

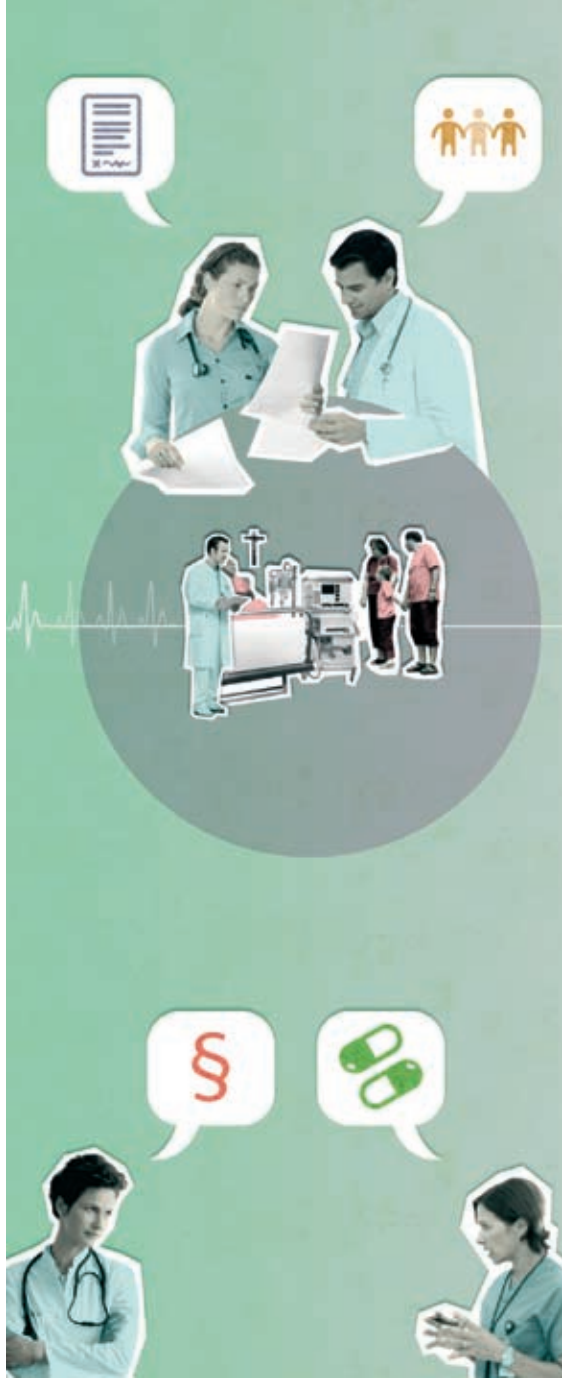
BAND 10

Selbstbestimmung am Lebensende

Nachdenken über assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe

Rosemarie Will Der Gesetzesentwurf der Humanistischen Union zum Thema Sterbehilfe **Elke Baezner** Selbstbestimmung in Eigenverantwortung – Position der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) **Jörg Antoine** Der verfassungsrechtliche Rahmen für die Regelung aktiver, passiver sowie indirekter Sterbehilfe **Reinhard Merkel** Aktive Sterbehilfe – Grundlagen und Grenzen der Legitimation **Jerzy Montag** und **Nikola Denzin** Zur Problematik des assistierten Suizids in Deutschland – Die gesellschaftliche Bedeutung des Suizids in einer freiheitlichen Rechtsordnung **Karl-Ludwig Kunz** Der Rechtsrahmen des begleiteten Sterbens in der Schweiz und das

Wirken der Schweizer Sterbehilfeorganisationen **Michael de Ridder** Jenseits der Palliativmedizin? Ein Plädoyer für die ärztliche Beihilfe zum Suizid, die, zum ethischen Gebot am Lebensende werden kann **Andreas Poltermann** Ärztlicher Beistand beim Sterben in Würde **Liesbeth Feikema** Die niederländische Euthanasiepolitik. Die Entwicklung in Gesetzgebung und Rechtsprechung und aktuelle Diskussionen **Torsten Verrel** Sterbehilfe in den Niederlanden – Beurteilung nach geltender deutscher Rechtslage **Ein Interview mit Erhard Blankenburg:** Sterbehilfe in den Niederlanden **Ralf Grötter** und **Jan Linhart** Die Website sterbehilfe.fuerundwider.org



HEINRICH BÖLL STIFTUNG
SCHRIFTEN ZU WIRTSCHAFT UND SOZIALES
BAND 10

Selbstbestimmung am Lebensende

Nachdenken über assistierten Suizid und aktive
Sterbehilfe



Diese Publikation wird unter den Bedingungen einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/>

Eine elektronische Fassung kann heruntergeladen werden. Sie dürfen das Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen. Es gelten folgende Bedingungen: Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen (wodurch aber nicht der Eindruck entstehen darf, Sie oder die Nutzung des Werkes durch Sie würden entlohnt). Keine kommerzielle Nutzung: Dieses Werk darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden. Keine Bearbeitung: Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Selbstbestimmung am Lebensende

Nachdenken über assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe

Band 10 der Reihe Wirtschaft und Soziales

Herausgegeben von der Heinrich-Böll-Stiftung 2012

Gestaltung: graphic syndicat, Michael Pickardt (nach einem Entwurf von blotto Design, Berlin)

Druck: agit-druck

Titelbild: Birgit Jansen, www.buergie.de

ISBN 978-3-86928-079-0

Bestelladresse: Heinrich-Böll-Stiftung, Schumannstraße 8, 10117 Berlin

T +49 30 28534-0 **F** +49 30 28534-109 **E** buchversand@boell.de **W** www.boell.de



INHALT

Vorwort	7
<i>Rosemarie Will</i>	
Der Gesetzesentwurf der Humanistischen Union zum Thema Sterbehilfe	10
<i>Elke Baezner</i>	
Selbstbestimmung in Eigenverantwortung	13
Position der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)	
<i>Jörg Antoine</i>	
Der verfassungsrechtliche Rahmen für die Regelung aktiver, passiver sowie indirekter Sterbehilfe	15
<i>Reinhard Merkel</i>	
Aktive Sterbehilfe – Grundlagen und Grenzen der Legitimation	27
<i>Jerzy Montag und Nikola Denzin</i>	
Zur Problematik des assistierten Suizids in Deutschland	40
Die gesellschaftliche Bedeutung des Suizids in einer freiheitlichen Rechtsordnung	
<i>Karl-Ludwig Kunz</i>	
Der Rechtsrahmen des begleiteten Sterbens in der Schweiz und das Wirken der Schweizer Sterbehilfeorganisationen	46
<i>Michael de Ridder</i>	
Jenseits der Palliativmedizin?	57
Ein Plädoyer für die ärztliche Beihilfe zum Suizid, die zum ethischen Gebot am Lebensende werden kann	
<i>Andreas Poltermann</i>	
Ärztlicher Beistand beim Sterben in Würde	66
<i>Liesbeth Feikema</i>	
Die niederländische Euthanasiepolitik	72
Die Entwicklung in Gesetzgebung und Rechtsprechung und aktuelle Diskussionen	
<i>Torsten Verrel</i>	
Sterbehilfe in den Niederlanden	107
Beurteilung nach geltender deutscher Rechtslage	
Sterbehilfe in den Niederlanden	114
Ein Interview mit Erhard Blankenburg	
<i>Ralf Grötter und Jan Linhart</i>	
Die Website sterbehilfe.fuerundwider.org	120
Die Autorinnen und Autoren	147

VORWORT

Sterben und Tod gehören zum Leben. Das gilt nicht nur für jeden Einzelnen, sondern auch für unsere Gesellschaft. Auch sie muss immer wieder prüfen, wie sie mit den Sterbenden und dem Sterben umgeht. Gestorben wird nicht im rechtsfreien Raum. Gesetze können menschliche Zuwendung weder verordnen noch sie ersetzen. Aber jeder, der Angehörige oder Freunde beim Sterben begleiten oder ihnen beim Sterben helfen will, sollte vorab wissen (können), wie weit seine Hilfe gehen darf und an welche Regeln er sich zu halten hat. In einer demokratischen Gesellschaft sind das vor allem die Selbstbestimmung des Sterbenden und dessen Würde – eingebettet in ein mehr oder weniger gutes Vertrauensverhältnis zu Angehörigen sowie Pfleger/innen und Ärzt/innen.

Wie weit sterbende Menschen ihr Lebensende selbstbestimmt gestalten können, ist auch ein bürgerrechtliches Anliegen, das offenkundig immer deutlicher artikuliert wird. Denn Sterben wird heute nicht tabuisiert, es ist kein Schicksal mehr, dem Männer und Frauen sich einfach zu unterwerfen hätten. Viele Menschen machen für ihr Sterben selbstbewusst Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte geltend, die sich zunehmend auch auf die Umstände und den Zeitpunkt des Todes und das Bild erstrecken, das sie in der Erinnerung ihrer Angehörigen hinterlassen möchten. Sie wollen das Bild eines würdevollen Menschen hinterlassen und nicht das einer Mensch/Maschine-Chimäre. Dabei ist zu bedenken, dass die meisten Todesfälle heute nicht unversehens, sondern absehbar und erwartet auftreten. Viele von ihnen setzen die bewusste Entscheidung voraus, das Leben eines Menschen enden, ihn sterben zu lassen.

In dieser Publikation wird nach den rechtlichen Rahmenbedingungen des Sterbens und nach sinnvollen Zielen rechtlicher Regelungen für ein Sterben in Würde gefragt. Während die Patientenverfügungen mit dem neuen Betreuungsrecht 2009 erstmals gesetzlich anerkannt wurden, steht eine strafrechtliche Klärung von Sterbebegleitung und Sterbehilfe noch aus. Das entwertet aber die Patientenverfügungen, denn es darf nicht im Voraus verfügt werden, was strafrechtlich verboten wäre. Derzeit heißt das: Die Grenzen der Sterbebegleitung und des assistierten Suizids sind unklar, die Tötung auf Verlangen bleibt verboten (§ 216 Strafgesetzbuch). Unklare rechtliche Regelungen und die Dominanz weltanschaulich begründeter Lebensschutzziele über palliativ eingebettete Strategien des Sterbenkönnens und Sterbenlassens behindern die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient/innen und Ärzt/innen und Pfleger/innen und bestärken die Vorstellung, Selbstbestimmung am Lebensende sei in erster Linie als ein Abwehrrecht gegen medizinisch institutionalisierte Fremdbestimmung zu verwirklichen.

Die Grenzen zwischen aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) und anderen Formen des Sterbenlassens sind in Deutschland praktisch wie juristisch schmal. Es ist fraglich, ob man nach dieser Rechtslage überzeugend begründen kann, dass es gerecht sei, den assistierten Suizid straffrei zu stellen, den ärztlich assistierten Suizid und die Tötung auf Verlangen aber zu verbieten. Im Klartext: Jeder gesunde Mensch kann sich bei der Selbsttötung helfen lassen, hilflosen Menschen wird diese Unterstützung aufgrund der ärztlichen Garantenstellung beim Suizid verwehrt. Solche Wertungswidersprüche müssen diskutiert und aufgelöst werden. Da hilft auch nicht die Berufung auf eine staatliche Pflicht zum Lebensschutz, die als Begründung für die versagte Hilfe herangezogen wird. Weder ist diese staatliche Lebensschutzpflicht absolut, noch rechtfertigt sie einen Schutz des Menschen vor sich selbst. Das Recht auf Leben ist ein subjektives Freiheitsrecht. Eine Pflicht zum Leben gibt es nicht.

Grundlage dieser Publikation ist eine Konferenz von Humanistischer Union, Deutscher Gesellschaft für Humanes Sterben und Heinrich-Böll-Stiftung im April 2011. Die Vorträge bezogen sich zu diesem Zeitpunkt auf die jüngsten Entscheidungen des Bundesgerichtshofs und auf eine Liberalisierung der «Grundsätze» der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, mit der diese auf die Ergebnisse einer Repräsentativbefragung deutscher Ärzte reagierte. Diese Befragung brachte zutage, dass die Mehrzahl der deutschen Ärzte grundsätzlich Verständnis hat für den Wunsch nach ärztlicher Unterstützung beim freiverantwortlichen Suizid und dass für rund ein Drittel von ihnen eine solche Unterstützung unter bestimmten Umständen auch vorstellbar ist. Schloss die Fassung der Grundsätze von 2004 noch die ärztliche Mitwirkung bei der Selbsttötung aus («Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein»), so ersetzte die Fassung von Anfang 2011 diesen Satz durch die Formulierung: «Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.» Wie weit diese Mitwirkung dennoch Aufgabe des Arztes oder der Ärztin als Privatperson oder Mitmensch sei oder sogar sein sollte, blieb offen. Das war eine Gewissensentscheidung, die der Formulierung der «Grundsätze» zufolge nicht mehr von einem einheitlichen und verbindlichen ärztlichen Ethos vorentschieden wurde, sondern individuell vor dem Hintergrund von «verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft» getroffen werden musste. Diese Liberalisierung und Pluralisierung stieß bei der organisierten deutschen Ärzteschaft auf starke Bedenken, die auf dem 114. Deutschen Ärztetag im Juni 2011 in eine Neufassung der Berufsordnung für Ärzte mündeten, die die Pluralisierung wieder rückgängig machen will und die Einheitlichkeit und Verbindlichkeit des ärztlichen Ethos wiederherzustellen bemüht ist. Mit großer Mehrheit wurde ein neuer Paragraph 16 in die Berufsordnung eingefügt, der das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen bekräftigt und darüber hinaus – wenn auch mit einer anderen sprachlichen Wendung – die ärztliche Mitwirkung bei der Selbsttötung verbietet: «Es ist ihnen [i.e. Arzt/innen] verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.»

Der Kontext der Konferenz zeigt: Im Zentrum der medizinethischen und rechtlichen Debatte in Deutschland stand – und steht bis heute – die Debatte über die Vertretbarkeit und Zulässigkeit der ärztlichen Mitwirkung bei der freiverantwortlichen Selbsttötung. Die Frage ist, ob der ärztlich assistierte Suizid im Gegensatz zur palliativen Versorgung Sterbender steht – wie viele Palliativmediziner/innen annehmen – oder Teil der palliativen Versorgung sein kann und sollte. Die strafrechtliche Freigabe der Tötung auf Verlangen, wie sie in den Niederlanden seit 1984 gerichtlich und seit 2002 gesetzlich geregelt ist, findet in Deutschland nur wenig und insbesondere bei der Ärzteschaft keine Unterstützung – wohl auch, weil von hier gerade kein Weg zu einer besseren medizinisch-pflegerischen Versorgung Sterbender führt. Die Debatte darüber gehört systematisch in eine Konferenz und Publikation über die Freiheit zu sterben. Sie verharret aber bei der bürgerrechtlichen Abwehr von Fremdbestimmung und impliziert erhebliche Zumutungen an das ärztliche Ethos.

Die Heinrich-Böll-Stiftung legt mit der vorliegenden Publikation den dritten Band zur dritten Konferenz vor, die sich mit der «Freiheit zu sterben» auseinandersetzt.¹ Im Unterschied zur Humanistischen Union und zur Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben hat die Heinrich-Böll-Stiftung keine Position, die sie etwa in einer Kommission erarbeitet hätte. Sie hat eine Haltung: dass es in den auf den Konferenzen und in diesem Band aufgeworfenen grundlegenden Fragen immer ein Für und Wider gibt, das ausführlich erarbeitet, dokumentiert und in die öffentliche Debatte eingebracht werden sollte. Deshalb hat die Heinrich-Böll-Stiftung im Vorfeld der Konferenz und ergänzend zu deren Beiträgen mit dem Debattendienstleister «FürundWider.org» das Debattenforum Sterbehilfe – www.fuerundwider.org/sterbehilfe – entwickelt, in dem auch Positionen vertreten werden, die denen der Konferenz deutlich widersprechen. Auch sie sollen in diesem Band vorgestellt werden.

Berlin, im Februar 2012

Dr. Andreas Poltermann

Leiter der Abteilung Inland der Heinrich-Böll-Stiftung

1 Konferenz 2007: Die Freiheit zu sterben. Selbstbestimmung durch Sterbehilfe und Patientenverfügungen. Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), Berlin 2007; Konferenz 2008: Selbstbestimmung im Dialog. Patientenautonomie – Vorsorge – Verantwortung. Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), Berlin 2008. Auf der Konferenz 2008 wurde der Lahrer Kodex (Patientenwille und Medizin im Dialog – Wie kann das Vertrauen zwischen Arzt und Patient gestärkt werden?) erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt.

Der Gesetzesentwurf der Humanistischen Union zum Thema Sterbehilfe

Die Humanistische Union als unabhängige Bürgerrechtsorganisation hat 1978 die Diskussion über die Rechte von Kranken und Sterbenden in die Öffentlichkeit getragen.¹ Seitdem hat sich die HU nicht nur für die Anerkennung und Durchsetzung der Patientenverfügung eingesetzt, sondern sie fordert auch seit langem die Aufhebung des absoluten Verbots der aktiven Sterbehilfe, wie es in § 216 StGB niedergeschrieben ist.

Als zu Beginn der 1980er-Jahre die Forderung erhoben wurde, § 216 StGB zu ändern, hat die HU durch ihren damaligen Bundesvorsitzenden, Prof. Dr. Ulrich Klug, im Jahre 1984 einen Vorschlag zur gesetzlichen Regelung der aktiven Sterbehilfe formuliert.² Zeitlich eher – nämlich im Jahre 1983 – hatte Artur Kaufmann bereits einen Vorschlag zur Reformierung des § 216 StGB gemacht. Kurze Zeit nach der Einbringung des Reformvorschlags der HU wurde im Jahre 1986 der sogenannte Alternativentwurf Sterbehilfe (AE Sterbehilfe) veröffentlicht.³ In diesem war die grundsätzliche Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen und damit die Rechtswidrigkeit der aktiven Sterbehilfe zwar vorgesehen, aber zugleich enthielt er eine Öffnung dahin gehend, dass das entscheidende Gericht die Möglichkeit hatte, von der Verhängung einer Strafe abzusehen.

- 1 Rosemarie Will: Für die Legalisierung von Sterbehilfe und Patientenverfügung, in: Die Freiheit zu sterben – Selbstbestimmung durch Sterbehilfe und Patientenverfügungen, hrsg. von der Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin 2007, S. 15 ff. (15).
- 2 Rosemarie Will: Diskussion (wieder) eröffnet: Humanistische Union fordert gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe, in: *Mitteilungen* Nr. 191, S. 12-14; <http://www.humanistische-union.de/themen/bioethik/sterbehilfe/detail/back/sterbehilfe/article/diskussion-wieder-eroeffnet-humanistische-union-fordert-gesetzliche-regelung-der-aktiven-sterbehil/>.
- 3 Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe), Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter, Stuttgart 1986; <http://www.alternativentwurf.de/media/ae-pdf/Sterbehilfe.pdf>.

Der im selben Jahr abgehaltene 56. Deutsche Juristentag billigte den AE-Entwurf grundsätzlich,⁴ sprach allerdings nur eine Empfehlung an den Gesetzgeber aus, dem Abs. 2 des AE Sterbehilfe zu folgen.⁵

Sieht man sich jüngere Vorschläge zur Regelung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland an, so fällt auf, dass die Voraussetzungen für die Straffreiheit von aktiver Sterbehilfe in Form von Verfahrensvorschlägen gemacht werden. So die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) mit ihren Vorschlägen aus den Jahren 1997⁶ und 2004⁷. Die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz hat 2004 einen ganz ähnlichen Vorschlag formuliert. Dabei schloss sich die Kommission ausdrücklich dem AE Sterbehilfe von 1986 an.⁸

Auch bei der HU wurde in dieser Zeit begonnen, über neue Regelungen nachzudenken.

Aber 2005 wurde durch den 2. Alternativentwurf Sterbebegleitung (AE StB) der Spalt, der durch den AE Sterbehilfe von 1986 geöffnet worden war, wieder geschlossen.⁹

Im Jahre 2006 sprach sich auch der Nationale Ethikrat für die Beibehaltung der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) aus.¹⁰ Auch der 66. DJT sprach sich 2006 gegen eine – auch nur partielle – Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus.¹¹

Ebenso abgelehnt wurde der Vorschlag, den Strafrahmen des § 216 StGB dahingehend zu ändern, dass auch lediglich die Verhängung einer Geldstrafe bei einer Tötung auf Verlangen zulässig sei.¹²

-
- 4 Beschlüsse des 56. Deutschen Juristentages, in: Verhandlungen des 56. DJT, Berlin 1986, Bd. II, hrsg. durch die Ständige Deputation des DJT, München 1986, S. M 191 ff.
 - 5 Torsten Verrel «Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung», Gutachten für den 66. Deutschen Juristentag, in: 66. DJT Stuttgart 2006, Bd. 1, hrsg. durch die Ständige Deputation des DJT, München 2006, S. C 1 ff. (C 13), aus: Beschlüsse des 56. DJT, Berlin 1986, Sitzungsbericht M, S. M 193.
 - 6 Rechtspolitische Leitsätze zu einer gesetzlichen Regelung von Sterbehilfe und -begleitung, DGHS Berlin/Augsburg 1997; <http://www.dghs.de/positionen/leitsaetze-zu-sterbehilfe-und-begleitung.html>.
 - 7 Leitsätze zu Patientenverfügungen, DGHS Berlin/Augsburg 2004; <http://www.dghs.de/positionen/leitsaetze-zu-patientenverfuegungen-und-sterbehilfe.html>.
 - 8 Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, 23.4.2004, S. 72.
 - 9 2. Alternativentwurf Sterbebegleitung (AE-StB), München/Bonn 2005, in: Goldammers Archiv für Strafrecht, Heft 10, 2005, S. 553-624; <http://sterberecht.homepage.t-online.de/AE-Sterbebegleitung.pdf>.
 - 10 Nationaler Ethikrat (Hrsg.) «Patientenverfügung», Stellungnahme, Berlin 2005, S. 30, http://www.ethikrat.org/_english/publications/Opinion_advance-directive.pdf; Anm.: Bereits 2005 hat sich der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme zur Patientenverfügung gegen die aktive Sterbehilfe ausgesprochen. Dort werden aber noch weniger Argumente gegen die aktive Sterbehilfe geliefert als 2006.
 - 11 Beschlüsse des 66. DJT Stuttgart 2006, hrsg. durch die Ständige Deputation des DJT, München 2006, http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf.
 - 12 Beschlüsse des 66. DJT Stuttgart 2006, S. 13, hrsg. durch die Ständige Deputation des DJT, München 2006, http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf.

Damit, scheint es, wurde den Forderungen nach einer – auch nur begrenzten – Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland eine klare Absage erteilt.

Das geschah aber vor dem Hintergrund einer gegenläufigen Entwicklung in Europa. Im Jahre 2002 legalisierten die Niederlande¹³ und Belgien¹⁴ die aktive Sterbehilfe unter engen Voraussetzungen. Im Jahre 2009 zog Luxemburg nach.¹⁵ Insbesondere in den Niederlanden hatte etwa mit Beginn der 1970er-Jahre gesellschaftlich ein Wandel hinsichtlich der Akzeptanz von Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung eingesetzt.

Inzwischen hat auch die HU einen weiteren Reformvorschlag zu § 216 StGB vorgelegt.¹⁶ Angeknüpft haben wir mit unserem Vorschlag zunächst am zweiten Alternativentwurf und fordern ebenso, wie es dort geschieht, die strafgesetzliche Regelung der passiven und indirekten Sterbehilfe, gehen dann aber über den Alternativentwurf deutlich hinaus, indem wir die Straffreiheit für die Tötung auf Verlangen fordern. Dieser Vorschlag der HU geht von der Auffassung aus, dass der Sterbewillige mit dem Verlangen nach der Tötung sein Selbstbestimmungsrecht ausübt. Er zielt somit insbesondere auf verfassungsrechtliche Argumente ab. Vielfach wird eine lebensbeendende Verfügungsbefugnis über das eigene Leben z. T. unter Hinweis auf eine absolute staatliche Lebensschutzpflicht, die dem Recht auf Leben in Art. 2 II 1 GG i. V. m. der Menschenwürde aus Art. 1 I GG entnommen wird, als begrenzt angesehen.

Hiergegen spricht jedoch, dass die staatliche Lebensschutzpflicht weder absolut ist, noch sich der Schutz des Menschen vor sich selbst aus objektivem Verfassungsrecht heraus rechtfertigen lässt. Denn das Verständnis von Art. 2 II 1 GG als subjektivem Freiheitsrecht verbietet es, eine Rechtspflicht zum Leben anzunehmen.

Aufgrund dieser Sichtweise, die den individuellen Charakter des Selbstbestimmungsrechts in den Vordergrund stellt, hat die HU ihren jetzigen Gesetzentwurf abgefasst. Für uns allein entscheidend ist der Wille des Betroffenen. Dieser Wille kommt in dem ausdrücklichen und ernstlichen Verlangen des Sterbewilligen zum Ausdruck. Liegt dieses Verlangen vor, so ist aus unserer Sicht kein Grund dafür gegeben, denjenigen zu bestrafen, der aktive Sterbehilfe leistet.

13 «Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding» (Gesetz zur Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei Selbsttötung, GÜL) vom 1.4.2002.

14 «Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002», http://www.ulb.ac.be/cal/Documents/Documentsdereferences/loiethanasie_28052002.pdf.

15 «Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide», veröffentlicht im Mémorial, Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg (Memorial, Amtsblatt des Großherzogtums Luxemburg), A – Nr. 46, 16.3.2009, S. 615 ff., <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf>.

16 Humanistische Union: Selbstbestimmung am Lebensende, Gesetzentwurf, Berlin 2009.

Selbstbestimmung in Eigenverantwortung

Position der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)

Sich mit dem Sterben zu beschäftigen ist eines der letzten Tabuthemen unserer Gesellschaft. Als Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben DGHS und als ehemalige Präsidentin von EXIT Deutsche Schweiz weiß ich nur zu gut, dass es keineswegs immer Schmerzen sind, die den Wunsch nach Sterbehilfe auslösen. Allzu oft ist ein Zustand von Abhängigkeit und Hilflosigkeit erreicht, der mit dem Würdeempfinden des in den meisten Fällen unheilbar Kranken nicht mehr in Einklang zu bringen ist.

Die DGHS, eine Patientenschutzorganisation und Bürgerrechtsbewegung, engagiert sich seit 30 Jahren für Vorsorge am Lebensende, für das Recht des Menschen auf Selbstbestimmung in Eigenverantwortung, für die Verbesserung der Hilfen und Rahmenbedingungen für alte, schwerstkranke und sterbende Menschen. Sie möchte eine breite gesellschaftliche Diskussion anregen, die die Grauzonen und Missstände in der jetzigen Sterbehilfepraxis benennt. Wir sind keine Sterbehilfegesellschaft, wir leisten nicht Freitodhilfe für einige wenige Privilegierte, sondern wir stehen für eine umfassende gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe. Wenn werdendes Leben, das nicht gefragt werden kann, nach gewissen Regeln legal abgebrochen werden darf, sollte auch das verlöschende Leben eines erwachsenen, zurechnungs- und handlungsfähigen Menschen abgebrochen werden dürfen, wenn er diesen Wunsch mit guten Gründen und wiederholt zum Ausdruck gebracht hat und sich nach Möglichkeit dazu kompetent hatte beraten lassen. Oder, wie der Theologe Helmut Thielicke sinngemäß sagte, die an sich segensreichen Möglichkeiten der modernen Medizin dürfen nicht in einen «Terror der Humanität» ausufern.

Die DGHS hat die Würde des sterbenden Menschen thematisiert, lange bevor die Bundesärztekammer auch nur akzeptiert hat, den Patientenwillen in das Behandlungskonzept einzubeziehen. Im Hinblick auf den bevorstehenden Deutschen Ärztetag appelliere ich an die Delegierten wie an alle Ärztinnen und Ärzte, sich zumindest der Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids nicht zu verschließen, damit verzweifelte Menschen sich nicht gezwungen sehen, sich vor

einen Zug oder von einem Hochhaus zu stürzen, nur weil sie nicht auf entsprechende Hilfestellung durch den Arzt im Endstadium ihrer Krankheit hoffen können. Es grenzt an Zynismus zu sagen, das deutsche Recht verbiete (seit 1871) den Suizid nicht mehr, der Staat sei aber nicht verpflichtet, auch die Mittel dazu zur Verfügung zu stellen.

Missbrauch kann nur durch Transparenz begegnet werden. Daher braucht es Rechtssicherheit und keinen Psychoterror, keine Androhung von drakonischen Strafen über das Standesrecht, um Vertrauen zu schaffen zwischen dem Arzt und seinem Patienten. Es braucht zudem Ausnahmeregelungen des Arzneimittel- und des Betäubungsmittelgesetzes, damit der Arzt die adäquaten Mittel verschreiben darf und die Apotheken diese auch führen.

Besondere Beachtung muss dem Thema der Notfallmedizin gelten, die seit Jahren aus der Debatte ausgeklammert wird. Wir schließen uns der Forderung von Hartmut Kreß, Professor für systematische Theologie und Ethiker, aus vollster Überzeugung an, der sagt: «Wenn alte Menschen mit ihrem Leben abgeschlossen haben und jedwede lebenserhaltende Behandlung ablehnen, sollen sie nicht befürchten müssen, gegen ihren Willen reanimiert oder hospitalisiert, in eine Klinik gebracht zu werden. Auch in der Notfallmedizin sind der Patientenwille und die Patientenautonomie bindend.»¹

Wir üben Toleranz gegenüber jeder wohlbegründeten Meinung, jeder Weltanschauung und jeder Religion. Aber wir dulden andererseits auch keine Bevormundung durch Menschen mit anderen Wertvorstellungen.

¹ Hartmut Kreß: Patientenverfügungen, assistierter Suizid und Präimplantationsdiagnostik. Ethische Grenzfragen der Medizin, in: Herrenalber Forum, Band 65, Karlsruhe 2011, S. 33 f.

Der verfassungsrechtliche Rahmen für die Regelung aktiver, passiver sowie indirekter Sterbehilfe

1 Themenfokussierung

Meine Erörterungen über den verfassungsrechtlichen Rahmen für die Regelung aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe möchte ich in zweierlei Hinsicht begrenzen. Erstens: Ich beschränke mich hier auf die freiwillige Sterbehilfe, d.h., die Sterbehilfe ist vom Patienten gewollt. Auf die schwierigen Fragestellungen der nichtfreiwilligen Sterbehilfe, d.h., ein Wille ist weder für noch gegen die Sterbehilfe oder in nur unzureichender Weise gegeben (z.B. bei Säuglingen, bei Kindern und Jugendlichen oder komatösen Patienten), gehe ich nicht ein. Die grundsätzlichen verfassungsrechtlichen Fragestellungen lassen sich aber auch schon bei der freiwilligen Sterbehilfe herausarbeiten und bieten für unsere Diskussion bereits genügend Anstöße zum Nachdenken.

Des Weiteren kann der verfassungsrechtliche Rahmen hier nicht in der Weise ausgelotet werden, dass die gesetzgeberischen Grenzen sowohl bezüglich des Verbots der verschiedenen Sterbehilfeformen wie ihrer jeweiligen Zulässigkeit hin aufgezeigt werden. Ich orientiere mich deshalb vor allem an der gegenwärtigen Rechtslage; werde dabei aber hervorheben, wo ich die gegenwärtige Rechtslage als vom Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers besonders geprägt ansehe.

2 Grundrechtlicher Schutz der Selbstbestimmung im Sterben

Ist die Selbstbestimmung im Sterben überhaupt verfassungsrechtlich als Freiheitsrecht des Einzelnen geschützt? Und weiter: Welche Formen der Sterbehilfe fallen überhaupt in den Schutzbereich eines Grundrechts?

Ein Recht auf Selbstbestimmung im Sterben postuliert die Verfassung nicht ausdrücklich. Zu klären ist deshalb vielmehr, ob und inwieweit die jeweilige Form der Selbstbestimmung vom Schutzbereich eines Grundrechts gedeckt ist.

a) Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe

Bei dieser Klärung kommt der Unterscheidung zwischen passiver Sterbehilfe – sprich Sterbenlassen – und aktiver Sterbehilfe wie in der ethischen und strafrechtlichen Diskussion auch in der verfassungsrechtlichen Beurteilung grundlegende Bedeutung zu.

Passive Sterbehilfe im Sinne von Sterbenlassen ist gegeben, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall gewesen wäre. Aktive Sterbehilfe ist dagegen gegeben, wenn durch eine tödliche Spritze oder sonst auf medizinisch nicht angezeigte Weise ein Eingriff auf den Körper des Patienten erfolgt und dadurch der Tod früher herbeigeführt wird, als er nach dem krankheitsbedingten Verlauf eintreten würde. Entscheidend ist danach nicht, ob beim Sterbehelfer ein Handeln oder Unterlassen gegeben ist, sondern ob der Sterbehelfer den Tod geschehen lässt, indem er z.B. einen fortdauernden invasiven Eingriff wie die künstliche Beatmung beendet, oder ob der Sterbehelfer auf den Körper des Patienten einwirkt und dadurch seinen Tod früher als bei ungestörtem Verlauf herbeiführt.

b) Passive Sterbehilfe

Bei der freiwilligen passiven Sterbehilfe ist es der Wunsch des Sterbenden, dass man ihn sterben lässt. Im Ergebnis ist unumstritten, dass die Selbstbestimmung zum «natürlichen Sterben» d.h. das Sterben unter Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen grundrechtlich geschützt ist. Nach verbreiteter Auffassung wird das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung über seine körperliche Integrität im Sterben im Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (aus Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) angesiedelt. Richtigerweise muss sie aber im spezielleren Freiheitsrecht auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG verortet werden. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ist nicht beschränkt auf den Schutz der Gesundheit – d.h. die Berührung der körperlichen Unversehrtheit eines Menschen ist auch dann ein Eingriff, wenn sie dem körperlichen Wohl des Patienten als Heilbehandlung dient. Die Bestimmung über die leiblich-seelische Integrität gehört nun einmal zum ureigensten Bereich der Persönlichkeit des Menschen. Gerade weil der Mensch mit seiner leib-seelischen Einheit nicht ein Mittel zugunsten übergeordneter Zwecke ist, kann sein Körper nicht als Gut einer objektiven Wertordnung von der Selbstbestimmung seines Trägers getrennt werden. Auch der zu Heilzwecken vorgenommene Eingriff tastet deshalb die leiblich-seelische Integrität des Menschen an.

c) Recht zum Suizid

Wesentlich umstrittener ist dagegen, ob nicht nur das Sterbenlassen, sondern auch die aktive Einwirkung auf den Körper zur Herbeiführung des Todes grundrechtlich geschützt ist.

Die Tötung kann geschehen durch die Selbsttötung oder durch die Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe). Die Bewertung des Strafrechts, dass die Selbsttötung straflos und der bei der Tötung auf Verlangen Tötende strafbar ist, gibt aber nicht die verfassungsrechtliche Wertung vor.

Vielmehr war es lange Zeit vorherrschende Auffassung, dass der Suizid nicht Ausfluss einer grundrechtlich geschützten Selbstbestimmung ist, sondern allenfalls der Gesetzgeber von einer Bestrafung eines Selbsttötungsversuchs aus Gründen des Mitleids absieht.

Mittlerweile vorherrschend ist die Auffassung, dass die allgemeine Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 1 GG auch ein Recht zur Selbsttötung umfasst. Aber auch hier wird zunehmend die Auffassung vertreten, dass das spezielle Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, also das Recht auf Leben, auch eine negative Handlungsfreiheit hat, nämlich das Recht auf Beendigung des eigenen Lebens. Die Verortung des Rechts auf Selbsttötung hat im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Bewertung der Sterbehilfe erhebliche Bedeutung. Wird die Selbsttötung nur als von der allgemeinen Handlungsfreiheit umfasst angesehen, so hat sie in der verfassungsmäßigen Ordnung, in den Rechten anderer und im Sittengesetz ihre Schranke. Ja, in diesem Fall wird ihr von einer verbreiteten Auffassung sogar die Schutzpflicht des Staates für das Leben (also das Leben des Suizidenten selbst) als höheres Verfassungsgut entgegen gehalten. Mithin das Lebensrecht des Suizidwilligen selbst zur Einschränkung seines von der allgemeinen Handlungsfreiheit geschützten Selbsttötungswillens herangezogen.

Wird dagegen die Selbsttötung als negative Handlungsfreiheit des Rechts auf Leben aufgefasst, dann kann dieses Lebensrecht selbst nicht wiederum dem Todeswilligen zur Einschränkung seines Selbsttötungsrechtes entgegengehalten werden.

Richtig ist, dass mit der Aufnahme des Rechts auf Leben in das Grundgesetz der Parlamentarische Rat nicht ein Recht auf Selbsttötung unter den Schutz des Grundgesetzes stellen wollte, sondern damit der Missachtung des menschlichen Lebens im NS-Staat wie der «Vernichtung lebensunwerten Lebens», der Shoa und der Liquidierung politischer Gegner in der grundgesetzlichen Ordnung entgegentreten wollte. Hervorgehoben wird damit die Selbständigkeit des Lebensrechtes gegenüber dem Volksgedanken. Das spricht immerhin für die Herauslösung des Lebensrechtes aus der Gemeinschaftsgebundenheit und seine Auslegung als individuelles Freiheitsrecht. Die Selbsttötung verstößt auch nicht durch die Vernichtung von Leben per se gegen die Menschenwürde, weil grundgesetzlich nach Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG ein Eingriff in das Leben auch angesichts der Unantastbarkeit der Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 möglich ist. Zudem will die Menschenwürdegarantie des Grundgesetzes die Autonomie-

stellung des Menschen sichern, nicht aber ein bestimmtes Bild von würdigem Verhalten vorgeben. Vielmehr ist das Leben gerade aufgrund seines Zusammenhangs mit der Menschenwürde kein Gemeinschaftsgut, sondern ein individuelles Rechtsgut. Der Lebensschutz kommt dem Menschen um seiner selbst willen zu. Das spricht aber dafür, dass das Lebensrecht einen dem Grundrechtsträger zugeordneten Freiheitsbereich gewähren will. Da zur Struktur der Freiheitsrechte auch ihre Nichtinanspruchnahme gehört, ist m.E. auch dem Recht auf Leben eine negative Seite der Freiheitsgewährleistung zu eigen, nämlich die Verneinung des eigenen Lebens.

d) Aktive Sterbehilfe

Dass über die Selbsttötung hinaus auch die aktive Sterbehilfe vom Schutzbereich eines Grundrechts umfasst sein soll, wird immer stärker vertreten – ohne allerdings die herrschende Auffassung auszumachen.

Die Euthanasiepraxis in der NS-Zeit, d.h. die Ermordung von Menschen mit geistiger oder auch körperlicher Behinderung, hat zu Recht zu einem erheblichen Zurückschrecken gegenüber Vorstellungen vom Gnadentod geführt. Man muss allerdings konzedieren, dass der Ansatzpunkt der freiwilligen aktiven Sterbehilfe die Selbstbestimmung im Sterben ist und nicht utilitaristische oder rassenideologische Bewertungen des Lebens.

Die Tötung auf Verlangen ist auch keine Fremdverfügung; vielmehr erfolgt sie ja auf Verlangen des Sterbenden und ist deshalb genauso wenig eine Fremdverfügung wie eine gewünschte Schönheitsoperation eine Körperverletzung ist.

Vielmehr muss nüchtern gesehen werden, dass ebenso wie die Vorstellung vom guten Leben auch die Vorstellung vom guten Sterben in einer pluralistischen Gesellschaft sehr unterschiedlich beantwortet wird. Im Umgang mit dem eigenen Tod kommen Grundhaltungen des Sterbenden zum Ausdruck. Der Sterbende sieht sich vor dem Hintergrund seines eigenen Lebens und seiner Lebenshaltung vor die Fragen gestellt, wie er mit Schmerzen, dem Verlust von Selbstkontrolle, dem Angewiesensein auf andere oder den Zweifelsfragen über den Sinn seines bisherigen Lebens umgehen soll. Dabei möchte niemand sein Leben auf eine Weise beschließen, die der eigenen Persönlichkeit widerspricht. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben findet seinen sachlichen Gehalt gerade darin, dass auch das Sterben von persönlichen Einstellungen geprägt ist, in denen eigene Lebensvorstellungen sich noch einmal in besonderer Weise stellen. Das spricht aber für ein weites Verständnis des Schutzbereichs der Sterbehilfe, die auch die aktive Sterbehilfe als erweiterte Möglichkeit der Bestimmung des Todeszeitpunkts umfasst. Das verneint nicht erforderliche Einschränkungen zum Schutz anderer Verfassungsgüter, aber es verlangt auch hier eine Rechtfertigung der Einschränkung der Freiheit zur Verneinung des eigenen Lebens.

Das Recht auf Verneinung des eigenen Lebens begründet damit grundsätzlich einen Abwehranspruch, soweit eine einverständliche Tötung auf Verlangen gegeben ist. Hieraus folgt aber nicht ein Anspruch gegen den Staat oder andere

Privatpersonen auf die eigene Tötung. Aus den Freiheitsgrundrechten erfolgen ohnehin nur eingeschränkt unmittelbare Leistungspflichten. Aus der Berufsfreiheit folgt bekanntlich nicht die Verpflichtung zur Verfügungstellung eines Arbeitsplatzes und aus dem Recht auf Ehe und Familie bekanntlich keine Pflicht, eine Ehefrau oder einen Ehemann zur Verfügung zu stellen. Entsprechend kann aus dem Recht auf Selbstbestimmung zum Tod nicht folgen, dass der Staat einen tötenden Arzt zur Verfügung stellen muss.

3 Schutzpflicht des Staates für das Leben

Die Eröffnung des Schutzbereichs eines Grundrechts für eine Selbstbestimmung im Sterben heißt aber noch nicht, dass ein Eingriff in den Schutzbereich – also eine Einschränkung des Rechts auf Sterbehilfe wie z.B. das Verbot der aktiven Sterbehilfe – verfassungswidrig ist. Vielmehr kann ein solcher Eingriff aufgrund des Gewichts von anderen Verfassungsgütern gerechtfertigt sein. Aber immerhin: Ist die Selbstbestimmung im Sterben von einem grundrechtlichen Schutzbereich umfasst, dann bedarf ihre Einschränkung der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung durch ein anderes Verfassungsgut und zudem muss die Einschränkung dann verhältnismäßig sein.

Einschränkungen der Selbstbestimmung im Sterben ergeben sich vor allem aus der Schutzpflicht des Gesetzgebers für das Leben.

Das Recht auf Leben begründet nicht nur ein Abwehrrecht gegenüber Eingriffen des Staates in das Leben, sondern der Staat ist vielmehr zugleich verpflichtet, sich auch gegenüber Gefährdungen oder gar Angriffen privater Dritter schützend vor das Leben zu stellen. Ihren eigentlichen Grund hat diese Schutzpflicht aber nicht in einer objektiven Wertordnung, sondern in der Stärkung des jeweils gewährleisteten Grundrechts. Die Freiheitsgrundrechte schützen nicht nur vor Eingriffen des Staates in die verbürgte Freiheitssphäre, sondern sie verpflichten nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts den Staat auch, diese Freiheitssphäre zu schützen und zu sichern.

Strittig ist allerdings, ob die staatliche Schutzpflicht sich nur gegen Dritte richtet oder ob sie den Staat auch verpflichtet, den Menschen vor sich selbst zu schützen. Genauer: Besteht die Schutzpflicht des Staates auch vor autonomen Entscheidungen des Grundrechtsträgers gegen das eigene Leben?

Meines Erachtens kann man die Einschränkung eines Grundrechts nicht zugleich als Verwirklichung dieses Grundrechts interpretieren. Freiheitsbeschränkungen von grundrechtlich geschützten Bereichen sind Grundrechtseingriffe, die der verfassungsrechtlichen Legitimation bedürfen. Die Legitimation eines Grundrechtseingriffs kann aber nicht allein darauf gestützt werden, die Rechtsgüter dessen schützen zu wollen, dem die Beschränkung auferlegt wird. Die Grundrechte würden sich sonst unter der Hand aus einem Hort der Freiheits-sicherung zur Grundlage einer Fülle von freiheitsbeschränkenden Reglementierungen verwandeln. Eine Pflicht des Staates zum Schutz des Bürgers vor sich

selbst würde die Grundrechte zu Grundpflichten und damit in ihr Gegenteil verkehren.

Anders ist die Lage selbstverständlich, wenn keine freiverantwortliche Entscheidung gegen das eigene Leben, z.B. bei Menschen mit geistiger Behinderung, Kindern oder demenziell erkrankten Menschen, gegeben ist. In diesem Fall ist der Staat verpflichtet, auch gegen den vermeintlichen Willen ihres Trägers das Leben zu schützen. So schlicht diese Unterscheidung ist; festzustellen, ob ein Selbsttötungsvorhaben ein freiverantwortlicher Suizid ist oder hiervon wegen einer Depression nicht die Rede sein kann, ist alles andere als leicht zugänglich und muss vom Gesetzgeber bei der Ausgestaltung seines Schutzkonzepts beachtet werden.

4 Grundrechtskonflikt – Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis der bisherigen Überlegungen stellt sich die grundrechtliche Konfliktlage wie folgt dar: Einerseits ist die Selbstbestimmung im Sterben bezüglich der passiven Sterbehilfe vom Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit sowie hinsichtlich aktiver und indirekter Sterbehilfe und Selbsttötung von der negativen Seite des Freiheitsrechts auf Leben geschützt. Eine Einschränkung dieser grundrechtlichen Gewährleistung muss verhältnismäßig sein, darf mithin nicht das Übermaßverbot verletzen. Sie muss deshalb einen zulässigen Gesetzeszweck verfolgen, geeignet und erforderlich sein.

Auf der anderen Seite ist der Gesetzgeber zum Schutz des Lebens verpflichtet. Dabei gibt die Verfassung zwar den Schutz als Ziel vor, nicht aber seine Ausgestaltung im Einzelnen. Das Ziel besteht in einer umfassenden Bewahrung menschlichen Lebens. Gefordert ist ein effektiver Lebensschutz; auf kosmetische Maßnahmen kann sich der Staat nicht zurückziehen. Allerdings muss nach dem Grundsatz der Gewaltenteilung und dem demokratischen Prinzip dem Gesetzgeber die Auswahl der zweckdienlichen und gebotenen Schutzmaßnahmen zukommen. Dabei hat der Gesetzgeber bei der Festlegung seines Schutzkonzepts einen Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum. Notwendig ist ein – unter Berücksichtigung entgegenstehender Güter – angemessener Schutz; entscheidend ist, dass er als solcher wirksam ist. Die Vorkehrungen, die der Gesetzgeber trifft, müssen für einen angemessenen und wirksamen Schutz ausreichend sein und zudem auf sorgfältigen Tatsachenermittlungen und vertretbaren Einschätzungen beruhen. Unterschreitet der Gesetzgeber den erforderlichen Schutz, dann verletzt er das Untermaßverbot.

5 Bewertung der einzelnen Formen der Sterbehilfe

5.1 Passive Sterbehilfe

Es kann mittlerweile als gesicherte Auffassung von Rechtsprechung und Literatur angesehen werden, dass die freie Selbstbestimmung zum natürlichen Sterben

uneingeschränkt gilt. Die freiverantwortlich von einem Patienten getroffene Entscheidung, dass keine lebenserhaltende Maßnahme aufgenommen oder fortgesetzt werden soll, ist uneingeschränkt zu akzeptieren. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich der Patient bereits in der Terminalphase seines Sterbens befindet oder nicht. Ebenso wenig kommt es auf die Beweggründe des «einwilligungsfähigen» Patienten an, mögen diese auch nach der Beurteilung Dritter nicht nachvollziehbar sein.

Das Recht auf Leben begründet keine Pflicht zum Leben. Der Schutz der körperlichen Integrität durch Art. 2 Abs. 2 GG verlangt vielmehr, dass Behandlungsaufnahme und Behandlungsfortsetzung nur mit Einwilligung des Patienten erfolgen dürfen. Nicht erst der Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme bedarf deshalb einer Einwilligung des Patienten, sondern schon die Behandlung und damit die Weiterbehandlung. Entgegen verbreiteter Auffassung besteht hier auch nicht ein Konflikt zwischen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Entscheidet sich der Patient gegen die Lebenserhaltung, ist kein Raum mehr für die Annahme, der Arzt sei zur Erhaltung dieses menschlichen Lebens zwar grundsätzlich verpflichtet, nur trete diese Pflicht hinter das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zurück. Denn Träger des Selbstbestimmungsrechts über sein Leben ist der Patient und nicht der Arzt.

Darüber hinaus müsste bei einer Zwangsbehandlung gegen den freiverantwortlichen Willen des Patienten gefragt werden, ob dieser nicht als Objekt einer abstrakten, d.h. vom Willen ihres Grundrechtsträgers losgelösten, Vorstellung vom Lebensschutz behandelt und damit in seiner Würde verletzt werde.

5.2 Aktive Sterbehilfe (und indirekte Sterbehilfe)

Schwieriger und umstrittener ist dagegen die verfassungsrechtliche Beurteilung der aktiven Sterbehilfe. Während die freiverantwortlich gewollte passive Sterbehilfe uneingeschränkt zu respektieren ist, ist nach der Gesetzeslage die aktive Sterbehilfe durch § 216 StGB dem Wortlaut nach ausnahmslos verboten. Praktisch wird aber als Ausnahme hierzu die indirekte Sterbehilfe zugelassen. Eine erlaubte indirekte Sterbehilfe liegt vor, wenn eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation bei einem Patienten als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigt. Im Unterschied zur aktiven Sterbehilfe ist der Tod hier nicht primär angestrebtes Ziel, der Tod wird nur als Nebenwirkung in Kauf genommen. Der Begriff «indirekte Sterbehilfe» verharmlost den Umstand, dass durch eine aktive Einwirkung auf den Patienten eine Lebensverkürzung bewirkt wird. Die indirekte Sterbehilfe ist deshalb ein Unterfall der aktiven Sterbehilfe.

Im Hinblick auf die aktive Sterbehilfe ist mithin zu fragen, ob ihr Verbot als verhältnismäßiger Eingriff des Gesetzgebers in das Recht auf Selbstbestimmung verfassungsgemäß ist. Bezüglich der indirekten Sterbehilfe wäre zu fragen, ob ihre faktische Zulassung zu einem unzureichenden Schutz des Lebens führt.

a) Verbot der aktiven Sterbehilfe

aa) Grundrechtseingriff beim Patienten

Das Verbot der aktiven Sterbehilfe richtet sich an den Arzt bzw. Sterbehelfer und nicht an den Patienten. Das BVerfG bejaht allerdings einen Eingriff in das Grundrecht eines nur mittelbar Betroffenen, wenn die an einen anderen gerichtete Norm bei dem Dritten wie ein unmittelbar an diesen gerichteter Gesetzesbefehl wirkt. Ist der Arzt bereit, dem Wunsch seines Patienten nach aktiver Sterbehilfe zu entsprechen, ist durch das Verbot von § 216 StGB nicht nur der Arzt, sondern auch der Patient betroffen, weil dieser damit in seinen Möglichkeiten zur Verwirklichung seines Rechtes auf Lebensverneinung beschränkt wird. Durch § 216 ist ihm jede Möglichkeit genommen, seinen Todeszeitpunkt durch eine aktive Sterbehilfe zu bestimmen.

bb) Verhältnismäßigkeit des Eingriffs

Der Gesetzgeber ist zwar grundsätzlich berechtigt, Grundrechtsausübungen zum Schutz vor sich selbst einzuschränken (z.B. durch die Gurtpflicht im Straßenverkehr), er kann sich bei dem Verbot der aktiven Sterbehilfe aber nicht auf den Schutz des Sterbenden vor sich selbst berufen, weil eine strafrechtliche Pönalisierung mit ihrem sozialetischen Unwert-Urteil zum Schutz vor Selbstschädigung außer Verhältnis steht.

Es gibt allerdings Gesichtspunkte, die der Gesetzgeber zur Legitimation des Verbots der Tötung auf Verlangen heranziehen darf.

- Während bei der Selbsttötung angesichts des menschlichen Selbsterhaltungstriebes eine natürliche Hemmung als lebensschützende Sperre wirkt, sind diese Hemmungen beim Arzt, der die aktive Sterbehilfe als Teil seiner ärztlichen Praxis versteht, nicht unbedingt gegeben.
- Auch wenn angesichts der indirekten Sterbehilfe ein «Tötungstabu» nicht besteht. Die Gefahr einer schwindenden Achtung vor fremdem Leben ist bei einer Aufhebung des strafrechtlichen Verbots der Tötung auf Verlangen nicht auszuschließen. Die Annahme ist nicht unbegründet, dass der lebensverkürzende Eingriff leichter fällt, wenn er bereits zur gängigen Praxis geworden ist. Verhindert werden sollen mit § 216 StGB die Verrohung zwischenmenschlicher Verhältnisse und die Senkung der Schwelle zur (nicht- und unfreiwilligen) Mitleidstötung. Es geht mithin um die Sicherung eines allseitigen effektiven Lebensschutzes vor Dammbrocheffekten. Im Hinblick auf die Einschätzungs- und Entscheidungsprärogative des Gesetzgebers kann von diesem nicht verlangt werden, das Experiment einer Freigabe der Tötung auf Verlangen einzugehen.
- Weiterhin besteht bei einer Zulassung der aktiven Sterbehilfe die Gefahr, dass es irrtümlich zu Tötungen von Menschen kommt, die tatsächlich gar keine Sterbehilfe gewollt haben. Man denke allein daran, dass viele Selbsttötungs(versuche) nicht ernsthaft gewollt sind, sondern tatsächlich Hilferufe an die Umwelt sind. Zudem ist es schwierig festzustellen, ob ein

freiverantwortlicher Todeswunsch oder eine depressive Störung der Lebensverneinung zugrunde liegt. Nachdenklich stimmt vor allem der hohe Anteil von Alterssuiziden, der einhergeht mit depressiven Krankheitsbildern. Der eingeschränkte Wirkungsgrad, die Angewiesenheit auf die Hilfe anderer, der Verlust von gesellschaftlicher Anerkennung und vor allem die Vereinsamung im Alter führen zu einem erhöhten Anteil von Depressionen bei älteren Menschen und entsprechend zu erhöhten Suizidraten bei diesen. Gerade in dieser Lebensphase muss die Verantwortung der Gesellschaft dahin gehen, älteren Menschen beizustehen anstatt vermeintliche Todeswünsche voreilig zu bedienen.

All diese Gesichtspunkte wird der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Lebensschutzes bedenken müssen, weil er anderenfalls das «Untermaßverbot» verletzt – d.h. den Schutz des Lebens nicht ausreichend sichergestellt hat. Im Ergebnis kann hier festgehalten werden: Der mit § 216 StGB bezweckte Lebensschutz Dritter steht angesichts dieser Gesichtspunkte und der Vermeidung von unfreiwilligen Tötungen nicht außer Verhältnis zur Beeinträchtigung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, weil der Schutz des Lebens Dritter mindestens gleichwertig ist. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe in § 216 StGB ist deshalb verfassungsgemäß und gut begründet.

b) Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe

Von hier aus stellt sich aber die Frage, ob es nicht ein Wertungswiderspruch ist, wenn der Staat die aktive indirekte Sterbehilfe zulässt.

Im Verhältnis zu dem Sterbenden, der aktive indirekte Sterbehilfe wünscht, kann die Zulässigkeit der aktiven indirekten Sterbehilfe keinen Verfassungsverstoß darstellen. Denn der Grundrechtsträger hat m.E. zum einen aus seinem Recht auf körperliche Integrität i.V.m. der Würde des Menschen aus Art. 1 Abs. 1 GG einen Leistungsanspruch gegen den Staat auf Schmerzlinderung. Die ausdrückliche Anerkennung eines solchen Anspruchs entspricht dem verfassungsgerichtlich anerkannten Leistungsanspruch des Existenzminimums für ein menschenwürdiges Dasein. Die unverzichtbare Basisversorgung des Sterbenden, zu der die menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, das Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit gehören, gehört zu dem, was wir unseren sterbenden Mitmenschen schuldig sind. Starke Schmerzen beeinträchtigen nicht nur das Wohlbefinden, sondern wirken auch negativ auf die Persönlichkeit ein. Die Kosten der Schmerzlinderung sind eher niedrig, ihr Einsatz im Normalfall für den Sterbenden von großer Bedeutung. Eine angemessene Schmerzlinderung lässt sich nicht verweigern, ohne damit eine Gleichgültigkeit gegenüber dem Mitmenschen zum Ausdruck zu bringen, die einer Missachtung seiner Person und Verletzung seiner Würde gleichkommt.

Soweit mit der Schmerzlinderung eine unvermeidbare Lebensverkürzung in Kauf genommen wird, ist diese bei der freiwilligen indirekten Sterbehilfe, weil ja vom Sterbenden gewollt durch sein negatives Freiheitsrecht auf Selbstbestim-

mung im Sterben, sein Recht auf Verneinung des Lebens gedeckt. Mit dieser Einwilligung entfällt der Eingriff in das Leben des Sterbenden, ja die Verkürzung des Lebens entspricht hier sogar der Wahrnehmung des Rechtes des Sterbenden auf Selbstbestimmung im Sterben.

Grundrechtsdogmatisch problematisch ist dagegen aber die Frage, ob die faktische Zulassung der freiwilligen indirekten Sterbehilfe zu einem unzureichenden Schutz des Lebens anderer Menschen führt. Die wenigen Fälle, in denen sich die Rechtsprechung damit auseinandersetzen musste, ob ein Sachverhalt der unzulässigen aktiven direkten Sterbehilfe oder der zulässigen aktiven indirekten Sterbehilfe gegeben ist, zeigen deutlich, wie schwierig die Grenzüberschreitung zur aktiven Sterbehilfe zu kontrollieren ist. Mit der Verpflichtung zum Schutz des Lebens einerseits und dem der Achtung des Persönlichkeitsrechts am eigenen Körper andererseits stehen sich jeweils hohe Schutzgüter gegenüber. Die Erhöhung unfreiwilliger Tötungen steht deshalb nicht per se außer Verhältnis zur Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe. Denn der effektive Schutz des Lebens ist nicht der absolute Lebensschutz, sondern der in Anbetracht des Rechtsgutes und der Eigenart des jeweiligen Sachgebietes angemessene Lebensschutz. Allerdings gebietet es der Wert des Lebens, dass der Gesetzgeber besondere Schutzanstrengungen unternimmt, um die Gefahren für das Leben Dritter in weitem Umfang präventiv abzuwenden. Hier wird man vor allem eine ausreichende Beobachtung und Dokumentation des Krankheitsverlaufs verlangen müssen, wenn im Rahmen der Schmerzmittelmedikation höhere Dosen verabreicht werden. Soweit ich den hannoverschen Fall der Ärztin Bach mitverfolgen konnte, scheinen mir noch Schutzlücken zu bestehen. Ein näheres Urteil bedürfte aber der genaueren Kenntnis der konkreten Vorschriften beim Einsatz schmerzlindernder Mittel. Vom Grundsatz her ist die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe vom gesetzgeberischen Gestaltungsspielraum gedeckt. Im Gegenteil wäre ein Verbot auch der indirekten Sterbehilfe im Hinblick auf den verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf Schmerzlinderung und die Selbstbestimmung im Sterben ausgesprochen problematisch.

5.3 Teilnahme am Suizid

Der Suizid und die Teilnahmeformen am Suizid – also die Anstiftung zum Suizid und die Beihilfe zum Suizid – sind in Deutschland nicht strafbar. Man könnte nun annehmen, dass im Hinblick auf das negative Freiheitsrecht im Sinne einer Verneinung des eigenen Lebens kein Raum mehr für ein gesetzliches Verbot der Teilnahmeformen am Suizid gegeben ist.

Anstiftung zum Suizid

Im Hinblick auf die Anstiftung zum Suizid kommt der Gesetzgeber aber m.E. seiner Pflicht zum Schutz des Lebens nicht hinreichend nach.

Keiner hat das Recht, einem anderen Menschen sein Lebensrecht abzusprechen. Vielmehr gebietet die Würde des Menschen ein gleichberechtigtes Lebens-

recht aller Menschen, das nicht nach der Qualität des Lebens abgestuft werden darf. Diese Würdestellung kommt einem Menschen nicht wegen einer besonderen Eigenschaft oder seiner Leistungsfähigkeit zu; die Menschenwürde ist vielmehr ein verfassungsrechtlich postuliertes Beziehungsverhältnis. Sie ist Ausdruck der gegenseitigen und voraussetzungslosen Anerkennung.

Vor diesem Hintergrund kann die Anstiftung zum Suizid keinen grundrechtlichen Schutz genießen. Denn der Anstifter will einen Mitmenschen durch Überredung oder Anreize (z.B. finanzielle) dazu bewegen, sein Leben zu vernichten. Er setzt damit Zweifel am Sinn der Existenz eines Menschen und erklärt damit Vorbehalte an dessen Stellung als gleichberechtigtes Glied der Anerkennungs-gemeinschaft.

Im Hinblick auf die Schutzpflicht des Gesetzgebers für Leben und Würde der Grundrechtsträger kann der Gesetzgeber die Anstiftung zum Suizid nicht zulassen, sondern muss sie vom Grundsatz her als mögliche Beeinträchtigungsform der Würde des Menschen zu unterbinden suchen.

Beihilfe zum Suizid

Im Bereich der Suizidbeihilfe gibt es gegenwärtig Veränderungen der tatsächlichen Gefährdungslage, die zumindest die Frage aufwerfen, ob die Straffrei-stellung noch hinreichend der Schutzpflicht des Gesetzgebers für das Leben entspricht.

Im Verhältnis Arzt und Patient hat bislang das ärztliche Standesrecht faktisch dem assistierten Suizid einen Riegel vorgeschoben. Bislang bewerteten die Grundsätze der Bundesärztekammer die Beihilfe zum Suizid als dem ärztlichen Ethos widersprechend. Über die ärztlichen Berufsordnungen war damit die Beihilfe zum Suizid keine erlaubte ärztliche Praxis. Allerdings muss man hier einschränkend anmerken, dass das Recht auf Leben auch in seiner negativen Dimension des selbstbestimmten Sterbens gem. Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG nur aufgrund eines formellen Gesetzes eingeschränkt werden darf und dass dem die Satzungen und Berufsordnungen mangels formeller gesetzlicher Grundlage in dieser Hinsicht nicht gerecht geworden sind.

In den neuen Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebe-gleitung heißt es nunmehr: «Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.» Damit sollen, so der frühere Präsident der Bundesärz-tekammer Hoppe, «die verschiedenen und differenzierten individuellen Moral-vorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt werden, ohne die Grundausrichtung und die grundlegenden Aussagen zur Sterbebeglei-tung in Frage zu stellen.» Faktisch wird damit aber an die Stelle des bisherigen grundlegenden Verbots die Suizidbeihilfe stärker in die Verantwortungsüberle-gung des Arztes gelegt.

Weiterhin gibt es mittlerweile Sterbehilfeorganisationen wie DIGNITAS und EXIT, bei denen eine verselbständigte Hilfe zum Suizid als entgeltliche Dienst-leistung angeboten wird. Bei dieser Form der unkontrollierten Suizidbeihilfe wird in keiner Weise sichergestellt, dass nicht einem an einer Depression erkrankten

Sterbewilligen Suizidbeihilfe geleistet wird. Es unterschreitet die Schutzpflicht des Gesetzgebers für das Leben, wenn er Organisationen, die nach ihrem Zweck nach die Hilfe zur Selbsttötung verfolgen, zulässt, ohne Schutzregelungen zu bedenken, die sicherstellen, dass die Selbsttötung auch freiverantwortlich ist – ist doch die Gefährdungslage, dass ein Suizid nicht frei verantwortlich ist, ausgesprochen hoch. Empirische Untersuchungen gehen von einem Anteil depressiv Erkrankter an den Suizidraten zwischen 30 und 80 % aus.

Hier wird der Gesetzgeber überlegen müssen, ob die Suizidbeihilfe außerhalb von besonderen Vertrauensverhältnissen wie der Familie oder dem Arzt / Patienten-Verhältnis überhaupt zulässig sein sollte. Weiterhin muss der Gesetzgeber im Hinblick auf seine Schutzverpflichtung Regelungen aufstellen, die einen effektiven Schutz vor nichtfreiwilliger Selbsttötung bieten. Das gilt erst recht, wenn der assistierte Suizid Eingang in die Praxis der ärztlichen Sterbebegleitung finden sollte.

Gesetzliche Einschränkungen bei den Teilnahmeformen am Suizid wären auch kein deutscher Sonderweg. Im Gegenteil ist praktisch in allen Gliedstaaten der USA die Beihilfe zum Suizid strafbar und selbst in den Niederlanden sind trotz der Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe beide Teilnahmeformen am Suizid (Beihilfe und Anstiftung) grundsätzlich strafrechtlich verboten.

6 Schluss

Ich komme damit zum Schluss. Das Grundgesetz gibt im Bereich der Sterbehilfe nur bestimmte Grenzen auf, aber nicht eine bestimmte Form des guten Sterbens. Eine freiheitliche Verfassung darf nicht ein bestimmtes Menschenbild aufgeben; sie hat vielmehr die Freiheitsgewährleistung der Grundrechte zu sichern und zu schützen. Im Bereich der Sterbehilfe besteht eine Konfliktlage zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung im Sterben und der Pflicht des Gesetzgebers zum Schutz des Lebens. Bei diesem Konflikt ist zunächst der Gesetzgeber und nicht die Rechtsprechung gefordert, für einen angemessenen Ausgleich im Sinne der praktischen Konkordanz der grundrechtlichen Interessen zu sorgen. Der Gesetzgeber hat vor diesem Hintergrund im Bereich der Sterbehilfe Regelungen getroffen, die nicht zwingend, aber verfassungsgemäß sind. Zu bedenken ist allerdings, ob der Lebensschutz bei der indirekten Sterbehilfe nicht besser gesichert werden muss. Auch muss der Gesetzgeber veränderten Gefährdungslagen wie sie bei der Anstiftung zum Suizid und der Suizidbeihilfe neuerdings gegeben sind noch mit einem ausreichenden Schutzkonzept begegnen.

Aktive Sterbehilfe – Grundlagen und Grenzen der Legitimation

1 Einleitung

Das Thema Sterbehilfe ist ein weites Feld. Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Formen der Sterbehilfe, und jede hat ihre eigenen Probleme. Nicht annähernd alle dieser Probleme können hier behandelt werden.

Eine zweite, sachliche Vorbemerkung: Es gibt bekanntlich eine neue Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom letzten Jahr, die von vielen Leuten, vor allem auch in der Presse, als das Durchhauen des gordischen Knotens der Sterbehilfe begrüßt worden ist. Das ist diese Entscheidung freilich nicht! Sie klärt einige Dinge vorbildlich, aber sie macht in anderen Hinsichten Fehler und sie liefert vor allem kein Argument für den Standpunkt, man könne sich künftig in Sterbehilfesituationen die schwierige Entscheidung zwischen aktivem Tun und passivem Geschehenlassen schenken. Denn, so ist gesagt worden, der übergeordnete Begriff sei der des Behandlungsabbruchs. Das konnte der BGH nur in diesem konkreten Fall sagen und die Unterscheidung dabei offen lassen, weil er das fragliche Verhalten, über das er zu befinden hatte, als Handlung oder Unterlassung jedenfalls rechtfertigen wollte. Denn es gab eine Patientenverfügung, die dafür gesprochen hat, dass die Patientin keine lebenserhaltende Behandlung mehr wollte. Handelt demgegenüber ein Arzt aber rechtswidrig – und das kommt selbstverständlich auch vor – dann muss unterschieden werden, ob er aktiv oder nur durch Unterlassen getötet hat, und zwar schon deshalb, weil das Gesetz unterschiedliche Rechtsfolgen daran knüpft, nämlich für die Tötung durch Unterlassen eine mildere Strafe erlaubt. Die illegitime Sterbehilfe hat der BGH überhaupt nicht in den Blick genommen. Er hat lediglich die im konkreten Fall zu beurteilende als jedenfalls legitim gekennzeichnet. Nun liegt es freilich auf der Hand, dass die Frage, in welchem Modus ein *erlaubtes* Verhalten stattgefunden hat, gänzlich egal ist. Das ist in der Presse als ein für alle Sterbehilfefälle verallgemeinerungsfähiger Rechtssatz missverstanden worden.

Ein anderer wichtiger Grund, warum die in der Ethik wie in der Rechtslehre entwickelten Unterscheidungen der Sterbehilfeformen und ihrer jeweiligen Möglichkeiten der Rechtfertigung nach wie vor eine fundamentale Rolle spielen, liegt darin, dass es nicht einfach nur auf das äußere Erscheinungsbild eines Handlungsgeschehens ankommt, also nicht einfach darauf, ob etwa eine

lebenserhaltene Maschine, ein Respirator, abgeschaltet wird. Denn ob das ein Tun oder ein Unterlassen ist, hängt auch maßgeblich davon ab, wer die Maschine abschaltet. Tut dies der Arzt, so unterbricht, beendet und unterlässt er damit etwas, was er zuvor (ggf. für seine Klinik) als Leistung erbracht hat: die lebenserhaltende Atemluft, wenn Sie so wollen. Steigt dagegen nachts der gierige Neffe, der endlich erben will, ins Zimmer der Patientin ein und schaltet die Maschine ab, äußerlich exakt genauso wie der Arzt im anderen Fall, dann interveniert er aktiv in einen lebenserhaltenden Zusammenhang, den er nicht gestiftet hat. Und das ist immer ein aktives Töten.

All diese Dinge sind in der Diskussion um das BGH-Urteil einigermaßen untergegangen. Wir brauchen aus den angedeuteten Gründen aber nach wie vor die fundamentalen Grundsätze, die in der Vergangenheit erarbeitet worden sind. Sie führen zu Differenzierungen, die ihr Fundament in Rechtsprinzipien haben, und damit auch zu unterschiedlichen Möglichkeiten der Legitimation und ihren jeweiligen Grenzen. Das will ich zunächst anhand der verschiedenen Formen der Sterbehilfe knapp skizzieren und mich dann auf die Form konzentrieren, von der ich hier im Einzelnen etwas genauer sprechen will.

Wir können einerseits unterscheiden nach der Form des ärztlichen Verhaltens und andererseits nach dem rechtlichen Status bzw. dem Zustand des Adressaten, also des Patienten. Zum Letzteren zuerst: Ist der Patient ein Erwachsener oder ein Kind, ein Bewusstloser oder jemand, der eigenverantwortlich entscheiden kann, jemand, der noch nie, oder jemand der nicht mehr selbst entscheiden kann? Im Hinblick auf die Formen des ärztlichen Verhaltens lassen sich die passive, die indirekt aktive und die direkt aktive Sterbehilfe unterscheiden.

Fragen wir mit Blick auf den Zustand des Adressaten nach der Legitimität des sozusagen sterbehelfenden Umgangs mit ihm, dann müssen wir zwischen Einwilligungsfähigen und Einwilligungsunfähigen differenzieren. Auf Seiten des Arztes wiederum korrespondieren mit seinen äußeren lebensverkürzenden Handlungen oder Unterlassungen möglicherweise unterschiedliche mentale Zustände. Sie bezeichnen den subjektiven Modus der Todesherbeiführung. Bei der direkten aktiven Sterbehilfe besteht er in einem intentionalen Zusteuern auf den Tod. Dieser ist als Folge des ärztlichen Handelns Gegenstand einer Absicht des Arztes. Bei der indirekt aktiven Sterbehilfe, so sagt man, wolle der Arzt primär etwas anderes, nämlich Leidens- und Schmerzminderung; die Lebensverkürzung nehme er als unvermeidbare Nebenfolge bloß in Kauf. Bei der passiven Form lässt der Arzt etwas geschehen, und dieses Unterlassen beruht natürlich auf einem entsprechenden Vorsatz. Auch im strafrechtlichen Sinne ist das ein vorsätzliches Verhalten. Die Frage dabei ist, ob der Arzt eine Pflicht hat, weiter tätig zu bleiben, oder ob er diese Pflicht nicht (mehr) hat.

Auf der anderen Seite, der des Patienten, würden wir bei den Einwilligungsunfähigen, wie bereits angedeutet, die noch nie Einwilligungsfähigen (wie Neugeborene oder Kleinkinder) von den nicht mehr Einwilligungsfähigen unterscheiden (etwa von schwer dementen alten Patienten oder Patienten im irreversiblen apallischen Syndrom). Diese Differenzierungen führen ebenfalls zu unterschied-

lichen rechtlichen und rechtsprinzipiellen Erwägungen zur Frage der Rechtfertigung einer Lebensverkürzung. Davon wird im Folgenden allerdings nicht mehr die Rede sein.

2 Die indirekte Sterbehilfe

Es ist ratsam mit der indirekten Sterbehilfe zu beginnen, um sich klarzumachen, worin genau denn deren Legitimität gründen könnte. Das erfordert eine genaue Analyse. Die indirekte Sterbehilfe wird weltweit von allen an der Diskussion Beteiligten, den Papst in Rom eingeschlossen, für legitim gehalten. Und da das so ist, ziehen sich viele Leute in der Debatte auf diesen Konsens zurück und sagen: «Wir müssen hier nichts diskutieren, denn wir sind uns alle einig.» Das ist aber falsch. Nur dann können wir verstehen, warum Sterbehilfe auch in der aktiven Begehungsform gegebenenfalls legitim sein kann, wenn wir die Legitimation für die indirekte Sterbehilfe genau ermitteln und durchschauen. Das will ich zunächst versuchen.

Man spricht von indirekter Sterbehilfe, das habe ich schon erwähnt, wenn, erstens, der Todeseintritt durch eine zur Schmerzlinderung gebotene, also indizierte Medikation, zumeist durch Gabe von Morphin, beschleunigt wird oder diese Beschleunigung nicht auszuschließen ist, und wenn, zweitens, der Arzt die Todesbeschleunigung für möglich, gegebenenfalls für wahrscheinlich oder sogar für sicher hält. Alle drei Varianten bezeichnen, strafrechtlich gesprochen, Formen des Vorsatzes. Dafür reicht bereits ein «Für-möglich-Halten» aus. Und wenn schließlich, drittens, so wird gesagt, der Arzt die Todesbeschleunigung nicht beabsichtigt, sondern als unbeabsichtigte Nebenfolge nur in Kauf nimmt. Dieses Vorgehen wird allgemein nicht nur für zulässig, sondern unter dem Gesichtspunkt der ärztlichen Pflicht zur Schmerzlinderung mit Recht sogar für geboten gehalten. Es handelt sich aber rechtlich, und da sollte man nicht drum herum reden, eindeutig um eine Form der aktiven und vorsätzlichen Sterbehilfe. Die Legende, die in unserer öffentlichen Diskussion in diesem Punkt seit eh und je kultiviert wird, nämlich: vorsätzliche aktive Sterbehilfe sei in Deutschland immer und unbedingt strafbar, ist schon deshalb falsch, weil es immer einen Bereich gegeben hat, nämlich den der indirekten Sterbehilfe, für den das nicht gilt und für den nie bestritten worden ist, dass über die Straffreiheit hinaus hier sogar ein entsprechendes Handlungsgebot besteht.

Versuchen wir zu klären, warum das legitim sein kann. Dafür wende ich den Blick zunächst auf § 216, der grundsätzlich die Tötung auf Verlangen verbietet. Wir brauchen, und das steht außer Streit, für die indirekte Sterbehilfe bei einem einwilligungsfähigen Patienten dessen Einwilligung. Nun sagt § 216: «Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.» Die Norm zeigt deutlich, dass allein die Einwilligung zur Rechtfertigung des ärztlichen Handelns nicht reicht; dass das Recht eine Legitimation selbst der schwächsten (und damit *jeder*) Form aktiver Sterbehilfe allein

auf der Grundlage der Autonomie, der Selbstbestimmung, des Verlangens eines Patienten nicht anerkennt. Das autonome Verlangen legitimiert die aktive gezielte Tötung nicht – *allein* jedenfalls führt es noch nicht zur Rechtfertigung.

Ich halte das Prinzip, das dieser Regelung zugrunde liegt, für vollkommen richtig. Dass der § 216 also nicht aus dem StGB gestrichen werden sollte, dafür trete ich seit eh und je ein. Mein akademischer Lehrer Arthur Kaufmann in München, ein übrigens streng katholischer und sehr kluger Strafrechtslehrer, war da anderer Meinung. Er wollte § 216 gestrichen sehen. Ich meine, es gibt einen guten Grund für die Norm. Stellen Sie sich den zum ersten Mal in seinem Leben aus Liebeskummer verzweifelten 19-jährigen Jugendlichen vor, der das subjektiv unabweisbare Gefühl hat, er könne das nicht durchstehen, und der deshalb seinen Freund bittet, ihm eine Kugel in den Kopf zu schießen. So etwas wollen wir nicht zulassen und das Recht hat gute Gründe, ein solches Verhalten trotz der Einwilligung mit Strafe zu bedrohen.

Wir haben als Ausgangspunkt und Gegenstand unserer Betrachtung eine Handlung, etwa eine Morphininjektion in möglicherweise tödlicher Dosis. Diese ist aber ärztlich indiziert, weil nur sie, so wollen wir annehmen, die schweren Schmerzen zum Beispiel eines terminal Krebskranken noch lindern kann. Diese Handlung führt unmittelbar zu einem bestimmten Erfolg, der Schmerzinderung. Subjektiv, so sagt man, muss das vom Arzt beabsichtigt, es muss das Ziel seines Handelns sein. Die Handlung hat nun aber noch eine zweite Folge: die Beschleunigung des Todeseintritts. Und diese, so heißt es, darf der Arzt nicht beabsichtigen; er darf sie nur in Kauf nehmen.

Dieses Verhalten erfüllt, auch bei korrekter Absicht des Arztes, den Tatbestand des § 216. Die indirekte Sterbehilfe, sehen wir, erfüllt somit diesen Tatbestand: Sie verkürzt das Leben durch eine aktive Handlung. Und da der Arzt diese Verkürzung (zwar nicht beabsichtigt) aber in Kauf nimmt, handelt er mit Vorsatz; denn dafür reicht das bloße Fürmöglichhalten der Lebensverkürzung aus. Stellen Sie sich illustrationshalber einen Räuber vor, der sein Opfer mit einem schweren Baseballschläger wuchtig auf den Kopf schlägt und sich dabei sagt: «Ich will ihn nur berauben, hoffentlich stirbt er nicht, wiewohl ich das Todesrisiko sehe.» Stirbt das Opfer dann, so ist das ein Mord. Niemand könnte sich darauf berufen, er habe das nicht gewollt, sondern als unerwünschte Nebenwirkung nur in Kauf genommen. Das reicht für den Vorsatz und damit für die Erfüllung des Tatbestands. Aber das heißt nicht, dass ein solches vorsätzliches Töten ausnahmslos verboten ist. Nehmen wir den § 212. Er verbietet grundsätzlich den Totschlag. Das heißt aber nicht, dass *jeder* Totschlag verboten ist. Wer etwa in Notwehr seinen Angreifer vorsätzlich tötet, ist gerechtfertigt. Und von dieser Form der ausnahmsweisen Rechtfertigung eines grundsätzlich verbotenen Tuns rede ich jetzt. Eine solche Handlung erfüllt den Tatbestand des Totschlags, aber sie kann gerechtfertigt sein, z.B. durch Notwehr. Und im gleichen Sinn kann natürlich auch die Erfüllung des Tatbestands des § 216 gerechtfertigt sein. Zwar nicht durch Notwehr, weil es im Verhältnis zwischen dem Patienten und seinem Arzt keinen «rechtswidrigen Angriff» gibt, der Voraussetzung einer Notwehrlage ist –

im Gegenteil wollen ja beide sozusagen parallel und mit demselben Ziel handeln. Aber die Notwehr ist eben nicht der einzige Rechtfertigungsgrund. Und das will ich nun genauer betrachten.

Was immer die indirekte Sterbehilfe rechtfertigen mag: jedenfalls ist es primär auf die Schmerzlinderung bezogen. Und was *diese* rechtfertigt ist einfach der Umstand, dass sie keine Schädigung, sondern eine vom Patienten erwünschte Hilfe, eben eine Schmerzlinderung ist; sie ist, wie wir gesehen haben, sogar geboten, also für den Arzt Gegenstand einer Pflicht. Die Rechtfertigung bezieht sich nun, genau betrachtet, nicht auf den Effekt der Schmerzlinderung, sondern auf die Handlung, die ihn herbeiführt: Wegen ihres schmerzlindernden Erfolgs ist die Injektion des Morphiums (möglicherweise) gerechtfertigt. Und nun muss man sehen, dass der Erfolg Nr. 1 (Schmerzlinderung) und der Erfolg Nr. 2 (Lebensverkürzung) als Folgen ein und derselben Handlung untrennbar miteinander verbunden sind. Könnte der Arzt trotz Schmerzlinderung den Tod vermeiden, würde er es tun. Aber das geht eben (zumindest möglicherweise) nicht; denn die Morphiumspritze führt nicht nur zur Schmerzbesichtigung, sondern auch zur Atemlähmung und deshalb zum vorzeitigen Tod. Da nun beide Effekte der Handlung untrennbar verbunden sind, muss sich die Rechtfertigung auch auf beide beziehen, und das heißt: Sie schließt den vorzeitigen Tod ein.

Noch einmal: Was immer die Rechtfertigung zuletzt begründen mag, es ist jedenfalls nicht ein Vorrang der Autonomie. Nicht der Wille des Patienten ist es, was den Arzt bei der Tötung legitimieren kann. § 216 schließt das aus. Jenseits der Einwilligung beruht die allenfalls mögliche Legitimation auf der Hilfe, der Schmerzlinderung, und damit auf der Norm und dem Prinzip des rechtfertigenden Notstandes. Es setzt die Kollision zweier Handlungsfolgen, einer positiven und einer negativen, gerade voraus und rechtfertigt unter bestimmten weiteren Voraussetzungen *beide*. Das will ich Ihnen genauer vor Augen führen.

3 Exkurs: Fragen zur Legitimation

Zunächst aber ein knapper Exkurs zu einer vor allem unter Ärzten verbreitete, aber irriige Begründung für die Rechtfertigung. Auch Juristen setzen manchmal auf diesen falschen Weg. Viele Ärzte und manche Juristen glauben, die Legitimation der indirekten Sterbehilfe gründe zuletzt in der korrekten und damit moralisch richtigen Absicht des Arztes: Gerechtfertigt sei er, weil er das Gute, die Schmerzlinderung, beabsichtige, während er das Böse, den schnelleren Tod, nur in Kauf nehme (und beabsichtige er tatsächlich *beides*, so mache er sich des Totschlags schuldig). Das ist als Konstruktion einer Rechtfertigung freilich untauglich, wiewohl es auch unter Strafrechtlern eine verbreitete Legende ist und selbst der BGH zu dieser Auffassung neigt. Warum sie dennoch nicht richtig ist, will ich Ihnen genauer zeigen.

Der erste Grund, auch Nichtjuristen wohl sofort eingängig, lautet: Ein rechtlich *gebotenes* äußeres Handeln, also die Spritze mit Morphinum zur Schmerzlinderung, kann nicht deshalb zum rechtlich Verbotenen werden, weil der zum

Handeln Verpflichtete dabei eine «falsche» innere Einstellung (Absicht) habe. Sonst könnte sich ein Arzt allein durch die innere Modifikation seiner subjektiven Absichten von seinen objektiven Rechtspflichten befreien. Wie sollte man sich zudem eigentlich die innere Anpassung einer zunächst vielleicht «falschen» Absicht vorstellen? Der Arzt konzentriert sich heftig und sagt dann: «Ah – jetzt beabsichtige ich etwas anderes als eben noch, nämlich *nur* die Schmerzlinderung und nicht mehr außerdem den Tod.» Das ist nicht nur lebensblind. Vielmehr kann die korrekte innere Einstellung als subjektiver Begleitumstand einer korrekten äußeren Tat nicht Gegenstand eines Rechtsbefehls sein. Rechtsbefehle müssen erzwingbar sein. Der Arzt hat die Pflicht, diese Spritze zu geben. Wollte das Recht wirklich zu ihm sagen: «Diese Pflicht hast du, aber außerdem auch die Pflicht, die richtige mentale Einstellung dabei zu haben», dann geböte es ihm etwas nicht (und nicht einmal durch ihn selbst) Erzwingbares. Das widerspricht schon dem Grundbegriff eines rechtlichen Gebots. Der Arzt hat schlicht die Pflicht, die Spritze zu geben. Die innere Gesinnung, in der er das tut, die diversen Absichten, die er damit subjektiv verbindet, stellt ihm das Recht frei und muss dies tun, so wie es jedem rechtmäßig Handelnden die Motive, aus denen er das tut (anständige Gesinnung oder allein Furcht vor Strafe) freistellt. Man kann sich im Übrigen auch unschwer Ärzte vorstellen, die solche (potenziell) lebensverkürzenden Spritzen auch mit der Absicht geben, die Wirksamkeit eines neuen Medikaments als letzte Möglichkeit der Schmerzlinderung zu erkunden. Oder die innerlich in Wahrheit allein das Ziel verfolgen (also die Absicht haben), dafür einmal den Nobelpreis zu bekommen. Oder die allein ihre Kostenabrechnung dabei im Sinn haben. Alles das *kann* ein äußerlich korrektes, ja gebotenes Tun selbstverständlich nicht zum strafbaren machen. Es mag den Charakter eines Arztes in ein ethisches Zwielficht rücken; seine Strafbarkeit begründen kann es nicht. So ungern das viele Leute hören, manche meiner Kollegen eingeschlossen – richtig ist: Darf der Arzt so handeln, wie er handelt, und weiß er das auch, dann darf er es mit jederlei Gesinnung oder Absicht.

Lassen Sie mich das mit einem abschließenden Beispiel veranschaulichen: Nehmen wir an, der Intensivmediziner Dr. A. betreut den moribunden Krebspatienten P. Bei P. tritt ein tumorbedingter Darmverschluss ein; er erbricht unter offensichtlich großen Schmerzen einen Schwall brauner, flüssiger Exkremente. (Solche Fälle gibt es in der klinischen Praxis nicht ganz selten.) Dr. A. spritzt ihm die medizinisch indizierte und rechtlich gebotene Dosis Morphium zur Linderung der Qualen. Sagt er sich dabei: «Möglicherweise bringt diese Spritze das Ganze zu einem gnädigen Ende; das will ich aber keineswegs, vielmehr nehme ich es nur bedauernd in Kauf», dann hat er, so der allgemeine Konsens, erlaubt gehandelt und seine ärztliche wie rechtliche Pflicht erfüllt. Denkt er sich dagegen: «Hoffentlich bringt diese Spritze das Ganze zu einem gnädigen Ende», dann soll er sich mit genau derselben Spritze in genau derselben Dosis plötzlich wegen eines Tötungsdeliktes strafbar machen? Das ist, mit Verlaub, abwegig, obwohl es der vorherrschenden Meinung, auch unter Juristen, in der gegenwärtigen Diskussion entspricht. Die Ethiker mögen streiten; aber die Strafrechtler sollten

es nicht. Wer wissentlich das Richtige tut und dabei eine schäbige Absicht hat, handelt trotzdem rechtens – mag er sich damit auch moralisch diskreditieren. Das ist einer der Unterschiede zwischen Recht und Ethik. Mit dem Strafrecht zielt man über korrektes Handeln hinaus auch auf korrekte Absichten, also zuletzt einen anständigen Charakter und auf die Bestrafung einer Gesinnung. In einem liberalen Verfassungsstaat ist das nicht legitim. Leider hat 2006 eine Gruppe renommierter Strafrechtslehrer in einem sonst verdienstvollen Gesetzentwurf zur Sterbebegleitung diese verfehlte Auffassung bekräftigt.

Zur Ergänzung und nur beiläufig: Empirische Studien zeigen, und jeder Arzt dürfte das beglaubigen können, dass Ärzte bei der gebotenen Behandlung schwer leidender, sterbender Patienten das Changieren ihrer komplizierten inneren Motive zwischen Absicht und bloßer Inkaufnahme nicht willentlich kontrollieren können. Man möchte sagen: Wen könnte das überraschen? Und was ist das eigentlich für ein Pharisäertum, zu sagen «dir kann ich in die Seele gucken, du hast eine verkehrte Absicht gehabt; und dir kann ich ebenfalls hineinsehen – du hast nur etwas in Kauf genommen», wenn die so Angesprochen selber diese inneren Vorgänge nicht einmal steuern können?

4 Die Sterbehilfe als Notstandsrecht

In Wahrheit gründet die Legitimation der indirekten Sterbehilfe in der Norm des rechtfertigenden Notstands und nicht in der wohlwollenden Absicht des Arztes. Diese Notstandsnorm ihrerseits beruht auf fundamentalen rechtlichen Prinzipien. In § 34 des deutschen StGB hat sie zudem eine positivrechtliche Form erhalten, an die wir uns im Weiteren zur besseren Veranschaulichung halten wollen.

Nehmen Sie als Beispiel das drohende schwere Leiden eines terminal Krebskranken. Es ist diagnostisch und prognostisch erfassbar, und es ist im Sinn des § 34 eine «Gefahr» für den «Leib». Wer in einer solchen Gefahrensituation, so fährt die Norm fort, «eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden» (in unseren Fällen der Arzt vom Patienten), «handelt nicht rechtswidrig, wenn ...». Und dann statuiert der Paragraph das Erfordernis einer komplexen Abwägung der im konkreten Fall «widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter». Im Sterbehilfe-Kontext geht es dabei einerseits um das Leben, das (möglicherweise) verkürzt wird, und andererseits um die bestmögliche Schmerzfreiheit der letzten Lebensstunden des Patienten. Dabei muss, sagt § 34, das geschützte Interesse, die Schmerzlinderung, das beeinträchtigte Interesse, das Leben, «wesentlich überwiegen». «Dies gilt jedoch nur», so dann der nachfolgende Satz 2, «soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden». In diesen Erfordernissen der Rechtfertigung finden Sie sämtliche Voraussetzungen einer Rechtfertigung der indirekten Sterbehilfe.

Nun lautet ein geläufiger juristischer Einwand freilich so: Eine solche Notstandsrechtfertigung komme nicht infrage, denn es könne kein «wesentliches Überwiegen» der Schmerzlinderung über das Leben geben. Denn dieses

sei als Rechtsgut weitaus gewichtiger als der «Leib», die bloße körperliche Integrität. Viele sagen, das Leben sei überhaupt das höchstrangige Rechtsgut. Aber der Einwand beruht auf einem prinzipiellen Irrtum, einer Verwechslung zweier rechtlicher Schutzgüter, die man genau unterscheiden muss: das *Recht* auf Leben und das bloße biologische Am-Leben-Sein des Menschen. Warum man das genau unterscheiden muss, will ich Ihnen zeigen.

Ich tue das anhand einer normtheoretischen Analyse des § 216, der die Tötung auf Verlangen verbietet. Nehmen Sie zunächst ein triviales Geschehen, bei dem jemand ein Schutzobjekt seines eigenen subjektiven Rechts zerstört, z.B. seines Eigentumsrechts. Sie wollen Ihr altes Fahrrad loswerden und überlegen, wie Sie's klein machen und entsorgen können. Täte Ihr Nachbar so etwas ohne Ihren Willen, so beginge er eine strafbare Sachbeschädigung. Tun Sie es dagegen selbst, so begehen Sie nicht etwa eine Sachbeschädigung an Ihrem eigenen Rechtsgut, die man dann irgendwie erst rechtfertigen müsste. Nein, Sie tasten damit Ihr *eigenes* Recht auf Eigentum überhaupt nicht an. Und diesen leicht einsehbaren Rechtsgedanken kann, ja muss man verallgemeinern. Zerstört jemand ein Schutzobjekt seines eigenen Rechts, so greift er nicht etwa in dieses eigene Recht ein. Das ist vielmehr normenlogisch unmöglich. Sein Recht schützt ihn *gegen andere*, nicht vor ihm selbst. Mein subjektives Recht auf Eigentum und auf körperliche Unversehrtheit verpflichtet andere, mein Eigentum und mich in Ruhe zu lassen; nicht dagegen verpflichtet es mich selbst. Denn sonst wäre es eben kein Recht, sondern eine Pflicht. Und das ist offensichtlich etwas anderes.

Diesen Gedanken müssen wir noch ein wenig erweitern. Schaltet jemand zur Zerstörung des Gegenstands seines subjektives Rechts einen Dritten ein, so verletzt auch dieser nicht das Recht des ihn Bittenden. Wenn Sie zum Beispiel Ihren kräftigeren Nachbarn bitten, Ihr Fahrrad kurz und klein zu schlagen, so verletzt auch er nicht Ihr Recht auf Eigentum. Im Gegenteil: Er hilft Ihnen, es (per Zerstörung) zu verwirklichen; denn nur Sie dürfen, eben kraft Eigentumsrechts, Ihr Rad zerstören. Das ist, wie angedeutet, ein begrifflicher, ein normenlogischer Zusammenhang. Das leicht fassliche Beispiel mit dem Fahrrad soll ihn zunächst plastisch veranschaulichen. Er gilt als struktureller, logischer Zusammenhang aber für Eingriffe in das Rechtsgut des eigenen Lebens ganz genauso. Ein Suizident zerstört zwar sein biologisches Leben; aber sein *Recht* auf Leben kann er damit nicht verletzen. Und wie im Fall des Eigentums gilt das auch, wenn er einen Dritten für diese Zerstörung einschaltet.

Nun wird, hoffe ich, der Unterschied plastisch – der zwischen dem Schutz des biologischen Lebens und dem Schutz des Rechts auf Leben. Aus guten Gründen, von denen ich vorhin geredet habe, lässt § 216 die bloße Einwilligung für eine Rechtfertigung nicht genügen; deswegen sind wir ja zum Notstandsparagrafen übergegangen. Aber an der dargestellten Logik der Norm ändert das nichts. Wer auf ernsthaftes Verlangen hin tötet, handelt daher zwar grundsätzlich rechtswidrig; aber ein Recht auf Leben verletzt er nicht. Seine Handlung bleibt verboten, das sagt § 216. Aber nicht, weil er ein fremdes Recht verletzt. Denn der, den er tötet, hat ihn darum gebeten; und das schließt, da dieser damit über

sein eigenes Leben verfügt, eine Rechtsverletzung bei ihm aus. Was § 216 schützt, ist also allein das *biologische* Leben (nicht das Recht darauf), und zwar zunächst und vor allem gegen eine übereilte Zerstörung, die ja beim Leben irreversibel ist. Denken Sie an den vorhin erwähnten 19-Jährigen mit Liebeskummer, der sterben will. Wir alle wissen aus vielfacher Erfahrung, dass er den Liebeskummer im nächsten Jahr los ist und froh sein wird, noch am Leben zu sein. Das ist der Sinn des Übereilungsschutzes in § 216: *Deshalb* verbietet er die Tötung auf Verlangen, wiewohl sie kein Recht auf Leben antastet.

Lassen Sie mich knapp zusammenfassen. Der wirkliche Grund für die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe wird nun deutlich. Unabwägbar und höchst-rangig, darüber klären uns auch die Verfassungsrechtler auf, ist das Recht auf Leben. Es kann nicht mit Rechten Anderer in ein abwägendes Verhältnis gesetzt und gegebenenfalls verrechnet werden. Niemand, der weder Angreifer noch eine Gefahr für Dritte ist, darf gegen seinen Willen getötet werden, selbst wenn damit zehn, hundert oder tausend andere Leben zu retten wären. Menschen sind nicht verpflichtet, ihr Leben gegen ihren Willen opfern zu lassen zur Rettung anderer, die sie nicht bedrohen. Das hat das Bundesverfassungsgericht in der berühmten Entscheidung zum «Abschussparagrafen» des Luftsicherheitsgesetzes richtig entschieden. Anders als das Recht auf Leben kann aber das bloße biologische Am-Leben-Sein, das § 216 schützt, sehr wohl mit den gravierendsten anderen Belangen des Inhabers dieses Lebens, vor allem mit solchen der Leidvermeidung, abgewogen und unter Umständen für nachrangig befunden werden: eben im normativen Rahmen des rechtfertigenden Notstands. Das hat übrigens auch der BGH einmal beiläufig ausgesprochen, obwohl er es in seiner neuen Entscheidung wieder verwirft. Ich selbst habe es vor Jahren schon postuliert, aber den BGH in seiner neuen Entscheidung offenbar nicht überzeugt. Umgekehrt bin freilich auch ich, mit einem geflügelten Wort unseres ehemaligen Außenministers, «not convinced». Denn, wie es der BGH in der erwähnten früheren Entscheidung selbst treffend formuliert hat: «Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sogenannten Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.» Wer wollte dem ernsthaft widersprechen? Das Recht auf Leben ist hier, wie wir gesehen haben, gar nicht im Spiel. Das scheint der BGH zu verkennen. Und zudem, dass die jetzige Ablehnung seines oben zitierten früheren Satzes auch moralisch schwer erträglich ist.

5 Über die Schutzfunktion des Paragrafen 216

Ich kehre noch einmal zurück zur Schutzfunktion des § 216. Wir haben gesehen, dass er schon logisch nicht das höchstrangige Recht auf Leben schützen kann. Er schützt vielmehr, haben wir geklärt, zunächst das biologische Leben selbst vor übereilten, irreversiblen Zerstörungsentschlüssen seines Inhabers. In dieser Hinsicht ist § 216 eine «weich-paternalistische» Norm. Das bedeutet, dass der

mit seinem Leben vor sich selbst Geschützte nicht im Interesse Dritter oder einer höheren Vernunft, sondern allein in seinem langfristigen und wohlverstandenen eigenen Interesse geschützt wird. Doch kommt noch etwas hinzu. Der Paragraph schützt zugleich so etwas wie ein Tabu: das Tötungsverbot als eine der Grundnormen jeder rechtlich geordneten, friedlichen Gesellschaft. So leicht, könnte man sagen, ist das vorsätzliche aktive Töten eines anderen eben nicht zu rechtfertigen; davor muss vielmehr eine hohe rechtliche Hürde stehen. Und damit kommt als weiterer Schutzgegenstand das Tötungsverbot selbst ins Spiel. Es soll bewahrt werden vor «Rutschbahnen» («slippery slopes»), Damnbrüchen und ähnlichen Erscheinungen seiner Erosion. Sieht man nun genau hin, so erkennt man freilich, dass mit diesem «Normenschutz» dem § 216 eine utilitaristische Funktion zugeschrieben wird. Geschützt gegen die Gefahr der angedeuteten Erosionsphänomene sind zuletzt wir alle, und wir alle haben daran ein Interesse. Das ist ersichtlich ein kollektives Gut. Wie alle kollektiven Rechtsgüter ist es daher gegen andere gewichtige Schutzbelange abwägbar.

Lassen Sie mich das Zusammenspiel der beiden Schutzfunktionen ein wenig apodiktisch skizzieren. Entfällt in einem konkreten Fall deren erste, der Übereilungsschutz, weil es einfach keinen vernünftigen Grund für die Annahme einer die eigenen langfristigen Interessen verkennenden Übereilung gibt, so bleibt allein die zweite übrig: der Normen- oder Tabuschutz. Der 19-Jährige, der seine eigenen langfristigen Lebensinteressen radikal verkennt, wenn er im Augenblick des desperaten Liebeskummers sterben will, muss vor solcher Übereilung geschützt werden. Aber schwer leidende, sterbende Patienten übereilen sich nicht, wenn sie den Schmerz ihres verlöschenden Lebens nicht mehr ertragen können. Was im Spiel der Notstandsabwägung nun übrig bleibt, ist allein der Normenschutz. Diese Funktion des § 216 hütet unser aller Interesse an der rechtlichen Garantie des Tötungsverbots gegen Erosion und «slippery slopes». Natürlich hat ein solches Kollektivinteresse erhebliches Gewicht. Gleichwohl ist es utilitaristischer Provenienz. Daher wäre das Postulat seines unbedingten Vorrangs in jeder Kollision mit den fundamentalen Interessen eines einzelnen Sterbenden an der Leidvermeidung, wie jeder strikte Utilitarismus auf Kosten des Individuums, moralisch verwerflich. Das versteht, beiläufig und ohne polemischen Unterton, die katholische Kirche bis heute offenbar nicht richtig. Auch bei ihren Vertretern lautet ein immer wiederkehrender Hinweis in der Sterbehilfedebatte: Wollte man so etwas in Fällen extremen Leids erlauben, so beginne eine Rutschbahn, und das müsse unter allen denkbaren Umständen vermieden, also das Tötungsverbot gegenüber jedem individuellen Leid vorrangig sein. Man staunt ein wenig. Denn die Mobilisierung utilitaristischer Argumente gegen die wichtigsten legitimen Interessen des Einzelnen ist etwas, das die katholische Morallehre in allen sonstigen Zusammenhängen geradezu als Teufelswerk verwirft. In diesem Licht sollte sie ihre Slippery-Slope-Argumentation zur Sterbehilfe einmal genauer überprüfen.

In Extremfällen kann daher sogar die direkte aktive Sterbehilfe erlaubt sein, und zwar aus ganz genau demselben Grund, aus dem es die indirekte ist: wenn

sie das einzige noch mögliche Mittel zur Hilfe in einer qualvollen Notstandslage ist. Noch einmal und zur Erinnerung: *Keine* solche direkte aktive Sterbehilfe ist, wie wir gesehen haben, die lebensverkürzende Schmerzmedikation mit der «falschen» inneren Absicht. Sie ist objektiv identifizierbar als eine Handlung des Helfens und genau deshalb ohne Weiteres rechtmäßig. Von der inneren Einstellung des Arztes hängt dieser objektive Charakter seines Handelns nicht ab. Und genau daraus erklärt sich, warum sich aus dessen Erlaubtsein selbstverständlich keine Erlaubnis für den Arzt ableiten lässt, den mit der Spritze verbundenen schnelleren Tod nun mittels einer anderen Handlung herbeizuführen, die jenen Hilfscharakter objektiv nicht aufweist. Um das zu illustrieren: Wenn der Arzt die Legitimation (und deshalb auch die Pflicht) hat, eine schwere Morphiumspritze zur Linderung schweren Leidens zu geben, und wenn er dabei im konkreten Fall mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit vorhersieht, dass die Spritze das Leben des Patienten verkürzen und in längstens zehn Minuten beenden werde, dann darf er unbeschadet irgendwelcher inneren Absichten diese Spritze geben. Er darf sich aber keinesfalls hinstellen und sagen: «In zehn Minuten ist er in jedem Fall tot, und das ist erlaubt. Jetzt warte ich neun Minuten und fünfzig Sekunden ab, und wenn er dann noch lebt, ziehe ich meine Pistole und töte ihn mit einem Schuss in den Kopf.» Das wäre selbstverständlich strafbar: als Totschlag – obwohl ein solcher (leicht perverser) Arzt das Leben im Vergleich zu dessen erlaubter aktiver Verkürzung mittels der Spritze mit einem solchen Schuss gar nicht verkürzen würde. Er würde aber die gebotene Handlung eben durch eine *objektiv* falsche ersetzen, eine nämlich, die schon äußerlich nur noch als Tötungshandlung interpretierbar ist und nicht mehr als ärztliche Hilfe. Dieser Unterschied ist unter dem oben dargelegten Gesichtspunkt des Normenschutzes eminent wichtig. Daher bleibt ein solcher Schuss verboten, auch wenn die anderweitige aktive Lebensbeendigung zu genau derselben Zeit erlaubt ist.

Nun erkennt man deutlicher, was eine direkte aktive Sterbehilfe im Unterschied zur indirekten ist: eine, die *objektiv*, also ihrem äußeren Handlungstypus nach, nicht mehr primär als Schmerzlinderungshandlung, sondern nur noch als Tötungshandlung gedeutet werden kann. Das hängt von der Frage nicht ab, ob die konkrete Entscheidung pro Leidvermeidung und contra Lebensverlängerung richtig war. Eine gezielte, aktive Sterbehilfe ist ihrem Handlungstypus nach keine ärztliche Hilfeleistung, sondern ein Verhalten, das äußerlich sozusagen aus dem klinischen Kontext herausfällt: Ein Schuss in den Kopf, eine Giftspritze, eine fünfmal überdosierte Morphiumspritze – alles das sind Tötungshandlungen, die grundsätzlich verboten bleiben. Und zwar selbst dann, wenn eine korrekt dosierte Morphiumspritze den Tod zur selben Zeit vorzeitig herbeiführt hätte.

In der Klinik sind Situationen, wo Handlungen derart genuinen Tötungscharakters als einzige verbleibende Chance zur Hilfe denkbar wären, ersichtlich sehr seltene Ausnahmen. In aller Regel wird man mit einer Leidminderungshandlung, die äußerlich nicht primär als Tötungshandlung, sondern als Hilfe erscheint, dem Sterbenden ausreichend helfen können, und gegebenenfalls eben mit einer indirekten Sterbehilfe. Da die Rechtfertigung auf den Prinzipien des Notstands

beruht, unterliegt sie auch dessen Grenzen. Notstandsrechtfertigungen sind stets subsidiär. Sind andere Formen der Gefahr-, nämlich Notbeseitigung möglich, die weniger gravierende Auswirkungen haben, dann müssen diese gewählt werden. Damit scheidet die Rechtfertigung jeder gezielten aktiven Sterbehilfe stets dann aus, wenn ein bloßes Sterbenlassen oder eine indirekte Sterbehilfe (egal mit welcher Gesinnung des Arztes) ohne erhebliche Zusatzbelastung des Patienten möglich ist. Denn die direkte, gezielte Tötungshandlung, der Schuss in den Kopf, greift das Tabu des Tötungsverbots und also die mit geschützte Norm selber weitaus nachdrücklicher an als eine ärztlich indizierte Morphiumspritze. In beiden Fällen mag das Leben um exakt die gleiche Spanne verkürzt werden. Der Tabuschutz selbst wird aber durch eine gezielte Tötung erheblich gravierender beeinträchtigt. Und deshalb bleibt die gezielte aktive Sterbehilfe grundsätzlich verboten, wenn die indirekte Sterbehilfe möglich ist.

6 Schluss

Es gibt aber selbst davon Ausnahmen. In der Klinik kommen sie kaum vor, aber im außerklinischen Leben doch manchmal. Hier ist ein wirklich geschehener Fall aus dem Jahr 1991, der in der FAZ nachzulesen war, aus der ich ihn habe und aufbewahrt habe: Ein Autofahrer geriet in einer südafrikanischen Großstadt in einen schweren Unfall und wurde ausweglos eingeklemmt. Der Wagen fing Feuer und der Mann begann zu brennen. Keiner der hilfswilligen Zeugen hatte ein Löschgerät bei sich, Versuche, die Flammen anders zu ersticken, misslangen. An ein rechtzeitiges Herbeiholen der Feuerwehr war nicht zu denken. Einer der hilflosen Zeugen zog schließlich eine Pistole und erschoss den verbrennenden Mann. Dieser Schuss war eine gezielte, direkte aktive Sterbehilfe: ein klarer Fall von Leidminderung *durch* Tötung und nicht Leidminderung mit in Kauf genommenem vorzeitigem Todeseintritt. Und diese gezielte aktive Sterbehilfe erfolgte hier sogar ohne ausdrückliches Verlangen. Der Verbrennende hat nicht etwa gerufen: «Schieß doch bitte!» Er hat sich nur noch in Schmerzen gewunden, vielleicht geschrien, aber keine Bitten mehr an andere gerichtet. Gleichwohl wäre dieser Schuss auch nach deutschem Strafrecht gerechtfertigt gewesen: als gezielter, vorsätzlicher Totschlag, jedoch gerechtfertigt über die Kriterien des Notstands. Natürlich ist diese Auffassung unter meinen strafrechtlichen Kollegen umstritten. Aber ich bin keineswegs der Einzige, der sie vertritt. Nun sind dies, wie gesagt, extreme Ausnahmefälle. Aber manchmal sind sie sogar in der Klinik möglich. Manchmal mag eben das schwere Leid sterbender Patienten für alle palliativen Möglichkeiten der Medizin so unerreichbar sein wie ein verbrennender Autofahrer.

Das gilt vor allem für Fälle schwerstens geschädigter, sterbender Neugeborener. Und hier kommen weitere Probleme ins Spiel. Dass dabei die Autonomie der Patienten schon deshalb nichts besagt, weil es sie nicht gibt, liegt auf der Hand. Zur Vermeidung von Missverständnissen: Bei solchen schwerstgeschädigten Neugeborenen geht es nicht etwa um Sachverhalte, die wir bei älteren

Kindern oder erwachsenen Personen als «Behinderungen» beschreiben würden. Es geht um ein viel schlimmeres Leid. Es gibt zum Beispiel eine genetisch bedingte tödliche Hauterkrankung, deren beklagenswerte Opfer man seltsamerweise «Harlequin fetus» nennt. Warum von «Fetus» gesprochen wird, ist eigentlich unerfindlich, denn das sind Kinder nach der Geburt und keine Feten mehr. Wahrscheinlich ist das eine Art terminologischer Entlastungsstrategie für die von einer solchen Geburt ebenfalls schwer belasteten Ärzte. Ein solches Kind muss unweigerlich alsbald sterben. Die Krankheit macht das Sterben aber qualvoll, und mit den Methoden der indirekten Sterbehilfe kann das manchmal nicht verhindert werden. Dann kommt sogar eine direkte Sterbehilfe mittels einer sofort tödlichen Spritze als rechtfertigungsfähig in Betracht.

Auch bei moribunden, schwer leidenden Erwachsenen sind seltene Fälle denkbar, die mit keiner möglichen palliativen Behandlung für den Sterbenden erträglich zu machen sind. Das sollte ehrlicherweise schon deshalb anerkannt werden, weil zum schweren Leid nicht nur der schiere Schmerz, sondern auch ein persönlich empfundener Verlust der eigenen personalen Würde, eine qualvolle Angst und mancherlei andere Dinge beitragen können. Die in der öffentlichen Debatte gängigen Euphemismen, dann müsse man solchen Patienten eben eine ganz besondere Hilfe zukommen lassen, sie rund um die Uhr umsorgen, psychiatrisch betreuen etc., helfen hier nicht weiter. Denn abgesehen davon, dass dies de facto oft nicht zu verwirklichen ist, gibt es immer wieder Fälle, in denen der Patient nicht mehr psychiatrisch oder anderweitig betreut werden, sondern nur noch sterben will und dafür erkennbar plausible und dringende Gründe hat. Dann ist es weder ethisch noch rechtlich zulässig, ihm zu sagen: Wir finden trotzdem einen anderen Weg; und dass du das dann doch durchstehen kannst, wissen wir besser als du.

Der berühmte amerikanische Rechtsphilosoph Ronald Dworkin schrieb 1993: «Jemandem eine Weise des Sterbens aufzuzwingen, die anderen zusagt, die er selbst aber als grausamen Widerspruch zu seinem Leben empfindet, ist eine finstere, destruktive Form der Tyrannei.»

Korrigierte Transkription des seinerzeit frei gehaltenen Vortrags auf der Konferenz «Die Freiheit zu sterben». Den Duktus des gesprochenen Wortes hat der Autor beibehalten, auf das Einfügen von Fußnoten verzichtet, um die Lesbarkeit und Verständlichkeit der Ausführungen zu erleichtern.

Zur Problematik des assistierten Suizids in Deutschland¹

Die gesellschaftliche Bedeutung des Suizids in einer freiheitlichen Rechtsordnung

Vom Selbstmord zur Selbsttötung: Schon diese Begrifflichkeiten spiegeln die unterschiedliche Haltung wieder, die der Beendigung des Lebens durch eigene Hand im Laufe der Geschichte entgegengebracht worden ist. Sprach man früher von Selbstmord, Martin Luther benutzte im 16. Jahrhundert den Begriff «sein selbs mörder», so hat sich heute der Begriff Selbsttötung oder Suizid durchgesetzt, jedenfalls in der Fachsprache. Dies zeigt den grundlegenden Wandel der zugrunde liegenden und seit der Aufklärung vorherrschenden Überzeugungen. Wurde es früher als Frevel oder gar als Verbrechen angesehen, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen, so ist die Selbsttötung in unserer Gesellschaft als – tragischer – Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des frei handelnden Individuums anerkannt und im Grundsatz entkriminalisiert.

Von dieser Grundüberzeugung geht auch unser Grundgesetz aus: von der Freiheit und Selbstverantwortlichkeit des Einzelnen und seines freien Willens; nicht nur im Leben, sondern auch bei seiner Beendigung. Das deutsche Strafrecht folgt diesen Prämissen, indem weder die Selbsttötung noch der Versuch oder auch Beihilfe hierzu strafbar sind. Die Freiheit zum Suizid ist letztendlich die Konsequenz des Selbstbestimmungsrechts des menschlichen Individuums, das sich nicht nur im Leben, sondern eben auch im Sterben manifestiert.

Nichtsdestotrotz ist die Formulierung «Selbstmord» im Umgangssprachlichen immer noch durchaus gängig, obwohl durch den Begriff «Mord» eine Assoziation zu den verwerflichsten und abscheulichsten Arten von Verbrechen hervorrufen wird, die unsere Rechtsordnung kennt. Dies macht deutlich, dass über die juristische Fachdebatte hinaus eine gesellschaftliche öffentliche Auseinandersetzung weiterhin nötig ist. Die Selbsttötung ist nach wie vor ein sehr emotionales und Tabu-behaftetes Thema, auch wenn zum Beispiel die Selbsttötung des Fußballtorwarts Robert Enke große Anteilnahme und auch mitfühlende Akzeptanz ausgelöst haben.

¹ Der Beitrag gibt ausschließlich die persönliche Auffassung der Autoren wieder.

Die Rechtslage in Deutschland und die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs

Die Tötungsdelikte gemäß §§ 211 ff. StGB betreffen nur die Tötung eines anderen Menschen.² Der Suizid ist daher nicht umfasst, es liegt also schon tatbestandlich keine Tötung vor. Damit ist auch eine Teilnahme am Suizid mangels teilnahme-fähiger Haupttat nicht strafbar. Darüber hinaus hat sich der deutsche Gesetzgeber gegen eine eigenständige Strafbarkeit etwa des Suizidversuchs oder der Teilnahme an einem Suizid entschieden (anders zum Beispiel § 78 des österreichischen Strafgesetzbuchs: Mitwirkung am Selbstmord). Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass der Einzelne selbstverantwortlich über sein Leben und damit auch über sein Ableben entscheiden kann. Die Straffreiheit des Suizids ist demnach Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts.

Dagegen ist die Tötung eines Menschen durch Unterlassen geeigneter und zumutbarer Handlungen für denjenigen, den eine Obhutspflicht trifft, eine Straftat. Auch die Tötung eines Dritten auf sein Verlangen ist eine Straftat. Schließlich ist jedermann zur Hilfeleistung bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not verpflichtet.

Zwar geht der BGH davon aus, dass der Suizid sowie Anstiftung und Beihilfe hierzu straflos sind: «Es ist einmal davon auszugehen, daß die eigenverantwortlich gewollte und verwirklichte Selbsttötung straflos ist, weil sie nicht den Tatbestand eines Tötungsdelikts erfüllt. Daher kann ohne Rücksicht auf die Lauterkeit der Motive nicht als Anstifter oder Gehilfe bestraft werden, wer sich hieran beteiligt.»³

Verliert jedoch der Suizident das Bewusstsein, so sieht der BGH – im Falle einer Garantenstellung – einen «Tatherrschaftswechsel», wodurch die Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts gemäß §§ 212, 216, 13 StGB in Betracht kommt. Liegt keine Garantenpflicht vor, so kommt eine Strafbarkeit sogar schon früher in Betracht, nämlich bereits «vor Eintritt der Bewusstlosigkeit des Opfers» aufgrund der allgemeinen Hilfeleistungspflicht gemäß § 323c StGB. Demnach hat der Dritte «schon dann, wenn durch die erkannte Selbsttötungsabsicht eine unmittelbare als Unglücksfall zu wertende Gefahrenlage für den Selbstmörder entstanden ist», die Pflicht, alles «Mögliche und Zumutbare zur Verhinderung des Selbstmords» zu tun.⁴

Der Bundesgerichtshof hält bis heute an der Grundannahme fest, dass der freie Wille zum Suizid rechtlich unbeachtlich sei. Im Jahre 1954 hat der Große Strafsenat entschieden, dass «jeder Selbstmord – von äußersten Ausnahmefällen vielleicht abgesehen – vom Sittengesetz streng mißbilligt ist, da niemand selbstherrlich über sein eigenes Leben verfügen und sich den Tod geben darf».⁵ 30 Jahre später entschied der 3. Strafsenat des BGH: «Der Große Senat für Strafsa-

² Vgl. Eser, in: Schönke/Schröder, StGB, 28. Auflage, Vorbemerkung zu den §§ 211 ff., Rn. 33.

³ BGHSt 32, 367, Rn. 14.

⁴ BGHSt 32, 367, Rn. 22.

⁵ BGH NJW 1954, 1049 (1050).

chen des Bundesgerichtshofs hat den Willen des Selbstmörders für grundsätzlich unbeachtlich erklärt (BGHSt 6, 147, 153). Ob die gegebene Begründung heute noch in vollem Umfang anerkannt werden kann, mag dahinstehen. An dem Ergebnis jener Entscheidung ist jedenfalls festzuhalten.»⁶

Eine Strafbarkeit kann nur ausnahmsweise entfallen, wenn der Garant oder der Dritte in einer besonderen Konfliktsituation aufgrund einer vertretbaren Gewissensentscheidung gehandelt hat.⁷

Die Konsequenzen aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs

Der BGH schafft mit seiner Rechtsprechung eine Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid durch die Hintertür. Hilft beispielsweise ein Angehöriger dem Suizidenten bei seiner Selbsttötung in der Weise, dass er ihm ein Tötungsmittel zur Verfügung stellt, so macht er sich hierdurch nicht strafbar (etwaige Verstöße gegen das Betäubungsmittel- oder das Arzneimittelrecht sollen hier nicht erörtert werden). Bleibt er jedoch zugegen, wenn der Suizident dieses Mittel einnimmt oder es anwendet und in der Folge das Bewusstsein verliert, so droht ihm eine Verurteilung wegen Tötung durch Unterlassen gemäß §§ 212, 216, 13 StGB. Um rechtlich auf der sicheren Seite zu sein, dürfte er das Tötungsmittel zwar beschaffen, müsste sich dann aber von dem Suizidenten verabschieden und ihn allein sterben lassen. Dies ist eine zutiefst inhumane und unrealistische Vorstellung, insbesondere, wenn es sich bei dem Unterstützenden um einen nahen Angehörigen handelt. Angehörige und Ärzte werden jedoch aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu einer solchen Maßnahme genötigt oder riskieren eine Verurteilung. Die Rechtsprechung des BGH führt zu der absurden Situation, dass zwar alle Mittel zur Selbsttötung beschafft werden dürfen, dann jedoch, wenn der Suizident die Selbsttötung vornimmt, alles zu seiner Rettung unternommen werden muss.

Diese vom Bundesgerichtshof vertretene Auffassung widerspricht der Grundkonzeption der Straffreiheit des Suizids im deutschen Recht und degradiert den freien Willen des Suizidenten zu einem bloß untergeordneten und unwesentlichen Faktor, der gar noch gegen das Sittengesetz verstößt. Diese Wertung widerspricht – jedenfalls inzwischen – eklatant dem Willen des Gesetzgebers, der bei der Reform der §§ 1896 ff. BGB, den Regelungen zur Patientenverfügung, festgelegt hat, dass der frei geäußerte Wille zur Ablehnung lebenserhaltender oder verlängernder Maßnahmen zu achten ist. Dies gilt auch dann, wenn der Verfügende seinen Willen nicht mehr zu äußern in der Lage ist.

Die Folge dieser Rechtsprechung ist die Bevormundung des Individuums und der Verweis auf weniger sichere Suizidarten, den Suizid im Verborgenen und ohne Begleitung oder eben ein Weiterleben wider Willen. Im Übrigen bleibt Suizidwilligen nur der Weg ins Ausland, beispielsweise in die Schweiz, um dort,

⁶ BGHSt 32, 367, Rn. 23.

⁷ BGHSt 32, 367, Rn. 34, 35.

auch unterstützt durch Organisationen, die Sterbewilligen ihren Suizid ermöglichen und sie dabei begleiten, im Kreise von Verwandten und Freunden ihrem Leben ein Ende zu setzen.

Stimmige Ergebnisse durch Auslegung der jetzigen Rechtslage

Schon die jetzige Rechtslage böte Raum, die Problematik des assistierten Suizids in Deutschland zufriedenstellend zu lösen.

Im Falle einer Garantenstellung stehen sich das Selbstbestimmungsrecht des Suizidenten und die Garantenpflicht des Dritten gegenüber. Liegt ein freiverantwortlich gefasster Suizidwille beim Suizidenten vor, so muss hier die Garantenpflicht hinter diesem Willen zurücktreten. Die Nichtbeachtung des Willens des Suizidenten ist insbesondere nicht mehr vereinbar mit der Entscheidung, die der Gesetzgeber im Rahmen der Patientenverfügung getroffen hat. Hierdurch wird klargestellt, dass der Wille des Menschen auch dann noch verbindlich ist, wenn seine Fähigkeit zur Willensbildung aufgehoben ist und ihm Geltung verschafft werden muss. Eine Pflicht, als Garant den Suizid zu verhindern oder den Suizidenten zu retten, ist damit nicht in Einklang zu bringen. Immerhin diese Fortgeltung des Willens auch bei Eintritt der Bewusstlosigkeit erkennt der BGH schon immer an: «Wäre der Wille des Selbstmörders zu seinem eigenen Tode überhaupt zu achten, so wäre er auch dann noch zu achten, wenn der Selbstmörder hilflos oder bewußtlos geworden ist.»⁸

Auch eine Strafbarkeit gemäß § 323c StGB kommt bei freiverantwortlicher Selbsttötung nicht in Betracht, denn es liegt schon kein «Unglücksfall» im Sinne der Bestimmung vor.⁹ Der § 323c StGB statuiert eine jedermann treffende allgemeine Hilfespflicht. Diese kann aber nicht zum Tragen kommen, wenn sie explizit im Widerspruch zum Willen des Suizidenten steht. Die allgemeine Hilfeleistungspflicht des § 323c StGB wird dadurch auch nicht ausgehebelt, denn wird eine Person in einer hilflosen Situation angetroffen, dann ist ihr selbstverständlich Hilfe zu leisten. Auch wenn es sich offensichtlich um einen Suizid handelt, aber keine Kenntnis darüber vorliegt, ob dieser Suizid auf einem freiverantwortlichen Willen beruht oder ein sogenannter Hilferuf-Suizid möglich ist, so ist im Zweifel auch Hilfe zu leisten. Lediglich in dem Fall, in dem ein freiverantwortlicher Suizid vorliegt und der grundsätzlich zur Hilfeleistung Verpflichtete die Freiverantwortlichkeit der Selbsttötungsabsicht kennt, besteht – mangels Unglücksfalls – keine Pflicht zur Hilfeleistung.

Auch ist hier wie im Falle einer Garantenstellung klar, dass, sobald der Suizident nach Beginn der Tötungshandlung seinen Willen ändert und dies erkennbar ist, sowohl der Garant als auch der Dritte alles Nötige zur Verhinderung der Selbsttötung tun müssen.

⁸ BGH NJW 1954, 1049 (1050).

⁹ Vgl. Sternberg-Lieben/Hecker, in: Schönke/Schröder, StGB 28. Auflage, § 323c, Rn. 7.

Das richtige Abgrenzungskriterium liegt bei dem Merkmal der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung, die auch nach Beginn der Suizidhandlung fort dauern muss. Mangelt es an dieser Freiverantwortlichkeit, so ist die Strafbarkeit sowohl gemäß §§ 212, 216, 13 StGB als auch § 323c StGB eröffnet.

Eine solche mangelnde Freiverantwortlichkeit sollte in jedem Fall bei Minderjährigen angenommen werden, so dass bei Suizid eines Minderjährigen mangels freiverantwortlicher Entscheidung immer eine Strafbarkeit gem. §§ 212, 216, 13 bzw. § 323c StGB bei Nichtverhinderung vorliegt und im Falle der Veranlassung oder Unterstützung der Selbsttötung auch eine Strafbarkeit wegen Tötung in mittelbarer Täterschaft in Betracht kommt.¹⁰

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

Zwar ließe sich die Problematik des assistierten Suizids im Rahmen der gegebenen Rechtslage, wie oben dargestellt, lösen, jedoch wäre eine klarstellende Gesetzesänderung, insbesondere nach der Regelung zur Patientenverfügung und wegen der fortwährenden Rechtsprechung des BGH, wünschens- und erstrebenswert.

Bei Anerkennung des assistierten Suizids und Klarstellung, dass bei freiverantwortlichem Suizid keine nachträgliche Rettungspflicht besteht, würde sich, wie ja auch in anderen Ländern, eine Praxis etablieren, die es ermöglicht, einen Suizidenten zu begleiten und zu unterstützen. Es bestünde auch die Möglichkeit der angemessenen Beratung Sterbewilliger, wodurch ihnen alternative Wege aufgezeigt werden könnten, zum Beispiel auch Unterstützung durch die Palliativmedizin.

Daher halten wir eine Regelung im Strafgesetzbuch für sinnvoll, die die Strafbarkeit ausschließt, wenn in Kenntnis der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung

- diese nicht verhindert wird oder
- eine nachträgliche Rettung unterlassen wird.

Dies sollte auch und gerade für den Fall der Garantenstellung gelten. Eine freiverantwortliche Entscheidung liegt dabei bei Minderjährigen grundsätzlich nicht vor. Des Weiteren ist die Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens an den Maßstäben der §§ 20, 21 StGB auszurichten. Es sollte darüber hinaus ein Straftatbestand eingeführt werden, der die Suizidförderung aus Gewinnstreben unter Strafe stellt. Davon betroffen wäre jedoch nicht die Suizidbegleitung, die dem Suizidenten die Möglichkeit zur Selbsttötung verschafft, aber nicht auf Gewinn ausgerichtet ist.¹¹

Eine solche rechtliche Klarstellung würde Kohärenz zu den Regelungen zur Patientenverfügung schaffen. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass durch explizite Strafflosstellung der Nichtverhinderung eines freiverantwortlichen Suizids die

¹⁰ Vgl. Eser, a.a.O., Vorbemerkung zu den §§ 211 ff., Rn. 37.

¹¹ Vgl. hierzu 66. DJT-Beschlüsse unter IV.

deutsche Ärzteschaft ihre neue Position, wonach den Ärzten die Hilfe zur Selbsttötung explizit untersagt ist¹², überdenken wird. Auch wenn der ärztliche Beruf ohne jeden Zweifel auf die Erhaltung menschlichen Lebens gerichtet sein muss, so sollte doch den Ärzten die Suizidbegleitung in Fällen, in denen ein Patient frei und ausdrücklich wünscht, nicht mehr am Leben zu bleiben, nicht berufsrechtlich unmöglich gemacht werden.

Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen ist aber beizubehalten, da hierdurch eine wesentliche Schwelle überschritten wird, die über die Respektierung des freiverantwortlichen Willens des Individuums hinausgeht. Auch wenn die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen in Nachbarstaaten, wie in Belgien, straffrei ist, sollte sie nicht Bestandteil der Debatte über die Suizidbegleitung werden. Aktives auf die Tötung eines Menschen ausgerichtetes Handeln kann und sollte die Gesellschaft nicht straflos stellen.

12 Siehe § 16 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

Der Rechtsrahmen des begleiteten Sterbens in der Schweiz und das Wirken der Schweizer Sterbehilfeorganisationen

Die organisierte Freitodbegleitung ist in der Schweiz eine etablierte Praxis. Die größte Sterbehilfeorganisation EXIT hat 53 000 Mitglieder und führt jährlich effektiv etwa 200 Freitodbegleitungen durch.¹ Die kleinere, in ihrer Praxis umstrittenere Organisation DIGNITAS betreibt Suizidhilfe auch gegenüber Personen mit Wohnsitz im Ausland. Sie hat knapp 6000 Mitglieder, davon 2 722 Deutsche, wobei 1 737 ihrer deutschen Sektion angehören.² Durch DIGNITAS wurden bis Ende 2010 total 1 138 Freitode begleitet, wobei die Suizidenten zu 87,61% ihr Domizil im Ausland und zu 62,18% in Deutschland hatten. Die meisten Freitodbegleitungen jährlich führte DIGNITAS 2006 mit 195 Fällen durch; 2010 waren es noch 97 Fälle.³

Suizidhilfe wird in der Schweiz zur Sicherung eines menschenwürdigen Sterbens geleistet, und zwar für dies verantwortlich Wünschende mit ärztlich diagnostizierter hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung⁴. Der Einsatz des dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden⁵ tödlich wirkenden Natrium-Pentobarbital (NaP) setzt ein ärztliches Rezept voraus. Über der Praxis der Rezeptabgabe liegt ein kaum zu durchdringender Grauschleier. Zu vermuten ist, dass entsprechende Rezepte insbesondere durch sog. «Vertrauensärzte» der Sterbehilfeorganisationen sogar für Depressive großzügig ausgestellt werden.⁶ Damit werden die Ärzte zum weitgehend unkontrollierten Pfortner zu einem schmerzfreien zuverlässigen Freitod.

1 http://www.exit.ch/wDeutsch/2110002/exit_auf_einen_blick.php?navanchor=2110029, besucht am 22.02.2011.

2 Stand: 31.12.2009, http://www.dignitas.ch/Taetigkeitsberichte/Mitglieder_Staat_31.12.2009.

3 http://www.dignitas.ch/Taetigkeitsberichte/FTB_nach_Jahr_Domizil.pdf.

4 So die übereinstimmenden Formulierungen bei EXIT und DIGNITAS.

5 Art. 14a Abs. 1 BtmG.

6 Nach dem schweizerischen Bundesgericht darf auch psychisch kranken Personen, freilich nur unter strengen Voraussetzungen, Suizidhilfe geleistet werden, vgl. BGE 133I 58, Erwägung 6.3.5.

Trotzdem hat DIGNITAS wiederholt vergeblich versucht, die Rezeptpflicht zu umgehen. So reichte sie mit dem Ziel, auch bei Gesunden Sterbehilfe leisten zu können,⁷ ein Gesuch bei der Bundesregierung um eine Sonderbewilligung ein, das Barbiturat ohne ärztliche Verschreibung zu beziehen und treuhänderisch für Sterbewillige verwenden zu können.⁸ Ferner hat ein sterbewilliges Mitglied dieser Organisation den Rechtsweg mit dem Ziel eines rezeptfreien Bezugs des Barbiturats über DIGNITAS beschritten. Das schweizerische Bundesgericht hat dies mit der Begründung abgelehnt, dass es im Rahmen der organisierten Suizidbeihilfe keinen verfassungsrechtlichen Anspruch auf Abgabe einer tödlichen Dosis NaP ohne Rezept gebe.⁹ Eine daraufhin eingereichte Beschwerde beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte wurde ebenfalls abgelehnt.¹⁰ Nachdem Anfang 2008 der Zürcher Kantonsarzt die seit bald zehn Jahren übliche Praxis, einem Sterbewilligen nach einem Gespräch mit einem Arzt ohne Weiteres das erforderliche Rezept auszustellen, als nicht mehr der Anforderung an die ärztliche Sorgfaltspflicht genügend bezeichnet hatte, hat DIGNITAS vereinzelt das rezeptfrei erhältliche Heliumgas unter einer Maske, die sich der Suizidwillige über Mund und Nase zu ziehen hat, als Tötungsmittel eingesetzt.¹¹ Nachdem DIGNITAS auf Drängen der Nachbarschaft angemietete Wohnungen gekündigt wurden, hat sie ihre Tätigkeit in Autos oder Wohnwagen auf öffentlichen Parkplätzen («mobile Sterbezimmer») und Hotels verlagert.¹² Auch wurde durch DIGNITAS-Mitarbeiter offenbar heimlich die Asche von Suizidenten im Zürich-See entsorgt.¹³ Verschiedentlich haben DIGNITAS und EXIT Suisse romande versucht, sich freien Zugang zu Altersheimen und Krankenhäusern zu verschaffen. Von EXIT wurden NaP-Reservedosen illegal gelagert. Insgesamt ist eine zunehmende Werbetätigkeit von Sterbehilfeorganisationen mittels Inseraten und Berichten im In- und Ausland, Auftritten an Gemeindeanlässen und Radiospots zu beobachten.¹⁴

DIGNITAS hat 2005 die deutsche Sektion DIGNITATE gegründet, deren Mitglieder volles Anrecht auf Suizidhilfe in der Schweiz haben. In Deutschland wird die Freitodbegleitung jedoch nicht praktiziert. Als Gründe gibt DIGNITATE das Fehlen einer gefestigten Gerichtspraxis zur Suizidbegleitung in Deutschland

7 Vgl. etwa «Dignitas wieder in den Schlagzeilen», [www.dignitas.ch/Weitere Texte/BBC-Interview_Stellungnahme040420009.pdf](http://www.dignitas.ch/Weitere%20Texte/BBC-Interview_Stellungnahme040420009.pdf).

8 *NZZ* vom 17.4.2001.

9 BGE 133 I 58 vom 3.11.2006.

10 EuGH 31322/07, Urteil vom 20.1.2011.

11 Vgl. «Mit Luftballon-Gas in den Tod», *NZZ* vom 19. 3. 2008, 3.

12 Vgl. «Kein Ort zum Sterben. Nirgends», *St. Galler Tagblatt* vom 6.10.2007, S. 3, sowie das Interview mit L. Minelli: «Sterbehilfe ist im Wohnwagen ideal», *Der Landbote* vom 17.11.2007, S. 21.

13 Vgl. etwa Protokoll des Regierungsrats des Kantons Zürich vom 17.12.2007 zu KR-Nr. 339/2008 und den Bericht in 20 Minuten vom 10.10.2008.

14 Angaben nach Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD: Organisierte Suizidhilfe. Vertiefte Abklärungen zu Handlungsoptionen und -bedarf des Bundesgesetzgebers, <http://www.bj.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/ber-org-suizidhilfe-d.pdf>, 8 ff.

an. Hinzu komme, dass Natrium-Pentobarbital (NaP) in Deutschland in der erforderlichen Dosis nicht ärztlich verschrieben werden dürfe.¹⁵ Dazu heißt es im jüngsten Jahresbericht der deutschen Sektion: «Aufgrund der in Deutschland herrschenden Rechtslage ist es zurzeit noch immer nicht möglich, den Mitgliedern des Vereins auf deutschem Boden eine risiko- und schmerzfreie Freitod-Begleitung anzubieten. Nach wie vor müssen deshalb Deutsche ihrer persönlichen Freiheit zuliebe mit den Füßen abstimmen und sich in ein Land begeben, welches die Verpflichtung, die persönliche Freiheit der Menschen zu schützen, nicht nur als Lippenbekenntnis versteht.»¹⁶

Was unterscheidet die Rechtslage zum begleiteten Suizid Deutschlands von derjenigen in der Schweiz?¹⁷ Genau betrachtet Details, die sich als folgenreich erweisen. In beiden Ländern ist die *Fremdtötung* durch aktive Lebensverkürzung grundsätzlich strafbar, und zwar sogar dann, wenn sie aufgrund eines ausdrücklichen und ernstlichen Verlangens des Getöteten erfolgt ist (§ 216 d StGB, Art. 114 ch StGB). Eine Fremdtötung liegt vor, wenn die Tatherrschaft über das zum Tode führende Geschehen nicht beim Sterbewilligen, sondern bei dem Dritten liegt. Wer dem Sterbewilligen etwa eine tödliche Injektion oder Infusion beibringt, tötet einen anderen und macht sich wegen Fremdtötung hier wie dort strafbar. Die Strafwürdigkeit dieser «direkte aktive Sterbehilfe» genannten Fallkonstellation ist mit Ausnahme des Extremfalls der Beseitigung unerträglicher, auch palliativmedizinisch nicht zu lindernder Leiden von Sterbewilligen, die unfähig sind, sich selbst durch den Tod zu erlösen, unumstritten.¹⁸

Die palliative ärztliche Anwendung schmerzlindernder Mittel in der Endphase eines ansonsten mit unerträglichen Schmerzen verbundenen Sterbeprozesses stellt formal betrachtet ebenfalls eine Fremdtötung dar, wenn sich darin das Risiko einer Lebensverkürzung verwirklicht («indirekte aktive Sterbehilfe»). Indessen gilt dieses Risiko angesichts des ärztlichen Gebots der Leidensminderung als erlaubt.¹⁹

15 http://www.dignitas.ch/WeitereTexte/dignitas_de/Jahresbericht2009.pdf, 7.

16 http://www.dignitas.ch/WeitereTexte/dignitas_de/Jahresbericht2009.pdf.

17 Zur einschlägigen schweizerischen Rechtslage generell etwa Frank Th. Petermann: Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St. Gallen (o. J.); Christian Schwarzenegger, in: M.A. Niggli/H. Wiprächtiger (Hrsg.): Basler Kommentar Strafrecht II, Art. 111 – 392 StGB (2010) 2. Aufl., Basel, Rn. 20 vor Art. 211; Petra Venetz: Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht. Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft, Zürich 2008.

18 Zu letzterer Fallgruppe und ihrer rechtlichen Problematik Karl-Ludwig Kunz: Sterbehilfe: Der rechtliche Rahmen und seine begrenzte Dehnbarkeit, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger (Hrsg.): Festschrift für Stefan Trechsel zum 65. Geburtstag, Zürich/Basel/Genf 2002, S. 613-630, 628 f. und § 215 II AE-Sterbehilfe.

19 Die Forderung einer entsprechenden Absicht verlagert das Problem von der objektiven auf die subjektive Tatbestandsseite und ist anzulehnen, vgl. Kunz, a.a.O., S. 619. Für die Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe vgl. die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Betreuung Sterbender (<http://www.samw.ch>), Teil II Ziff. 1.3.

Da das erlaubte Risiko beliebig hoch und nahezu Gewissheit erreichen kann, wird die zulässige Leidensverminderung mit dem Risiko der Lebensverkürzung von der unzulässigen leidensmindernden Lebensverkürzung praktisch kaum mehr unterscheidbar. Dies führt in der Praxis der Schweiz zu einer rechtlichen Grauzone des extensiven Einsatzes palliativer Techniken.²⁰

Erst recht erlaubt ist die Hilfe im Sterben durch bloße Schmerzlinderung ohne lebensverkürzendes Risiko.²¹

Als ebenfalls rechtmäßig wird die Konstellation des ärztlichen Behandlungsabbruchs angesehen, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.²²

Damit wird dem mit dem Segen der Reanimationstechnik verbundenen Fluch einer nur noch künstlichen apparativen Lebenserhaltung abgeholfen. Verbreitet und in Deutschland inzwischen gesetzlich geregelt²³ ist die sog. Patientenverfügung, mittels derer schriftlich für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit für Arzt oder Betreuer Handlungs- oder Unterlassungsanweisungen für Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe gegeben werden.

Auch wo keine Fremdtötung vorliegt, sondern die Tatherrschaft bei dem sich tötenden Sterbewilligen liegt und ein Dritter dazu Hilfe leistet, ist die Rechtslage in beiden Nationen ähnlich. Da die frei verantwortliche *Selbsttötung* nicht strafbar ist, gilt für den Versuch derselben und die Anstiftung dazu oder die Hilfe dafür dasselbe. Nur ausnahmsweise ist als Suizidhelfer nach schweizerischem Recht (Art. 115 ch-StGB) strafbar, «wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemand zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet». Eine selbstsüchtige Betätigung konnte der organisierten Suizidhilfe bislang nicht nachgewiesen werden. Immerhin wurde DIGNITAS 2007 von Amtes wegen als nach kaufmännischer Art geführtes Gewerbe ins Handelsregister eingetragen und damit einer gesetzlichen Buchführungspflicht unterworfen.²⁴

Die ausnahmsweise Strafbarkeit der selbstsüchtigen Suizidbeteiligung wird als abschließend verstanden. Damit wird Überlegungen eine Absage erteilt, die Suizidbeihilfe als strafbares Unterlassen einer gebotenen Betätigung zur Lebenserhaltung zu verstehen. In Deutschland, wo eine solche exzeptionelle Strafvorschrift für eine speziell motivierte Suizidbeteiligung fehlt, fehlt es konsequenter-

²⁰ Kunz, ebd., S. 619 f.

²¹ Eser in: Schönke/Schröder: Strafgesetzbuch. Kommentar, 28. Auflage, München 2010, Vorbemerkung §§ 211 ff., Rn. 23.

²² Verbreitet als «passive Sterbehilfe» bezeichnet. Neuerdings lehnt der deutsche BGH die Differenzierung nach aktivem und passivem Handeln nach äußerlichen Kriterien ab und erweitert damit die zulässige «passive» Sterbehilfe um Fälle des auch Komponenten aktiven Tuns umfassenden Behandlungsabbruchs, welcher durch immanente Kriterien der Behandlungsbezogenheit und der Verwirklichung des auf die Behandlung bezogenen Willens der betroffenen Person bestimmt wird, vgl. BGH 2 StR 454/09 vom 25.6.2010.

²³ § 1901 a I d-BGB, eingeführt durch Patientenverfügungsgesetz vom 29.7.2009, BGBl I 2286.

²⁴ Gemäß Art. 61 Abs. 2 ZGB, 857 OR.

weise auch an der mit ihr verbundenen Sperrwirkung der Exklusivität. Deshalb ist in Deutschland die Möglichkeit der Umdeutung der Suizidbeihilfe in eine strafbare Tötung durch Unterlassen (§§ 211 ff., 13 d-StGB) oder in eine Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c d-StGB) nicht grundsätzlich versperrt.

Die deutsche Rechtslage ist insoweit umstritten. Nach herrschender Lehre begründet weder die Nichthinderung des Suizids noch der Verzicht auf Rettungsmaßnahmen eine Strafbarkeit, wenn von einem bis zum tödlichen Ende durchgehaltenen Suizidwillen ausgegangen werden kann.²⁵ Dem folgend, formuliert der Alternativentwurf Sterbehilfe in § 215 Abs. 1 wie folgt: «Wer es unterlässt, die Selbsttötung eines anderen zu hindern, handelt nicht rechtswidrig, wenn die Selbsttötung auf einer freiverantwortlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren ernstlichen Entscheidung beruht.» Demgegenüber vertritt die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs unter Billigung durch eine Mindermeinung des Schrifttums beim tatenlosen Geschehenlassen einer Selbsttötung durch einen zur Erfolgsabwendung Verpflichteten eine Rettungspflicht und damit eine Haftung wegen Tötung durch Unterlassen (§§ 211 ff., 13 d-StGB). Als Verpflichtungsgrund wird neben der Beschützerfunktion des Angehörigen oder Arztes bereits die vorangegangene aktive Beihilfe zum Suizid durch einen beliebigen Anderen angesehen, obwohl diese aktive Unterstützung erlaubt ist, was zu einem Widerspruch mit der grundsätzlichen Wertentscheidung des Gesetzes für die Strafflosigkeit der aktiven Suizidbeteiligung führt. Bei Vorliegen einer solchen Garantenstellung hat der BGH dies zunächst bei jedweder Nicht-hinderung eines Suizids vertreten.²⁶

Später wurde ein rettungspflichtbegründender Unglücksfall ab dem Zeitpunkt, zu dem das ursprünglich vom freien Willen getragene suizidale Geschehen vom Suizidenten nicht mehr beherrschbar ist, angenommen.²⁷ Dies wurde mit verschiedenen Einschränkungen versehen, dass der Garant das Suizidgeschehen beherrscht²⁸, der Suizidwillige handlungsunfähig geworden²⁹ und die Erfolgsabwendung individuell zumutbar ist.³⁰

In der Lehre wird teilweise die weitere Meinung vertreten, dass bei einem erkennbar nicht abwägend und zielgerichtet verfolgten Suizidgeschehen zwar keine Tötung durch Unterlassen, wohl aber die mit geringerer Strafe bedrohte Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c d-StGB) anzunehmen sei, wenn der Suizident nach vollendetem Versuch nur noch als Opfer seines Tuns angetroffen werde.³¹

Gegen eine Unterlassungsstrafbarkeit generell lässt sich einwenden, dass der freiverantwortlich gefasste Suizidwille von der Rettungspflicht entbindet. Erst wenn ein Sinneswandel des ursprünglich Suizidwilligen erkennbar wird, entsteht

25 Eser, a.a.O., §§ 211 ff., Rn. 41.

26 BGH 2, 150 ff.

27 BGH St 6, 147; 7, 272.

28 BGH 13, 166 f.

29 BGH NJW 60, 1821 f.

30 BGH 7, 272; 13, 169; 32, 381.

31 Dölling NJW 86; 1016; Neumann JA 87, 254 ff.

für den Arzt oder Angehörigen als Beschützergarant gemäß § 13 d-StGB und für andere gemäß § 330c d-StGB eine Rettungspflicht. In der neueren Rechtsprechung der Oberlandes- und Landgerichte findet sich eine zunehmende Respektierung des freiverantwortlichen Suizidwillens durch Ablehnung einer Verhinderungspflicht Dritter.³²

Indessen versperrt einstweilen der BGH mit seinem auch in jüngerer Vergangenheit bestätigten³³ Festhalten an seiner Rechtsprechung diesen Weg.

Jenseits der in Deutschland drohenden Unterlassungsstrafbarkeit des Suizidhelfers erweist sich bereits die in Deutschland vorgenommene Vermittlung einer schweizerischen Suizidhilfe als Beihilfe zu einem Betäubungsmitteldelikt (§§ 29 Abs. 1 lit. 6 i. V. m. 13 d-BtMG, 27 d-StGB). Denn, anders als in der Schweiz, bildet die Abgabe des todbringenden Medikaments NaP in Deutschland sogar mit Rezept einen strafbaren Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (§§ 29 Abs. 1 lit. 6 i. V. m. 13 d-BtMG). Obwohl die Haupttat in der Schweiz straflos bleibt, ist eine inländische Teilnahme nach deutschem Recht strafbar (§ 9 Abs. 2 Satz 2 d-StGB).

Insgesamt ergibt sich, dass die Schweiz generell gegenüber der Suizidhilfe und speziell gegenüber der organisierten aufgeschlossener als Deutschland ist. Dies drückt sich auch in den medizinisch-ethischen Richtlinien beider Länder aus. In den Grundsätzen der deutschen Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung war früher festgehalten, dass die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten dem ärztlichen Ethos widerspricht. Bis kürzlich wurde die einer pluralistischen Gesellschaft angemessenere, aber immer noch gegenüber der ärztlichen Suizidhilfe reservierte Formulierung gewählt: «Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.»³⁴

Dieselbe Formulierung verwandten die entsprechenden schweizerischen Richtlinien von 1995 bis 2004.³⁵

Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 hat nun beschlossen, in der Muster-Berufsordnung (MBO) für Ärzte in Bezug auf die Mitwirkung eines Arztes bei einem Suizid eines Patienten die folgende Formulierung einzufügen: «Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.» Es bleibt abzuwarten, ob diese Regelung der MBO von den einzelnen Bundesländern in das ärztliche Berufsrecht übernommen werden und damit Rechtsverbindlichkeit erlangen wird. In den geltenden schweizerischen Richtlinien heißt es hingegen differenzierend: «Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen

³² Nachweise bei Eser, a.a.O., Vorbemerkung §§ 211 ff., Rn. 43.

³³ BGH 32, 367 ff.

³⁴ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 21.1.2011, *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011), A 346 f.

³⁵ Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) vom 24.2.1995, *Schweiz. Ärztezeitung* 76 (1995), S. 1 223 ff.

Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren.»³⁶

Die Entwicklung der Meinungsbildung verläuft in der Schweiz zunehmend dahin, dass die Suizidhilfe als freiwillige ärztliche Aufgabe verstanden wird, die zwar keinem Arzt aufgedrängt werden kann, aber auch aufsichts- bzw. standesrechtlich nicht ausgeschlossen erscheint, solange bei der Untersuchung, Diagnose und Abgabe die ärztlichen Sorgfaltspflichten eingehalten werden.³⁷

Auch hinsichtlich des für die Verschreibung des todbringenden NaP geforderten Krankheitsbildes ist ein Meinungswandel hin zu liberaleren Positionen erkennbar. Erachtete man früher die Verschreibung nur bei einem unabwendbar zum Tode führenden Leiden als zulässig³⁸, so genügt heute eine unheilbare, dauerhafte, schwere somatische oder sogar psychische Beeinträchtigung, die dem Patienten sein Leben auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt. Freilich ist nach dem Bundesgericht bei rein psychischen Leiden «äusserste Zurückhaltung geboten: Es gilt zwischen dem Sterbewunsch zu unterscheiden, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und jenem, der auf einem selbst bestimmten, wohlerwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht («Bilanzsuizid»), den es gegebenenfalls zu respektieren gilt.»³⁹

Die schweizerische Regierung (Bundesrat) hat 2006 eine Erweiterung der Strafbestimmung über die Suizidbeihilfe aus selbstsüchtigen Beweggründen (Art. 115 ch-StGB) ebenso abgelehnt wie die Schaffung eines Aufsichtsgesetzes zur Qualitätssicherung in der organisierten Suizidhilfe.⁴⁰ Diese Entscheidung wurde zum Teil heftig kritisiert. So setzt sich die SAMW für eine Aufsicht des Bundes über die Sterbehilfeorganisationen ein. Sie erachtet es als unbefriedigend, dass gerade da, wo es um Leben und Tod geht, nur ungenügende Sorgfaltskriterien und keine Aufsicht bestehen.⁴¹ In einer vom Bundesrat veranlassten Vernehmlassung hat sich inzwischen eine deutliche Mehrheit der Kantone, Parteien und interessierten Organisationen mit im Einzelnen kontroversen Vorschlägen für eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe auf Bundesebene ausgesprochen. Am 17.9.2010 hat der Bundesrat eine gesetzlichen Handlungsbedarf bestimmende Botschaft zur Festlegung von Sorgfaltspflichten für Mitarbei-

36 Medizinisch-ethische Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vom 25.11.2004, *Schweiz. Ärztezeitung* 86 (2005), S. 172 ff., 174.

37 So auch BGE 133 I 58, Erwägung 6.3.4.

38 Vgl. Kunz, a.a.O., S. 624.

39 BGE 133 I 58, Erwägung 6.3.5.1.

40 Vgl. Bericht «Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?» des EJPD vom 24.4.2006 sowie Ergänzungsbericht vom Juli 2007.

41 Schreiben an den Bund vom 7. 6. 2006.

tende von Suizidhilfeorganisationen sowie zur verstärkten Förderung der Suizidprävention und der Palliativmedizin angekündigt.⁴²

Am 29.6.2011 hat Bundesrätin Sommaruga den Entscheid des Bundesrates mitgeteilt, auf eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe zu verzichten, da Missbräuche bereits mit dem geltenden Recht geahndet werden könnten und eine dies konkretisierende gesetzliche Regelung Suizidhilfeorganisationen ein auch in Ärztekreisen unerwünschtes staatliches Gütesiegel verleihen würde.⁴³

Auf den Punkt gebracht, unterscheidet sich die rechtliche Bewertung des begleiteten Sterbens in beiden Nationen wie folgt: Kein Unterschied besteht hinsichtlich der Rechtslage für die Unterstützung eines ohnehin in Gang befindlichen Sterbevorganges. Im Falle des sich dem Ende zuneigenden Lebens ist Sterbegleitung durch palliative Anwendung schmerzlindernder Mittel und ärztlichen Behandlungsabbruch in beiden Ländern zulässig und üblich. Hingegen bestehen Unterschiede hinsichtlich der Suizidbegleitung von Personen, die bloß sterben wollen, ohne dies alsbald zu müssen. Deutschland verbietet prinzipiell die Abgabe der zuverlässig rasch und schmerzfrei todbringenden Substanz NaP in individuell ausreichender Menge. Damit wird im Sinne der Suizidprävention dem Umstand Rechnung getragen, dass Suizidversuche häufig auf später als kurzfristig erkannte Augenblicksentscheide in Krisensituationen zurückgehen. Mit der statistisch durchaus zutreffenden, individuell aber rein spekulativen Unterstellung, dass der Freitodversuch später bereut werde, wird ein Paternalismus praktiziert, welcher sich über das Selbstbestimmungsrecht des vollverantwortlich Suizidwilligen hinwegsetzt. Suizidwillige sind entweder zum Gebrauch unsicherer, womöglich schmerzhafter Tötungsmittel oder schicksalhaft zum Weiterleben verurteilt. Gemäß Angaben des Statistischen Bundesamtes haben sich im Jahre 2009 in Deutschland insgesamt 9571 amtlich festgestellte Suizide ereignet.⁴⁴

Mangels Verfügbarkeit eines zuverlässig schmerzfreien Tötungsmittels im Rahmen der Freitodbegleitung dürften zahlreiche dieser Freitode, und erst recht missglückte Versuche solcher, mit objektiv unnötigen Qualen verbunden gewesen sein.

In der Schweiz hingegen wird die Schleuse zu einem selbstbestimmten Freitod in Begleitung von Suizidhilfeorganisationen offen gehalten. Anders als Deutschland ist die Schweiz nicht historisch mit einer Ideologie der «Minderwertigkeit» gewissen menschlichen Lebens und einer Praxis der Euthanasie belastet. Zudem gebietet die traditionell liberal-konservative Rechtskultur der Schweiz eher staatliche Zurückhaltung bei der Bewertung individueller Entscheidungen. Der auch im Rechtlichen anzutreffende typisch schweizerische Pragma-

⁴² Medienmitteilung des EJPD vom 17.9.2010.

⁴³ Medienmitteilung des EJPD vom 29.6.2011.

⁴⁴ http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/10/PD10_371_232.psm1.

tismus vertraut auf eine weite Ermessensspielräume sinnvoll füllende Praxis, die tunlichst nicht durch Gesetze oder Leitentscheidungen beengt werden sollte.

Grundsätzlich, wenngleich in geringerem Maße als der nördliche Nachbar, praktiziert indessen auch die Schweiz einen paternalistischen Schutz des Lebens vor unüberlegtem Freitod.⁴⁵ So ist im Einzelfall zu prüfen und zu dokumentieren, ob der Entscheid, dem Leben ein Ende zu setzen, tatsächlich dem freien, wohlwogenen und nicht bloß augenblicksbezogenen Willen des Betroffenen entspricht. Zudem kann ein Suizidwilliger das todbringende NaP in letaler Dosierung nicht direkt von der Suizidhilfsorganisation beziehen, sondern benötigt dafür ein ärztliches Rezept. Ein Drugstoremodell, in dem die Hilfsorganisation die Substanz «ohne weiteren Firlefanz»⁴⁶ nach eigenem großzügigem Ermessen abgeben kann, ist nach geltendem Recht nicht zulässig und hat auch rechtspolitisch keine Chance. Für die Verschreibung von NaP genügt der bilanzierte nachvollziehbare Suizidwunsch aufgrund einer unheilbaren schweren Beeinträchtigung. Ein unabwendbar alsbald zum Tode führendes Leiden ist dafür nicht vorausgesetzt. Wie die Ärzteschaft diese vage Begrifflichkeit handhabt, ist unbekannt. Zu vermuten steht eine uneinheitliche Praxis, in der recht viele Ärzte die Voraussetzungen weit auslegen und die Substanz im Wesentlichen bereits auf einen als ernsthaft empfundenen Suizidwunsch hin verschreiben. Dies dürfte erst recht für die sogenannten «Vertrauensärzte» der organisierten Suizidhilfe gelten. So ist anzunehmen, dass jeder ernsthaft Suizidwillige letztlich einen Arzt finden wird, der zur Verschreibung von NaP bereit ist.

Zudem ist die Praxis der indirekten aktiven Sterbehilfe und des ärztlichen Behandlungsabbruchs in der Schweiz deutlich verbreiteter als in Deutschland. Die Intransparenz dieser Praxis begründet zumindest abstrakt die Gefahr einer unausgesprochenen individuellen Beurteilung nach der Belastbarkeit des Pflegesystems. Insofern freilich schwere Missbräuche bisher nicht bekannt wurden, profitiert die ärztliche Sterbebegleitung von dem in der Schweiz noch intakten Grundvertrauen in die Ärzteschaft.

Nach einer umstrittenen⁴⁷ Befragung findet der Autonomieanspruch im Sterben starke Zustimmung. Viele Schweizerinnen und Schweizer können sich bei unheilbarer Erkrankung vorstellen, organisierte Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Viele votieren sogar für eine Erweiterung der Zulässigkeit von Sterbehilfe. Hingegen wird eine Suizidhilfe für Ausländer mehrheitlich abgelehnt.⁴⁸ Die grundsätzliche Befürwortung der Möglichkeit eines assistierten Sterbens

45 Zur verfassungsrechtlichen Abwägung mit dem Selbstbestimmungsrecht vgl. Regina Kiener: Organisierte Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht und staatlichen Schutzpflichten. *Zeitschrift für Schweizerisches Recht* 129, S. 271-290.

46 So der Generalsekretär von DIGNITAS, Minelli, laut Willmann in: *DIE ZEIT* Nr. 36/2001, S. 24.

47 Hanspeter Schmitt: Ist die Schweiz mehrheitlich für die aktive Sterbehilfe? Jusletter vom 21.3.2011. Kritisiert wird der suggestive Befragungscharakter mit hochdramatischen Fallschilderungen ohne Handlungsalternativen.

48 Vgl. EXIT Info 1/2007, 4 ff.; Schwarzenegger/Manzoni/Studer/Catia: Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält. Jusletter vom 13.9.2010.

kontrastiert mit einem in der politischen Öffentlichkeit verbreiteten Misstrauen gegenüber undurchsichtigen Praktiken und dem teilweise offensiven und expansiven Auftreten der Sterbehilfeorganisationen. Dies hat die organisierte Suizidhilfe einer Art Generalverdacht ausgesetzt und hält die Diskussion um genauere gesetzliche Vorgaben und effiziente Kontrollmöglichkeiten wach. Die Gefahren der Überreglementierung und eines noch größeren Sterbetourismus durch den Eindruck staatlicher Zertifizierung von «Kompetenzzentren» zur Suizidbegleitung könnten gering wiegen im Vergleich zu dem Vorwurf mangelnder staatlicher Aufsicht über eine buchstäblich existenzielle Betätigung mit evidentem Missbrauchsrisiko.

Einmütigkeit besteht hinsichtlich der Verbesserung der faktischen Überprüfbarkeit der assistierten Selbsttötung: etwa ob tatsächlich uneigennützig, also ohne «selbstsüchtige Beweggründe» gehandelt wurde; ob ein genügend schweres krankheitsbedingtes Leiden vorlag; ob die Urteilsfähigkeit des Suizidenten bei Vornahme des Suizids effektiv gegeben war; ob der Suizidwunsch Ausdruck eines wohl erwogenen autonomen und dauerhaften Entscheides war; ob dies durch mehrere Gutachter unabhängig voneinander festgestellt wurde; ob eine neutrale, auch andere Auswege weisende Beratung erfolgte.

Der Kanton Zürich, in dem bei weitem die meisten Freitodhilfen geleistet werden, hat versucht, einer gesamtschweizerischen Regelung vorzugreifen. In einer «Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe» haben der Oberstaatsanwalt des Kantons und EXIT Deutsche Schweiz am 7. Juli 2009 Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung für EXIT gesetzt.⁴⁹ Demzufolge sind Suizidbegleitungen nicht gewinnorientiert aufgrund einer ordnungsgemäßen Buchführung und nur unter Verwendung von NaP durchzuführen. Suizidhilfe ist nur zu gewähren, wenn der Suizidwunsch aus einem schweren krankheitsbedingten Leiden heraus entstanden ist, wobei als Krankheit auch Unfälle und schwere Behinderungen gelten. Alternative Optionen zum Suizid wie Behandlung und Therapie sind mit der suizidwilligen Person zu prüfen und das Ergebnis schriftlich festzuhalten. Die Urteilsfähigkeit ist bei psychisch gesunden Personen mittels wiederholter, längerer und im Abstand mehrerer Wochen geführter persönlicher Gespräche abzuklären. Bei psychisch kranken Personen darf nur ausnahmsweise nach den Kriterien des Bundesgerichts⁵⁰ und nach vertiefter Abklärung Suizidhilfe gewährt werden. Bei Personen mit fortschreitender Demenz und in sonstigen besonderen Fällen ist die Urteilsfähigkeit zu einem bilanzierenden Entscheid von zwei Ärzten festzustellen und in der Regel durch fachärztliches Gutachten zu dokumentieren. Im Übrigen sind Vorbereitung und Durchführung der Suizidhilfe, Auswahl und Einsatz der Freitodbegleiter und Vertrauensärzte sowie das Vorgehen der Strafuntersuchungsbehörden genau reglementiert.

Diese Vereinbarung wurde am 16. Juni 2010 vom Bundesgericht mit der Begründung für nichtig erklärt, dass sie einer gesetzlichen Grundlage entbehre

⁴⁹ Fassung vom 30.6.2009.

⁵⁰ Oben Fn. 40.

und darüber hinaus gegen das materielle Strafrecht und das Betäubungsmittelrecht verstoße. Angesichts der Bedeutung des Regelungsinhalts für das Recht auf Leben und die persönliche Freiheit sei eine klare gesetzliche Regelung erforderlich.⁵¹ Damit ist der an sich begrüßenswerte Versuch gescheitert, im Vorgriff auf künftige bundesrechtliche Bestimmungen durch eine in Vertragsform gekleidete amtliche Duldungszusage unter weitgehend konsensfähigen Bedingungen Rechtssicherheit zu schaffen. Als Vorlage für eine bundesrechtliche Regelung taugt die «Vereinbarung» ohnehin nur beschränkt. Da EXIT keine Suizidhilfe gegenüber Ausländern leistet, wird das heikle Problem des Sterbetourismus in der «Vereinbarung» gar nicht angesprochen. Als eine Art *Gentlemen Agreement* mit der seriösesten, seit Jahren wenig beanstandeten Organisation sind die erarbeiteten Regeln auf die organisierte Suizidbegleitung generell mit weit höheren Missbrauchsrisiken nicht ohne Weiteres übertragbar.

Auch wenn eine über die derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen hinausgehende Regelung konkret nicht in Aussicht steht, hat sich in der Schweiz das Bewusstsein der Öffentlichkeit für mögliche Missbräuche bei der organisierten Suizidbegleitung geschärft. Eine vertrauensgetragene Politik des großzügigen Tolerierens der organisierten Sterbebegleitung ohne genaues Hinschauen wird es künftig nicht mehr geben. Das drohende Szenario eines Drugstore mit internationaler Anziehungskraft, in dem Lebensmüde ihren tödlichen Cocktail auf Wunsch gemixt erhalten, zwingt zur Aufgabe des typisch schweizerischen Pragmatismus, der mit spärlichen gesetzlichen Vorgaben auskommt und durch eine weitgehend unkontrollierte, an individueller Selbstbestimmung orientierte Praxis von Reformdruck entlastet.

51 BGE 136 II 415, 426, 1C_438/2009 vom 16. Juni 2010.

Jenseits der Palliativmedizin?

Ein Plädoyer für die ärztliche Beihilfe zum Suizid, die zum ethischen Gebot am Lebensende werden kann

Es ist ein in weiten Teilen der Ärzteschaft verbreitetes Missverständnis, ihren Auftrag allein darin zu sehen, Krankheiten zu heilen, Leben zu erhalten und zu verlängern. Diesem *kurativen* Auftrag des Arztes steht ein zweiter, nicht minder bedeutsamer an der Seite, dann nämlich, wenn die verfügbaren Mittel zur Heilung und Lebensverlängerung im Zustand terminaler Erkrankung oder schwerster Versehrtheit nicht mehr von einer medizinischen Indikation und/oder vom Patientenwillen getragen sind und als Behandlungsauftrag ein friedliches Lebensende resp. Sterben ganz in den Vordergrund tritt. Dieser *palliative* Auftrag steht – und dies kann nicht genug betont werden – ethisch gleichrangig neben seinem kurativen Pendant. Beide Anteile des ärztlichen Auftrags verfolgen zwar unterschiedliche Therapieziele, gehorchen jedoch in gleicher Weise dem Wohl des Patienten, dem ausnahmslos jedes ärztliche Entscheiden und Handeln verpflichtet ist. Gleichwohl neigt die Ärzteschaft zu einer Minderbewertung des palliativen Auftrags und dazu, sich selbst aus der Verantwortung für den Patienten zu entlassen und «austherapierte» Schwerstkranke nachgeordneten Einrichtungen der Pflege und der Sorge der Angehörigen zu überlassen, nicht selten begleitet von der Aussage: «Wir können nichts mehr tun.» Ein niederschmetterndes Urteil, das, Patienten oder Angehörigen gegenüber auszusprechen, in meinen Augen einen schweren ärztlichen Kunstfehler darstellt. Medizin kann und muss immer etwas tun, wenn nicht mehr im Sinne der Gesundung und Lebensverlängerung, dann im palliativen Sinne der Leidens- und Symptomlinderung.

Doch so hoch der Wert der Palliativmedizin auch zu veranschlagen ist und die Ausweitung ihrer Angebote allein eine Frage der Zeit sein mag, in ihrer klassischen Ausprägung stößt auch die Palliativmedizin, obgleich nur in wenigen Fällen, an Grenzen; sei es, dass ihre Mittel versagen oder diese in terminaler Erkrankung zu kurz greifen; sei es, dass ein Patient eine palliativmedizinische Behandlung aus plausiblen Gründen ablehnt, denn niemand kann genötigt werden, sie zu akzeptieren. Selbst von Palliativmedizinerinnen, wie beispielsweise von den Verfassern der «Bibel der Palliativmedizin», dem *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, wird ja zugestanden, dass Palliativmedizin niemals *alle* Einbußen an positiven

Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten für *alle* betroffenen Patienten kompensieren kann, zumal für Schwerstversehrte nicht, die eine unter Umständen sich nach Jahrzehnten bemessende Lebensperspektive vor sich haben.

Die zentrale Frage also, die sich stellt, lautet: Sind wir als Gesellschaft mitfühlend genug, einsichtsfähigen Menschen, die in terminaler oder schwerster aussichtsloser Krankheit oder Versehrtheit maximale Zuwendung und Therapie erfahren und dennoch weiter leiden, zu gestatten, auf ihren klar und nachhaltig geäußerten Wunsch hin mit ärztlicher Hilfe ihr Leben zu beenden?

Solche aussichtslos kranken und schwer leidenden Patienten der organisierten oder gar kommerzialisierten Sterbehilfe dilettierender Nichtärzte vom Schlege des ehemaligen Hamburger Justizsenators Roger Kusch (Dr. Roger Kusch Sterbehilfe e.V.) oder des Schweizer Sterbehelfers Ludwig Minelli (DIGNITAS) zu überlassen, die nicht davor zurückschrecken, in klandestinen Pensionen, auf Parkplätzen und mittels eigens konstruierter Selbsttötungsmaschinen oder mit Helium gefüllten Tüten terminal Kranke vom Leben zum Tode zu befördern, darf die deutsche Ärzteschaft nicht zulassen. Im Gegenteil: Sie hat ihre Arme für sie zu öffnen, denn auch sie sind ihre Patienten. Ihrem Leiden ist zwar mit konventionellen medizinischen Mitteln offensichtlich nicht beizukommen, gleichwohl haben sie ein – zumindest moralisches Anrecht – auf angemessene Hilfe. Dabei hat die Ärzteschaft allerdings strenge Maßstäbe anzulegen, weil auch die Suizidassistenten einen Eingriff darstellt, der, wie jede ärztliche Behandlung, einer eindeutigen Indikationsstellung und – erste Voraussetzung überhaupt – der frei verantwortlichen Entscheidung des Patienten bedarf.

Um Missverständnissen schon hier vorzubeugen: Ich selbst bin Vorsitzender einer Stiftung für Palliativmedizin und – wie sollte es in dieser Funktion auch anders sein – ein überzeugter Vertreter palliativmedizinischer Vorgehensweisen; ich trete für ihre nachhaltige Ausweitung und Stärkung gerade in unserem Lande ein und würde in jedem Einzelfall alles dafür tun, einen aussichtslos kranken Patienten von ihrer Reichweite und ihrem Wert zu überzeugen. Aber: Das Bemühen um bestmögliche Palliativmedizin schließt die Möglichkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid nicht von vornherein aus; ebenso wenig wie kathetergestützte kardiologische Interventionen (z.B. Stent-Implantationen) die Verfügbarkeit von Herzverpflanzungen ausschließen.

Denn neben all ihren Errungenschaften hat die Medizin im Laufe der letzten fünfzig Jahre beängstigende und grausame Existenzweisen hervorgebracht, in die Menschen ohne sie nie geraten wären, weil sie zuvor eines natürlichen Todes gestorben wären. Hierzu zählen beispielsweise Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder beatmete Patienten mit hoher Querschnittslähmung. Unter ihnen finden sich zwar nicht wenige, die ihr Schicksal, flankiert von Zuwendung und weitreichenden technischen Hilfen, anzunehmen lernen; doch manche unter ihnen vermögen es eben trotz größtmöglicher menschlicher Zuwendung und optimaler medizinischer Versorgung nicht, Quellen des Lebenssinns in sich zu erschließen oder Energien zu mobilisieren, die sie Schicksals-

schlagen der beschriebenen Art standhalten lassen. Auch Menschen, die sich im Terminalstadium einer malignen Erkrankung befinden, können plausible Gründe vorbringen, selbst aus dem Leben scheiden zu wollen. Nachvollziehbar für jeden denkenden und berührbaren Menschen verlangen sie zu sterben, und sie wünschen, dass Ärzte ihnen hierbei helfen. Ein Fallbeispiel mag die Ausweglosigkeit und Qual solcher Patienten verdeutlichen.

Konrad W. erhält im Alter von 60 Jahren die Diagnose eines inoperablen Rachentumors. Durch Bestrahlung und Chemotherapie lässt sich sein Wachstum mehr als ein Jahr in Schach halten. Konrad W. ist Familienvater, arbeitet als Buchhändler und stellt sich vor, so lange leben zu wollen wie seine Symptome zu kontrollieren waren. Dann wollte er so rasch und schmerzfrei wie möglich aus dem Leben scheiden, immer den Leidensweg eines Freundes vor Augen, der an einem in die Luftröhre durchgebrochenen Speiseröhrenkrebs letztlich erstickte.

Der Tumor wächst jedoch rapide weiter. Konrad W. will unter keinen Umständen erneut in die Klinik; er wünscht im Kreise seiner Familie zu sterben. Ein niedergelassener Onkologe und ein Pflegeteam versorgen ihn zuhause; steigende Morphin- und Psychopharmakadosen sind notwendig, um Angst und Schmerzen erträglich zu halten.

Der Tumor beginnt unkontrolliert zu bluten: Todesangst und Erstickenpanik lassen sich durch nichts eindämmen. Er fleht geradezu darum, auf schnellstem Wege sterben zu dürfen. Die ärztlich angebotene terminale Siedierung lehnt er ab, weil dies zu lange dauere, zu ersticken nicht verhindern könne und er nicht zu einer Zumutung für seine Familie werden wolle. Sein Arzt stellt ihm schließlich eine tödliche Dosis mehrerer Medikamente bereit, lässt sich unter dem Zeugnis der Familie von seiner Garantenpflicht entbinden und verabschiedet sich; notfalls sei er zu erreichen. Noch am selben Tag verstirbt Konrad W. tief bewusstlos und friedlich im Kreise seiner Familie.

Ist es wirklich denkbar, dass ein Richter oder ärztlicher Standesvertreter den Wunsch dieses aussichtslos Kranken und das Vorgehen seines Arztes kritisiert, gar verurteilt? Ist es nicht vielmehr beschämend, dass der Arzt glaubte, seinen Patienten verlassen zu müssen, um sicher zu sein, sich seiner Garantenpflicht zu entledigen? Ist es vertretbar, dass die Landesärztekammern Ärzten, die ihren Patienten in einem derartig verzweifelten Sterbeprozess die verlangte Hilfe zur Selbsthilfe geben würden, mit Approbationsentzug und Zwangsgeldern drohen?

Alle Voraussetzungen und Bedingungen für einen verantwortbaren ärztlich assistierten Suizid waren erfüllt: Der Patient litt an einer aussichtslosen und unbehandelbaren Erkrankung; seine Lebensqualität war aufs Schwerste eingeschränkt; er äußerte seinen Sterbewunsch frei verantwortlich und nachhaltig; er war nicht psychiatrisch krank und über alle Behandlungsalternativen hinreichend aufgeklärt. In einem Satz: Er litt in terminaler Erkrankung unsäglich – trotz maximaler Behandlung und Zuwendung. Ärztliche Hilfe zum Suizid war bei diesem Patienten nicht allein ethisch gerechtfertigt; sie war, nach meiner Auffassung – ethisch geboten.

Gerade an diesem extremen Beispiel wird deutlich: Eine Normierung des Sterbeprozesses kann und darf es nicht geben, wie es ja auch die Bundesärztekammer und ihr Präsident Hoppe nicht müde werden zu betonen. Niemand – weder die Kirchen noch Hospizverbände noch andere Instanzen – hat die «Richtlinienkompetenz», das «gute Sterben» und das, was unter Patientenwohl zu verstehen ist, zu definieren – nur der Schwerstkranke oder Sterbende selbst. Auch die verfasste Ärzteschaft hat sich in dieser Frage zurückzuhalten. Sie hat vielmehr denen, die sie vertritt, den Ärzten nämlich, ihre freie Gewissensentscheidung zu überlassen, gerade dann, wenn der Arzt den Krankheitsverlauf und den Leidensweg seines Patienten wie niemand sonst kennt und zu beurteilen vermag. Die Bundesärztekammer kann nicht darauf bestehen – so auch die Auffassung des Vorsitzenden des Deutschen Ethikrates, Schmidt-Jorzig –, eine bestimmte ethische Position als eine für alle Ärzte verbindliche zu erklären. Sie hat die individuelle ethische Grundhaltung ihrer Standesmitglieder zu respektieren. Und diese hat immer, im Unterschied zum Recht, der eigenen individuellen Überzeugung zu folgen.

In diesem Sinne ist auch die im November 2008 veröffentlichte Denkschrift der Evangelischen Kirche Deutschlands zu interpretieren, die den Ärzten bei der Beurteilung des jeweiligen Einzelfalles eines ärztlich assistierten Suizids einen «Verantwortungs- und Handlungsspielraum» zugesteht. Ähnliches formuliert ein gemeinsames Hirten Schreiben der katholischen Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel vom Juni 2006: «Es mag schwerste Krankheitsverläufe und Leidenszustände geben, angesichts derer ein Arzt nach sorgfältiger Gewissensprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einem Suizidversuch seines Patienten nicht im Wege stehen soll.» Weiter noch ging der Deutsche Juristentag 2006, der bei schwersten anders nicht zu linderndem Leiden den ärztlich assistierten Suizid als ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung tolerieren möchte. Eine im letzten Jahr veröffentlichte anonyme Befragung von 483 Ärzten im Auftrag des *SPIEGEL* ergab, dass etwa 35% eine solche Regelung befürworten. Angesichts dieses Diskussionsstandes sei zu überprüfen – so der ehemalige Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof Klaus Kutzer –, ob die rigorose, Ausnahmen nicht zulassende Haltung der Bundesärztekammer und des Bundesgerichtshofes, die auf ein Urteil aus dem Jahr 1984 zurückgeht, noch aufrechterhalten werden kann.

Gänzlich verfehlt, ja geradezu absurd wäre es, den oben erwähnten Fall in die Nähe der Euthanasie der Nationalsozialisten zu rücken, auf die zahlreiche Ärzte immer noch und unbegreiflicher Weise glauben verweisen zu müssen, wenn es darum geht, das Sterben terminal Kranker zuzulassen oder beispielsweise beatmeten Querschnittsgelähmten Beistand darin zu leisten, ihr Sterbeverlangen umzusetzen.

Worin bestand das Wesen der Euthanasiepraxis der Nationalsozialisten? Welche Ziele verfolgte sie? Die ihr hörigen Ärzte ließen sich von einer Ideologie in Dienst nehmen, deren Ziel in der Reinhaltung und genetischen Optimierung der germa-

nischen Rasse bestand. Zu diesem Zweck wurden Millionen ermordet und letztlich sollten alle, die diesem Ziel im Wege standen, vernichtet werden. Sogenannte «Ballastexistenzen» und «leere Menschenhülsen», insbesondere auch Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen wurden vernichtet, weil sie den Qualitätsvorstellungen des Regimes nicht entsprachen und als ökonomische Last betrachtet wurden. Wesentlich charakterisiert also war die Nazimedizin durch eine übergeordnete und zutiefst inhumane Programmatik und die *Außerkräftsetzung der Autonomie des Individuums*.

Ist es also nicht so – wenn man sich denn auf einen Vergleich mit der NS-Medizin überhaupt einlässt –, dass ein Arzt, der den Willen des Patienten missachtet, dieser menschenverachtenden Praxis näher steht als eine Tochter, die eben diesen Arzt auffordert, die Patientenverfügung ihrer terminal kranken Mutter umzusetzen, er dies aber mit der Bemerkung zurückweist, er betreibe doch keine «Nazi-Euthanasie», wie in jüngster Zeit in Berlin geschehen? Stehen hier die Verhältnisse nicht auf dem Kopf? Trägt nicht vielmehr die deutsche Ärzteschaft, eben weil sie die nationalsozialistischen Euthanasieprogramme mit zu verantworten hatte und sich anmaßte, menschliche Existenzen zu bewerten und zu entmündigen, seit Jahrzehnten schon eine besondere Verantwortung gerade dafür, *die Autonomie der ihr anvertrauten Patienten zu achten und zu wahren*, in begründeten Fällen bis hin zur Hilfe eines frei verantwortlich verlangten Sterbens in aussichtsloser Krankheit und bei nicht beherrschbarem Leid?

Unstrittig ist, dass angesichts der demografischen Entwicklung und der weiter steigenden Lebenserwartung palliativmedizinische Versorgungsangebote – seien es Palliativstationen an Krankenhäusern, seien es Hospize oder sei es die besonders förderungswürdige ambulante palliative Versorgung – auch auf die nach Hunderttausenden zählenden geriatrischen Patienten auszuweiten und zu stärken sind.

Und doch ist grundsätzlich anzuerkennen, dass jenseits der Palliativmedizin Suizidbeihilfe zu einer unverzichtbaren ärztlichen Aufgabe werden kann, die mit Sanktionen zu belegen unangemessen ist. Palliativmedizin und ärztlich assistierter Suizid verhalten sich eben nicht *antagonistisch*, sondern – im Prinzip – *komplementär* zueinander. Ich würde sogar so weit gehen zu behaupten, dass auch der ärztlich assistierte Suizid zu einer äußersten Maßnahme palliativer Medizin werden kann. Hierfür bietet der amerikanische Bundesstaat Oregon, in dem die ärztliche Suizidassistenz seit 2002 durch Gesetz geregelt ist, ein überzeugendes Beispiel.

Oregon beschloss 1997 ein Gesetz («Death with Dignity Act»), das die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in einem differenzierten Verfahren zulässt und regelt; Missbrauch ist weitestgehend ausgeschlossen. Die Voraussetzungen für die Verschreibung eines tödlich wirkenden Medikaments lauten: Vorliegen einer von zwei Ärzten bescheinigten aussichtslosen und inkurablen Erkrankung mit einer Lebenserwartung von unter sechs Monaten bei einem einsichts- und urteilsfähigen, volljährigen Patienten mit ständigem Wohnsitz in Oregon; zweimalige

mündliche Beantragung des tödlichen Medikaments bei seinem Arzt im Abstand von zwei Wochen; anschließende erneute schriftliche Anforderung des Mittels in Gegenwart eines Zeugen; ausführliche ärztliche Beratung über alle verfügbaren Behandlungsalternativen.

Was lehren die nun mehr als zehnjährigen Erfahrungen aus Oregon? Seit der Einführung des Gesetzes 1997 bis 2005 sind in Oregon insgesamt 246 Menschen, einem von tausend Verstorbenen entsprechend, auf diese Weise aus dem Leben geschieden. Aufschlussreich erscheint die Tatsache, dass mehr als ein Drittel derjenigen, die sich ein Rezept hatten ausstellen lassen, dieses letztlich nicht einlösten. Ihnen genügte offenbar die Sicherheit, jederzeit einem als unwürdig empfundenen Tod entgehen zu können. Der Tod trat bei nahezu allen Patienten ohne Komplikationen ein, in den meisten Fällen innerhalb einer halben Stunde. Der Verdacht des Missbrauchs ergab sich in einem einzigen Fall einer 80-jährigen Patientin, bei der offenbar nicht sicher war, ob sie nicht doch (auch) an Depressionen litt.

Gänzlich unerwartet erfuhr die palliative Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden in Oregon nicht eine Schwächung, sondern eine Stärkung, wie das breite Echo in Öffentlichkeit und Ärzteschaft belegt! Es hat die Notwendigkeit optimaler palliativer Behandlung und Pflege gerade den Ärzten noch deutlicher vor Augen geführt. Im Jahre 2001 ergab eine Befragung unter Ärzten, dass sich seit der Geltung des neuen Gesetzes zwei Drittel der Befragten intensiver als zuvor über die Möglichkeiten der Palliativmedizin informiert hatten. Nicht zuletzt wurde in Oregon auch deutlich, dass sich Beihilfe zur Selbsttötung und palliative Versorgung nicht ausschließen: Von den 246 Patienten, die von eigener Hand starben, nutzten 213 gleichzeitig die Betreuung eines nahe gelegenen Hospizes.

Letztlich demonstrieren die Erfahrungen aus Oregon, dass die so oft von den Gegnern ärztlicher Suizidassistenten beschworenen Dammbrechargumente, die nicht die Legitimität des Sterbewunsches kritisieren, sondern seine gesellschaftlichen Konsequenzen, nicht tragen. Weder kommt es zu Nachahmerverhalten, also zu Sterbewünschen dort, wo bisher keine waren, noch ist eine generelle Lockerung gesellschaftlicher Moralvorstellungen zu konstatieren, die den Weg für die rasche und hemmungslose Beseitigung gerade der Hochbetagten und Pflegebedürftigen, die sich gesellschaftlichem Druck ausgesetzt sähen, bereiten könnte.

Kaum jemand hat die existentielle Not aussichtslos kranker und deswegen zum Suizid entschlossener Patienten treffender zum Ausdruck gebracht als der Philosoph Karl Jaspers: «Wo unheilbare körperliche Erkrankung, Mangel aller Mittel und völlige Isolierung zusammenkommen, kann in höchster Klarheit ohne Nihilismus das eigene Dasein nicht überhaupt, sondern das, was jetzt noch bleiben könnte, negiert werden. Es ist eine Grenze, wo Fortleben keine Pflicht mehr sein kann: Wenn der Prozess des Selbstwerdens nicht mehr möglich ist, physisches Leid und Anforderungen der Welt so vernichtend werden, *dass ich nicht mehr bleiben kann, der ich bin*, wenn zwar nicht die Tapferkeit aufhört, aber

mit der Kraft die physische Möglichkeit schwindet ... Dem tiefsten Leid kann ein Ende gemacht werden, obgleich und weil die Bereitschaft zum Leben und zur Kommunikation die vollkommenste ist.»

Innerhalb eines solchen Koordinatensystems vermögen zwei Drittel der Ärzte in Deutschland bis heute weder zu denken, geschweige denn zu handeln. Stellvertretend für sie sei hier der ehemalige Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Christoph Müller-Busch, zitiert: «Die moralische Akzeptanz der Option des ärztlich assistierten Suizids kann nur auf der Prämisse erfolgen, dass der Tod im Vergleich zur Unerträglichkeit des Lebens das geringere Übel ist. Diese Annahme kann jedoch weder empirisch noch erkenntnistheoretisch Grundlage für eine medizinische Indikation bzw. ärztliches Handeln sein. Töten darf und kann aus ärztlicher Sicht keine therapeutische Option darstellen – es beendet unter Umständen einen Konflikt ohne das zugrunde liegende Problem einer am Leben orientierten Leidenslinderung zu lösen. Bei allem Respekt vor der Not des Einzelnen ist deshalb Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid keine mit dem ärztlichen Ethos vereinbare Aufgabe.»

Diesem Statement möchte ich – auf der Grundlage einer Betrachtung des Begriffs «töten» im Zusammenhang der ärztlichen Suizidassistenz bei aussichtsloser Erkrankung – widersprechen.

Töten. Gegner dieser Weise ärztlicher Hilfeleistung zum Sterben mögen auf diesem Wort beharren, weil es den in dieser Weise vollzogenen Vorgang der Lebensbeendigung «technisch korrekt» wiedergibt. Aber das Wort «töten» signalisiert, ohne dass es benannt wird, anderes, nämlich *Unmenschliches*: Es bezeichnet die *Zerstörung einer Persönlichkeit*. Doch nichts liegt einem Arzt, der sich unter den beschriebenen Voraussetzungen zu einer Suizidassistenz entschließt, ferner, als an der Zerstörung einer Persönlichkeit mitzuwirken. Vielmehr kann die Selbstausschöpfung für einen Menschen in auswegloser körperlicher Krankheit oder Versehrtheit die einzig noch verbliebene Möglichkeit darstellen, die Integrität seiner Persönlichkeit zu wahren! Seine Suche nach Lebenssinn und nach Wegen, sein Leben und seine Persönlichkeit zu entfalten, sind unwiderruflich an ein Ende gelangt und sein Vorhaben, mit fremder Hilfe zu sterben, kommt keineswegs einem zerstörerischen, sondern einem Akt letzter Selbstbehauptung gleich, weil die Kapitulation vor einer übermächtigen Krankheit unabwendbar war. Nicht Lebensmüdigkeit hat von solchen Schwerstkranken Besitz ergriffen, vielmehr Leidensmüdigkeit.

Kein Geringerer als Franz Kafka war es, der – Lunge und Kehlkopf zerfressen von Tuberkulose – sterbend seinen ärztlichen Freund Robert Klopstock um eine sein Leiden beendende Morphiumspritze bat: «Sie haben es mir immer versprochen. Töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder.» Und Klopstock erfüllte sein Versprechen.

Als Arzt helfend an einem solchen Akt teilzunehmen, der, wie Jaspers es nannte, tiefstes Leid beendet, ist in meinen Augen *niemals unethisch*, vielmehr Ausdruck äußerster empathischer Zuwendung des Arztes zu seinem Patienten.

Die Bundesärztekammer hat jüngst die Grundsätze zur ärztlichen Sterbegleitung überarbeitet. In der Präambel ist nun unter anderem niedergelegt, dass die Suizidassistentz nicht mehr als unethisch qualifiziert wird, jedoch wird konstatiert, dass sie nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört. Die Philosophin Petra Gehring sieht darin ein standesethisches Adiaforon, eine Verflachung ärztlicher Ethik, genauer gesagt, sie konstatiert den Einzug des Beliebigen, der Gleichgültigkeit in die ärztliche Ethik. In der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* vom 31.3.2011 war von ihr unter dem Titel: «Soll es überhaupt noch ein ärztliches Ethos geben?» ein polemischer Feuilleton zu lesen, das, nebenbei bemerkt, jeder Kenntnis zentraler medizinrechtlicher Basics entbehrte. Nach seiner Lektüre war ich, das kann und will ich hier nicht verhehlen, empört und fassungslos. Denn das, Frau Gehring, sollte auch dem Unbedarftesten, der sich über die Frage ärztlicher Suizidassistentz Gedanken macht, klar sein: Nur mit einem MEHR an Ethos, als es bisher innerhalb der Ärzteschaft gewachsen ist, lässt sich ärztliche Suizidassistentz rechtfertigen und verantworten. Aber Ihnen sehe ich es nach, denn Sie sind von der Wirklichkeit und vom Schicksal derer, um die es hier geht, offenbar allzu weit entfernt.

Nachtrag anlässlich der zwischenzeitlichen Änderung des § 16 der ärztlichen Musterberufsordnung während des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel

Anlässlich eines öffentlich mit mir am 22. April letzten Jahres geführten Radiogesprächs berichtete ich dem nunmehr aus seinem Amt verabschiedeten Präsidenten der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, von einer Patientin, die im Zustand schwerster, unumkehrbarer Versehrtheit um ärztliche Beihilfe zum Suizid nachsuchte. Herr Hoppe antwortete mir: «Wenn Sie dieser Patientin helfen, haben Sie nichts zu befürchten» (gemeint: berufsrechtliche Konsequenzen). Diese Äußerung Hoppes gab den Anstoß zu einer innerärztlichen Diskussion, die der auf dem Kieler Ärztetag neu gewählte Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, nunmehr beendet sehen möchte. Ich hoffe, dass das Gegenteil der Fall ist.

Denn während des Ärztetages 2011 beschlossen die Delegierten am 1. Juni 2011 mit 166 gegen 56 Stimmen bei 7 Enthaltungen den bisher in der ärztlichen Berufsordnung geltenden Satz «Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen» durch die neue Formulierung «Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten» zu ersetzen. Die alte Formulierung ließ zumindest Spielräume offen, die auch Hoppe, und mit ihm andere, nutzte, als er im Februar dieses Jahres sagte: «Beihilfe zum Suizid gehört nicht zu den ärztlichen Aufgaben. Sie soll aber möglich sein, wenn der Arzt das mit seinem Gewissen vereinbaren kann. Damit gehen wir nicht über das Strafrecht hinaus.» Letzteres verbietet weder den Suizid noch die Beihilfe zu ihm.

Hoppe rührte hiermit an eine zentrale Frage des bisher geltenden ärztlichen Selbstverständnisses: die Gültigkeit des individuellen ärztlichen Gewissens

nämlich als oberste und letzte Instanz aller ärztlichen Behandlungsentscheidungen. Dieses ist seit dem 1. Juni 2011 liquidiert, Gewissen wird nunmehr durch die Bundesärztekammer verordnet – basta! Dieser Tag wird als schwarzer Tag in die Geschichte der Ärzteschaft eingehen, die sich diese Niederlage selbst beigebracht hat. Mit ihr hat sie unter Beweis gestellt, dass sie komplexen ethischen Herausforderungen, die zunehmen, nicht gewachsen ist. Doch die Diskussion ist jetzt erst recht gefordert.

Ärztlicher Beistand beim Sterben in Würde¹

Anders als bei der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen), die eine Mehrheit der Bevölkerung zwar nicht verboten wissen will, die sie aber auch nicht befürwortet,² sprechen sich viele Menschen in Deutschland für die Möglichkeit der ärztlichen Mitwirkung an der freiverantwortlichen Selbsttötung aus. Auch rund ein Drittel der deutschen Ärzteschaft kann sich eine Mitwirkung unter bestimmten Umständen vorstellen.³ An der Auseinandersetzung um die ärztlich begleitete und unterstützte Selbsttötung ist so interessant, dass sie aus der weltanschaulichen Kontroverse zwischen Selbstbestimmung auf der einen Seite und religiösen Deutungen von Schöpfung und Leben als Geschenk auf der anderen Seite herausführt und den Blick frei macht für das eigentliche Ziel der Auseinandersetzung um die «Freiheit zu sterben»: die Verbesserung der medizinischen, in der Regel palliativen Versorgung Sterbender in einer vertrauensvollen dialogischen Beziehung zu Pfleger/innen, Ärzt/innen und Angehörigen/Betreuer/innen. Die Freiheit zu sterben, so meine Überzeugung, kann und sollte als «Selbstbestimmung im Dialog» verwirklicht werden.⁴

Gegen den ärztlich und von Angehörigen assistierten Suizid werden heute zahlreiche Gefahren beschworen und abschreckende Bilder bemüht, die auch schon gegen die Verbindlichkeit der Patientenverfügung vorgebracht wurden. Von der «Entsorgung der Schwachen» in einer Euthanasie-Industrie ist die Rede, Schreckensbilder von Dammbbruch und abschüssiger Bahn werden gemalt. Diese

- 1 Dieser Beitrag bringt allein die persönliche Überzeugung des Autors zum Ausdruck und stellt keine Position der Heinrich-Böll-Stiftung dar.
- 2 Vgl. die Daten und deren Interpretation bei Wolfgang van den Daele: Das Euthanasieverbot in liberalen Gesellschaften – aus soziologischer Perspektive, in: Caroline Y. Robertson-von Trotha (Hrsg.): Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft, Baden-Baden 2008, S. 37-59.
- 3 Institut für Demoskopie Allensbach: Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten im Auftrag der Bundesärztekammer, Juli 2010; abrufbar auf der Website der Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.7962.8666.8669&all=true> (aufgerufen am 7.11.2011).
- 4 So der Titel der Publikation der Heinrich-Böll-Stiftung aus dem Jahr 2008 und der gleichlautende Titel des Aufsatzes von Gian Domenico Borasio darin.

Behauptungen sind nicht nur ohne empirischen Beleg.⁵ Dort, wo es die legale ärztliche Mitwirkung an der Selbsttötung gibt, werden weder Alte noch Behinderte noch sozial oder anders Benachteiligte aus dem Leben gedrängt. Auch sind solche Behauptungen ethisch nicht haltbar. Denn der Sterbewunsch eines einzelnen Menschen kann nicht beantwortet werden mit allgemeinen Befürchtungen und Behauptungen über eine drohende Ökonomie des Todes. Die Bilder und Normwelten, in denen zunächst die Patientenverfügung und jetzt der assistierte und ärztlich assistierte Suizid und die aktive Sterbehilfe bekämpft, ja geradezu verteufelt werden, belegen, wie sehr religiöse Überzeugungen von Todsünde und Höllenpein ins Diesseits verlegt werden. Doch sie bleiben – bestenfalls – religiöse Überzeugungen, die in einer pluralistischen Gesellschaft Respekt, aber keine überindividuelle Gültigkeit für sich beanspruchen können – und die, nebenbei bemerkt, als innerweltliche Versprechen vom sozial eingebetteten und palliativ betreuten «guten Tod» auch theologisch-christlich nicht zu überzeugen vermögen, weil in ihrer Überbewertung der Palliativmedizin das schmerzlose Sterben an die Stelle des seligen Sterbens tritt.⁶

Himmel und Hölle werden bewegt, allein zur innerweltlichen Disziplinierung und zur Aufrechterhaltung der staatlich verfügbaren Kontrolle des Lebens und des Sterbens durch die dafür Privilegierten: durch die medizinische Profession und die medizinischen Institutionen mit beachtlicher ökonomischer Bedeutung.

Das vertrauensvolle Arzt/Patienten-Verhältnis solle geschützt werden; durch die Möglichkeit der Suizidhilfe oder deren rechtliche Freigabe werde es gestört. Doch dieses Verhältnis ist heute gestört oder muss zumindest neu begründet werden! Die Laien verlassen sich heute nicht mehr auf das privilegierte Wissen der Professionellen, sie lassen ihre Weltkonstruktion nicht mehr unwidersprochen entwerfen, die – je älter sie werden, umso stärker – von der traditionellen professionellen Sicht auf das richtige Handeln beim Sterben abweicht. Je weniger die medizinische Profession auf diese Diskrepanz zwischen Weltwissen der Laien und Professionswissen einzugehen bereit ist, desto weniger wird der Profession das Vertrauen entgegengebracht, das sie braucht. So gilt es, heute ein solches Vertrauensverhältnis durch vertrauensbildende Rahmenbedingungen wieder zu stärken, die den Anspruch der Patient/innen auf Selbstbestimmung und Schutz vor Verletzung ihrer Individualität und Würde ernst nehmen. Und es gilt, die teilweise eklatante soziale Ungleichheit auszugleichen, die heute zwischen denen besteht, die durchsetzungsstark ihren Willen als Individuen auch in Krankenhäusern und Pflegeheimen zur Geltung bringen, und den vielen, deren Individualität dort einer «Rekollektivierung», der Erzeugung einer den Strukturen und Inter-

5 Hierzu der umfassende Überblick über die empirische Forschung bei Ralf J. Jox: *Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens*, Edition Körber-Stiftung, Hamburg 2011.

6 Überzeugend Matthias Kamann: *Todeskämpfe. Die Politik des Jenseits und der Streit um Sterbehilfe*, Bielefeld 2009, S. 77.

essen des medizinischen Systems angepassten «konformen Selbstbestimmung»⁷ unterworfen wird.

Gern wird die Würde der Patient/innen gegen jede Form sozial akzeptierter Assistenz beim Suizid oder bei der Tötung auf Verlangen in Stellung gebracht. Gerade die Schwächsten müssten vor jeder Tendenz einer ökonomisch begründeten sozialverträglichen Verkürzung des Lebensendes bewahrt werden.⁸ Dabei wird der Eindruck erweckt, Würde und Lebensschutz fänden in einer «ökonomiefreie(n) Sterbezone» statt.⁹ In Wirklichkeit ist den professionell Beteiligten aber vollkommen bewusst, dass ihr Engagement für die unbegrenzte Behandlung am Lebensende ohne Ansehung der damit verbundenen Kosten den Kampf um die Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen besonders effektiv führt. Nicht auszuschließen ist auch, dass Krankenhäuser und Pflegeheime geradezu ein ökonomisches Interesse an einem lange hinausgezögerten Sterben haben, weil sie mit den hier generierten Erträgen andere, viel stärker auf Effizienz getrimmte und kontrollierte Bereiche quersubventionieren können.

Vorrang der grundgesetzlich garantierten Patientenrechte und des gesetzlich verbrieften Rechts auf verbindliche Patientenverfügungen bedeutet: Der Wille des Patienten hat auch dann Vorrang, wenn er sich gegen Therapien richtet, die ein Arzt/eine Ärztin für angeraten hält. Erst die Durchsetzung dieses Prinzips schafft Vertrauen. Heute hingegen müssen Patient/innen bangen, ob ihr Wille auch wirklich anerkannt wird, und ihr Misstrauen ist groß und nicht selten auch berechtigt, dass am Lebensende lebenserhaltende Maßnahmen ergriffen werden, die ärztlich nicht indiziert sind. So ist zum Beispiel anzuzweifeln, ob 140.000 Magensonden, die in Deutschland pro Jahr gelegt werden, wirklich ärztlich indiziert sind, also einem rechtfertigungsfähigen Therapieziel folgen, oder ob sie kein Therapieziel verfolgen oder sogar schädlich und somit kontra-indiziert sind.¹⁰

Die Patientenverfügung verlangt den behandelnden Ärzt/innen und den Pfleger/innen Alternativen ab. Die Palliativmedizin ist dabei der Verbündete der misstrauischen Patienten im Kampf gegen schlechte Medizin, die sich im Bewusstsein einer privilegierten und verpflichtenden Garantenstellung alternativlos gibt. Die Patientenverfügung, die die lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, fordert ja die Pflegenden nicht auf, sich vom kranken Menschen abzuwenden, sondern im Gegenteil, sich ihm zuzuwenden, statt Beziehungen in gewohnter Weise über Nahrung mittels einer Magensonde zu sichern, situationsangemessene Beziehungen zu entwickeln und letztlich Beziehungen aufzulösen. Sie ist keine Todesverfügung, sondern eine Behandlungsverfügung – ein Instrument der Bejahung des Lebens, der Stärkung von Individualität, die nur in sozialen

7 Klaus Feldmann: Kultivierung des Suizids im Zeitalter der Medikalisierung, in: Caroline Y. Robertsein-von Trotha (Hrsg.): Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft, Baden-Baden 2008, S. 171-192, hier S. 182.

8 Siehe Jox, a.a.O., S. 41 f, 184.

9 Feldmann, a.a.O., S. 185.

10 Jox, a.a.O., S. 113 ff.

Beziehungen möglich ist, und der Abwehr eines Lebens ohne Würdigung der je konkreten Individualität.

Es ist unstrittig und wird von der Politik auch gern betont, dass die Palliativmedizin in Deutschland angesichts der steigenden Lebenserwartung der Menschen ausgebaut werden muss. Dies geschieht auch, wenn auch zu langsam und innerhalb der Medizin meist in zu großer Abhängigkeit von Anästhesie und Onkologie.¹¹ Aber die Palliativmedizin kann nur eine Mindestanforderung abdecken. Es ist unredlich, sie gegen den individuellen Wunsch auf Hilfe des Arztes oder der Ärztin beim Suizid auszuspielen. Vielmehr kann, wie im US-Staat Oregon, die Legalisierung der Suizidhilfe die palliative Versorgung verbessern, indem sie das Gespräch über die verfügbaren Behandlungsalternativen eröffnet. Zwischen einem Drittel und der Hälfte der Menschen, die sich bisher in Oregon das tödliche Medikament verschreiben ließen, machte keinen Gebrauch davon. Möglicherweise hat die Aussicht auf eine frei wählbare Alternative die Sorge vor Kontrollverlust und Fremdbestimmung verringert.¹²

Es hieße aber die Palliativmedizin zu überfordern, wollte man von ihr verlangen, dass sie sämtliche Todeswünsche austreiben soll. Mit diesem Gestus tritt sie zwar hier und da auf, so als wären die Kapitulation vor Schmerzen und Hoffnungslosigkeit grundsätzlich zu kurieren. Doch dieser Verfügungsanspruch ist unangemessen und widerspricht der Rolle der Palliativmedizin als Verbündete zunehmend misstrauischer Patient/innen. In bestimmten Fällen schwersten Leidens bleibt für kranke Menschen nur die Kapitulation. Auch und gerade diesen Menschen sollte die Palliativmedizin zur Seite stehen und ihnen dabei helfen, das Bild von Würde und Selbstbestimmung aufrechtzuerhalten, das Sterbende in der Erinnerung ihrer Angehörigen hinterlassen möchten.

Mein Plädoyer für die palliativ eingebettete Freigabe der ärztlichen Mitwirkung an der freiverantwortlichen Selbsttötung lässt sich von der Überzeugung leiten, dass sie das Vertrauensverhältnis zwischen Patient/innen und Arzt/innen und Pfleger/innen verbessert und insofern auch zur «Selbstbestimmung des Patienten im Dialog» beiträgt. Ob das so ist, ist eine empirische Frage, die wir zumindest in Ansätzen durch den Blick auf Länder beantworten können, die den ärztlich assistierten Suizid erlauben: die Schweiz und den US-Bundesstaat Oregon.

Die Schweiz überantwortet die Entscheidung über die ärztliche Mitwirkung ohne eigenes Gesetz und ohne bestimmte Sorgfaltspflichten an das ärztliche Gewissen. Offenbar ist das große gesellschaftliche Vertrauen in die Ärzteschaft, das hierfür erforderlich ist, in der Schweiz noch vorhanden.¹³

Die schweizerischen Richtlinien zur Betreuung von Patient/innen am Lebensende stellen klar, dass die Mitwirkung am Suizid eine Gewissensentscheidung erfordert und dass die Gesellschaft der ärztlichen Entscheidungsfindung

¹¹ Siehe hierzu Gian Domenico Borasio: *Über das Sterben*, München 2011, S. 180-186.

¹² Jox, a.a.O., S. 174.

¹³ Vgl. den Beitrag von Karl-Ludwig Kurz in der vorliegenden Publikation.

Vertrauen und Respekt entgegenbringt: «Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren.»¹⁴

Diese Formulierungen dienten den «Grundsätzen» der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von Anfang 2011 als Vorlage. Mit der Formulierung, die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung sei «keine ärztliche Aufgabe»,¹⁵ hätten sie den Weg öffnen können zur Gewissensentscheidung von Ärzten und Ärztinnen, ob er oder sie die Hilfe beim Suizid als eine Aufgabe ärztlicher Fürsorge ansieht oder nicht. Diesen Weg hat nun die vom 114. Deutschen Ärztetag beschlossene Neufassung der Musterberufsordnung für Ärzte vorerst versperrt. Die Berufsordnung verbietet die ärztliche Mitwirkung an der freiverantwortlichen Selbsttötung. Offenbar bringen die Vertreter/innen der Ärzteschaft ihren Kolleg/innen deutlich weniger Vertrauen entgegen als in der Schweiz.

Den Weg der gesetzlichen Regelung der ärztlichen Mitwirkung an der Selbsttötung ist hingegen der US-Bundesstaat Oregon mit dem «Oregon Death with Dignity Act» von 1997 gegangen. Auch hier müssen Ärzte und Ärztinnen ihre Mitwirkung vor ihrem Gewissen verantworten können. Doch das mit knapper Mehrheit per Volksentscheid verabschiedete Gesetz verlässt sich nicht darauf, sondern schreibt umfassende Sorgfaltspflichten vor, darunter auch die Einschaltung eines zweiten unabhängigen und insofern kontrollierenden Arztes. Wie die Evaluation der Praxis in Oregon zeigt, ist es hier weder zu einem signifikanten Anstieg an Suiziden gekommen, noch wurden Missbrauchsfälle bekannt. Der Vorteil der strengeren gesetzlichen Regelung in Oregon gegenüber der Schweizer eher liberal-pragmatischen Praxis ist sogar darin zu sehen, dass der ärztlich begleitete Suizid in aller Regel in palliative Versorgungsstrukturen eingebettet ist¹⁶ und insofern Teil einer umfassenden Sicherung der Selbstbestimmung schwer leidender Patient/innen im Dialog ist und nicht in Hinterzimmern oder grausigen Parkplatzszenen endet.¹⁷ Es ist deshalb auch nur zu begrüßen, dass sich die wichtigsten und besten Studien zum Thema Sterben, Sterbenlassen und ärztlich assistierter Suizid vorsichtig positiv auf das Vorbild aus Oregon beziehen,

14 Medizinisch-ethische Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende vom 25.11.2004, *Schweizerische Ärztezeitung* 86 (2005), S. 172 ff., 174.

15 *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 108, Heft 7, 18. Februar 2011, A 346.

16 Jox, a.a.O., S. 183.

17 Die Möglichkeit der Einbettung in etablierte (und verbesserungsfähige) palliative Versorgungsstrukturen ist auch das entscheidende Argument gegen die Ablösung des «End-of-Life Decision-Making» von der Instanz der ärztlichen Beurteilung, wie sie in jüngster Zeit in Canada erwogen wird. Siehe Udo Schüklenk et al.: End-of-Life Decision-Making in Canada: The Report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End-of-Life Decision-Making, *Bioethics*, vol. 25, Number S1, 2011, S. 1-73, insbesondere S. 65.

während sie die Tötung auf Verlangen, wie sie in den Niederlanden oder Belgien erlaubt ist, vehement ablehnen.¹⁸

18 Vgl. Jox, a.a.O., und Kamann, a.a.O.; Michael de Ridder: Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin, München 2010.

Die niederländische Euthanasiepolitik¹

Die Entwicklung in Gesetzgebung und Rechtsprechung und aktuelle Diskussionen^{2 3}

1 Einleitung

Die Niederlande waren 2002 das erste Land der Welt, das ein Gesetz über die Regelung der Euthanasie und die Hilfe zur Selbsttötung verabschiedete. Mit der gesetzlichen Regelung, die vor dem Hintergrund des Schutzes menschlichen Lebens unter Anerkennung anderer Werte geschaffen wurde, verfolgte man drei Ziele: Rechtssicherheit, Transparenz bzw. gesellschaftliche Kontrolle und Qualitätsförderung.⁴ Man war der Meinung, Mediziner bedürften dabei eines besonderen Schutzes in der professionellen Ausübung ihrer Tätigkeit, die sich in dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient äußere und bei der Barmher-

- 1 Aus verständlichen Gründen wird in Deutschland der historisch negativ belegte Begriff «Euthanasie» heute meist umgangen und durch «Sterbehilfe» ersetzt. Wenn in diesem Beitrag statt «Sterbehilfe» dennoch «Euthanasie» verwendet wird, soll dies eine genauere Determinierung und eine Angleichung an international gebräuchliche Terminologie bezwecken, zumal man im niederländischen Sprachgebrauch ganz unvoreingenommen von einem «Euthanasiegesetz» oder der «Euthanasiepolitik» spricht. Genauer gesagt: Das niederländische Gesetz «Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding» (Gesetz über die Prüfung der Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe zur Selbsttötung) wird im niederländischen Volksmund «euthanasiewet» (Euthanasiegesetz) genannt. Daher wird in diesem Beitrag dieser Terminus verwendet, auch wenn man ihn im Gesetz selbst nicht findet.
- 2 In diesem Artikel stehen die Entwicklungen im Zeitraum 2004-2011 im Vordergrund. Darlegungen über die davor liegende Zeit finden sich in einer früheren Publikation: Marcus Düwell und Liesbeth Feikema: Über die niederländische Euthanasiepolitik und -praxis. IMEW Expertise 5. Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft gGmbH, Berlin 2006.
- 3 An dieser Stelle möchte ich mich bei Ineke Bolt, Govert den Hartogh und Micha Werner für ihre wertvollen Kommentare zu den vorläufigen Versionen dieses Artikels herzlich bedanken.
- 4 B. Onwuteaka-Philipsen et al.: Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Programma evaluatie regelingen [Evaluation des Gesetzes über die Prüfung der Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe zur Selbsttötung. Programmevaluation Regelungen]: Teil 23, Den Haag, ZonMw, Mai 2007.

zigkeit und das Selbstbestimmungsrecht als moralische Ausgangspunkte im Vordergrund stehen müssten.⁵ Die Niederlande erregen mit ihrem Euthanasiegesetz weiterhin internationales Aufsehen, wie zum Beispiel im Juli 2009, als der UNO-Menschenrechtsausschuss die niederländische Sterbehilfepolitik scharf kritisierte und hart mit den Niederlanden ins Gericht ging. Die Niederlande verletzen, so der Ausschuss, mit dieser Politik die Menschenrechte, und Patienten würden nicht ausreichend geschützt. Die UNO ließ über die US-amerikanische Juristin und Professorin Ruth Wedgwood verlauten, Euthanasiegesuche sollten – «wie bei der Todesstrafe» – richterlich geprüft und das heutige Gesetz müsse in diesem Punkt verschärft werden.⁶

Solche Kritik zeigt, dass bezüglich der niederländischen Euthanasiepolitik vor allem im Ausland noch viel Klärungsbedarf besteht. Ein Grund für die Einführung dieser Politik war schließlich die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, das man als grundsätzliches Menschenrecht betrachtet. Im Ausland wird häufig auf das Selbstbestimmungsrecht hingewiesen, als wäre es der

- 5 Der heutigen gesetzlichen Regelung liegt außerdem die Notlage des Arztes zugrunde, auch wenn darüber nichts im Euthanasiegesetz steht. Der Begriff «Notlage» bezieht sich auf den allgemeinen Rechtfertigungsgrund, auf den sich jeder, der gegen das Gesetz verstößt, beziehen kann. Dieser Rechtfertigungsgrund wurde 1984 vom Hoge Raad (Oberster Gerichtshof der Niederlande) im Schoonheim-Urteil als Grund aufgeführt, Euthanasie zu gestatten. Wenn keine Notlage gegeben ist, ist es dem Arzt nicht erlaubt, lebensbeendendes Handeln auf Verlangen durchzuführen. Zum Inhalt des Gesetzes:
Im ersten Artikel des Gesetzes wird eine Begriffsbestimmung vorgenommen. Unter Hilfe zur Selbsttötung wird im Sinne von Artikel 294 Absatz 2 Satz 2 des Strafgesetzbuchs verstanden, vorsätzlich einem anderen bei der Selbsttötung behilflich zu sein oder ihm die Mittel dazu zu beschaffen, sich zu töten. Weitere einschlägige Ausführungen dazu finden sich neben dem Euthanasiegesetz auch in Artikel 293 und 294 des Strafgesetzbuchs: Danach stehen Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung nach wie vor unter Strafe, die Strafbarkeit der ärztlichen Handlung kann jedoch entfallen, wenn das Handeln bestimmten Bedingungen genügt. Ob die Sorgfaltsgebote erfüllt sind, wird durch regionale Prüfungskommissionen kontrolliert. Diese Sorgfaltsgebote, die zugleich den Kern des Euthanasiegesetzes darstellen, sind in Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes genannt. Sie fordern, dass der Arzt
- a) zur Überzeugung gekommen ist, dass eine freiwillige und wohlüberlegte Bitte des Patienten vorliegt;
 - b) zur Überzeugung gekommen ist, dass aussichtsloses und unerträgliches Leiden des Patienten vorliegt;
 - c) den Patienten über seine Situation und seine Aussichten informiert hat;
 - d) mit dem Patienten gemeinsam zur Überzeugung gekommen ist, dass es in dieser Situation keine andere vertretbare Lösung gibt;
 - e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert hat, der den Patienten kennengelernt hat und schriftlich bestätigt, dass die genannten Sorgfaltsgebote erfüllt worden sind;
 - f) die Euthanasie oder die Hilfe zur Selbsttötung ärztlich sorgfältig durchgeführt hat.
- Diese Sorgfaltsgebote sind Ausdruck der skizzierten Rechtsprechung seit den 1970-er Jahren.
- 6 Barbara Rijlaarsdam: VN-comité wil toetsing rechter bij euthanasie [UN-Ausschuss verlangt gerichtliche Prüfung bei Euthanasie], in: *NRC*. 31. Juli 2009, Seite Inland; http://vorige.nrc.nl/binnenland/article2316217.ece/VN-comite_wil_toetsing_rechter_bij_euthanasie.

einzig moralische Pfeiler dieses Gesetzes, während die Barmherzigkeit mindestens ebenso wichtig ist. Auch die gestiegene Zahl der Euthanasiefälle, die bei den regionalen Prüfungsausschüssen (Regionale Toetsingscommissies) gemeldet werden, lässt das Ausland angesichts der niederländischen Euthanasieregelungen erschauern. Die Zunahme der gemeldeten Fälle lässt den Eindruck entstehen, es gäbe mehr lebensbeendendes Handeln als zuvor, was jedoch nicht stimmt.⁷ Aus einer Untersuchung, in deren Rahmen die fünf Jahre vor Einführung des Euthanasiegesetzes (1998-2002) mit der Zeit danach (2003-2007) verglichen werden, geht hervor, dass die Zahl der lebensbeendenden Handlungen gesunken ist.⁸ Dann steigt die Zahl der gemeldeten Fälle allerdings wieder.⁹ Der Grund dieser Steigung ist nicht ganz klar. Alle Meldungen beziehen sich auf Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung durch den Gebrauch von Muskelrelaxanzien.

Die Zahl der Fälle, in denen die regionalen Prüfungsausschüsse urteilten, der Arzt habe die gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltsgebote verletzt, ist durchgängig niedrig: 2009 waren es insgesamt neun Fälle¹⁰, 2010 fünf Fälle.¹¹ Diese Analyse zeigt, dass Kritiker nicht zu befürchten brauchen, dass man in den Niederlanden auf eine «slippery slope» (wörtlich: schiefe Ebene) gerät. Aus diesem Grund hat sich auch keine der niederländischen Regierungen der vergangenen Jahre veranlasst gesehen, das Euthanasiegesetz zu korrigieren. Die Debatte über die Bedingungen, unter denen lebensbeendendes Handeln erlaubt werden kann, ist allerdings immer noch quicklebendig.

Die Diskussion der vergangenen Jahre zum Thema lebensbeendendes Handeln fand auf vielen verschiedenen Ebenen statt: in politischen Auseinandersetzungen, bei der Staatsanwaltschaft, in Foren verschiedener Organisationen, in Berufsverbänden und Interessensgruppen, in wissenschaftlichen Zeitschriften,

7 Aus der neuesten Evaluation geht hervor, dass die Zahl der gemeldeten Euthanasiefälle stark gestiegen, die Zahl der Euthanasiefälle insgesamt aber zurückgegangen ist (von 3500 im Jahre 2001 auf 2325 im Jahre 2005). Die Zahl der Anwendungen palliativer Sedierung ist im Vergleich zu 2001 um 1200 gestiegen; siehe dazu: B. Onwuteaka-Philipsen et al., a.a.O., S. 14.

8 Jojanneke E. van Alphen et al.: Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act, in: *British Journal of General Practice*, April 2010, S. 263-267. Die Zahl der Sterbefälle infolge von Euthanasie ist in den Niederlanden von 2,6% aller Sterbefälle 2001 auf 1,7% 2005 gesunken. Hilfe zur Selbsttötung sank im gleichen Zeitraum von 0,2% 2001 auf 0,1% 2005 (siehe S. 264 dieses Artikels). Dieser Rückgang lässt sich möglicherweise mit der Zunahme der Fälle palliativer Sedierung erklären. Agnes van der Heide et al.: End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act, in: *The New England Journal of Medicine* 2007, Nr. 356, S. 1957-65.

9 2009 gab es 2636 Fälle, 2010 dann 3136 Fälle; dies ist eine Steigerung von 19%. Quelle: Jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2010 [Jahresbericht der regionalen Euthanasieprüfungsausschüsse 2010] (über: www.rijksoverheid.nl), S. 3.

10 Jaarverslag 2009 regionale toetsingscommissies euthanasie. Bijlage II Overzicht van afhandeling van meldingen door Openbaar Ministerie en Inspectie Gezondheidszorg [Jahresbericht 2009 der regionalen Euthanasieprüfungsausschüsse. Anlage II Übersicht der Bearbeitung gemeldeter Fälle durch die Staatsanwaltschaft und die Gesundheitsaufsichtsbehörde], S. 58.

11 Ebd., S. 66.

die sich mit dem Thema Lebensbeendigung befassen, und in verschiedenen Tageszeitungen. Auch wurde die Problematik zu einem akzeptierten Gesprächsthema gemacht durch Filme, Theaterstücke und Dokumentationen. So gab es beispielsweise den Film *Simon* von Eddy Terstall (2004) über einen Mann, der aufgrund eines Hirntumors todkrank ist, das Leben aber sehr genossen hat und inmitten seiner Kinder und guter Freunde durch Sterbehilfe aus dem Leben scheidet. Dieser Film wurde mit vier Goldenen Kälbern ausgezeichnet.¹²

Im Jahr 2006 kam die Verfilmung des Buches *Ik omhels je met 1000 armen* (Ich umarme dich mit 1000 Armen) des beliebten Schriftstellers Ronald Giphart in die Kinos. Der Film von Willem van de Sande Bakhuyzen erzählt die Geschichte einer Liebesbeziehung zweier junger Menschen, die durch die Trauer der Hauptperson über den Tod der Mutter unter Druck gerät, als sie, als Multiple-Sklerose-Patientin, den Freitod wählt unter Inanspruchnahme von Sterbehilfe. Dieser Film wurde mit zwei Goldenen Kälbern ausgezeichnet. Das Theaterstück *De goede dood* (Der gute Tod) von Wannie de Wijn, eine Tragikomödie über Sterbehilfe, gewann 2008 den Theaterpublikumspreis (Toneel Publieksprijs). Es wird in Österreich und Großbritannien immer noch gespielt, und eine Verfilmung unter Regie von Wannie de Wijn wird voraussichtlich im Frühjahr 2012 in die Kinos kommen.

In den vergangenen Jahren wurden auch verschiedene Dokumentarfilme gedreht, die über Festivals und/oder das Fernsehen an die Öffentlichkeit gelangten und die Debatte über die Problematik des Lebensendes gefördert haben und weiterhin fördern, wie zum Beispiel *Als we het zouden weten* (Wenn wir es wüssten, 2007) der Humanistische Omroep (Humanistischen Rundfunkanstalt). Die beiden Programmgestalter Petra Lataster-Czisch und Peter Lataster filmten über Monate Kinderärzte und Neonatologen der Abteilung Neonatologie der Uniklinik Groningen (UMCG) und führten dabei die großen Dilemmata vor Augen, vor die diese Ärzte sich angesichts todkranker Neugeborener gestellt sahen. Dieser Dokumentarfilm wurde als einziger niederländischer Beitrag für den Joris Ivens Award nominiert.¹³

Der Dokumentarfilm *Voordat ik het vergeet...* (Bevor ich es vergesse, 2008) von Nan Rosens lenkt die Aufmerksamkeit auf die Unnachgiebigkeit, auf die Patienten mit beginnender Demenz stoßen, die selbstbestimmt in den Tod gehen wollen, bevor sie der Krankheit und dem damit verbundenen Verfall vollends preisgegeben sind. Diese Doku erhielt 2009 den Zuschauerpreis des Fernsehpublikums des niederländischen öffentlich-rechtlichen Fernsehsenders NCRV als bester Dokumentarfilm. Von Nan Rosens stammt auch der Dokumentarfilm *De laatste wens van Moek* (Moeks letzter Wunsch, 2010) über Maria («Moek») Heringa, die auch wegen zahlreicher körperlicher Beschwerden der

12 Het Gouden Kalf (Das Goldene Kalb) ist die wichtigste Auszeichnung für niederländische Filme, die seit 1981 Filmemachern, Szenaristen, Produzenten und Filmschauspielern beim jährlichen Niederländischen Filmfestival verliehen wird.

13 Die Jorens Ivens Award ist die Auszeichnung für den besten Dokumentarfilm, die jährlich während des International Documentary Filmfestival Amsterdam (IDFA) verliehen wird.

Auffassung war, ihr Leben sei mit 100 vollendet. Der Bitte, ihr beim Sterben zu helfen, schenkte ihr Hausarzt allerdings kein Gehör. Daraufhin setzte sie ihrem Leben durch die Einnahme mehrerer Medikamente, die ihr Sohn für sie zusammengetragen hatte, selbst ein Ende. Der Dokumentarfilm *Mag ik dood* (Darf ich sterben, 2008), den Eveline van Dijck im Auftrag des Humanistisch Verbond (Humanistischen Verbandes) und der Humanistische Omroep (Humanistischen Rundfunkanstalt) drehte, beschreibt den selbst gewählten Tod ihrer Schwester Cathma und lenkt die Aufmerksamkeit auf Patienten mit chronisch-psychiatrischen Beschwerden, die einen Sterbewunsch hegen.

Zunehmend berichten Medien öffentlich darüber, wenn das Ableben bekannter niederländischer Persönlichkeiten die Folge lebensbeendenden Handelns ist. So zum Beispiel 2008, als der Schriftsteller J.J. Voskuil, der an einer Erbkrankheit litt, mit 81 Jahren starb, und 2010 beim Journalisten und Nachrichtensprecher Sander Simons (47), der bereits seit Jahren Lungenkrebs hatte. Lebensbeendendes Handeln scheint durch die Medienberichterstattung, Auszeichnungen für Filme, Dokumentationen und Theaterstücke ein alltägliches Thema geworden zu sein, das dazugehört und über das ohne Scham gesprochen werden kann. Diese Auffassung scheint die 2005 durchgeführte Evaluierung des Euthanasiegesetzes zu bestätigen.¹⁴ Diese Evaluierung gab Anlass zu dem Schluss, das Gesetz zeige Wirkung, und es gebe keinen Anlass zu Veränderungen. Die zahlreichen Filme, Dokus usw. können aber auch damit erklärt werden, dass vor allen Dingen um die Anerkennung der subjektiven Gefühle der Betroffenen gerungen wird. Außerdem muss festgestellt werden, dass es in Hinsicht auf das Wissen um das geltende Recht bei Bürgern wie bei Experten Nachholbedarf gibt,

14 In den Jahren 1990, 1995 und 2001 wurde im Auftrag des niederländischen Gesundheitsministeriums die niederländische Praxis hinsichtlich Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung untersucht. Die Ergebnisse dieser Studien wurden 1991, 1996 bzw. 2003 veröffentlicht. 2005 hat dann die erste Evaluation des Euthanasiegesetzes stattgefunden, die 2007 veröffentlicht wurde. Sie wurde im Auftrag des niederländischen Gesundheitsministeriums (VWS) unter Aufsicht von ZonMW von Wissenschaftlern der Uniklinik der Freien Universität Amsterdam, der Erasmus-Universität Rotterdam, der Universität Amsterdam und der Universität Utrecht durchgeführt. Die Evaluation vermittelt auch Einblicke in neue Entwicklungen, in die Arbeitsweise der SCEN-Ärzte (Ärzte des Netzwerkes *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* [Betreuung und Beratung bei Euthanasie in den Niederlanden]) und der regionalen Prüfungsausschüsse und in die Art und Weise, in der die medizinische Praxis juristisch beurteilt wird.

wollen die Regelungen auch wirklich effektiv sein.¹⁵ Im Folgenden werden einige Hauptaspekte der Debatte über lebensbeendendes Handeln in den Vordergrund gerückt und die verschiedenen Perspektiven erläutert. Danach wird auf das Verhältnis zwischen palliativer Sedierung und Euthanasie sowie auf das Verhältnis zwischen Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung eingegangen. Diese Themenbereiche werden hauptsächlich aus der Perspektive des Arztes behandelt. Danach wird auf die Problematik der Willensunfähigkeit bei den Patientengruppen «Neugeborene und Kinder unter zwölf Jahren», «psychiatrische Patienten» und «Demenzkranke» eingegangen.

2 Palliative Sedierung, Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung¹⁶

2.1 Palliative Sedierung und Euthanasie

Im Jahr 2005 wurden fast 20% der Fälle lebensbeendenden Handelns nicht gemeldet. In den meisten Fällen waren Ärzte der Meinung, eine Meldung erübrige sich, da kein lebensbeendendes Handeln vorläge, sondern nur eine Leidenslinderung bei einem sterbenden Patienten. Das könnte bedeuten, dass Ärzte nicht immer genau wissen, in welchem Verhältnis Euthanasie und palliative Sedierung zueinander stehen. Es ist aber wahrscheinlicher, dass die Ärzte

15 Einige Beispiele: Patienten sind bisweilen der Ansicht, eine schriftliche Willenserklärung sei ein Garant für die Umsetzung des darin geäußerten Wunsches. Außerdem haben Bürger und Patienten oft sehr unterschiedliche Ansichten darüber, welche Möglichkeiten für lebensbeendendes Handeln es bei verschiedenen Krankheiten gibt. Hinsichtlich der Kenntnisse bei den Ärzten: Einerseits gibt es Ärzte, die meinen, nur Patienten in der terminalen Phase könnten eine Lebensbeendigung auf Verlangen beantragen. Andererseits fällt auf, dass einige Ärzte voraussetzen, unerträgliches Leiden müsse hauptsächlich körperlicher Art sein. Nur 20% von ihnen weiß, dass das Gesetz prinzipiell Euthanasie zulässt bei fortgeschrittener Demenz, wenn eine Willenserklärung vorliegt. Siehe: Kennis en Opvattingen van Publiek en Professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het Einde van het Leven; Het KOPPEL-onderzoek [Wissen und Auffassungen von Bevölkerung und Fachkräften zu medizinischen Beschlüssen und Behandlungen in Bezug auf das Lebensende; die KOPPEL-Studie]. J.J.M. van Delden, A. van der Heide, S. van de Vathorst, H. Weyers, D.G. van Tol (Hrsg.) Den Haag, ZonMw, Juni 2011, S. 17 und S. 84.

16 2001, also im Jahr, bevor das Gesetz *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (Gesetz über die Prüfung der Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe zur Selbsttötung) beschlossen wurde, war die Mehrheit der niederländischen Gesellschaft mit einer gesetzlichen Regelung einverstanden, da Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung gut abgesichert waren. Über 5% der Niederländer sind gegen Euthanasie, so die KOPPEL-Studie. Dennoch ist auch diese Gruppe der Meinung, die Einführung des Gesetzes sei eine gute Entscheidung, jetzt wo die gesetzliche Regelung von einer Mehrheit befürwortet wird (Quelle: *Het KOPPEL-onderzoek* [Die KOPPEL-Studie]. J.J.M. van Delden, A. van der Heide, S. van de Vathorst, H. Weyers, D.G. van Tol (Hrsg.) Den Haag, ZonMw, Juni 2011, S. 25. Unerträgliches Leiden wird als wichtigste Rechtfertigung für Euthanasie betrachtet. Auch der Großteil der Ärzte steht hinter der Regelung.

und Wissenschaftler, die an der Evaluationsstudie beteiligt waren, verschiedene Auffassungen darüber haben, was Euthanasie ist und was nicht.¹⁷

Sowohl Euthanasie als auch palliative Sedierung werden bei Patienten in der Terminalphase einer Krankheit, meist Krebs, angewandt. Aus Studien geht aber hervor, dass palliative Sedierung weit häufiger zur Anwendung kommt als Euthanasie.¹⁸ Wegen der Unklarheiten hinsichtlich der palliativen Sedierung und ihres Verhältnisses zur Euthanasie erschien 2009, unter anderem aufgrund des Vorfalles

17 Wie D.G. van Tol in seiner Dissertation (D.G. van Tol: Grensgeschillen; een rechtssociologisch onderzoek naar het classificeren van euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde [Grenzstreitigkeiten; eine rechtssoziologische Studie über die Klassifizierung der Euthanasie und anderen medizinischen Handelns zum Lebensende], Groningen 2005) bemerkt, wenden die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche Definitionen von Euthanasie an. Es könnte sich also auch um eine falsche Klassifizierung durch die Wissenschaftler handeln, da ihre Definition abweicht. 1985 definierte die niederländische Staatskommission Euthanasie (Staatskommission Euthanasie) eine Euthanasie wie folgt: «vorsätzlich lebensbeendendes Handeln durch einen anderen als den Betroffenen auf dessen Verlangen». Da in dieser Definition der Wunsch des Patienten im Mittelpunkt steht, ist diese Definition «unverbrüchlich mit dem Plädoyer für das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verbunden (...)». Diese Definition passt zu derjenigen, die in dem niederländischen Strafgesetzbuch unter Paragraph 293 aufgeführt ist. Handlungen, die sich auf Schmerzensbekämpfung richten und möglich zu einem schnelleren Lebensende führen könnten, werden in der Definition nicht berücksichtigt und müssten als übliches medizinisches Handeln betrachtet werden. Die Staatskommission ist der Meinung, ein Arzt darf eine Behandlung nur dann einstellen oder nicht anfangen, wenn diese «medizinisch sinnlos» wäre. Sollte solches nicht der Fall sein, versäumt der Arzt – in dieser Argumentation – seine Pflicht zu handeln. Damit könnte dennoch von vorsätzlicher Lebensbeendigung die Rede sein. Das Klassifizierungssystem der Wissenschaftler ordnet das Einstellen oder Nichtanfangen einer Behandlung als übliches medizinisches Handeln ein und kennt keine Kategorie «medizinisch sinnlos» (Van Tol, S. 230-233).

18 Judith A. C. Rietjens et al.: Terminal Sedation and Euthanasia; A Comparison of Clinical Practices, in: *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, 10. April 2006, S. 749-753. In dieser Studie wurden 410 Ärzte (Rücklauf von 85%) zu den Bedingungen befragt, unter denen sie terminale Sedierung und/oder Euthanasie anwenden. Die Studie ergab 211 Fälle von terminaler Sedierung und 123 Fälle von Euthanasie. Patienten, bei denen terminale Sedierung angewandt wurde, waren in mehr Fällen ängstlich (37%) und verwirrt (24%) als Patienten, bei denen Euthanasie angewandt wurde (15% bzw. 2%). Die Euthanasiegesuche wurden meist mit der Vermeidung des Verlusts von Würde und mit aussichtslosem und unerträglichem Leiden begründet. Terminale Sedierung wurde meist bei sehr starken Schmerzen und psychischem Leiden angewandt. In 27% der Fälle waren Ärzte der Meinung, die terminale Sedierung hätte das Leben des Patienten um mehr als eine Woche verkürzt, im Vergleich zu 73% der Fälle bei Euthanasie. Patienten, bei denen Euthanasie angewandt wurde, waren im Durchschnitt jünger, als Patienten, die terminal sediert wurden, und starben öfter zuhause. In dem Artikel wird der Terminus «terminal sedation» verwendet. Da aber die KNMG seit der Richtlinie den Begriff «palliative Sedierung» verwendet, wird in diesem Artikel weiterhin dieser Begriff gewählt.

Vencken¹⁹, eine neue KNMG-Richtlinie zu palliativer Sedierung²⁰, die auf der Richtlinie aus dem Jahr 2005²¹ aufbaut.

Palliative Sedierung wird als die beabsichtigte Einschränkung des Bewusstseins des Patienten in der letzten Lebensphase definiert.²² Dieser KNMG-Richtlinie liegt der Gedanke zugrunde, dass Ärzte keine strafrechtliche Verfolgung zu befürchten brauchen, wenn sie sich an diese Richtlinie halten. Ziel der palliativen Sedierung ist die Schmerzbekämpfung und keineswegs die Beeinflussung des Sterbezeitpunkts. Es handelt sich dabei um übliches medizinisches Handeln. Im Gegensatz zur Euthanasie ist palliative Sedierung, auch die kontinuierliche palliative Sedierung, reversibel, da andere Substanzen als bei einer Euthanasie eingesetzt werden. Bei der Euthanasie verabreicht der Arzt, auf die Bitte des Patienten hin, eine tödliche Substanz, durch die der Patient unmittelbar sterben wird. Bei der palliativen Sedierung werden dem Patienten lediglich bewusstseinsdämpfende Mittel verabreicht, die das Leiden im Sterbeprozess weitestgehend lindern. Die Flüssigkeits- und Nahrungsgabe werden dabei

- 19 Dieser Fall hat zu einem großen Medienrummel geführt: Der Arzt Vencken half einem sterbenden Patienten durch Verabreichung von Medikamenten, die auf Symptombekämpfung und Linderung des Leidens ausgerichtet waren. Innerhalb weniger Stunden starb der Patient. Sowohl die Staatsanwaltschaft als auch die Gesundheitsaufsichtsbehörde meinten, hier läge Lebensbeendigung vor. Im November 2004 sprach das Gericht Breda Vencken von diesem Vorwurf frei. Entsprechend urteilte auch die regionale Disziplinarbehörde in Zwolle: Venckens Intervention kann als übliches medizinisches Handeln qualifiziert werden. Govert den Hartogh ist der Meinung, die niederländische Staatsanwaltschaft war in der Rechtssache Vencken schlecht darüber informiert, welche zwei Gründe angeführt werden könnten für die Tatsache, dass trotz subjektiver Absicht nicht zwangsweise eine Lebensbeendigung auf Verlangen vorliegt: Erstens kann die angewandte Dosierung indiziert sein und zweitens kann der Kausalzusammenhang mit dem eingetretenen Tod fehlen. G.A. den Hartogh: Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg? [Die niederländische Euthanasiegesetzgebung: reicht Barmherzigkeit?], in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (Zeitschrift für Gesundheitsrecht) 31, 2007, S. 137-148, S. 142.
- 20 Im Gegensatz zu der alten Richtlinie zu palliativer Sedierung der KNMG, nach der das Pflegepersonal «schon» mit einer palliativen Behandlung anfangen durfte, auch wenn der Arzt noch nicht vor Ort war (dies wird im Notfall weiterhin so gehandhabt), schreibt die neue Richtlinie explizit vor, dass ein Arzt anwesend ist.
- 21 KNMG-richtlijn palliatieve sedatie Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie [KNMG-Richtlinie palliative Sedierung, Ausschuss niederländische Richtlinie zur palliativen Sedierung] Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Utrecht, 2009. Die KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) ist die niederländische Gesellschaft zur Förderung der Medizin, der niederländische Berufsverband der Ärzte. In der Richtlinie wird beschrieben, wann eine palliative Sedierung angezeigt sein kann: wenn ein oder mehrere Krankheitssymptome vorliegen, die nicht behandelt werden können und zu unerträglichem Leiden führen. In der Praxis handelt es sich vor allen Dingen um Schmerzen, Beklemmungen und Delirium (Zustand der Verwirrung). Der Arzt kann, selbstverständlich nach Rücksprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen, bei nicht zu behandelnden Beschwerden eine Sedierung veranlassen, wenn der Patient, seiner Erwartung nach, ohne die Sedierung etwa innerhalb von zwei Wochen stirbt.
- 22 Palliative Sedierung kann sowohl intermittierend wie dauerhaft angewandt werden; in der letzten Lebensphase wird im Prinzip dauerhaft sediert.

eingestellt. Das Handeln bezweckt also eine Linderung/Bekämpfung unerträglichen Leidens. Darüber hinaus gibt es noch einen weiteren Unterschied: Euthanasie beschleunigt den Tod und damit ist die Todesursache letztendlich eine nicht natürliche. Die palliative Sedierung lindert den natürlichen Tod, soll ihn – so der Gedanke – aber nicht beschleunigen. Damit ist palliative Sedierung keine Alternative zur Euthanasie, da sich beide grundlegend voneinander unterscheiden. Dieser Unterschied sollte immer ganz klar sein. Die Euthanasie ist eine Entscheidung des Patienten und selbstverständlich des Arztes, der zur Durchführung der Handlung bereit sein muss und den Wunsch des Patienten anhand der gesetzlichen Vorgaben prüft. Palliative Sedierung hingegen gilt als eine ärztliche Entscheidung, die als übliches medizinisches Handeln betrachtet wird und daher, wie oben bereits erwähnt, voll und ganz vom behandelnden Arzt zu vertreten ist. Eine palliative Sedierung wird, so die KNMG, nicht auf Wunsch des Patienten durchgeführt. Zudem kommt palliative Sedierung erst in Betracht, wenn der Sterbensprozess bereits eingesetzt hat und der Patient voraussichtlich innerhalb von zwei Wochen sterben wird. Bei Euthanasie ist dies nicht der Fall.²³

Bei einer palliativen Sedierung wird in vielen Fällen auch die Einstellung der Flüssigkeitsgabe beschlossen. In dem Fall könnte der Patient also durchaus als Folge einer Kombination aus Sedierung und Flüssigkeitskarenz sterben. Dies wird auch der Grund sein, weshalb in der KNMG-Richtlinie eine dauerhafte Sedierung immer mit einer Lebenserwartung von zwei Wochen verbunden ist, auch wenn es so nirgendwo ausdrücklich erwähnt wird. Es ist aber sehr schwer, wenn nicht gar unmöglich, einzuschätzen, innerhalb welcher Zeit ein Patient sterben wird. In der Richtlinie steht übrigens nicht, dass bei einer Überschreitung der Zweiwochenfrist dennoch eine Euthanasie vorliegt.

23 Die Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levensende (Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende NVVE) weist darauf hin, dass die mit der Einführung des Euthanasiegesetzes erworbenen Rechte des Patienten nicht dadurch unter den Tisch fallen dürfen, dass palliative Sedierung «zweckentfremdet» als Alternative zur Euthanasie angesehen wird. Hans van Dam: Euthanasie en palliatieve sedatie verdienen gelijke waardering [Euthanasie und palliative Sedierung sollten gleich gewertet werden], in: *Relevant* 3/2006, S. 8-9.

Offensichtlich entscheiden Ärzte sich öfter für palliative Sedierung und gehen damit der Problematik der Euthanasie aus dem Weg.²⁴ Dadurch ist eine paradoxe Situation entstanden: Mit dem Euthanasiegesetz wurde vor allem bezweckt, dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten gerecht zu werden und es Ärzten zu ermöglichen, ihre Arbeit zu verrichten, ohne eine strafrechtliche Verfolgung befürchten zu müssen. Wenn Patienten auf eine gute palliative Sedierung vertrauen und deshalb nicht um Euthanasie bitten, liegt eine andere Situation vor, als wenn palliative Sedierung als Ersatz²⁵ oder gar als «Deckmantel»²⁶ für Euthanasie gewählt wird. Damit werden die Grundsätze des Euthanasiegesetzes letztlich unterminiert: Erstens führt nun der Arzt wieder die Regie und nicht mehr der Patient, zweitens nutzt der Arzt nicht die Möglichkeiten zum Respektieren des Willens des Patienten, die das Gesetz gerade auch für ihn geschaffen hat und die mittlerweile auch als Teil der offiziellen Berufsethik des Arztes angesehen werden. Müssen wir daraus schlussfolgern, dass Berufsethik und persönliche Ethik sich nicht immer decken? Ist es eine Frage der Angst oder sind das Gesetz und die bestehenden Richtlinien nicht ausreichend bekannt? Ärzte können verschiedene religiöse wie persönliche Gründe dafür haben, eine Hilfe beim selbst gewählten Lebensende eines todkranken Patienten zu verwei-

-
- 24 J. Rietjens et al.: Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study, in: *British Medical Journal* 2008, veröffentlicht am 14. März 2008. Siehe auch: G.A. Den Hartogh: Het Nederlandse euthanasierecht: is barmhartigheid genoeg? [Die niederländische Euthanasiegesetzgebung: reicht Barmherzigkeit?], in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* [Zeitschrift für Gesundheitsrecht], 31, 2007, S. 137-148. Ärzte empfinden, so Den Hartogh, ein sehr starkes «Tötungstabu». Dabei müssen sie «erhebliche innere Widerstände» überwinden, um eine Euthanasie durchzuführen, da sie der Meinung sind, im Interesse des Patienten zu handeln. «Jemandem die Motivation der Barmherzigkeit beimessen zu können, bedarf seinerseits einer Rührung durch direkt erfahrenes Leid des anderen. Es reicht nicht, wenn er ganz bewusst im Interesse des anderen handelt.» Ärzte erleben diese Situation als ein Pflichtenkonflikt (zwischen der beruflichen Pflicht und der Pflicht zum Schutz menschlichen Lebens) und bevorzugen aus dem Grund meistens palliative Sedierung über Euthanasie, so Den Hartogh. Dadurch lässt sich der Pflichtenkonflikt vermeiden. S. 140-141.
- 25 Ebd. Auch in der KOPPEL-Studie wird darauf hingewiesen, dass palliative Sedierung bisweilen zur Umgehung eines Euthanasieverfahrens eingesetzt wird: Kennis en Opvattingen van Publiek en Professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het Einde van het Leven; Het KOPPEL-onderzoek [Wissen und Auffassungen von Bevölkerung und Fachkräften zu medizinischen Beschlüssen und Behandlungen in Bezug auf das Lebensende; die KOPPEL-Studie], J.M. van Delden/A. van der Heide et al. (Hrsg.), Den Haag, ZonMw, Juni 2011, S. 179.
- 26 B. Onwuteaka-Philipsen et al., a.a.O., S. 92.

gern. Die niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende NVVE²⁷ wies 2009 darauf hin, dass Ärzte, die einem Euthanasiegesuch nicht stattgeben, ihren Patienten einem anderen Arzt überweisen müssen. Man soll dabei im Auge behalten, dass das Gesetz Ärzte nicht zur Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung verpflichtet. Ziel des Euthanasiegesetzes war nie, dem Patienten ein Recht auf Euthanasie einzuräumen: nicht bei Erfüllung aller Sorgfaltspflichten und schon gar nicht aufgrund eines Patientenwunsches allein. Aus dem Grund kann es, laut Vorsitzendem der KNMG Arie Kruseman, bei Euthanasiegesuchen auch keine Überweisungspflicht geben: «Arzt und Patient müssen rechtzeitig das Gespräch suchen und darin die Möglichkeiten erörtern, die der Arzt in Bezug auf das Lebensende bieten kann. So können viele Missverständnisse und falsche Erwartungen vermieden werden. Eine Pflicht zur Überweisung an einen Arzt, der durchaus bereit ist, Euthanasie zu leisten, gibt es aber nicht: Von Ärzten, die in einem Gewissenskonflikt sind, kann man nicht erwarten, dass sie aktiv an etwas mitwirken, das sie nicht vertreten können. Ärzte wollen Patienten aber nie im Regen stehen lassen.»²⁸

2.2 Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung

Betrachtet man in diesem Zusammenhang das Verhältnis zwischen Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung so, wie Ärzte damit umgehen, so muss erwähnt werden, dass die KNMG den angeschlossenen Ärzten rät, sich in den Fällen, in der es eine Wahl gibt, in erster Linie für eine Hilfe zur Selbsttötung zu entscheiden anstatt für Euthanasie. Die Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient ist dabei schließlich klar: Der Arzt unterstützt den Patienten in der Ausübung seines

27 Die NVVE, die Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende (Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende) wurde 1973 als Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie) anlässlich der Rechtssache Postma gegründet. Die Mutter der Ärztin Truus Postma war nach einem Schlaganfall fast vollständig gelähmt und litt unter starken Schmerzen. Sie wohnte in einem Pflegeheim, das mehrmalige Euthanasiegesuche abgelehnt hatte. Truus Postma fühlte sich dazu veranlasst, der Mutter (78) eine tödliche Dosis Morphin zu verabreichen. Trotz seines vorherigen Versprechens, eine natürliche Todesursache zu verzeichnen, hat der Chefarzt die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Der darauf folgende Prozess hat, als erste große Rechtssache zu diesem Thema, die Diskussion über Euthanasie in den Niederlanden entfacht. Das Gericht Leeuwarden befand Truus Postma am 21. Februar 1973 der Verletzung des Paragraphen 293 des niederländischen Strafgesetzbuches für schuldig, verhängte aber nur eine Haftstrafe von einer Woche auf Bewährung «aufgrund der über jegliche Zweifel erhabenen Lauterkeit ihrer Beweggründe». Nach dem Zustandekommen des Euthanasiegesetzes hat die NVVE ihren Namen geändert, die Abkürzung aber beibehalten. Die NVVE trug maßgeblich zur Realisierung des Euthanasiegesetzes bei.

28 KNMG en NVVE in debat over euthanasie [KNMG und NVVE debattieren über Euthanasie]: <http://www.artsennet.nl/actueel/Nieuws-onderzoeken/Nieuwsartikel/KNMG-en-NVVE-in-debat-over-euthanasie.htm#ixzz1TBA5gbO4>.

Selbstbestimmungsrechtes. Außerdem ist Euthanasie für Ärzte im Allgemeinen eine tiefgreifendere Erfahrung als die Hilfe zur Selbsttötung.²⁹

Vor diesem Hintergrund scheint offenkundig zu sein, dass mehr Hilfe zur Selbsttötung geleistet werden müsste als Euthanasie, mal abgesehen von dem Umstand, dass Hilfe zur Selbsttötung für Patienten, die aus körperlichen Gründen nicht in der Lage sind, ein tödliches Getränk einzunehmen, keine Option ist.

Im Jahr 2008 erhielten die regionalen Euthanasieprüfungsausschüsse insgesamt 2331 Meldungen. In 2146 Fällen handelte es sich um Euthanasie, in 152 Fällen um Hilfe zur Selbsttötung und in 33 Fällen um beides zusammen.³⁰

Im Jahr 2009 gab es 2636 Meldungen (einen Anstieg der gemeldeten Fälle von über 13% im Vergleich zu 2008), davon 2443 Fälle von Euthanasie, 156 von Hilfe zur Selbsttötung und 37 Fälle von beidem zusammen.³¹ 2010 waren es 3136 gemeldete Fälle (einen Anstieg von 19% im Vergleich zu 2009), davon 2910 Fälle von Euthanasie, 182 Fälle von Hilfe zur Selbsttötung und 44 Fälle von beidem zusammen.³²

Aus den Zahlen dieser drei Jahre geht hervor, dass es sich bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle um Euthanasie handelt, obwohl der Hilfe zur Selbsttötung offiziell Vorrang eingeräumt werden sollte. Worauf ist das zurückzuführen? Der Anstieg der gemeldeten Euthanasiefälle erklärt sich, laut den regionalen Prüfungsausschüssen, aus der KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung, welche Klarheit über den Unterschied zwischen palliativer Sedierung und Euthanasie schafft und den Ärzten mehr Sicherheit bietet, die dadurch weniger geneigt sind, in palliativer Sedierung eine Alternative zur Euthanasie zu sehen. Eine andere Erklärung für die größere Meldebereitschaft ist das verbesserte Wissen um die richtigen Euthanasiemittel (Euthanatika).³³ Diese Zahlen lassen aber noch weitere Schlussfolgerungen zu. Wengleich Euthanasie dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten gerecht wird, fällt die Durchführung der Handlung in den medizinischen Verantwortungsbereich. In den Fällen, in denen eine Durchführung von Hilfe zur Selbsttötung und Euthanasie zusammen vorliegt, kann davon ausgegangen werden, dass die Hilfe zur Selbsttötung nicht gelungen ist. Falls der Patient sich verschluckt oder sich übergeben muss, ist ein Eingreifen des Arztes in Form von Euthanasie noch erforderlich. Damit verläuft der Sterbeprozess anders als geplant, was sowohl den Patienten wie den anderen Anwesenden, einschließlich dem Arzt, sehr nahegehen kann. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass Ärzte, gerade wenn sie wenig oder gar keine Erfahrung mit lebensbeendenden Maßnahmen haben, lieber den sicheren Weg gehen und dazu

29 Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie [Stellungnahme des föderativen Vorstands der KNMG zur Euthanasie], 2003, S. VI.07.

30 Jahresbericht der regionalen Prüfungsausschüsse 2008 (über www.rijksoverheid.nl).

31 Jahresbericht der regionalen Prüfungsausschüsse 2009 (über www.rijksoverheid.nl).

32 Jahresbericht der regionalen Prüfungsausschüsse 2010 (über www.rijksoverheid.nl).

33 Jahresbericht der regionalen Prüfungsausschüsse 2008, S. 3, Vorwort (über www.rijksoverheid.nl).

neigen, im Gegensatz zu der von der KNMG vertretenen Politik, die Euthanasie der Hilfe zur Selbsttötung vorzuziehen.

2.3 Diskussion

Im Ganzen betrachtet, scheint der Schluss gerechtfertigt, dass Ärzte im Allgemeinen geneigt sind, bei lebensbeendendem Handeln die Regie zu übernehmen. Sie betrachten palliative Sedierung offensichtlich als die «sichere» Alternative zur Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung. Es gibt Fälle, die technisch gesehen als Euthanasie gelten, aber nicht als solche gemeldet wurden, da der Arzt angegeben hat, er habe palliative Sedierung vorgenommen. Das lässt sich aber auch damit erklären, dass es Ärzten an Kenntnissen darüber mangelt, wo die Grenzen üblichen medizinischen Handelns genau liegen und welche Mittel verwendet werden.³⁴

Wenn auch der Arzt der Meinung ist, er habe durch die Anwendung von Benzodiazepinen oder Morphin, das übrigens für die Sedierung kein geeignetes Mittel ist, das Sterben beschleunigt, sollte man sich im Klaren darüber sein, dass damit noch nicht automatisch Euthanasie durchgeführt wurde. Erstens kann der Arzt sich irren, was angesichts der Effekte von Morphin immer noch vorkommt. Zweitens ist die Anwendung (und entsprechende Dosierung) des Mittels zur Linderung des Leidens keine Euthanasie, ungeachtet der Intention des Arztes. Trotz der vom Berufsverband KNMG bevorzugten Politik entscheiden sich Ärzte darüber hinaus lieber für die Durchführung von Euthanasie als für Hilfe zur Selbsttötung. Dabei sollte man sich bewusst sein, dass viele Ärzte die gesetzlichen Grenzen fürchten und trotz klarer Richtlinien der KNMG versuchen, ihnen möglichst fern zu bleiben.³⁵

Zentraler Punkt dieser Diskussion scheint also das Spannungsfeld zwischen der Frage nach dem gesetzlich Möglichen und Machbaren einerseits und der Frage nach der Bereitschaft der Ärzte aufgrund ihrer Erfahrungen und persönlichen Auffassungen andererseits zu sein. Sicherlich spielen dabei auch die verschiedenen Definitionen eine Rolle. Längst nicht jeder Arzt betrachtet lebensbeendendes Handeln als selbstverständlichen Teil seiner beruflichen Praxis. Zwischen dem gesetzlichen Rahmen, in dem Ärzte sich bewegen dürfen, und der vom Berufsverband verfolgten Politik einerseits und den Erwartungen der Patienten und der Interessenverbände andererseits gibt es also Raum. Dabei geht es um unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Frage, was zu den gesetzlichen und tatsächlichen Verpflichtungen des Arztes gerechnet werden muss:

³⁴ B. Onwuteaka-Philipsen et al., a.a.O., S. 92 und S. 14.

³⁵ «Aus Studien geht hervor, dass die Zensur, die Ärzte sich selbst auferlegen, um einiges strenger ist als die der beratenden SCEN-Ärzte, die wiederum um einiges strenger ist als die der regionalen Prüfungsausschüsse. Ärzte halten sich den Grenzen des Gesetzes fern», so Petra de Jong, Geschäftsführerin der NVVE. Petra de Jong: Hindernissen tussen verzoek en daad. Hoe sterk moet je zijn? [Hindernisse zwischen Gesuch und Tat. Wie stark muss man sein?], in: *Relevant* 4/2010, S. 10-11.

Einerseits sind Ärzte keineswegs verpflichtet, einer Bitte um lebensbeendendes Handeln nachzugeben, andererseits ist der Ärztestand aber die einzige Berufsgruppe, die zur Durchführung solcher Handlungen berechtigt ist. Ärzte schöpfen den gesetzlichen Rahmen nicht vollständig aus (beim «vollendeten Leben», bei existenziellem Leiden ohne ernsthafte körperliche Symptome, bei Patienten, die nicht im Sterben liegen, und bei Demenz). Es ist aber nicht immer klar, ob sie das Gesetz zu eng interpretieren oder ob ihnen bewusst ist, dass sie strengere Vorgaben haben, als das Gesetz es ihnen ermöglicht. Dabei möchte die Bevölkerung Sicherheit dahingehend, dass einem Gesuch um Lebensbeendigung entsprochen wird. Die jetzige Situation könnte zudem einer Rechtsungleichheit gleichkommen und zu einer Diskussion führen, ob die unvollständige Ausschöpfung des gesetzlichen Rahmens durch die Ärzte nicht eine Verletzung unserer Selbstbestimmungsrechte ist. Diese prinzipiellen Fragen kehren auch in der Diskussion über Willensunfähigkeit und vollendetes Leben wieder. Es gibt aber auch noch ein praktisches Problem: Vielen Ärzten ist das Vorgehen bei lebensbeendendem Handeln nicht ausreichend vertraut, schon gar nicht in prekären Situationen, wie es bei Patienten der Fall ist, die zeitweilig oder größtenteils willensunfähig sind.

3 Willensunfähigkeit

3.1 Willensunfähigkeit aus allgemeiner Sicht

Willensfähigkeit ist, so ist gesetzlich festgelegt worden, eine Voraussetzung, um Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung in Anspruch nehmen zu können. Diese Definition schließt verschiedene problematische Patientengruppen aus: Schwerbehinderte, manche (chronisch) psychiatrische Patienten oder auch Patienten mit nicht angeborenen Hirnverletzungen, wie Demenzkranke im fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Auch Kinder unter 12 Jahren betrachtet man als willensunfähig. Über jede dieser Gruppen willensunfähiger Patienten wurde in den vergangenen Jahren diskutiert. Da Willensunfähigkeit und unerträgliches, aussichtsloses Leiden sich nicht gegenseitig ausschließen, es aber keine gesetzliche Grundlage gibt, die ein Eingreifen in diesen Situationen rechtfertigt, veröffentlichte der Ärzteverband KNMG auf Drängen des niederländischen College van Procureurs-Generaal (Kollegiums der Generalstaatsanwälte) im Juni 2010 eine neue Richtlinie für Situationen, in denen ein vermindertes Bewusstsein vorliegt. Bei einem Koma kann keine Euthanasie durchgeführt werden, da kein unerträgliches Leiden vorliegt. Nur in dem besonderen Fall einer Vereinbarung zwischen Arzt und Patient zur Durchführung von Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung und nur wenn alle Sorgfaltspflichten erfüllt wurden, ist es dem Arzt nun, im Gegensatz zu früher, bei stöhnenden oder unter Atembeklemmungen leidenden Patienten mit vermindertem Bewusstsein erlaubt, einer schriftlichen

Willenserklärung nachzukommen, die der Patient im willensfähigen Zustand abgegeben hat.³⁶

Patienten können in ihrer Willenserklärung festlegen, was nach ihrer Auffassung unerträgliches Leiden beinhaltet, sind dazu aber nicht gesetzlich verpflichtet.³⁷ Die KNMG betont allerdings, dass das Vorgehen bei einem Koma ohne Anzeichen unerträgliches Leidens unverändert bleibt und somit trotz vorhandener Willenserklärung keine Euthanasie zulässig ist. Die neue Richtlinie, so die KNMG, liegt innerhalb der Grenzen des Euthanasiegesetzes und schließt an die geltende Rechtsprechung und die Urteile der regionalen Prüfungsausschüsse an. Somit stellt sie keine Ausweitung des Gesetzes dar.

3.2 Willensunfähigkeit bei Neugeborenen und Kindern unter zwölf Jahren

Ab dem 12. Lebensjahr muss ein Kind sich mit lebensbeendendem Handeln einverstanden erklären. Es kann sich in Absprache mit dem behandelnden Arzt und den Eltern selbst für eine Lebensbeendigung entscheiden. Bei Kindern unter 12 Jahren ist Euthanasie gesetzlich untersagt.³⁸ Jede Form der Lebensbeendigung bei willensunfähigen Personen entbehrt einer gesetzlichen Grundlage, so auch bei Neugeborenen. In allen Fällen, also auch bei geistig Schwerbehinderten, bei Kindern usw. kann man sich aus einem Pflichtenkonflikt heraus auf den allgemeinen Rechtfertigungsgrund der Notlage/der höheren Gewalt berufen, wie es auch schon in der Zeit vor dem Euthanasiegesetz üblich war. Wenn die Staatsanwaltschaft davon erfährt, entscheidet sie darüber, ob sie eine strafrechtliche Verfolgung einleitet. Wenn ja, liegt das Urteil über die betreffende Angelegenheit

36 KNMG-Richtlinie Euthanasie bij verlaagd bewustzijn (Euthanasie bei vermindertem Bewusstsein). Commissie euthanasie bij verlaagd bewustzijn (Ausschuss Euthanasie bei vermindertem Bewusstsein). KNMG, 2009. «Diese Richtlinie bezieht sich auf sterbende Patienten, die infolge der vorhandenen Krankheit, der damit einhergehenden Komplikationen oder Symptombekämpfung oder aus einem anderen Grund ein vermindertes Bewusstsein haben, von dem sie sich aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr erholen werden. Mit diesen Patienten ist – und das ist das Entscheidende – keine Kommunikation mehr möglich.» S. 1.

37 Die NVVE hat ihre Muster-Willenserklärungen dieser geänderten Politik angepasst.

38 «Für Jugendliche von 12 bis 16 Jahren müssen die Eltern oder der Vormund sich mit diesem Wunsch einverstanden erklären. Bei Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren ist das Einverständnis der Eltern zwar keine Voraussetzung mehr, sie müssen allerdings in die Entscheidung mit einbezogen werden.» Siehe: Euthanasie, de nieuwe regels in Nederland. De wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de praktijk. [Euthanasie, die neuen Regeln in den Niederlanden. Das Gesetz über die Prüfung der Lebensbeendigung auf Verlangen und die Hilfe zur Selbsttötung in der Praxis], Broschüre des niederländischen Justizministeriums und des niederländischen Gesundheitsministeriums, S. 5; www.euthanasiacommissie.nl/.../Euthanasiefolder%20VWS_tcm52-27053.pdf.

beim Richter.³⁹ Zur näheren Beschreibung der Notlage wurden bereits Ende der 1990er-Jahre Sorgfaltspflichten in Hinsicht auf Neugeborene formuliert.

Ausnahmen gibt es nur für einen Schwangerschaftsabbruch im Spätstadium und eine Lebensbeendigung bei Neugeborenen, wie 2004 im sogenannten Groningen-Protokoll festgelegt wurde. Das Protokoll wurde zuerst von Groninger Neonatologen festgelegt, danach von dem Berufsverband. Es hat als solches keinen juristischen Status. Ärzte können, sofern sie sich an die Kriterien dieser Richtlinie halten, das Leben todkranker Neugeborener ohne Perspektive beenden, ohne Gefahr zu laufen, dafür strafrechtlich belangt zu werden. Der Terminus «Euthanasie» wird bewusst umgangen, da das niederländische Euthanasiegesetz nur dann greift, wenn ein Patient selbst Euthanasie wünscht. Neugeborene können schließlich kein entsprechendes Gesuch einreichen. Das Groningen-Protokoll ist seit seiner Einführung und insbesondere seit seiner Veröffentlichung in *The New England Journal of Medicine* im Jahr 2005 von vielen Seiten stark kritisiert worden. Man hat die Groninger Neonatologen als wahre Mörder angesehen.

Die 2006 im Rahmen des Groningen-Protokolls von der niederländischen Regierung eingesetzte Hubben-Kommission prüft, ob bei späten Schwangerschaftsabbrüchen oder Lebensbeendigungen schwerkranker Neugeborener das Sorgfaltsgebot gewahrt wird.⁴⁰ Die Hubben-Kommission berät die Staatsanwaltschaft bei der Beurteilung entsprechender Meldungen. In einem Doppeljahresbericht über die Jahre 2009-2010 hält sie fest, dass im Jahre 2009 eine Meldung über einen späten Schwangerschaftsabbruch und eine Meldung über eine

39 Es kamen zwei Fälle vor Gericht: In der Rechtssache Prins aus 1996 (Gericht Alkmaar, 26. April 1995 und Gerichtshof Amsterdam, 7. November 1995) ging es um den Arzt Prins, der sich entschied, ein Baby mit schwerer Spina bifida und schwerem Hydrozephalus durch eine aktive Lebensbeendigung von seinem unerträglichen Leiden zu erlösen. Das niederländische Justizministerium brachte den Fall vor Gericht. Da das Gericht urteilte, es sei eine Notlage gewesen, wurde Prins freigesprochen. Zudem habe die Entscheidung zur Lebensbeendigung alle Sorgfaltspflichten erfüllt. Auch im Fall Kadijk (Gericht Groningen, 13. November 1995 und Gerichtshof Leeuwarden, 4. April 1996) urteilte der Richter über aktive Lebensbeendigung bei einem Säugling. Das Baby hatte einen sehr schweren chromosomalen Defekt (Trisomie 13) mit stark eingeschränkter Lebenserwartung. Da es unerträglich litt unter den Symptomen, hat der behandelnde Arzt Kadijk sich zu einer aktiven Lebensbeendigung entschlossen. Auch in diesem Fall lautete das Urteil auf Freispruch aufgrund einer Notlage, in: A.A.E. Verhagen et al.: *Actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen in Nederland: analyse van alle 22 meldingen uit 1997/'04* [Aktive Lebensbeendigung bei Neugeborenen in den Niederlanden: eine Analyse aller 22 Meldungen über die Jahre 1997 bis 2004], in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (Niederländische Zeitschrift für Medizin), 22. Januar 2005, 149 (4), S. 183-188.

40 Man ist sich übrigens «in ziemlich großem Maße darüber einig, dass lebensbeendendes Handeln bei Neugeborenen manchmal akzeptabel sein kann nach einer Entscheidung, lebensverlängernde Maßnahmen einzustellen oder gar nicht anzufangen.» Siehe: *Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen* (Überlegungen zur Lebensbeendigung bei Neugeborenen. Publikation *Signalering ethiek en gezondheid* (Hinweise auf Ethik und Gesundheit) 2007, Centrum voor Ethiek en Gezondheid [Zentrum für Ethik und Gesundheit] 2007, S. 17.

Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen bei ihr eingegangen sind. 2010 sind drei Meldungen über späte Schwangerschaftsabbrüche und keine Meldungen über Neugeborene eingegangen. Insgesamt wurden der Kommission seit ihrer Gründung 10 Fälle später Schwangerschaftsabbrüche und ein Fall einer Lebensbeendigung bei einem Neugeborenen gemeldet. Wenn Fallmeldungen an sich auch nicht das erklärte Ziel sind, vermutet die Kommission, dass nicht alle Fälle gemeldet werden. Im Zeitraum vor dem Groningen-Protokoll und der Hubben-Kommission gab es allerdings mehr Meldungen.⁴¹ Möglicherweise gab es auch mehr nicht gemeldete Fälle. Eine Lebensbeendigung kommt meist nur bei ernsthaften Chromosomabweichungen und anderen besonderen Krankheitsbildern infrage.⁴² Sie will sich aktiv in der Berufsgruppe einbringen, um dieser Problematik auf den Grund gehen zu können. Seit der Einführung der Ultraschalluntersuchung in der 20. Schwangerschaftswoche für alle Schwangeren kommen Kinder mit einer Spina bifida oder anderen ernsthaften Abweichungen – die Gruppe, bei der früher hauptsächlich von Lebensbeendigungen die Rede war – nur noch zur Welt, wenn die Schwangere gegen eine Abtreibung und daher auch gegen Lebensbeendigung ist.

Wenn Neugeborene auch nicht in den Anwendungsbereich des Euthanasiegesetzes fallen, kommen über das Groningen-Protokoll dennoch die Sorgfaltsgebote dieses Gesetzes bezüglich des aussichtslosen und unerträglichen Leidens zur Anwendung. Unter Neonatologen besteht hinsichtlich dieser Kriterien Klarheit darüber, was unter «aussichtslosem Leiden» zu verstehen ist. Mit dem Kriterium des «unerträglichen Leidens» hat man allerdings seine Schwierigkeiten, da eine objektive Beurteilung schwer ist und Ärzte in vielen Fällen meinen, es sei nicht angemessen auf Neugeborene mit schweren Abweichungen anwendbar. Insbesondere in Situationen, in denen Sauerstoffmangel oder Durchblutungsstörungen vorliegen, ist das Gehirn des kleinen Patienten meist so stark geschädigt, dass er kein Leiden empfindet. Damit käme lebensbeendendes Handeln also nicht in Frage. Allerdings kann der Arzt aufgrund «objektivierbarer körperlicher Symptome und anderer Signale des Kindes» von einem

41 Laut dem Centrum voor Ethiek en Gezondheid (Zentrum für Ethik und Gesundheit) wurden im Zeitraum Januar 1997 bis Juni 2004 22 Fälle einer Lebensbeendigung bei Neugeborenen gemeldet. In allen Fällen hat die Staatsanwaltschaft keine Verfolgung eingeleitet, da den Bedingungen einer Notlage, wie sie vom Gerichtshof Amsterdam bzw. Leeuwarden jeweils festgestellt wurden in den Rechtssachen Prins und Kadijk, entsprochen wurde. Es handelte sich stets um Neugeborene mit dem Hauptbefund Spina bifida. Siehe dazu: Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen (Überlegungen zur Lebensbeendigung bei Neugeborenen. Publikation Signalering ethiek en gezondheid (Hinweise auf Ethik und Gesundheit) 2007, Centrum voor Ethiek en Gezondheid [Zentrum für Ethik und Gesundheit] 2007, S. 21.

42 Die Informationen aus diesem Absatz stammen aus dem Doppeljahresbericht 2009-2010 der Hubben-Kommission: *Gecombineerd Jaarverslag van de Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen over de jaren 2009 en 2010* (Doppeljahresbericht der Kommission Später Schwangerschaftsabbruch und Lebensbeendigung bei Neugeborenen über die Jahre 2009-2010), Januar 2011, www.lzalp.nl/.../Gecombineerd%20Jaarverslag%202009-2010%20LZALP_tcm14-24874.pdf

unerträglichen Leiden ausgehen. Der Arzt muss die Unerträglichkeit des Leidens dann glaubhaft machen. Eine Behandlung – in diesem Falle hauptsächlich die künstliche Beatmung – einzustellen, bedarf hier allerdings keines aktuell vorhandenen unerträglichen Leidens. Wenn das Kind dann wider Erwarten selbständig weiterzuleben vermag, gibt es ein Problem. Das werden also die – jetzt selten gewordenen – Fälle sein, in denen eine Lebensbeendigung durchgeführt, diese aber nicht gemeldet wird, da von keinem aktuell vorhandenen unerträglichen Leiden die Rede war. In einem Artikel von Dorscheidt et al. wird darauf hingewiesen, dass den Eltern bei der Entscheidung über eine Lebensbeendigung bei Neugeborenen eine ausschlaggebende Rolle zukommt. Übrigens findet sie ohne Zustimmung der Eltern erst gar nicht statt. In 5 der 18 Fälle, in denen sich ein Konflikt zwischen den Eltern und dem medizinischem Team ergab, konnten sich die Eltern in dem Entscheidungsprozess durchsetzen.⁴³

Bei Kindern unter 12 Jahren, die keine Neugeborenen sind, plädieren Kinderärzte dafür, gesetzlich die Möglichkeit eines Nichtbehandlungsgesuches oder eines Lebensbeendigungsgesuches einzuräumen. Es hat sich in der Praxis herausgestellt, dass todkranke Kinder sich häufig viele Gedanken über den Tod und das Sterben machen und sich dazu wohlüberlegt äußern können. Diese Tatsache hat der Kinderarzt Paul Brand in seinem ergreifenden Roman mit dem Titel *De Stoel van God* (Der Stuhl Gottes)⁴⁴ thematisiert. Der Roman handelt von einem jungen Mukoviszidosepatienten, der ausdrücklich keine Lungentransplantation wünscht und ohne Leidensweg sterben möchte. Der Kinderarzt gewährt dem 11-Jährigen Sterbehilfe, wird daraufhin allerdings von der Justiz wegen Mordes angeklagt. Dieses Plädoyer für eine Ausweitung des Euthanasiegesetzes auf diese Altersgruppe erntete viel Beifall, so auch von der ehemaligen Gesundheitsministerin Els Borst, die maßgeblich zum Zustandekommen des Euthanasiegesetzes beigetragen hat. Borst ist der Meinung, Eltern sollten ein Gesuch einreichen können, dem stattgegeben werden kann, wenn sowohl die Eltern als auch das Kind Euthanasie verlangen. Sie befürwortet, dass die Hubben-Kommission auch Euthanasie bis zum 12. Lebensjahr beurteilt. Wenn Eltern, Arzt und Kind sich einig sind, muss die Möglichkeit der Euthanasie eingeräumt werden, ohne dass dem Arzt eine strafrechtliche Verfolgung droht, so die Auffassung der früheren Ministerin.

3.3 Willensunfähigkeit bei psychiatrischen Patienten

Hier ist zwischen psychischem Leiden einerseits und dem Leiden an einer psychiatrischen Erkrankung andererseits zu unterscheiden. Hinsichtlich dieser letzten Kategorie, bei der dem unerträglichen Leiden eine medizinisch klassifizierte Krankheit zugrunde liegt, kann argumentiert werden, dass die im Euthanasie-

⁴³ Jozef H.H.M. Dorscheidt et al.: Parental involvement in end-of life decisions in neonatology: Legal considerations with regard to Dutch medical practice, in: *Medical Law International*, 2010, Vol. 11.

⁴⁴ Paul Brand: *De stoel van God* [Der Stuhl Gottes], Amsterdam 2006.

gesetz aufgeführten Kriterien, wie sie nach dem Brongersma-Urteil ausgelegt werden, erfüllt sind.⁴⁵

Das Problem liegt allerdings darin, dass bei psychiatrischen Patienten oft davon ausgegangen wird, der Todeswunsch sei Teil des Krankheitsbildes, weshalb man sie als willensunfähig betrachten könnte. Gesuchen um Hilfe zur Selbsttötung psychiatrischer Patienten wird aus diesem Grund nur selten stattgegeben, auch wenn sie – in vielen Fällen – im Prinzip die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, da ein aussichtsloses und unerträgliches Leiden vorliegt, so die ehemalige NVVE-Psychologin Martine Cornelisse.⁴⁶

Als Alternative wird manchmal ein Gesetz nach schweizerischem Modell vorgeschlagen, da in der Schweiz Hilfe zur Selbsttötung auch bei psychiatrischen Patienten erlaubt ist. Die Schweiz ist zudem das einzige Land der Welt, in dem Hilfe zur Selbsttötung auch von Nichtärzten geleistet werden kann, da sie nicht als ausschließlich medizinische Angelegenheit aufgefasst wird. Auch im Schweizer Gesetz sind allerdings Bedingungen aufgestellt. So darf derjenige, der Hilfe zur Selbsttötung leistet – und das kann demnach jeder sein – nicht aus eigenem Interesse handeln. Außerdem muss die Person, die Hilfe verlangt, willensfähig sein. Einzig und allein diese Person bestimmt, ob das Leiden unerträglich ist.⁴⁷ Außerdem bekommen Laienorganisationen, die die Handlungen durchführen,

45 Der Hoge Raad (der Oberste Gerichtshof der Niederlande) hat in seinem Brongersma-Urteil (NJ 2003, 167) erwogen, es müsse eine medizinisch klassifizierte Krankheit vorliegen.

46 Marleen Swenne: Hulp bij zelfdoding; het taboe op hulp bij psychisch lijden [Hilfe zur Selbsttötung; das Tabu einer Hilfe bei psychischem Leiden], in: *Relevant 4/2006*, S. 10. Die Willensfähigkeit psychiatrischer Patienten mit einem Todeswunsch wird oftmals angezweifelt, in einigen Fällen zu Unrecht, so Cornelisse, die in diesem Artikel von Swenne interviewt wird.

47 *Relevant 4/2006*, S. 10.

ihre Mittel weiterhin zur Verfügung gestellt von Ärzten, die den Regeln ihres medizinischen Berufsstandes verpflichtet sind.⁴⁸

Im Jahr 2009 veröffentlichte die Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP, die niederländische Vereinigung für Psychiatrie) eine revidierte Fassung der Richtlinie für den Umgang mit Gesuchen psychiatrischer Patienten um Hilfe zur Selbsttötung. Die alte Richtlinie aus dem Jahre 2004 war wiederum eine Revision der Richtlinie von 1998.⁴⁹ 2001, also noch vor dem Brongersma-Urteil aus dem Jahre 2002, waren drei Meldungen von Fällen eingegangen, bei denen das Leiden «primär psychischen Ursprungs» gewesen sei. Die NVvP meldet, dass von den dreihundert Fällen jährlich ein Patient seinen Psychiater «wiederholt und nachdrücklich» um Hilfe zur Selbsttötung bittet. In diesen Fällen zieht der Psychiater einen Kollegen, meist aus dem «somatischen Bereich», zurate. Im Brongersma-Urteil wurde dargelegt, eine ärztliche Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung sei nur dann gerechtfertigt, wenn dem Leiden eine medizinisch klassifizierte somatische oder psychische Krankheit zugrunde liegt.

Mit der neuen Richtlinie bezweckt die NVvP eine «Qualitätssteigerung bei der Behandlung und Versorgung psychiatrischer Patienten, die einen Todeswunsch äußern».⁵⁰ Dabei spielen verschiedene Überlegungen eine Rolle, darunter auch

48 Diese Regeln finden sich in einem Urteil des Schweizer Bundesgerichts in der Rechts-sache Haas: Das Lebensende muss nahen, es sollen Alternativen untersucht und überprüft werden und der Todeswunsch muss wohlüberlegt und freiwillig zustande gekommen sein. Aus dem Urteil im Falle Haas geht hervor, ein Arzt muss aufgrund dieser Regeln nicht nur die Willensfähigkeit des Antragstellers, sondern auch dessen Antrag inhaltlich überprüfen. Die Entscheidung, ob er ein Rezept für die tödlichen Mittel erstellt, darf er von dem Prüfergebnis abhängig machen. In der Schweiz wird, so geht aus diesem Fall hervor, als Rechtfertigungsgrund für Hilfe zur Selbsttötung nur das Selbstbestimmungsrecht angeführt (im Mittelpunkt steht dabei, dass die Hilfe zur Selbsttötung nicht aus egoistischen Gründen stattfinden darf). Dieser Punkt ist allerdings nicht ganz unproblematisch, und Haas beruft sich auf die Tatsache, dass gerade beim Nichterhalt tödlicher Mittel gegen sein Selbstbestimmungsrecht verstoßen wird (Quelle: Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte [EGMR]: Strasbourg Affaire Haas contre Suisse, arrêt nr 31322/07 d.d. 20 janvier 2011). Siehe dazu: G. den Hartogh: Haas tegen Zwitserland. Inleiding en noot bij uitspraak Europese Hof voor de Rechten van de Mens [Haas gegen die Schweiz. Einleitung und Anmerkung zum Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte], in: *European Human Rights Cases* 12: 4 (5. April 2011)], S. 645-657. In den Niederlanden wird die Frage der Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung seit dem Schoonheim-Urteil von 1984 aus der Perspektive des Pflichtkonflikts betrachtet: einerseits die Pflicht, das Recht darauf, Leben zu wahren, andererseits die Pflicht, das Leiden zu lindern oder vorzubeugen. Wiegt die zweite Pflicht schwerer, so ist das Leiden des Betroffenen dermaßen stark, dass es nur durch Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung behoben werden kann.

49 NVvP-Kommission Hilfe zur Selbsttötung: Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (Richtlinie für den Umgang mit Gesuchen um Hilfe zur Selbsttötung von Patienten mit einer psychiatrischen Krankheit), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Niederländische Vereinigung für Psychiatrie), Utrecht 2009. Da sich die Richter in ihren Urteilsbegründungen gern auf Berichte beziehen, hofft die NVvP, dass diese Richtlinie zu einer Interaktion zwischen den juristischen Regelungen und dem normativen Rahmen des Berufsstandes beiträgt.

50 Ebd. S. 17.

die, dass das Gesetz nur Ärzten Zugang zu Euthanasiemitteln gewährt. Bei einem Patienten, der sich ohne Beteiligung eines Arztes das Leben nehmen möchte – weil der Arzt es ablehnt, einem nachhaltig geäußerten, gut fundierten und seriösen Gesuch um Hilfe zur Selbsttötung Gehör zu schenken – besteht die Gefahr, dass der Selbsttötungsversuch menschenunwürdig verläuft oder fehlschlägt und dadurch sehr unerwünschte Auswirkungen auf den Patienten hat. In beiden Fällen kann dies andere Beteiligte traumatisieren oder gefährden.⁵¹ Außerdem kann ein Patient, der aus einem Zustand solcher psychischen Not heraus um Hilfe zur Selbsttötung bittet, von dem Hilfeleistenden nicht im Stich gelassen werden, und zwar ganz abgesehen von der Frage, ob er der Bitte letztendlich nachkommen wird. Falls sich der Psychiater dazu entscheidet, die erbetene Hilfe tatsächlich zu leisten, sollte die Handlung möglichst menschenwürdig ablaufen.⁵² «In fast allen Fällen ist Suizidalität ein psychopathologisches Zeichen» und damit ist – so wird in der Richtlinie dargelegt – ein Gesuch um Hilfe zur Selbsttötung in den allermeisten Fällen ein Hilfeschrei, der aus einem Wunsch nach einer lebenswerten Lebensperspektive geboren wird.⁵³ «Suizidalität und eine Bitte um Hilfe bei Selbsttötung sind daher in erster Linie als Signale einer darunter liegenden Problematik aufzufassen. Der verfolgte Ansatz sollte dann auf Lebenshilfe ausgerichtet sein: Suizidprävention und Behandlung der darunter liegenden Problematik.»⁵⁴ Nennenswert ist zugleich, dass die Quelle des Leidens, wie im Chabot-Urteil⁵⁵ dargelegt, nicht für das Ausmaß des empfundenen Leidens ausschlaggebend ist, da das Leiden verschiedene Ursachen haben kann und auch unterschiedlich wahrgenommen wird.⁵⁶

Aber auch wenn der Todeswunsch einen psychopathologischen Hintergrund hat, kann unerträgliches und aussichtsloses Leiden vorliegen. Und gewiss kann

51 Hier werden Lokführer als Beispiel genannt.

52 Die Kommission empfiehlt, in solchen Fällen immer zwei unabhängige Psychiater heranzuziehen, «einen mit besonderen Kenntnissen im Bereich der psychiatrischen Störung des Patienten und einen zweiten beratenden Psychiater, der im allgemeineren Sinne prüft, ob die Sorgfaltsgebote erfüllt werden, und der vorzugsweise auch Erfahrung als SCEN-Arzt hat».

53 Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (Richtlinie für den Umgang mit Gesuchen um Hilfe zur Selbsttötung von Patienten mit einer psychiatrischen Krankheit), NVvP-Kommission Hilfe zur Selbsttötung, S. 25. Es gibt übrigens immer noch sehr wenig Meldungen von Hilfe zur Selbsttötung bei psychiatrischen Patienten: 2010 waren es nur zwei. Quelle: Jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2010 [Jahresbericht der regionalen Euthanasieprüfungsausschüsse 2010]; über www.rijksoverheid.nl, S. 10.

54 Ebd. S. 25.

55 Chabot-Urteil. Hoge Raad, 21. Juni 1994, NJ 1994, S. 656.

56 Henri Wijsbek argumentiert, dass Frau Boomsma – Chabots (psychiatrische) Patientin aus dem nach ihm benannten Urteil – nicht nur «simply unhappy» war, sondern sich, angesichts ihrer Lebensgeschichte, auch nicht mehr mit ihrem damaligen Selbst identifizieren konnte. Ihr Selbstbild war gestört, und dies war Grund ihres Leidens. Henri Wijsbek: To thine own self be true: on the loss of integrity as a kind of suffering, in: *Bioethics*, 11. Feb. 2010. (Online-Version).

auch die im Euthanasiegesetz vorgeschriebene Voraussetzung der Willensfähigkeit des Patienten infrage gestellt werden. Wenn der Patient willensunfähig ist und sich in einer geschlossenen Einrichtung befindet, empfiehlt die Richtlinie entweder, dem Wunsch des Patienten nachzukommen und auf die Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung hin Hilfe zur Selbsttötung zu leisten, oder dem Patienten Gelegenheit zu geben, die Einrichtung zu verlassen, und damit wissentlich zu akzeptieren, dass der Patient sich vermutlich selbst das Leben nehmen wird.⁵⁷ Die Richtlinie bevorzugt die erste Option. In den Medien wurde diese Sichtweise mit Entsetzen zur Kenntnis genommen, weil sich damit das Gefühl verband, der Psychiater hätte in solchen Situationen des Leidens und der Not offensichtlich keine Möglichkeit einzugreifen.⁵⁸ Im Übrigen stellten De Boer und Oei in einem vor Kurzem veröffentlichten Artikel fest, in der Psychiatrie sinke die Hemmschwelle bei Hilfe zur Selbsttötung, da es dafür nun gute Kriterien und Verfahren gäbe.⁵⁹

3.4 Willensunfähigkeit bei Demenz

Bei beginnender Demenz ist noch eine Willensfähigkeit vorhanden, und es kann, wenn aufgrund der Diagnose die im Euthanasiegesetz gestellten Kriterien erfüllt werden, das Gesetz Anwendung finden.⁶⁰ Die Praxis hat gezeigt, dass bei Demenz kaum Euthanasie vorkommt. Seit der Einführung des Euthanasiegesetzes 2002 wurden insgesamt nur 16 Fälle gemeldet, die bei der Prüfung

⁵⁷ Richtlinie NVvP, S. 54.

⁵⁸ Ophef in media over richtlijn hulp bij zelfdoding [Viel Aufhebens in den Medien über Richtlinie Hilfe zur Selbsttötung], in: *PSY, over geestelijke gezondheid & verslaving* [PSY, Zeitschrift über geistige Gesundheit und Abhängigkeit], 20.4.2010; <http://www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/ophef-in-media-over-richtlijn-hulp-bij-zelfdoding/> Der Artikel in der Zeitung *De Stentor* vom Samstag, 17. April 2010: Arts laat patiënt vrij voor zelfmoord [Arzt entlässt Patienten für Selbstmord] war sogar Anlass für eine aktuelle Stunde im niederländischen Parlament.

⁵⁹ A.P. de Boer und T.I. Oei: Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus [Hilfe zur Selbsttötung in der Psychiatrie; Sachlage und Besprechung eines aktuellen Patientenfalls], in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* [Zeitschrift für Psychiatrie], Bd. 53 Nr. 8 (2011) 8, S. 543-550.

⁶⁰ Allerdings kam der *Gezondheidsraad* (Gesundheitsrat der Niederlande) bereits 2002 zu dem Schluss, dass Demenz an sich für eine Hilfe bei der Lebensbeendigung aufgrund einer Willenserklärung nicht ausreiche, so C. Hertogh, R.M. Dröes und M.E. de Boer: Dementie sluit praten over euthanasie niet uit; patiënten met Alzheimer ontbreekt het niet aan beseft (Demenz heißt nicht, dass man über Euthanasie nicht sprechen kann; es fehlt Alzheimerpatienten nicht an Bewusstsein), in: *Medisch Contact* [Medizinischer Kontakt], Jahrgang 61 Nr. 1, 6. Januar 2006, S. 15-17.

durch die Prüfungsausschüsse alle Sorgfaltsgebote erfüllen. Auch die Anzahl der Gesuche ist wahrscheinlich gering.⁶¹

Wie lässt sich diese geringe Zahl erklären? Ärzten ist der Zeitpunkt, an dem Euthanasie gesetzlich erlaubt ist, nämlich dann, wenn der Patient willensfähig ist und sich im Frühstadium der Demenzkrankheit befindet, für Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung meist noch zu früh.⁶² Patienten empfinden das ebenfalls so. Dennoch ist die Zahl der Meldungen einer Hilfe zur Selbsttötung bei beginnender Demenz, also dann, wenn der Patient noch wohlüberlegt ein Gesuch einreichen kann, gestiegen: 2010 lag sie bei 25.⁶³ Laut Hertogh c.s. sieht sich der Patient in diesem Frühstadium nämlich vor das – wie er es nennt – «psychologische Kerndilemma der Demenz» gestellt: Er muss sich entscheiden, ob er sich zu einer entehrenden Krankheit bekennt oder ob er sie leugnet.⁶⁴ Sich zu der Krankheit zu bekennen heißt, den Selbstverlust hinzunehmen und sich in gewisser Hinsicht die eigene Würde abzuerkennen. Die Krankheit zu leugnen, hält die eigene Identität aufrecht und ist eine Form der Selbsterhaltung. Diese letzte Reaktion ist eine natürliche, da sie eine Überlebens- und damit eine Bewältigungsstrategie darstellt. Daher ist es verständlich, dass dieser Weg gewählt wird, um Abstand zur Krankheit und zur Unterminierung des eigenen Ichs zu halten. Die Suche nach einem neuen «psychologischen Gleichgewicht» kostet Zeit, kostbare Zeit, denn wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann keine Euthanasie mehr gewährt werden. Als 2008 der flämische Schriftsteller Hugo Claus, bei dem Demenz im Anfangsstadium festgestellt worden war, durch Euthanasie verstarb, entbrannte in den Niederlanden erneut die Diskussion über Demenz und lebensbeendendes Handeln. In verschiedenen Medien wurde die Todesursache genannt und erörtert.

Um sicherzugehen, wird auf die Wichtigkeit frühzeitiger Rücksprache zwischen Arzt und Patient hingewiesen, um schwierige Situationen möglichst zu vermeiden. So muss ein Arzt beispielsweise wissen, wenn eine Nichtbehandlungserklärung eines Patienten vorliegt. In einer Notfallsituation könnte in dem Fall aufgrund dieser Erklärung auf ärztliche Eingriffe verzichtet werden. Dadurch

61 Hausärzte von 45 Praxen, die vom niederländischen Forschungsinstitut für den Gesundheitssektor Nivel regelmäßig befragt werden, erhielten 2007 insgesamt 32 Euthanasiegesuche. In keinem dieser Fälle war der Grund dieser Euthanasiegesuche Demenz, so Joost Visser. Joost Visser: Race tegen de klok; euthanasie bij beginnende dementie [Rennen gegen die Uhr; Euthanasie bei beginnender Demenz], in: *Medisch Contact* [Medizinischer Kontakt], Jahrgang 64, Nr. 33-34., 13. August 2009, S. 1372-1375.

62 An einer Umfrage von *Medisch Contact* beteiligten sich 356 Ärzte. Fast die Hälfte von ihnen (48%) würden ablehnen, wenn Patienten mit beginnender Demenz ein Euthanasiegesuch stellen würden, 11% würden dem Gesuch stattgeben, 41% wüssten nicht, wie sie sich entscheiden sollten. Nee tegen euthanasie bij beginnende dementie [Nein zu Euthanasie bei beginnender Demenz], 29. September 2009; <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuwsartikel/66061/Nee-tegen-euthanasie-bij-beginnende-dementie-1.htm>.

63 Quelle: Jaarverslag regionale toetsingscommissies euthanasie 2010 [Jahresbericht der regionalen Euthanasieprüfungsausschüsse 2010], über: www.rijksoverheid.nl, S. 11.

64 Hertogh/Dröes/de Boer, a.a.O., S. 15-17.

stirbt der Patient eines natürlichen Todes. «Das Unterlassen sinnlosen medizinischen Handelns stellt dann eine Alternative für Euthanasie dar.»⁶⁵

Übrigens sind 80% der Ärzte der Meinung, Euthanasie aufgrund einer Willenserklärung eines inzwischen willensunfähigen Patienten sei gesetzlich untersagt,⁶⁶ was aber juristisch haltlos ist. Wichtig ist die Frage, ob der in der Willenserklärung geäußerte Wunsch des Patienten mit fortgeschrittener Demenz noch aktuell ist, da der fragliche Patient in einem solchen Zustand sein kann, dass ihm jede Möglichkeit zur Meinungsbildung fehlt. Es ist für Ärzte eine psychologisch unmögliche Situation, Euthanasie durchzuführen bei einem Patienten, der zu dem Zeitpunkt keinen aktuellen Todeswunsch hegt und sich deshalb nicht an der Handlung beteiligen können. Ärzte in Pflegeheimen sind übrigens ganz entschieden der Meinung, so Mette Rurup in ihrer Dissertation, dass Patienten mit fortgeschrittener Demenz unerträglich leiden.⁶⁷

3.5 Schlussfolgerungen zu den verschiedenen Ausprägungen der Willensunfähigkeit

Betrachtet man die oben genannten Kategorien willensunfähiger Patienten – Kinder unter 12 Jahren, psychiatrische und demenzkranke Patienten – im Überblick, ist anzumerken, dass bei Neugeborenen die Frage im Raum steht, ob sie ein Leiden überhaupt empfinden und ob demzufolge ein unerträgliches Leiden vorausgesetzt werden kann, auch wenn sehr deutlich ist, wie aussichtslos die Situation schwerkranker Neugeborener, gerade bei sehr stark geschädigtem oder nicht entwickeltem Hirngewebe, ist. Hier scheint also nicht aktuelles unerträgliches Leiden im Vordergrund zu stehen, sondern eher die Frage, ob die Möglichkeit eines menschwürdigen Daseins überhaupt gegeben ist. Wenn kein Leiden empfunden werden kann, wird dann überhaupt irgendetwas empfunden? Ärzte rekonstruieren unerträgliches Leiden demzufolge auf der Grundlage physisch wahrnehmbarer Symptome und liegen damit nahe an der Argumentation der KNMG-Richtlinie bezüglich des verminderten Bewusstseins. Dessen ungeachtet weiß man von den Patienten, auf die diese Richtlinie zutrifft, dass sie, nach ihren eigenen Angaben, bereits vor dem Eintreten des verminderten Bewusstseins unerträglich litten. Das ist bei der Gruppe der Neugeborenen selbstverständlich nicht der Fall.

In ihrem Plädoyer für einen Zugang zur Euthanasie für Kinder unter 12 Jahren, die den eigenen Tod gut abwägen und darüber mit anderen wohlüberlegt reden können, vermuten Kinderärzte eine Diskrepanz zwischen einem objek-

⁶⁵ Joost Visser, a.a.O.

⁶⁶ Kennis en Opvattingen van Publiek en Professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het Einde van het Leven; Het KOPPEL-onderzoek [Wissen und Auffassungen von Bevölkerung und Fachkräften zu medizinischen Beschlüssen und Behandlungen in Bezug auf das Lebensende; die KOPPEL-Studie], a.a.O., S. 17 und S. 84.

⁶⁷ Mette Rurup: Setting the state for death; New themes in the euthanasia debate, Dissertation, Amsterdam 2005, S. 117f.

tiven Kriterium der Willensfähigkeit einerseits und einer faktischen Willensunfähigkeit im Einzelfall andererseits. Es handelt sich aber eher um eine Diskrepanz zwischen einem objektiven Kriterium der Willensfähigkeit einerseits und einer faktischen Willensfähigkeit im Einzelfall andererseits. Die Kinderärzte wollen im Gesetz die Möglichkeit eingeräumt sehen, Kinder unter 12 Jahren für ausreichend willensfähig zu erklären, über den eigenen Tod zu verfügen, wenn sie und ihre Eltern sich darüber einig sind.

Bei psychiatrischen Patienten, die einen Todeswunsch hegen, ergibt sich das Problem, dass nicht immer ohne Weiteres festgestellt werden kann, ob der Todeswunsch ein Teil des Krankheitsbildes ist und möglicherweise ebenso wie das Krankheitsbild vorübergehender Natur ist. Dagegen lässt sich vorbringen, dass ein Todeswunsch als Teil des Krankheitsbildes nicht notgedrungen weniger reell ist. Dennoch sind dies heikle Situationen, die, wie in der Richtlinie der NVvP aufgeführt ist, nur dann gut eingeschätzt werden können, wenn der behandelnde Arzt den Patienten gut und am besten auch über längere Zeit kennt.

Bei demenzkranken Patienten besteht das Problem darin, dass sie entweder noch zu gesund sind, um einer Willenserklärung nachkommen zu können, d.h. sie befinden sich noch in der Anfangsphase der Krankheit, oder sie sind bereits in einer späteren Phase und nicht mehr willensfähig. Ärzte werden in solchen Situationen nur schwer das Maß an unerträglichem Leiden feststellen oder eine Euthanasie durchführen können, da sich der Patient der Situation, in der er in dem Moment ist, nicht bewusst ist oder zu sein scheint. Diese Kategorie ist von einer gewissen «Tragik» geprägt, da schwer feststellbar ist, wann der richtige Zeitpunkt ist, ohne an Lebensqualität zu verlieren oder unnötig zu leiden.

4 Vollendetes Leben

Für manche Interessenverbände reicht und reichte das Euthanasiegesetz nicht weit genug und sollte sich nicht nur auf physisches Leiden begrenzen, sondern auch psychisches Leiden umfassen. Sie plädieren für ein Gesetz, das psychisches Leiden als Grund für eine Lebensbeendigung auf Wunsch oder Hilfe zur Selbsttötung anerkennt. 1991 hatte der Jurist Drion vorgeschlagen, dem Wunsch lebensmüder Menschen nachzukommen, indem man ihnen eine Pille (im Volksmund: die «Drion-Pille») zur Selbsttötung zur Verfügung stellt. Im Jahr 2002 wurde dann im Brongersma-Urteil entschieden, dass nur eine medizinisch klassifizierte

Krankheit als Grund für Euthanasie geltend gemacht werden kann.⁶⁸ Dieses Urteil hat den Wunsch nach gesellschaftlicher Akzeptanz von Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung aus psychischen Gründen allerdings nicht verstummen lassen. Unter der Leitung des Psychologen Dijkhuis initiierte die KNMG 2003 die Gründung einer Kommission, der sogenannten Dijkhuis-Kommission, die untersuchen sollte, ob psychisches Leiden als möglicher Grund für Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung angesehen werden kann und welche Implikationen für den Arztberuf sich damit verbinden würden. Die Kommission kam 2004 zu dem Schluss, dass auch das Leiden am Leben als so starkes Leid empfunden werden kann, dass Euthanasie möglich sein sollte, und zwar unter anderem deshalb, weil die Quelle des Leidens nicht für das vom Patienten empfundene Leiden ausschlaggebend ist.

2008 entstand die Bürgerinitiative Burgerinitiatief Voltooid Leven (Bürgerinitiative Vollendetes Leben), die auch unter dem Namen Uit Vrije Wil (Aus Freiem Willen) bekannt wurde. Diese Initiative, der zahllose bekannte niederländische Politiker, Wissenschaftler oder Künstler angehören, stellt sich zum Ziel «...alten Menschen, die das eigene Leben als vollendet betrachten und würdig sterben wollen, auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin Sterbehilfe leisten zu dürfen».⁶⁹ Diese Gruppe argumentiert, der allgemeine Wohlstand und die technisch-medizinischen Möglichkeiten hätten den Menschen eine vierte Lebensphase gebracht, die vor allen Dingen durch Altersschwäche geprägt ist. Das Centraal Bureau voor Statistiek (CBS, Zentralamt für Statistik der Niederlande) hat prognostiziert, 2050 werde es in den Niederlanden 24 000 Menschen geben, die mindestens 99 Jahre alt sind. Die Bürgerinitiative Uit Vrije Wil sieht die Selbstbestimmung und das Recht auf ein würdiges Sterben als hohes Gut. Sie ist der Meinung, Menschen ab 70 Jahren, die einen ausdrücklichen Todeswunsch hegen, aber keine lebensbedrohliche Krankheit und keine schweren körperlichen Leiden haben, müssten das Recht haben, würdig zu sterben, wenn sie ihr Leben für vollendet ansehen.⁷⁰

68 Hier ist zu bemerken, dass der Hoge Raad in diesem Urteil eine restriktive Definition des «vollendeten Lebens» formuliert hat, die beinhaltet, dass Patienten, die hauptsächlich an Altersbeschwerden leiden, nicht infrage kommen. Bei den regionalen Euthanasieprüfungsausschüssen werden allerdings regelmäßig Fälle von Hilfe zur Selbsttötung gemeldet, die aber bis jetzt alle die Sorgfaltspflichten erfüllten. Diese Praxis bildet die Grundlage für die KNMG-Stellungnahme *Zelfgekozen levenseinde: mogelijkheden en grenzen van artsen [Selbstgewähltes Lebensende: Möglichkeiten und Grenzen für den Arzt]* vom 7. September 2011. In diesem Standpunkt wird betont, dass der Antrag auf Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung zwar eine medizinische Grundlage haben muss, diese aber nicht unbedingt auf einer schweren und unheilbar oder tödlich verlaufenden Krankheit beruhen muss. Auch eine Aneinanderreihung von Altersbeschwerden kann ein gerechtfertigter Grund für Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung sein.

69 Jit Peters et al.: *Uit Vrije Will. Waardig sterven op hoge leeftijd [Aus freiem Willen. Würdiges Sterben im hohen Alter]*, Amsterdam 2009, S. 9.

70 Um «Sterbehilfetourismus» vorzubeugen, wird eine mindestens zweijährige niederländische Staatsbürgerschaft als Voraussetzung für Sterbehilfe verlangt.

Dass diese Problematik auch von anderen erkannt und anerkannt wird, bezeugen die 117 000 Unterstützungsbekundungen.

Da Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung im Rahmen des Euthanasiegesetzes eine streng medizinische Angelegenheit ist, die die Problematik des «vollendeten Lebens» nicht erfasst, hat die Bürgerinitiative eine Gesetzesvorlage erarbeitet, die darauf abzielt, mit «zertifizierten Sterbehilfeleistenden» eine neue Berufsgruppe ins Leben zu rufen, die den Betroffenen mit den entsprechenden Mitteln und der nötigen Betreuung zur Seite stehen kann. Die erforderlichen Substanzen müssen im Übrigen weiterhin von einem Arzt verschrieben werden, einen direkten Kontakt zwischen Arzt und Patient gibt es aber nicht mehr: An die Stelle des Arztes tritt nun der Sterbehilfeleistende. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass der Gründer und Vorsitzende der Stichting Vrijwillig Leven (Stiftung Freiwilliges Leben), Gerard Schellekens, verurteilt wurde, weil er 2007 einer schwerkranken 80-jährigen Frau Sterbehilfe geleistet hatte. Ihr Hausarzt hatte vorher ihr Euthanasiegesuch abgelehnt. Schellekens wurde strafrechtlich verfolgt, da er kein Arzt ist und Hilfe zur Selbsttötung durch Nichtärzte in den Niederlanden strafbar ist. Das Gericht in Almelo verurteilte Schellekens zu einer Haftstrafe von zehn Monaten, davon wurden acht zur Bewährung ausgesetzt. Gegen die Stiftung Vrijwillig Leven wurde eine Geldstrafe von 5 000 Euro und eine Geldstrafe zur Bewährung in Höhe von 20 000 Euro verhängt. Am 13. Januar 2011 sollte Schellekens erneut vor Gericht erscheinen, diesmal vor dem Gerichtshof in Arnheim, wo seine Berufung gegen die Verurteilung wegen Hilfe zur Selbsttötung anhängig ist. Der Sitzungstermin wurde aber verschoben.

Jan Hilarius, «Selbstmordberater» und Gründer der in den Niederlanden nicht unumstrittenen Stichting De Einder (Stiftung Der Horizont), berät Menschen über Hilfe zur Selbsttötung. Er wurde von der niederländischen Staatsanwaltschaft strafrechtlich verfolgt, weil er 2003 einer 27-jährigen Frau Medikamente verschafft haben soll, mit der sie Selbsttötung begehen konnte. Der Gerichtshof in Amsterdam warf Hilarius vor, sich nicht nur auf die Übermittlung allgemeiner Information und Vermittlung moralischer Unterstützung begrenzt, sondern dem Opfer Hinweise gegeben zu haben, wie er seinem Leben ein Ende setzen könnte, ihm dazu aktiv einen Teil der benötigten Mittel zur Verfügung gestellt und auch nachlässig gehandelt zu haben, da er versäumt habe, sich Klarheit über Ernst- und Dauerhaftigkeit des vom Opfer geäußerten Wunsches der Selbsttötung zu verschaffen. Der Gerichtshof war der Meinung, dass in dem Urteil auch die persönlichen Umstände des Angeklagten, der im Berufungsverfahren einsichtig gewesen und von der Verfehltheit und Strafwürdigkeit seines Handelns überzeugt sei, berücksichtigt wurden. Der Einspruch des Anwalts, es bestehe kein Kausalzusammenhang zwischen der angebotenen Hilfe des Angeklagten und der Selbsttötung des Opfers, wurde verworfen. Der Gerichtshof verurteilte Hilarius daraufhin zu einer Haftstrafe von 12 Monaten, von denen acht Monate zur Bewährung ausgesetzt wurden. Der Oberste Gerichtshof der Niederlande

urteilte 2008 in diesem Fall und bestätigte das Urteil des Gerichtshofes in zweiter Instanz: Das Urteil ist rechtskräftig.⁷¹

In der vorläufigen Stellungnahme der KNMG zur Rolle des Arztes beim selbstgewählten Lebensende aus dem Jahr 2010⁷², die auch im Zusammenhang mit der Bürgerinitiative erschienen ist, weist die KNMG darauf hin, dass seit Inkrafttreten des Euthanasiegesetzes hinsichtlich der Normauffassungen einerseits und der Euthanasiepraxis andererseits unter Ärzten eine Entwicklung eingesetzt hat. Dass sich bezüglich des aussichtslosen und unerträglichen Leidens ein Sinneswandel vollzieht, lässt sich vor allen Dingen an den Urteilen der regionalen Prüfungsausschüsse erkennen. Es sei, so die KNMG, «kaum vorstellbar, dass Ärzten im Falle älterer Menschen mit einem ernst zu nehmenden Todeswunsch keine Rolle zukommen würde, auch wenn dieser Wunsch dem Gefühl eines vollendeten Lebens entspringt».⁷³ Dies wird damit begründet, dass Ärzte für eine angemessene Beratung ihrer Patienten Verantwortung tragen, so dass diese wohl überlegt entscheiden können, was sie wollen. Außerdem haben Patienten ein Recht auf medizinische Betreuung und Behandlung. Der Betroffene selbst muss allerdings klarmachen, worin die Unerträglichkeit seines Leidens besteht. Die KNMG argumentiert und schließt damit an das Chabot-Urteil⁷⁴ an, dass die Quelle des Leidens nicht für das Ausmaß des empfundenen Leidens ausschlaggebend ist, da das Leiden verschiedene Ursachen haben und auch unterschiedlich wahrgenommen werden kann. Nur der Patient kann eine Aussage darüber machen, ob das Leiden unerträglich ist. Allerdings muss der Arzt dieses Leiden durchaus nachvollziehen können, wenn über Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung entschieden werden soll. Dabei geht es nicht um eine persönliche Auffassung des Arztes, sondern um eine professionelle Beurteilung der Unerträglichkeit im Verhältnis zu der vom Patienten empfundenen Aussichtslosigkeit des

71 Aktenverweis niederländische Jurisprudenz (LJN): BC4463 HR 03288/06.

72 KNMG-concept standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseind, a.a.O.

73 Ebd., S. 3. Leiden wird in dieser vorläufigen Stellungnahme von der KNMG wie folgt definiert: «Es handelt sich um einen ernsten Zustand, der als solcher vom Patienten bewusst gefühlt und empfunden wird. Ein Leiden kann nur vorliegen, wenn der Betroffene es selbst empfindet und er sich dessen bewusst ist.» S. 7.

74 Chabot-Urteil. Hoge Raad, 21. Juni 1994, NJ 1994, 656. Im Chabot-Urteil hat der Oberste Gerichtshof der Niederlande entschieden, Chabot hätte seine Patientin von einem zweiten Psychiater untersuchen lassen müssen. Außerdem sei bei aussichtslosem und unerträglichem Leiden die Ursache dieses Leidens – egal ob psychischer oder körperlicher Art – irrelevant. In Bezug auf das Brongersma-Urteil schreibt die KNMG: «Dieser viel diskutierte Passus aus dem Urteil des Hoge Raad, dem Leiden müssen überwiegend eine oder mehrere medizinisch klassifizierte somatische oder psychische Krankheiten oder Erkrankungen zugrunde liegen, kann aus Sicht der KNMG derzeit kein absoluter Standpunkt sein.» S. 9.

Leidens. Der Arzt muss die verschiedenen Dimensionen des Leidens transparent und schematisch darstellen.⁷⁵

In ihrer vorläufigen Stellungnahme weist die KNMG darauf hin, dass «der heutige gesetzliche Rahmen und die Auslegung des Leidensbegriffs breiter ist, als die meisten Ärzte bislang denken und anwenden».⁷⁶ Unter Berücksichtigung dieser vorläufigen Stellungnahme der KNMG zweifelt der Ethiker Govert den Hartogh aus mehreren Gründen an der Notwendigkeit der von Uit Vrije Wil konzipierten Gesetzesvorlage. Seines Erachtens bietet die vorläufige Stellungnahme der KNMG ausreichend Spielraum für die Einbeziehung der Problematik des vollendeten Lebens. Auch das Leiden an einer somatischen Krankheit ist existenzielles Leiden. Da letztlich alles Leiden existenziell ist, ist der Begriff «physisches Leiden» nicht glücklich gewählt.⁷⁷ Ärzte müssen sich des leidenden Menschen immer annehmen. Dazu sei angemerkt, dass die Auslegung des Leidensbegriffs von Ärzten verbesserungswürdig ist, da, wie aus Forschungen hervorgeht, physische Symptome es den Ärzten einfacher machen festzustellen, ob Patienten das Kriterium des «unerträglichen Leidens» erfüllen und somit für Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung infrage kommen.⁷⁸

Laut Den Hartogh entspringt die Gesetzesvorlage zur Aufnahme des vollendeten Lebens als Kriterium für Hilfe zur Selbsttötung dem Bedürfnis, selbst, ohne ärztliche Intervention, bestimmen zu dürfen, was unerträgliches Leiden ist. Das Gesetz von 2002 wird in dieser Hinsicht als bevormundend angesehen: «Ob ich unerträglich leide, bestimme immer noch ich.» Dabei, so Den Hartogh, kann die in der Gesetzesvorlage vorgeschlagene Altersgrenze von 70 Jahren selbst ebenfalls als Bevormundung betrachtet werden. Außerdem ist fraglich, ob man einem Arzt abverlangen kann, einem zertifizierten Sterbehilfeleistenden tödliche Substanzen für einen Patienten zur Verfügung zu stellen, mit dem sich der Arzt selbst nie befasst hat. «Barmherzigkeit heißt, sich von der dringenden Not eines

75 Die KNMG verweist auf die Verwendung des sogenannten «Kimsma-Schema». «Diese Schematisierung und Operationalisierung veranschaulicht verschiedene Dimensionen des Leidens in zeitlicher Abfolge. So muss das aktuelle Leiden beschrieben werden. Was sind die aktuellen Beschwerden und Symptome? Welcher Funktionsverlust liegt vor? Aber auch: Welche Beschwerden und welcher Funktionsverlust haben sich verschlimmert und werden sich weiter verschlimmern? Wie werden die Verschlimmerungen vom Patienten erfahren?» KNMG-concept standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, a.a.O., S. 12.

76 Ebd., S. 10.

77 C. Den Hartogh: Als de dood een vriend wordt; commentaar op een proeve van een wet [Wenn der Tod zum Freund wird. Kommentar auf einen Gesetzesentwurf], in: Uit Vrije Wil: Waardig sterven op hoge leeftijd [Aus freiem Willen. Würdiges Sterben im hohen Alter], Jit Peters et al. (Hrsg.), Amsterdam 2011, S. 89-108, hier, auf S. 96, wird auf *The Nature of Suffering* (1991) des Arztes Eric Cassell verwiesen.

78 Den Hartogh verweist auf Seite 97 auf eine Studie von Van Tol und Rietjens, aus der hervorgeht, dass 17% der Hausärzte schwere und unbehandelbare physische Symptome als eine Grundvoraussetzung für ein «unerträgliches Leiden» ansehen. Vermutlich bezieht sich Den Hartogh auf J.A. Rietjens et al.: Judgement of suffering in the case of a euthanasia request in The Netherlands, in: *Journal of Medical Ethics*, August 35(8) 2009, S. 502-507.

Anderen berühren zu lassen, nicht aber, einem freien Menschen dabei behilflich zu sein, seinen Willen durchzusetzen.»⁷⁹

Er schlägt als Möglichkeit vor, einem Patienten, der sich von seinem Arzt zu Unrecht zurückgewiesen fühlt, das Recht einzuräumen, selbst eine Konsultation nach SCEN-Maßstäben zu beantragen. Im Übrigen ist die KNMG der Meinung, die Gesetzesvorlage von Uit Vrije Wil unterminiere das Euthanasiegesetz, da damit die «im jetzigen Gesetz verankerten Sorgfaltsgebote umgangen werden könnten. (...) Das Problem liegt demzufolge weniger in der Reichweite des Euthanasiegesetzes, als vielmehr in dessen Auslegung und Anwendung durch die Ärzte. Daher muss zuerst wissenschaftlich erfasst werden, wie viele Menschen Sterbehilfe in Anspruch nehmen würden und wer diese Menschen sind.»⁸⁰ Die KNMG wehrt sich also gegen die Initiative von Uit Vrije Wil (Aus Freiem Willen), da sie der Meinung ist, dass entweder die Sorgfaltspflichten des Euthanasiegesetzes erfüllt werden und der Betroffene sich somit an einen Arzt wenden kann, oder die Sorgfaltspflichten nicht erfüllt werden und der Betroffene die Möglichkeit zur Selbsthilfe hat. In dieser letztgenannten Situation sieht die KNMG eine Rolle für den Arzt in einer beratenden Funktion und in der Palliativmedizin.

Mehrmals wird Menschen, die ihr Leben für vollendet halten, geraten, das Essen und Trinken einzustellen. Neben Den Hartogh⁸¹ plädiert auch der Psychiater Boudewijn Chabot, der in dem Zusammenhang von «Auto-Euthanasie» spricht⁸², für diese Methode als Möglichkeit eigenen lebensbeendenden Handelns bei einem vollendeten Leben. Die Entscheidung, das Trinken und Essen einzustellen, muss vom Arzt respektiert werden. Bei guter palliativer Versorgung führt der Patient selbst die Regie, und es kann ihm ein Leiden erspart bleiben.⁸³ Die KNMG weist darauf hin, dass der Arzt in diesen Situationen zu einer adäquaten palliativen Betreuung verpflichtet ist.

Die Initiative von Uit Vrije Wil erhält Rückendeckung von der NVVE. Laut NVVE wird einem Drittel der Euthanasiegesuche jährlich nicht nachgekommen, das sind etwa dreitausend Menschen pro Jahr. Um Menschen mit einem unerfüllten Sterbewunsch zu helfen, will die NVVE die Realisierbarkeit einer «Lebensendeklinik» prüfen, die möglicherweise schon 2012 eröffnet wird. Wenn die NVVE auch betont, diese Klinik werde sich im Rahmen des Euthanasiegesetzes bewegen, ist die Initiative keineswegs unumstritten. Die KNMG reagierte auf diese Nachricht, indem sie verlauten ließ, die Betreuung am Lebensende gehöre zur ganzheitlichen Versorgung, die medizinischer Verantwortung unter-

79 Den Hartogh, a.a.O., S. 102.

80 Im Pressebericht der KNMG vom 18. Mai 2011 anlässlich einer Anhörung im niederländischen Abgeordnetenhaus, auf der die Gesetzesvorlage von Uit Vrije Wil erörtert wurde.

81 Den Hartogh, a.a.O., S. 107.

82 Boudewijn Chabot: Auto Euthanasie, Amsterdam 2007. Es gibt übrigens auch eine deutschsprachige Veröffentlichung zu diesem Thema von Boudewijn Chabot (mit C. Walther): *Ausweg am Lebensende: Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*, mit einem Geleitwort von Dieter Birnbacher, zweite, aktualisierte Auflage, München 2011.

83 Siehe u.a. Bert Keizer: Uit vrije wil [Aus freiem Willen], in: *Relevant* 2/2010, S. 18.

liege, und hält daher eine solche Klinik im Rahmen der KNMG-Politik nicht für wünschenswert.⁸⁴ Viele, darunter auch Chabot und Keizer⁸⁵, befürchten die Institutionalisierung einer solchen Klinik. Martin Buijsen, Professor für Gesundheitsrecht, rügt die Initiative der NVVE, weil sie auf eine ungerechte «Ungeduld mit der Politik» zurückgehe.⁸⁶

Betrachtet man einerseits die Initiative von Uit Vrije Wil und andererseits die neue Richtlinie der KNMG, scheint die Diskussion sich vor allen Dingen auf die Frage zuzuspitzen, in wessen Domäne die Problematik des vollendeten Lebens fallen soll, in die des Arztes oder in die des Patienten selbst. Für die KNMG ist es, wie gesagt, kaum vorstellbar, dass Ärzten im Falle älterer Menschen mit Todeswunsch keine Rolle zukommen würde, auch wenn dieser Wunsch dem Gefühl eines vollendeten Lebens entspringt. Geht es nach der KNMG, fällt vollendetes Lebens ausschließlich in die medizinische Domäne.⁸⁷ Die neue vorläufige Stellungnahme bietet offenbar eine umfassendere Perspektive zur Frage des Leidens. Es erhebt sich allerdings die Frage, ob Gefühle eines «vollendeten Lebens» nicht häufig erst dann entstehen, wenn auch physisches Leiden vorhanden ist. Dennoch gibt es immer noch Ärzte, die der Meinung sind, nur wenn körperliche Symptome vorliegen, könne es auch unerträgliches Leiden geben.⁸⁸ Es gibt zudem noch einen anderen Grund, weshalb Chabot und Vertreter von Stichting De Einder (Stiftung Horizont) diese Initiative von Uit Vrije Wil (Aus Freiem Willen) ablehnen: die Einführung einer neuen Kategorie der Hilfeleistenden. Die Gegner der Initiative sind der Meinung, eine Lebensbeendigung im Falle eines vollendeten Lebens ist primär eine Sache der betroffenen Person selbst.

5 Zum Schluss

Es wurde oben in großen Zügen die Debatte zum Euthanasiegesetz wiedergegeben, wie sie in den vergangenen Jahren in den Niederlanden geführt wurde. So wurden zunächst das Verhältnis zwischen palliativer Sedierung und Euthanasie sowie das zwischen Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung erörtert. Danach wurden verschiedenen Kategorien willensunfähiger Patienten besprochen: Neugeborene, Kinder unter 12 Jahren, psychiatrische Patienten und Demenzkranke.

84 <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht-1/KNMG-vindt-levenseindekliniek-onwenselijk.htm> 19. Januar 2011.

85 Folkert Jensma: De stelling van Boudewijn Chabot: We willen geen artsen voor wie doodmaken een routineklus wordt [Die These Boudewijn Chabots: Wir wollen keine Ärzte, für die Töten zur Routine wird], in: *NRC Handelsblad*, Samstag 29. und 30. Januar 2011, S.11. Bert Keizer: Levensindekliniek is een merkwaardig initiatief [Lebensendeklinik ist eine eigenartige Initiative], in: *Trouw*; www.trouw.nl/.../Levensindekliniek-is-een-merkwaardig-initiatief.dhtml.

86 Martin Buijsen: Kliniek voor levenseinde is geen goed idee [Lebensendeklinik ist keine gute Idee], in: *Trouw*, 17.8.10.

87 KNMG.

88 Het KOPPEL-onderzoek [Die KOPPEL-Studie], a.a.O., S. 203.

Zum Schluss wurde auf den Wunsch nach Sterbehilfe jener Menschen eingegangen, die ihr Leben als vollendet betrachten. Diese drei Hauptaspekte der Debatte liegen am Rande des Gesetzes (insbesondere wenn es sich um Willensunfähigkeit handelt) oder so weit außerhalb des Gesetzes, dass ein neues Gesetz vorgeschlagen wurde (Problematik des vollendeten Lebens). In der Diskussion dreht es sich um das Verhältnis der drei Voraussetzungen: der Willensfähigkeit, des unerträglichen Leidens und des aussichtslosen Leidens.

Kinder unter 12 Jahren, die unerträglich und aussichtslos leiden, werden derzeit nicht vom Gesetz erfasst. Man plädiert für die Möglichkeit, von einer faktischen Willensfähigkeit statt von einer Willensfähigkeit als objektivem Kriterium auszugehen, weil Kinder damit unter die gesetzliche Regelung fallen könnten. Demenzkranke Patienten in einer weit fortgeschrittenen Krankheitsphase sind für die Ärzte eine schwierige Kategorie. Nicht weil sie den Bedingungen des Euthanasiegesetzes nicht entsprächen, sondern weil der Patient selbst nichts darüber aussagen kann, was er will. Damit stehen Ärzte vor einer schweren Entscheidung. Übrigens sind, wie oben bereits besprochen, Ärzte in Pflegeheimen der Meinung, bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz sei sehr wohl die Rede von unerträglichem Leiden. Bei Neugeborenen mit schweren Hirnschäden kann allein schon aus objektiven Gründen von einem unerträglichen Leiden ausgegangen werden. Aufgrund des Groningen-Protokolls ist in diesen Fällen eine Lebensbeendigung möglich. Wenn Patienten mit einer Willenserklärung im Zustand verminderten Bewusstseins dieselbe Symptomatik aufweisen wie zur Zeit ihrer Willensfähigkeit und Ärzte ihr aussichtsloses und unerträgliches Leiden feststellen konnten, erfüllen diese Patienten die gesetzlichen Voraussetzungen für Lebensbeendigung. Bei psychiatrischen Patienten dreht es sich um die Frage, ob die gesetzlichen Kriterien nicht häufiger erfüllt werden, als jetzt angenommen wird. Mit anderen Worten: Ist nicht davon auszugehen, dass viel mehr Menschen, als bisher angenommen, die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen? In Fällen, in denen die Aussichtslosigkeit vielleicht nicht zur Debatte steht, wird die Unerträglichkeit des Leidens angezweifelt. In anderen Fällen liegt möglicherweise unerträgliches Leiden vor, das nicht aussichtslos ist. Es handelt sich dann also um eine heilbare – und daher vermutlich vorübergehende – Erkrankung, wie zum Beispiel eine zeitweilige Depression. Das neue Gesetz könnte also auch auf willensfähige psychiatrische Patienten und demenzkranke Patienten anwendbar sein, bei denen die Unerträglichkeit oder Aussichtslosigkeit schwer feststellbar ist. Die Problematik des vollendeten Lebens bezieht sich vor allen Dingen auf Kombinationen, die nicht die gesetzlichen Kriterien erfüllen: willensfähig, aber aussichtslos sowie willensfähig und unerträglich. Einerseits wird argumentiert, das Leiden an einem vollendeten Leben sei ebenso aussichtslos wie unerträglich und entspricht demzufolge dem Gesetz, andererseits werden Stimmen laut, die nach einem separaten Gesetz für diese Gruppe verlangen. Die neueste KNMG-Stellungnahme nimmt der Problematik des vollendeten Lebens zumindest teilweise ihre bisherige Brisanz.

Wenn wir abschließend die Debatte der vergangenen Jahre überschauen, stellt sich die Frage, inwieweit in ihr prinzipielle bzw. praktische Probleme aufgeworfen werden. Forschungen haben ergeben, dass die Auffassungen der Bürger und der Fachkräfte über die Auslegung des Begriffes «unerträgliches Leiden» und die Möglichkeit zur Euthanasie im Falle von Demenz weit auseinandergehen.⁸⁹ Wer sich beruflich mit der Euthanasiefrage beschäftigt, handhabt den Begriff «unerträgliches Leiden» aus dem Euthanasiegesetz enger als vom Gesetz gefordert wird. Bürger sind andererseits oft nicht gut darüber informiert, was das Gesetz genau beinhaltet.⁹⁰ Dieser Abstand kann durch eine bessere Aufklärung der Bürger und eine bessere Fortbildung der Fachkräfte überbrückt werden.⁹¹ Es handelt sich dabei im Grunde um Probleme praktischer Art.

Unabhängig von dem oben erwähnten praktischen Problem des Wissensdefizits wird auch eine prinzipielle Diskussion darüber geführt, was in die medizinische Domäne fallen soll und was nicht.⁹² In diesem Rahmen sind zwei Entwicklungen zu berücksichtigen, die beide mit faktischen gesellschaftlichen Veränderungen zu tun haben, und zwar der demografische Wandel und ein Sinneswandel. In den kommenden Jahren wird die Zahl der Menschen, die die so genannte «vierte Lebensphase» erreichen, noch stark ansteigen. Daraus wird sich voraussichtlich eine «größere Nachfrage» nach Handlungen zur Beschleunigung des Lebensendes ergeben. Außerdem scheinen sowohl Euthanasie als auch Hilfe zur Selbsttötung, auch im Rahmen eines vollendeten Lebens, immer stärker als ein Recht aufgefasst zu werden. Wie in der Einleitung bereits erwähnt wurde, entsprang das Euthanasiegesetz dem Wunsch, der Barmherzigkeit und der Selbstbestimmung gerecht zu werden. Dabei spielte auch die Notlage des Arztes eine Rolle. Die Selbstbestimmungsidee war zudem «relational» geprägt, da sie auf Mitmenschlichkeit abzielte, und war daher weniger absolut und individualistisch.⁹³ Diese relative Auffassung der Selbstbestimmung bildet die Grundlage des Selbstbestimmungsrechts im niederländischen Euthanasiegesetz. Darin werden das Ideal der Selbstbestimmung und das Ideal der Mitmenschlichkeit miteinander verbunden.

Betrachten wir die neuesten, oben dargelegten Entwicklungen, so müssen wir feststellen, dass sich die Moralauffassungen verschieben und die Selbstbestimmungsidee individualistischere Züge trägt, wie sich z.B. bei der Gesetzesvorlage von Uit Vrije Wil und den Plänen für die Lebensendeklinik der NVVE gezeigt hat. Die neuesten Entwicklungen hin zu einer absoluteren Auslegung des Selbstbe-

89 Ebd., S. 206.

90 Ebd., S. 163.

91 Ebd., S. 206.

92 Die befragten Ärzte hatten sehr unterschiedliche Meinungen zu der Frage, ob Euthanasie zu den Aufgaben des Arztes gehört. Von den befragten Ärzten bejahten Hausärzte diese Frage häufiger als andere Ärzte. Das könnte u.a. erklären, weshalb die befragten Ärzte mehr Erfahrung mit bewilligten Euthanasiegesuchen haben. Ebd., S. 136.

93 James Kennedy: Een weloverwogen dood: euthanasie in Nederland [Wohlüberlegtes Sterben: Euthanasie in den Niederlanden], Amsterdam 2002, S. 162.

stimmungsideals stehen in krassem Widerspruch zu den juristischen Ausgangspunkten des Euthanasiegesetzes.⁹⁴ Dieses Spannungsfeld steht im Mittelpunkt der jetzigen Diskussion, wie sie in diesem Artikel vorgestellt wurde. Eine mögliche Reaktion auf diese Sachlage wäre die Feststellung, man sei in den Niederlanden nun doch, wie befürchtet, auf die «slippery slope» geraten. Es ist aber fraglich, ob eine Änderung moralischer Auffassungen eine Frage der «schiefen Ebene» oder eine ganz normale gesellschaftliche Erscheinung ist.

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Auffassungen über Selbstbestimmung und das darauf beruhende Selbstbestimmungsrecht demnach ausgeweitet. Mit diesem moralischen Wandel ändern sich auch die Auffassungen über die vom Wunsch des Patienten ausgehende Aufgabe des Arztes. Dass sich Ärzte oft nicht auf diese neuen Entwicklungen einstellen, geht laut NVVE aus der Tatsache hervor, dass längst nicht allen Gesuchen stattgegeben wird, obwohl Patienten, deren Wunsch abgelehnt wurde, durchaus leiden. Dies ist eine Frage der Auffassungen über Rechte und Pflichten sowie über ihr Verhältnis zueinander: Art und Reichweite des Selbstbestimmungsrechts sowie Art und Reichweite der professionellen Pflichten eines bestimmten Berufsstandes in dieser Zeitenwende. Es ist auch die Frage, wie sich diese professionellen Pflichten zu den persönlichen Auffassungen der Fachkräfte selbst verhalten müssen. Damit geht es hier also auch um die Frage, welche Diskrepanz zwischen Berufsethik und persönlicher Ethik akzeptabel ist und wer das festlegt.

Die nächste Frage wäre dann, ob durch diese Reibereien verschiedener normativer Rahmen das Gesetz nicht dafür «missbraucht» wird, diese Meinungs-differenzen zu verhüllen. Die Schwierigkeit ist ja, dass Ärzte zwar eine Aufgabe in Hinsicht auf das Sterben haben, aber nicht zwangsweise bei Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung. Außerdem ist eine Grundsatzdiskussion zu der Frage im Gange, welches Handeln in Bezug auf Willensunfähigkeit gesetzlich erlaubt ist, auch vor dem Hintergrund der neuesten Richtlinien der KNMG, und welches Handeln nicht. Dann wiederum ergibt sich die Frage, ob das Gesetz für bestimmte Härtefälle geändert werden muss. Die Schwierigkeit einer Situation, in der Lebensendepolitik sowohl eine medizinische als auch eine nichtmedizinische Komponente haben kann, liegt darin, dass fraglich ist, ob gleiche Fälle auch gleich behandelt werden und ob ausreichende Transparenz und Qualität der Versorgung sowie der Rechte und Pflichten und ihres gegenseitigen Verhältnisses gewährleistet werden können, will man Missständen vorbeugen.

Die Debatte zu diesem Thema, die lange noch nicht abgeschlossen ist, wird, passend zur niederländischen Kultur, auf Art des «Poldermodells» geführt, in dessen Rahmen in Verfahrensfragen ein Konsens gesucht wird. Jede Meinung trägt etwas zur Debatte bei. Unterdessen tauchen am Horizont schon neue

⁹⁴ Siehe dazu auch: Micha Werner: Assistierter Suizid in den Niederlanden, in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 55, 2009, S. 391-400.

Fragen auf, wie zum Beispiel die nach dem Verhältnis zwischen Organspende und Euthanasie.⁹⁵

Aus dem Niederländischen übersetzt von Koert Braches.

95 In *Medisch Contact*, der Wochenzeitung der KNMG, erschien kürzlich eine Kolumne des Ethikers Gert van Dijk über das mögliche Spannungsverhältnis zwischen Organspende und Euthanasie. *Medisch Contact*, 3. Juni 2001, Jahrgang 66, Nr. 22, S. 1424. Laut van Dijk hat es eine Organspende nach einer Euthanasie in den Niederlanden, im Gegensatz zu Belgien, noch nicht gegeben. Zwar gab es Anfragen dieser Art, sie wurden aber nicht durchgeführt. Damit man auf den ersten Fall dieser Art in den Niederlanden vorbereitet ist, befürwortet van Dijk eine gesellschaftliche Debatte zu dieser Frage und benennt schon mal einige herausfordernde Aspekte: Einerseits kann eine Organspende nach Euthanasie dem Patienten das Gefühl vermitteln, sein Tod hätte einen Sinn gehabt. Andererseits besteht die Gefahr, dass ein Patient, der durch Euthanasie sterben und gleichzeitig Organspender sein will, möglicherweise das Gefühl haben kann, seinen Euthanasiewunsch nicht zurücknehmen zu können, wenn die Vorbereitungen für die Organspende schon in vollem Gange sind. Wie ist es um mögliche Interessenskonflikte zwischen dem Arzt, der die Transplantation und dem, der die Euthanasie durchführt, bestellt? Sind zusätzliche verfahrenstechnische Absicherungen nötig, die dies verhindern können? Ist es akzeptabel, einen Patienten, der ein Euthanasiegesuch eingereicht hat und ebenfalls Organe spenden will, um eine Lebendspende zu bitten?

Sterbehilfe in den Niederlanden

Beurteilung nach geltender deutscher Rechtslage

1 Einleitung

Im Unterschied zu § 216 des deutschen Strafgesetzbuchs (StGB), der die «Tötung auf Verlangen» ohne Einschränkungen unter Strafe stellt, macht Art. 293 Abs. 2 des niederländischen StGB von der in Abs. 1 parallel zum deutschen Recht geregelten Strafbarkeit¹ eine Ausnahme, wenn ein Arzt bestimmte, im «Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung» genannte Voraussetzungen beachtet und dem Leichenbeschauer Meldung erstattet hat. Wiederum keine Unterschiede bestehen im Hinblick auf die grundsätzliche Strafflosigkeit der bisher in Deutschland sogenannten passiven Sterbehilfe, also dem Verzicht auf eine medizinisch sinnlose oder vom Patienten nicht (mehr) gewollte lebenserhaltende Behandlung und der sogenannten indirekten Sterbehilfe, also der Symptomtherapie mit der Nebenfolge einer Lebensverkürzung. Während sich jedoch in den Niederlanden die Abgrenzung dieser als «normales ärztliches Handeln»² angesehenen Fälle von der in Art. 293 geregelten Tötung auf Verlangen wegen deren möglicher Strafflosigkeit weitgehend erübrigt, kommt ihr in Deutschland entscheidende Bedeutung zu. Es soll daher im Folgenden um die Benennung und Beschreibung der nicht von § 216 StGB erfassten Fälle erlaubter Sterbehilfe und die in der jüngsten Zeit erfolgten Klarstellungen durch den Gesetzgeber und die Strafrechtsprechung gehen.

2 Notwendigkeit der Abgrenzung von § 216 StGB zu den Formen erlaubter Sterbehilfe

Dass es überhaupt Sterbehilfefälle gibt, die nicht von dem Verbot erfasst werden, sich «durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimm(en)» zu lassen, liegt an den mit dem Lebensschutz konkurrierenden

- 1 Bemerkenswert ist die ungleich strengere Höchststrafandrohung in den Niederlanden mit 12 Jahren Gefängnis, während in Deutschland nur maximal 5 Jahre Freiheitsstrafe verhängt werden können.
- 2 B. Reuter: Die gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe des Königreichs Niederlande – ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland? Frankfurt a. M. 2002, S. 6.

Rechtspositionen, nämlich der Patientenautonomie und dem Recht auf einen «Tod in Würde und Schmerzfreiheit»,³ außerdem an der Straflosigkeit des Suizids und schließlich daran, dass jede ärztliche Behandlung unter dem Vorbehalt einer medizinischen Indikation steht.⁴ Daraus ergeben sich drei Grundkonstellationen von nicht mit § 216 StGB kollidierenden Sterbehilfemaßnahmen.

2.1 Behandlungsbegrenzungen

a) *Zwei Legitimationsgründe*

Besonders praxisrelevant sind die Fälle, in denen über die Aufnahme, die Fortsetzung oder den Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung wie etwa einer künstlichen Beatmung oder Nahrungszufuhr entschieden werden muss. Primäres Entscheidungskriterium ist, ob eine *medizinische Indikation* für die betreffende Behandlungsmaßnahme besteht, ob also ein sinnvolles und auch voraussichtlich zu erreichendes Behandlungsziel benannt werden kann. Nur wenn ein solches benannt werden kann, kommt es auf den *Willen des Patienten* an. Er hat nämlich das Recht, indizierte ärztliche Maßnahmen abzulehnen.⁵ Dies gilt nicht allein für einen *aktuell geäußerten* Behandlungsverzicht des einwilligungsfähigen Patienten, sondern auch dann, wenn ein solcher Patientenwille «nur» in Form einer nach § 1901a Abs. 1 BGB verbindlichen *schriftlichen Patientenverfügung* zum Ausdruck gekommen ist oder aufgrund konkreter Anhaltspunkte *vermutet* werden kann. Diese schon bisher in der Rechtswissenschaft entwickelte und durch Rechtsprechung⁶ nach und nach bestätigte Trias des Patientenwillens findet sich nunmehr auch als gesetzlich vorgeschriebenes Prüfungsprogramm in § 1901a Abs. 2 BGB. Diese Vorschrift, die im Zuge des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes am 1. September 2009⁷ in Kraft getreten ist, bestimmt für den Fall einer fehlenden bzw. nicht verbindlichen Patientenverfügung, dass «der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden (hat), ob er in eine ärztliche Maßnahme (...) einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.»

b) *Zulässigkeit auch «aktiver» Behandlungsbegrenzungen*

Neben dieser überfälligen gesetzlichen Absicherung der Patientenautonomie hat abermals der Bundesgerichtshof in Strafsachen einen wichtigen Beitrag zur Rechtssicherheit auf dem Gebiet der Behandlungsbegrenzungen geleistet. In einer

³ BGHSt 42, S. 301, 305.

⁴ BGHZ 154, S. 205 (224); Spickhoff, NJW 2000, S. 2297 (2298).

⁵ BGHSt 11, S. 111.

⁶ Zu nennen sind insoweit vor allem BGHSt 40, S. 257, und BGHZ S. 154, 205 und zuletzt BGH, NStZ 2010, S. 630.

⁷ BGBI. I 2286.

Grundsatzentscheidung vom 25. Juni 2010⁸, die als Fall Fulda oder auch – nach dem Namen des freigesprochenen Rechtsanwalts – als Fall Putz bekannt wurde, hat der 2. Strafsenat bestätigt, dass eine dem Willen des Patienten entsprechende Behandlungsbegrenzung nicht nur durch schlichte Untätigkeit, sondern auch durch den aktiven Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie erfolgen kann. Zugrunde lag der Fall einer komatösen Patientin⁹, die in einem Pflegeheim unter Missachtung ihres von ihrer gesetzlichen Betreuerin zum Ausdruck gebrachten mutmaßlichen Willens wieder über eine PEG-Sonde künstlich ernährt werden sollte, nachdem die Nahrungszufuhr bereits eingestellt worden war. Um diese rechtswidrige Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung zu unterbinden, schnitt die Betreuerin auf Anraten ihres Anwalts den Schlauch der Ernährungs-sonde über der Bauchdecke durch. Während das Landgericht Fulda¹⁰ in erster Instanz darin eine von der Betreuerin und ihrem Anwalt in Mittäterschaft begangene verbotene aktive Sterbehilfe sah, stellte der BGH als Revisionsgericht klar, dass die Rechtfertigung einer Behandlungsbegrenzung nicht davon abhängt, ob sie durch aktives Handeln oder bloßes Untätigbleiben erfolgt. So heißt es in den beiden ersten Leitsätzen der Entscheidung: «Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.»

Die Bedeutung dieses jetzt auch höchstrichterlich vollzogenen Abschieds von der missverständlichen Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe und der Betonung der Maßgeblichkeit des (Nicht-)Behandlungswillens des Patienten kann gar nicht groß genug eingeschätzt werden. Es ist seit Langem bekannt und durch zahlreiche Befragungen belegt¹¹, dass die herkömmliche Terminologie vor allem bei Medizinerinnen für viel Unsicherheit über die rechtlichen Grenzen von Behandlungsbegrenzungen gesorgt und – dies zeigt die Entscheidung des LG Fulda in erschreckender Deutlichkeit – offenbar auch bei Strafrichtern zu Fehlvorstellungen darüber geführt hat, worauf es bei der Unterscheidung zwischen verbotener Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB und erlaubter, ja gebotener Behandlungsbegrenzung als Ausfluss der Patientenautonomie ankommt. Diesen Unterschied verdeutlicht der BGH noch einmal in seinem dritten Leitsatz: «Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht im Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.»

8 BGH, NStZ 2010, S. 630; m. Anm. Verrel, S. 671.

9 Ausführliche Fallschilderung von der Tochter und ihrem Rechtsanwalt in E. Gloor/W. Putz: Sterben dürfen, Hamburg 2011.

10 LG Fulda, ZfL 2009, S. 97.

11 Näher dazu Verrel in Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Die Freiheit zu sterben, Berlin 2007, S. 30 f.

Verbotene Sterbehilfe nach § 216 StGB leistet also derjenige, der das Leben des Patienten auf dessen Wunsch durch einen medizinisch nicht indizierten Eingriff wie etwa die Überdosierung von Schmerzmitteln oder die sonstige Gabe eines tödlich wirkenden Mittels verkürzt. Dass darüber hinaus jede Form der Begrenzung einer lebenserhaltenden Behandlung, die *nicht* dem Willen des Patienten entspricht, als Totschlag oder gar Mord strafbar sein kann, hat der 2. Strafsenat in einer Folgeentscheidung vom 10. November 2010¹² deutlich gemacht. In diesem «Kölner Fall» bestätigte der BGH die erstinstanzliche Verurteilung des Angeklagten wegen versuchten Totschlags. Dieser hatte Geräte, mit denen seine Schwiegermutter auf der Intensivstation versorgt wurde, eigenmächtig, d.h. ohne Rücksicht auf deren Willen, den er noch nicht einmal kannte, abgeschaltet.

2.2 Todesbeschleunigende Leidenslinderung

Schon im Jahr 1996 hat der 3. Strafsenat des BGH¹³ die Strafflosigkeit der bisher sogenannten indirekten Sterbehilfe festgestellt. Dabei geht es um die Fälle, in denen eine effektive Symptomkontrolle, insbesondere die Behandlung von Schmerzen, Medikamentengaben erfordert, die mit dem Risiko einer Lebensverkürzung etwa infolge einer Atemdepression verbunden sind. Anders als bei der verbotenen Tötung auf Verlangen handelt es sich also um medizinisch indizierte Dosierungen, die nicht mit dem Ziel der Lebensbeendigung verabreicht werden. Es soll hier nicht der Frage nachgegangen werden, ob es angesichts der heutigen Behandlungsmöglichkeiten überhaupt noch zu solchen Dilemmasituationen kommt, in denen Leiden der Patienten nur auf Kosten ihrer Lebenszeit gelindert werden können.¹⁴ Ebenso wenig soll interessieren, ob die allgemein anerkannte Strafflosigkeit einer lebensverkürzend wirkenden Symptombehandlung, die der 3. Strafsenat damit begründet, dass «die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ein höherwertiges Rechtsgut (ist) als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen», ein Argument gegen die Pönalisierung der Tötung auf Verlangen sein kann. Festzuhalten bleibt, dass es jedenfalls keine rechtlichen Hinderungsgründe für eine wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen Leiden sterbenskranker Patienten gibt. Im Gegenteil: Eine unzureichende, hinter den medizinischen Möglichkeiten zurückbleibende Symptombehandlung kann als Körperverletzung strafbar sein.¹⁵ Die Probleme dieser Fallgruppe erlaubter Sterbehilfemaßnahmen sind vielmehr zum einen forensischer Art. So kann die nachträgliche Feststel-

¹² BGH, NStZ 2011, S. 274 m. Anm. Verrel.

¹³ BGHSt 42, S. 301, 305.

¹⁴ Zu den Gründen für eine gleichwohl gebotene Klarstellung der Strafflosigkeit siehe Verrel: Ist das Sterben normierbar? Rechtspolitisches Forum 45, Institut für Rechtspolitik der Universität Trier, 2009, S. 18 f.

¹⁵ Roxin in Roxin/Schroth (Hrsg.): Handbuch des Medizinstrafrechts, 3. Auflage, Stuttgart 2007, S. 322.

lung, ob der Arzt tatsächlich nur eine medizinisch indizierte Behandlung der Leiden durchgeführt oder eine als Leidenslinderung «getarnte» verbotene, u.U. sogar eigenmächtige Patiententötung vorgenommen hat, erhebliche Schwierigkeiten bereiten.¹⁶ Zum anderen waren jedenfalls in der Vergangenheit Defizite in der medizinischen Aus- und Weiterbildung dafür verantwortlich, dass Leiden nicht mit der nötigen und pharmazeutisch möglichen Konsequenz angegangen wurden.¹⁷

2.3 (Ärztliche) Suizidbeihilfe

Eine weitere Erscheinungsform von Sterbehilfe, die zur Abgrenzung von den strafrechtlichen Tötungsverboten Anlass gibt und bei der im Unterschied zur soeben behandelten Leidenslinderung auch aktuelle rechtliche Entwicklungen zu verzeichnen sind, stellt die Mitwirkung an der Selbsttötung des Patienten dar. Sie ist straflos, wenn es sich um einen der seltenen, aber gerade bei Patienten mit infauster Prognose denkbaren Fälle *freiverantwortlich* gefasster Selbsttötungsentschlüsse handelt und zudem der Patient und nicht ein anderer die *Herrschaft* über das todbringende Geschehen hat, da ansonsten eine strafbare Tötung auf Verlangen vorläge.

Die noch aus dem Jahr 1984 stammende Rechtsprechung des BGH¹⁸, dass Ärzte und andere schutzpflichtige Garanten auch gegenüber einem freiverantwortlich handelnden Patienten eine Rettungspflicht haben, sobald dieser infolge seiner Suizidhandlung die Kontrolle über das Geschehen verloren hat, ist angesichts der aktuellen Rechtsprechung zur Beachtlichkeit des Patientenwillens überholt, allerdings vom BGH bislang nicht explizit aufgegeben worden.¹⁹ Dass sich ein Anschauungswandel vollzogen hat, zeigt aber eine jüngst veröffentlichte Entscheidung der Staatsanwaltschaft München I.²⁰ Es ging um den Fall einer Ärztin, die sich wegen einer bei ihr diagnostizierten Alzheimer-Demenz nach genauer Planung und in voller Eigenverantwortung das Leben genommen hat. Dies geschah in Absprache und in Anwesenheit der Angehörigen, die keine Rettungsversuche unternommen haben. Das gegen die Angehörigen wegen Totschlags durch Unterlassen und wegen unterlassener Hilfeleistung eingeleitete Ermittlungsverfahren wurde von der Staatsanwaltschaft u.a. mit folgender Begründung eingestellt: «Einem Angehörigen kann kein strafrechtlicher Vorwurf gemacht werden, wenn er den ernsthaften Todeswillen seines Angehörigen respektiert und nicht sofort bei Verlust der Handlungsfähigkeit und des Bewusstseins ärztliche Hilfe ruft oder sonstige Rettungsmaßnahmen einleitet.»

¹⁶ Näher dazu Verrel: Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung, München 2006, C 31.

¹⁷ Vgl. Borasio, in: Ständige Deputation des Deutschen Juristentags (Hrsg.): Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentags, Band II/1, N 59.

¹⁸ BGHSt 32, S. 367.

¹⁹ Lediglich auf vorsichtige Distanz geht BGH, *NStZ* 1988, S. 127.

²⁰ Verfügung vom 30.7.2010 – 125 JS11736/09, veröffentlicht in *NStZ* 2011, S. 345.

Macht sich folglich ein Arzt, der bei einem freiverantwortlichen Suizid Hilfe leistet, nicht strafbar, drohen ihm jedoch berufsrechtliche Konsequenzen. Auf dem 114. Deutschen Ärztetag²¹ 2011 in Kiel wurde beschlossen, § 16 der Musterberufsordnung (MBO) um ein ausdrückliches Verbot der ärztlichen Suizidbeteiligung zu ergänzen: Ärzte «dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten».

Dieses undifferenzierte Verbot steht in einem bemerkenswerten Gegensatz zu der kurz zuvor erfolgten Überarbeitung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.²² Hieß es in der Vorgängerfassung aus dem Jahr 2004 noch in ähnlich apodiktischer Weise, «die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos»²³, hatte man sich Anfang 2011 nicht zuletzt aufgrund der auf dem 66. Deutschen Juristentag 2006 geäußerten Kritik²⁴ für eine Formulierung entschieden, die offen für eine einzelfallabhängige medizinethische Tolerierung ärztlicher Suizidassistenz ist: «Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.»

Diese von manchen als pauschale Freigabe des ärztlich assistierten Suizids missverstandene Änderung²⁵ macht einerseits deutlich, dass die Mitwirkung von Ärzten an Patientensuiziden nach wie vor nicht in den ärztlichen Leistungskatalog gehört, von Patienten nicht eingefordert und von keinem Arzt geleistet werden muss. Doch enthalten sich die Grundsätze nunmehr einer pauschalen negativen ethischen Bewertung, wenn Ärzte in besonders gelagerten Fällen, in denen keine andere Form erlaubter Sterbehilfe greift und auch die palliativmedizinische Versorgung für den Patienten keine Alternative ist, als Ultima Ratio bei der Umsetzung eines nachvollziehbaren Selbsttötungswunsches Bestand leisten. Mit der gegenläufigen Verschärfung der Musterberufsordnung wird jetzt wieder ein Weg beschritten, der Ärzten den Zugang zu suizidgefährdeten Patienten versperren, diese in die Arme zweifelhafter Sterbehilfeorganisationen treiben und damit letztlich Chancen der Suizidverhinderung vergeben könnte.

3 Ausblick

Die Rechtslage in Sachen Sterbehilfe ist heute deutlich klarer als noch vor einigen Jahren. Zwar hat sich der Gesetzgeber nicht zu der von vielen geforderten Klarstellung der Fälle strafrechtlich zulässiger Sterbehilfe bzw. zu einer Neufassung des § 216 StGB verhalten, die den Unterschied zwischen verbotener Tötung auf Verlangen und erlaubten Behandlungsbegrenzungen deutlich macht. Doch sind das Patientenverfügungsgesetz aus dem Jahr 2009, das über die Verankerung von Patientenverfügungen hinaus wichtige Regeln für den Umgang mit entscheidungsunfähigen Patienten enthält, sowie der jüngst vom BGH vollzo-

21 Informationen über die Beschlusslage finden sich unter <http://www.baek.de>.

22 Abrufbar unter <http://www.baek.de> -> Medizin & Ethik -> Sterbebegleitung.

23 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄBl. 2004, A 1298.

24 Ständige Deputation des Deutschen Juristentags (Hrsg.): Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentags, Band II/1, N 74.

25 So etwa Gehring, FAZ v. 31.3.2011, S. 29.

gene Abschied von der herkömmlichen begrifflichen Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe zugunsten einer materiellen Orientierung am Patientenwillen Meilensteine auf dem Weg zu mehr Rechtssicherheit. Nun wird es darauf ankommen, ob die Praxis diesen transparenteren Rechtsrahmen besser rezipiert als in all den Jahren zuvor, in denen die Versuche einer richterrechtlichen Fortentwicklung und Veranschaulichung des Sterbehilferechts nicht die nötige Aufmerksamkeit gefunden haben. Welchen weiteren Verlauf die Diskussion über das in Deutschland im Unterschied zu den Niederlanden nach wie vor bestehende Verbot der Tötung auf Verlangen nimmt, wird davon abhängen, ob Ärzte die legalen Möglichkeiten der Sterbehilfe nunmehr ausschöpfen, ob Palliativmedizin und Hospizeinrichtungen ihren Anspruch einlösen können, stets Alternativen zu Wünschen nach einer Lebensbeendigung zu bieten, und nicht zuletzt auch davon, welche Auswirkungen die berufsrechtliche Abschottung von Ärzten gegenüber Patientensuiziden auf das Verhalten von Menschen mit schwerer unheilbarer Krankheit hat.

Sterbehilfe in den Niederlanden

Ein Interview mit Erhard Blankenburg

Herr Professor Blankenburg, was würden Sie als den gravierenden Unterschied ansehen in der Einstellung und Ausrichtung der Ärzteschaft hinsichtlich Sterbehilfe in den Niederlanden und in anderen Anrainerstaaten, vor allem Deutschland?

Erhard Blankenburg: In Deutschland gilt ja noch immer diese Festlegung, dass der Arzt eigentlich nur kurativ tätig sein soll. In den Niederlanden hat man schon seit 15 Jahren akzeptiert und vor zehn Jahren gesetzlich festgelegt, dass die palliative Sorge, die in Fällen von unerträglichem Leiden, wenn es keine Aussicht auf Genesung gibt, Sterbehilfe ausführen kann. Wenn ich jetzt «man» sage, dann bezieht sich das auf Organisationen, auf niederländische Ärztegesellschaften.

Einige Ärzte sind zum Teil aus religiösen Gründen, weltanschaulichen oder eigenen Anschauungen nicht in dem Sinne willens, das auch selbst zu vollziehen. Die können Patienten an andere Ärzte verweisen.

Nun haben sie in den Niederlanden ein sehr starkes Hausarztssystem. Könnten Sie das einmal kurz erklären, bitte?

Der Hausarzt hat eine eigene Ausbildung, die wirklich nur die des allgemeinen Praktikers einschließt, aber auch Sorge für ganze Familien umfasst und auf langfristige Sorge besonderen Nachdruck legt. Und diese eigene Ausbildung bedeutet, dass eine relativ strenge Unterscheidung zwischen Hausärzten und Spezialisten gemacht wird. Nicht so wie in Deutschland, dass der Arzt aus ökonomischen Gründen, aber auch aus fachlichen danach strebt, ein Spezialist zu werden. Es gibt viele Hausärzte in den Niederlanden, die nichts anderes tun.

Man kann sich außerdem ausbilden lassen für die palliative Sorge von schwer und definitiv langfristig Kranken. Die haben eine eigene Organisation gebildet, also Hausärzte, die als Konsultativärzte hinzugezogen werden können, wenn eine Entscheidung getroffen werden soll, z. B. Sterbehilfe zu leisten.

Nun gab es und gibt es von Gegnern der Sterbehilfe immer wieder das Argument, in den Niederlanden würden etwa 1000 Patienten, ohne gefragt zu sein, Sterbehilfe erhalten. Könnte eine Erklärung dieses Umstandes darin liegen, dass die Niederlande sehr viel offener mit diesen Problemen umgehen, also der Bekanntheitsgrad solcher Fälle größer ist durch die freiwillige Auskunft von Ärzten mit entsprechenden Umfragen? Oder könnte es daran

liegen, dass ein Hausarzt sehr viel besser seinen Patienten kennt und selbst dann, wenn keine Patientenverfügung vorliegt oder selbst keine Willensverfügung vorliegt aufgrund eines schweren Krankheitszustandes dann der Arzt weiß, wie der Patient eingestellt ist?

Das Letztere ist der Fall. Bei Patienten, die eben keine Willensauskunft mehr geben können, kann das angenommen werden, aber nur in dem Fall, dass man Hinweise darauf hat, dass der Patient das wollen würde. Diese Hinweise sind dann ein Beweisproblem, wenn es tatsächlich zum Gerichtsverfahren oder zum nachträglichen Beleg kommen sollte, dass ein Hausarzt aus früheren Äußerungen und aus Gesprächen mit der Familie möglicherweise annehmen kann, dass der Patient das wollte. Aber das ist absolut nicht die Regel. Also: Wenn er keinen Hinweis hat, dass der Patient damit einverstanden ist, dass er das will, dann darf er Euthanasie nicht vollziehen.

Wie viele Fälle gibt es ihrer Einschätzung nach derzeit hinsichtlich aktiver direkter oder aktiver indirekter Sterbehilfe und medizinischer Begleitung durch den Arzt?

Das ist insgesamt ganz gut anzugeben, weil es sehr viele Untersuchungen dazu gibt. Offizielle Meldungen gibt es jetzt jährlich 2800 (von insgesamt 143 000 Sterbefällen im Jahr 2009).

Aber da gibt es natürlich eine Dunkelziffer. Es wird geschätzt, dass tatsächlich etwa 4000 Fälle als Sterbehilfe bewertet werden könnten, ungefähr 20 bis 30% mehr als von den Ärzten formell angemeldet worden sind. Bei direkter Sterbehilfe, also bei uns «Euthanasie» genannt, kann auch ein Teil Hilfe beim Suizid gewesen sein. Das geben die Ärzte allerdings nicht so gerne an, weil dann das Verfahren aufwendig wird – es gibt ja für jeden angemeldeten Sterbehilfefall eine Prüfung durch die regionale Kontrollkommission. Regional hat den Vorteil, dass sie auch die örtlichen bzw. regionalen Verhältnisse ein bisschen kennen. Der Arzt muss Sterbehilfe oder auch Hilfe bei Suizid anmelden unter Angabe aller Sorgfaltspflichten, die das Gesetz vorschreibt.

Ist das Verfahren aufwendiger bei der Anmeldung von Suizid?

Bei Hilfe beim Suizid ist es eher etwas aufwendiger. Da wird dann noch etwas mehr nachgefragt, wie nun eigentlich genau die Umstände waren. Und da ja alle diese auch palliative Fälle sind, geben die Ärzte das nicht so gerne als «Selbstmord» an.

Hat in der letzten Zeit die sogenannte terminale Sedierung zugenommen im Unterschied und im Vergleich zur aktiven direkten Sterbehilfe?

Die ist schon seit 10 Jahren im Gange. Das wird zunehmend gemacht. Aber es wird auch zunehmend so deklariert. Alle Anmeldungen von Sterbehilfe beruhen auf einer Angabe des jeweils behandelnden Arztes. Aber tatsächlich gibt es einen fließenden Übergang von terminaler Sedierung zu möglicher Sterbehilfe expliziter Art. Da kann der Arzt sagen: Ich sehe das als terminale Sedierung an, und

ein anderer sagt, na ja, das ist doch Sterbehilfe. Aber aus diesem Grund ist es eben sehr wichtig, dass der Arzt in all diesen Fällen einen Konsultativarzt hinzuziehen sollte. Wenn das mal in Ausnahmefällen nicht gelungen ist oder nicht gemacht worden ist, kann man das möglicherweise noch «Sedierung» nennen. Aber in der Regel ist die Befolgung des Euthanasiegesetzes von 2002 sehr gut und die Meldungszahlen sind angestiegen. Gerade weil die Einordnung der Behandlung auch eine Frage der Bewertung aller Umstände ist, setzen sich die ärztlichen Organisationen sehr für das Einhalten der Meldepflicht ein. Die Meldungen werden auf schriftlichem Wege nachgeprüft. Im Zweifel gibt es eine Anhörung des Arztes. Und der Prozentsatz, die Anzahl der Fälle, bei denen eine Anhörung durchgeführt wird, steigt. Das heißt, diese Kontrolle durch die Kontrollkommission ist sehr streng. Es geht um mehr oder weniger 20% von Zweifelsfällen, die nicht gemeldet sind, nicht um ein grundsätzliches Umgehen dieser Kontrollen.

Das niederländische Euthanasiegesetz aus dem Jahr 2002 ist als eine Kontrollstrategie der Ärzte zu verstehen. Nachdem sich in den 1990er-Jahren implizite, auch nicht immer bekannte Formen der Sterbehilfe ausbreiteten und viele juristischen Auseinandersetzungen und Prozesse auslösten, hat man 1995 probeweise eine Form der registrierten Sterbehilfe eingeführt, die dann als Grundlage einer legislativen Diskussion zu einem Gesetz im Jahre 2002 führte. Die Ärzte-Organisationen haben dies unterstützt. Sie wollten die Kontrolle über die Palliativmedizin und Sterbehilfepraktiken in den Händen der Ärzte institutionalisieren und damit Rechtssicherheit auch für die Ärzte schaffen. «Haltet uns und der Klinik die Staatsanwälte vom Leibe», hieß es in den 1990er-Jahren des vorigen Jahrhunderts, «wir kontrollieren die Sterbehilfe lieber selber.»

Nun bedarf es ja spezieller Kenntnisse, die üblicherweise im Medizinstudium – jedenfalls in Deutschland – nicht vermittelt werden, wie ein Arzt einem schwerstkranken Patienten helfen kann, sehr gut schmerztherapiert zu sein bzw. auch die Hilfe zu erhalten, einen schweren Sterbeprozess abzukürzen. Wie wird dieses Wissen vermittelt?

Das ist eine Frage der Ausbildung. Hausärzte sind dafür besonders ausgebildet. Ein Arzt auf der Intensivstation, der hat natürlich eine ganz andere Spezialisierung. Der Hausarzt ist darauf spezialisiert, sich um den sozialen Verband, z. B. die Familie, intensiver zu kümmern und auch um die palliative Sorge. Das wird natürlich unterrichtet. Ganz besonders dann noch bei den Konsultativärzten, die eine Zusatzausbildung für diese palliative Sorge inklusive Sterbehilfe erhalten.

Gibt es in den Niederlanden ein ähnlich rigides Betäubungsmittelgesetz wie in Deutschland?

Ich kann das im Einzelnen nicht beurteilen. Aber es gibt natürlich ein Medikamentengesetz. Man kann nicht so einfach zur Apotheke gehen und sich Morphin oder ein Barbiturat besorgen. Die Apotheken sind nach meiner eigenen Erfahrungen sehr, sehr gut organisiert. Man geht eigentlich immer zur selben Apotheke, so dass diese in der Regel die ganze Medizingeschichte eines Patienten hat. Es

gibt ganz wenige, halb so viele Apotheken wie in Deutschland. Bei denen ist man eingetragen, steht im Computer. Dadurch können die in der Regel die Medizingeschichte des Patienten einsehen. Und wenn jetzt einer kommt, der nicht im Computer steht, der keine Geschichte hat, dann werden die Apotheker vorsichtig. Die Sorge über ‚Privacy‘ steht hinter den Interessen der medizinischen Behandlung eher zurück, wird also weniger streng genommen als in Deutschland.

Wie erklären Sie sich die großen Berührungängste der Ärzteschaft, vor allen Dingen der verfassten Ärzteschaft, zu diesem Thema? Hat das möglicherweise noch etwas mit der länger schon zurückliegenden schwierigen deutschen Vergangenheit zu tun, in der Ärzte ja beteiligt waren? Meines Wissens haben sich die Ärzte in den Niederlanden trotz des Drucks der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft sehr konstant geweigert, in irgendeiner Weise im Pseudo-euthanasieprogramm der NS-Macht mitzuwirken.

Ja, das spielte natürlich vor allen Dingen in der vorigen Generation eine große Rolle. Euthanasie des nationalsozialistischen Regimes war ein Trauma für die deutsche Geschichte. Die niederländischen Ärzte haben das verweigert, wobei natürlich unter der Besatzung ein nationaler Grund hinzukam, sich gegen die Nazis zu wehren. In Amsterdam gab es viele Juden, etwa 20% der Bevölkerung. Nach dem Krieg waren es noch zwei Prozent. Das hat natürlich das Nationalbewusstsein und auch die politische Diskussion in den Niederlanden geprägt. Aber es gab genauso viele Nazis in den Niederlanden wie es Widerstandskämpfer gab. Jeweils etwa 100 000 wird geschätzt. Aber die Verbrechen der Nazi-Euthanasie sind dort nicht als nationales Trauma im Bewusstsein. Deshalb hat man das Wort «Euthanasiegesetz» wählen können. Für die niederländischen Ärzte bedeutet das Wort wie im Griechischen «ein friedliches Sterben». Warum sollte man das nicht so nennen?

Es wurde ja meines Wissens nicht mal während der NS-Zeit verwandt. Da hieß es heimlich T4-Aktion von Tiergartenstr. 4 hier in Berlin, in der dieses Programm heimlich ausgeklügelt wurde, und erst über die Ärzteprozesse der Siegermächte und über entsprechende Übersetzungen kam dieser Begriff letztlich falsch übersetzt und nicht dem griechischen Urbegriff entsprechend in die Literatur.

Dass dies auch die Ärzte in Deutschland ausreichend gewusst haben, das scheint mir ziemlich plausibel zu sein. Und trotzdem ist ein genereller Vorwurf gegen die deutschen Ärzte fehl am Platz. Aber das Trauma, das entstanden ist, hat nicht nur mit der Nazi-Vergangenheit zu tun. Das hat auch damit zu tun, dass die organisierte Ärzteschaft doch sehr konservativ ist. Sie gebraucht ihr kuratives Selbstverständnis, aber sie hat versäumt, die anderen Funktionen, die ein Arzt ja auch hat, in ihr Selbstverständnis mit aufzunehmen. Es gibt auch in den Niederlanden Ärzte, die das nicht wollen, auch aus religiösen Gründen. In den Niederlanden ist die reformatorische, nicht so sehr die katholische Ethik, sehr rigide. Da gibt es auch gläubige Ärzte, die einen sehr engen Begriff haben von kurativer Pflege. Es

gibt auch Leute, die jegliche Behandlungen oder Impfungen verweigern. Allerdings können die wohl kaum Ärzte sein. Das sind Extremgruppen, die in der reformatorischen Vergangenheit und ihrer reformatorischen Kultur verwurzelt sind. Es gibt sie in den Niederlanden noch immer, aber diese Gruppen nehmen eindeutig ab. Aber strikt christliches Selbstverständnis gibt es noch, und es gibt auch Ärzte, die sich der Sterbehilfe verweigern. Die werden dem Patienten sagen: «Da musst du dir jemand anderen suchen.»

Nun fällt im internationalen Vergleich auf, dass beispielsweise Sterbehilfe in der Schweiz auch von Laien durchgeführt wird, die trainiert werden und Supervision erhalten. Aber der Arzt selbst ist in der Regel nicht mit dabei, wenn Beihilfe zum Suizid gegeben wird. Ist das in den Niederlanden undenkbar?

Es ist verboten. Laut Gesetz geht das nicht. Es gibt einen Psychiater-Arzt, Chabot, der propagiert den assistierten Suizid im häuslichen Kreis. Und seine Schätzungen, die auf gewissen Untersuchungen beruhen, besagen, dass es in den Niederlanden etwa 1 000 Mal im Jahr passiert. Das ist weniger als ein Prozent der Sterbefälle. Das wird auch dort gemacht, wo Menschen sagen, ich möchte zu Hause oder im intimen Kreis sterben. Und ich möchte jemanden haben, der mir dabei hilft. Ein Arzt wird das ohne medizinische Indikation zu tun vermeiden. Das ist nach wie vor strafbar. Einem Arzt würde seine Approbation entzogen. Er kann vielleicht diesen Menschen helfen durch Information, aber er darf nicht dabei anwesend sein. Auf keinen Fall. Auf der anderen Seite gibt es Sterbehilfe – da muss er anwesend sein. Ist er nicht anwesend, ist das eine Verletzung der Sorgfaltspflicht.

Nun hat Herr Dr. Boudewijn Chabot in seiner Promotionsarbeit herausgefunden, dass offenbar ein größerer Teil der Sterbenden keine Nahrung erhält, um auf diese Weise zu sterben. Wie schätzen Sie diese Entwicklung ein?

Ob das eine Entwicklung ist? Ich glaube, das ist schon immer so gewesen. Jeder Patient, auch in Deutschland, kann natürlich sagen, ich verweigere die Behandlung. Das ist gängig. Und es ist wohl vielleicht eine sehr häufige Art von Menschen zu sagen: «Ich will jetzt nicht mehr.» Ob das mehr geworden sind, kann ich nicht beurteilen. Aber es ist sicher schon immer der Fall gewesen, auch bevor die Sterbehilfe institutionalisiert wurde.

Der Arzt begleitet ja auch dann in der Regel, indem er entsprechende Lindernungsmedikamente appliziert. Dieser Prozess wird ja nicht lediglich den Pflegekräften überlassen.

Das sollte so sein. Es mag Fälle geben, wo die Pflegekräfte mehr wissen als die Ärzte. Zum Beispiel gab's mal einen Arzt an einer Universität, der sehr streng war im Glauben. Das Pflegepersonal hat dann Hilfe geleistet z. B. bei der Nahrungsverweigerung, die dieser Arzt nicht akzeptiert hätte. «Also komm – jetzt nicht dem Chef erzählen.» Das ist schon ein Zeichen für eine schlechte Kommunikation in dem Krankenhaus. Ich sollte hinzufügen, dass es auch weiterhin eine

Diskussion über die Auslegung der gesetzlichen Voraussetzung eines «unerträglichen Leidens» im Euthanasiegesetz gibt. Einige Interessengruppen plädieren für eine erweiterte Grenzziehung, vor allem bei psychischem Leiden und Demenz. Auch gibt es eine Lobby, die Beihilfe zum Suizid ganz aus dem Strafgesetz zu streichen. Die Mehrheit im Parlament jedoch hält fest an dem Vorbehalt ärztlicher Beurteilung mit den im Euthanasiegesetz festgelegten Sorgfaltspflichten: Der Patientenwunsch muss feststellbar sein; das Leiden muss unerträglich und Heilung aussichtslos sein; ein Konsultationsarzt muss hinzugezogen und der Meldepflicht muss nachgekommen worden sein.

Das Interview führte Kurt F. Schobert am 14. April 2011 in der Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin.

Die Website sterbehilfe.fuerundwider.org

Von Februar bis April 2011 wurde unter Mitwirkung von 15 Experten aus den Bereichen Recht, Medizin, Ethik und Sozialforschung mit Hilfe interaktiver Visualisierungstechniken eine kooperative Argumentationskarte zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe erstellt. Ergebnisse der argumentativen Rekonstruktion der Debatte sowie Resultate der abschließenden Bewertung von Argumentationspositionen durch die beteiligten Experten werden im Folgenden vorgestellt.

1 Einleitung und Ausgangsfragen

Sollen Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in Deutschland legalisiert werden – ähnlich wie in den Niederlanden, der Schweiz oder dem US-Bundesstaat Oregon? Die Initiative FürundWider.org hat auf der Webseite <http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org> mit Hilfe interaktiver Visualisierungstechniken einen Überblick über die relevanten Argumente für und gegen eine gesetzgeberische Initiative in Sachen Sterbehilfe erstellt. Im Vordergrund standen dabei zwei Fragen: **Soll der deutsche Gesetzgeber das Strafrecht in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe reformieren? Wäre es wünschenswert, dass das ärztliche Berufsrecht verändert wird, um den ärztlichen assistierten Suizid zu ermöglichen?**

Im Zentrum der komplexen medizinethischen und rechtlichen Debatte zum Thema Sterbehilfe stehen in Deutschland vor allem unterschiedliche Auffassungen über die Aufgabe der Ärzte. Letztere klagen zu Recht über die derzeit unklare Gesetzeslage. Doch auch der Dissens über die **ethische Bewertung der Sterbehilfe sowie Uneinigkeit darüber, ob eine stärkere gesetzliche Regulierung notwendig oder etwa kontraproduktiv ist, reichern den öffentlichen Diskurs an.**

Um die Vielfalt der Debatte abzubilden, bietet die Website fuerundwider.org Beteiligten und Interessierten ein geeignetes Format, einen Überblick über den derzeitigen Stand der Diskussion zu erhalten und sich gleichzeitig durch eigene Beiträge in die Debatte einzubringen.

Folgende Themen wurden zum Ausgang der Aktion als potenziell strittige Thesen und wichtige Fragen in der Debatte identifiziert:

Ausgangssituation

- «Ärzte haben (begründete) Angst, sich strafbar zu machen.»
- «Ärzte missachten Patientenwillen.»
- «Wie auch in anderen Ländern, wird in Deutschland im Bereich der Palliativmedizin Sterbehilfe praktiziert, die nicht klar als solche ausgewiesen wird.»
- «Konflikte zwischen Patienten, Angehörigen, Pflegern, Ärzten stellen oft dilemmatische Situationen dar.»
- «Heutzutage muss niemand mehr sterben wollen, weil er unerträgliche Schmerzen hat. Palliativmedizin und Hospize können solchen Menschen helfen.»

Vorschläge zur Neuregelung

Übergreifend

- Inwiefern kann eine stärkere gesetzliche Regulierung helfen, Unsicherheit von Medizinerinnen und Pflegern zu reduzieren?

Ärztliche Suizidhilfe

- Laufen Ärzte, die Suizidhilfe leisten, wirklich Gefahr, sich strafbar zu machen?
- Sollte Suizidhilfe unter maßgeblicher Beteiligung eines Arztes erfolgen?
- Sollte Suizidhilfe auf Fälle von tödlichen Krankheiten beschränkt werden?
- Welche Meldepflichten sollten für die Suizidhilfe gelten?

Passive Sterbehilfe/Sterbehilfe im Kontext eines Therapieabbruches:

- Welche Melde- und Dokumentationspflichten sollten gelten?
- Wie kann das Vorliegen eines Patientenwillens eindeutig gesichert werden?
- An welchen anderen Personengruppen als einwilligungsfähigen Erwachsenen soll Sterbehilfe vorgenommen werden dürfen?

Aktive Sterbehilfe/Tötung auf Verlangen

- Ist aktive Sterbehilfe ethisch legitim? Und: Unter genau welchen Umständen könnte von einer Strafverfolgung von Tötung auf Verlangen abgesehen werden?
- Welche Kriterien müssen Suizidpatienten erfüllen (tödliche Krankheit im Endstadium; unzumutbare Schmerzen u.a.)?
- Wie kann das Vorliegen eines Patientenwillens eindeutig gesichert werden?

Indirekte Sterbehilfe/Sterbehilfe im Kontext palliativmedizinischer Behandlung

- «Ohne Regulierung droht verdeckte Sterbehilfe im Kontext nicht dokumentierter palliativmedizinischer Behandlung.»
- Verrechtlichung erhöht Unsicherheit und zerstört den faktisch existierenden Schutzraum der Hospizbehandlung.

- Wie kann die Rechtmäßigkeit von lebensverkürzender Palliativbehandlung durch medizinische Gutachten besser abgesichert werden?
- Wie kann das Vorliegen eines Patientenwillens eindeutig gesichert werden?

Dammbrücheffekte und andere Auswirkungen

- «Wenn man Sterbehilfe legalisiert, wird bald auch an Menschen ohne Sterbewunsch Euthanasie verübt werden!»
- «Eine Liberalisierung der Tötung auf Verlangen würde zu einer Aushöhlung der Norm des Tötungsverbotes führen.»
- «Eine Legalisierung von Sterbehilfe bei tödlichen Erkrankungen könnte dahin führen, dass bald auch z.B. Depressiven der Wunsch nach Sterbehilfe (Beihilfe zum Suizid; Tötung auf Verlangen) gewährt werden wird.»
- «Veränderte soziale Umweltbedingungen führen zu einer empfundenen Pflicht zum Freitod.»

Vereinbarkeit der erwünschten Effekte mit weiterreichenden Vorstellungen vom guten Leben

- Verrechtlichung führt leicht zu Entscheidungsautomatismen – mit der Folge, dass der Tod als «Therapieziel» verstanden, die Hilfe zum Suizid mithin als ärztlicher Auftrag begriffen wird – und die Einbindung der Entscheidung in eine Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient verloren geht.
- Durch die Fokussierung der Diskussion auf allgemeine Regeln wird unnötig Dissens provoziert.
- Andere Maßnahmen als rechtliche Regulierungen geraten aus dem Blick.

Insgesamt ergibt sich durch die Aneinanderreihung der Ausgangsfragen folgender Diagnoseparcours:

- Lässt die Beschreibung der Ausgangssituation eine gesetzgeberische Initiative notwendig erscheinen?
- Kann eine Gesetzesreform zur Sterbehilfe in der angestrebten Form realisiert werden?
- Können die erwünschten Ziele erreicht werden? Überwiegt der Nutzen gegenüber etwaigen nicht intendierten Nebenwirkungen?
- Stehen die erwünschten Ziele im Einklang mit weiterführenden Vorstellungen vom guten Leben?

Erst, wenn all diese Fragen mit «ja» beantwortet werden, sind gesetzliche Neuregelungen gerechtfertigt.

2 Methode

Startpunkt jeder Debatte auf fuerundwider.org ist eine Debatten-Karte, auf der bereits die Grundzüge des Themas von der Redaktion vorgezeichnet sind.

Teilnehmer können sich in die Debatte einbringen. Dadurch wird die Karte fortlaufend ergänzt. Die Teilnahme erfolgt entweder durch Kommentare im Debatten-Forum oder, soweit möglich, direkt durch Einträge in der Debatten-Karte. Forenbeiträge werden vom Debatten-Moderator sukzessive in die Debatten-Karte eingespeist. Der Verlauf der Debatte wird durch fortlaufende Blog-Einträge begleitet und dokumentiert. Dazu gehören Meinungsbeiträge, Abstimmungen und andere debattendramaturgische Elemente.

Bei der Erstellung der Argumentationskarten waren, unter der Anleitung eines Redaktionsteams, fünf Jurymitglieder sowie ein elfköpfiges Expertenteam beteiligt. Jury und Experten, die eigens für die Aktion rekrutiert wurden, stammten aus den Bereichen Recht (6), Ethik (4), Medizin (2), Gesundheitssoziologie (1), Theologie (1) sowie aus Verbänden für Pflege und Patientenberatung (2). Die Jury setzte sich namentlich zusammen aus dem Gesundheitssoziologen Stefan Dreßke (Univ. Kassel), der Philosophin Petra Gehring (TU Darmstadt), dem Verfassungsrechtler Ulf Kämpfer (Richter am Amtsgericht Kiel), dem Palliativmediziner Christof Müller-Busch (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.), dem Intensivmediziner Walter Schaffartzik (Ärztlicher Leiter des Unfallkrankenhauses Berlin) sowie dem Strafrechtler Henning Rosenau (Univ. Augsburg).

Von Ende Februar bis Anfang April 2011 fanden mit Jury und Experten ausführliche Gespräche statt. Im Verlauf dieser wurden die zu Beginn des Projekts auf der Grundlage von Recherchen seitens der Redaktion erstellten, online zugänglichen Argumentationskarten weiter ausgebaut und auf der Projektwebseite die Gespräche und Veränderungen in den Karten im «Blog» laufend dokumentiert.

Den Argumentationskarten kam im gesamten Prozess eine dreifache Funktion zu:

(1) Die Karten zergliedern die verschiedenen Fragestellungen, welche unter dem Oberthema «Sterbehilfe» zusammenlaufen. Gleichzeitig werden *Vorschläge*, soweit das möglich ist, in *Thesen* übersetzt. Dies erleichtert die argumentative Rekonstruktion der Debatte. Ein erstes Set von Thesen betrifft den Status quo (z.B. «Ärzte haben (begründete) Angst, sich strafbar zu machen»). Thesen-Set Nummer zwei behandelt Fragen der Realisierbarkeit von gesetzlichen Regulierungsvorschlägen (Beispiel: «Ein Sterbewunsch kann niemals zweifelsfrei verifiziert werden»). Set drei behandelt erwünschte Effekte und unerwünschte Nebenfolgen (wie verschiedene Formen des Dammbrechens). Set vier befasst sich mit der Vereinbarkeit einer zugleich liberalen und gesetzlich genau geregelten Sterbehilfepraxis mit weitergehenden Vorstellungen vom guten Leben («Eine Strafrechtsreform führt zu einer fehlgeleiteten Verrechtlichung der Diskussion»).

(2) Die in den verschiedenen Sets von Themen zusammengefassten Karten und Unterkarten machen die Gründe transparent, welche zur Stützung von Thesen und Unterthesen eingebracht werden. Dies geschieht, indem Überlegungen als Verkettungen von Argumenten «für» und «wider» dargestellt werden. Auch wenn Ausgangspunkt jeder Darstellung eine These ist, welche ganz klar «für» oder «wider» Stellung bezieht, verstehen sich die Darstellungen als neutral. Die Setzung einer These (oder deren Gegenthese) als Ausgangspunkt der

Debatte ist lediglich eine methodische Notwendigkeit. Ein Beispiel: Im Rahmen der Diskussion um die etwaige Neuregelung der aktiven Sterbehilfe kam die Frage nach der ethischen Legitimität von aktiver Sterbehilfe auf. Als Argument für deren Legitimität wurde aufgeführt: Der Unterschied zwischen «Sterbenlassen» und «Tötung auf Verlangen» erscheint in vielen Situationen als ethisch kaum signifikant. Wenn es Patienten, die an einem Locked-in-Syndrom leiden und die nahezu bewegungsunfähig sind, mittels eines komplizierten technischen Apparates legitimerweise ermöglicht wird, durch minimale körperliche Bewegungen selbst Suizid zu begehen – sollte es dann nicht auch gleichermaßen legitim sein, diesen Patienten auf einfachere Weise entgegenzukommen? Sollte man ihnen nicht einfach, ihrem Wunsch entsprechend, einfach eine Spritze mit einem tödlichen Medikament verabreichen dürfen?

Auf der anderen Seite gibt es naheliegende Einwände, die gegen die ethische Gleichwertigkeit von «Töten» und «Sterbenlassen auf Verlangen» sprechen: «Töten» ist ein Tun, «Sterbenlassen» ein Unterlassen. Für unser Tun sind wir moralisch verantwortlich, für unser Unterlassen nicht.

Nun mag man durchaus anzweifeln, dass «Sterbenlassen» wirklich ein Unterlassen ist und kein Tun: Schließlich erfordert auch ein Unterlassen aktive Handlungen. Aber auf diesen Einwand gab es eine Antwort.

Soweit ein Ausschnitt aus der Diskussion um die ethische Legitimität der Sterbehilfe.

(3) Nicht Teil der visuellen Darstellung, dennoch aber ein Element des Gesamtprozesses ist die Bewertung einzelner Argumentationspositionen auf ihre Wahrheit hin. Argumentationskarten helfen, besser zu verstehen, wie sich die Bewertung einzelner Positionen im Gesamtzusammenhang auswirkt. Am obigen Beispiel: Wenn man akzeptiert, dass das Abstellen eines Beatmungsapparates, den man selbst installiert hat, kein Tun ist, sondern ein Unterlassen, folgt daraus, dass auch die These «Sterbenlassen ist Unterlassen, kein Tun» wahr ist.

Wenn nun aber das «Sterbenlassen» kein Tun ist, sondern ein Unterlassen, dann wird der These «Tötung und Sterbenlassen auf Verlangen sind ethisch gleichwertig» sozusagen der Boden unter den Füßen entzogen. Es gibt – vorerst! – kein Argument mehr, welches die These stützt.

Das heißt aber auch: Es gibt kein Argument mehr, welches die übergeordnete These «Tötung auf Verlangen ist ethisch legitim» stützt – wiederum: vorerst. Möglicherweise gibt es andere Gründe, die für oder gegen die Legitimität der Tötung auf Verlangen sprechen.

Eine Bewertung einzelner Positionen nach dem hier vorgestellten Muster erfolgte vor allem im Gespräch mit Jury und Expertenteam. Darüber hinaus haben Nutzer der Argumentationskarten auch die Möglichkeit, an Ausdrucken der Karten selbst Bewertungen vorzunehmen.

Auf eine Integration von sichtbar markierten Bewertungen in die allgemein zugängliche Darstellung wurde verzichtet: Explizites Ziel des Projektes war es, die Argumentationskarten so zu gestalten, dass möglichst alle Diskussionsteilnehmer mit der Darstellung der Positionen und ihrer Verknüpfung einverstanden

sein konnten – unabhängig davon, wie die verschiedenen Positionen bewertet wurden.

3 Ergebnisse

Die Beschreibung der einzelnen Unterthemen bezieht sich auf die jeweiligen Argumentationskarten. Die Karten wurden im Verlauf der Gespräche mit Jury und Experten weiter ausgebaut und angepasst. Die aktuelle Version ist zugänglich über die Übersichtskarte (siehe Link auf der Webseite oder direkt via http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/wp-content/uploads/maps/Uebersichtskarte_192168041298971397870.html, alternativ <http://tinyurl.com/sterbehilfe-start>). In den Karten sind Links zu Quellen und weiterführenden Literaturhinweisen verzeichnet. Eine (nicht interaktive) druckfähige Version der Karten steht im Download zur Verfügung unter <http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/karten.pdf>. (Empfohlenes Druckformat: DIN A 3 oder größer bzw. Option «Große Seiten teilen» wählen.)

3.1 Analyse der einzelnen Themenfelder

3.1.1 *Status quo: Missachtung von Patientenwillen?*

Die Diskussion (siehe Karte <http://tinyurl.com/7hcxwvf>) beginnt mit einer Bestandsaufnahme: Gibt es überhaupt Gründe, die prima facie für eine Strafrechtsreform sprechen? (Ungeachtet der Frage, ob sich eine Strafrechtsreform in der gewünschten Weise überhaupt durchführen lässt oder ob Gründe, die gegen eine Reform sprechen könnten, am Ende schwerer wiegen.)

Befürworter der Sterbehilfe berufen sich oft auf das individuelle Recht auf Selbstbestimmung jedes Menschen. Eine Missachtung des Sterbewunsches eines Patienten würde demnach dem Grundgesetz widersprechen. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit heute in der Praxis der Patientenwille erfüllt beziehungsweise missachtet wird. Die Debatte beginnt deshalb mit der oft angeführten These, dass Ärzte aus Angst vor etwaiger Strafverfolgung den Patientenwunsch nach Sterbehilfe missachten:

- (1) Ärzte und Pflegepersonal eine (begründete) Angst haben, sich strafbar zu machen und
- (2) Ärzte und Pflegepersonal (aus Angst vor der Strafverfolgung) den Patientenwillen nicht hinreichend beachten.

Ob (2) zutrifft, lässt sich nicht mit Sicherheit herausfinden: Es gibt keinerlei empirische Evidenzen, welche die systematische Beachtung oder Missachtung des Patientenwillens belegen würden. Die Sachlage wird dadurch verkompliziert, dass der Patientenwille oft interpretationsbedürftig ist. Dazu gehört, dass eine bloße Ablehnung eines «Sterbens an Schläuchen» schon deshalb nur bedingt als Ausdruck eines (mutmaßlichen) Patientenwillens interpretiert werden kann, weil ein solcher Wille oftmals in Unkenntnis realer Situationen formuliert wird.

So können Menschen erwiesenermaßen nicht abschätzen, wie sie ihre Lebensqualität im Falle schwerer Beeinträchtigungen beurteilen würden.

Anders sieht es bezüglich (1) aus: Die auf der Karte zusammengetragenen Argumente legen nahe, dass Ärzte tatsächlich Angst davor haben müssen, sich strafbar zu machen, wenn sie Sterbehilfe leisten. (Was wiederum zwar (2) nicht beweist, aber dennoch plausibel macht.)

Aus dieser Argumentationslage folgt: Es gibt zumindest prima facie einen Grund, etwas zu unternehmen, um die Rechtsunsicherheit zu beheben. Die Frage ist allerdings, ob eine Strafrechtsreform dies leisten kann – oder ob nicht ein größeres Maß an gesetzlicher Regulierung zu noch mehr Verunsicherung unter Medizinern führen würde.

Würde eine gesetzgeberische Initiative zu größerer Unsicherheit führen, dann gäbe es keinen Grund für eine Strafrechtsreform. Und: Gäbe es ein anderes – besseres – Mittel, die Unsicherheit zu beheben, dann gäbe es ebenfalls keinen Grund für eine Strafrechtsreform. Solche Mittel (wie z.B. Leitlinien und Unternehmenscodices) werden auf der Karte «Fehlgeleitete Verrechtlichung» (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-verrechtlicht>) unter dem Punkt «Andere Maßnahmen geraten aus dem Blick» diskutiert.

Die gleichen Überlegungen wie für die Verunsicherung der Ärzte gelten auch für einen weiteren Punkt: Konfliktmanagement. Nur insofern Gesetze tatsächlich in der Lage sind, dilemmatische Konflikte zu entschärfen, gibt es prima facie überhaupt einen Grund, gesetzgeberisch aktiv zu werden. (Insofern den Konflikten ethische Dilemmata zugrunde liegen, erscheint es in der Tat unwahrscheinlich, dass Gesetze hier helfen könnten.) Und: Gäbe es ein anderes – besseres – Mittel, Konflikte zu entschärfen, dann gäbe es ebenfalls keinen Grund für eine Strafrechtsreform. (Tatsächlich existieren andere Mittel, wie zum Beispiel die Regelung von Konflikten über die Betreuungsgerichte.)

Ein dritter Punkt: die Palliativmedizin. Hier steht die Behauptung im Raum: Wie auch in anderen Ländern, wird in Deutschland im Bereich der Palliativmedizin Sterbehilfe praktiziert, die nicht klar als solche ausgewiesen wird.

Hier geht es also – in der Tendenz – nicht um eine Liberalisierung der Sterbehilfe (bessere Entsprechung des Patientenwillens), sondern um eine Restriktion. Ist diese sinnvoll? Dass ein Graubereich existiert, wird durch die auf der Karte zitierten Studien belegt. Die weiterführende Frage ist allerdings auch hier wieder: Will man diesen Graubereich wirklich stärker regulieren? Als Einwand gegen eine stärkere Regulierung der Palliativmedizin wird vorgebracht: Eine stärkere Verrechtlichung der palliativmedizinischen Sterbehilfe könnte dazu führen, dass der – soziologisch gesprochen – «Praxisraum» der Hospize Schaden nimmt, weil Ärzte und Pfleger in Zweifelsfällen aus Angst vor juristischer Verfolgung Behandlungen unterlassen würden, die sie unter anderen Umständen befürworten würden.

Sollte diese Befürchtung zutreffen, wäre dies allerdings *nicht schlechthin* ein Grund, auf gesetzgeberische Initiative zu verzichten: Es gälte immer noch

abzuwägen, ob, alles in allem betrachtet, die «Verrechtlichung» mehr Schaden oder mehr Nutzen (etwa durch mehr Transparenz) bereiten würde.

Unterm Strich: Die begründete Unsicherheit der Ärzte für eine Strafrechtsreform verleiht der Frage nach einer solchen eine gewisse Dringlichkeit. Offen ist allerdings, unter welchen Umständen eine Strafrechtsreform die beschriebene Unsicherheit reduzieren könnte. Möglicherweise gibt es überzeugende Gründe für eine Strafrechtsreform, welche vor allem die Bereiche der kurativen Behandlung sowie die ärztliche Suizidhilfe adressiert.

3.1.2 Palliativmedizinische Alternativen

Gegner einer liberalen Handhabung der Sterbehilfe beziehen sich immer wieder auf die Palliativmedizin (also die schmerz- und leidenslindernde Therapie sterbender Patienten) als eine mögliche Alternative zur Sterbehilfe. Palliativmediziner äußern häufig die Hoffnung, dass ein Ausbau der Palliativstationen und Hospize zu einer geringeren Nachfrage nach Sterbehilfe führen könnte.

Patienten könnten schmerzfrei und unter intensiver psychologischer und seelischer Betreuung in Ruhe sterben, statt um eine Verkürzung ihrer Leiden durch einen früheren Tod bitten zu müssen.

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit die Palliativmedizin langfristig eine Alternative zur Sterbehilfe bieten kann. Die Argumentationskarte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-palliative>) führt die Thesen, auf die sich die Hoffnungen der Palliativmediziner stützen, im Einzelnen auf. Die Karte nennt aber auch die Einwände, die dagegen vorgebracht werden, dass Palliativmedizin Sterbehilfe überflüssig machen könnte.

Im Vordergrund stehen, auf Seiten der Sterbehilfekritiker:

- die Tatsache, dass mindestens 90% aller tödlich erkrankten Patienten erfolgreich palliativ behandelt werden könnten;
- das vorhandene Verbesserungspotenzial bezüglich der bestehenden Kapazitäten im Bereich der Palliativmedizin (flächendeckendere ambulante Behandlung und mehr Palliativstationen und Hospize, bessere Information und medizinische Ausbildung in dem Bereich).

Kritisch zu betrachten ist jedoch, dass:

- nicht alle Schmerzen und psychischen Leiden behandelt werden können;
- Hospize durch ihre religiöse Ausrichtung nicht allen Patienten offen stehen;
- manche Patienten eine palliative Behandlung ablehnen;
- Patienten nicht aufgrund von Schmerzen, sondern aus Angst vor einem unwürdigen Dasein den Tod verlangen;
- eine palliative Behandlung mit starken Schmerz- und Betäubungsmitteln ebenfalls lebensverkürzend wirken kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Auch wenn Palliativmediziner immer wieder politisch gegen die Sterbehilfe Position beziehen (so zuletzt etwa der

Hessische Palliativtag 2001), steht außer Frage, dass in 5 bis 10% der Fälle Palliativmedizin die Leiden der Patienten nicht lindern kann.

Weiterhin ist im Kontext der Debatte zu beachten: Die lebensverkürzende Wirkung palliativer Behandlungen kann die Grenze zwischen Palliativtherapie und aktiver Sterbehilfe verschwimmen lassen. Siehe dazu die Karte «Palliativmedizinische Sterbebegleitung» (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-palliativtherapie>).

3.1.3 Vorschläge zur Neuregelung: Überblick

Eines der Hauptargumente für eine Strafrechtsreform sind die derzeitigen Defizite bezüglich einer klaren Unterscheidung und Definition der verschiedenen Formen von Sterbehilfe, vor allem zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe im Kontext von Tötung auf Verlangen, der Unterlassung kurativer Behandlung auf Grundlage des Patientenwillens und im Kontext der palliativmedizinischen Sterbehilfe. (Siehe Karte auf <http://tinyurl.com/sterbehilfe-vorschlaege>.)

Derzeit gibt es verschiedene, miteinander konkurrierende Ansätze, um Grenzen zwischen den verschiedenen Kategorien zu ziehen.

Die Argumentationskarte unterteilt:

- (ärztliche) Suizidhilfe (kann in die Nähe von aktiver Sterbehilfe kommen);
- Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung (entspricht in etwa passiver Sterbehilfe);
- Tötung auf Verlangen (entspricht in etwa aktiver Sterbehilfe);
- palliativmedizinische Sterbebegleitung (deckt eine Teilmenge der indirekten Sterbehilfe ab; kann in einigen Fällen interpretiert werden als aktive Sterbehilfe).

Mit dieser Unterteilung soll

- der Gedanken einer ethisch und rechtlich relevanten Unterscheidung zwischen «Tun» und «Unterlassen» berücksichtigt werden;
- der gesetzgeberische Kontext, auf den sich die verschiedenen Formen von Sterbehilfe beziehen, unterstrichen werden (indem wie z.B. in § 216 StGB von «Tötung auf Verlangen» gesprochen wird);
- die Unterschiedlichkeit sozialer Milieus hervorgehoben werden, in denen Sterbehilfe geleistet wird, und auf mögliche Folgen der Milieunterschiede im Hinblick auf eine gesetzgeberische Gestaltung hingewiesen werden.

Die Diskussion in Bezug auf die oben unterschiedenen vier Fälle wird in den einzelnen Unterkarten geführt.

Was das Vorhaben einer Strafrechtsreform insgesamt betrifft, so ist zu bedenken, dass eine generelle Regelung durch das Strafrecht (anders als die derzeitige Einzelfallregelung) *sämtliche* denkbaren Fälle abdecken müsste, um Missbrauch und unangemessene Entscheidungsautomatismen auszuschließen.

3.1.4 Ärztliche Suizidhilfe

Diese Karte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-beihilfesuizid>) diskutiert die Frage, ob Suizidhilfe einer neuen gesetzlichen Grundlage bedarf.

Zunächst ist festzuhalten: Generell ist Beihilfe zum Suizid nicht strafbar. Nur unter bestimmten Bedingungen wird dennoch ein Straftatbestand erfüllt. Unter anderem dann nämlich, wenn

- unterlassene Hilfeleistung im Spiel ist;
- der Helfer dem Patienten widerrechtlich Morphine oder andere in hoher Dosis zum Tod führende Medikamente überlassen und somit gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen hat.

Dringlich wird die Frage der Strafbarkeit von Suizidhilfe erst dann, wenn man davon ausgeht, dass diese im ärztlichen Kontext erfolgen sollte. Hier stellen sich verschiedene Fragen:

- Ist die Tatsache, dass Suizidhilfe ärztlicher Berufsordnung widerspricht, rechtlich relevant?
- Sollte die ärztliche Berufsordnung geändert werden?
- Sollte Sterbehilfe unter Beteiligung eines Arztes erfolgen?

Ferner zeigte sich Klärungsbedarf im Detail hinsichtlich der Frage,

- an welche Form von Melde- und Dokumentationspflichten Suizidhilfe gekoppelt sein soll;
- ob ärztliche Suizidhilfe auf Fälle tödlicher Krankheiten beschränkt sein soll.

Die bisherige Diskussion zeigt:

- Ob Ärzte, die Suizidhilfe leisten, sich einem hohen Strafrechtsrisiko aussetzen, ist umstritten.
- Die Wünschbarkeit einer Änderung der ärztlichen Berufsordnung ist aus Gründen des Eigeninteresses der Profession umstritten (siehe Blogbeiträge vom 30.3. und vom 31.3.2011).
- Die Notwendigkeit einer Änderung der Berufsordnung zur (gewünschten) Ausübung ärztlicher Sterbehilfe ist umstritten.
- Ob nicht andere Personengruppen besser als Ärzte dafür geeignet sind, Suizidhilfe zu leisten, ist umstritten.

Nur in wenigen anderen Punkten in der gesamten Sterbehilfediskussion herrscht so große Uneinigkeit wie bezüglich der ärztlichen Suizidhilfe.

3.1.5 Passive Sterbehilfe (Sterbehilfe im Kontext einer Therapieunterlassung)

Die Karte «Sterbehilfe im Kontext einer Therapieunterlassung (passive Sterbehilfe) strafrechtlich neu regeln!» (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-passive>) behandelt zwei Fragen:

- Sind Ärzte nicht verpflichtet, Leben zu retten – und widerspricht eine Behandlungsunterlassung, selbst wenn diese vom Patienten gewünscht wird, nicht ärztlichem Ethos?
- Welche Kriterien sollen für die Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung gelten?

Die erste Frage ist insofern müßig, als mit der Gesetzgebung zur Patientenverfügung zumindest von gesetzlicher Seite her klar das Primat der Selbstbestimmung des Patienten vor einer uneingeschränkten Pflicht zur Lebensrettung betont wird. Der Vollständigkeit halber wird der Frage dennoch nachgegangen.

Eine weiterreichende Begründung für das Primat des Patientenwillens bietet das Grundgesetz, welches ausdrücklich der Würde des Menschen den Vorrang gegenüber dem Lebenserhalt erteilt. Die Karte stellt dieses Primat nicht infrage und beschäftigt sich vor allem mit der generellen Frage, unter welchen Umständen die Hilfespflicht des Arztes nur eingeschränkt gilt. Dazu werden die einschlägigen Gerichtsurteile referiert. Gründe zur Einschränkung der ärztlichen Hilfespflicht sind:

- ein ernsthafter und eigenverantwortlich gefasster Suizidbeschluss;
- eine Situation, in der die Lebensrettung nur um den Preis irreparabler Schäden erfolgen kann.

Die zweite Frage betrifft die Ausgestaltung der Regelung zur passiven Sterbehilfe. Hier stellen sich folgende Unterfragen:

- An welchen anderen Personengruppen als einwilligungsfähigen Erwachsenen darf passive Sterbehilfe vorgenommen werden: an Neugeborenen? Kindern? Wachkoma-Patienten?
- An welche Melde- und Dokumentationspflichten soll die passive Sterbehilfe gebunden sein? Soll eine Meldung vorher oder nachher erfolgen? Hier steht der Vorschlag im Raum: Ärzte, die passive Sterbehilfe leisten, sollen sich durch ein Zweitgutachten absichern. Der gesamte Prozess soll dokumentiert werden.
- Wie kann festgestellt werden, ob tatsächlich ein Patientenwille vorliegt? (Diese Frage wird auf einer separaten Karte diskutiert, siehe 2.2.10.)

Bezüglich dieser Ausgestaltungsfragen besteht weiterer Diskussionsbedarf.

3.1.6 Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)

Im Gegensatz zur sogenannten passiven Sterbehilfe (der Behandlungsunterlassung auf Wunsch des Patienten), über deren ethische und auch rechtliche Legitimität weitgehend Einigkeit herrscht, scheiden sich bei der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) weiterhin die Geister (siehe Karte: <http://tinyurl.com/sterbehilfe-aktive>).

Aktive Sterbehilfe ist dann notwendig, wenn das Leiden eines Patienten ein solches Maß erreicht, dass er nicht mehr länger am Leben bleiben will – und

wenn der Patient weder in der Lage ist, aus eigener Kraft Suizid zu begehen, noch durch eine Behandlungsunterlassung sterben würde.

Ein Beispiel für solche Situationen sind alte Menschen mit sehr vielen, das Leben stark beeinträchtigenden Krankheiten, von denen gleichwohl keine einzige zum Tode führt. In dieser Gruppe finden sich viele Patienten, welche die aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen wünschen.

Diese Karte befasst sich generell mit der Notwendigkeit und Möglichkeit einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Inwiefern aktive Sterbehilfe ethisch legitim ist und wie aktive Sterbehilfe, wenn man diese befürwortet, rechtlich ausgestaltet werden soll, wird auf den entsprechenden Unterkarten diskutiert.

Befürworter einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen (z.B. durch eine Änderung des §216) argumentieren:

- Geldtendes Recht stellt die Tötung auf Verlangen zwar unter Strafe. In der medizinischen Praxis wird Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) jedoch in bestimmten Fällen praktiziert, ohne dass Ärzte davon ausgehen müssen, deshalb juristisch belangt zu werden. Daraus wird die Wünschbarkeit einer weitergehenden Klarstellung abgeleitet.
- In Umfragen sprechen sich 60 bis 80% der Befragten für eine rechtliche Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe aus.

Gegner einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen sind der Meinung, dass diese selbst in den Augen von Befürwortern einer Liberalisierung unnötig sein sollte, da

- existierende Gesetze und Gerichtsurteile bereits Tötung auf Verlangen im Kontext der Sterbehilfe in begründeten Ausnahmefällen straffrei stellen.

Außerdem wird die praktische Notwendigkeit aktiver Sterbehilfe selbst bezweifelt – mit dem Argument, dass

- die Palliativmedizin und insbesondere die terminale Sedierung eine sinnvolle Alternative zur Tötung auf Verlangen bietet.

Schließlich werden negative Nebeneffekte ins Feld geführt:

- Die Legalisierung von Tötung auf Verlangen durch ärztliche Hilfe würde die Tötung auf Verlangen auch gesellschaftlich akzeptabel machen, so dass dieser Weg sich auch immer mehr als persönliche Option anbieten würde (Dammbruch).
- Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen würde die Abgrenzung zu Fällen von Mord oder Totschlag problematisch machen.
- Eine geringe Zahl begründeter Ausnahmefälle rechtfertigt deshalb (im Sinne einer Kosten-Nutzen-Abwägung) nicht eine generelle Liberalisierung aktiver Sterbehilfe.

Die Befürworter der Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe halten dagegen:

- Mit dem derzeitigen § 216 ist bereits ein vergleichsweise geringes Strafmaß für Tötung auf Verlangen festgelegt. Dennoch sind in der juristischen Praxis keine ernstlichen Probleme in der Abgrenzung von anderen Tötungsdelikten wie Mord oder Totschlag zu beobachten. Eine Liberalisierung des § 216 würde deshalb aller Wahrscheinlichkeit nach nicht zu größeren Problemen führen.
- Um aktive Sterbehilfe auf bestimmte Problemsituationen zu beschränken, sind verschiedene Vorschläge in der Diskussion (siehe Unterkarte zur ethischen Legitimität aktiver Sterbehilfe). Einer davon ist die Beschränkung auf Fälle, in denen Patienten nicht aus eigener Kraft Suizid begehen können. Ein anderer setzt an beim Charakter der Handlung: Aktive Sterbehilfe mittels einer Morphiumspritze soll erlaubt sein – mittels eines Schusses mit einer Pistole nicht. So soll das Tötungsverbot als fundamentale Norm vor der Gefahr einer Erosion geschützt werden. Eine Anmerkung: Interessanterweise argumentieren die Gegner einer Liberalisierung der Tötung auf Verlangen nicht in erster Linie mit ethischen Bedenken gegen aktive Sterbehilfe an sich. Vielmehr ist man sich weitgehend einig, dass es Fälle gibt, in denen Tötung auf Verlangen ethisch legitim und medizinisch angebracht sein kann. Strittig ist allein, inwieweit eine gesetzliche Neuregelung zu Nebenefekten (Dammbruch) führen würde und ob nicht der bestehende gesetzliche Rahmen bereits einen sinnvollen Umgang mit aktiver Sterbehilfe ermöglicht.

3.1.7 Aktive Sterbehilfe: ethische Legitimität

Diese Karte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-aktivethik>) beschäftigt sich mit der Frage, ob aktive Sterbehilfe (welche im Strafrecht unter «Tötung auf Verlangen» fällt) *ethisch* legitim ist.

Zunächst wurde versucht, die verschiedenen Argumentationswege durchzuspielen.

Der linke Zweig der Karte hat zum Ausgangspunkt die These, dass Lebensbeendigung (Tötung) auf Verlangen und Sterbenlassen in ethischer Hinsicht äquivalent sind – so dass, wenn Sterbenlassen legitim ist, dies auf die Lebensbeendigung auf Verlangen auch zutrifft. Einige Begründungen für diese These werden durchgespielt und geprüft. Zwei wesentliche Gedanken, die gegen die angeführte Thesen sprechen, stechen hervor:

- Menschen haben einen Anspruch darauf, dass man sie sterben lässt, wenn dies ihrem Wunsch entspricht. Sie haben keinen Anspruch darauf, getötet zu werden.
- Beim Abstellen eines Beatmungsapparates handelt es sich um die Beendigung einer vorausgegangenen Aktivität – das heißt, um die Unterlassung dieser Aktivität. Deshalb kann das Abstellen eines Beatmungsapparates legitim sein, ohne dass man dazu zugleich die Lebensbeendigung auf Verlangen (also ein Tun) für legitim erklärt.

Zwischenfazit: Wenn Tötung auf Verlangen ethisch legitim ist, dann nicht deshalb, weil Tötung auf Verlangen und Sterbenlassen auf Verlangen ethisch äquivalent sind.

Der rechte Zweig der Karte befasst sich mit der Frage, ob die Lebensbeendigung auf Verlangen im eigentlichen Sinne eine Tötung ist – und ob eine Tötung wirklich niemals ethisch legitim sein kann. Hier wird der Gedanken durchgespielt, inwiefern der ausdrückliche und eigenverantwortliche Sterbewunsch ein Grund sein kann, eine Tötung ethisch zu erlauben – insbesondere dann, wenn ein Patient unfähig ist, aus eigenen Stücken Suizid zu begehen. Der zentrale und auch für die übrige Diskussion wichtige Einwand gegen diese Argumentationslinie ist:

■ Es ist nicht der Wille des anderen, der die Tötung illegitim macht: sondern die Verletzung einer Grundnorm des Rechts. Von daher ist es mit Blick auf uns Überlebende nicht erlaubt, jemanden – selbst auf seinen Willen hin – zu töten: Das Tötungsverbot selbst könnte Dambruch erleiden, das heißt, Akzeptanzeinbußen erfahren.

Mehr Erfolg scheint die Idee zu haben, dass es sich bei der Tötung nur eingeschränkt um eine Tötung im eigentlichen Sinne handelt – oder besser, um eine Tötung in jenem Sinne, um die es dem Strafrecht zu tun ist. Was hier als Argument aufgeführt wird, ist eigentlich ein Vorschlag zur Ausgestaltung einer strafrechtlichen Regelung derart: «Wenn die Lebensbeendigung auf eine bestimmte Art erfolgt, dann ist sie weit entfernt von jenen Tötungsdelikten, die das Strafrecht als fundamentale Norm verbietet.» Was für eine «bestimmte Art» könnte das sein?

Dazu gibt es folgenden Vorschlag:

■ Ausschlaggebend ist der Charakter der Handlung: Eine Morphiumspritze ist etwas anderes als ein Schuss mit dem Gewehr. Denn: Im Zentrum des Tötungsverbot es steht der Schutz einer fundamentalen Norm. Diese Norm ist dann weniger der Gefahr durch Erosion ausgesetzt, wenn die fragliche Handlung (wie bei der Spritze) nicht den augenscheinlichen Charakter einer Tötung hat, sondern vielmehr eine Handlung ist, die normalerweise innerhalb einer Behandlung ausgeführt wird.

Wenn man diesem Vorschlag folgt, kann das Tötungsverbot als Grundnorm uneingeschränkt aufrechterhalten – und dennoch Raum geschaffen werden für legale Formen der aktiven Sterbehilfe. Auf diese Weise ließe sich die Legitimität von Tötung auf Verlangen unter folgenethischen Gesichtspunkten einräumen.

Resümee: Es gibt gute Gründe, an einer ethischen und rechtlichen Unterscheidung zwischen Tun (Tötung auf Verlangen) und Unterlassen (Unterlassung einer lebensverlängernden Maßnahme) festzuhalten. Eine Liberalisierung der Tötung auf Verlangen kann sich von daher nicht auf die ethische Gleichwertigkeit der beiden Fälle stützen. Dennoch scheint es legitime Gründe zu geben, Tötung auf Verlangen in Ausnahmefällen zuzulassen. Diese Ausnahmefälle können so

beschrieben werden, dass sich der Charakter der Handlung eindeutig von den gesetzlich streng untersagten Tötungsdelikten unterscheidet. Dieser Ansatz würde es zudem ermöglichen, die Tötung auf Verlangen im medizinischen Kontext von vornherein nicht als Tötung im Sinne des § 216 zu interpretieren und somit eine scharfe Grenze zu ziehen, die der Gefahr der Norm-Erosion entgegenwirkt.

3.1.8 Aktive Sterbehilfe: Umsetzung

Diese Karte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-aktiverealisierung>) lässt die Frage der Wünschbarkeit einer rechtlichen Reform zur Tötung auf Verlangen außen vor und geht ausschließlich darauf ein, wie eine solche Reform aussehen sollte, wenn man sie denn befürwortet. Dabei werden Varianten durchgespielt, wie sie in Ländern, wo Tötung auf Verlangen (als «voluntary euthanasia») legal ist, bereits praktiziert werden. Die Vorschläge betreffen vor allem die Kriterien, die ein Patient erfüllen muss, welcher aktive Sterbehilfe in Anspruch nimmt.

Die Karte führt das Für und Wider, welches in Bezug auf die einzelnen Vorschläge geltend gemacht wird, auf. Einige Punkte sind besonders hervorzuheben. Gegen die Beschränkung von aktiver Sterbehilfe auf Patienten im Endstadium einer tödlichen Krankheit spricht:

- Insbesondere hochbetagte Menschen leiden an vielen Krankheiten zugleich, von denen jedoch keine tödlich ist. Diese Menschen wünschen oft zu sterben.
- Die Beschränkung aktiver Sterbehilfe auf jene Fälle, in denen eine palliative Behandlung nicht möglich ist, lässt außer Acht: Wenn jemand sein Lebensende bei klarem Verstand und nicht im Koma erleben möchte, sollte man das als ernst zu nehmenden Sterbewunsch vielleicht respektieren.

In sehr geringem Umfang verzeichnet die Karte außerdem die Diskussion darüber, ob die Verfügung über das eigene Lebensende noch Gegenstand der persönlichen Autonomie sein kann.

Die Frage der Verlässlichkeit des Sterbewunsches wird auf der entsprechenden Unterkarte dargestellt.

3.1.9 Indirekte Sterbehilfe (Palliativmedizinische Sterbebegleitung)

Palliativmedizinische Behandlungen (siehe Karte: <http://tinyurl.com/sterbehilfe-palliativtherapie>) definieren sich durch den weitgehenden Verzicht auf eine kurative Behandlung zugunsten einer sterbebegleitenden Leidenslinderung. Zudem können zur Leidenslinderung Medikamente zur Anwendung kommen, welche aufgrund ihrer mitunter lebensverkürzenden Nebenwirkungen in kurativen Kontexten kaum oder gar nicht verwendet werden. Eine gewisse Grauzone besteht bei der palliativen Sedierung.

- Hier werden Patienten in ein künstliches Koma versetzt. Unterlässt man nun bei einem Komapatienten künstliche Ernährung und Beatmung, führt dies zum Tod. Auf diese Weise ist es möglich, dass auf dem Wege der palliativen

Sedierung eine taktisch geplante aktive Sterbehilfe verübt wird, die sich quasi als passive Sterbehilfe tarnt.

Ein weiterer Grund, weshalb man von einer Grauzone sprechen könnte:

- Ab welcher Dosis ein Schmerzmittel lebensverkürzend wirkt, lässt sich im konkreten Fall nicht mit Sicherheit feststellen. Insofern besteht auch hier die Möglichkeit, dass Ärzte absichtlich sehr hohe Dosen verabreichen – nach außen hin aber die Handlung als Maßnahme zur Schmerzlinderung darstellen.

Kritiker befürchten daher, die Palliativmedizin könnte verdeckter Sterbehilfe und Missbrauch Vorschub leisten. Im Kontext der Diskussion um eine mögliche Neuregelung der Sterbehilfe stellt sich daher die Frage, ob nicht auch bestimmte palliative Behandlungen rechtlich neu geregelt werden sollten.

Für eine rechtliche Neuregelung der Palliativmedizin spricht deshalb, dass

- verdeckte Sterbehilfe durch die Gabe hochdosierter Betäubungsmittel oder das «Abschalten» terminal sedierter Patienten vermieden werden könnte (mit dem Ziel, dass diese Handlungen entweder nicht erfolgen oder dass sie deutlich als Sterbehilfe deklariert werden).

Außerdem besteht die Hoffnung, dass

- gesetzliche Regelungen eine Klarheit schaffen, wie sie sich auf dem Weg medizinischer Gutachten allein nicht herstellen lässt (wie die widerstreitenden Gutachten im Fall Mechthild Bach demonstrieren).

Gegen eine rechtliche Neuregelung der Palliativmedizin spricht, dass

- eine Verrechtlichung die Unsicherheit erhöht und den faktisch existierenden Schutzraum der Hospizbehandlung zerstört. Ein höheres Maß an gesetzlichen Vorschriften und Kontrollmaßnahmen würde die Unsicherheit von Ärzten und Pflegern noch erhöhen, weil die Anforderungen in Bezug auf juristische Fachkenntnisse (über welche Mediziner meist nicht verfügen) steigen würden; eine stärkere Verrechtlichung der palliativmedizinischen Sterbehilfe könnte dazu führen, dass Ärzte und Pfleger in Zweifelsfällen aus Angst vor juristischer Verfolgung Behandlungen unterlassen würden, die sie unter anderen Umständen befürworten;
- palliativmedizinische Sterbehilfe nur dann problematisch ist, wenn diese nicht durch einen Patientenwillen legitimiert ist; Patienten, die sich in palliativmedizinische Behandlung, vor allem aber in ein Hospiz begeben, willigen jedoch de facto ein, dass ihnen eine Behandlung widerfährt, die ihnen das Sterben erleichtern soll – und nicht das Leben verlängern; es liegt hier also eine Zustimmung im Sinne einer Patientenverfügung vor (oder zumindest sollte diese vorliegen); dies unterscheidet die palliative Pflege und auch

Sterbehilfe deutlich von der kurativen Behandlung im Krankenhaus, denn hier liegt keine derartig Einwilligung vor;

- nach neuerer medizinischer Evidenz die zur Schmerzlinderung eingesetzten Morphine oftmals nicht lebensverkürzend, sondern im Gegenteil lebensverlängernd wirken – womit das ganze Thema deutlich an Brisanz verlöre.

Ungeachtet der Wünschbarkeit einer genaueren rechtlichen Ausgestaltung existieren folgende Vorschläge für eine gesetzliche Neuregelung:

- Der Patientenwille sollte gesichert sein, sofern dies möglich ist (vgl. Karte zur Verlässlichkeit des Patientenwillens).
- Die Rechtmäßigkeit lebensverkürzender Palliativbehandlung sollte durch medizinische Gutachten abgesichert werden. Hier stellt sich die Frage, wie ein Gutachterwesen zur palliativmedizinischen Sterbehilfe institutionalisiert werden kann. Ein Vorschlag hierzu lautet, Sterbehilfe solle ex ante, also vor Behandlungsbeginn, in irgendeiner Form obligatorisch gemeldet werden. Kritiker warnen jedoch, dass dies in der Praxis kaum zu bewerkstelligen sein wird. Stattdessen wäre eine Dokumentationspflicht in Verbindung mit Zweitgutachten denkbar.

3.1.10 *Wie verlässlich ist der Patientenwille?*

Ein zentrales Kriterium, wenn es darum geht, ob Sterbehilfe erlaubt oder sogar geboten ist, ist der Patientenwille (siehe Karte: <http://tinyurl.com/sterbehilfewille>). Mit dem Patientenverfügungsgesetz von 2009 hat theoretisch jeder Mensch die Möglichkeit, bestimmte Behandlungen unter bestimmten Umständen auch dann zu verhindern, wenn er zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs nicht mehr einwilligungsfähig ist. In der Praxis ist jedoch die Erfüllung des Patientenwunsches nach wie vor eine schwierige Aufgabe, denn

- in den allermeisten Fällen liegt keine Patientenverfügung vor, so dass ein mutmaßlicher Patientenwille rekonstruiert werden muss;
- eine Patientenverfügung ist nicht einfach mit dem aktuellen Patientenwillen gleichzusetzen;
- das Vorhandensein einer Patientenverfügung entbindet nicht von der Entscheidungsverantwortung der Ärzte, Verwandten und Bevollmächtigten; sie bedarf immer einer Interpretation.

Selbst wenn eine Patientenverfügung vorliegt, so kann diese nur dann problemlos umgesetzt werden, wenn

- sie sich explizit auf die spezifische Situation bezieht (zum Beispiel Koma bei Krebs im Endstadium);
- sie genaue Aussagen über die zu unterlassenden Behandlung macht (zum Beispiel keine künstliche Ernährung);
- vom medizinischen Standpunkt aus bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (zum Beispiel keine Aussicht auf Heilung);

- die Zurechnungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Erstellung der Verfügung sichergestellt ist.

Der interpretative Rahmen und die einschränkenden Rahmenbedingungen, denen die Umsetzung einer Patientenverfügung unterliegt, relativieren also deren Verbindlichkeit – und damit die Patientenautonomie – erheblich. Dieser Umstand wird allgemein als Problem erkannt, zumal die Auslegung beziehungsweise Ermittlung des Patientenwillens zu Konflikten zwischen Angehörigen und medizinischem Personal führen kann.

Auf der anderen Seite wäre eine bedingungslose Umsetzung von Patientenverfügungen ebenfalls problematisch, da

- dies zu Automatismen und damit zu einer Abwälzung der Verantwortung in ethisch schwierigen Fragen führen würde;
- dies einer angemessenen Betrachtung des spezifischen Einzelfalls nicht gerecht werden würde;
- sich Sterbewünsche erfahrungsgemäß oft ändern und damit potenziell nicht endgültig sind;
- eine unerwartete Besserung des Gesundheitszustands des Patienten prinzipiell niemals ausgeschlossen werden kann.

Generell herrscht weitgehend Einigkeit darin, dass weitere rechtliche Regelungen diese komplexe Problematik nicht auflösen können. Stattdessen wird häufig eine bessere Aufklärung und Beratung bezüglich Patientenverfügungen bei Ärzten und Patienten vorgeschlagen. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen (oder alternativen) Vorsorgevollmacht, so ein Vorschlag in der Diskussion, sollte stärker betont werden. Es wurde unter anderem auch vorgeschlagen, Patienten mit Studien zu konfrontieren, welche belegen, dass viele Patienten ihren Sterbewunsch zurücknehmen, sobald sie tatsächlich in medizinisch schwierige Situationen kommen. Strittig ist, ob solche Beratungsgespräche für die Gültigkeit von Patientenverfügungen verpflichtend sein sollten.

Ein weiteres Thema ist die Einschränkung der Patientenautonomie in psychopathologischen Kontexten. In diesen Fällen, wo der Sterbewunsch Teil des Krankheitsbildes ist, scheint sich allgemein die Haltung zu bestätigen, dass

- prinzipiell ein «pathologischer» Sterbewunsch nicht aussagekräftig ist;
- jedoch ein andauernder, «unheilbarer» Sterbewunsch, mit eventuell mehreren Suizidversuchen, als nicht aufhaltbarer Sterbeprozess beziehungsweise als unheilbare, tödliche Erkrankung mit unerträglichem Leid interpretiert werden kann.

Besondere Beachtung in Sachen Patientenverfügungen verdient der Fall von Demenz. Hier sollten Patienten in einer Beratung darüber aufgeklärt werden, dass demente Personen allem Anschein nach oftmals keinen Wunsch haben, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen – auch wenn sie dies vor dem Eintreten der Krankheit bekräftigt haben. Es wäre zu überlegen, ob Patientenverfügungen so

gestaltet werden sollten, dass Patienten, welche darüber informiert sind, dass sie im Falle einer Demenz ihre Meinung mutmaßlich ändern werden, dennoch im vorab Behandlungseinschränkungen verfügen können («Ulysses-Vertrag»). Demenz ist deshalb besonders regulierungsbedürftig, weil mit der demografischen Veränderung Fälle von Demenz zunehmen werden.

Insgesamt sollte bei Patientenverfügungen beachtet werden, dass diese im Verlaufe einer sich entwickelnden Krankheit eventuell angepasst werden müssen, um rechtskräftig zu bleiben. Entsprechende Verfahren gälte es zu institutionalisieren.

3.1.11. Dammbrocheffekte

Diese Karte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-dammbrochargument>) befasst sich mit den befürchteten Nebenauswirkungen einer gesetzlichen Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe und ärztlicher Suizidhilfe. Unter der Gefahr eines Dammbroches werden verschiedene Auswirkungen thematisiert.

Eine Gruppe von Argumenten betrifft mögliche Veränderungen des gesellschaftlichen Klimas.

- (1) Es stellt sich die Frage, ob eine Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen/»voluntary euthanasia«) nicht über kurz oder lang dazu führen würde, dass auch an Menschen ohne Sterbewunsch Sterbehilfe vollzogen wird.
- (2) Würde eine Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe und ärztlicher Suizidhilfe dazu führen, dass es für ältere Menschen immer mehr «normal» wird, frühzeitig aus dem Leben zu scheiden? Und würde auf diese Weise nicht ein sozialer Druck aufgebaut, der den «Freitod» geradezu als Pflicht erscheinen ließe, um nicht den Angehörigen zur Last zu fallen?

Für letztere Befürchtung (2) spricht ganz generell, dass Suizidwünsche bekanntlich immer auch gesellschaftliche Gründe haben. Zahlen gemeldeter Fälle von «voluntary euthanasia» aus den Niederlanden können die Befürchtung weder entkräften noch sie widerlegen. In den Jahren 2006 bis 2010 ist die Zahl der Fälle kontinuierlich von 1923 auf 3100 gestiegen. Soll man dies als Anzeichen für einen beginnenden Dammbroch interpretieren – oder eher dafür, dass sich die Möglichkeit, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, sozusagen langsam herumspricht, so dass die Zahlen ansteigen, bis auf immer noch niedrigem Niveau eine gewisse Sättigung erreicht ist? Diese Frage wird unterschiedlich beantwortet. Aufschluss wird letztendlich nur die zukünftige Entwicklung geben.

Genährt werden die angeführten Befürchtungen weiterhin durch die Beobachtung, dass innerhalb des Gesundheitssystems immer größerer ökonomischer Druck herrscht – so dass auch verdeckte Interessen bei dem Wunsch nach einer Liberalisierung von Sterbehilfe im Spiel sein könnten.

Aufschluss über die Gefahren des Dammbroches (1), mehr aber noch des Missbrauches, geben empirische Untersuchungen aus den Niederlanden. Hier sind, infolge der besonderen Gesetzeslage, Fälle von aktiver/passiver Sterbehilfe

und ärztlicher Suizidhilfe besonders gut dokumentiert. Ergebnisse der Studien deuten darauf hin, dass die Gefahr einer Ausweitung auf Sterbe- und Suizidhilfe, die nicht durch einen Patientenwunsch abgesichert ist, sehr gering ist. Eine Grauzone existiert allerdings im Palliativbereich – in den Niederlanden wie auch in Deutschland (siehe Hinweis auf die RUB-Studie auf der Karte zum Status quo). Die Diskussion darüber, ob diese Grauzone stärker reguliert werden sollte, wird auf der Karte zur palliativmedizinischen Sterbebegleitung geführt).

3.1.12 Fehlgeleitete Verrechtlichung?

Die befürchteten negativen Auswirkungen einer «Verrechtlichung» (siehe Karte: <http://tinyurl.com/sterbehilfe-verrechtlicht>) stellen ein zentrales Argument gegen die gesetzliche Reform von aktiver Sterbehilfe, ärztlicher Suizidhilfe und palliativmedizinischer Sterbebegleitung dar. Im Fokus steht die Behauptung:

■ Detaillierte rechtliche Regelungen und stärkere Kontrolle erzeugen nicht weniger, sondern mehr Unsicherheit unter Medizinern.

Plausibilität hat dieser Einwand vor allem für den Bereich der Palliativmedizin, wo Mediziner relativ unbehelligt von der Justiz agieren können – was sich vermutlich ändern würde, wenn die Dichte von gesetzlichen Vorschriften in diesem Bereich zunehmen würde. Was Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung betrifft, so sind die meisten Ärzte überzeugt, würde eine genauere rechtliche Regelung ihnen mehr Sicherheit geben.

Weiterhin wird befürchtet,

■ dass eine stärkere Regulierung dazu führen könnte, dass an die Stelle einer sorgfältigen Abwägung im Einzelfall eine Art Entscheidungsmechanismus treten würde, in dem nur noch nach festgelegten Regeln verfahren wird.

Weitere Einwände, die den Einwand der «Verrechtlichung» in verschiedener Hinsicht ausbuchstabieren:

■ Durch den Fokus auf allgemeine Regeln wird unnötig Dissens provoziert: Während es, was die ethische Beurteilung von Einzelfällen betrifft, oft Konsens gibt, entzündet sich der Dissens bei der Diskussion von allgemeinen Prinzipien.

■ Wenn die öffentliche Diskussion zum Thema Sterbehilfe vor allem juristische Fragen in den Vordergrund stellt, besteht die Tendenz, dass in privaten Entscheidungen dieser öffentliche Diskurs als Vorlage aufgegriffen wird – so dass es zu einer unangemessenen Politisierung und Verrechtlichung des privaten Nachdenkens über Entscheidungen am Lebensende kommt.

■ Bei der Fokussierung auf die Notwendigkeit einer Rechtsreform geraten andere Maßnahmen aus dem Blick.

Insgesamt handelt es sich bei den meisten Einwänden bezüglich der Verrechtlichung um ein «trade-off»: Gesetzliche Klarstellungen bringen Vorteile, aber auch Nachteile mit sich. Diese heißt es gegeneinander abzuwägen.

Dies gilt jedoch nicht für die Behauptung, dass detaillierte rechtliche Regelungen und stärkere Kontrolle die Unsicherheit noch vergrößern würden. Sollte dies zutreffen, dann wäre zumindest den Befürwortern einer Reform oder Gesetzesklarstellung, welche die ärztliche Suizidhilfe und die Behandlungsunterlassung auf Verlangen betrifft, von vornherein der Wind aus den Segeln genommen.

Einige der befürchteten Auswirkungen sind auch abhängig von der konkreten Ausgestaltung einer Rechtsreform. Ob Entscheidungsmechanismen an die Stelle von Einzelfall-Beurteilungen treten, hängt von der Detailtiefe einer gesetzlichen Regelung ab.

4 Diskussion

4.1 Praktischer Nutzen der Argumentationskarten

Die Erstellung einer kooperativ verfertigten Argumentationskarte unter Einbeziehung von Experten mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund erwies sich in verschiedener Hinsicht als Vorteil. Zum einen gelang es, das Spektrum der fachlichen Expertise nicht nur in der Bewertung einzelner Positionen zu berücksichtigen, sondern auch in der Strukturierung der Debatte. Dass zum Beispiel die palliativmedizinische Sterbehilfe möglicherweise ein eigenes soziales Milieu darstellt, in dem andere Regeln gelten als bei der Therapieunterlassung im kurativen Kontext, scheint ein wichtiger Hinweis darauf zu sein, dass die lange gängige Kategorisierung von Formen der Sterbehilfe in den Begriffen aktiv, passiv und indirekt (wobei unter letzterer Kategorie die palliativmedizinische Sterbehilfe als Teil-Kategorie enthalten ist) in entscheidender Hinsicht unvollständig sein könnte. Wichtiger noch: Die sehr unterschiedliche Ausgangslage bezüglich Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung, palliativmedizinischer Sterbebegleitung und Tötung auf Verlangen erfordert möglicherweise auch sehr spezifische Lösungen. Am angeführten Beispiel: Befürworter einer liberalen und auf klarer gesetzlicher Regulierung basierenden Praxis aktiver Sterbehilfe müssen nicht zwingend auch eine gesetzgeberische Initiative für den Bereich der palliativmedizinischen Sterbehilfe begrüßen.

Darüber hinaus ermöglicht es die durch die Argumentationskarten erzeugte, verknappte Form der Darstellung, einen Gesamtüberblick der Debatte herzustellen. Dies war hilfreich im Zuge der Recherche, aber auch zum Zwecke der Orientierung im Gespräch mit Juroren und Experten. Die aktuellen Bemühungen konnten sich auf die jeweils offenen Fragen konzentrieren. Davon abgesehen ermöglicht die Überblicksdarstellung aber auch, einzelne Themen im Gesamtzusammenhang zu verorten – nicht nur hinsichtlich ihrer argumentativen Position, sondern auch mit Blick auf ihre Relevanz. So bietet die Überblicksdarstellung einen wirksamen Schutz dagegen, dass sich die Debatte auf Detailfragen konzentriert, die zum momentanen Zeitpunkt der Diskussion besser zurückgestellt werden sollen.

Aus diesen Gründen eignet sich der hier beschrittene Weg vor allem zum Zwecke der Priorisierung. Bestehender Dissens, aber auch Konsens tritt deutlich hervor. Längst geklärte Streitigkeiten werden als solche klar erkennbar. So konnte zum Beispiel bezüglich der viel beschworenen Dammbrech-Gefahren gezeigt werden, dass diese sich auf zwei Punkte reduzieren lassen. Punkt eins ist die befürchtete Norm-Erosion durch eine Lockerung des strafrechtlichen Verbotes aktiver Sterbehilfe. Punkt zwei ist die befürchtete Veränderung sozialer Umweltbedingungen: Wenn die Inanspruchnahme von Sterbehilfe «normal» wird – entsteht dann nicht auch ein gesellschaftlicher Druck auf Kranke und Ältere, ihren Angehörigen und Mitbürgern nicht mehr länger zur Last zu fallen? Die Zahlen aus den Niederlanden (kontinuierlicher Anstieg von Lebensbeendigung auf Verlangen von 1923 auf 3100 Fälle pro Jahr im Zeitraum von 2006 bis 2010) lassen sich sowohl als Beleg wie auch als Entkräftung dieser Befürchtung interpretieren.

4.2 Bewertung der vorgebrachten Argumente

Im Gespräch mit den Juroren und den Mitgliedern des Expertenteams zeigte sich, dass hinsichtlich der Bewertung von Argumentationspunkten mal mehr, mal weniger Einigkeit bestand. Aufgrund von Eindrücken aus den Gesprächen hat die Redaktion bestehenden Konsens, Dissens sowie den Bedarf nach Ausarbeitung in Detailfragen zusammengefasst.

Darüber hinaus wurde zum Abschluss des Projekts eine Befragung unter den Jurymitgliedern durchgeführt. Die Juroren wurden aufgefordert, vier offene Fragen zu beantworten sowie zu einer Reihe von Behauptungen wertend Stellung zu beziehen. Die Ergebnisse der Befragung sind auf der Webseite des Projekts im «Blog» dokumentiert (<http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/?p=711>). Die wertenden Stellungnahmen zu den Behauptungen sind in einer Tabelle (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-jurytabelle>) zusammengefasst.

Im Resultat zeigt sich, dass

- die Mitglieder der Jury bei der Bewertung der Aussagen sehr unterschiedliche Ansichten vertreten;
- die unterschiedlichen Bewertungen der Juroren zu den einzelnen Punkten sich gegenseitig praktisch aufwiegen, wenn man den Durchschnitt der Bewertungen ermittelt ($\sigma=0\pm 1$). Innerhalb der Jury als zusammengefasster Gruppe besteht so bezüglich aller Streitpunkte ein ausgewogenes (neutrales) Meinungsbild.

Beide Punkte können als Indiz für die Neutralität der Jury gewertet werden.

Interessanterweise ergab sich aus den Zustimmungen beziehungsweise Ablehnungen gegenüber bestimmten Positionen kein Muster – das heißt, aus der Haltung eines Jurymitglieds in Bezug auf eine Behauptung kann in keiner Weise auf dessen Haltung gegenüber einer anderen Behauptung geschlossen werden. Dies wiederum ist ein Indiz dafür, dass sich Bewertungen einzelner Positi-

onen innerhalb der Argumentation auf äußerst verschiedene Weise zu einem stimmigen Gesamtbild verknüpfen lassen.

Die Ergebnisse der Jurybefragung und die Eindrücke aus den Gesprächen werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

4.2.1 Streitpunkte und Konsens

Uneinigkeit herrscht in der Diskussion vor allem hinsichtlich der Folgen einer stärkeren gesetzlichen Regelung von Praktiken der Sterbehilfe.

- Insbesondere mit Blick auf die Palliativbehandlung wird argumentiert, dass hier zusätzliche gesetzliche Regelungen und Kontrollverfahren die Unsicherheit von Medizinern erhöhen würden – mit der Folge, dass diese möglicherweise Sterbehilfe unterlassen, obwohl sie diese eigentlich aus medizinischen Gründen oder aus Gründen des Patientenwohls für geboten sehen.
- Die Gegenseite argumentiert: Ärzte, die durch die Gabe von hohen Dosen schmerzlindernder Medikamente eine wahrscheinliche Lebensverkürzung in Kauf nehmen, leisten aktive Sterbehilfe. Man muss dies nicht ablehnen – aber man sollte den Sachverhalt klar bezeichnen, weil man ihn nur dann auch ausreichend legitimieren kann.
- Weitgehende Einigkeit herrscht bei der Beschreibung der Ausgangslage: «Ärzte meinen zu Recht, dass Sterbehilfe sie auf rechtsunsicheres Terrain führt.» Nicht alle Teilnehmer der Debatte meinen jedoch, dass eine Rechtsreform oder eine Rechtsklarstellung diese Unsicherheiten beseitigen würde.

Ganz generell wird darüber gestritten, inwiefern die stärkere gesetzliche Regelung von assistiertem Suizid, Lebensbeendigung auf Verlangen und Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung negative Konsequenzen hervorbringen könnte, welche den möglichen Nutzen neuer gesetzlicher Regulierung zunichtemachen könnten.

- Befürchtet wird vor allem, dass Entscheidungsautomatismen sich einschleichen und dabei der Blick auf die individuelle Problemlage verstellt wird.

Uneinigkeit herrscht auch in Bezug auf die Beihilfe zum Suizid. Gestritten wird darüber,

- ob Suizidhilfe durch einen Arzt erfolgen kann bzw. soll;
- ob dem entsprechend die ärztliche Berufsordnung geändert werden muss;
- inwiefern die ärztliche Suizidhilfe unter heute geltendem Recht straffrei ist und deshalb keiner neuen gesetzlichen Regelung bedarf.

In Bezug auf die Tötung auf Verlangen sind sich die meisten Diskussionsteilnehmer darüber einig, dass diese in zumindest einigen Fällen ethisch zu verantworten ist. Uneinigkeit herrscht darüber,

- ob es für diese seltenen Fälle eine gesetzliche Regelung braucht;
- wie eine neue Gesetzesregelung aussehen könnte: Sollten Ausnahmen zum allgemeinen Tötungsverbot in einem Notstandparagrafen (§ 34 StGB)

formuliert werden oder in den zentralen Paragrafen, die die Tötungsdelikte beschreiben (hier: § 214-216).

Ein letzter, untergeordneter Streitpunkt:

- Die Notwendigkeit verpflichtender Beratungsgespräche im Zuge der Verfassung einer Patientenverfügung wurde von einigen Experten begrüßt, von anderen abgelehnt.

In den anderen Bereichen konnten weitgehende Annäherungen erzielt werden. Dazu zählt erstaunlicherweise auch die Einschätzung der Gefahren des Dammbrechens.

- Die meisten der diesbezüglichen Vorbehalte konnten mit Blick auf die Ergebnisse von Studien aus den Niederlanden entkräftet werden.
- Aufrechterhalten wurde die Befürchtung einer Norm-Erosion: Eine Lockerung des Tötungsverbotes mit dem Ziel, Rechtssicherheit für (seltene) Fälle von ethisch verantwortbarer Lebensbeendigung auf Verlangen zu leisten, erscheint selbst einigen Befürwortern einer liberalen Praxis der Sterbehilfe als nicht sinnvoll.

4.2.2 Offene Ausgestaltungsfragen im Detail

Folgende Fragestellungen und Problembereiche wurden von den Experten besonders hervorgehoben:

- Welche anderen Maßnahmen als die der rechtlichen Klarstellung sollten mit größerem Nachdruck verfolgt werden?
- Welche Maßnahmen drohen als Folge einer Verrechtlichung aus dem Blick zu geraten?

Genannt wurden folgende Maßnahmen:

- die Etablierung von Leitlinien und Unternehmens-Codices für Hospize, Krankenhäuser und Rettungsdienste, welche das geltende Recht übersetzen; flankierend: institutionalisierte Ethikberatung, Weiterbildung und Evaluationen. Etablierung eines Anspruches auf «Sterbeurlaub», damit Berufstätige ihre Angehörigen in den letzten Tagen pflegen können.

In Bezug auf die Lebensbeendigung auf Verlangen wurde diagnostiziert, dass die Frage, unter welchen Ausnahmumständen diese auch gesetzlich legitim sein soll, der weiteren Diskussion bedarf:

- Was könnten legitime Gründe sein, einem Gesuch auf Lebensbeendigung stattzugeben?

Im Bereich der Behandlungsunterlassung wurde insbesondere auf verschiedene Problembereiche hingewiesen, die weiterer Diskussion bedürfen:

- Wachkomapatienten sind oft erst durch medizinische Maßnahmen in die betreffende Lage gebracht worden. Wie ihr Bewusstseinszustand zu beurteilen

ist, ist äußerst unklar. Viele Patienten, die aus einem Wachkoma erwachen, sind für den Rest ihres Lebens Pflegefälle. All dies macht Entscheidungen besonders schwierig – zumal dann, wenn kein Patientenwille vorliegt, wie zum Beispiel bei Kindern oder bei Behinderten. Hier besteht die Gefahr, dass Angehörige sich in ihrer Entscheidung nicht vom Wohl des Patienten oder dessen Willen leiten lassen, sondern von ihrem Eigeninteresse. Allein der Verdacht, dass Eigeninteresse die Entscheidung bestimmt, macht es schwierig, im Fall des Konfliktes zwischen Ärzten, Pflegern und Angehörigen zu einer begründeten Entscheidung zu kommen.

In Bezug auf die Patientenvollmacht wurden verschiedene Punkte betont:

- Das Instrument der Vorsorgevollmacht (welches die Verfügung begleitet) soll stärker betont und mehr umworben werden.
- Insgesamt bedarf der Prozess, durch welchen die Patientenvollmacht zustande kommt, der Ausgestaltung.
- Patienten sollten auch über die Resultate von Studien zur Stabilität von Patientenwünschen informiert werden.

Diskutiert wurde die Notwendigkeit von Melde- und Dokumentationspflichten bei

- ärztlicher Suizidhilfe;
- Lebensbeendigung auf Verlangen;
- Behandlungsunterlassung;
- palliativmedizinischer Sterbebegleitung.

4.2.3 Generelle Anmerkungen zur Debatte

- Juristische Aspekte wurden im Verhältnis zu den sozialen, medizinischen und ethischen Fragen zu sehr in den Vordergrund geschoben.
- Auffallend im Vordergrund stand der Patientenwille: die Idee, die Kontrolle des eigenen Sterbens sei durch das Instrument der privatrechtlichen «Verfügung» möglich und man könne dadurch irgendwie sicherer werden.
- Tötung auf Verlangen und Suizidhilfe werden oft nicht beim Namen genannt. Stattdessen spricht man von «Sterbehilfe».
- Stärker akzentuiert werden sollten:
 - die Bedeutung des Tötungsverbotes;
 - die Perspektive der «Ausführenden» (Straffreiheit des Arztes);
 - die Not der Hinterbliebenen;
 - finanzielle Interessenskonflikte am Sterbebett;
 - Eigeninteressen und Entscheidungsroutinen gerichtlich bestellter Betreuer;
 - Wünschbarkeit und Regelbarkeit ärztlicher Suizidhilfe;
 - die unzureichenden Willensbekundungen von Patienten, die für sich Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchten;

- die Frage, wie man Selbstbestimmung und Fürsorge zusammenbringen könne;
- die Frage, ob Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen strafbar ist;
- Palliativmedizin und Suizidprävention als gesellschaftliche Aufgabe besonders bei alten Menschen.

5 Ausblick

Im Verlauf der Debatte hat sich gezeigt, dass nicht nur bei der ethischen Bewertung von Einzelfällen Meinungsunterschiede als tendenziell überbrückbar erscheinen. Auch auf der Ebene allgemeiner Prinzipien herrscht erstaunlicher Konsens. Deutlicher Dissens tritt erst auf, wenn es um die Beurteilung der Folgen von allgemeinen Handlungsempfehlungen und Gesetzen geht.

In rechtlicher Hinsicht wird vor allem eine rechtliche Klarstellung in Bezug auf die Behandlungsunterlassung auf Verlangen sowie eine Rechtsreform der Tötung auf Verlangen sehr unterschiedlich beurteilt.

Hauptthemen in der gesellschaftlichen Diskussion sind einerseits Vorbehalte gegenüber einer Verrechtlichung, andererseits Zweifel an der Rolle der Ärzte bei der Suizidhilfe. Einerseits werden Ärzte, im Sinne der Patientenselbstbestimmung, in der Rolle von Erfüllungsgehilfen gesehen; andererseits erscheint es, ebenfalls aus Gründen der Selbstbestimmung, notwendig, die Macht der Ärzte über Leben und Tod von Patienten zu beschränken.

Insgesamt zeigt die Diskussion, dass es durchaus sinnvoll ist, sich bei der kollektiven Entscheidungsfindung auf Einzelfragen zu konzentrieren: Was Einzelfragen betrifft, finden sich andere Mehrheiten und Koalitionen als bei der Bewertung zusammengefasster Vorschläge oder ganzer Argumentationslinien. Das hier beschriebene Verfahren unterstützt einen solchen Ansatz der Fokussierung auf Einzelfragen.

Schließlich sollte, um die beschriebene Unsicherheit von Ärzten und Patienten zu reduzieren, nicht nur eine gesetzgeberische Initiative ins Auge gefasst werden, sondern auch die Option einer besseren Ausgestaltung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Die Debattenseite fuerundwider.org wurde mit Beginn der Tagung im April 2011 für die weitere Debatte geschlossen.

Literatur

- Grötter, Ralf: Wie wär's mit Argumenten? Er ist viel beschworen und rar: der rationale Diskurs. Clevere Leute wollen das ändern. Sie arbeiten im Netz an der Mitmach-Demokratie, *brand eins*, 11/2009.
- Ders.: Digitale Debattenkultur. Neue Instrumente zur Visualisierung von Argumenten erlauben es, Diskussionen im Internet strukturiert und übersichtlich zu halten – auch wenn viele Nutzer beteiligt sind, *Technology Review*, 3/2010.
- Ders.: Eine Wikipedia der Debatten. Wie Argumentationskarten beim Diskutieren im Netz helfen können, *WZB-Mitteilungen*, Dezember 2010.

Diskussionsmaterialien zur Sterbe- und Suizidhilfe sind auf der Webseite zusammengestellt:
<http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/diskussionsmaterialien/>.
Spezifische Fachinformationen und Belege zu Thesen finden sich in den einzelnen Punkten auf den Argumentationskarten. Der Zugang zu den Karten erfolgt über die Überblicksansicht:
http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/wp-content/uploads/maps/Einwand_Dammbrochen_141201802031295019987175.html oder <http://tinyurl.com/sterbehilfe-start>.

DIE AUTORINNEN UND AUTOREN

Dr. Jörg Antoine ist seit 2008 Stellvertretender Direktor des Diakonischen Werkes der Ev.-luth. Landeskirche Hannover e.V. Er war von 2002 bis 2007 als Jurist im Landeskirchenamt der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers tätig. Im Jahr 2002 promovierte er mit einer verfassungsrechtlichen Dissertation über die «Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung». Von 1997 bis 2002 war er zunächst Rechtsanwalt in einer wirtschaftsrechtlich ausgerichteten Sozietät und anschließend in einer Steuerberatungsgesellschaft zur Sanierung geschlossener Immobilienfonds. Das juristische Referendariat absolvierte er in Berlin. Studiert hat er Recht, Betriebswirtschaft und Philosophie an der FU Berlin. Seit 2007 ist er ehrenamtlich Prädikant in der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannover.

Elke Baetzner, Jahrgang 1945, steht seit November 2008 als Präsidentin an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS). Sie war als Gymnasiallehrerin tätig, dann in der Erwachsenenbildung und engagiert sich seit Jahren auch auf internationaler Ebene für das Selbstbestimmungsrecht im Sterbeprozess. Sie lebt in Süddeutschland und in der Schweiz.

Prof. em. Dr. Erhard Blankenburg promovierte 1966 in Basel, es folgte die Habilitation an der Universität Freiburg 1974. Von 1970 bis 72 war er als Berater und Forscher beim Quickborner Team, anschließend bei Prognos Basel und am Max-Planck-Institut für Kriminologie der Universität Freiburg tätig. Von 1975 bis 1980 arbeitete er am Wissenschaftszentrum Berlin. Im Jahr 1980 wurde er als Universitätsprofessor für Rechtssoziologie an die Vrije Universteit Amsterdam berufen. Er emeritierte 2004. Seine Hauptwerke: Strukturanalyse der Zivilgerichtsbarkeit (1974), Dutch Legal Culture (1991), Mobilisierung von Recht (1995), Legal Culture of Five Central European Countries (2001).

Liesbeth Feikema (M.A.), geboren 1966, arbeitete nach ihrem Studium der Niederländischen Sprache und Literatur (Universität Utrecht) einige Jahre für das Kulturamt der Stadt Utrecht. 2004 erlangte sie einen Master in Angewandter Ethik am Ethik-Institut der Universität Utrecht. Sie unterrichtete Medical Ethics und veröffentlichte 2004 einen Artikel über Palliativmedizin. Im Jahr 2006 erstellte sie mit Marcus Düwell einen Studie zur niederländischen Euthanasiedebatte für das IMEW (Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft). Von 2005 bis 2011 lebte sie in Gabun und begann mit einer Doktorarbeit zum Thema «Corruption and Conflict of Interest in so-called Hybrid Political Orders». Im Jahr 2011 verlegte sie ihren Wohnsitz von Gabun nach Australien.

Dr. Ralf Grötter ist Journalist und Wissenschaftsautor für Sozialwissenschaften, Wirtschaft und Kultur. Er hat Philosophie und Kulturwissenschaften in Bremen, Paris und Köln studiert und wurde an der FU Berlin mit einer Arbeit über die Grenzen der rationalen Rekonstruktion moralischer Anschauungen promoviert. Seit 1998 arbeitet er als Journalist u.a. für die *Berliner Zeitung*, die *Frankfurter Rundschau* und die *Financial Times Deutschland* und Deutschland Radio. Im Jahr 2003 erschien der von ihm herausgegebene Sammelband *Privat! Kontrollierte Freiheit in einer vernetzten Welt*. Im Jahr 2010 gründete er zusammen mit dem Schnittstellen-Kollegen Sascha Karberg FürundWider.org, ein online-unterstütztes Verfahren für kooperatives Argumentieren. In den Jahren 2010 und 2011 war Grötter Fellow am IGK Arbeit und Lebenslauf in Berlin.

Prof. Dr. Karl-Ludwig Kunz, ist Ordentlicher Professor und Co-Direktor des Departements für Strafrecht und Kriminologie sowie des Departements für rechtswissenschaftliche Grundlagenfächer an der Universität Bern. Er lehrt die Fächer Strafrecht, Kriminologie und rechtswissenschaftliche Grundlagenfächer (Rechtsphilosophie, Rechtstheorie, Rechtssoziologie). Nach Studien der Rechtswissenschaft, Philosophie und Soziologie war er an deutschen Universitäten als wissenschaftlicher Mitarbeiter und später als Vertretungsprofessor tätig. Während seiner Tätigkeit als Richter in Deutschland habilitierte er sich 1983 an der Universität des Saarlandes. 1989/90 war er Dekan der Berner Fakultät. Diverse Gastprofessuren u.a. in Canada, Japan und China. Berufungen an andere Universitäten und in das Amt eines Generalstaatsanwalts in Deutschland lehnte er ab. Diverse Ämter, Expertentätigkeiten, Auszeichnungen und Veröffentlichungen.

Jan Linhart, 1979 in Köln geboren, studierte Ethnologie, Linguistik und Biologie an der Ludwig-Maximilian-Universität in München. Seitdem agiert er als Social Entrepreneur in verschiedenen Bereichen: unter anderem als Co-Founder von echo (Open-Source-Projekt für e-deliberation & e-Partizipation) und als Beiratsmitglied bei WeGov (<http://www.wegov-project.eu>).

Prof. Dr. Reinhard Merkel, studierte Rechtswissenschaften, Philosophie und Literaturwissenschaft in Bochum, Heidelberg und München. Nach dem 1. und 2. juristischen Staatsexamen war er Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für internationales Sozialrecht und anschließend Assistent am Institut für Rechtsphilosophie in München. 1988 bis 1990 arbeitete er als Redakteur der Wochenzeitung *Die Zeit* und erhielt 1991 den Jean-Amery-Preis für Essayistik. Nach Promotion (1993, München) und Habilitation (1997, Frankfurt a. M.) folgten Rufe an die Universitäten Bielefeld und Rostock. Seit 2000 ist er Professor für Strafrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Hamburg. Er ist Mitglied der transatlantischen Forschergruppe The Hinxton Group: An International Consortium on Stem Cells, Ethics & Law sowie der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Sektion Wissenschaftstheorie. Forschungen zu Recht und Ethik in der Medizin und in den Neurowissenschaften, zahlreiche Veröffentlichungen.

Jerzy Montag (MdB) ist in Polen geboren und in Mannheim zur Schule gegangen. Danach studierte er in Heidelberg und München Soziologie und Jura. Er lebt und arbeitet seit über 30 Jahren in Bayern. Als Rechtsanwalt und Strafverteidiger setzt er sich für Menschen ein, die in Not oder in Konflikte mit dem Staat geraten. Montag ist seit 1984 Mitglied der Grünen und in der Partei in vielen Funktionen engagiert. Von 1998 bis 2002 war er Landesvorsitzender der bayerischen Grünen. Seit Oktober 2002 ist er Mitglied des Deutschen Bundestages und rechtspolitischer Sprecher der grünen Bundestagsfraktion.

Dr. Andreas Poltermann studierte Germanistik, Geschichte, Philosophie und Politikwissenschaft an der Universität Göttingen. Er promovierte dort 1983 mit einer Arbeit über die Rechtsphilosophie Immanuel Kants und war danach als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Göttingen tätig. Von 1996 bis 1998 war er Mitarbeiter des Niedersächsischen Landtags und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Landtag Niedersachsen. Von 1998 bis 2008 war er Referent für Bildung und Wissenschaft, seit 2008 Leiter der Abteilung Politische Bildung Inland der Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin. Zahlreiche Veröffentlichungen zur Kritischen Theorie, zur Theorie der Geschichtswissenschaften, zur Kulturtheorie und zur Bildungs-, Wissenschafts- und Biopolitik.

Dr. Michael de Ridder ist 1947 in Ratingen geboren. Er studierte Medizin und Biologie, hat als Internist und Diplombiologe seit 1979 in Hamburg und ab 1984 in Berlin enorme Erfahrungen auf inneren und Intensivstationen gesammelt und war mehrere Jahre lang als Notarzt im Einsatz. Anfang der 1980er-Jahre arbeitete er vier Monate in einem Flüchtlingslager in Kambodscha. Seit 1994 leitet er am Berliner Vivantes Klinikums Am Urban die Rettungsstelle, mit jährlich rund 40 000 Patienten eine der größten Kliniken Europas. Er ist Vorsitzender des Kuratoriums der Hans-Joachim-und-Käthe-Stein-Stiftung für Palliativmedizin und erhielt im Jahr 2009 den Ossip K. Flechtheim-Preis für sein gesundheitspolitisches Engagement. Er ist u.a. Autor des Buches *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin* (2010).

Prof. Dr. Torsten Verrel, geboren 1961 in Lübbecke (Westfalen), studierte Rechtswissenschaften in Marburg und Göttingen. Nach dem 1. und 2. Juristischen Staatsexamen promovierte er 1994 mit einer empirischen Studie zur Schuldfähigkeitsbegutachtung bei Tötungsdelikten. Von 1995 bis 2003 war er wissenschaftlicher Assistent an der Juristischen Fakultät der LMU München und habilitierte sich 2001 mit einer rechtsdogmatischen Arbeit über den Grundsatz der Selbstbelastungsfreiheit im Strafverfahren, ausgezeichnet mit dem Habilitationspreis der LMU München. Es folgten Lehrstuhlvertretungen in Bielefeld und Bonn. Seit 2003 ist er Professor an der Universität Bonn und Direktor des Kriminologischen Seminars. Er ist Mitglied u.a. der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, der Ständigen Kommission Organtransplantation bei der

Bundesärztekammer und der Ethikkommission des Institutes für Psychologie der Universität Bonn.

Prof. Dr. Rosemarie Will studierte Rechtswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin. In den Jahren 1973 bis 1979 war sie dort wissenschaftliche Assistentin und promovierte 1977, es folgten ein Studienaufenthalt in der Sowjetunion an der Universität Lwow (Lemberg) und eine Tätigkeit an der Akademie der Wissenschaften der DDR im Institut für Staats- und Rechtstheorie. Im Jahr 1983 Habilitation und Berufung als Hochschuldozentin an die Humboldt-Universität zu Berlin, 1989 Berufung als Ordentliche Professorin für Staatsrecht. Von 1990 bis 1993 war sie Dekanin des Fachbereichs Rechtswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin sowie Mitglied des Akademischen Senats und des Konzils. Sie ist seit 1993 Professorin für Öffentliches Recht, Staatslehre und Rechtstheorie im Fachbereich Rechtswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin, zudem Richterin a.D. am Verfassungsgericht Brandenburg und seit 1995 Bundesvorsitzende der Humanistischen Union e.V. Zahlreiche Veröffentlichungen.



Sterben und Tod gehören zum Leben. Das gilt nicht nur für jeden Einzelnen, sondern auch für unsere Gesellschaft. Auch sie muss immer wieder prüfen, wie sie mit den Sterbenden und dem Sterben umgeht. Wie weit sterbende Menschen ihr Lebensende selbstbestimmt gestalten können, ist auch ein bürgerrechtliches Anliegen, das immer deutlicher artikuliert wird.

In dieser Publikation fragen Expertinnen und Experten nach den

rechtlichen Rahmenbedingungen des Sterbens und nach sinnvollen Zielen rechtlicher Regelungen für ein Sterben in Würde. Denn die Grenzen zwischen aktiver Sterbehilfe und anderen Formen des Sterbenlassens sind in Deutschland praktisch wie juristisch schmal. Die Beiträge zeigen, dass es in diesen Fragen immer ein Für und Wider gibt, das ausführlich erarbeitet, dokumentiert und in die öffentliche Debatte eingebracht werden muss.

Heinrich-Böll-Stiftung e.V.

Schumannstraße 8, 10117 Berlin

Die grüne politische Stiftung

Tel. 030 285340 Fax 030 28534109 info@boell.de www.boell.de

ISBN 978-3-86928-079-0