. 1 BVerfGG getätigten Äußerungen der politischen Organe. Die Möglichkeit einer Stellungnahme wurde jedoch durch die Regierung kaum genutzt.⁸⁷ Über seinen Verfahrensbevollmächtigten plädierte der Deutsche Bundestag im Verfahren weiterhin für eine Verfassungsmäßigkeit des § 217 StGB und befand sämtliche Verfassungsbeschwerden für unzulässig oder zumindest unbegründet.⁸⁸

Der Fokus liegt im Folgenden auf der Dogmatik der Menschenwürde und den Begriffen „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“, um herauszuarbeiten, ob eine Perspektive des assistierten Suizides/der aktiven Sterbehilfe für Menschen mit psychischer Erkrankung ableitbar ist. Inwiefern das BVerfG in seinem Urteil die grundrechtliche Argumentation über die Begehren der weiteren Bf. führt, wird außenvorgelassen.⁸⁹

Die Argumentationen des Gesetzgebers und des BVerfG knüpfen an grundverschiedenen dogmatischen Ansätzen der Menschenwürde gemäß Art. 1 Abs. 1 GG an. Der Gesetzgeber ist der Auffassung, dass die Menschenwürdegarantie gerade nicht auf eine absolute Autonomie des Einzelnen schließen lässt, da umgekehrt auch Selbstbestimmungsunfähige von der Menschenwürde umfasst werden.⁹⁰ Durch einen Suizid würde sich die Person ihrer vitalen Grundlage der Menschenwürde entledigen, daher sei diese nur als übergeordnetes Menschenbild einer humanen Verfassungsgemeinschaft zu verstehen. Der Gesetzgeber betont, dass aus der Garantie der Menschenwürde kein subjektiver Anspruch auf einen Suizid hergeleitet werden kann.⁹¹ Allein das allgemeine Persönlichkeitsrecht oder die allgemeine Handlungsfreiheit könnten ein Recht auf Suizid begründen, welches jedoch bei weitem keinen Anspruch auf Suizidhilfe umfasst. Lediglich letzteres pönalisiert jedoch § 217 StGB und stelle damit keine Kollision mit dem GG dar.⁹² Dementgegen argumentiert das BVerfG, dass ein freiverantwortlicher Suizid auch das Recht umfasse, Hilfe bereitwilliger Dritter in Anspruch zu nehmen.⁹³ Nur dadurch könne sichergestellt werden, dass der Suizidentschluss freiverantwortlich und autonom gefasst wird oder auf eine besser geeignete Alternative zurückgegriffen werden könne. Eine fachkundige Hilfe und Beratung insbesondere durch Ärzte scheine hierfür essentiell, gerade um alle Perspektiven und Möglichkeiten in eine freiverantwortliche Entscheidung mit einfließen zu lassen. Nur auf diese Weise könne der ernsthafte und endgültige Entschluss zu einem Suizid gefasst werden.⁹⁴

Das in der Menschenwürde verankerte Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben bedinge,

86 *Ibid.*, Rn. 1f.

87 *Ibid.*, Rn. 88f.

88 *Ibid.*, Rn. 99.

89 Weiterführend *Muckel*, JA 6 (2020), 473.

90 BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 147.

91 *Ibid.*, Rn. 147.

92 *Ibid.*, Rn. 148.

93 Vgl. *Muckel*, JA 6 (2020), 473 (474).

94 BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 246.

dass es keiner weiteren Rechtfertigung für ein solches bedürfe.⁹⁵ Nach Ansicht des BVerfG stelle der selbstbestimmte Tod den letzten Ausdruck von menschlicher Würde dar und dürfe unter keinen Umständen durch staatliches Handeln eingeschränkt und beeinflusst werden.⁹⁶ Das allgemeine Persönlichkeitsrecht sei gerade die Konkretisierung des Autonomiegedankens, welcher der Menschenwürde entspringt.⁹⁷ Nach Meinung des BVerfG greife § 217 StGB so weit in das allgemeine Persönlichkeitsrecht der schwer erkrankten Bf. ein, dass diese ihr grundrechtlich zugesichertes Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben nicht realisieren könnten, auch wenn die Norm nur mittelbar auf sie wirke.⁹⁸ Der Grundrechtsschutz umfasse neben den unmittelbaren Eingriffen jedoch auch diese staatlichen Maßnahmen, die eine mittelbare oder faktische Beeinträchtigung der Grundrechte verursachen. Ergo könnten diese nur bestehen, soweit sie verfassungsmäßig gerechtfertigt seien.⁹⁹

Die Rechtfertigungsanforderungen für Gewährleistungsrechte mit Bezug zur Menschenwürde werden dabei an besonders hohen Maßstäben geprüft.¹⁰⁰ Auch wenn die intimste Privatsphäre eines Individuums tangiert wird, bleiben doch Wechselwirkungen mit Dritten und Auswirkungen auf die Gesellschaft nicht aus.¹⁰¹ Das BVerfG sieht, ähnlich wie der Gesetzgeber, auch eine Auswirkung auf die Entscheidungsfindung anderer potentiell Suizidentschlossener und auch die Aufgabe des Gesetzgebers, diesem Spannungsfeld zu begegnen.¹⁰² Angesichts der Tatsache, dass ein vollzogener Suizid unumkehrbar ist, stelle die autonome Entscheidungsfindung ein hohes Schutzgut dar.¹⁰³ Durch § 217 StGB werde eine faktische Unmöglichkeit zu einem professionell begleiteten Suizid geschaffen und damit auch die autonome Entscheidungsfindung beschnitten. Der Eingriff in die Grundrechte sei dementsprechend nicht gerechtfertigt.¹⁰⁴ Abschließend wird angemerkt, dass die Urteilsfindung des BVerfG im Einklang mit der EMRK steht, wobei besonders Art. 8 Abs. 1 EMRK als Auslegungshilfe herangezogen wurde.¹⁰⁵ Durch die Unvereinbarkeit des § 217 StGB mit dem GG ist das Gesetz über das Verbot der Förderung geschäftsmäßiger Suizidhilfe nichtig. Die Rechtslage zum Zeitpunkt vor Erlass dieses Gesetzes ist folglich wiederhergestellt.¹⁰⁶

IV. Die Rolle des Staates

Der Staat ist gem. Art. 20 Abs. 3 GG an die Verfassung gebunden. Kernpunkte für den Themenbereich Sterbehilfe und Suizidbegleitung bilden das Sozialstaatsprinzip, die Daseinsfürsorge und letztlich die Wahrung der Grundrechte der Bürger. Den Staat treffen in diesem Zusammenhang diverse Fürsorgepflichten auf verschiedenen Ebenen.¹⁰⁷ Unter anderem liegt es in staatlicher Verantwortung, den Gesundheitssektor an die Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen

95 *Ibid.*, Rn. 210f.

96 *Ibid.*, Rn. 206.

97 *Ibid.*, Rn. 207.

98 *Ibid.*, Rn. 214.

99 *Ibid.*, Rn. 215f.

100 *Ibid.*, Rn. 221.

101 *Ibid.*, Rn. 222.

102 *Ibid.*, Rn. 223f.

103 *Ibid.*, Rn. 232.

104 *Ibid.*, Rn. 234.

105 Vgl. dazu *Muckel*, JA 6 (2020), 473 (475).

106 *Ibid.*, 473 (476).

107 Vgl. *Sachs*, Verfassungsrecht II – Grundrechte, 228, Rn. 36f.

und einen normativen Rahmen für das Handeln in Gesundheit und Krankheit vorzugeben.¹⁰⁸ Eine adäquate Ausgestaltung des Gesundheitssektors inklusive Gesundheitseinrichtungen kann sich auf das Befinden der Bevölkerung auswirken. Es wird vermutet, dass durch eine adäquate Versorgung im Krankheitsfall auch die Angst vor dem Sterben vermindert werden könnte.¹⁰⁹ Auch die Ausgestaltung des palliativmedizinischen Behandlungsangebots fällt mitunter in den Bereich staatlicher Daseinsfürsorge. Ein weiteres Augenmerk fällt in diesem Zusammenhang auf den Gleichheitsgrundsatz. Die Integration von Minderheiten und deren Gleichbehandlung stellen weitere Kernpunkte des Sozialstaatsprinzips gem. Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 S. 1 GG dar. Dieser Beitrag legt zunächst den Fokus auf die gesetzgeberische Gewalt. Im Folgenden wird herausgearbeitet, welche Handlungsoptionen auf dem Themengebiet der Suizidhilfe nach der Urteilsverkündung des BVerfG im Februar offenstehen.

1. Regelungskompetenz

Staatliche Schutzpflichten bedürfen einer gesetzlichen Konkretisierung. Daher sei es auch grundsätzlich Aufgabe der Legislative, Spannungsverhältnisse unterschiedlicher verfassungsrechtlicher Schutzaspekte aufzulösen.¹¹⁰ Dem Gesetzgeber stehen dabei sowohl eine Einschätzungsprärogative als auch ein Wertungs- und Gestaltungsspielraum zu.¹¹¹ Die Ausmaße der zugestandenen Entscheidungsspielräume werden jedoch durch die Eigenart der Sachbereiche limitiert.¹¹² Die durch die Sterbehilfedebatte tangierten Grundrechte initiieren nach Auffassung des BVerfG ein Maß strikter Verhältnismäßigkeit.¹¹³ Der Schutz autonomer Entscheidungsfindung und dem damit einhergehenden Schutz des Lebens stellen jedenfalls einen legitimen Zweck einer gesetzlichen Regelung dar.¹¹⁴ Auch die Regulierung des Suizidhilfeangebotes erfülle einen verfassungsmäßigen Regelungszweck.¹¹⁵ Im Zwischenergebnis wird festgehalten, dass durch den Gesetzgeber auf dem Gebiet der Suizidhilfe Normen zur Regulierung erlassen werden dürfen.¹¹⁶ Inwiefern eine neue Regulierung des assistierten Suizids zu gestalten ist, wird sich in Zukunft zeigen.

Im letzten Abschnitt des Urteils gibt das BVerfG Eckpunkte für ein zukünftiges legislatives Schutzkonzept vor, welches sich unbedingt an der grundgesetzlichen Vorstellung des Menschen als „geistig-sittliches Wesen“ zu orientieren habe.¹¹⁷ Im Tenor schwingt konsistent die übergeordnete Rolle von Selbstbestimmung und Autonomie mit, die bzgl. der Suizidhilfethematik klar über dem Rechtsgut des Lebens angesiedelt ist. Demnach sei es unzulässig, die Beihilfe zum Suizid von materiellen Kriterien abhängig zu machen. Das Vorliegen einer letalen Erkrankung dürfe zumindest keine Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Suizidhilfe sein.¹¹⁸ Auch eine Anpassung von Regulierungen im Arzt- und Arzneimittelrecht wird

108 *Chandna-Hoppe*, NZS 3 (2020), 81 (81).

109 Vgl. *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 370f.

110 BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 223f.

111 *Ibid.*, Rn. 224.

112 *Ibid.*, Rn. 224.

113 *Ibid.*, Rn. 223.

114 Vgl. *Muckel*, JA 6 (2020), 473 (474).

115 BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 227.

116 *Ibid.*, Rn. 338.

117 *Ibid.*, Rn. 338.

118 *Ibid.*, Rn. 340.

durch das BVerfG angestoßen.¹¹⁹ Fokus muss hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenz auch auf der geteilten Verantwortung zwischen Bund und Ländern liegen. Während das ärztliche Berufsrecht dem Verantwortungsbereich der Länder zugehörig ist, sind Arznei- und Betäubungsmittelrecht Bestandteile des Gesetzgebers auf Bundesebene.¹²⁰

2. Spannungsbogen zwischen Fürsorge und Paternalismus

Staatlicher Paternalismus ist ein Verhalten des Staates mit dem Zweck, seinen Bürgern einen bestimmten Schutz aufzuzwingen. In diesem Zusammenhang ist unbeachtlich, ob das Individuum diesen Schutz begehrt oder nicht.¹²¹ Der Unterschied zu anderen staatlichen Maßnahmen ist vornehmlich die Freiheitsbeschränkung mit spezifischer Zwecksetzung.¹²² Die allgemeine Handlungsfreiheit wird grundsätzlich durch die Tangierung Grundrechte Dritter begrenzt. Paternalismus jedoch begrenzt die individuelle Freiheit nicht um die berechtigten Interessen der Gemeinschaft oder Dritter zu schützen, sondern weil vermutet wird, dass das einzelne Individuum mit seinem zugestandenen Freiheitsrahmen nicht angemessen umgehen kann.¹²³ Diese spezielle Zwecksetzung eines staatlichen Eingriffs vermag trotz ihres meist nur marginalen Regelungsinhaltes für den Einzelnen den Beigeschmack einer Geringschätzung mit sich bringen.¹²⁴ Die faktische Beschneidung von Selbstbestimmtheit am Lebensende stellt jedoch weitaus mehr als eine Marginalie dar. In Abgrenzung zum staatlichen Paternalismus wird hier auch auf eine zumeist paternalistisch geprägte Beziehung zwischen Arzt und Patient hingewiesen, welche nicht Gegenstand dieses Beitrages ist.¹²⁵

Neben Gesundheits- und Lebensschutz seiner Bürger kann der Staat auch einschreiten, wenn darüber hinaus moralische Ziele verfolgt werden sollen. § 217 StGB könnte eine Norm mit paternalistischem Charakter sein. Ausschlaggebend hierfür ist, dass durch den Regelungsinhalt vor allem die Person vor sich selbst geschützt werden soll.¹²⁶ § 217 StGB entfaltet jedoch nur mittelbar eine Wirkung auf den Einzelnen und ist damit in erster Linie kein paternalistischer Akt. Intention der Norm stellt jedoch gleichermaßen den Schutz des Individuums dar, welches unter Beeinflussung besagter Sterbehilfeorganisationen zu einem vorschnellen Suizidentschluss kommen könnte.¹²⁷ Die Beschneidung der Handlungsfreiheit über die Inanspruchnahme einer Suizidhilfe aufgrund der Verwirklichung moralischer Werte war auch Bestandteil des diesen Beitrages zugrundeliegenden Verfahrens. Die faktische Einschränkung bis hin zur Unmöglichkeit, Suizidhilfe zu erlangen, genügte dabei der richterlichen Angemessenheitsprüfung nicht.¹²⁸

Letztendlich liege die Installation eines Tabuisierungsmechanismus für ein selbstbestimmtes Lebensende durch eine strafrechtliche Norm außerhalb des gesetzgeberischen Kompetenzbereiches, entgegen des gesellschaftlich vorherrschenden Wunsches vorzugeben, wie mit Alter

119 *Ibid.*, Rn. 341f.

120 Vgl. *Lindner*, ZRP 3 (2020), 66 (67).

121 *Möller*, Paternalismus und Persönlichkeitsrecht, 11.

122 *Ibid.*, 12.

123 *Ibid.*, 12.

124 *Ibid.*, 12.

125 Siehe auch *Härle*, FPR 3 (2007), 47.

126 Vgl. *Möller*, Paternalismus und Persönlichkeitsrecht, 15.

127 BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 217.

128 *Ibid.*, Rn. 226.

und Krankheit umgegangen werden soll.¹²⁹ Die autonome Entscheidungsfindung gilt in diesem Rahmen als besonders hohes Schutzgut, da ein Suizid unumkehrbar ist. Schon vor der Urteilsverkündung gab es auf dem Gebiet der Sterbe- und Suizidhilfe ein einschlägiges Urteil.

Das Urteil des BVerwG im März 2017 entschied über einen ausnahmsweise zu erlaubenden Erwerb einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung.¹³⁰ In den Leitsätzen dieses Urteils wurde bereits auf die Wichtigkeit des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und die individuelle Würdigung des einzelnen Sachverhaltes hingewiesen. Inwieweit eine Person schutzbedürftig ist, hängt dabei von multiplen Faktoren ab.¹³¹ War dem Ersuchen, das besagte Mittel zu erhalten, eine extreme Notlage grundlegend, so sollte ein Erwerb mit dem Zweck der Selbsttötung entgegen der Vorschriften des § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG erlaubt sein. Basis stellt nach Argumentation des BVerwG die grundrechtsfreundliche Auslegung dieser Norm dar. Ein vermeintlich folgenreiches Urteil, jedoch praktisch ohne Bedeutung.¹³² Liegen entsprechende Tatbestandsvoraussetzungen vor, könnte der Staat also verpflichtet sein, das tödliche Mittel an den Betroffenen herauszugeben. Eine direkte Beteiligung an einem Suizid dürfe jedoch nach Meinung der Regierung keinesfalls Gegenstand staatlichen Handelns sein.¹³³ Das BMG unter Führung der Union verfügte einen Nichtanwendungserlass für das BfArM und initiierte ein Gegengutachten.¹³⁴ Dabei verwies die Regierung auf den nicht hinreichend bestimmbar Tatbestand der „extremen Notlage“. Auch christlich-geprägte Werte flossen in die Entscheidungsfindung ein, welche nicht unbedingt einem allgemeinen gesellschaftlichen Grundverständnis entsprechen müssen.¹³⁵ Ein nicht legitimer staatlicher Schutz mit dem Ziel einen Suizidwilligen vor einer Selbstschädigung zu schützen, kann als nicht gerechtfertigter paternalistischer Akt interpretiert werden.¹³⁶ Weiterhin war es für Betroffene unmöglich, sich durch das letale Medikament das Leben zu nehmen. Es lässt sich vermuten, dass bzgl. des erforderlichen Maßes an Fürsorgepflicht nicht deckungsgleiche Interpretationen in den verschiedenen Institutionen der Gewaltenteilung vorherrschend sind.¹³⁷ Die bisher strikte Zurückhaltung des BMG bei der Herausgabe für eine Selbsttötung benötigten Medikamente vor dem Hintergrund des höchstrichterlichen Urteils sei als durchaus kritisch zu beurteilen.¹³⁸ Auffallend ist, dass zeitgleich die Wichtigkeit des Ausbaus palliativer Angebote explizit hervorgehoben wird und diese als Alternative zu einem vorschnell überlegten Suizid angesehen werden.¹³⁹ Zu unterstellen sei jedoch, dass eine palliative Behandlung nicht immer indiziert ist bzw. diese das verfolgte Ziel nicht erreichen kann. Eine umfassende Palliativversorgung vermag lediglich eine Parallellösung sein, jedoch kann sie den Wunsch einen selbstbestimmten Tod zu erfahren nicht substituieren. Trotz multipler Behandlungsoptionen bleibt das Recht auf den eigenen Suizid dadurch unangetastet.

129 *Ibid.*, Rn. 234.

130 Vgl. BVerwG, Urt. vom 02. März 2017 - 3C 19.15.

131 Vgl. *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 121.

132 So *Müller-Neuhof*, 2018; siehe auch *Knopp/Hofmann*, NVwZ 14 (2020), 982 (985).

133 Siehe auch: Deutscher Bundestag, 2019. Ausschuss Anhörung „Experten streiten im Ausschuss über Fragen zur Sterbehilfe“ vom 20. Februar 2019.

134 Vgl. *Knopp/Hofmann*, NVwZ 14 (2020), 982 (985).

135 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 146, 234; siehe auch *Boehme-Neßler*, NVwZ 14 (2020), 1012 (1013).

136 Vgl. Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Band 6: Vorbemerkung zu § 29, Rn. 16, 17.

137 Vgl. *Müller-Neuhof*, 2018.

138 Vgl. *Müller-Neuhof*, „Wie die Regierung beschloss, das höchstrichterliche Urteil zu ignorieren.“ Artikel in „der Tagespiegel“ vom 19.08.2018; siehe Deutscher Bundestag, 2019, Ausschuss Anhörung „Experten streiten im Ausschuss über Fragen zur Sterbehilfe“ vom 20. Februar 2019; BT-Drucksache 19/2090, 2018.

139 Vgl. BT-Drucksache 18/5373, 2015, 9.

3. Regelungsbedarf

Durch das Urteil des BVerfG scheint die Marschroute einer gesetzlichen Regulierung vorgegeben. BVerfG und Gesetzgeber sind beide gleichermaßen der Auffassung, dass einer prekären Selbstbestimmungssituation mit einer damit verbundenen Normalisierung der Inanspruchnahme eines assistierten Suizides in der Gesellschaft entgegengewirkt werden muss.¹⁴⁰ Hinsichtlich der Notwendigkeit einer ganzheitlichen Regulierung der organisierten Suizidhilfe könnte es von Nöten sein, eine Grundgesetzänderung vorzunehmen. Nur durch eine direkte Kompetenzzuweisung über die Regulierung von Suizidhilfe an den Bund, scheint eine ganzheitliche Regulierung möglich, ohne die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern zu unterlaufen.¹⁴¹ Faktoren, wie soziale Pressionen und steigender Druck in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen, dürfen bei einem ganzheitlichen Konzept ebenfalls nicht außenvorbleiben.¹⁴² Eine repräsentative Umfrage¹⁴³ ergab, dass ein ärztlich assistierter Suizid von der Gesellschaft in der Mehrheit befürwortet wird. Auf der Grundlage des kollektiven Begehrens muss für die handelnden Akteure ein rechtssicherer Rahmen geschaffen werden, inwiefern und unter welchen Gesichtspunkten ein begleiteter Suizid in Anspruch genommen werden kann. Mittelpunkt einer gesetzlichen Regulierung stellt, wie zuvor herausgearbeitet, die Sicherung von Selbstbestimmung dar. Fraglich ist, inwieweit ein neuer Straftatbestand im Bereich des assistierten Suizides geboten ist. Eine Pönalisierung stellt in der deutschen Staatsordnung den stärksten Eingriff dar und sollte lediglich zum Einsatz kommen, wenn andere Sanktionsmechanismen weniger geeignet sind.¹⁴⁴ Schon kurz nach der Verabschiedung des § 217 StGB wurde eine unverhältnismäßige Kriminalisierung von Sterbehilfe kritisch angemahnt. Zum einen wurde die Möglichkeit einer Unterbindung von organisierter Sterbehilfe durch Ahndung einer Ordnungswidrigkeit als Möglichkeit gesehen, zum anderen fehlte es an einem durch die Suizidhilfe konkret verletztem Rechtsgut.¹⁴⁵ Die *Deutsche Stiftung Patientenschutz* schlug dennoch ein neues Gesetz über die Strafbarkeit einer profitorientierten Suizidhilfe vor.¹⁴⁶ Ein milderer Mittel könne jedoch ein liberales Sterbehilfegesetz sein.¹⁴⁷ Durch positivrechtlich vorgegebene Grenzen für die Inanspruchnahme eines begleiteten Suizides werden zudem Aspekte wie Beratungs- und Wartepflichten eingeflochten. So soll der selbstbestimmte Entschluss zu einem Suizid durch staatliche Mittel begleitet, jedoch nicht beeinflusst werden.¹⁴⁸

An dieser Stelle wird auf eine mögliche Parallellösung verwiesen, welche sich an der Schwangerschaftskonfliktberatung orientieren könnte.¹⁴⁹ Grundsätzlich ist ersichtlich, dass es einer staatlichen Regulierung von Suizidhilfe bedarf.¹⁵⁰ Nur durch Rechtssicherheit der Akteure vermag ein assistierter Suizid in der Realität faktisch möglich sein. Wie eine Regulierung in Zukunft ausgestaltet werden wird, muss für diesen Beitrag offenbleiben.¹⁵¹

140 Vgl. Lang, NJW 22 (2020), 1562 (1563).

141 So Lindner, ZRP 3 (2020), 66 (67).

142 Vgl. Helling-Plahr/Jüsten, DRiZ 6 (2020), 208 (209).

143 Infratest dimap, 2020.

144 Vgl. Roxin, NSTZ 4 (2016), 185 (188).

145 *Ibid.*

146 Ärzte Blatt Nachrichten vom 24.06.2020.

147 Vgl. Helling-Plahr/Jüsten, DRiZ 6 (2020), 208 (208).

148 *Ibid.*

149 *Ibid.*

150 Siehe auch Leisner, Tod im Staatsrecht, 85.

151 S.i.E. Lindner, ZRP 3 (2020), 66.

C. Suizidhilfe in rechtlich-ethischer Betrachtung

Bisher wurden durch diesen Beitrag die rechtlichen Kernpunkte und Anknüpfungen in Bezug zur Sterbe- und Suizidhilfe herausgearbeitet und gegenübergestellt. Warum ist es nun notwendig, den Horizont auf eine weitere Ebene zu erweitern? Der Begriff der „Ethik“ taucht wiederkehrend in Beiträgen zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe auf und erscheint daher als essentieller Bestandteil einer ganzheitlichen thematischen Betrachtung. Ethik gilt zunächst als Wissenschaft der Moral.¹⁵² Durch eine reflektierte Hinterfragung bestimmter moralischer Aussagen wird versucht, allgemeingültige Bewertungsmaßstäbe herauszuarbeiten. Medizinische Ethik kann weiterhin als Verbindung von philosophischem Denken und gelebter Praxis verstanden werden, welche als Orientierungshilfe beim medizinischen Handeln dienen soll.¹⁵³ Im Fokus stehende Begrifflichkeiten wie „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ können dabei stets auf gesellschaftlicher und individueller Ebene eine Rolle spielen.¹⁵⁴ Grundsätzlich ist das Verhältnis von Recht und Ethik jedoch kritisch zu betrachten, zum Teil wird der Begriff der Rechtsethik sogar als „pervers“ betitelt.¹⁵⁵ Im medizinischen Kontext nähern sich Ethik und Recht inhaltlich insoweit an, dass teilweise von einem synonymen Verständnis der beiden Begriffe gesprochen wird. Der „inflationäre Gebrauch“ des Ethikbegriffes in der Medizin lässt sich darauf zurückführen, dass bestehende Ethikkommissionen und –komitees vornehmlich rechtliche Fragen diskutieren. Das Recht stellt in diesem Zusammenhang das ethische Minimum dar.¹⁵⁶ Die Ethik wird durch ihren weiteren Anwendungsbereich als Auffangnetz der rechtlichen Lückenhaftigkeit angenommen.¹⁵⁷ Dieses Kapitel beschäftigt sich im Lichte der Forschungsfrage näher mit einem systematisch-philosophischen Denken in Hinblick auf die Suizidhilfethematik.

I. Der Begriff „Autonomie“ aus ethischer Perspektive

Autonomie kann je nach eingenommenem ethischem Blickwinkel eine ganz unterschiedliche Bedeutung innehaben. Der Kant'sche Autonomiegedanke z.B. widerspricht zunächst der wohl gängigsten gesellschaftlichen Assoziation von Autonomie und bedeutet gerade nicht, den eigenen Wünschen und Bedürfnissen nachzugehen.¹⁵⁸ Die strenge Orientierung an einem „Sittengesetz“ und die Rückstellung von persönlichen Vorlieben stellen nach *Kant* den größten Ausdruck menschlicher Freiheit dar.¹⁵⁹ Der Autonomiebegriff nach *Kant* orientiert sich stets am objektiv Guten, angelehnt an eine praktische Vernunft und vernachlässigt dabei die subjektive und individuelle Einstellung des einzelnen Menschen.¹⁶⁰

Vollkommen gegensätzlich zur Kant'schen Auffassung stellt sich die Tugendlehre nach *Aristoteles* zum Autonomiegedanken auf. Zwar sind auch hier schematische Verhaltensweisen

152 Vgl. *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 2.

153 *Ibid.*, 1.

154 Vgl. *Beckmann*, in: Bielefeldt et al. (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte am Lebensende, 27 (27).

155 *Kern*, in: Laufs et al. (Hrsg.) *ArztR-HdB* § 4 Rn. 1-12, Rn. 1, 4.

156 *Ibid.*, Rn. 1-12, Rn. 3, 4.

157 *Ibid.*, Rn. 1-12, Rn. 11.

158 Vgl. *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 33f.

159 *Ibid.*, 33.

160 *Ibid.*, 34.

und Abläufe anzutreffen, jedoch wird im Rahmen von medizinethischen Inhalten darauf hingewiesen, dass eine objektive schematische Betrachtung auf einer Ebene menschlich-individueller Belange diesen nicht gerecht werden kann.¹⁶¹ Autonomie bedeutet in diesem Sinne die Anerkennung und Respektierung der Einzigartigkeit jedes Menschen. Heruntergebrochen auf den Menschen als Patient im Zustand von Krankheit wird eine individuelle Wertschätzung des Menschen in seinem Krankheitserleben in den Mittelpunkt gerückt.¹⁶² Auch der hippokratische Eid knüpft an ein bestimmtes Verständnis von Autonomie an und versteht darunter eine „Selbstgesetzgebung“. Ursprünglich war diese Selbstgesetzgebung auf die eines Staates bezogen und stand damit eher in einem politischen Kontext.¹⁶³ Eine Übertragung von Autonomie im Sinne einer „Selbstgesetzgebung“ auf die Ebene des Individuums sei jedoch formal nicht korrekt. Durch eine wörtliche Herleitung des Terminus wird ersichtlich, dass unter Autonomie viel mehr eine „Selbstgesetzlichkeit“ zu verstehen ist.¹⁶⁴ Infolgedessen stellt sie keine Eigenschaft des Menschen dar, sondern viel mehr eine Eigentümlichkeit. Ein Mensch kann zeitlebens seine Autonomie weder erwerben noch verlieren.¹⁶⁵ Dieser Differenzierung kommt im Verlauf eine weitreichende Bedeutung zu. Wird Autonomie dementsgegen als Funktion von Selbstbestimmung interpretiert, würde ein autonomes Handeln von Fähigkeiten abhängig sein.¹⁶⁶ Folglich werden selbstständige, gesunde und starke Individuen eher als „autonom“ beschrieben als diejenigen, die auf den ersten Blick zunächst als abhängig und schwach erscheinen.¹⁶⁷ Andererseits ergäbe sich in Abhängigkeit der individuellen Fähigkeiten eines Individuums auch ein abgestuftes Zugeständnis an Spielraum praktizierbarer Autonomie. Das unter diesen Aspekten konstruierte Kontinuum von zugestandener Autonomie in Abhängigkeit zur Fähigkeit selbstständig zu handeln, führt letztendlich zu einem Versuch und weiterhin Verlangen der Gesellschaft, das entstandene Defizit durch Fürsorge auszugleichen.¹⁶⁸ Pauschal betrachtet vermögen Fürsorge und Schutz Bedürftiger keine verwerfliche Handlung sein, im Gegenteil hat sich der Staat durch die Verfassung einer Daseinsfürsorge verpflichtet. Jedoch ist es essentiell, im Kontext praktizierter Fürsorge immer die Gefahr einer potentiell möglichen Fremdbestimmung zu berücksichtigen.¹⁶⁹ Entsprechende Stellungnahme mit dem Titel „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ herausgegeben durch den nationalen Ethikrat lässt vermuten, dass autonomes und selbstbestimmtes Handeln hier vor allem in einem gesellschaftlichen Kontext betrachtet wird. Zwar wird auch von einem pauschalen Anspruch auf Selbstbestimmung gesprochen, dennoch fällt eine stetige Bezugnahme zu einer zur Fürsorge verpflichteten Gesellschaft auf.¹⁷⁰ Solidarität und Gemeinschaft werden als grundlegende Faktoren aufgezählt, die bei ihrem Fehlen zu einem Suizidentschluss führen können.¹⁷¹ Berücksichtigt werden muss jedoch, dass diese Stellungnahme im Jahr 2006 weit vor dem Urteil des BVerfG verfasst wurde. Autonomie als Verfasstheit jedes Individuums zu verstehen und von individuellen Fähigkeiten und Leistungen abzukoppeln, rückt die Diskussion in einen neuen Fokus. Die Untrennbarkeit von menschlicher Existenz und Autonomie könnte Klagen gegen Autonomiebeschneidung gegenstandslos machen.¹⁷² Die Differenzierung von Autonomie und Selbstbestimmung erlangt

161 *Ibid.*, 64.

162 *Ibid.*

163 *Ibid.*, 120.

164 Vgl. Beckmann, in: Bielefeldt et al. (Hrsg.), *Autonomie und Menschenrechte*, 27 (30).

165 *Ibid.*

166 *Ibid.*

167 *Ibid.*, 27 (29).

168 *Ibid.*, 27 (29f).

169 *Ibid.*, 27 (30).

170 Vgl. Nationaler Ethikrat, 18f.

171 *Ibid.*, 71f.

172 Vgl. Beckmann, in: Bielefeldt et al. (Hrsg.), *Autonomie und Menschenrechte*, 27 (33).

dabei eine Schlüsselrolle. Selbstbestimmung gehört im Gegensatz zur unabänderlichen Eigentümlichkeit der Autonomie zur Kategorie dessen, was aktiv getan werden kann und darf bzw. was unterlassen wird.¹⁷³ Selbstbestimmung im Sinne von Selbstgesetzgebung gilt als maßgeblich zur Umsetzung von Autonomie und damit zu ihrer Manifestation.¹⁷⁴ Durch die Tatsache, dass ein Recht jedoch nicht von seiner Inanspruchnahme abhängig sein kann, führt auch die Unfähigkeit oder Einschränkung von selbstbestimmten Handeln nicht zu einer minder manifestierten Autonomie des Einzelnen.¹⁷⁵

1. Autonomie im Kontext von Gesellschaft und Wandel

Die Bedeutungen von Autonomie und Selbstbestimmung haben sich durch den stetigen gesellschaftlichen Wandel verändert.¹⁷⁶ Menschliche Entscheidungen sind, obwohl sie dem Grunde nach selbstständig getroffen werden, auch immer abhängig von gesellschaftlichen und kulturellen Einflüssen.¹⁷⁷ Eine selbstbestimmte Entscheidung steht damit stets in Relation mit dem sozialen Umfeld. Im Rahmen der Mikroebene impliziert eine Selbstgesetzlichkeit des einzelnen Subjektes die Respektierung der Selbstgesetzlichkeit anderer Subjekte.¹⁷⁸ Autonomie als Schnittstelle schafft durch gegenseitige Anerkennung subjektiver Selbstgesetzlichkeit eine menschliche Gemeinschaftlichkeit und fungiert damit als Bindeglied zwischen Mikro- und Makroebene.¹⁷⁹

Jedoch zeichnet nicht nur das Miteinanderwirken von subjektiven Selbstgesetzlichkeiten eine funktionierende Gesellschaft aus, weiterhin wird diese durch Verfassungsrecht eingerahmt und mittels legitimer Organe im Rahmen ihrer Kompetenzen gesteuert und gefestigt. Vorgaben und Entscheidungen durch Regierung und Gesetzgebung könnten damit einen Einfluss auf ein selbstbestimmtes Handeln des Einzelnen haben.¹⁸⁰ Auch wenn aus ethischer Perspektive das Subjekt nicht seiner eigentümlichen Selbstgesetzlichkeit entledigt werden kann, so könnte eine Gesetzgebung auf gesellschaftlicher Ebene eine Auswirkung auf das selbstbestimmte Handeln haben. Anknüpfend an den thematischen Inhalt dieses Beitrages unterstrich das BVerfG mit seinem jüngsten Urteil im Februar, dass ein gesellschaftliches Wertebild nicht durch kompetenzüberschreitende Gesetzesinitiativen verzerrt werden darf.¹⁸¹ Eine Kriminalisierung von Sterbe- und Suizidhilfeangeboten stelle einen nicht gerechtfertigten Einfluss auf Möglichkeiten zur selbstbestimmten Entscheidung zum Suizid dar.¹⁸² Im Gegenzug muss nun auch die Wirkung dieses höchstgerichtlichen Urteils abgewartet werden. Ob und wie sich die Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB auf das gesellschaftliche Wertebild auswirkt, wird sich erst in der Zukunft zeigen. Abschließend muss berücksichtigt werden, dass heute wie damals pluralistische Interpretationen von Selbstbestimmung und Autonomie vorherrschend sind und sich gerade durch ein Recht auf selbstbestimmtes Handeln kein einheitlicher Konsens

173 *Ibid.*, 27 (35).

174 *Ibid.*, 27 (34).

175 *Ibid.*, 27 (35).

176 *Ibid.*, 27 (27).

177 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 235.

178 Vgl. Beckmann, in: Bielefeldt et al. (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte, 27 (32).

179 *Ibid.*

180 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 230.

181 *Ibid.*, Rn. 234.

182 Vgl. Muckel, JA 6 (2020), 473 (474).

herstellen lassen wird.¹⁸³

2. Selbstbestimmung und ihre Grenzen

Als Kernprinzip des menschlichen Seins ist die Autonomie vom Subjektsein des Menschen untrennbar. Dies lässt vermuten, dass dadurch auch eine Begrenzung von Autonomie problematisch sein könnte. Wird Autonomie jedoch als eine Art anthropologisches Prinzip verstanden und individuelle Selbstbestimmung als Recht des Einzelnen interpretiert, so impliziert sie selbst die eigene Begrenzung.¹⁸⁴ Wie zuvor klargestellt, muss Autonomie stets im Kontext mit kollektivem Anknüpfungsmoment betrachtet werden. Nach ethischem Verständnis steht Autonomie im Sinne einer Verfasstheit jedem Menschen unterschiedslos zu und kann erst durch Respektierung anderer Individuen realisiert werden.

Nur durch Selbstbeschränkung des Einzelnen kann eine volle Entfaltung des Rechts auf Selbstbestimmung für jedes Subjekt einer Gemeinschaft volle Wirkung entfalten.¹⁸⁵ Auch *Kant* war der Auffassung, dass Autonomie als Selbstbegrenzung verstanden werden muss. Das Recht auf Selbstbestimmung findet nach *Kant*'scher Ansicht zudem eine natürliche Grenze, die er als „Inkonsistenz des Wollens“ beschreibt. Demnach kann Autonomie nicht gleichzeitig gewollt und zerstört werden.¹⁸⁶ Transferiert auf die Frage, ob der Mensch ein Recht auf einen selbstbestimmten eigenen Tod haben kann, müsste nach dieser Ansicht verneint werden. Das Verbot der Selbsttötung damit zu begründen, dass sich der Mensch seiner Persönlichkeit entäußere und damit die Basis von Selbstbestimmung aufgegeben wird, wurde durch das BVerfG in Rn. 211 des Urteils über die Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB abschließend als nicht haltbar herausgestellt.

Bis heute konnte sich Autonomie als menschliches Prinzip und auch als Grundrecht der deutschen Verfassung etablieren.¹⁸⁷ Begrenzbar sei also die eigene Handlungsfreiheit durch die Tangierung Grundrechte Dritter. Weiterhin stehen einer traditionellen Freiheit zum Suizid Schranken der öffentlichen Sicherheit und Ordnung entgegen.¹⁸⁸ Aufzulösen sind Konflikte dieser Art mittels Grundrechtsprüfung unter Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Die freie Persönlichkeitsentfaltung auf Basis des Autonomieprinzips wird vor allem durch ein grundrechtlich verankertes Recht auf Selbstbestimmung realisierbar. Dieses stößt in der Praxis jedoch zusätzlich zu den bereits genannten Begrenzungsmechanismen auf weitere praktische Hindernisse. Fraglich ist, ob eine Umsetzung von tatsächlicher Selbstbestimmtheit im gesellschaftlich-sozialen Kontext überhaupt möglich ist.¹⁸⁹ Auch wenn aus ethischer Perspektive jedem Menschen ein gleiches Maß an Autonomie innewohnt, so zeigt der praktische Umgang entgegen der naturgemäßen Idee von Autonomie als Verfasstheit eines jeden Menschen doch eine Abstufung derselben in Abhängigkeit multipler Faktoren.¹⁹⁰ Diverse Einschränkungen sind einfachgesetzlich im BGB verankert, zu nennen sind z.B. das Kapitel der „Geschäftsfähigkeit“ §§ 104 ff BGB und Normen mit inhaltlicher Regelung zur rechtlichen Betreuung

183 Vgl. auch *Leisner*, Tod im Staatsrecht, 55f., 84f.

184 Vgl. *Beckmann*, in: Bielefeldt et al. (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte, 27 (32).

185 Vgl. *Maio*, Mittelpunkt Mensch Ethik, 32f.

186 *Ibid.*

187 Vgl. *Britz*, NVwZ 10 (2019), 672 (673).

188 Vgl. *Leisner*, Tod im Staatsrecht, 55f., 86.

189 Vgl. *Britz*, NVwZ 10 (2019), 672 (673f.).

190 Vgl. *Beckmann*, in: Bielefeldt et al. (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte, 27 (29f.).

gem. §§ 1896 ff BGB.¹⁹¹ Auch eine temporäre Einbuße von Autonomie über kurze oder lange Zeiträume ist denkbar, sei es der Mensch unter Narkose oder derjenige, der an einer andauernden psychischen Einschränkung leidet.¹⁹² Auffällig ist, dass die passive Sterbehilfe grundlegend durch das Patientenverfügungsgesetz rechtlich erlaubt wurde. Die Lücke zwischen einem selbstbestimmten Tod in der Zukunft und einem selbstbestimmten Tod im Jetzt wird jedoch durch diesen Beitrag nicht weiter diskutiert.

II. Ethik in Medizin und Psychiatrie

Die Medizin als angewandte Naturwissenschaft unterscheidet sich grundlegend von anderen Naturwissenschaften. Medizin nimmt unmittelbaren Einfluss auf menschliches Leben und macht damit eine ethische Reflektion über medizinisches Handeln notwendig.¹⁹³ Neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden müssen in ihrer Anwendung am Patienten nicht immer sinnvoll oder gar moralisch sein. Konflikte können sich ebenso auftun, sollte ein Patient einen Eingriff verlangen, welcher medizinisch nicht indiziert ist. Durch eine ethische Betrachtung soll hinterfragt werden, ob gewählte medizinische Handlungen vertretbar sind. Dabei darf ein Rückgriff auf Instrumente der Ethik nicht als abschließende Klärung von Grundsatzfragen zur menschlichen Existenz verstanden werden, sondern lediglich der kritisch-moralischen Analyse von Handlungsoptionen dienend.¹⁹⁴ Medizinethik kann dem Grunde nach als Gewaltenteilung verstanden werden, deren Aufgabe es ist zwischen Autonomie des Patienten, des Arztes und den Ansprüchen der Gesellschaft zu vermitteln.¹⁹⁵ Ein vermehrter Fokus auf das medizinisch Mögliche und den technischen Fortschritt könnte die Auffassung verzerren, was wirklich vom Menschen gewollt wird.¹⁹⁶ Eine in diesem Sinne als „gut“ bezeichnete Medizin sei stets eine Verknüpfung der praktischen Wissenschaft mit der Hinterfragung was wichtig und heilsam für den Menschen ist.¹⁹⁷ Besonders in Grenzsituationen des menschlichen Lebens ist die Medizin auf eine ethische Betrachtung angewiesen. Die Integration von ethischen Überlegungen in medizinisches Handeln soll der Gesellschaft zu einem besseren Umgang mit „Lebensproblemen“ verhelfen oder zumindest dazu beitragen.¹⁹⁸ Folgend werden Besonderheiten im Psychiatriebereich herausgearbeitet und die Aspekte von Autonomie und Freiheit im Kontext psychiatrischer Erkrankungen erörtert. Auch auf das Tatbestandsmerkmal der Urteilsfähigkeit wird im Verlauf eingegangen.

191 Siehe auch: Nationaler Ethikrat, 18.

192 Vgl. *Beckmann*, in: Bielefeldt et al. (Hrsg.) *Autonomie und Menschenrechte*, 27 (29).

193 Vgl. *Maio*, *Mittelpunkt Mensch Ethik*, 3f.

194 Vgl. *Beckmann*, in: Bielefeldt et al. (Hrsg.), *Autonomie und Menschenrechte*, 27 (27).

195 Vgl. *Mehling*, *Ärztlich assistierter Suizid – Ein Widerspruch zum ärztlichen Ethos?*, 45.

196 Vgl. *Maio*, *Mittelpunkt Mensch Ethik*, 4f.

197 *Ibid.*, 4.

198 *Ibid.*

1. Urteilsfähigkeit, Authentizität und das Konzept der Freiheit

Handlungen und Entscheidungen müssen insofern differenziert werden, als dass klar wird, ob sie in Freiheit oder in Abhängigkeit ausgeführt bzw. getroffen wurden. Freiheit definiert sich durch das Vermögen, sich selbst mit seiner Umwelt in Beziehung zu setzen und innerhalb eines Spielraumes aus verschiedenen Möglichkeiten zu wählen. Das betroffene Individuum muss also imstande sein, verschiedene Perspektiven zur Entscheidungsfindung einnehmen und bewerten zu können.¹⁹⁹ Die Befähigung eine Situation zu bewerten wird grundsätzlich durch Aufgeklärtheit impliziert.²⁰⁰ Gemeinhin werden Entscheidungsprozesse als frei angesehen, wenn sie unabhängig von inneren und äußeren Zwängen sind.²⁰¹ Die Urteilsfähigkeit als eine Art Kompetenz des Individuums meint diejenige Fähigkeit, relevante Informationen für eine Entscheidungsfindung aufzunehmen und zu verarbeiten.²⁰² Zur Feststellung, ob eine Person als urteilsfähig gilt, müssen die Rahmenbedingungen der jeweiligen Entscheidung und die individuelle Persönlichkeit des Betroffenen mitberücksichtigt werden. Urteilsfähigkeit bewegt sich in Abstufungen auf einem Kontinuum zwischen den Polen „urteilsfähig“ und „nicht urteilsfähig“. In verschiedenen Konstellationen und Situationen kann dieselbe Person folgend ein unterschiedliches Maß an Urteilsfähigkeit besitzen.²⁰³ Als weiteres entscheidendes Kriterium ist die Wohlüberlegtheit oder auch „Authentizität“ einer Entscheidung aufzuführen. Die Feststellung, ob eine Person ihrer Persönlichkeit nach authentisch handelt, ist regelmäßig von äußeren Einflüssen tangiert und sollte auch hinsichtlich Paternalismus und Bevormundung kritisch beleuchtet werden.²⁰⁴ Die Hinterfragung authentischer Nachvollziehbarkeit kann im Falle einer psychischen Störung auch auf innere Zwänge hinweisen. Um im Bereich der psychiatrischen Medizin klären zu können, ob ein autonomes Handeln vorliegt, muss sich im Folgenden an diesen Eckpunkten orientiert werden.

2. Die Autonomiefrage im psychiatrischen Kontext

Pauschal von psychischen Krankheiten zu sprechen wird für die Thematik dieses Beitrages wenig zielführend sein. Jedes psychiatrische Krankheitsbild unterscheidet sich, selbst innerhalb einer Diagnose können die Ausprägungen und Symptomatiken durchaus unterschiedlich sein. Die individuelle Vulnerabilität spielt hier, wie auch in der somatischen Medizin eine weitreichende Rolle. Unter somatischen Erkrankungen werden alle Zustände von Krankheit, welche sich auf körperliche Ursachen zurückführen lassen und nicht primär den psychischen Krankheiten zuzurechnen sind, verstanden. Generell muss zwischen Achtung der Patientenautonomie und Respektierung des Patientenwunsches differenziert werden.²⁰⁵

Im psychiatrischen Bereich ist diese Grenzziehung aufgrund verzerrierter oder veränderter Wirklichkeitswahrnehmung des Betroffenen besonders sensibel zu handhaben. Kernpunkt der

199 Vgl. Hoff, in: Stompe/Schanda (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit in Recht, Psychiatrie und Neurowissenschaften, 113 (125).

200 Vgl. Vollmann, Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit, 56ff.

201 Vgl. Singer, in Stompe/ Schanda (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit, 15 (17).

202 Vgl. Maio, Mittelpunkt Mensch Ethik, 143.

203 *Ibid.*, 145f.

204 *Ibid.*, 148.

205 *Ibid.*, 185f.

Betrachtung stellt dabei die Feststellung der Urteilsfähigkeit des Menschen dar. Eine fehlende Urteilsfähigkeit führt dabei jedoch nicht zu einer reflexartigen Übernahme der Entscheidungsmacht.²⁰⁶

Verschiedene Ansätze des Verständnisses von psychiatrischen Erkrankungen und deren Wechselwirkungen mit somatischen Beschwerden müssen als Grundlage einer solch spezifischen Diskussion unbedingt beachtet werden. Synergieeffekte zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden werden vor allem durch das biopsychosoziale Krankheitsmodell aufgezeigt.²⁰⁷ So treten z.B. psychische Störungen oft zusammen mit chronisch verlaufenden körperlichen Erkrankungen auf. Vor allem das Risiko durch ein schweres körperliches Leiden an einer Depression zu erkranken ist sehr hoch.²⁰⁸ Die Frage, inwiefern mit den Termini „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ im Bereich der Psychiatrie umgegangen wird, ist abhängig vom generellen Definitionsansatz und der Sichtweise auf die Psychiatrie selbst. Dieses sich gegenseitig bedingende Konstrukt lässt sich durch diesen Beitrag nicht vollständig abbilden. Seit Beginn der Erforschung psychischer Erkrankungen heben sich quantitativ-neurobiologische, qualitativ-heuristische und aus sozialwissenschaftlicher Perspektive betrachtete Ansätze heraus.²⁰⁹

Grundsätzlich werden drei wesentliche Zugangsweisen zum Begriff der psychischen Krankheit beschrieben, die jeweils unterschiedliche Antworten auf die Autonomiefrage hervorbringen.²¹⁰ Folgend werden diese kurz vorgestellt, um in der folgenden Diskussion über Suizidhilfe für Menschen mit psychischer Erkrankung darauf aufzubauen.

a) *Autonomie im Kontext der Realdefinition*

Durch eine realdefinitorische Betrachtungsweise psychischer Erkrankungen wird vornehmlich auf real existierende, abbildbare Gegebenheiten Fokus genommen. Psychische Erkrankungen sind durch objektivierbare und quantifizierbare Begriffe leicht in naturwissenschaftliche Rahmenbedingungen zu integrieren.²¹¹ Durch diesen deskriptiven Ansatz lässt sich einer Diskriminierung gegenüber somatischen Krankheiten entgegenwirken.²¹²

Psychische und körperliche Erkrankungen gehen beide gleichermaßen auf eine organisch-objektivierbare Ätiologie zurück. Die neurowissenschaftliche Herangehensweise birgt jedoch das Risiko, die Subjektivität des Betroffenen in den Hintergrund zu schieben. Durch eine grundlegend identifizierbare körperliche Erkrankung (vornehmlich des Gehirns) kann das subjektive Erleben des Betroffenen als Symptom seines Leidens angesehen werden.²¹³ Durch das Hervorheben der objektiven Ebene tritt die subjektive Ebene des Betroffenen so weit in den Hintergrund, als dass sie lediglich als „ergänzende Information“ betrachtet wird.²¹⁴ Es wird argumentiert, dass durch eine strikte Auslegung dieses Krankheitsmodelles sich Autonomie und Selbstbestimmung als Illusion aus den krankheitsbedingten neurobiologischen Vorgängen herausbilden.²¹⁵ Ein solch eng strukturiertes Krankheitsmodell lässt jedoch zunächst keine

206 *Ibid.*, 186.

207 Vgl. DGPPN, 2018, 19.

208 *Ibid.*

209 Vgl. Hoff, in Stompe/Schanda (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit, 113 (117).

210 Vgl. Hoff, in Hoff/Rössler (Hrsg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, 7 (11).

211 Vgl. Hoff, in Stompe/Schanda (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit, 113 (119).

212 Vgl. Hoff, in Hoff/Rössler (Hrsg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, 7 (12f.).

213 *Ibid.*, 7 (13).

214 *Ibid.*, 7 (13).

215 Vgl. Hoff, in Stompe/Schanda (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit, 113 (119).

Fragen nach freier Willensentscheidung, Verantwortlichkeit und personaler Autonomie zu.²¹⁶

b) Autonomie im Kontext der biographischen Definition

Einen im Vergleich zur vorangegangenen Realdefinition ganz gegensätzlicher Ansatz stellt die biographische Definition einer psychischen Erkrankung dar. Dieses psychiatrische Krankheitsverständnis basiert in erster Linie auf individuellen Reaktions- und Lebensformen und stellt damit das Subjekt in den Mittelpunkt. Seelische Störungen werden als komplexe Fehlentwicklungen verstanden, die zu einer Grenzverschwimmung zwischen Betroffenen und Krankheit führen. „Der Patient *hat* eben keine Krankheit, er *ist* krank.“²¹⁷ Eine aufgrund der individuellen Lebensgeschichte verstehend-nachvollziehbare Genese psychischer Störungen eröffnet eine weitere Sichtweise auf die Autonomiefrage. Im romantischen Zeitalter wurde Erkrankten in diesem Kontext ein individuelles Scheitern des nach gesellschaftlich-normativen Maßstäben definierten Lebensentwurfes vorgeworfen und ein autonomes Handeln als verstärkte Zuweisung einer individuellen Verantwortlichkeit verstanden.²¹⁸ Heute wird durch diesen Definitionsansatz eher der Fokus auf den Verstehensprozess gerichtet und faktisch vollzogene Handlungen unter Berücksichtigung von biographischen Hintergründen betrachtet.²¹⁹ Prinzipiell kommt es auch bei schwerer Störung niemals zu einer entscheidenden Einbuße von Autonomie, der psychisch Kranke gilt weiterhin als autonomes Subjekt.²²⁰ Kernpunkte dieses Ansatzes sind also zusammenfassend die Nachvollziehbarkeit des Handelns und deren Verstehbarkeit vor dem Hintergrund individueller Lebensumstände.

c) Autonomie im Kontext der Nominaldefinition

Eine Betrachtungsweise hinsichtlich der Nominaldefinition psychischer Erkrankungen zeigt den heute zumeist gängigen Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Instrumente für eine Kategorisierung sind zum einen der ICD 10²²¹ und andererseits der DSM-V.²²² Aktiv durch Expertengremien konstruierte Begriffe treffen auf empirische Befunde, die im Ergebnis nicht nur aufgrund einer Aufsummierung der einzelnen operationalisierten Kriterien zu einer Diagnose führen.²²³ Grundsätzlich soll durch festgelegte Konventionen ein wissenschaftlich sinnvoller Rahmen kreiert werden, um Sachverhalte auf dem Gebiet der Psychiatrie überprüfbar zu machen.²²⁴ Im Fokus steht hier im Vergleich zur Realdefinition nicht, was genau eine bestimmte Krankheit ist, sondern inwiefern von ihr durch Auftreten bestimmter Krankheits- und Symptommuster gesprochen werden kann.²²⁵ Trotzdem wird, wie auch in Bezug zur Realdefinition, eine Vermittlung zwischen operationalisierter Diagnostik und anthropologischen Grundannahmen problematisch. Deskriptive Diagnostik zu nutzen, um ein ganzheitliches Bild des

216 Vgl. Hoff, in Hoff/Rössler (Hrsg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, 7 (14).

217 *Ibid.*, 7 (19).

218 *Ibid.*

219 Siehe Hoff, in Stompe/Schanda (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit, 113 (119).

220 Vgl. Hoff, in Hoff/Rössler (Hrsg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, 7 (20).

221 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, herausgegeben durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Aktuelle international gültige 10. Ausgabe, 2019.

222 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, herausgegeben durch die Amerikanische psychiatrische Gesellschaft (APA), aktuelle 5. Auflage, 2013.

223 Vgl. Hoff, in Stompe/Schanda (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit, 113 (119).

224 Vgl. Hoff, in Hoff/Rössler (Hrsg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, 7 (15).

225 *Ibid.*, 7 (16).

Betroffenen herzustellen, liefe auf ein „operationalisiertes Menschenbild“ hinaus und kann damit auf die Autonomiefrage keine abschließende Antwort bringen.²²⁶

d) Der Rahmen der Psychopathologie und Ausblick

Durch die Betrachtung der psychiatrischen Krankheitsmodelle wird schnell ersichtlich, dass die Autonomiefrage keinesfalls durch das Heranziehen von nur einer Ebene beantwortet werden darf. Die „missbräuchliche Verkürzung“ im Sinne einer Reduktion des psychiatrischen Wissens führt durch eine vorschnelle Vereinfachung meist zu einer ungünstigen Auswirkung auf die Autonomie des Betroffenen.²²⁷ Notwendigerweise bezieht sich psychiatrisches Wissen auf drei Ebenen. Psychopathologische, biologische und soziale Kernpunkte fügen sich zu einem ganzheitlichen Bild zusammen, welches am ehesten geeignet ist, der Autonomiefrage auf den Grund zu gehen.²²⁸ Doch auch durch den Mehrebenenansatz scheint eine zufriedenstellende Auflösung zur Frage nach Autonomie nicht vollumfänglich ermöglicht. Psychiatrie bedingt in sich Spannungen zwischen theoretischen und praktischen Polen, welche ihr als inhärent und unabweisbar zugesprochen werden.²²⁹ Als eigenständig begründete Wissenschaft soll Psychopathologie die Kluft zwischen den vorangegangenen wissenschaftstheoretischen Ansätzen verkleinern.²³⁰ Als autologische Wissenschaft ist sie eng zusammenhängend mit der individuellen Persönlichkeit und Autonomie des Betroffenen. Besonders hervorgehoben sei hier die zentrale Rolle des Bewusstseins, welches als weitgehend von der psychischen Verfassung unabhängige Befindlichkeit, als notwendiges Bewusstsein der Person über ihrer selbst, definiert ist.²³¹ An dieser Stelle lässt sich vermuten, dass ein Bewusstsein in diesem Sinne parallel zur individuellen Vulnerabilität verstanden werden darf, welcher nicht nur im psychiatrischen Bereich hohe Relevanz zukommt. Der Ansatz der Psychopathologie führt ebenso zum Ergebnis, dass personale Autonomie vom Menschen untrennbar ist, die Selbstbestimmung wohl aber durch körperliche und/oder psychische Erkrankung stark beeinträchtigt sein kann.²³² Als methodischer Zugang soll Psychopathologie der betroffenen Person ihre „adäquate Selbstständigkeit“ belassen, aber auch biologische, soziale und psychologische Dimensionen mit aufgreifen.²³³

3. Suizidhilfe und psychische Erkrankung

Durch das Heranziehen der Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie bleibt jedoch weiterhin die Frage offen, inwieweit sich feststellen lassen kann, wie eine „adäquate Selbstständigkeit“ definiert sein soll. Der Begriff „adäquat“ ist ähnlich unbestimmt und deutet auf eine strikte Einzelfallwürdigung hin. Grundsätzlich kann psychisch Erkrankten weder ihre personale Autonomie aberkannt noch pauschal durch ihre Erkrankung jegliche Selbstbestimmtheit verwehrt werden. Dennoch impliziert und erfordert eine potentielle

226 *Ibid.*, 7 (18).

227 *Ibid.*, 7 (23).

228 *Ibid.*

229 Vgl. Hoff, in Stompe/Schanda (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit, 113 (120).

230 *Ibid.*, 113 (121).

231 *Ibid.*, 113 (123).

232 *Ibid.*, 113 (126).

233 *Ibid.*, 113 (124).

Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit eine sensible und präzise Überprüfung dieser, um das Individuum im Sinne eines möglicherweise gerechtfertigten Paternalismus vor sich selbst zu schützen.²³⁴

*„Ein Suizidentschluss geht auf einen autonom gebildeten, freien Willen zurück, wenn der Einzelne seine Entscheidung auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider trifft.“*²³⁵

Der autonome und frei gebildete Wille scheint Mittelpunkt der grundlegenden Diskussion zu sein. Durch die vorangegangene ethisch-rechtliche Beleuchtung der Besonderheiten im psychiatrischen Themenbereich kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass ein Vorhandensein psychischer Krankheit reflexartig zum Ausschluss von Urteilsfähigkeit und Authentizität führt. Die Fähigkeit, einen freien Suizidentschluss basierend auf einem freien und unbeeinflussten Willen zu bilden, setzt nach Erörterung des BVerfG voraus, dass zumindest keine akute psychische Störung zugegen ist.²³⁶ Neben Authentizität, Aufgeklärtheit und angemessener Urteilsfähigkeit werden durch das BVerfG noch weitere relevante Kriterien aufgeführt.²³⁷ Der Wille, sein Leben zu beenden, muss außerdem von einer gewissen „inneren Festigkeit“ und „Dauerhaftigkeit“ geprägt sein. Die „innere Festigkeit“ entfließt dem Tatbestandsmerkmal des authentischen Handelns, wobei die individuelle Persönlichkeit und Biographie entscheidend mitberücksichtigt werden müssen. Ein konsistenter Suizidwunsch muss eine bestimmte Dauerhaftigkeit vorweisen, weswegen eine Wartezeit als essentiell erscheint. Sachkundige Dritte vertreten die Meinung, dass nur durch einen immer wiederkehrenden, ernsthaft und authentisch geäußerten Suizidwillen die notwendige Ernsthaftigkeit ermittelt werden kann.²³⁸ Suizidalität darf in diesem Zusammenhang nicht mit einem ernsthaften Suizidwunsch verwechselt werden.²³⁹ Suizidalität gilt als Symptom diverser psychiatrischer Krankheitsbilder und erfüllt in der Regel nicht die Anforderungen eines selbstbestimmten und ernsthaften Suizidentschlusses.²⁴⁰ Durch Würdigung des Einzelfalles mit Hauptaugenmerk auf vorangegangene Kriterien wird unterstellt, dass eine psychische Erkrankung die Inanspruchnahme eines begleiteten Suizides theoretisch nicht ausschließen darf. Auch wenn das Vorliegen einer akuten psychischen Erkrankung bzw. das Durchleben einer akuten Phase einer solchen laut BVerfG als ausschließende Tatbestandsmerkmale gelten, so weist das Gericht doch darauf hin, dass selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck von personaler Freiheit nicht durch fremddefinierte Situationen zu beschränken ist. Das Recht zur Verfügung über das eigene Leben stehe damit jeder Person zu, unabhängig vom Vorhandensein schwerer und unheilbarer Krankheit.²⁴¹ Jegliche Verkürzung des Schutzbereiches führe zu einer Ungleichbehandlung, welche mit dem Freiheitsgedanken des GG durch das BVerfG als unvereinbar angesehen wird.

234 Vgl. Möller, Paternalismus und Persönlichkeitsrecht, 133f.

235 BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 240.

236 *Ibid.*, Rn. 241.

237 *Ibid.*, Rn. 244.

238 *Ibid.*, Rn. 244f.

239 Vgl. Schöpf, Psychiatrie für die Praxis, 21.

240 Vgl. Bosshard, in Borasio et al. (Hrsg.) Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft, 29 (32).

241 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 210.

„Dieses Recht besteht in jeder Phase menschlicher Existenz. Die Entscheidung des Einzelnen, dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.“²⁴²

D. Suizidhilfe in Deutschlands Nachbarländern

Die Mehrheit der europäischen Staaten hat die Beihilfe zum Suizid als Straftatbestand unter Strafe gestellt.²⁴³ Im letzten Abschnitt dieses Beitrages wird der liberale Umgang mit Suizidhilfe insbesondere in der Schweiz und in den Niederlanden dargestellt, um eventuelle Handlungs- und Orientierungsoptionen für Deutschland ableiten zu können. Auch Belgien verfolgt bzgl. dieser Thematik einen liberalen Ansatz, auf welchen aus Praktikabilitätsgründen nicht weiter eingegangen wird.

I. Situation und Entwicklung in der Schweiz

Im Jahr 2014 wurden in der Schweiz 742 Fälle von assistiertem Suizid registriert. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Fallzahl um 26 % an, während seit dem Jahr 2008 ein kontinuierlicher Anstieg von begleiteten Suiziden zu beobachten ist.²⁴⁴

Art. 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches ist ähnlich dem ehemaligen § 217 StGB formuliert und pönalisiert die Hilfe und Verleitung zu einem Selbstmord aus selbstsüchtigen Beweggründen. Diese Regelung besteht in der Schweiz seit fast 100 Jahren.²⁴⁵ Schweizerische Sterbehilfeorganisationen genießen trotz restriktiver gesetzlicher Regulierung durch die Bevölkerung einen starken Rückhalt, weswegen in der Praxis eine vermehrte Zulassung von Suizidbegleitungen erkennbar ist.²⁴⁶ Selbstsüchtige Beweggründe liegen demnach vor, wenn der Täter einen persönlichen und materiellen Vorteil für sich selbst anstrebt.²⁴⁷ Leistungen und Gebühren, welche an schweizerische Sterbehilfeorganisationen zu entrichten sind, erfüllen den Tatbestand nach regelmäßiger Rechtsprechung jedoch insoweit nicht, als dass durch diese lediglich die administrativen und laufenden Kosten der Vereinsarbeit gedeckt werden sollen.²⁴⁸ Dabei obliegt der Ärzteschaft eine faktisch wichtige Kontrollfunktion, wobei die generelle Leistung der Suizidhilfe nicht ausschließlich Ärzten vorbehalten ist.²⁴⁹ Seit der Entscheidung des schweizerischen Bundesgerichts im Jahr 2006 über eine zwingende Verschreibungspflicht der letalen Medikamente durch einen Arzt, soll einem potentiellen Missbrauch entgegengewirkt werden. Außerdem wird sichergestellt, dass ärztliche Berufs- und Sorgfaltspflichten berücksichtigt und entsprechende Aufklärungsgespräche, Indikationsstellungen und

²⁴² *Ibid.*

²⁴³ *Ibid.*, Rn. 26.

²⁴⁴ Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Statistik, 2016. Todesursachenstatistik 2014, 1.

²⁴⁵ Vgl. *Bosshard*, in Borasio et al. (Hrsg.), *Assistierter Suizid*, 29 (29).

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 27.

²⁴⁸ *Ibid.*

²⁴⁹ *Ibid.*

die Ausschöpfung von Behandlungsmaßnahmen vor einem tatsächlichen assistierten Suizid stattfinden.²⁵⁰ Die Schweiz verfügt im Gegensatz zu den Beneluxländern über kein eigenes Sterbehilfegesetz. In den Jahren 2011/12 beschloss Parlament und Bundesrat der Schweiz auch weiterhin die organisierte Suizidhilfe gesetzlich ungeregelt zu belassen. Bestehende Regulierungen seien im Stande, Missbräuche zu verhüten.²⁵¹ Es lässt sich vermuten, dass vorwiegend kulturelle, soziale und historische Gründe und nicht primär juristische Aspekte zu einer tiefen gesellschaftlichen Verwurzelung dieser sensiblen Thematik führten.²⁵² Die schweizerische Gesellschaft scheint dem Thema Tod und Sterben auf einer anderen Weise zu begegnen, als Deutschland es bisher tat. Auffällig ist auch die Positionierung der Ärzteschaft. Pauschal ist eine Suizidbegleitung zwar gegenläufig dem ärztlichen Ethos, jedoch wird dem einzelnen Arzt ein persönlicher Gewissens- und Entscheidungsspielraum zugestanden. Handelt der Arzt nach den geltenden Maßstäben der ärztlichen Sorgfaltspflicht, ist eine Suizidbegleitung nicht strafbar und zu tolerieren. Auch die Rechtsprechung unterstützt die vermehrte Einschätzungsprärogative und Kompetenz des Arztes.²⁵³

2006 nahm das schweizerische Bundesgericht die Minimalanforderungen an eine Suizidassistenz in seine Argumentationslinie auf, nach welcher neben einer Prüfung der Urteilsfähigkeit auch eine „nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommene Untersuchung und Diagnosestellung“ erforderlich war.²⁵⁴ Die drei wichtigsten Sterbehilfeorganisationen der Schweiz sind *Exit Deutsche Schweiz*, *Exit A.D.M.D.* und *Dignitas*. Die Organisationen haben die Begleitung eines Suizides an unterschiedliche Bedingungen geknüpft. Kernpunkte aller drei Organisationen sind jedoch gleichermaßen das Vorhandensein unerträglichen Leids, unheilbare Erkrankung oder Behinderung und allgemein unzumutbare Lebensumstände.²⁵⁵ *Dignitas* bietet im Gegensatz zu *Exit* auch eine Freitodbegleitung für Personen mit Wohnsitz außerhalb der Schweiz an - dieses Phänomen wird als Sterbetourismus bezeichnet und auch deutsche Staatsbürger nutzen den für sie letzten Ausweg in die Schweiz.²⁵⁶ Das schweizerische Bundesgericht nahm 2006 ebenso Stellung zur Suizidbegleitung psychisch Erkrankter. Demnach kommt es zur Auffassung, dass die Möglichkeit zum begleiteten Suizid für psychisch Erkrankte zwar nicht pauschal ausgeschlossen sein kann, aber dennoch besondere Anforderungen gelten müssen. Differenziert werden müsse zum einen zwischen dem ernsthaft geäußerten und wohlüberlegten Sterbewunsch und demjenigen, der als Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung zu werten ist.²⁵⁷ Grundsätzlich könne auch ein Mensch mit psychiatrischer Vorerkrankung nach entsprechender Prüfung seiner Urteilsfähigkeit legal einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen.²⁵⁸ Die Beurteilung mittels eines psychiatrischen Gutachtens ist dabei essentiell.

Dignitas wies in einem seiner Tätigkeitsberichte auf ein Phänomen hin, wonach die bloße Möglichkeit, Suizidhilfe in Anspruch nehmen zu können, bereits dazu führte, dass die betreffende Person zunächst diese gerade nicht in Anspruch nahm. Allein das Wissen um einen verfügbaren „Notausgang“ schien den Erkrankten ihre Lebenssituation unbeschwerter wahrnehmen zu lassen und sich letztendlich für einen natürlichen Tod entscheiden.²⁵⁹ Aktive Ster-

250 *Ibid.*, Rn. 27.

251 Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Statistik, 2016. Todesursachenstatistik 2014, 3.

252 Vgl. *Bosshard*, in Borasio et al. (Hrsg.), *Assistierter Suizid*, 29 (29).

253 *Ibid.*, 29 (31).

254 *Bosshard*, in Borasio et al. (Hrsg.), *Assistierter Suizid*, 29 (31).

255 Vgl. *Bosshard*, in Borasio et al. (Hrsg.), *Assistierter Suizid*, 29 (30).

256 *Ibid.*, 29 (31, 35).

257 Vgl. *Schöpf*, *Psychiatrie für die Praxis*, 21.

258 Vgl. *Bosshard*, in Borasio et al. (Hrsg.), *Assistierter Suizid*, 29 (32).

259 Vgl. *Kusch*, *NStZ* 8 (2007), 436 (441).

behilfe i.S.d. Tötung auf Verlangen ist gem. Art. 114 Schweizerisches StGB genauso wie in Deutschland verboten. 2001 wurde die parlamentarische Initiative zur Einführung eines Modells zur aktiven Sterbehilfe durch den Nationalrat abgelehnt.²⁶⁰

II. Situation und Entwicklung in den Niederlanden

Im Jahr 2018 verzeichnete die niederländische Euthanasie Kommission 6.126 Fälle von Sterbehilfe, wonach die Fallzahlen seit Jahren erstmalig rückläufig waren. Todesfälle durch Sterbehilfe entsprachen 2018 anteilig 4,0 % aller Todesfälle in den Niederlanden, während es 2017 noch 4,4 % waren.²⁶¹ Gleichzeitig sank die absolute Todesfallzahl; kausale Zusammenhänge sollen im Jahr 2020 durch entsprechende Untersuchungen der niederländischen Ministerien beleuchtet werden.

Grundsätzlich sind sowohl die Tötung auf Verlangen als auch der assistierte Suizid in den Niederlanden unter Strafe gestellt.²⁶² Im Jahr 2002 wurde ein spezielles Sterbehilfegesetz beschlossen, welches der Ärzteschaft einen besonderen Strafausschließungstatbestand einräumte.²⁶³ Damit waren die Niederlande das erste Land der Erde, welches Sterbehilfe gesetzlich regulierte.²⁶⁴ So machte sich ein Arzt bei einer Suizidbegleitung nicht strafbar, wenn dabei bestimmte Sorgfaltskriterien eingehalten wurden.²⁶⁵ Es obliegt der Gewissensfreiheit des Arztes, ob dieser Sterbehilfe leistet. Jedem Arzt steht unterschiedslos und unabhängig seiner Fachrichtung zu, Menschen innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen beim Suizid zu begleiten.²⁶⁶ Die Leistung der Sterbehilfe ist vor allem an die niederländische Bevölkerung adressiert und für Ausländer an besondere Bedingungen geknüpft. So müssen Hilfesuchende fließend Niederländisch sprechen können, einen dauerhaften Wohnsitz in den Niederlanden haben und über eine niederländische Krankenversicherung verfügen.²⁶⁷ Der Art von Sterbetourismus, wie er zum Teil in der Schweiz zugegen ist, wird dadurch entgegengewirkt.

Durch den Sterbehilfekodex²⁶⁸ wurden durch die Euthanasie-Kommission Richt- und Leitlinien festgesetzt, an welchen sich ein ordnungsgemäßes Verfahren orientieren muss.²⁶⁹ Zudem muss jeder Fall von praktizierter Sterbehilfe an die Euthanasie Kommission gemeldet werden. Diese überprüft die Fälle auf eine rechtmäßige Durchführung und die Einhaltung der Sorgfaltskriterien.²⁷⁰ Auffallend ist, dass neben einem assistierten Suizid auch die aktive Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen für Ärzte straflos bleibt. In über 95 % der gemeldeten Fälle wurde eine Lebensbeendigung auf Verlangen durchgeführt, während nur 3,4 % der Fälle einen assistierten Suizid ausmachten.²⁷¹ Neben körperlichen Erkrankungen und kumulierenden Altersbeschwerden wurden auch Lebensbeendigungen aufgrund von

260 Vgl. *Bosshard*, in Borasio et al. (Hrsg.), *Assistierter Suizid*, 29 (33).

261 Vgl. RTE, 2019. Jahresbericht 2018, 11.

262 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 28.

263 Vgl. *Janssen*, ZRP 4 (2001), 179 (180f).

264 *Ibid.*

265 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 28.

266 Vgl. RTE, 2019. Jahresbericht 2018, 5, 17.

267 S.i.E. <https://expertisecentrum euthanasie.nl/en/> (letzter Zugriff am 19.08.2020).

268 Vgl. RTE, 2019. Jahresbericht 2018, 5, 26 siehe auch RTE, *Euthanasie Code 2018*.

269 Vgl. *Janssen*, ZRP 4 (2001), 179 (180).

270 Vgl. RTE, 2019. Jahresbericht 2018, 26.

271 *Ibid.*, 13.

psychiatrischen Erkrankungen und Demenz durchgeführt.²⁷²

Ein wegweisendes Urteil für eine weitere Liberalisierung von Sterbehilfe wurde jüngst im April 2020 in Den Haag verkündet.²⁷³ Im Jahr 2016 hatte eine Ärztin bei einer schwer demenzerkrankten Frau, entgegen ihrerseits geäußerten lebensbejahenden Signale, aktive Sterbehilfe geleistet. Zwar hatte diese im Vorhinein schriftlich erklärt, dass sie im Falle eines unerträglichen Leidenszustandes bedingt durch ihre Demenz nicht mehr Leben wolle, zum Zeitpunkt der Sterbehilfeleistung jedoch nicht mehr ansprechbar war.²⁷⁴ Die Ärztin wurde vom Vorwurf des Mordes freigesprochen. Die Richter betonten in ihrem Urteil, dass eine Tötung auf Verlangen nur zulässig sein kann, soweit die grundlegenden Sorgfaltskriterien erfüllt sind.²⁷⁵ Dabei stehe jedoch nicht nur das körperliche Leiden im Vordergrund, weiterhin müssen auch Indizien hinsichtlich eines unerträglichen Leidens abgekoppelt von somatischer Symptomatik berücksichtigt werden.

Das Befinden in terminaler Lebensphase ist keine Grundvoraussetzung für eine Inanspruchnahme von Sterbebegleitung. Hauptaugenmerk liegt auch hier auf subjektiver Vulnerabilität des Betroffenen, ein für ihn unerträgliches Leiden und eine nicht anders annehmbare Lösung.²⁷⁶ 2018 wurde durch die *Niederländische Vereinigung für Psychiatrie* (NVvP) eine Richtlinie erlassen, nach welcher sich Suizidbegleitungen für Psychiatriepatienten zu richten haben. So ist zusätzlich zu einem weiteren zu konsultierendem Arzt auch ein psychiatrisches Gutachten essentiell.²⁷⁷ So entschied die Euthanasiekommission im Jahr 2018 über einen wohl sehr kontrovers diskutierbaren Sterbehilfefall. Der hilfeschuchende Mann im Alter zwischen 50-60 Jahren begründete sein unerträgliches Leiden durch anhaltende depressive Zustände, soziale Isolation und Angststörungen. Psychiatrische Gutachten belegten ihm eine aussichtslose Lage ohne Chancen auf nachhaltige Verbesserung seines Zustandes. Seine Krankengeschichte reichte bis in die Jugend, wo der Mann bereits die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielt. Konsistent hatte er den Sterbewunsch geäußert und selbst auch diverse Suizidversuche hinter sich. Durch EKT Behandlungen litt er zudem an einer Hirnschädigung. Psychiatrische Gutachten und unabhängige Konsiliarärzte bescheinigten dem Mann dennoch eine uneingeschränkte Urteils- und Entscheidungsfähigkeit. Die Kommission kommt zu der Auffassung, dass in diesem Fall gemäß der Sorgfaltskriterien Sterbehilfe geleistet wurde.²⁷⁸ Schlussendlich stelle das niederländische Sterbehilfegesetz keine weitreichende Änderung oder Neuerung zur vorher gängigen Praxis dar, sondern festige sie lediglich durch geschriebenes Recht.²⁷⁹ Grundlage für kontroverse Diskussion biete der niederländische Weg allemal.²⁸⁰

272 *Ibid.*, 13f.

273 Vgl. Redaktion beck-aktuell, Verlag C.H.BECK, 21. April. 2020. becklink 2016085.

274 *Ibid.*

275 *Ibid.*

276 Vgl. BVerfG, Urt. vom 26. Februar 2020, Rn. 28.

277 Vgl. RTE, Euthanasie Code 2018, 42f.

278 *Ibid.*, 43f.

279 Vgl. Janssen, ZRP 4 (2001), 179 (183).

280 S.i.E. IMABE, 2020. Studie: Ältere Menschen äußern Sterbewunsch wegen Einsamkeit und Finanznot.

E. Fazit

Zweifelsohne bewirkte das Urteil des BVerfG über die Unvereinbarkeit des § 217 StGB mit dem GG einen erneuten Denkanstoß in der deutschen Sterbehilfedebatte. Kläger scheinen erleichtert, die Regierung eher beunruhigt. Durch die Herausstellung der Wichtigkeit des Autonomieprinzips und dessen Ansiedlung noch über dem Grundrecht auf Leben, positioniert sich das BVerfG auf einem eher gegensätzlichen Standpunkt als die Regierung es bisher tat. Während passive und indirekte Sterbehilfe bereits durch entsprechende Gesetze wie das Patientenverfügungsgesetz aufgefangen werden, bietet die Rechtslage nach Urteilsverkündung enormen Diskussionsbedarf hinsichtlich der Handhabe von Suizidbegleitung. Konsistent verneinte das BVerfG zumal eine mögliche Tolerierung aktiver Sterbehilfe, womit der niederländische Weg für Deutschland lediglich eine Orientierung an einem speziellen Sterbehilfegesetz bieten kann. Grundsätzlich ist der Umgang mit Tod und Sterben durch die Gesellschaft und deren gelebte Werte in Abhängigkeit zu verstehen und damit stetigem Wandel unterworfen.

Die Macht des gesellschaftlichen Handelns wurde vor allem durch eine Erörterung des schweizerischen Modells zur Sterbehilfe aufgezeigt, die trotz einer strikten rechtlichen Regulierung einen liberalen Umgang mit dem Tod pflegen und den Sterbeprozess in ihre gesellschaftlichen Strukturen integrieren konnten. Der Zusammenhang zwischen selbstbestimmtem Handeln als Ausdruck von Autonomie und der gesellschaftlichen Wirkung auf das Individuum spielt eine tragende Rolle. Doch auch der gesetzliche Rahmen hat einen Einfluss auf das Denken und Handeln der Subjekte. Verschiedene Studien weisen auf einen vermehrten Wunsch nach mehr Selbstbestimmung am Lebensende hin. Das Urteil durch das BVerfG im Jahr 2017 war aus rechtlicher Perspektive ein entscheidender Schritt. Dennoch kam es im Anschluss zu keiner faktisch günstigeren Lage für Suizidhilfesuchende. Durch die Nichtigkeit des § 217 StGB scheinen weitere Versuche durch die Regierung einer Suizidhilfepraxis entgegenzuwirken jedoch als nicht gerechtfertigt. Eine staatliche Regulierung scheint sinnvoll und erwünscht, sowohl von Seiten der Judikative, als auch durch die Bevölkerung. Der Rückgriff auf die Institution des Strafrechts stellt sich dabei jedoch als ungeeignet heraus.

Rechtssicherheit im Bereich Suizidhilfe wird als entscheidender Faktor für eine tatsächliche Inanspruchnahme des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben angesehen – ein Drahtseilakt zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung, der auch gegenwärtig für weitere Diskussionen sorgt. Dieser Beitrag zeigt, dass durch gleichzeitig gültige Wertbegründungssysteme kein Konsens über ein „gutes Sterben“ oder einen „guten Tod“ vorherrschend ist und auch in Zukunft eine Annäherung eher unwahrscheinlich ist. Individuelle Entscheidungen und pluralistische Lebensentwürfe sind durch den verfassungsrechtlichen Rahmen geschützt und durch die Gesellschaft anzuerkennen. Damit einhergehend ist auch ein liberaler Umgang mit dem eigenen Tod zu tolerieren. Besonderer Fokus wird dabei auf die Erforschung des freien Willens gelegt. Grundsätzlich bedeutet ein psychisches Leiden nicht, dass die freie Willensbildung eingeschränkt sein muss. Die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Definitionsmodellen im psychiatrischen Kontext konnte hinsichtlich der Frage nach Autonomie unterschiedliche Lösungsansätze und Diskussionsargumente bieten.

Die autologische Wissenschaft der Psychopathologie vereint vorherrschende Definitionsansätze und verhindert eine missbräuchliche Verkürzung des psychiatrischen Wissens. Diese kommt zum Ergebnis, dass zwar die Autonomie untrennbar von menschlicher Existenz sei, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung wohl aber durch psychische Erkrankung eingeschränkt sein kann. Die Untersuchung der Tatbestandsmerkmale „Urteilsfähigkeit“, „Authentizität“ und „Bewertungsfähigkeit“ können dabei helfen, einen wohlüberlegten und freien Suizidentschluss

zu identifizieren. Außerdem müsse laut BVerfG eine innere Festigkeit und Dauer konsistent erkennbar sein. Dem Grunde nach scheint sich diese Prüfung jedoch nicht grundsätzlich zur Hinterfragung des freien und ernsthaften Suizidentschlusses von psychisch gesunden Menschen zu unterscheiden. Eine körperlich schwere Erkrankung, welche einen Menschen zu einem wohlüberlegten Suizidwunsch führt, ist in vielen Fällen von einer Depression begleitet. Es scheint sinnvoll, ein psychiatrisches Gutachten als festen Bestandteil der Überprüfung des wohlüberlegten Suizides als Voraussetzung zur tatsächlichen Inanspruchnahme einzupflegen. Ein liberales Sterbehilfegesetz mit positiver Reglementierung könnte diesen Anforderungen genügen. Gleichzeitig könnte, durch eine positiv rechtliche Normierung und entsprechende Aufklärung und Transparenz, das Tabuthema Tod in einem angemessenen Rahmen Teil der Gesellschaft werden.

Durch diesen Beitrag wurde lediglich der Suizidhilfesuchende im Geflecht diverser anderer Grundrechtsträger der Gesellschaft beleuchtet. Sterbehilfeorganisationen oder auch Ärzte werden durch die grundlegende Thematik ebenso tangiert. Erst eine vollumfängliche Untersuchung kann im Ergebnis zu einer gesetzlichen Regulierung führen, welche jeden Akteur in seinen Rechten schützt. Verschiedene Initiativen für Entwürfe wurden kurz erwähnt, eine abschließende Lösung wird sich erst in nächster Zeit erkennen lassen können. Ebenso diskutierbar ist die generell ablehnende Haltung der deutschen Ärztekammer bzgl. Suizidhilfe.

Letztendlich muss der Gesetzgeber die durch das BVerfG vorgegebene Marschroute einhalten. Jedes Individuum muss in seinem Empfinden und seiner individuellen Vulnerabilität, losgelöst vom psychischen Gesundheitszustand, in seinem Bestreben als „geistig-sittliches Wesen“ ernstgenommen werden. Grundsätzlich definiert jeder seinen letzten Lebensabschnitt selbst, wann dieser beginnt, wann dieser enden soll. Genauso steht es jedem Individuum zu, dem Sterbeprozess seinen natürlichen Lauf zu belassen. Die Sterbe- und Suizidhilfethematik wirft auch über diese Arbeit hinaus weiterführende Fragen auf. So könnte eine Diskriminierung von Personen vorliegen, welche sich im vollen Bewusstsein zu einem Suizid entschließen, jedoch durch körperliche Einschränkung nicht fähig sind, diesen im Rahmen des assistierten Suizids zu realisieren. Schlussendlich könne in dieser Konstellation nur die Durchführung einer aktiven Sterbehilfe zu einer Gleichbehandlung führen. Eine Suizidassistenz oder eine vorangehende Beratung durch Experten muss faktisch möglich sein, ein direkter Anspruch auf assistierten Suizid besteht jedoch nicht. Vornehmlich soll eine gewährleistete Suizidbegleitung gerade einen freien Willen garantieren. Nur wenn jegliche Optionen für das Individuum offenstehen und die Möglichkeit einer professionellen und individuellen Beratung besteht, kann nach Meinung des BVerfG ein freier Wille gebildet werden. Ohne Zweifel bedarf es einer sorgfältigen Überprüfung des wohlüberlegten Suizidwunsches sowie der Urteilsfähigkeit. Auch der Effekt, durch die bloße Möglichkeit einer verfügbaren Inanspruchnahme eines assistierten Suizides, diese gerade nicht zu wählen, sollte in Zukunft nicht außer Acht gelassen werden.

Statistiken über Inanspruchnahmen assistierter Suizide im kausalen Zusammenhang könnten zukünftig dazu beitragen, einen wie durch die Regierung befürchteten Dammbreach frühestmöglich zu erkennen und diesem entgegenzuwirken. Ein Überwachungsorgan, wie es in den Niederlanden die Euthanasiekommission darstellt, scheint durchaus notwendig und sollte auch für Deutschland diskutiert werden, um das Handeln der Akteure unabhängig zu überprüfen und transparent zu halten. Palliative Angebote und deren Ausbau können eine Alternative zum assistierten Suizid bieten. Dennoch ist auch ihr Anwendungsbereich beschränkt und gerade im Bereich von psychischem Leiden wenig zielführend und erfolgsversprechend, eine adäquate Verbesserung der Lebensumstände zu erreichen. Schlussendlich muss durch die Gesellschaft akzeptiert werden, wenn eine Person die Option des Suizides weiterer medizinischer Behandlung für sich vorzieht.

Literaturverzeichnis

- ÄRZTEBLATT, Nachrichten vom 24.06.2020. „Patientenschützer schlagen Neuregelung zur Suizidhilfe vor.“ <<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114075/Patientenschuetzer-schlagen-Neuregelung-zur-Suizidhilfe-vor>> (besucht am 19. August 2020).
- BECKMANN, Jan P., Autonomie und Selbstbestimmung auch am Lebensende: Überlegungen aus ethischer Sicht, in Bielefeldt, Heiner et al. (Hrsg.), Autonomie und Menschenrechte am Lebensende: Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis. Bielefeld: transcript Verlag 2017, 27-43.
- BERUFSVERBAND DEUTSCHER INTERNISTEN, 2019. Umfrage: Große Mehrheit für Legalisierung von aktiver Sterbehilfe. <<https://www.bdi.de/politik-und-presse/nachrichten/ansicht/article/umfrage-grosse-mehrheit-fuer-legalisierung-von-aktiver-sterbehilfe/>> (besucht am 19. August 2020).
- BIRKNER, Stefan, Assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe – Gesetzgeberischer Handlungsbedarf?, Zeitschrift für Rechtspolitik 2 (2006), 52-54.
- BOEHME-NESSLER, Volker, Das Grundrecht auf Suizid, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 14 (2020), 1012-1015.
- BOSSHARD, Georg, 2017. Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, empirische Befunde, in: Borasio, Gian Domenico et al. (Hrsg.), Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft, Veröffentlichung des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 46, Berlin/Heidelberg 2017, 29-40.
- BRITZ, Gabriele, Freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 I 1 GG) – Verfassungsversprechen zwischen Naivität und Hybris?, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 10 (2019), 672-677.
- BUNDESÄRZTEKAMMER, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 7 (2011), 346-348.
- CHANDNA-HOPPE, Katja, Grundstrukturen des Krankenhausfinanzierungsrechts, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 3 (2020), 81-84.
- DESTATIS STATISTISCHES BUNDESAMT, 2018. Statistik für Todesursachen, Suizide. <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html;jsessionid=EBD72952C263E480E729B4C7BA67F893.internet8712>> (besucht am 19. August 2020).
- DEUTSCHER BUNDESTAG, 2014. Vier-Stunden-Debatte zur Sterbebegleitung. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_ak_sterbebegleitung-339432> (besucht am 19. August 2020).
- DEUTSCHER BUNDESTAG, 2015. Debatte über die Vorlagen zur Sterbebegleitung. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw27_ak_sterbebegleitung-379940> (besucht am 19. August 2020).
- DEUTSCHER BUNDESTAG, 2019. Experten streiten im Ausschuss über Fragen zur Sterbehilfe. Gesundheitsausschuss des Bundestages am 20. Februar 2019. <<https://www.bundestag.de/#url=L2Rva3VtZW50ZS90ZXh0YXJjaGl2LzIwMTkva3c-wOC1wYS1nZXN1bmRoZW10LTU5MjA0OA==&mod=mod531790>> (besucht am 19. August 2020).
- DEUTSCHE DEPRESSIONSHILFE ZUR SUIZIDALITÄT, 2020. <<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>> (besucht am 19. August 2020).
- DGPPN DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE E.V., 2018. Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. <https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c-68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf> (besucht am 19. August 2020).
- DRZE DEUTSCHES REFERENZZENTRUM FÜR ETHIK IN DEN BIOWISSENSCHAFTEN, Sterbehilfe und Euthanasie. <<http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/sterbehilfe-und-euthanasie>> (besucht am 19. August 2020).
- FREUNDE FÜR'S LEBEN E.V., Zahlen und Fakten. <<https://www.frnd.de/infos/zahlen-fakten/>> (besucht am 19. August 2020).
- HÄRLE, Wilfried, Patienten„autonomie“ aus ethischer Sicht – Zur Aufhebung des Widerspruchs zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, Familie Partnerschaft Recht 3 (2007), 47-51.
- HELLING-PLAHR, Katrin/ JÜSTEN, Karl, Braucht es ein Sterbehilfegesetz?, Deutsche Richterzeitung 6 (2020), 208-209.
- HILGENDORF, Eric, 2015, Gesetz zur geschäftsmäßigen Sterbehilfe – Eine Norm für die Wissenschaft. <<https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/gesetzgebung-sterbehilfe-tatbestandsmerkmale-analyse/>>(besucht am 19. August 2020).
- HOFF, Paul, Autonomie und psychiatrische Krankheitsmodelle – Die historische und aktuelle Perspektive, in Hoff, Paul/Rössler, Wulf (Hrsg.) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2005, 7-27.
- /RÖSSLER, Wulf, Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang – eine Einführung, in Hoff, Paul/Rössler, Wulf (Hrsg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2005, 1-6.

- Psychiatrichistorische und psychopathologische Aspekte der Debatte um den „freien Willen“: Ihre aktuelle klinische und forensische Bedeutung, in Stompe, Thomas/Schanda, Hans (Hrsg.), *Der freie Wille und die Schuldfähigkeit in Recht, Psychiatrie und Neurowissenschaften*, Berlin 2010, 113-128.
- HUFEN, Friedhelm, Selbstbestimmtes Sterben – Das verweigerte Grundrecht, *Neue Juristische Wochenschrift* 21 (2018), 1524-1528.
- IMABE.ORG, 2020. Studie: Ältere Menschen äußern Sterbewunsch wegen Einsamkeit und Finanznot. *Bioethik Aktuell* vom 10.02.2020. <<https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelansicht/studie-aeltere-menschen-aeussern-sterbewunsch-wegen-einsamkeit-und-finanznot>> (besucht am 17. August 2020).
- INFRATEST DIMAP, 2020. Repräsentative Umfrage im Auftrag von Report Mainz „Sterbehilfe“ KW 08/2020. <<https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/sterbehilfe/>> (besucht am 18. August 2020).
- JANSSEN, André, Die Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden – ein Novum, *Zeitschrift für Rechtspolitik* 4 (2001), 179-183.
- JURGELEIT, Andreas, Sterbehilfe in Deutschland, *Neue Juristische Wochenschrift* 37 (2015), 2708-2715.
- KERN, Bernd-Rüdiger, Berufsethik: Schutz der Persönlichkeit des Kranken, Rn. 1-12. In: Laufs, Adolf/Ders./ Rehborn, Martin (Hrsg.), *Handbuch des Arztrechts*, 5. neubearbeitete Auflage, München 2019.
- KNAUP, Marcus, 2016. Der neue § 217 des deutschen Strafgesetzbuches (StGB), *Imago Hominis*, IMABE <<https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-1/2016/der-neue-217-des-deutschen-straftgesetzbuches-stgb#ref3>> (besucht am 19. August 2020).
- KNOPP, Lothar, *Morbus Deutschland: Gesundheitswesen und Arzt-Patientenverhältnis*, Berlin 2013.
- /HOFMANN, Monique, Wider den Rechtsstaat – Politik kontra Gerichtsbarkeit, *Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht* 14 (2020), 982-988.
- KUSCH, Roger, Tabu Sterbehilfe, *Neue Juristische Wochenschrift* 5 (2006), 261-264.
- In Würde sterben – nur im Ausland?, *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 8 (2007), 436-441.
- LANG, Heinrich, Das BVerfG und die Strafbarkeit des assistierten Suizids; Grundrechtliche Metamorphosen: Vom Autonomiegefährder zum Autonomiewahrer, *Neue Juristische Wochenschrift* 22 (2020), 1562-1565.
- LINDNER, Franz Josef, Sterbehilfe in Deutschland – mögliche Regelungsoptionen, *Zeitschrift für Rechtspolitik* 3 (2020), 66-69.
- LÜTTIG, Frank, Begleiteter Suizid durch Sterbehilfevereine: Die Notwendigkeit eines strafrechtlichen Verbotes, *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2 (2008), 57-60.
- LEISNER, Walter, *Tod im Staatsrecht – Sterben in der Demokratie, Befehl, Erlaubnis, Vermeidung, Folgen – Überwindung?*, Berlin 2016.
- MAIO, Giovanni, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2011.
- MEHLING, Kirsti, 2015. Ärztlich assistierter Suizid – Ein Widerspruch zum ärztlichen Ethos? Eine Darstellung der aktuellen Diskussion in Deutschland <<https://d-nb.info/1077648456/34>> (besucht am 19. August 2020).
- MÖLLER, Kai, *Paternalismus und Persönlichkeitsrecht*, Berlin 2005.
- MUCKEL, Stefan, Verfassungswidrigkeit des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, *Juristische Arbeitsblätter* 6 (2020), 473-476.
- MÜLLER-NEUHOFF, Jost, 2018. „Wie die Regierung beschloss, das höchstrichterliche Urteil zu ignorieren.“, in: *Der Tagesspiegel*, erschienen am 19.08.2018. <<https://www.tagesspiegel.de/politik/sterbehilfe-wie-die-regierung-beschloss-das-hoehstrichterliche-urteil-zu-ignorieren/22928052.html>> (besucht am 19. August 2020).
- NATIONALER ETHIKRAT, *Stellungnahme: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, Berlin 2006. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf> (besucht am 19. August 2020).
- ROXIN, Claus, Die geschäftsmäßige Förderung einer Selbsttötung als Straftatbestand und der Vorschlag einer Alternative, *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 4 (2016), 185-192.
- RTE, Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, 2019. *Jahresbericht 2018*. <<https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2018/april/11/jaarverslag-2018>> (besucht am 19. August 2020).
- RTE, Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, 2018. *Euthanasie Code 2018*. <<https://www.euthanasiecommissie.nl/euthanasietcode-2018/uitspraken/brochures/brochures/euthanasietcode/2018/euthanasietcode2018>> (besucht am 19. August 2020).
- SACHS, Michael, *Verfassungsrecht II – Grundrechte*. 3. Auflage, Berlin/ Heidelberg 2017.
- SCHÖPE, Josef, *Psychiatrie für die Praxis*, 2., neu bearbeitete Auflage, Berlin/ Heidelberg/ New York 2003.
- SCHWEIZERISCHES BUNDESAMT FÜR STATISTIK, 2016. „Todesursachenstatistik 2014, Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz.“ <http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=32> (besucht am 19. August 2020).

- SINGER, Wolf, Wann und warum erscheinen uns Entscheidungen als frei?, in: Stompe, Thomas/Schanda, Hans (Hrsg.), Der freie Wille und die Schuldfähigkeit in Recht, Psychiatrie und Neurowissenschaften. Berlin 2010, 17-36.
- STILLER, Lisa, Sterbehilfe und assistierter Suizid – Zur Bedeutung des Patientenwillens für die Rechtfertigung von Sterbehilfe und Suizidassistentz, Baden-Baden 2020.
- VOLLMANN, Jochen, Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit – Beiträge zur Klinischen Ethik, Stuttgart 2008.

Rechtswissenschaftliche Beiträge der Hamburger Sozialökonomie

ISSN 2366-0260 (print) / ISSN 2365-4112 (online)

Bislang erschienene Hefte

Heft 1

Felix Boor, Die Yukos-Enteignung. Auswirkungen auf das Anerkennungs- und Vollstreckungssystem aufgehobener ausländischer Handelsschiedssprüche

Heft 2

Karsten Nowrot, Sozialökonomie als disziplinäre Wissenschaft. Alternative Gedanken zur sozialökonomischen Forschung, Lehre und (Eliten-) Bildung

Heft 3

Florian Hipp, Die kommerzielle Verwendung von frei zugänglichen Inhalten im Internet

Heft 4

Karsten Nowrot, Vom steten Streben nach einer immer wieder neuen Weltwirtschaftsordnung. Die deutsche Sozialdemokratie und die Entwicklung des Internationalen Wirtschaftsrechts

Heft 5

Karsten Nowrot, Jenseits eines abwehrrechtlichen Ausnahmecharakters. Zur multidimensionalen Rechtswirkung des Widerstandsrechts nach Art. 20 Abs. 4 GG

Heft 6

Karsten Nowrot, Grundstrukturen eines Beratungsverwaltungsrechts

Heft 7

Karsten Nowrot, Environmental Governance as a Subject of Dispute Settlement Mechanisms in Regional Trade Agreements

Heft 8

Margaret Thornton, The Flexible Cyborg: Work-Life Balance in Legal Practice

Heft 9

Antonia Fandrich, Sustainability and Investment Protection Law. A Study on the Meaning of the Term *Investment* within the ICSID Convention

Heft 10

Karsten Nowrot, Of “Plain” Analytical Approaches and “Savior” Perspectives: Measuring the Structural Dialogues between Bilateral Investment Treaties and Investment Chapters in Mega-Regionals

Heft 11

Maryna Rabinovych, The EU Response to the Ukrainian Crisis: Testing the Union’s Comprehensive Approach to Peacebuilding

Heft 12

Marita Körner, Die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union: Struktur und Ordnungsprinzipien

Heft 13

Christin Krusenbaum, Das deutsche Krankenversicherungssystem auf dem Prüfstand – Ist die Bürgerversicherung die ultimative Alternative?

Heft 14

Marita Körner, Age Discrimination in the Context of Employment

Heft 15

Avinash Govindjee/ Judith Brockmann/ Manfred Walser, Atypical Employment in an International Perspective

Heft 16

Cara Paulina Gries, Gesetzliche Barrieren bei der Integration von geduldeten Flüchtlingen in den deutschen Arbeitsmarkt

Heft 17

Karsten Nowrot, Aiding and Abetting in Theorizing the Increasing Softification of the International Normative Order - A Darker Legacy of Jessup’s *Transnational Law*?

Heft 18

Matti Riedlinger, Das CSR-Richtlinie-Umsetzungsgesetz: Implementierung von Corporate Social Responsibility Berichtspflichten in nationales Recht

Heft 19

Karsten Nowrot, “Competing Regionalism” vs. “Cooperative Regionalism”: On the Possible Relations between Different Regional Economic Integration Agreements

Heft 20

Karsten Nowrot, The 2017 EU Conflict Minerals Regulation: An Effective European Instrument to Globally Promote Good Raw Materials Governance?

Heft 21

Karsten Nowrot, The Other Side of Rights in the Processes of Constitutionalizing International Investment Law: Addressing Investors' Obligations as a New Regulatory Experiment

Heft 22

Karsten Nowrot/Emily Sipiorski, Arbitrator Intimidation and the Rule of Law: Aspects of Constitutionalization in International Investment Law

Heft 23

Karsten Nowrot, European Republicanism in (Legitimation) Action: Public Participation in the Negotiation and Implementation of EU Free Trade Agreements

Heft 24

Karsten Nowrot, Non-Recognized Territorial Entities in the Post-Soviet Space from the Perspective of WTO Law: Outreach to Outcasts?

Heft 25

Marita Körner, Beschäftigtendatenschutz im Geltungsbereich der DSGVO

Heft 26

Vladena Lisenko/Karsten Nowrot, The 2018 Pridnestrovian Law on State Support for Investment Activities: Some Thoughts on an Investment Statute in a Frozen Conflict Situation

Heft 27

Marita Körner, Die Rolle des Betriebsrats im Beschäftigtendatenschutz

Heft 28

Nadia Kornioti/Karsten Nowrot, Looking Back to Learn for the Future?: The Work of the ILA on the Issue of Human Rights in Times of Emergency in the 1980s

Heft 29

Marita Körner, Der Betriebsrat als datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle

Heft 30

Karsten Nowrot/Emily Sipiorski, (De-) Constitutionalization of International Investment Law?: Narratives from Africa

Heft 31

Felix Boor, Die beschleunigte Landreform Mugabes vor deutschen Gerichten - der „Hamburger Kaffeestreit“

Heft 32

Karsten Nowrot, Corporate Legal and Social Responsibility as an Issue of International Investment Agreements: A Suitable Role Model for the WTO Legal Order?

Heft 33

Julius Adler, Der Grundsatz der „Full Protection and Security“ im internationalen Investitionsschutzrecht - Bedeutung in Theorie und Praxis

Heft 34

Sebastian Barth, Gefangenearbeit: Meilen- oder Stolperstein der Resozialisierung? Eine rechtliche Betrachtung von Gefangenearbeit in Bezug auf das Resozialisierungsziel

Heft 35

Karsten Nowrot, Das gesellschaftliche Transformationspotential der Sustainable Development Goals: Völkerrechtliche Rahmenbedingungen und außerrechtliche Nachhaltigkeitsvoraussetzungen

Heft 36

Karsten Nowrot, Illegal Trade in Wild Animals and Derived Products during Armed Conflicts: What Role for International Wildlife Agreements?

Heft 37

Emily Sipiorski, The Seabed and Scientific Legitimization of International Law: Transforming Narratives of Global Justice

Heft 38

Matti Riedlinger, Mitwirkung des Betriebsrats im Insolvenzplanverfahren

Heft 39

Karsten Nowrot, „Long Live Deglobalization“ vs. „Free Trade Saves Lives“: Die Rolle des Internationalen Wirtschaftsrechts in Zeiten der Corona-Krise

Heft 40

Emily Sipiorski, Cocoa and International Law: Some Remarks on the Contradictions and Symmetry in the Role of Private Actors in Elevating and Unifying Standards

Heft 41

Karsten Nowrot, Vertragskonkurrenz zwischen Menschenrechtsverträgen und Wirtschaftsabkommen in der internationalen Rechtsordnung: Überlegungen zu einem aktuellen völkervertragsrechtlichen Hierarchisierungskonzept

Heft 42

Felix Boor; Das Vertragsverletzungsverfahren gegen
das ungarische Hochschulgesetz und seine
Auswirkungen auf die Internationalisierung
des Europäischen Verwaltungsrechts