



STERBEHILFE UND
SELBSTBESTIMMTES STERBEN

ZUR DISKUSSION IN MITTEL- UND WESTEUROPA,
DEN USA, KANADA UND AUSTRALIEN

MICHAEL FUCHS | LARA HÖNINGS

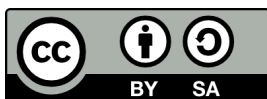


ClimatePartner^o
klimaneutral

Druck | ID: 53323-1410-1034



Urheber: Michael Fuchs, Lara Hönings
Herausgeberin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. 2014



Diese Publikation ist lizenziert unter den Bedingungen von
„Creative Commons Namensnennung-Weitergabe unter gleichen
Bedingungen 3.0 Deutschland“, CC BY-SA 3.0 DE
(abrufbar unter: <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/de/>).

© 2014, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin

Gestaltung: SWITSCH Kommunikationsdesign, Köln.
Satz: Cornelia Wurm | ZKM, Konrad-Adenauer-Stiftung.
Druck: Bonifatius GmbH, Paderborn.
Printed in Germany.
Gedruckt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.

ISBN 978-3-95721-079-1

INHALT

| | | |
|-----|--|-----|
| 5 | VORWORT | |
| | <i>Norbert Arnold</i> | |
| 7 | 1. EINLEITUNG | |
| 10 | 2. TERMINOLOGIE UND ARGUMENTATION | |
| | 2.1. Wichtige Begriffe und der Streit um ihre Deutung..... | 10 |
| | 2.2. Die ethische und rechtspolitische Kontroverse..... | 17 |
| 32 | 3. RECHTLICHE SITUATION UND ETHISCHE DISKUSSION IM LÄNDERVERGLEICH | |
| | 3.1. Deutschland..... | 32 |
| | 3.2. Niederlande | 46 |
| | 3.3. Belgien..... | 57 |
| | 3.4. Luxemburg | 65 |
| | 3.5. Schweiz..... | 66 |
| | 3.6. Österreich..... | 74 |
| | 3.7. Großbritannien | 78 |
| | 3.8. Frankreich | 84 |
| | 3.9. Spanien..... | 91 |
| | 3.10. Italien | 95 |
| | 3.11. Vereinigte Staaten von Amerika | 100 |
| | 3.12. Australien | 106 |
| | 3.13. Kanada..... | 109 |
| 112 | 4. SCHLUSSBEMERKUNGEN | |
| 117 | ALLGEMEINE LITERATUR | |
| 122 | AUTORIN UND AUTOR | |
| 122 | ANSPRECHPARTNER IN DER KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG | |

VORWORT

Sterbehilfe ist ein gesellschaftspolitisch brisantes Thema, das seit einigen Jahrzehnten immer wieder zu öffentlichen Kontroversen führt. Die Konrad-Adenauer-Stiftung engagiert sich in diesen Debatten mit dem Ziel, zu einer Lösung beizutragen, die sich am Prinzip der Menschlichkeit und an den besonderen Bedürfnissen Sterbender orientiert.

Sterbende Menschen brauchen nicht nur eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Betreuung, sondern auch menschliche Zuwendung, die der existenziellen Krise des Betroffenen gerecht wird. Der Umgang mit Sterbenden ist ein sensibler Gradmesser für das Humane einer Gesellschaft. Es zu bewahren und zu stärken ist unser Anliegen.

In Deutschland ist die aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) verboten, die passive und indirekte Sterbehilfe zulässig. Auch der assistierte Suizid wird nicht sanktioniert, sofern er aus uneigennütigen Gründen erfolgt. Die hospizlich-palliativmedizinische Versorgung wird weiter ausgebaut, um Menschen in ihrer letzten Lebensphase eine adäquate Betreuung anbieten zu können.

Trotz dieser augenscheinlich eindeutigen Situation flammen Debatten über Sterbehilfe und Suizidbeihilfe immer wieder auf. Kernpunkt der Kontroversen ist stets die Frage, ob die Balance zwischen Selbstbestimmungsrecht und Lebensschutz gewahrt ist. Die Sorge vor einem leidvollen Sterben führt bei vielen Menschen zur Forderung nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und nach der Zulässigkeit der Suizidbeihilfe – auch in „organisierter“ Form durch sog. Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen, die Suizidbeihilfe wiederholt betreiben. Beidem stehen erhebliche ethisch-rechtliche Bedenken entgegen.

Die nachfolgende Studie untersucht die gesellschaftliche Diskussionen und die rechtlichen Regelungen zur aktiven Sterbehilfe und zum assistierten Suizid in ausgewählten europäischen Ländern, in den USA, Kanada und Australien. Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden erkennbar und sind für die Debatte in Deutschland hilfreich.

Dr. Norbert Arnold

Leiter Team Gesellschaftspolitik

Hauptabteilung Politik und Beratung

1. EINLEITUNG

Menschliches Leben ist ein hohes, ein fundamentales Gut – für den Einzelnen und für die Gemeinschaft. Doch es gibt Situationen der unheilbaren und unerträglichen Krankheit und des Schmerzes, in denen dieses Leben zur Last wird für den, der es lebt. Hier kann der Tod zum Ziel der Wünsche des Betroffenen werden und als Erlösung erscheinen. Diese Situation ist es, von der die Debatte um Sterbehilfe ausgeht, wengleich sie nicht auf solche Situationen beschränkt sein muss. Sie wird in vielen Ländern gesellschaftlich, ethisch und rechtspolitisch kontrovers geführt.

Die vorliegende Studie will einen Überblick über diese Debatte geben und damit zugleich ein Beitrag zu ihrer Fortführung sein. Es sollen zunächst einige wichtige Begriffe gegeneinander abgegrenzt werden. Sodann werden zentrale Argumente erläutert und geprüft. Daran schließt sich ein Überblick über die rechtliche Situation und die gesellschaftliche Diskussion in einer Reihe von Ländern Europas, in den USA, Kanada und in Australien an. Mit den *Materialien zur Sterbehilfe* haben Albin Eser und Hans-Georg Koch 1991 eine Zusammenschau herausgegeben, die in systematischer Weise Gesetzeslage, Rechtsprechung, ärztlich-berufsständische Regelungen für eine größere Zahl von Ländern in ihrer Bedeutung darlegt und die internationalen Verhältnisse vergleicht. Nachfolgende Arbeiten haben eine andere und zumeist spezifischere Zielsetzung verfolgt: Die „Textsammlung Sterbehilfe“ von Gabriele Wolfslast und Christoph

Conrads versammelt einschlägige Gesetze, Gerichtsurteile und relevante berufsrechtliche Richtlinien und Empfehlungen aus Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, den USA und aus Australien. Zu nennen ist zudem die kleinere vergleichende Studie von Thela Wernstedt, die neben einem Überblick über die Rechtslage in verschiedenen Ländern einen länderübergreifenden Vergleich der Verwendung einschlägiger Begriffe durchführt sowie schließlich die Arbeitsdokumente des französischen Senats, die eine vergleichende Studie von 1999 durch die Darstellung neuer Dokumente aus einzelnen Ländern zu ergänzen versuchen. Auch der rechtsbezogene Teil des „Blickpunktes Sterbehilfe“, den das Deutsche Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften in regelmäßigen Abständen online aktualisiert, beschränkt sich gezielt auf wenige für die deutsche Diskussion wichtige Staaten. Der Sachstandsbericht „Sterbehilfe“, den das Deutsche Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2009 herausgegeben hat (Grimm, Hillebrand 2009), konzentriert sich in seinem rechtlichen Teil auf die deutsche Rechtslage und gibt einen knappen Ausblick auf die Rechtslage in der Schweiz, den Niederlanden und Großbritannien. Nicola Jacob vergleicht die rechtliche Situation in den Benelux-Staaten, der Schweiz und Deutschland (Jacob 2013), Kallia Gavela die Rechtslage zum ärztlich assistierten Suizid und zur organisierten Sterbehilfe in Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden und den USA (Gavela 2013).

Eine aktualisierte Rechtsvergleichung konnte für die vorliegende kleine Studie nicht angestrebt werden. Als großangelegte Untersuchung, die die rechtssystematische Expertise von Autoren aus vielen Ländern vereinigt, bleibt sie aber ein Desiderat, zumal sich seit dem Sammelband von Eser und Koch die rechtliche Situation in vielen Ländern verändert hat und außerhalb des Strafrechts viele einschlägige Gesetze und Bestimmungen zum Umgang mit Patienten am Lebensende und zum Status antizipatorischer Verfügungen erlassen wurden. Die rechtliche Situation und die gesellschaftliche Debatte stellt sich somit noch komplexer dar, als dies bereits vor 23 Jahren der Fall war.

Die vorliegende Arbeit gründet auf den Studien für das Heft *Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben*, welches die Konrad-Adenauer-Stiftung 2006 in der Reihe „Zukunftsforum Politik“ veröffentlicht hat. Damals habe ich vielfältige Anregungen von Kollegen aufgegriffen und Unterstützung erfahren. Mein besonderer Dank gilt Frau Birte Herrfurth-Rödig für wichtige Hinweise auf aktuelle Entwicklungen und Debatten und

Frau Luise Harnisch für ihre Unterstützung bei der Erstellung des Literaturverzeichnisses.

Für die erweiterte und aktualisierte Studie hat Frau Lara Hönings einen großen Teil der Recherchen übernommen. Den Text der Arbeit verantworten wir gemeinsam.

Juli 2014

Michael Fuchs

2. TERMINOLOGIE UND ARGUMENTATION

2.1. WICHTIGE BEGRIFFE UND DER STREIT UM IHRE DEUTUNG

„Euthanasie“ und „Sterbehilfe“

Das griechische Wort „Euthanasia“ bezeichnet einen guten Tod. In der hellenistischen Literatur, wo es zunächst begegnet, verstehen die Autoren darunter einen glücklichen oder ehrenhaften Tod. Erst im 19. Jahrhundert findet der Begriff Verwendung im Zusammenhang ärztlicher Erleichterungen des Sterbevorgangs (Hermann 1972, Letellier 2003, Zimmermann-Acklin 2002, 19-87, Wernstedt 2004, 66f., Schrader 2012, 28-31). Der Terminus besagt weder, dass die positive Bewertung durch den Sterbenden selbst erfolgt, noch dass der Herbeiführung des Todes eine autonome Entscheidung zugrunde liegt. Im deutschen Sprachraum wird der Ausdruck „Euthanasie“ vermieden, weil dieser durch die Nationalsozialisten verwendet worden war, um die gezielte Ermordung von für lebensunwert erklärten Menschen zu bezeichnen, welche an Behinderungen, erblichen Krankheiten und seelischen Krankheiten litten. Der im deutschen Sprachraum in der rechtspolitischen Diskussion übliche Terminus ist „Sterbehilfe“. Sowohl in der rechtswissenschaftlichen wie in der rechtspolitischen Diskussion hat sich dabei die Unterscheidung zwischen aktiver Sterbehilfe, passiver Sterbehilfe und indirekter Sterbehilfe etabliert.

Allerdings wurde der Begriff der Sterbehilfe als Synonym für Euthanasie in die deutsche Sprache eingeführt (vgl. die Belege bei Zimmermann-Acklin 2002, 63, 70). Viele Hinweise sprechen dafür, dass eine semantische Differenz im Sinne einer unterschiedlichen moralischen Wertung erst nach dem Zweiten Weltkrieg erkennbar wird. Zwar hatte der Leipziger Strafrechtler Karl Binding in seinen Darlegungen unter dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ von 1920 den Neologismus Sterbehilfe als unschön zugunsten des Begriffs der Euthanasie abgelehnt, doch benutzten die Nationalsozialisten in ihren Planungen und für ihre Tötungen Kranker und Behinderter neben dem Ausdruck „Gnadentod“ sowohl den Terminus „Euthanasie“ als auch „Sterbehilfe“. Gleichwohl hat sich in Deutschland die Überzeugung durchgesetzt, dass eine Diskussion des ethischen Dilemmas nur dann möglich ist, wenn eine eindeutige, auch begriffliche Abgrenzung von den Verbrechen und dem Sprachgebrauch der Nazis erfolgt. Dies sieht man zumeist mit dem Ausdruck „Sterbehilfe“ als gegeben an (zu unterschiedlichen Verwendungsweisen des Ausdrucks „Sterbehilfe“ vgl. aber Schockenhoff 1991, 66-71).

„Hilfe im Sterben“ und „Sterbebegleitung“

Während sich für die Hilfe, welche man Sterbenden zuteil werden lässt, indem man sie pflegt und ihnen menschlich beisteht, heute weitgehend der Begriff der Sterbebegleitung durchgesetzt hat, ist der Ausdruck Sterbehilfe für die Unterlassung und Einstellung von therapeutischen Maßnahmen weiterhin gebräuchlich. Dies ist auch insofern berechtigt, als solche Entscheidungen subjektiv oder objektiv Hilfe für den Sterbenden sein sollen und können. Insofern stellen sie eine Hilfe dar, allerdings keine Hilfe zum Sterben. Die Unterscheidung zwischen einer Hilfe im Sterben und einer Hilfe zum Sterben findet sich bereits in der Erläuterung des „Alternativentwurfs eines Gesetzes über Sterbehilfe“ von 1986 (Baumann et al. 1986, 3).

Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe

Sowohl der Euthanasiebegriff als auch der Begriff der Sterbehilfe werden mit eingrenzenden Attributen versehen. Aktive Sterbehilfe wird zumeist als direkte aktive Tötung verstanden und strafrechtlich unter dem Titel einer Tötung auf Verlangen bewertet, sofern die Einwilligung des Opfers vorliegt. Anders verhält es sich mit der passiven Sterbehilfe, unter der Verzicht oder der Abbau von lebensverlängernden Maßnahmen ver-

standen wird, der das Eintreten des Todes zur Folge hat. Als solche Maßnahmen gelten vor allem die parenterale Ernährung (Infusion), die Ernährung über eine Sonde, der Einsatz von Respiratoren, die Gabe Herz und Kreislauf aktivierender Medikamente sowie die Behandlung hinzutretender Erkrankungen (z. B. durch Antibiotika). Unter den Begriff der indirekten Sterbehilfe schließlich fallen palliativmedizinische Maßnahmen, die eine Lebensverkürzung mitbewirken können. Insofern hier eine Tätigkeit vorliegt, spricht man auch von indirekter aktiver Sterbehilfe.

Es kann eingewandt werden, dass die indirekte Sterbehilfe nicht zum Sterben verhelfen soll, sondern der Linderung der Schmerzen dient. Da Sterbehilfe aber zumeist als Hilfe zum Sterben verstanden wird, ist der Begriff irreführend. Auch der Begriff der passiven Sterbehilfe kann als irreführend angesehen werden, weil die primäre Ursache für das Eintreten des Todes die Krankheit oder Verletzung ist, nicht aber der Verzicht auf eine Behandlung. Insofern wird auch im Folgenden „Sterbehilfe“ zumeist im Sinne von „aktiver Sterbehilfe“ verwandt.

Acharnement Thérapeutique

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich in der Gesellschaft und unter den Ärztinnen und Ärzten mehr und mehr die Überzeugung durchgesetzt, dass es Umstände gibt, in denen die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung nicht mehr gilt. Diese Überzeugung wird gegen das Bestreben angeführt, immer weiter und gegebenenfalls immer neue Mittel zur Verlängerung eines zu Ende gehenden Lebens aufzuwenden. Dies wird als mangelnde Einsicht in die Begrenztheit der eigenen Mittel und die prinzipielle Sterblichkeit des Menschen gedeutet. Es sei besser, sich in einer gegebenen Situation mit dem Tod abzufinden, als ihn stets als Niederlage zu sehen. Für das krampfhaftes Festhalten an der therapeutischen Zielsetzung auch in aussichtslosen Situationen hat vor allem die Diskussion im französischen Sprachraum den Begriff der therapeutischen Versessenheit (*acharnement thérapeutique*) geprägt.

Terminale Sedierung

In der medizinischen und ethischen Diskussion über den Umgang mit Patienten am Lebensende spielt international der Begriff der terminalen Sedierung eine zunehmende Rolle. Vor allem in den USA, aber auch in den Beneluxländern und in Frankreich wird die entsprechende Diskussion

auch in rechtspolitischen Kontexten geführt. In Deutschland gibt es dagegen nur vereinzelte Auseinandersetzungen über den Sinn und Zweck der terminalen Sedierung und ihre normative Bewertung (Beck 2004, Birnbacher 2004, Müller-Busch 2004, Rothärmel 2004, Neitzke, Frewer 2004, Bozzaro 2013, Kress 2010). Der Begriff soll eine Intervention bezeichnen, die einen Patienten im Endstadium einer tödlichen Erkrankung gezielt in einen Zustand stark verminderter Wachheit oder Bewusstlosigkeit versetzt. Vor allem bei anders nicht beherrschbaren Tumorschmerzen und schwerster Atemnot wird die terminale Sedierung als Option diskutiert. Die Zuordnung zu den Maßnahmen der Palliativmedizin sowie auch das Verhältnis zur indirekten Sterbehilfe bleiben strittig.

Beihilfe zum Suizid

Die Beihilfe zum Suizid unterscheidet sich von einer aktiven Tötung auf Verlangen dadurch, dass der Suizident die Herrschaft über den Tatverlauf hat. Beihilfe kann etwa durch die Beschaffung eines tödlichen Pharmakons geleistet werden. Solche tätige Beihilfe ist wiederum auch rechtlich von der Nithinderung eines Suizids zu unterscheiden (Koch 1996, 107-109).

Patientenverfügung

„Patientenverfügungen sind schriftliche, mit dem Datum ihrer Erstellung versehene Willensbekundungen einer einwilligungsfähigen Person (betroffene Person), die diese im Hinblick auf medizinische oder pflegerische Maßnahmen abgibt, die im Falle ihrer Einwilligungsunfähigkeit vorgenommen oder unterlassen werden sollen.“ (Höfling 2006, 25). Der Begriff hat weitgehend den Ausdruck „Patiententestament“ abgelöst. Zwar hat auch ein Testament antizipativen Charakter, doch bezieht sich dieser auf die Zeit nach dem Tod. Zudem konnte der ältere Ausdruck suggerieren, hier kämen Bestimmungen und Anforderungen des Erbrechts zum Tragen (Verrel, Simon 2010, 14). Während die von Höfling vorgeschlagene Definition der in Deutschland weitgehend üblichen Verwendungsweise des Begriffs entspricht, kann in den Niederlanden unter den Bedingungen einer legalisierten Sterbehilfe auch der Wunsch nach Sterbehilfe in antizipatorischen Verfügungen für bestimmte Situationen ausgedrückt werden.

Leiden

Die beiden europäischen Gesetze, welche eine Legalisierung der ärztlichen Sterbehilfe bezweckten, haben als Voraussetzung das unerträgliche Leiden der betroffenen Person angegeben. Spricht das Niederländische Gesetz einfach von unerträglichem Leiden, so expliziert das Belgische, dieses unerträgliche Leiden könne physisch oder psychisch sein. Was kann damit im Einzelnen gemeint sein und wie ist das Verhältnis zwischen Schmerzen und Leiden zu deuten? Ist der Zustand des Leidens überhaupt aus der Fremdperspektive bzw. der Außenperspektive erkennbar?

Körperliche Schmerzen sind generell nicht nur ein Anlass des Leidens, sondern können selbst als Leid angesehen werden. Ärztliche Erfahrung kann bis zu einem gewissen Grad einschätzen, welche Krankheitszustände mit schweren Schmerzen verbunden sind. Unerträgliches Leiden kann aber auch mit Hoffnungslosigkeit, dem Gefühl der Abhängigkeit oder mit der Einsicht in die eigene Handlungsunfähigkeit verbunden sein. Welche Situation eher als unerträglich oder unzumutbar anzusehen ist, ist schwer zu sagen. Die Palliativmedizin hat sich zum Ziel gesetzt, die Symptome von Leid wie zum Beispiel Schmerz und das Gefühl der Einsamkeit zu lindern. Den Patienten selbst als zu beseitigende Ursache des Leidens anzusehen, lehnt sie vehement ab.

Kontroverse über Definitionen

Normative Streitigkeiten in der Sache werden häufig als Kampf um Begriffe und Definitionen geführt. Im Streit um die Sterbehilfe ist dies sowohl für die öffentliche und die rechtspolitische Debatte deutlich als auch für die akademisch geführten Auseinandersetzungen. Die Hoffnung, diesen Streit durch klare Definitionen und die Beschränkung auf eine wissenschaftliche Begrifflichkeit zu überwinden, wird wohl auch in Zukunft nicht erfüllt werden. Auch die vorliegende Studie kann sich der notwendigen Auswahl aus den möglichen Begriffen nicht entziehen. Bei der Wahl der Begriffe und der Konzeption ihrer Bedeutung spielen zum Teil auch moralische Einstellungen und ethische Überlegungen eine Rolle. Doch wird man immer im Blick behalten müssen, dass in der Ethik die Begriffsprägung und der geschickte Einsatz von Konnotationen nicht das Argument ersetzen kann.

LITERATUR

- *Baumann, J. et al. (1986): Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe: (AE-Sterbehilfe), Stuttgart.*
- *Beck, D. (2004): Ist terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar?, in: Ethik in der Medizin 16(4), 334-341.*
- *Birnbacher, D. (2004): Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen, in: Ethik in der Medizin 16(4), 358-368.*
- *Bozzaro, C. (2013): Terminale Sedierung – Königsweg zum würdigen Sterben? in: Baranzke, H. und Duttge, G. (Hg.): Autonomie und Würde. Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht. Würzburg, 291-313.*
- *Gavela, K. (2013): Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, Berlin, Heidelberg (Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 39).*
- *Grimm, C., Hillebrand, I. (2009): Sterbehilfe. (Sturma, D., Lanzerath, D., Heinrichs, B. (Hg.): Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE. Band 8), Freiburg.*
- *Hermann, A. (1972): Euthanasie, in: Ritter, J. (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 2, Darmstadt, 828-829.*
- *Höfling, W. (2006): Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz), in: Medizinrecht 24 (1), 25-32.*
- *Jacob, N. (2013): Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich und unter der europäischen Menschenrechtskonvention, Marburg.*
- *Koch, H.-G. (1996): Suizid und Sterbehilfe: Eine rechtliche Bestandsaufnahme, in: Anschütz, F., Wedler, H.-L. (Hg.): Suizidprävention und Sterbehilfe, Berlin, 101-115.*

- Kress, H. (2010): *Sterbehilfe in Form der Sedierung am Lebensende. Aktuelle medizinethische Empfehlungen und weiterer Diskussionsbedarf*, in: *Bundesgesundheitsblatt* 53:939-942.
- Letellier, Ph. (2003): *History and definition of word*, in: *Council of Europe* (Hg.): *Euthanasia: Volume I – Ethical and human aspects*, Strasbourg, 13-24.
- Müller-Busch, H. C. (2004): *„Terminale Sedierung“. Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene?* in: *Ethik in der Medizin* 16(4), 369-377.
- Neitzke, G., Frewer, A. (2004): *Sedierung als Sterbehilfe? Zur medizinethischen Kultur am Lebensende*, in: *Ethik in der Medizin* 16(4), 323-333.
- Rothärmel, S. (2004): *Terminale Sedierung aus juristischer Sicht. Gebotener palliativmedizinischer Standard oder heimliche aktive Sterbehilfe?* in: *Ethik in der Medizin* 16(4), 349-357.
- Schockenhoff, E. (1991): *Sterbehilfe und Menschenwürde: Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg.
- Schrader, T. (2012): *Sterbehilfe, Geschichte und Recht in Europa am Beispiel Deutschland und Frankreich*, Marburg.
- Verrel, T., Simon, A. (2010): *Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte*. (Sturma, D., Lanzerath, D., Heinrichs, B. (Hg.): *Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE. Band 11*), Freiburg.
- Wernstedt, Th. (2004): *Sterbehilfe in Europa*, Frankfurt a. M. (*Recht und Medizin* 66).
- Zimmermann-Acklin, M. (2002): *Euthanasie: Eine theologisch-ethische Untersuchung*, 2. Aufl., Freiburg i. U.

2.2. DIE ETHISCHE UND RECHTSPOLITISCHE KONTROVERSE

Die Debatte um die Sterbehilfe hat ihr Zentrum in der unterschiedlichen Einschätzung der Erlaubtheit der aktiven Sterbehilfe. Argumente und Analogien, die in dieser Kontroverse eine Rolle spielen, zeigen indes die Komplexität der Situationen am Lebensende und der damit verbundenen moralischen Herausforderung. So begegnen Argumente, die von der Akzeptanz des Suizids auf die Legitimität der aktiven Sterbehilfe zielen oder Vergleiche zwischen der passiven und der aktiven Sterbehilfe oder zwischen der gezielten Tötung und der Lebensverkürzung infolge einer Schmerztherapie anstellen. Andererseits wird das Verlangen von Kranken, Leidenden und Sterbenden nach aktiver Herbeiführung des Todes diskutiert, indem die bestehenden Verhältnisse der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung auf ihre Verbesserungswürdigkeit und Verbesserungsfähigkeit befragt werden. Neben der Authentizität und der moralischen Berechtigung des Wunsches nach Sterbehilfe stehen vor allem die Folgen für die Rolle der Mediziner und für die Gesellschaft insgesamt bei Befürwortern wie Gegnern der Sterbehilfe zur Diskussion.

Da solche Folgen in der Debatte von Vertretern der unterschiedlichen Positionen gleichermaßen als möglich und bedeutsam anerkannt werden, kann die Frage der Sterbehilfe nicht nur eine Frage der privaten Moral sein. Vielmehr zeigt sich ein enger Verweisungszusammenhang zwischen Moral und Recht und damit auch eine Verflechtung der ethischen und der rechtswissenschaftlichen Diskussion. Da schon seit antiken Zeiten die Frage verhandelt wird, ob der Arzt seine Expertise für die aktive Sterbehilfe einsetzen soll, ergibt sich zusätzlich eine Diskussionsebene innerhalb dieser Berufsgruppe und auch diese Debatte wird ethisch und rechtlich geführt, wobei Medizinethik und Berufsrecht in einem sehr engen Bezug stehen (zum Verhältnis von Ethik und Recht im Kontext der Sterbehilfe-problematik vgl. Honecker 2001, 11).

Sterben in Würde

Die Berufung auf die Menschenwürde zur Untermauerung von Forderungen begegnet in kaum einem Bereich der öffentlichen Debatte so häufig wie in der Reflexion auf die Umstände unseres Sterbens. Ein menschenwürdiges Sterben wird sowohl mit Bezug auf das eigene Sterben als auch auf das Sterben von uns vertrauten Menschen oder dritten,

uns nur wenig oder gar nicht bekannten Personen beansprucht. Dass dieser Anspruch so häufig artikuliert wird, lässt darauf schließen, dass viele ihn bedroht sehen, und auch die Quelle der Bedrohung – oder jedenfalls eine der Quellen – ist schnell ausgemacht: die moderne Medizin. Denn durch ihre Erfolge hat sich nicht nur die durchschnittliche Lebensspanne der Menschen verlängert, sondern in sehr vielen Fällen auch die Zeit des Sterbens: Viel häufiger als früher sind chronische Krankheiten Todesursache. Unterstützt von technischen Apparaturen können Ärztinnen und Ärzte heute das Leben von Sterbenden über eine längere Zeit aufrechterhalten. Wo die medizinische Behandlung indes den Sterbeprozess nur verlangsamt und in eine Umgebung versetzt, die der Sterbende nicht gewünscht hat, wird dies als ein Verstoß gegen die Selbstbestimmung des Patienten und als Verhinderung eines natürlichen Lebensendes aufgefasst.

Schwerer fällt es zu bestimmen, was in der Forderung nach einem menschenwürdigen Sterben positiv eingeklagt werden soll. Sicherlich wird für viele hierzu gehören, dass der Sterbende nicht menschlich isoliert, sondern nach Möglichkeit von anderen betreut, dass er gepflegt und wenn notwendig, kompetent schmerzlindernd behandelt wird. Kein Einvernehmen hingegen wird sich darüber herstellen lassen, ob auch die Selbstbestimmung über die eigene Todesart und den Todeszeitpunkt unter einem menschenwürdigen Sterben mit umfasst sein soll und ob sich hieraus eine Erlaubnis oder gar eine Verpflichtung ableiten lässt, Sterbenden zu einer solchen selbst gewählten Todesart zu verhelfen.

Die Frage, welche Leistungskraft der Begriff der Menschenwürde im Zusammenhang der Sterbehilfeproblematik hat, wird sehr verschieden beantwortet. Wird aus ihr einerseits das Recht auf den selbst gewählten Tod abgeleitet (Pohlmeier 1995, 124), andererseits aber ein striktes Verbot aktiver Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid unmittelbar aus dem Würdeschutz gefolgert (Vossenkuhl 1995, 30-33), so bestreiten andere gerade mit Verweis auf die gegensätzliche Verwendung des Begriffs seinen Gehalt und sehen in ihm eine appellative moralische Formel, die zu unrecht die Möglichkeit glatter Lösungen suggeriert (Schöne-Seifert 1997, 207).

Nimmt man die Rede vom menschenwürdigen Sterben ernst und bezieht sie auf die Menschenwürde als den Kern des neuzeitlichen Menschenrechtsethos, so kann mit dieser Rede nicht gemeint sein, dass für den

Sterbenden seine Würde verloren ginge. Vielmehr kommt dem Menschen die Würde zu und sie ist unveräußerlich, sie wird ihm nicht zuerkannt, sondern anerkannt, und sie kann nicht eingegrenzt werden auf bestimmte Phasen des Lebens: Dem sterbenden Menschen kommt sie zu wie allen anderen Menschen auch. Wenn also in einem als unwürdig empfundenen Sterben nicht die Würde des Sterbenden verloren gehen kann, so muss sich diese Rede auf die aus der Würde folgenden Selbstbestimmungsrechte und Schutzansprüche beziehen, die missachtet werden können. Als zentral für diesen Schutz gilt der Menschenrechtstradition seit Kant das Verbot, den Menschen als ein bloßes Mittel zu behandeln. Der Mensch verliert somit nicht seine Würde, weil er elend erscheint und oder die Ziele seines Tuns nicht mehr selbst bestimmten kann, aber seine Würde wird verletzt, wenn diese Situation durch andere ausgenutzt wird, um ihn als Instrument für andere Zwecke zu nutzen (so auch Comité Consultatif National d'Éthique 2013). Ebenso wenig wie die Würde von außen abgesprochen werden kann, kann sie an eine Leistung des Individuums gebunden werden. Im Sinne des dargelegten Verständnisses der Menschenwürde ist es mithin auch nicht angezeigt, dem sterbenden Individuum eine bestimmte Einstellung oder Haltung abzuverlangen, durch die er selbst erst seine Würde wahren kann (vgl. Schockenhoff 1991, 47; zum Ausdruck „eigener Tod“ und seiner Verwendung vgl. Schockenhoff 2009).

Warum aber erscheint uns gerade in der Sterbephase die Menschenwürde als besonders leicht verletzlich? Der Grund hierfür kann nur in dem Umstand gesehen werden, dass der sterbende Mensch in höherem Maße abhängig von anderen Menschen ist, als es der gesunde Erwachsene ist, dass er vielfach schwach ist und in der Gefahr steht, zum Objekt fremder Interessen zu werden. Anders als das Kind kann sich der Sterbende auch später nicht wehren. Hierin liegt der Kern seiner möglichen Bedrohung. Die Gefahr für den Sterbenden liegt somit nicht schon allein im Einsatz technischer Mittel begründet, sie liegt nicht allein in der Künstlichkeit, mit der die Medizin ihm gegenübertritt. Keinesfalls kann also jeder Einsatz von Apparaten bei der Behandlung von Sterbenden ein unmenschliches Handeln sein.

Ein Verstoß gegen die Würde des Einzelnen wird er erst dort, wo das Hinauszögern des Todeseintritts nicht um des Patienten als Person willen erfolgt, sondern wo dies aus anderen Interessen geschieht, seien dies z. B. finanzielle Interessen des Krankenhauses oder der Erben oder die

Befriedigung des Ehrgeizes der behandelnden Ärzte. Ein Verstoß gegen die Menschenwürde kann dann aber auch da gegeben sein, wo die Entscheidung zum Behandlungsabbruch aus finanziellen Erwägungen erfolgt. Auch für die Praxis der indirekten und der passiven Sterbehilfe ist daher Transparenz zu fordern (vgl. Herdegen 2005, Art. 1 RN 85).

Verbot der Tötung

Anknüpfungspunkt der Debatte um die aktive Sterbehilfe ist zudem das Verbot der Tötung eines Menschen. Trotz mannigfacher Verstöße und vielfältiger Einschränkungsmöglichkeiten wird es kultur- und epochenübergreifend als allgemeine Regel verstanden, welche für das Zusammenleben der Menschen eine fundamentale Rolle hat. Zu diesen möglichen und moralisch unter bestimmten Voraussetzungen relevanten Eingrenzungen gehören die Forderungen nach einem Verbot der Tötung Unschuldiger und auch nach dem Verbot der Fremdtötung. Im Rahmen der Sterbehilfediskussion ist darauf zu verweisen, dass das Verbot der Tötung Unschuldiger prinzipiell auch ein Selbsttötungsverbot einschließen kann. Klammert das Verbot der Tötung Unschuldiger vor allem die Notwehrsituation aus, so impliziert das Verbot der Fremdtötung eine separate Betrachtung des Suizids.

„Bedingung für die Annahme der Zulässigkeit des Tötens eines Menschen aufgrund seines eigenen Verlangens ist, dass ein Mensch sein eigenes Leben überhaupt gezielt verkürzen darf“ (Hillebrand et al. 2014). Diese Bedingung ist in der aktuellen Diskussion aus dem Blick geraten, weil der Suizid in den meisten Rechtsordnungen nicht als Rechtsverstoß angesehen wird und Pflichten gegen sich selbst nach herrschender Überzeugung eher in den Bereich der privaten Moral gehören. Allerdings ist diese gesellschaftliche Haltung erst das relativ späte Resultat einer langen moralischen Kontroverse. Während für die Stoiker die Vervollkommnung der sittlichen Existenz unabhängig von ihrer Dauer betrachtet werden soll und Epikur den Suizid für erwägenswert hält, wenn dies der eigenen Glückseligkeit dienlich ist, suchen schon Platon und Aristoteles nach Gründen für seine sittliche Abwertung. So referiert Platon den pythagoreischen Gedanken, es könne nicht anzuraten sein, sich der göttlichen Obhut zu entziehen. Aristoteles sieht vor allem ein Unrecht gegenüber der Polis. Thomas von Aquin stellt diesen Argumenten den Gedanken voran, die Selbsttötung verstoße gegen eine natürliche Neigung zur Bewahrung des eigenen Daseins. Allerdings wird man hier nicht über-

sehen dürfen, dass die spezifisch menschliche Weise, das natürliche Streben zu verwirklichen, für Thomas von Aquin in der Selbstgestaltung durch die Vernunft liegt. Sittliche Verbindlichkeit hat das die praktische Vernunftentscheidung abschließende Gewissensurteil nach dieser Konzeption sogar dann, wenn es irrt (vgl. Honnefelder 1982). Die verschiedenen Gründe für die Verwerfung des Suizids wurden von David Hume einer kritischen Analyse unterzogen und sind in der liberalen Ethiktradition der Neuzeit nur selten rehabilitiert worden. Wer allerdings mit Karl Löwith jedes Verbot der Selbsttötung für religiös begründet erachtet (Löwith 1966, 277f.), wird auf die einschlägige Debatte bei Kant zu verweisen sein (vgl. dazu Ebeling 1979 sowie Pieper 1988; zur philosophiehistorischen Entwicklung vgl. allgemein Brody 1989; zur historischen Darstellung und systematischen Analyse vgl. Wittwer 2003).

Vielfach wird in der Diskussion geltend gemacht, für ein Verbot der Sterbehilfe müsse man ebenso wie für eine Kritik des freiwilligen Suizids auf eine Überzeugung von der Heiligkeit des Lebens rekurrieren. Doch auch wenn man diese Heiligkeit auf individuiertes Leben eingrenzt und als Höchstwert des Lebens menschlicher Wesen deutet, so leuchtet die Plausibilität dieser Position keineswegs ein. Mit der Begründung für ein uneingeschränktes Tötungsverbot nähme man das Argument in Kauf, dass der Anzahl von Menschen und ihrer Lebensdauer ein eigener Wert beigemessen werden müssten, unabhängig von der Qualität und ihrer Veränderung, die die Erhöhung der Zahl und die Verlängerung der Dauer für das Individuum und die Gemeinschaft bedeuten würden. Angesichts der Vielzahl von Einschränkungen, die das Tötungsverbot etwa in der christlichen Tradition erfahren hat, kann die Überzeugung von der Heiligkeit des Lebens auch nicht auf diese Autorität gegründet werden. Es liegt daher nahe, Leben nicht als höchstes Gut, sondern als grundlegendes Gut anzusehen: „Das Leben des Menschen ist für unsere menschliche Gemeinschaft das fundamentalste der Güter, das allen anderen Werten zugrunde liegt; aber es ist als konkrete leibliche Existenz der Güter höchstes nicht. Es stellt in dieser konkreten Form nicht einen Wert dar, der erwiesenermaßen nie mit einem anderen, wichtigeren und darum vorzugswürdigeren konkurrieren könnte“ (Böckle 1975, 72). Nur auf dieser Grundlage wird plausibel, warum Leben nicht um jeden Preis verlängert werden muss. Wenn es aber unplausibel und moralisch nicht geboten ist, Leben um jeden Preis zu verlängern, so wird gefragt, ob dann nicht auch das Mittel seiner gezielten Beendigung zulässig sei: Aktive Tötung und Sterbenlassen werden unter Hinweis auf den Um-

stand, dass in beiden Fällen der Tod resultiert und unter Umständen auch die Intention vergleichbar oder gar identisch ist, als moralisch äquivalent dargestellt.

Allerdings scheint das fundamentale Gut des Lebens durch eine gezielte Tötung in anderer Weise bedroht zu sein als durch den Verzicht auf medizinische Interventionen: „Im Falle einer Tötung ist eine Fehleinschätzung nicht mehr rückgängig zu machen, beim Sterbenlassen bzw. einer Entscheidung zum Therapieverzicht oder -abbruch sind gewisse Chancen gegeben, dass ein Patient trotz dieser Fehleinschätzung überlebt. Die Irrtumsmöglichkeit bei der Diagnosestellung zeigt also, dass auch ein rein folgenorientierter ethischer Ansatz die Äquivalenzthese nicht eindeutig durchzuhalten vermag“ (Zimmermann-Acklin 2002, 252). Es ist daher festzuhalten, dass sowohl der Abbruch einer Behandlungsmaßnahme als auch das Nichtbeginnen einer bestimmten Behandlung keine zureichende Bedingung für den Tod der Person bzw. des Patienten sind. Dies unterscheidet alle Formen des Sterbenlassens von der aktiven Sterbehilfe: Der Tod tritt im Falle der aktiven Sterbehilfe unabhängig von dem kritischen Gesundheitszustand ein. Das Verbot der Tötung verlangt daher kein Verbot des Sterbenlassens.

Rettung von Leben und Minderung von Leiden

Aufgrund der fundamentalen Bedeutung des Lebens hat die Rettung des Lebens generell einen hohen moralischen Stellenwert. Allerdings gibt es in der Betrachtung der Folgen intensivmedizinischer Behandlung und lebensrettender Maßnahmen in der Notfallmedizin seit Langem und über die verschiedenen ethischen Einschätzungen hinweg einen weitgehenden Konsens über das Erfordernis der Therapiebegrenzung und des Behandlungsabbruchs auch im Interesse des Patienten. Bereits Papst Pius XII unterschied vor diesem Hintergrund zwischen „ordentlichen“ und „außerordentlichen“ Maßnahmen und sah gerade bei den letzteren die Gefahr einer „dauernden enormen Herabminderung der freien Selbstbestimmung“ für den Fall, dass die basalen Lebensfunktionen künstlich erhalten würden ohne Chance, aus der Situation des „lebenden Automaten“ wieder heraustreten zu können. Seither hat sich gerade in der katholischen Moraltheologie die Überzeugung verfestigt, dass nicht nur die Behandlungsbegrenzung moralisch legitim und unter Umständen gefordert ist, sondern dass sich daraus auch die Legitimität des Abbruchs einer begonnenen Therapie und Behandlung ergibt. „Ebensowenig lässt sich

zwischen künstlicher Beatmung und der Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung ein moralisch relevanter Unterschied ausmachen, so dass die gleiche Überlegung prinzipiell auch die Einstellung künstlicher Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr – etwa mit Hilfe einer Magensonde – legitimieren kann“ (Schockenhoff 2004, 579, ähnlich auch die Argumentation des Dänischen Ethikrat, Danish Council 2005, 18). Die Bundesärztekammer führt dazu in der aktuellen Version ihrer „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ aus, dass auch Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr „für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können“ (Bundesärztekammer 2011, A 347). Es gelte daher, die subjektiven Empfindungen von Hunger und Durst zu stillen. Die Linderung des Leidens trete in dieser Phase in den Vordergrund und werde zur primären ärztlichen Verpflichtung. Daraus ergibt sich auch, dass eine „dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf“ (ebd., zur Entwicklung der Position der Bundesärztekammer vgl. Kliesch 2013).

Selbstbestimmung

Während die Forderung nach einem würdevollen Sterben sowohl von Befürwortern wie Gegnern der aktiven Sterbehilfe erhoben wird, ist die Selbstbestimmung, die in der Würde ihre Grundlage hat, das wichtigste Argument, dem Verlangen eines Sterbewilligen zu entsprechen und damit das zentrale Argument für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe.

Autonomie und Selbstbestimmung können allerdings in unterschiedlichen philosophischen Kontexten sehr unterschiedliche Bedeutung annehmen. Versteht man mit Kant Autonomie als Selbstgesetzgebung und das moralische Wesen als jenes, welches unter einem freien Selbstzwang steht, dann ist auch ein Verbot denkbar, welches die Vernichtung des eigenen Lebens als Grundlage der sittlichen Existenz ausschließt. Sofern man indes davon ausgeht, dass die Selbstbestimmung nur die freie Erfüllung von eigenen Präferenzen beinhaltet, kann diese nur durch Präferenzen anderer, nicht aber durch Pflichten sich selbst gegenüber eingegrenzt werden. Mithin kann nur das unfreiwillige Getötetwerden, nicht aber die freiwillige Euthanasie als moralisches Problem (vgl. etwa Harris 1995, 129f.) angesehen werden.

Anders als die Achtung der Menschenwürde wird allerdings das Prinzip der Selbstbestimmung in der ethischen Tradition und auch in den aktuellen Ansätzen der speziellen Ethik nicht der Abwägung gegen andere

Prinzipien enthoben. Demnach stünde der Schutz des Lebens und die Autonomie in einem Spannungsverhältnis, welches für bestimmte Handlungskonstellationen oder Einzelfälle eine Abwägung erforderlich macht. Ebenso sind Abwägungen zwischen dem Prinzip der Selbstbestimmung und dem Gebot, Gefährdungen des Gemeinwohls zu verhindern, grundsätzlich möglich und gegebenenfalls gefordert. Dabei könnte etwa die Rechtssicherheit als gefährdet angesehen werden oder auch die gesellschaftliche Solidarität mit Schwächeren.

Die wenigen Vorstöße zu einer rechtlichen Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe zeigen, dass zum Prinzip der Autonomie noch das Motiv des Mitleids hinzutreten muss, um einen Ausnahmetatbestand zum Tötungsverbot zu konstituieren. So haben etwa die Gerichte in den Niederlanden und in Belgien in der Vorgeschichte der gesetzlichen Liberalisierung auf eine *force majeure* verwiesen, welche das ärztliche Tötungshandeln erzwungen habe und dadurch erst das autonome Verlangen des kranken Patienten nach Sterbehilfe zur Legitimation werden ließ. Ebenso sprach auch die niederländische Ministerin bei der Vorstellung des geltenden Gesetzes in unserem Nachbarland von einem Gebot der Barmherzigkeit. Erst in der jüngeren Diskussion, etwa in den Niederlanden, aber auch in Frankreich, wird das Erfordernis des Mitleids und das einer Situation, die Mitleid hervorruft, relativiert zugunsten einer von einigen Debattanten prioritär gesetzten Selbstbestimmung des Einzelnen, die durch keine weiteren Gründe legitimiert werden müsse (so etwa auch die Beschreibung der Debatte durch das Comité Consultatif National d'Éthique 2013, 437).

Für die Zurückhaltung aller Gesetzgeber in diesem Bereich sind auch die Zweifel an einer freien Willensbildung der nach Sterbehilfe Verlangenden ausschlaggebend. Denn es erweist sich als schwierig, die Authentizität des Wunsches zu prüfen und zu verifizieren.

Diese Schwierigkeiten gelten auch für die Frage, ob die aufgezwungene Rettung eines Suizidenten tatsächlich eine Hilfe ist. Seit der Verschiebung der Frage nach der Legitimität des Suizid in die private Moral wird dies zu verneinen sein. Jemandem helfen bedeutet, ihn bei der Verwirklichung seines Willens zu unterstützen. Wann aber ist der Suizidversuch Appell, wann ist er momentaner Ausdruck der Resignation in einem aus verschiedenen Phasen bestehenden Prozess der Akzeptanz des eigenen Sterbens (vgl. Kübler-Ross 1969)? Auch wenn sehr häufig psychiatrische

und psychologisch gestützte Bedenken an dieser Authentizität angebracht sind, so erscheint es doch als unplausibel, hier zu generalisieren. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Nichthinderung des Suizid in deutlicher moralischer und rechtlicher Differenz zur aktiven Tötung zu betrachten.

Folgen für das Vertrauen in die Ärzteschaft

Schon Christoph Wilhelm Hufeland hatte in seinem „Enchiridion Medicum“ von 1836 gewarnt, dass der Arzt zum gefährlichsten Manne im Staat würde, wenn er eigene Urteile über den Wert des zu erhaltenden Lebens in sein Handeln einbezüge (vgl. Zimmermann-Acklin 2002, 46, sowie Zimmermann-Acklin 2013, 173). Aber auch dort, wo der Arzt sich selbst an den Willen des Patienten bindet und ihm die Beurteilung der eigenen Situation überlässt, kann eine Ärztin oder ein Arzt sich auf eine spezifische Zielsetzung berufen, die durch die Linderung und Heilung von Krankheiten ausgewiesen ist und weitergehende Forderungen abweist. So sahen die Hippokratischen Ärzte in der Diagnose, der Prognose, der Therapie und der Prophylaxe ihren Handlungsauftrag (Fleischhauer, Hermerén 2006, 18). Allerdings wurden diese Beschränkungen auch in antiker Zeit vielfach als nicht bindend erachtet (ebd. 21). Auch wenn man sich fragen kann, ob die Differenz zwischen Tun und Unterlassen im Hippokratischen Ethos nicht überzeichnet ist, so stellt sie doch für den Arzt, der mit dem Sterben konfrontiert ist, eine wichtige „Orientierungshilfe“ dar (Schockenhoff 2004, 587).

Die klare Bindung an Handlungsziele seitens der Ärztinnen und Ärzte hat auch Vorzüge aus der Sicht des Patienten. Auch der autonome, entscheidungsfähige Patient steht gegenüber seinem Arzt in einem asymmetrischen Verhältnis. Mit der Schwäche des Patienten wächst seine Abhängigkeit. In dieser Situation muss er darauf vertrauen können, dass sich der Arzt nicht nur durch äußere Regeln, sondern auch durch seine eigene Bindung an Pflichten und Zielsetzungen bestimmt weiß. Der Patient, der Heilung und Linderung sucht, darf nicht fürchten müssen, dass der Arzt einen einfacheren Ausweg aus dem Leiden in der Tötung sieht und sucht.

Gefahr eines Dammbrochs

Die Mehrzahl der Staaten geht nach wie vor davon aus, dass bei der Prüfung der Frage, ob die Freigabe der Tötung auf Verlangen eine ernste Schädigung des Gemeinwohls darstellen würde, die Beweislast bei dem-

jenigen liegt, der die Tötung freigeben will. Auf dieser Grundlage gilt, dass die Tötung auf Verlangen – wenn überhaupt – nur unter sehr eingeschränkten und kontrollierten Bedingungen dem Zugriff des Strafrechts entzogen werden kann. Die weltweit bei weitem vorherrschende Position ist, sie als Straftat anzusehen, welche nur im Einzelfall Verständnis, Milderung der Strafe oder Straffreistellung erfahren darf. Ein wichtiger Grund hierfür ist die Sorge vor einem moralischen Dammbbruch. Diese Sorge beinhaltet, dass die Akzeptanz einer bestimmten Handlung oder Handlungsklasse zur Akzeptanz verwandter Handlungen oder Handlungsklassen führt bzw. führen kann. Da diese Folge als moralisch problematisch gilt, wird auch die auslösende Handlung als problematisch angesehen. Es handelt sich also um ein Argument, das von den Handlungsfolgen ausgeht, ein konsequentialistisches Argument.

Dammbbruchargumente bzw. Argumente vom „schlüpfrigen Abhang“ (*slippery slope*) spielen in der Sterbehilfediskussion eine wichtige Rolle. Ein valides Argument stellen sie grundsätzlich dann dar, wenn sich zeigen lässt, dass die Erlaubtheit einer bestimmten Handlungsklasse tatsächlich die Duldung der unerwünschten Handlungsklasse wahrscheinlich macht und dass der Schaden der einen Handlungsklasse den Nutzen der an sich akzeptierten Handlung überwiegt. In diesem Fall muss versucht werden, durch bestimmte institutionelle Vorkehrungen die unerwünschte Folge zu verhindern. Scheint dies nicht möglich, so liegt gegebenenfalls auch ein Verbot der an sich akzeptablen Handlung bzw. Handlungsklassen nahe. Hinsichtlich der Sterbehilfe begegnen Dammbbruchargumente sowohl in der Variante eines logischen Arguments als auch eines empirischen Arguments. Das logische Argument besagt, dass die begriffliche Abgrenzung zwischen dem akzeptablen und dem nicht akzeptablen Handeln nicht gelingen kann. Die empirische Variante des Arguments versucht die tatsächliche Akzeptanz des eigentlich für nicht akzeptabel gehaltenen Handelns zu zeigen. Vor allem der Übergang von der Sterbehilfe in Situationen unerträglichen Leidens zur Sterbehilfe ohne diese Voraussetzung und der Übergang von der verlangten Euthanasie zur Euthanasie ohne Einwilligung wird als ein solcher Dammbbruch gedeutet. Die Debatte um die Gültigkeit und Aussagekraft dieser Hinweise bezieht sich auf die Praxis der Sterbehilfe vor allem in den Ländern, in denen die aktive Sterbehilfe begrenzt legalisiert wurde. In der Kontroverse beziehen sich beide Seiten auf empirische Befunde und deuten diese zum Teil in unterschiedlicher Weise (Keown 1995, Guckes 1997, Dieterle

2007, Pawlik 2013, 636-639, Comité Consultatif National d'Éthique 2013, 460). Auch der Hinweis auf die Gefahr einer schwindenden Solidarität mit Leidenden und Sterbenden ist als ein Dammbbruchargument zu deuten, wenn diese Gefahr aus der Legalisierung von aktiver Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen begründet wird.

Transparenz

Vergleicht man die verschiedenen Länder und ihre Regulationssysteme, so spielt die Praxis und die Diskussion um eine Dunkelziffer von illegalen Tötungen eine erhebliche Rolle. In einer Folge empirischer Studien mit Befragungen deutscher Ärzte ermittelte Karl-Heinz Wehkamp, dass der Wunsch von Patienten nach aktiver Sterbehilfe oder nach ärztlicher Hilfe beim Suizid zum Alltag in der Medizin gehöre (Wehkamp 1998, 16). Dieser Wunsch stoße zwar überwiegend auf Verständnis, ihm werde aber nur in den wenigsten Fällen entsprochen (ebd. 17). Aus jüngeren demoskopischen Untersuchungen geht hervor, dass der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe oder auch nach Suizidassistenten in Deutschland nur selten an Ärzte herangetragen werde (Allensbach-Archiv 2009).

Aus anderen Ländern wird berichtet, dass es unabhängig von einer entsprechenden Legalisierung in Kliniken, Heimen und bei niedergelassenen Ärzten zu Fällen aktiver Sterbehilfe ohne strafrechtliche Verfolgung komme bzw. gekommen sei (vgl. auch die Ausführungen des Comité Consultatif National d'Éthique 2013, 458, sowie Zimmermann-Acklin 2013, 163). Teilweise wird der Mangel einer offenen Debatte beklagt (Wehkamp 1998, 23f.). Allerdings wird die Bedeutung einer Transparenz oder ihres Fehlens nur selten einer ethischen Analyse unterzogen. Nach Göran Hermerén kann man sich verschiedene Möglichkeiten denken, Entscheidungen am Lebensende transparent und öffentlich zu machen. So könnten etwa nur die im Gesundheitswesen Tätigen damit befasst werden oder zusätzlich nur die Betroffenen und Angehörigen einbezogen sein (vgl. Hermerén 2003, 41). Hermerén selbst geht davon aus, dass, falls Sterbehilfe ethisch akzeptabel sei, eine öffentliche Dokumentation bzw. Transparenz anzuraten sei. Der Versuch, die bestehende Praxis zu verdecken, verursache dauerhaft mehr Schaden als Nutzen (ebd. 42f.). Über diese Überlegungen hinaus geht die Frage, ob die Transparenz selbst ein eigenständiger ethischer Wert ist und ob dieser sich unter einer Praxis der legalisierten Sterbehilfe besser realisieren lasse als

unter einem System der Restriktionen. Obschon dieses Argument in der Würdigung der niederländischen Entwicklung eine wesentliche Rolle spielt, wird es in den meisten Abhandlungen nicht analysiert.

Die Beschreibung von Grauzonen und der Hinweis auf Intransparenz scheint den Vorwurf der Doppelmoral zu enthalten: Etwas wird öffentlich verboten, faktisch aber geduldet. Ob dieser Vorwurf empirisch zutrifft, welche normativen Gründe den Vorwurf tragen und was daraus zu folgern ist, verdient ebenfalls zusätzliche Aufmerksamkeit und Überlegung.

Jedenfalls entspricht Offenheit, sofern wir es nicht mit der zu schützenden Privatsphäre zu tun haben, *prima facie* der Forderung nach Aufrichtigkeit. Sie korrespondiert einer Tugend der Wahrhaftigkeit bzw. einer diesbezüglichen Verpflichtung. Geht man zudem davon aus, dass Transparenz eine positive Wirkung auf das Vertrauen in ein System hat und dass solch ein Vertrauen wichtig ist für das Gesundheitssystem und die Einrichtungen, in denen Menschen sterben, dann hat das Gebot der Offenheit und Transparenz offensichtlich ein eigenständiges Gewicht. Allerdings kann es unter ethischen Gesichtspunkten eine Praxis nicht legitimieren, die nicht an sich legitim oder moralisch indifferent ist. Für den Bereich der Sterbehilfe wird man aber nach Würdigung der kontroversen Debatten davon auszugehen haben, dass zumindest nicht alle Formen der Sterbehilfe als uneingeschränkt legitim gelten können. Auch die auf Transparenz angelegte Praxis in den Niederlanden steht vor dem Hintergrund bleibender Strafdrohungen bei Fällen, in denen die ärztliche Sterbehilfe nicht gerechtfertigt ist oder in denen die gebotene Sorgfalt nicht gewahrt wurde. Die Bemühungen um eine umfassende empirische Aufarbeitung der Entscheidungen am Lebensende zeigen daher Grenzen: Grauzonen bleiben und Dunkelziffern können nur erahnt, nicht aber aufgedeckt werden. Ob diese Dunkelziffern innerhalb eines Systems der teilweise legitimierten Sterbehilfe kleiner sind als in Rechtssystemen, die die aktive Sterbehilfe generell mit Strafe bedrohen, kann weder mit logischen Gründen noch mit empirischen Belegen generell beantwortet werden.

LITERATUR

- *Allensbach-Archiv (2009): IfD-Umfrage 5265, 2009.*
- *Böckle, F. (1975): Recht auf menschenwürdiges Sterben: Überlegungen zur Diskussion über Töten auf Verlangen, in: Evangelische Kommentare 8 (2), 71-74.*
- *Brody, B.A. (1989): Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes, Dordrecht (Philosophy and Medicine 35), 9-38.*
- *Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 108 (7), A346-A348.*
- *Danish Council of Ethics (2005): Euthanasia – legalizing killing on request?, http://www.etiskraad.dk/en/Udgivelser/~~/media/publications-en/euthanasia-and-conditions-of-the-dying/end-of-life/End_of_life.pdf (Stand: Juli 2014), 113-181.*
- *Comité Consultatif National d'Éthique (2013): Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, Avis n°121, France, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 2013, hrsg. v. D. Sturma, L. Honnefelder, M. Fuchs, Berlin, 427-483.*
- *Dieterle, J.M. (2007): Physician assisted suicide: a new look at the arguments, in: Bioethics, 21, 3, 127-139.*
- *Ebeling, H. (1979): Selbsterhaltung und Selbstbewußtsein. Zur Analytik von Freiheit und Tod, in: Symposium 60, 43-71.*
- *Fleischhauer, K., Hermerén, G. (2006): Goals of Medicine in the Course of History and Today, Stockholm.*
- *Guckes, B. (1997): Das Argument der schiefen Ebene: Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion, Stuttgart.*

- Harris, J. (1995): *Der Wert des Lebens: Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin.
- Herdegen, M. (2005): *Sterben in Würde*, in: Mauz, Th., Dürig, G. (Hg.): *Grundgesetz: Kommentar*, Art. 1 RN 85, München, 52-53.
- Hermerén, G. (2003): *The debate about dignity*, in: Council of Europe (Hg.): *Euthanasia: Volume I – Ethical and human aspects*, Strasbourg, 37-57.
- Hillebrand, I. et al. (2014): *Blickpunkt: Sterbehilfe*, <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe><http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe> (Stand: Juli 2014).
- Honecker, M. (2001): *Die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe*, in: Honecker, M. et al.: *Humane Sterbebegleitung*, Sankt Augustin, 7-12.
- Honnefelder, L. (1982): *Praktische Vernunft und Gewissen*, in: Hertz, A. et al. (Hg.): *Handbuch der christlichen Ethik* (3), Freiburg i. Br., 19-42.
- Keown, J. (1995): *Euthanasia examined: Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge.
- Kliesch, F. (2013): *Das Ethos der Bundesärztekammer. Eine Untersuchung ihrer Verlautbarungen zu Themen des Lebensanfangs und Lebensendes*. (Edition Ethik, hrsg. v. Anselm, R. und Körtner, U. H. J., Band 10) Göttingen.
- Kübler-Ross, E. (1969): *Interviews mit Sterbenden*, 18. Aufl., Stuttgart.
- Löwith, K. (1966): *Die Freiheit zum Tode*, in: Löwith, K. (Hg.): *Zur Kritik der christlichen Überlieferung. Vorträge und Abhandlungen*, Stuttgart, 274-289.
- Pawlik, M. (2013): *Erlaubte aktive Sterbehilfe? Neuere Entwicklungen in der Auslegung von § 216 StGB*, in: Zöller, A. Hilger, H. Küper, W., Roxin, C. (Hg.), *Gesamte Strafrechtswissenschaft in internationaler Dimension. Festschrift für Jürgen Wolter zum 70. Geburtstag am 7. September 2013*, Berlin, 627-642.

- Pieper, A. (1988): *Selbsttötung, III. Ethische Positionen*, in: *Staatslexikon: Recht, Wirtschaft, Gesellschaft*, 7. Aufl., Bd. 4, Freiburg i. Br., 1157-1163.
- Pohlmeier, H. (1995): *Sterbehilfe – Sterben in Würde?*, München (*Politische Studien* 340), 115-124.
- Schockenhoff, E. (1991): *Sterbehilfe und Menschenwürde: Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg.
- (2004): *Selbstbestimmt sterben?: Zur Kritik der Euthanasie*, in: *Internationale Katholische Zeitschrift Communio* 33 (6), 574-589.
- (2009): *Was heißt menschenwürdig sterben?*, in: Thies, C. (Hg.), *Der Wert der Menschenwürde*, Paderborn u. a., 193-206.
- Schöne-Seifert, B. (1997): *Die Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen*, in: Honnefelder, L. et al. (Hg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 2, Bonn, 205-226.
- Vossenkuhl, W. (1995): *Würde im Sterben*, München (*Politische Studien* 340), 26-36.
- Wehkamp, K.-H. (1998a): *Sterben und Töten: Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer empirischen Studie*, Dortmund (*Berliner Medizinethische Schriften* 23).
- (1998b): *Lebensende: Zwischen Medizinisierung und Sterbekultur*, in: Becker, U., Feldmann, K., Johannsen, F. (Hg.): *Sterben und Tod in Europa*, Neukirchen-Vluyn, 59-63.
- Wittwer, H. (2003): *Selbsttötung als philosophisches Problem: Über die Rationalität und Moralität des Suizids*, Paderborn.
- Zimmermann-Acklin, M. (2002): *Euthanasie: Eine theologisch-ethische Untersuchung*, 2. Aufl., Freiburg i. U.
- Zimmermann-Acklin, M. (2013): *Sterben als Aufgabe? Ethische Überlegungen zu schwierigen Entscheidungen am Lebensende*, in: Winiger, B., Becchi, P., Avramov, P., Bacher, M. (Hg.): *Ethik und Recht in der Bioethik Ethique et Droit en matière de Bioéthique*, Sinzheim, 159-173.

3. RECHTLICHE SITUATION UND ETHISCHE DISKUSSION IM LÄNDERVERGLEICH

3.1. DEUTSCHLAND

Der Umgang mit sterbenden Patienten und Fragen der Sterbehilfe werden in Deutschland in unterschiedlichen Zusammenhängen intensiv und kontrovers diskutiert. Den Rahmen bilden dabei das Strafrecht, die Rechtsprechung der Gerichte sowie eine fortlaufende Urteilsbildung in der Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit.

Nach dem deutschen Strafgesetz sind weder der Suizid noch die Beihilfe zum Suizid strafbare Handlungen. Die Termini „Sterbehilfe“ und „Euthanasie“ begegnen nicht im Gesetzestext. Die in der rechtswissenschaftlichen Literatur als aktive Sterbehilfe qualifizierten Handlungen fallen unter den § 216 StGB, der die Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt, das Strafmaß indes deutlich niedriger ansetzt als bei den anderen strafbaren Tötungsdelikten.

Zur Genese der Rechtslage

Schon in der Carolina, der peinlichen Gerichtsordnung Karls V. von 1532, wurde die Selbsttötung nicht als Straftat angesehen. Allerdings ging die deutsche Strafrechtslehre vielfach davon aus, dass der Suizid zwar straffrei, wohl aber

rechtswidrig sei. Im 19. Jahrhundert setzte sich die Auffassung mehr und mehr durch, dass Pflichten gegen sich selbst allenfalls als moralische Pflichten zu verstehen seien, nicht aber Rechtsverhältnisse konstituieren. Entsprechend ging bereits das preußische StGB von 1851 von der Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid aus. Das Strafgesetzbuch für den Norddeutschen Bund sah sodann – paradigmatisch für die weitere Entwicklung des deutschen Strafrechts – die Privilegierung der Tötung auf Verlangen gegenüber anderen Tötungsdelikten vor (vgl. Jakobs 1998, 12f.). Bereits die Reform des allgemeinen Preußischen Landrechts von 1794 hatte das Strafmaß für den Fall, dass jemand „tödlich Verwundeten oder sonst Todkranken in vermeintlich guter Absicht das Leben abkürzt“, dem für die fahrlässige Tötung gleichgestellt und damit von der Hinrichtung durch das Schwert abgesehen (Zimmermann-Acklin 2002, 44, zum historischen Hintergrund vgl. auch Koch 1991, 35f. und Eser 1998, 448).

Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid

Damit waren schon früh die strafrechtlichen Grundlagen für die bundesdeutsche gesetzliche Regelung gelegt: Nach dieser ist aktive direkte Sterbehilfe ausnahmslos verboten und mit Strafe bedroht. Durch das Verlangen des Opfers wird ein eigener privilegierter Straftatbestand konstituiert. Der Helfer macht sich wegen Tötung auf Verlangen (StGB § 216) strafbar. Mitleid kann als Handlungsmotiv in der Strafzumessung berücksichtigt werden. Nach geltendem Recht und der deutschen Rechts tradition ist eine solche Tötung abzugrenzen von der nicht strafbaren Suizidbeihilfe, bei der der Suizident die Herrschaft über den Geschehensablauf jederzeit selbst in der Hand behält. Auch die Anstiftung zum Suizid ist kein Straftatbestand. Allerdings können unter bestimmten Umständen bei Suiziden Vorwürfe der unterlassenen Hilfeleistung erhoben werden, die zu einer Bestrafung wegen Tötung durch Unterlassen – bei bestehender Garantenstellung – oder zur Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß § 323 c StGB führen können (zu den näheren Umständen und zur Möglichkeit der Wertung als Tötungsdelikt durch Unterlassen vgl. Koch 1996a, 108).

Zwischen Rechtsprechung und Literatur ist insbesondere umstritten, inwieweit einen dem Suizid Beiwohnenden Verpflichtungen treffen, den Suizidenten zu retten, sobald er in das Stadium der Bewusstlosigkeit eingetreten ist. Die Rechtsprechung geht beinahe uneingeschränkt von dieser Verpflichtung aus. Dies wird in der Literatur zumeist dahingehend

kritisiert, dass die nach der Dogmatik des deutschen Strafrechts eigentlich straffreie Beihilfe zum Suizid zur Ausnahme wird, ihre Strafbarkeit dagegen der Regelfall (Schrader 2012, Gavela 2013, 39-41, 44-46).

Indes sind der Verzicht oder die Beendigung lebensverlängernden Maßnahmen nach einhelliger Meinung der Rechtsprechung und Literatur nicht rechtswidrig, wenn dies dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Auch für den Arzt besteht keine Verpflichtung, ein zu Ende gehendes Leben mit allen technisch möglichen Mitteln zu verlängern. Dies stellte auch der BGH bereits in der Wittig-Entscheidung 1984 klar. Allerdings gibt es hierzu ebenso wie für schmerzlindernde Maßnahmen mit lebensverkürzender Wirkung keine gesetzliche Regelung.

Zu erinnern ist daran, dass es Mitte der 1980er Jahre mit dem „Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe“ einen von prominenten Strafrechtsexperten getragenen Versuch einer Reform gab (vgl. Baumann et al. 1986). Der Vorschlag beinhaltete eine Klarstellung der Rechtmäßigkeit des (einverständlichen und einseitigen) Behandlungsabbruchs, der leidensmindernden Maßnahme mit Lebensverkürzungsrisiko, der Nichthinderung des Suizids sowie die fakultative Straffreistellung für Tötung auf Verlangen in extremen Leidenssituationen. Diesem sachlichen Anliegen hatte sich im Wesentlichen auch der 56. Deutsche Juristentag 1986 angeschlossen (Bericht in NJW 1986, Heft 49, 3063ff.). Ein Eingreifen des Gesetzgebers wurde jedoch nicht für erforderlich gehalten, weil man die Durchsetzung dieser Maßnahmen der Rechtsprechung überlassen könne. Demzufolge gibt es bis heute keine gesetzlich detaillierte Regelung zur Sterbehilfe (vgl. Eser 1998, 449, vgl. Grimm, Hillebrand 2009, 13-19). Insofern bleibt die Rechtslage trotz systematischer Klärung durch den Gesetzgeber und die oberen Gerichte unübersichtlich (Schrader 2012, 53).

Selbstbestimmung des Patienten

Die Beendigung oder der Verzicht auf zusätzliche Behandlungsmaßnahmen ist unter bestimmten Voraussetzungen nicht nur nicht rechtswidrig, er kann sogar rechtlich geboten sein: „Was den einwilligungsfähigen Patienten betrifft, so besteht heute Einigkeit darüber, dass im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung das Selbstbestimmungsrecht Vorrang vor der Unversehrtheit des Lebens besitzt. Der Arzt hat den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten

zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit der aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose oder Therapiemaßnahme deckt. Dies gilt auch für die Beendigung bereits eingeleiteter Maßnahmen“ (Eisenbart, Simon 2002, 76, vgl. auch Grimm, Hillebrand 2009, 48-51).

Auch dies wurde bereits in der Wittig-Entscheidung des BGH in einem höchstrichterlichen Urteil festgestellt. Dennoch herrschten vor allem bei Medizinern Zweifel und Unklarheiten darüber, inwiefern die Nichtvornahme oder vor allem der Abbruch einer Behandlung zu einer Strafbarkeit führen könnte.

Diese Zweifel wurden zum einen durch die Änderung des deutschen Betreuungsrechtes im Jahr 2009 und zum anderen durch das viel beachtete Urteil des BGH aus dem Jahr 2010 behoben.

Das neue Betreuungsrecht und die Entscheidung des BGH im Fall Küllmer

Mit dem dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 27. September 2009 wurde eine in Deutschland seit längerer Zeit geführte Debatte um die rechtliche Bindungswirkung von Patientenverfügungen beendet (Schrader 2012, 171). Seitdem sind in § 1901 a BGB die Patientenverfügung und ihre rechtlichen Wirkungen verbindlich im deutschen Recht verankert. Eine Patientenverfügung liegt gemäß der Legaldefinition in § 1901 a Abs. 1 BGB vor, wenn ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festlegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.

Bei Vorliegen einer Patientenverfügung ist im Fall der Einwilligungsunfähigkeit des Verfügenden der gesetzliche Betreuer dazu verpflichtet, die Festlegungen der Patientenverfügung dahingehend zu überprüfen, ob sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Verfügenden zutreffen. Sofern dies der Fall ist, ist der Betreuer dazu verpflichtet, dem in der Patientenverfügung niedergelegten Willen des Patienten Ausdruck zu verleihen und für seine Umsetzung zu sorgen.

Der Gesetzesbegründung ist dabei eindeutig zu entnehmen, dass der Gesetzgeber die Fortwirkung der freien Willensentscheidung des Patienten schützen wollte. Hierin heißt es: „[E]ine Einwilligung des Betreuers in die anstehende ärztliche Behandlung [ist] nicht erforderlich, da der Betreute diese Entscheidung bereits selbst getroffen hat und diese für den Betreuer bindend ist“ (BT-Drs. 16/8442, 14). Dem Betreuer kommt somit bei einer bestehenden wirksamen Patientenverfügung lediglich die Aufgabe zu, den Willen des Patienten kund zu tun und ihm Geltung zu verschaffen.

Obwohl die Neuregelungen über die Patientenverfügung im Bereich des Betreuungsrechts angesiedelt sind, gilt die Wirkung der Patientenverfügung gegenüber Ärzten auch bei nicht betreuten Personen. So gilt in jedem Fall, in dem eine wirksame, einschlägige Patientenverfügung besteht, dass lediglich diese als Einwilligung in die medizinische Behandlung oder deren Abbruch gelten kann. Jede Vornahme entgegen dem in der Patientenverfügung geäußerten Willen erfolgt ohne Einwilligung und ist somit rechtswidrig (Hörr 2011). Dies wurde durch eine erneute Gesetzesänderung Anfang 2013 bestärkt, als mit Umsetzung des neuen Patientenrechtegesetzes der ärztliche Behandlungsvertrag explizit im BGB aufgenommen wurde. Der neu eingefügte § 630 d BGB stellt klar: „Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt.“ Stärker noch als im Betreuungsrecht kommt hierin die unmittelbare Bindungswirkung der Patientenverfügung auch gegenüber dem Arzt zur Geltung.

Weitere Sicherheit schaffte das BGH-Urteil vom 25. Juni 2010. In dem vorliegenden Fall hatte der BGH darüber zu entscheiden, ob die Einstellung der künstlichen Ernährung durch das Durchschneiden des Schlauchs der Magensonde, die die Patientin am Leben erhielt, strafbar war oder nicht. Im Rahmen dieses Urteils stellte der BGH zunächst klar, dass die unmittelbare Wirkung von Patientenverfügungen eindeutig im neuen Betreuungsrecht geregelt sind. Er führte dazu aus, „dass der tatsächliche oder mutmaßliche, etwa in konkreten Behandlungswünschen zum Ausdruck gekommene Wille eines aktuell einwilligungsunfähigen Patienten unabhängig von Art und Stadium seiner Erkrankung verbindlich sein und

den Betreuer sowie den behandelnden Arzt binden soll.“ Der BGH machte darüber hinaus deutlich, dass die Neuregelungen des Patientenverfügungsgesetzes auch im Strafrecht gelten. Insbesondere nahm der BGH zu der zu diesem Zeitpunkt weit vertretenen Ansicht Stellung, dass passive Sterbehilfe nur dann erlaubt sei, wenn der Patient bereits schwerwiegend erkrankt ist und sein Tod absehbar ist. Diese Ansicht sei vor allem aufgrund eines Beschlusses des BGHs vom 17. März 2003 entstanden, ihr sei aber nicht zuzustimmen. Auf die Art und Schwere der Erkrankung komme es nicht an. Ferner stellte der BGH klar, dass die Wiederaufnahme einer Behandlung oder ihre Einleitung gegen den Willen des Patienten eine Verletzung seiner körperlichen Integrität und seines Selbstbestimmungsrechts darstelle. Der Schwerpunkt der Entscheidung lag hingegen auf der bis dahin nicht gerichtlich geklärten Frage, inwieweit für die Rechtswidrigkeit eines Behandlungsabbruchs ein aktives Tun oder ein Unterlassen entscheidend ist.

Eine Abgrenzung zwischen strafbarer und nicht strafbarer Handlung wurde bis dahin anhand des äußeren Erscheinungsbildes vorgenommen. Sofern eine aktive Handlung erforderlich war, um die Behandlung des Patienten abzubrechen, handelte es sich um aktive Sterbehilfe und somit um eine Straftat. Lediglich das Unterlassen jeglicher Handlung, in diesem Zusammenhang also die reine Nichtvornahme einer Behandlung, wurde als erlaubte passive Sterbehilfe angesehen. Von dieser Ansicht hat sich der BGH in seinem Urteil eindeutig abgewendet. Vielmehr stellt er klar, dass ein Behandlungsabbruch sich nicht in „bloßer Untätigkeit“ erschöpfe, sondern sowohl aktive als auch passive Handlungen umfasse, bei denen es lediglich vom Zufall abhängt, ob sie nach der Dogmatik des deutschen Rechts unter Strafe gestellt würden. „Es ist deshalb sinnvoll und erforderlich, alle Handlungen, die mit einer solchen Beendigung einer ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehen, in einem normativ-wertenden Oberbegriff des Behandlungsabbruchs zusammenzufassen, der neben objektiven Handlungselementen auch die subjektive Zielsetzung des Handelnden umfasst, eine bereits begonnene medizinische Behandlungsmaßnahme gemäß dem Willen des Patienten insgesamt zu beenden oder ihren Umfang entsprechend dem Willen des Betroffenen oder seines Betreuers nach Maßgabe jeweils indizierter Pflege- und Versorgungserfordernisse zu reduzieren.“

Aktuelle rechtspolitische Diskussion

Seit dem neuen Gesetz über Patientenverfügungen und dem Urteil des BGH zur Strafbarkeit des Behandlungsabbruchs von 2010 ist die Debatte um die Bindungswirkung von Patientenverfügungen und die damit einhergehende Möglichkeit, sich keiner Behandlung zu unterziehen, obwohl dies zum Tod führt, weitestgehend beendet.

Mehr oder weniger explizite Forderungen zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe (vgl. etwa Kusch 2006 oder eher im Gestus der Andeutung Baltés 2005) befördern zwar in regelmäßigen Abständen die gesellschaftliche Diskussion und akademische Debatten, haben aber seit längerer Zeit nicht mehr den Charakter eines echten, systematisch erarbeiteten und politisch vorbereiteten Reformvorhabens angenommen. Rechtspolitisch sind sie in den vergangenen Jahren ohne Bedeutung geblieben. Deutsche Gerichte sind nur selten mit Anklagen wegen Tötung auf Verlangen befasst (s. aber Amtsgericht Berlin-Tiergarten 2005, 298). Zudem bleibt festzuhalten, dass der Bereich der Nichthinderung des Suizids gesetzlich nicht eindeutig geregelt ist. Im September 2006 hat die strafrechtliche Abteilung des Deutschen Juristentages das Thema Sterbehilfe erneut auf die Agenda gesetzt. Hierzu wurde ein Gutachten des Bonner Kriminologen Torsten Verrel vorgelegt. Es knüpft inhaltlich an den Entwurf eines Alternativgesetzes zur Sterbebegleitung an, den eine Gruppe von renommierten Strafrechtswissenschaftlern, darunter neben Heinz Schöch und Torsten Verrel auch Hans Lilie, Claus Roxin und Hans-Ludwig Schreiber ein Jahr zuvor publiziert hatte (Schöch et al. 2005). Ausgehend von der strafrechtlichen Verurteilung der Tötung auf Verlangen werden Klarstellungen hinsichtlich der Nichthinderung des Suizids und Einschränkungen der Garantienpflichten bezüglich entsprechender Beihilfehandlungen gefordert (Deutscher Juristentag 2006, 25-28; zur Kontroverse vgl. etwa Kreß 2006 und Tolmein 2006). Das Gutachten wie auch der publizierte Alternativentwurf legen den Schwerpunkt darauf, das Strafrecht so zu modifizieren, dass Hindernisse für eine effektive Schmerzlinderung am Lebensende beseitigt werden.

Sie reagierten damit auf Entscheidungen von Zivilgerichten und insbesondere der Zivilsenate des BGH, welche zu Irritationen hinsichtlich der Reichweite des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende geführt hatten, die sich nach ihrer Einschätzung bis in den strafrechtlichen Beurteilungsbereich auswirkten. Die zivilrechtliche Verbindlichkeit von Patientenverfü-

gungen sollte auch im Strafrecht ausdrücklich anerkannt werden (Deutscher Juristentag 2006, 26). Ähnlich wie der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme vom Juli 2006 (Nationaler Ethikrat 2006b, 53-55) mahn-ten der Alternativentwurf und das Gutachten eine veränderte Terminologie an und betrachten die Begriffe aktive, passive und indirekte Sterbehilfe als problematisch.

Den Forderungen des deutschen Juristentages und des nationalen Ethikrates wurde, abgesehen von der Änderung des deutschen Strafrechts in Bezug auf die Sterbehilfe, durch die neuen Entwicklungen im deutschen Recht weitestgehend nachgekommen.

Die zuletzt veröffentlichten Arbeitspapiere der Bundesärztekammer, die sich mit Patientenverfügungen und ärztlich begleitetem Sterben auseinandersetzen, bringen keine neuen Impulse für den Fortgang einer eventuellen Debatte um die Sterbehilfe. Vielmehr beschränkt sich die Bundesärztekammer darauf, die aktuelle Rechtslage wiederzugeben und im Rahmen der geltenden Gesetze dem Arzt Handlungsalternativen anzubieten, die im wesentlichen jedoch dem Inhalt der Vorschriften über Patientenverfügungen entsprechen (vgl. Bundesärztekammer 2013 und Bundesärztekammer 2011; zur Diskussion des Deutschen Ärztetages vgl. Wenker 2012 und Wiesing 2012; zur rechtsdogmatischen Auslegung von §216 StGB vgl. Pawlik 2013).

LITERATUR

- *Amtsgericht Berlin Tiergarten (2005): Urteil v. 13.9.2005 – (237) 1 Kap Js 2655/04 (19/05), in: Medizinrecht (2006) 5, 298.*
- *Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebens-Ende“ (2004): Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen, Online-Version (Stand: Mai 2006).*

- *Ärztezeitung (2004a): Sterbehilfe: Zenz gegen neues Gesetz, http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/06/21/113a_0702.asp?cat=/magazin/sterbehilfe (Stand: August 2006).*
- *(2004b): Hoppe kritisiert Zypries-Gremium, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/06/11/107a0103.asp?cat=/magazin/sterbehilfe> (Stand: August 2006).*
- *Antoine, J. (2002): Aktive Sterbehilfe in der Grundordnung, Berlin.*
- *Baltes, P. B. (2005): Die Freiheit der Ältesten: Entscheidungen am Lebensende, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung 57 (251), 37.*
- *Baumann, J. et al. (1986): Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe: (AE-Sterbehilfe), Stuttgart.*
- *Bavastro, P. (2003): Aktive Euthanasie in Holland, Deutschland und der Schweiz: rechtliche Situation und ethische Probleme, in: Heusser, P., Riggerbach, B. (Hg.): Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Euthanasie: die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht, Bern, 9-25.*
- *Benzenhöfer, U. (1999): Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München.*
- *Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004): Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten, Heidelberg.*
- *Birnbacher, D. (2000): Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland, in: Gordijn, B., Have H. ten (Hg.): Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, Stuttgart-Bad Cannstatt, 419-432.*
- *Böckle, F. (1975): Recht auf menschenwürdiges Sterben: Überlegungen zur Diskussion über Töten auf Verlangen, in: Evangelische Kommentare 8 (2), 71-74.*

- *Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 108 (7), 346-348.*
- *(2013): Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, in: Deutsches Ärzteblatt 110 (33-34), 1580-1585.*
- *Bundesgerichtshof (2003): Beschluss des XII. Zivilsenats vom 17. März 2003, Online-Version (Stand: Mai 2006).*
- *Bundesministerium der Justiz (2004): Bundesjustizministerin Zypries: Aktive Sterbehilfe ist und bleibt verboten, http://www.bmj.bund.de/enid/89a91a492f3372340ae734da3d9de758,0/Juni/Berlin__10_06_2004_-_Patientenautonomie_am_Lebensende_n6.html (Stand: Mai 2006).*
- *Deutscher Ärztetag (1995): Entschließung des 98. Deutschen Ärztetags 1995 zur Aktiven Sterbehilfe, in: Deutsches Ärzteblatt 92 (23), 1687.*
- *Deutscher Juristentag (2006): 66. Deutscher Juristentag, Stuttgart, 19. bis 22. September 2006 – Thesen der Gutachter und Referenten, http://www.djt.de/files/66_DJT_Thesen.pdf (Stand: September 2006).*
- *Enquete-Kommission Ethik und Recht der Modernen Medizin (2004): Zwischenbericht Patientenverfügungen, http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/berichte_stellg/04_12_16_kurzfassung_zwischenbericht_patientenverfuegungen.pdf (Stand: Mai 2006).*
- *Eisenbart, B., Simon, A. (2002): Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung – Kontroversen um die Gestaltung des Lebensende, in: Frewer, A., Winau, R. (Hg.): Ethische Kontroversen am Ende des menschlichen Lebens, Erlangen, Jena, 76-93.*
- *Eser, A. (1998): Sterbehilfe: 2. Rechtlich, in: Korff, W. et al. (Hg.): Lexikon der Bioethik, Bd. 3, Gütersloh, 448-451.*

- Gavela, K. (2013): *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, Berlin, Heidelberg (Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 39).
- Gordijn, B. (2000): *Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland: Ein Vergleich aus historischer Sicht*, in: Gordijn, B., Have, H. ten (Hg.): *Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad Cannstatt, 303-343.
- Hamm, R. et al. (1986): *56. Deutscher Juristentag: Der Tagungsverlauf*, in: *Neue juristische Wochenschrift* 49, 3063 ff.
- Hillebrand, I., Rose, C., Campe, K., Halsband, A., Möbus, F, Wagner, R., Tambornino, L. Wellman, M., Weifen, M. Heinrichs, B., Ullrich, R., Coninx, S., Jahangiri, M., Lanzerath, D., Risse, J., Pier, J., (2014): *Blickpunkt: Sterbehilfe*, <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe> (Stand: August 2014).
- Höfling, W. (2006): *Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz)*, in: *Medizinrecht* 24 (1), 25-32.
- Hörr, C. (2011): *Passive Sterbehilfe und betreuungsgerichtliche Kontrolle*, Baden-Baden.
- Jakobs, G. (1998): *Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem*, in: *Bayerische Akademie der Wissenschaften (Hg.): Sitzungsberichte Jahrgang 1998, Heft 2*, München.
- *Kirchenamt der Evangelischen Kirchen in Deutschland (1996): Im Sterben: Umfängen vom Leben. Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996: „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“*, http://www.ekd.de/EKD-Texte/2064_sterben_1996.html (Stand: Mai 2006).

- Koch, H.-G. (1991): *Bundesrepublik Deutschland*, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i. Br., 31-193.
- (1996a): *Suizid und Sterbehilfe: Eine rechtliche Bestandsaufnahme*, in: Anschütz, F., Wedler, H.-L. (Hg.): *Suizidprävention und Sterbehilfe*, Berlin, 101-115.
- (1996b): *Sterbehilfe als Aufgabe der Rechtspolitik*, in: Anschütz, F., Wedler, H.-L. (Hg.): *Suizidprävention und Sterbehilfe*, Berlin, 253-257.
- Kress, H. (2005): *Sterbehilfe: Geltung und Reichweite des Selbstbestimmungsrechts in ethischer und rechtspolitischer Hinsicht*, 2. Aufl., Bochum (Medizinethische Materialien 156).
- (2006): *Patientenverfügungen und Sterbehilfe im Licht des Rechts auf Selbstbestimmung. Nach 20 Jahren ein neuer ‚Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung‘ als Thema des Deutschen Juristentages*; in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, (50) 163-169.
- Kübler-Ross, E. (1969): *Interviews mit Sterbenden*, 18. Aufl., Stuttgart.
- Kusch, R. (2006): *Tabu Sterbehilfe*, in: *Neue juristische Wochenschrift* 5, 261-264.
- Kutzer, K. (2002): *Aktive und passive Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen, assistierter Suizid*, in: Schumpelick, V. (Hg.): *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde: Ein deutsch-niederländischer Dialog*, Freiburg i. Br., 144-155.
- Lammich, S., Koch, H.-G. (1991): *Deutsche Demokratische Republik*, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i. Br., 195-218.
- Lutterotti, M. von (1989): *Sterbehilfe*, in: Eser, A. (Hg.): *Lexikon: Medizin, Ethik, Recht*, Freiburg i. Br., 1086-1101.

- *Nationaler Ethikrat (2006a): Tagungsdokumentationen: Wie wir sterben/Selbstbestimmung am Lebensende, Berlin.*
- *(2006b): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme, Berlin.*
- *Pawlik, M. (2013): Erlaubte aktive Sterbehilfe? Neuere Entwicklungen in der Auslegung von §216 StGB, in: Zöllner, A. Hilger, H. Küper, W., Roxin, C. (Hg.), Gesamte Strafrechtswissenschaft in internationaler Dimension. Festschrift für Jürgen Wolter zum 70. Geburtstag am 7. September 2013, Berlin, 627-642.*
- *Pius XII. (1957): Rechtliche und sittliche Fragen der Wiederbelebung, in: Acta Apostolicae Sedis 49, 1027-1033.*
- *Pressestelle des Bundesgerichtshofs (2003): Bundesgerichtshof zur vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung von Betreuerentscheidungen im Zusammenhang mit lebensverlängernden Maßnahmen an einwilligungsfähigen Patienten, in: Beschluss des XII. Zivilsenats vom 17. März 2003, Online-Version (Stand: Mai 2006).*
- *Renesse, M. von, Riedel, U. (2005): Entwurf eines Gesetzes zur Regelung von Patientenverfügungen im Betreuungsrecht und zur Klarstellung strafrechtlicher Grenzen bei der Sterbebegleitung, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Sterben in Würde: Ethische, medizinische und rechtliche Herausforderungen, Bonn, 14-26.*
- *Schöch, H. et al. (2005): Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB), in: Goldammer's Archiv für Strafrecht (10), 553-586.*
- *Schockenhoff, E. (2000): Töten oder Sterbenlassen: Worauf es in der Euthanasiediskussion ankommt, in: Gordijn, B., Have H. ten (Hg.): Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, Stuttgart-Bad Cannstatt, 459-476.*
- *(2004): Selbstbestimmt sterben?: Zur Kritik der Euthanasie, in: Internationale Katholische Zeitschrift Communio 33 (6), 574-589.*
- *Schrader, T. (2012): Sterbehilfe, Geschichte und Recht in Europa am Beispiel Deutschland und Frankreich, Marburg.*

- *Sekretariat der Bischofskonferenz (1980): Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie. 5. Mai 1980, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html (Stand: Mai 2006).*
- *(1995): Johannes Paul II.: Enzyklika Evangelium vitae, Bonn, 64-67, Online-Version (Stand: Mai 2006).*
- *Sénat (1999): L'euthanasie: Allemagne, http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html (Stand: Mai 2006), 6-9.*
- *(2004): Les droits du malade en fin de vie: Allemagne, Paris, 13-16.*
- *Sohn, W. (2001): Germany, in: Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects, Stuttgart, 67-80.*
- *Sporcken, P. (1989): Sterbebeistand/Sterbebegleitung, in: Eser, A. (Hg.): Lexikon: Medizin, Ethik, Recht, Freiburg i. Br., 1078-1086.*
- *Taunus-Summer-School (2006): Medizinrecht und Ethik: Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, http://www.evangelische-akademie.de/tagung_285.html (Stand: August 2006).*
- *Tolmein, O. (2006): Todesnähe im Sinne des Gesetzes. Anhaltspunkte: Wie wird der Deutsche Juristentag zur Sterbehilfe entscheiden?, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 19. September, 37.*
- *Uhlenbruck, W. (2004): Patientenverfügungen: Selbstbestimmtes Leben und Sterben durch Patiententestament, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, in: Kick, H.A., Taupitz, J. (Hg.): Ethische Orientierung in Grenzsituationen des Lebens; Lebenskunst und Sterbekunst, Sterbebegleitung und Trauerarbeit, Münster, 65-71.*
- *Verrel, T. (2003): Mehr Fragen als Antworten: Besprechung der Entscheidung des XII. Zivilsenats des BGH vom 17.3.2003 über die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen bei einwilligungsunfähigen Patienten, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht (9), 449-453.*

- *Wehkamp, K.-H. (1998a): Sterben und Töten: Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer empirischen Studie, Dortmund (Berliner Medizinethische Schriften 23).*
- *(1998b): Lebensende: Zwischen Medizinisierung und Sterbekultur, in: Becker, U., Feldmann, K., Johannsen, F. (Hg.): Sterben und Tod in Europa, Neukirchen-Vluyn, 59-63.*
- *Wenker, M. (2012): Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Ja!. In: Ethik in der Medizin 25(1), 73-77.*
- *Wiesing, U. (2012): Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein!. In: Ethik in der Medizin 25(1), 67-71.*
- *Wissmann, O. (2004): Patientenverfügung, in: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Der aktuelle Begriff, Nr. 34, Berlin.*
- *Wolflast, G., Conrads, CH. (2001): Deutschland, in: Wolflast, G., Conrads, Ch. (Hg.): Textsammlung Sterbehilfe, Berlin, Heidelberg, New York, 1-132.*
- *Zimmermann-Acklin, M. (2002): Euthanasie: Eine theologisch-ethische Untersuchung, 2. Aufl., Freiburg i. U.*

3.2. NIEDERLANDE

Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe

Mit der Zustimmung des Niederländischen Abgeordnetenhauses im April 2001 zum „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ ist die Tötung auf Verlangen und die Unterstützung beim Suizid unter bestimmten Voraussetzungen in unserem Nachbarland nicht mehr strafbar. Das niederländische Gesetz schließt einen Arzt von der Strafe aus, der bei einer Tötung auf Verlangen oder bei der Beihilfe zum Suizid bestimmte Sorgfaltskriterien eingehalten hat: Er muss zur Überzeugung gekommen sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist sowie dass die

Bitte freiwillig und reiflich überlegt ist; er muss zudem den Patienten aufgeklärt haben über seine Situation und die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten und mit dem Patienten zu der gemeinsamen Überzeugung gelangt sein, dass dies die einzig akzeptable Lösung ist. Das Gesetz fordert zudem die Konsultation eines weiteren Arztes, der den Patienten persönlich gesehen haben muss sowie medizinische Sorgfalt bei der Lebensbeendigung. Die Beihilfe zum Suizid wird somit im niederländischen Strafrecht systematisch wie die Tötung auf Verlangen behandelt (vgl. auch Werner 2009, 392).

Die Bedingung der freiwilligen und wohlüberlegten Bitte um Sterbehilfe schließt prinzipiell auch den Einsatz des Instrumentes einer Patientenverfügung mit ein und ist durch die Minderjährigkeit nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Bei Minderjährigen müssen aber die Eltern oder ein Elternteil eingewilligt haben.

Alle Fälle von aktiver Sterbehilfe müssen gemeldet werden und werden einer Kommission zur Prüfung vorgelegt. Gemäß dem Bericht der fünf regionalen Kommissionen gab es in allen Regionen zusammen 4188 Meldungen für das Jahr 2012. Rechnet man die Zahl der Meldungen auf die Regionen um und vergleicht dies mit älteren Angaben (vgl. Fuchs 2002), so scheint sich ein deutlicher Anstieg zu ergeben.

Zur Vorgeschichte des Sterbehilfegesetzes

Die historische Entwicklung in den Niederlanden ist gekennzeichnet durch eine schrittweise Entlastung der Organe der Strafverfolgung von Euthanasiefällen in aussichtslosen Leidenssituationen. Die öffentliche Diskussion in den Niederlanden über die Sterbehilfe setzte erst in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts ein. Bis dahin wurde die strafrechtliche Regelung der Tötung auf Verlangen kaum gesellschaftlich hinterfragt. Diese sah nach dem Strafgesetzbuch von 1881 sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die Beihilfe zur Selbsttötung als eigene Straftatbestände an (zur Entstehung und Begründung vgl. Grundmann 2004). Als Paradigma des Straftatbestandes der Tötung auf Verlangen hatte die Entscheidung des Hoge Raad von 1851 gedient, der einen Mann verurteilte, welcher eine unverheiratet schwanger gewordene Frau auf deren ausdrückliches Verlangen durch einen Halsschnitt getötet hatte.

Erst Ende der Sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde die niederländische Öffentlichkeit mit dem Problem des Umgangs mit Patienten im irreversiblen Koma konfrontiert. 1969 erschien das viel beachtete Buch *Medische macht en medische ethiek*, in dem der Psychiater van den Berg für Ärzte sowohl die aktive wie die passive Lebensbeendigung freigegeben sehen wollte. 1973 verurteilte das Gericht in Leeuwarden die Ärztin Postma zu einer Freiheitsstrafe von einer Woche auf Bewährung, weil sie ihre halbseitig gelähmte, unheilbar kranke Mutter durch eine Morphin-Überdosis getötet hatte. Im Urteil wurde die Möglichkeit einer Rechtfertigung ähnlicher Taten im Falle einer Pflichtenkollision diskutiert. Auf dieses Urteil und die dort genannten Kriterien rekurrten andere Gerichte sowie die Staatsanwaltschaften, welche unter Anwendung des in den Niederlanden geltenden Opportunitätsprinzips vielfach in Fällen der Sterbehilfe keine Anklage erhoben. Das Urteil wurde zum Anlass einer Diskussion und Meinungsbildung, die im Gesundheitsrat, im Parlament, sowie im Präsidium und einer eigens eingerichteten Arbeitsgruppe der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) als ärztlicher Standesvertretung in den Niederlanden stattfand. Hatte man zunächst über lebensbeendende Handlungen „im Interesse des Patienten“ gesprochen, so definierte das Präsidium der KNMG 1984 „euthanasie“ als „Handeln, welches darauf gerichtet ist, das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches Verlangen hin zu beenden“. Diese enge Definition hat sich seither in den Niederlanden durchgesetzt. Zudem lehnte das Gremium die Unterscheidung zwischen Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung ab, da es in beiden Fällen um die Selbstbestimmung über ein menschenwürdiges Lebensende gehe. Auch die Unterteilung in aktive und passive Euthanasie sei nicht hilfreich. Zuständig sei in all diesen Fällen allein der Arzt, der bei persönlichen prinzipiellen Bedenken dem sterbewilligen Patienten bei der Suche nach einem anderen Arzt behilflich sein solle.

Eine breite, organisierte Opposition gegen die Schritte zur Legalisierung der Euthanasie entstand nicht. 1990 kündigte der Justizminister die Einführung eines Meldeverfahrens an, bei dem der Arzt, welcher Sterbehilfe geleistet hatte, dem gemeindlichen Leichenbeschauer einen Bericht vorlegen musste, damit dieser die Einhaltung der durch die Rechtsprechung etablierten Sorgfaltskriterien prüfen konnte. Die Stellungnahme des Leichenbeschauers wurde dem Staatsanwalt übersandt. Das Meldeverfahren schloss Euthanasie im Sinne der Niederländischen Definition Beihilfe zum Suizid sowie ärztliche Sterbehilfe ohne explizites Verlangen

des Patienten ein. Etwa zeitgleich hatte das Parlament eine Kommission unter Vorsitz des Generalstaatsanwalts R Emmelink eingesetzt, um die Praxis der Euthanasie in den Niederlanden zu untersuchen. Diese legte 1991 die Daten der von Professor van der Maas geleiteten empirischen Untersuchungen vor. Die Regierung deutete diese als Ausweis eines verantwortlichen und sorgfältigen Handelns der Ärzte im Bereich der Sterbehilfe und kündigte an, das bereits geltende Meldeverfahren im Bestattungsgesetz zu verankern. Die entsprechende Änderung des Bestattungsgesetzes wurde 1993 durch das Parlament verabschiedet. 1998 wurden durch ministeriellen Beschluss fünf regionale Kommissionen eingerichtet, welchen vor der Prüfung durch den Staatsanwalt alle Fälle der Euthanasie und der Suizidbeihilfe vorgelegt werden sollten. Zweck dieser Zwischenschaltung sollte es sein, die Meldebereitschaft bei den Ärzten zu erhöhen.

Die Änderung des Strafgesetzes 2001 verfolgte schließlich das Ziel, Ärzten und Patienten ein höheres Maß an Rechtssicherheit zu bieten. Erst damit wird die Euthanasie vom strafrechtlich geduldeten Handeln zu einem strafrechtlich gerechtfertigten Handeln (vgl. Grundmann 2004, 86). Anders als die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung bleibt die Anstiftung zur Selbsttötung strafbar. Beurteilt die zuständige regionale Kommission einen Fall von Euthanasie oder Suizidbeihilfe als den Sorgfaltsanforderungen entsprechend, ist der Fall damit nach nun geltendem Recht abgeschlossen und wird normalerweise nicht mehr dem Staatsanwalt vorgelegt.

Die politischen Reformen haben faktisch die Kontrollverantwortung von den Staatsanwaltschaften auf die regionalen Kommissionen verschoben, welche eher den Charakter einer kritisch beobachtenden Ethikkommission als den einer Strafverfolgungsbehörde haben. Weiterhin scheinen die staatlichen Organe bestrebt, Ärzte vor möglicher Strafverfolgung zu schützen. Zwar ist man bemüht, die veränderte Praxis soweit möglich öffentlich zu dokumentieren, doch ist nicht erkennbar, dass hierbei die Sorge vor einer Ausweitung der Sterbehilfepraxis ausschlaggebend ist. Diese bleibt vielmehr einzelnen Ethikern und Teilen der niederländischen Kirchen überlassen.

Transnationale Bedeutung und öffentliche Debatte

Die Entwicklungen in den Niederlanden haben über deren Grenzen hinaus moralische und rechtspolitische Debatten ausgelöst. Vielfach wird darauf hingewiesen, dass die rechtliche Regelung jeweils in einem größeren Zusammenhang des gesellschaftlichen Umgangs mit Tod und Sterben, der Formen der Sterbebegleitung und der Qualität der Palliativmedizin zu betrachten ist. Obschon sich keine starke, organisierte Opposition gegen die geltende Regelung erkennen lässt, ist die Haltung der Niederländer keineswegs einmütig. Unter den Experten der Medizinethik findet sich sowohl die Auffassung, die niederländische Regelung sei als Ausdruck der Anerkennung von Selbstbestimmung und der Bemühung um Transparenz paradigmatisch. Doch findet man auch solche Positionen, die das Modell zwar prinzipiell wohlwollend betrachten, ihm aber den internationalen Vorbildcharakter bestreiten (vgl. dazu den Diskussionsbericht von Fuchs 2002). Dabei spielt die faktische dauerhafte Bindung der niederländischen Patienten an ihren Hausarzt und das große gesellschaftliche Vertrauen in diese Institution eine wichtige Rolle. Dieses Vertrauen scheint im Hintergrund der weit reichenden gesellschaftlichen Akzeptanz der sich fortentwickelnden Sterbehilfepraxis in den Niederlanden zu stehen, eine Bedingung, die für andere Industrieländer möglicherweise nicht gegeben ist. In der Diskussion wird zum Teil betont, dass aktive Sterbehilfe den Charakter der Ausnahme behalten müsse. Darum seien die Möglichkeiten der palliativen Pflege weiter zu verbessern.

Sowohl in der akademischen wie in der öffentlichen Debatte haben die Befunde der empirischen Studien eine Schlüsselrolle, die die bereits bestehende Praxis der Euthanasie untersuchten. Die Deutung der Zahlen und Angaben bleibt dabei umstritten. Schon der Bericht des Rummelink-Komitee von 1991 hatte den Vorwurf des Dammbrechts ausgelöst. Die dort genannte Zahl von ca. 1000 Fällen, in denen der Tod des Patienten durch Ärzte ohne Verlangen der Patienten herbeigeführt wurde, hat in den Niederlanden und im Ausland zu kritischen Rückfragen geführt und den britischen Medizinrechtler John Keown zu der Schlussfolgerung veranlasst, dass hier ein Dammbrech im Sinne des logischen und des empirischen Arguments feststellbar sei: Die Legalisierung der freiwilligen Euthanasie bewirke das faktische Vorkommen und die moralische Akzeptanz von nicht freiwilliger Euthanasie (Keown 1995, 289). Andere Autoren wenden ein, dass die Zahlen der nachfolgenden empirischen Studien (van der Maas et al., Berichte 1995 und 2001) kein Indiz für

einen Dammbrech seien, da weder die Gesamtzahl der Sterbehilfefälle exponentiell steige, noch die Zahl der Sterbehilfefälle ohne explizites Verlangen (vgl. Wernstedt 2004, 125). Dieser Eindruck wird durch Studien aus jüngerer Zeit unterstützt (vgl. Onwuteaka-Philipsen et al. 2012).

Indes wird man die Praxis mit Hilfe der empirischen Studien darauf befragen können, ob die Ansprüche der Befürworter nach Sicherung der Autonomie und Beförderung der Transparenz verwirklicht werden konnten. Auch wird man fragen müssen, ob die Prinzipien von Autonomie und Selbstbestimmung wirklich den Ausschlag für die Entwicklung in den Niederlanden gegeben haben. Auf die große Autorität der Ärzte wurde oben bereits hingewiesen. Zu erinnern ist aber auch, dass den Anfang der Entwicklung die Rechtsprechungspraxis in Sterbehilfefällen darstellt. In den Urteilen von 1973 bis 1990 wurde der Notstand als Rechtfertigungsgrund bei der Tötung auf Verlangen vielfach anerkannt. Die *force majeure*, auf die sich die an Sterbehilfetaten beteiligten Ärzte berufen konnten, kann schwerlich als Anerkennung der Autonomie des anderen, wohl eher aber als Nötigung durch Gefühle des Mitleids und Streben nach Barmherzigkeit gedeutet werden. Da das Leiden Voraussetzung für die Rechtfertigung einer Sterbehilfe nach dem niederländischen Gesetz ist, ist dieser Gesichtspunkt zumindest neben dem Aspekt der Selbstbestimmung weiterhin bedeutsam. Die Duldung der Tötungen ohne explizites Verlangen lässt vermuten, dass dieses Motiv sogar für manche dominant ist.

Euthanasie in der Neonatologie

In der Abteilung für Pädiatrie der Universitätsklinik in Groningen wird seit einigen Jahren über den Umgang mit schwersten Schädigungen bei Neugeborenen diskutiert. Der ärztliche Direktor Eduard Verhagen und Pieter Sauer als Leiter der pädiatrischen Abteilung suchten die Verständigung mit den zuständigen Staatsanwaltschaften, um Kriterien einer straffreien Tötung zu erarbeiten. Ergebnis dieser Beratungen ist das so genannte „Groningen Protocol“. Es nennt fünf Bedingungen, unter denen in Groningen Sterbehilfe bei Neugeborenen angewandt wird. Diagnose und Prognose müssen sicher sein, das Leiden muss hoffnungslos und unerträglich sein, mindestens ein unabhängiger Arzt muss das unerträgliche Leiden, sowie die Diagnose und Prognose bestätigen, beide Eltern müssen einen *informed consent* geben und die Tötung muss einen be-

stimmten medizinischen Standard einhalten. Das Protokoll wurde 2002 entwickelt und im März 2005 im *New England Journal of Medicine* publiziert. Es löste heftige Kritik bei Teilen der internationalen Presse aus. Im November 2005 setzten der Justizminister Piet Hein Donner und der Staatssekretär für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport Clémence Ross-van Dorp ein Expertenkomitee ein, welches künftig den Staatsanwaltschaften Beratung geben soll in Fragen der Lebensbeendigung bei Neugeborenen und von Föten in der Spätphase der Schwangerschaft. Das Komitee soll mehrere Ärzte sowie einen Ethiker als Mitglieder und einen Juristen als Vorsitzenden haben und ein gemeinsames Votum abgeben. Damit verbindet man die Hoffnung auf Transparenz und ärztliche Sorgfalt. Die Funktion des Komitees und seine Bedeutung gründet sich auf das Opportunitätsprinzip der Niederländischen Strafverfolgung. Die Tötung Neugeborener bleibt ungeachtet der ausbleibenden Verfolgung eine Straftat.

2013 veröffentlichte die KNMG eine Stellungnahme mit Richtlinien zum Umgang mit schwer kranken Neugeborenen. Unter anderem erklärt die KNMG auch den Einsatz von Muskelrelaxantien zur Beschleunigung des Sterbeprozesses bei Neugeborenen unter bestimmten Bedingungen für angemessen. Ziel der Stellungnahme war es, Ärzten, die mit entsprechenden Situationen konfrontiert werden, die Entscheidungsfindung über zu ergreifende Maßnahmen zu erleichtern (KNMG 2013).

Diskussion über Sterbehilfe bei älteren Menschen ohne schwerwiegende Erkrankung

Dennoch ist in den Niederlanden in der jüngeren Vergangenheit eine Debatte darüber entstanden, ob die Möglichkeit der Sterbehilfe auch alten Menschen zustehen soll, die an keiner schwerwiegenden Erkrankung leiden und lediglich aufgrund ihres hohen Alters ihrem Leben ein selbstbestimmtes Ende setzen wollen. Maßgebend für die Entwicklung dieser Debatte war ein Präzedenzfall, der im Jahr 2013 vor einem niederländischen Strafgericht verhandelt wurde. Albert Heringa half im Jahr 2008 seiner 99-jährigen Mutter bei deren Selbsttötung. Er wurde daraufhin wegen Beihilfe zur Selbsttötung angeklagt und schuldig gesprochen. Das Gericht verhängte dennoch keine Strafe. Dies erfolgte laut Gericht unter anderem aufgrund der Tatsache, dass Heringa aus Nächstenliebe zu seiner Mutter gehandelt habe.

Die Nederlandse Vereniging voor een Frijwillig Levenseinde unternahm in Zusammenhang mit dem Fall Heringa den Versuch, im niederländischen Parlament mittels einer Petition eine weitere Liberalisierung des niederländischen Rechts zur Sterbehilfe dahingehend zu erreichen, dass auch alten Menschen ohne ernsthafte Erkrankung Sterbehilfe gewährt wird. Der Erfolg dieser Petition bleibt abzuwarten. Bereits zuvor hatte die Vereinigung „uit vrije wil“ ähnliche Bestrebungen angezeigt. Die KNMG sieht eine dementsprechende Entwicklung jedoch kritisch, vor allem, da hierdurch die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Sterbehilfe zu uferlos werden könnten und weil darüber hinaus kaum geklärt werden könne, wann der Patient tatsächlich Sterbehilfe bekommen soll, weil er „mit dem Leben abgeschlossen“ hat. Die hierfür von verschiedenen Seiten vorgeschlagenen Definitionsansätze seien nicht ausreichend (KNMG 2011).

Eine 2012 veröffentlichte Studie über die öffentliche Akzeptanz der Ausweitung der Sterbehilfe zugunsten älterer Menschen ohne ernsthafte Erkrankungen zeigte, dass zumindest in der niederländischen Bevölkerung ein solches Modell nicht grundsätzlich abgelehnt wird (Rajmakers et al. 2013).

Weitere Diskussionsfelder

Neben der Frage, ob Sterbehilfe auch gesunden alten Menschen offenstehen soll, wird darüber hinaus diskutiert, ob die im niederländischen Gesetz festgelegten Voraussetzungen zur Straffreiheit der Sterbehilfe bei der Sterbehilfe psychisch Kranker Anwendung finden können und inwieweit in diesem Zusammenhang eine ausreichende Kontrolle der ärztlichen Praxis gewährleistet werden kann. Durch die offene Formulierung des niederländischen Gesetzes ist die Sterbehilfe bei psychisch Kranken nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Sofern in der psychischen Erkrankung ein unerträgliches Leiden zu sehen ist und die im Übrigen notwendigen Kriterien erfüllt sind, ist der Gesetzestext auch in diesen Fällen einschlägig. Als zentrale Problematik wird in diesem Zusammenhang jedoch die Frage gesehen, wann die Kriterien des „Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ als erfüllt anzusehen sind (vgl. Rietjens et al. 2009). Insbesondere jene psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise eine schwere Depression, die nach ihrem typischen Krankheitsbild ohnehin

den Wunsch nach der Lebensbeendigung mit sich führen, gelten dabei als bedenklich (vgl. KNMG 2012).

Zuletzt sorgte Anfang 2012 eine weitere Entwicklung in den Niederlanden zumindest für eine angeregte mediale Debatte, als bekannt wurde, dass in Den Haag die „Leveeindekliniek“ eröffnet werden soll. Für Aufsehen sorgte dabei nicht, dass es sich hierbei um eine Klinik handelt, deren ausschließliches Tätigkeitsfeld die Sterbehilfe ist, sondern dass die Klinik „mobile Sterbehilfeteams“ einrichtet, die im gesamten Land sterbewillige Patienten besuchen, um diese zu beraten. Die Teams, die aus jeweils einem Arzt und einer Krankenschwester bestehen, kennen die Patienten dabei nicht aus vorangegangenen Behandlungen (vgl. Langer 2012). Damit fällt bei der Sterbehilfe, die durch die Leveeindekliniek bereit gestellt wird, einer der Faktoren weg, der bei der niederländischen Sterbehilfediskussion immer zentral war und zu ihrer Rechtfertigung angeführt wurde: die enge und langjährige Bindung des Patienten an den Arzt, der letztendlich beim Sterben hilft.

LITERATUR

- *Ärztezeitung* (2005): *Sterbehilfe für Babys geplant*, <http://aerztezeitung.de/docs/2005/09/22/169a0105.asp?cat=/magazin/sterbehilfe> (Stand: Mai 2006).
- *Bavastro, P.* (2003): *Aktive Euthanasie in Holland, Deutschland und der Schweiz: rechtliche Situation und ethische Probleme*, in: *Heusser, P., Riggerbach, B. (Hg.): Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Euthanasie: die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht*, Bern, 9-25.
- *Birnbacher, D.* (2000): *Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland*, in: *Gordijn, B., Have, H. ten (Hg.): Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad Cannstatt, 419-432.

- *Danish Council of Ethics* (2005): *The Netherlands*, in: *Danish Council of Ethics (Hg.): Euthanasia – legalizing killing on request?*, <http://www.etiskraad.dk/sw2421.asp> (Stand: August 2006), 26.
- *Delden, J. M. van* (2004): *The Netherlands – Euthanasia as a last resort*, *Council of Europe (Hg.): Euthanasia: Volume II – National and European perspectives*, Strasbourg, 65-74.
- *European Commission (Hg.)* (1996): *Research on Bioethics: Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands and in Europe, Methodology of the ethical debate*, Luxembourg.
- *Fuchs, M.* (2002): *Der Streit um die aktive Sterbehilfe*, in: *Institut für Wissenschaft und Ethik, Informationsbrief 1*, Bonn, 3.
- *Gordijn, B.* (1997): *Euthanasie in den Niederlanden – eine kritische Betrachtung*, Berlin.
- *et al.* (2001): *The Netherlands*, in: *Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects*, Stuttgart, 135-159.
- (2000): *Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland: Ein Vergleich aus historischer Sicht*, in: *Godijn, B., Have, H. ten (Hg.): Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad Cannstatt, 303-343.
- *Grundmann, A.* (2004): *Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung*, Aachen.
- *Have, H. ten, Welie, J. V. M.* (1992): *Euthanasia: Normal Medical Practice?*, in: *Hastings Center Report 22* (2), 34-38.
- *Heide, A. van der, et al.* (1997): *Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands*, in: *The Lancet 350*, 251-255.

- Hubben, J. (2000): *Sterbehilfe in den Niederlanden, Das Verhältnis zwischen Gesetzgebung und Rechtsprechung*, in: Gordijn, B., Have, H. ten (Hg.): *Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad Cannstatt, 267-281.
- Justitie (2002): *De nieuwe regels in Nederlands*, http://www.justitie.nl/images/euthanasie_tcm34-2588.pdf (Stand: August 2006). (Deutsche Übersetzung auf den Seiten der katholischen Nachrichtenagentur http://www.kna.de/doku_aktuell/euthanasiegesetz_NL.pdf)
- Keown, J. (1995): *Euthanasia examined: Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2011): *The role of the physician in the voluntary termination of life*.
- (2013): *Medical end-of-life-decisions for newborn infants with very serious birth defects*
- Langer, A. (2012): *Mobile Sterbehilfe in den Niederlanden: „Besser offene Barbarei als heimliche Sterbehilfe“*, in: *Der Spiegel*, 01.03.2012.
- Maas, P. J. van der et al. (2003): *Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001*, in: *The Lancet* 362, 395-399.
- Onwuteaka-Philipsen, B. et al. (2012): *Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey*, in: *The Lancet* 380, 908-915.
- Reijmakers, N. et al. (2013): *Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey*, in: *Journal of Medical Ethics*, doi: 10.1136/medethics-2012-101304.
- Rietjens, J. et al. (2009): *Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?* in: *Bioethical Inquiry* 6, 271-283.

- Scholten, H.-J. (1991): *Niederlande*, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i. Br., 451-500.
- Sénat (1999): *L'euthanasie: Pays-Bas*, http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html (Stand: Mai 2006), 16-21.
- Sénat (2002): *L'euthanasie: Pays-Bas*, <http://www.senat.fr/europe> (Stand: Mai 2006), 9-13.
- Verhagen, E., Sauer, P. J. J. (2005): *The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns*, in: *The New England Journal of Medicine*, 959-962.
- Wachter, M. A. M. de (1992): *Euthanasia in the Netherlands*, in: *Hastings Center Report* 22 (2), 23-30.
- Werner, M. H. (2009): *Assistierter Suizid in den Niederlanden*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55, 392-401.
- Wernstedt, Th. (2004): *Sterbehilfe in Europa*, Frankfurt a. M. (*Recht und Medizin* 66).
- Widdershoven, G. A. M. (2002): *Leiden und Mitleiden aus ethischer Sicht*, in: Schumpelick, V. (Hg.): *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde: Ein deutsch-niederländischer Dialog*, Freiburg i. Br., 130-143.
- Wolfslast, G., Conrads, Ch. (2001): *Niederlande*, in: Wolfslast, G., Conrads, Ch. (Hg.): *Textsammlung Sterbehilfe*, Berlin, Heidelberg, New York, 141-162.

3.3. BELGIEN

Belgien ist das erste europäische Land, das dem Beispiel der Niederlande gefolgt ist, gesetzlich die Bedingungen festzulegen, unter denen die Tötung auf Verlangen als nicht rechtswidrig betrachtet oder von Strafe ausgenommen werden soll. Im Unterschied zu den Niederlanden hat es aber in Belgien keine ähnliche gesetzliche Vorbereitungsphase und keine

so lange Phase der offiziellen staatlichen Duldung der Sterbehilfe gegeben wie in den Niederlanden. Auch die gesellschaftliche Kontroverse über dieses Thema vor der Legalisierung und seit der Legalisierung ist in Belgien nach anderen Schemata und Formen ausgetragen worden als in den Niederlanden. Dies dokumentieren in eindrucksvoller Weise die einschlägigen Stellungnahmen des Belgischen Nationalen Ethikrates. Das Gesetz zur Legalisierung der Sterbehilfe wurde am 16. Mai 2002 durch die Abgeordnetenkammer mit 86 Stimmen, 51 Gegenstimmen und 10 Enthaltungen angenommen, nachdem es den Senat im Oktober des Vorjahres passiert hatte.

Gesetzliche Voraussetzungen der nicht rechtswidrigen Sterbehilfe

Wie im niederländischen Gesetz fordert das belgische Recht nicht, dass nur ein Patient, der bereits im Sterben ist, die Sterbehilfe verlangen darf. Es wird festgestellt, dass das unerträgliche Leiden physischer oder psychischer Art sein könne. Wo keine terminale Krankheit gegeben ist, muss – anders als in den Niederlanden – ein dritter Arzt konsultiert werden. Auch das belgische Gesetz sieht eine Kommission vor, durch die alle Fälle aktiver Sterbehilfe zu prüfen sind. Die Kommission ist auf nationaler Ebene angesiedelt und besteht aus acht Medizinem, vier Juristen und vier Personen, welche mit der Problematik unheilbar kranker Personen befasst sind. Kommt diese föderale Kommission mit Zweidrittelmehrheit zu dem Ergebnis, dass die Bedingungen und Verfahrensregeln einer legalen Sterbehilfe nicht eingehalten wurden, wird der Fall an den Staatsanwalt weiter geleitet.

Ein Recht auf Euthanasie für Personen, die die rechtliche Volljährigkeit noch nicht erreicht haben, kannte das Gesetz vom Mai 2002 im Unterschied zum niederländischen nicht.

Vorgeschichte

In der Literatur wird häufig davon ausgegangen, dass das strafrechtliche Verbot, welches der Legalisierung vorangegangen war, nicht zur Verhinderung von ärztlicher Sterbehilfe geführt hat (Betz et al. 2001, 18, Englert 2004, 18). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die strafrechtlichen Drohungen in Belgien im Vergleich zu anderen europäischen Ländern äußerst scharf gestaltet waren. Die aktive Sterbehilfe fiel unter den Tatbestand der Tötung oder sogar des Mordes auch dann, wenn sie auf

Verlangen des Kranken oder aus Mitleid erfolgte. Der *Code pénal* sah dafür nach Artikel 393 bzw. Artikel 394 lebenslange Zwangsarbeit bzw. die Todesstrafe vor. Die Sterbehilfe durch Verabreichung tödlich wirkender Substanzen wurde als Vergiftung (Art. 397 C. p.) ebenfalls mit der Todesstrafe bedroht. Indes ist darauf hinzuweisen, dass seit 1950 in Belgien die Todesstrafe nicht mehr angewandt wird. Zwar war die Beihilfe zum Suizid an sich kein Straftatbestand, doch konnten in bestimmten Konstellationen Strafdrohungen für Teilnahmehandlungen im Sinne der fahrlässigen Tötung oder beim Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung erhoben werden. Die strafrechtliche Neuregelung der Sterbehilfe lässt den Fall des assistierten Suizids unberührt. Der belgische Ethikrat und offenbar auch die Gesetzgebungsorgane gingen nämlich davon aus, dass der Suizid in Belgien nicht illegal sei und daraus auch folge, dass eine strafrechtliche Regelung der Suizidbeihilfe nicht erforderlich sei (Schotsmans 2009, 420). Dies wird allerdings von belgischen Medizinrechtsexperten bezweifelt (Adams, Nys 2005). Ob der Suizidbeistand in der ärztlichen Praxis wie die aktive Sterbehilfe behandelt wird, bleibt somit dem ärztlichen Standesrecht zur Klärung überlassen (Schotsmans 2009, 420).

Für das Verständnis der rechtlichen Entwicklung insgesamt ist zudem wichtig, dass in Belgien strafprozessual das Opportunitätsprinzip gilt. Dadurch erklärt sich, dass es in den Jahren vor der Reform nicht zu Strafprozessen in Sterbehilfefällen kam (vgl. Locher-Linn, Oudijk 1991, 258). Dagegen war es in den 1970er Jahren zu zwei Aufsehen erregenden Prozessen gekommen, bei denen Mitleidstötungen an dementen Patienten verhandelt wurden. Angehörige der Patienten hatten diese getötet, um die Einweisung in eine geschlossene Anstalt zu verhindern. In beiden Fällen sprach das Geschworenengericht in Liège die Angeklagten frei unter Hinweis auf moralischen Zwang (*morele dwang*) bzw. unwiderstehbaren Drang (*onweerstaanbare drang*) (vgl. ebd. 259). In anderen Fällen führten ärztliche Euthanasiefälle zu standesrechtlichen Verurteilungen aktiver Sterbehilfe (vgl. ebd. 261).

Praxis der Sterbehilfe und Diskussion

Zwar kann über die Stellungnahmen der föderalen Kommission auf generelle Entwicklungen geschlossen werden, doch fehlen umfangreiche Daten, wie sie in den Niederlanden in regelmäßigen Abständen erhoben werden. Im Herbst 2006 teilte der Präsident der Kommission mit, dass

jährlich ca. 360 Fälle aktiver Sterbehilfe durch die Kommission registriert werden (vgl. Ärztezeitung 22. September 2005). Das entspräche einem Anstieg der Zahlen um ca. 30 Prozent im Vergleich zu der Praxis der Sterbehilfe unmittelbar nach der Legalisierung. Es gibt keine Untersuchungen, die einen Zusammenhang zwischen bleibender Dunkelziffer und dem gesellschaftlichen Dissens zu ermitteln suchen. Bei den europäischen Vergleichsstudien zu Behandlungsabbruch und Sterbehilfe in der neonatalen Phase war Belgien nicht beteiligt (vgl. Cuttini et al. 2000).

Ähnlich wie in den Niederlanden wird auch in Belgien die Sterbehilfe für psychisch Kranke von vielen kritisch gesehen. Auch hier schließt das Gesetz ein psychisches Leiden als Voraussetzung für die Gewährung der Sterbehilfe nicht per se aus. Im Vorfeld der Verabschiedung des Gesetzes zur Legalisierung der Sterbehilfe in Belgien bestanden bei der Commission de la Santé publique Bedenken, Sterbehilfe für psychisch Kranke explizit in den Gesetzestext aufzunehmen, da der subjektive Aspekt bei psychischen Leiden zu groß sei und deswegen die Gefahr für Missbrauch steige (Chambre des représentants de Belgique 2002, 9). Die Möglichkeit der Sterbehilfe für psychisch Kranke wurde dennoch in den Gesetzestext mit aufgenommen. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2011 gab an, dass 3,5 Prozent aller registrierten Sterbehilfe-Fälle in Belgien ein unerträgliches psychisches Leiden als einziges Motiv hatten (Deschepper et al. 2014). Die Fallzahlen sind somit verhältnismäßig gering.

Gesetzesnovelle

Große Aufmerksamkeit hat Anfang 2014 die im belgischen Parlament beschlossene Gesetzesänderung erlangt, die die aktive Sterbehilfe für chronisch kranke Minderjährige jeden Alters als erstes europäisches Land legalisiert. Am 13. Februar 2014 wurde die Gesetzesänderung im belgischen Parlament beschlossen und am 28. Februar 2014 von König Philippe bestätigt.

Die Gesetzesänderung sieht vor, dass Minderjährige, gleich welchen Alters, auf Wunsch aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen können, soweit besondere Kriterien erfüllt sind. Neben dem freien und ausdrücklich geäußerten Wunsch des Kindes, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, müssen die Eltern des Minderjährigen einwilligen. Ferner muss zuvor eine Untersuchung durch ein multidisziplinäres Team von Ärzten das Urteils-

vermögen des Minderjährigen dahingehend untersucht haben, dass dieser dazu in der Lage ist, eine solch weitreichende Entscheidung zu treffen. Minderjährige mit geistiger Behinderung oder psychischen Leiden können keine Sterbehilfe in Anspruch nehmen.

Die Änderung des Gesetzes zur Sterbehilfe wurde international stark kritisiert. Insbesondere wurde darauf verwiesen, dass vor allem junge Minderjährige nicht dazu in der Lage seien, die Bedeutung einer Entscheidung über ihr eigenes Leben, respektive Sterben, zu erkennen und dementsprechend zu handeln (vgl. Siegel et al. 2014).

Stellungnahmen des Comité Consultatif de Bioéthique

Das 1996 durch den belgischen Staat aufgrund einer politischen Übereinkunft zwischen den Parteien und Sprachgemeinschaften errichtete belgische Ethikkomitee hat sich im Vorfeld der Reform zweimal ausführlich mit der Sterbehilfe auseinandergesetzt. Die Stellungnahmen sind äußerst aufschlussreich und wohl die beste Dokumentation der kontroversen Debatte und des bleibenden gesellschaftlichen Dissenses (vgl. Englert 2004, 23) in dieser schwierigen Frage.

Die Erste, als Antwort auf eine Eingabe der Präsidenten der Kammer und des Senats am 12. Mai 1997 vorgelegt, behandelt die Opportunität einer rechtlichen Neuregelung der aktiven Sterbehilfe (Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique 1997), die Zweite, ebenfalls in Reaktion auf eine Anfrage der Vorsitzenden beider Häuser, erörtert die Frage der aktiven Lebensbeendigung bei Personen, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern (Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique 1999).

In beiden Stellungnahmen wird die Spannung zwischen verschiedenen moralischen Prinzipien bzw. moralischen Werten (*valeurs morales*), nämlich Leben, Würde, physische Integrität und Autonomie deutlich (vgl. ebd. 4). Allerdings stilisiert das belgische Komitee diesen Widerstreit nicht als eine Spannung in der Sache, sondern als eine Divergenz in der Wertung bei unterschiedlichen Kommissionsmitgliedern (vgl. Fuchs 2006, 116-120). Konsens gibt es zwar darüber, dass es in jedem Falle gilt, jedes Verhalten zu verurteilen, das als Diskriminierung von Schwächeren gedeutet werden könnte, ebenso wie den therapeutischen Über-eifer (*acharnement thérapeutique*) am Lebensende (vgl. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique 1999, 9). Divergenzen werden indes

hinsichtlich der moralischen Relevanz der Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen, der Deutung der Symbolik von Lebensende und Sterbebegleitung, der Notwendigkeit einer Gesetzesänderung zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, der Patientenverfügung mit Hinblick auf eine aktive Sterbehilfe im Stadium terminaler Krankheit oder bereits bei empfundener Ausweglosigkeit und schließlich hinsichtlich der moralischen und rechtlichen Erlaubtheit der aktiven Lebensbeendigung bei Einwilligungsunfähigen dargelegt.

Die Stellungnahme von 1999 bemüht sich, sorgfältig die divergierenden Einzelpositionen zu gruppieren und miteinander zu verknüpfen, damit eine konsistente Begründung der jeweiligen Konfliktparteien erkennbar wird. Die erste Position sieht die Autonomie als zentral an und spricht dem Staat das Recht ab, eine bestimmte Sichtweise von Leben und Tod zu favorisieren (vgl. ebd., 12). Nach ihrer Auffassung müsse im Falle der Einwilligungsunfähigen diese Autonomie durch einen rechtlich legitimierten Vertreter ersetzt werden. Die entschiedenen Gegner dieser Konzeption sehen im Tötungsverbot eine wesentliche Bestimmung des Rechtsstaates (vgl. ebd. 14). Dazwischen werden zwei Vermittlungspositionen aufgezeigt. Zum einen solle in Ausnahmefällen die Euthanasie moralisch gerechtfertigt sein, allerdings nicht dann, wenn bei einem Einwilligungsunfähigen keine entsprechende Verfügung vorliegt. Zum anderen gibt es eine Gruppe, die grundsätzlich bei Einwilligungsunfähigen keine Ausnahme vom Tötungsverbot zulassen will.

Das Gesetz kann nicht als Kompromiss vor diesem Hintergrund der polarisierten Positionen angesehen werden. Zwar entspricht es nicht weiteregehenden Forderungen nach legalen Bedingungen für die Sterbehilfe ohne explizites Verlangen, doch stellt es auch nicht den Versuch dar, den grundsätzlichen Bedenken gegen die Zulassung aktiver Sterbehilfe in Belgien in irgendeiner Form zu entsprechen.

Dennoch gehen die dissentierenden Gruppen im Nationalen Bioethikkomitee übereinstimmend davon aus, dass die rechtlichen Vorgaben zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu respektieren sind. Dass sich der Widerstreit zwischen ihnen gleichwohl nicht aufgehoben hat, wird in der Stellungnahme deutlich, die auf Anfrage des belgischen Gesundheitsministers und des zuständigen Ministers für Flandern zur Anwendung der Sterbehilfegesetzgebung im Januar abgegeben wurde. Sie betrifft die Frage, wie sich Einrichtungen der Altenpflege verhalten sollen, die durch

ihre konfessionelle Bindung der aktiven Sterbehilfe kritisch oder ablehnend gegenüberstehen. Zudem wird verhandelt, ob es spezielle Einrichtungen für die aktive Sterbehilfe geben solle. In beiden Fragen bleibt der Rat gespalten und argumentiert jeweils von einem eigenen ethischen Ansatz aus (Comité consultatif de bioéthique de Belgique 2014).

LITERATUR

- Adams, M., Nys, H. (2005): *Euthanasia in the low countries. Comparative reflections on the Belgian and Dutch euthanasia act*, in: Schotsmans, P., Meulenbergs, T. (Hg.): *Euthanasia and palliative care in the low countries*, Leuven, 5-33.
- *Ärztzeitung* (2005): *In Belgien gibt es jährlich 360 Fälle aktiver Sterbehilfe*, <http://aerztezeitung.de/docs/2005/09/22/169a0407.asp?cat=/magazin/sterbehilfe> (Stand: Mai 2006).
- Betz, W. et al. (2001): *Belgium*, in: Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): *Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects*, Stuttgart, 9-19.
- *Chambre des Représentants de Belgique* (2002): *Projet de loi relatif à l'euthanasie, Online-Version* (Stand: August 2006). (2002) *Projet de loi relatif à l'euthanasie, amendements, DOC 50, 1488/005*
- *Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique* (1997): *Avis n° 1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, Online-Version* (Stand: Mai 2006).
- *Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique* (1999): *Avis n° 9 du 22 février 1999 concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté, Online-Version* (Stand: Mai 2006).
- *Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique* (2014): *Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie* (Stand : Juli 2014).

- *Cuttini, M. et al. (2000): End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries, in: The Lancet 355, 2112-2118.*
- *Danish Council of Ethics (2005): Belgium, in: Danish Council of Ethics (Hg.): Euthanasia – legalizing killing on request?, <http://www.etiskraad.dk/sw2421.asp> (Stand: August 2006), 27.*
- *Deschepper, R. et al. (2014): Requests for Euthanasia / Physician Assisted Suicide on the Basis of Mental Suffering in: JAMA Psychiatry, 71 (6), 617 – 618.*
- *Englert, Y. (2004): Belgium – Evolution of the debate, in: Council of Europe (Hg.): Euthanasia: Volume II – National and European perspectives, Strasbourg, 13-24.*
- *Fuchs, M. (2006): Widerstreit und Kompromiß: Wege des Umgangs mit moralischem Dissens in bioethischen Beratungsgremien und Foren der Urteilsbildung, Bonn.*
- *Kenis, Y. (2001): Euthanasie, in: Hottois, G., Missa, J-N. (Hg.): Nouvelle encyclopédie de bioéthique: Médecine – Environnement – Biotechnologie, Bruxelles, 427-437.*
- *Locher-Linn, M., Oudijk, J.C. (1991): Belgien, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation, Freiburg i. Br., 249-280.*
- *Schotsmans, P. (1996): Belgium, in: European Commission (Hg.): Research on bioethics: Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands and in Europe: Methodology of the ethical debate, Luxembourg, 153-156.*
- *(2009): Assistierter Suizid in Belgien, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55, 418-423.*
- *Sénat (2002): L'euthanasie: Belgique, <http://www.senat.fr/europe> (Stand: Mai 2006), 3-7.*
- *(2004): Les droits du malade en fin de vie: Belgique, Paris, 21-22.*

- *Siegel, a. et al. (2014): Pediatric Euthanasia in Belgium – Disturbing Developments, in: JAMA. 2014, 311(19), 1963-1964.*

3.4. LUXEMBURG

Im März 2009 trat in Luxemburg als dem dritten Land ein Gesetz in Kraft, welches die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen straffrei stellt und von zivilrechtlichen Schadensersatzforderungen ausschließt. Das Gesetz regelt gleichermaßen die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid und sieht als Bedingungen vor, dass zum einen ein Patient in einer medizinisch aussichtslosen Situation sein muss und ohne die Perspektive der Besserung physisch oder psychisch dauerhaft und unerträglich leidet, und zum anderen, dass der Arzt bestimmte Formen und Verfahrensbedingungen einhält. Bereits die Legaldefinition der Euthanasie und die des assistierten Suizids enthalten die Bestimmung, dass hierunter ausschließlich die Tätigkeit eines Arztes verstanden werden solle. Ausschließlich für Ärzte werden demnach durch das Gesetz Ausnahmen vom Verbot der Tötung definiert. Wie die Gerichte künftig nichtärztliche Beihilfe zum Suizid bewerten werden bleibt indes abzuwarten. Wie sich die Luxemburgische Ärzteschaft künftig zur Pflicht auf Sterbebeistand und zur Erlaubnis der Sterbehilfe stellen wird, ist schwer zu prognostizieren (vgl. auch Gillen 2009, 411-413).

Durch das Gesetz wird eine Kommission zur Kontrolle und Evaluation der Sterbehilfepraxis eingerichtet (Chambre des Députés 2009a). Gleichzeitig mit dem Gesetz zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid trat in Luxemburg ein Gesetz in Kraft, durch welches die palliative Pflege gestärkt und Patientenverfügungen sowie der Sterbebeistand rechtlich geregelt werden (Chambre des Députés 2009b).

Das Gesetz trägt die Unterschriften des Gesundheitsministers sowie des Großherzogs Henri, der zunächst angekündigt hatte, das Gesetz nicht in Kraft treten zu lassen. In der Abgeordnetenkammer hatte das Gesetz nur eine knappe Mehrheit. Die Initiative zu einem Referendum gegen das Gesetz verfehlte andererseits deutlich das erforderliche Quorum. Die Ankündigung des Großherzogs führte dazu, dass mit dessen eigener Billigung die Verfassung dahingehend geändert wurde, dass Gesetze durch ihn künftig nur noch unterzeichnet, nicht aber gebilligt werden

müssen. Zudem hatte Luxemburgs damaliger Ministerpräsident Jean-Claude Juncker die Kritik des damaligen Papstes Benedikt XVI. als illegitime Einmischung in luxemburgische Angelegenheiten durch den Vatikan scharf zurückgewiesen.

LITERATUR

- *Chambre des Députés, Luxembourg (2009a) : Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, abgedruckt in: JWE 14, 2009, 413-420.*
- *Chambre des Députés, Luxembourg (2009b) : Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, abgedruckt in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 14, 2009, hrg. v. L. Honnefelder und D. Sturma, Berlin, 405-412.*
- *Gillen, E. (2009): Das Ende des Lebens in den Händen des Gesetzes. Zur Situation in Luxemburg, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55, 402-417.*

3.5. SCHWEIZ

Eidgenössisches Strafrecht

Wie das deutsche Recht kennt auch das schweizerische Recht einen eigenen Straftatbestand der Tötung auf Verlangen. Sofern beim Täter achtenswerte Gründe und beim Opfer ein ernsthafter Wille zu sterben vorliegt, ist eine Freiheitsstrafe zwischen drei Tagen und drei Jahren vorgesehen (Heine 1991, 594; Sénat 1999). Während die Tötung auf Verlangen durch Artikel 114 StGB tatbestandlich geregelt ist, betrifft Artikel 115 die Verleitung und Beihilfe zum Suizid: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.“

Das Strafgesetzbuch droht zudem in Artikel 128 demjenigen Strafe an, der in unmittelbarer Lebensgefahr die Nothilfe unterlässt.

Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu Sterbebegleitung und Sterbehilfe

Der Bereich der öffentlichen Gesundheitsfürsorge fällt in die Zuständigkeit der Kantone. Da diese zumeist nicht oder erst spät spezialgesetzliche Regelungen vorgenommen haben, ist die Praxis der ärztlichen Sterbebegleitung wesentlich durch die Stellungnahmen bzw. Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften bestimmt. Die Akademie hat im gesamten deutschen Sprachraum durch ihre frühen Stellungnahmen zur Sterbebegleitung und zum Verzicht auf zusätzliche therapeutische und lebensverlängernde Maßnahmen in der Sterbephase nachhaltig auf den Meinungsbildungsprozess eingewirkt. In der Schweiz hat die Akademie – obschon eine Einrichtung des privaten Rechts – eine rechtstatsächliche Bedeutung durch die Bezugnahme der Gerichte auf ihre Richtlinien (Sénat 1999, 23). In manchen Fällen verweisen auch die Verordnungen der Kantone auf diese Richtlinien.

Die Richtlinien der Akademie hatten unter den europäischen Stellungnahmen der Ärzteschaft eine Vorreiterrolle, was die Überlegungen zum legitimierten Therapieverzicht und ihre Anwendung auf die PVS-Situation vor der Sterbephase betrifft. Zugleich hat die Akademie stets mit großer Deutlichkeit die aktive Sterbehilfe abgelehnt und lange Zeit betont, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe sei. Diese Ansicht hat sich jedoch in den vergangenen Jahren, wenn auch nur leicht, gewandelt. 2004 präsentierte die Akademie einen Entwurf zur Erneuerung der Richtlinien „Entscheidungen am Lebensende“. Hierin wurde erstmals aufgenommen, dass die Entscheidung eines Mediziners, einem Patienten beim Suizid zu helfen, zu respektieren sei (Baezner-Sailer 2008). Eine 2007 durchgeführte Studie hat ergeben, dass Ärzte in ungefähr 400 Fällen Suizidbeihilfe in der Schweiz geleistet haben (ebd.).

Praxis der Suizidbeihilfe

Aus dem Verbot der eigennützigen Suizidbeihilfe ergibt sich die Straffreiheit der Hilfe im Falle einer altruistischen Motivlage. „Die ‚Sterbebegleitungen‘, die von der Vereinigung ‚EXIT‘ durchgeführt werden, stellen in der Regel eine solche straflose Beihilfe dar“ (Arbeitsgruppe

Sterbehilfe 1999, 12). Anders als in Oregon oder auch in den Niederlanden gibt es weder rechtliche noch verfahrensmäßige Beschränkungen der Suizidbeihilfe auf Personen, die in der Schweiz leben (Rehmann-Sutter 2006, 50; Reiter-Theil 2004, 5). Vergleicht man die schweizerische Situation mit der in Oregon, so ist die legale Beihilfe in Oregon auf Ärzte beschränkt; in der Schweiz dagegen ist auf Grundlage des standesethischen bzw. standesrechtlichen Verdikts die Gruppe der Ärzte von der Suizidbeihilfe ausgeschlossen. Dadurch ist die gesellschaftliche Rolle speziell der Suizidbeihilfe gewidmeter Vereinigungen sehr hervorgehoben. Diese Situation hat zu vielerlei Diskussionen im In- und Ausland geführt. In der Schweiz kam es sowohl zu Bemühungen um eine Legalisierung der Sterbehilfe wie auch um eine strengere Regelung der Suizidbeihilfe. Zudem hat in der Akademie der Medizinischen Wissenschaften ein kontinuierlicher Diskussionsprozess stattgefunden.

Die Motion Ruffy und der Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement vom März 1999

Der Nationalrat Victor Ruffy reichte 1994 das Gesuch um einen Entwurf zu einem Artikel 115 des StGB ein, das die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen eines unheilbar Kranken zum Ziel hatte. Aufgrund der Stellungnahme des Bundesrates wandelte er diese „Motion“ in ein weniger verbindliches Postulat um, welches Anlass zur Einrichtung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe aus Juristen, Medizinern und Ethikern gab.

Diese Arbeitsgruppe stellte 1999 in ihrem Schlussbericht fest, in der jüngeren rechtspolitischen Diskussion werde anerkannt, dass mit dem strafrechtlichen Lebensschutz der Schutzanspruch des menschlichen Lebens generell ausgedrückt werde. Es entspreche diesem Grundprinzip, dass die Zustimmung des Opfers die Tötung eines Menschen nicht rechtfertige (vgl. Arbeitsgruppe Sterbehilfe 1999, 34). Zugleich äußert die AG aber Zweifel daran, dass diese strafrechtliche Bestimmung auf den Fall zugeschnitten sei, „in dem jemand einen Menschen tötet, der von einer schweren, unheilbaren, in kurzer Zeit zum Tode führenden Krankheit betroffen ist und der von unerträglichen körperlichen und seelischen Leiden gequält wird“ (ebd.). Im weiteren wird aber diese Situation als besonderer Fall der Tötung auf Verlangen gedeutet, für den die Mehrheit der AG die Einfügung einer Strafbefreiungsklausel vorschlägt (vgl. ebd. 35). Diese Strafbefreiung solle auch für Nicht-Ärzte gelten können. Die

Minderheit der AG empfiehlt dagegen auf jegliche Lockerung des Fremdtötungsverbot zu verzichten (vgl. ebd. 46) und verweist darauf, dass die Schweiz in der straffreien Beihilfe zur Selbsttötung schon weiter gehe „als alle anderen Staaten“ (ebd. 41). Der Bundesrat lehnte den Vorschlag der Mehrheit zu einer Strafbefreiungsklausel in Artikel 114 StGB bei Beibehaltung von Artikel 115 StGB am 5. Juli 2000 ab (vgl. Nationale Ethikkommission 2005, 11).

Stellungnahmen der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin

Auf Grundlage der unveränderten rechtlichen Situation hat die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin im April 2005 eine Stellungnahme zur „Beihilfe zum Suizid“ vorgelegt. Sie stellte die Verdreifachung der Suizidhilfeszahlen von Organisationen wie Exit in wenigen Jahren, Suizidbegleitungen ohne medizinisch begründete Aussichtslosigkeit sowie „Sterbetourismus“ aus dem Ausland fest (Nationale Ethikkommission 2005, 10-12). Im Anschluss an eine ausführliche Darstellung historischer, soziologischer, epidemiologischer, psychiatrischer, rechtlicher und ethischer Erwägungen kommt die Kommission zu der Empfehlung, die „grundsätzlich liberale Haltung“ (ebd. 70) des Artikels 115 nicht in Frage zu stellen, aber Vorkehrungen für die Einhaltung von Sorgfalt zu treffen. Dabei geht es um den Schutz psychisch Kranker und Minderjähriger. Die Herkunft von Suizidenten aus dem Ausland erschwere zwar die Sorgfalt, schließe sie aber nicht notwendig aus (dazu auch Rehmann-Sutter 2006). Die wohl wichtigste pragmatische Forderung besteht darin, die „Sterbehilfeorganisationen“ einer staatlichen Aufsicht zu unterstellen (Nationale Ethikkommission 2005, 77).

Fortgang der Debatte

Die Frage der Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken war 2006 Gegenstand eines viel beachteten Bundesgerichtsentscheid. Dem Gericht zufolge ist die Suizidbeihilfe auch bei dieser Patientengruppe nicht grundsätzlich ausgeschlossen, müsse jedoch äußerst restriktiv gehandhabt werden (Bosshard 2008).

Neben der Frage nach der Limitierung des „Sterbetourismus“ ist seit Anfang des Jahres die Frage nach der Suizidbeihilfe für alte Menschen ohne schwerwiegende medizinische Erkrankung in der Debatte. Die

Sterbehilfeorganisation Exit kündigte bereits zu Beginn des Jahres an, ihre Vereinsstatuten ändern zu wollen und explizit die Möglichkeit der Sterbehilfe für betagte lebensunwillige Menschen aufzunehmen. Dabei werden für den Sterbewilligen geringere Anforderungen bezüglich der ärztlichen Nachweise gestellt. Lediglich die Erörterung nach dem Motiv des Sterbewunsches solle ausführlicher erfolgen, um der Gefahr vorzubeugen, dass alte Menschen sich auf Druck der Angehörigen für den Freitod entscheiden. Eine entsprechende Änderung der Statuten erfolgte im Mai 2014. Die vermehrt geforderte gesetzliche Verankerung der Voraussetzungen der Sterbehilfe ist bisher jedoch nicht erfolgt.

Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte

In jüngster Zeit erregte ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) Aufsehen, das sich mit dem Schweizer Recht zur Sterbehilfe befasste. Am 14. Mai 2013 entschied der Gerichtshof über die Klage der 83-jährigen Schweizerin Alda Gross, die sich aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters und damit einhergehender Alterserscheinungen das Leben nehmen wollte. Da sie nicht an einer schwerwiegenden, tödlich verlaufenden Krankheit litt, wurde ihr Wunsch sowohl von Schweizer Ärzten, als auch im Jahr 2010 vom Schweizerischen Bundesgericht zurückgewiesen.

Mit ihrer Klage vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte machte Alda Gross geltend, dass sie in ihrem in Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention garantierten Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens verletzt werde, indem ihr das Recht, frei über ihr eigenes Lebensende zu entscheiden, versagt werde.

Der EGMR sah ebenfalls eine Verletzung des Artikel 8 der Konvention für gegeben, allerdings nicht in der Versagung der Sterbehilfe, sondern in dem offen formulierten und nach Ansicht des Gerichts nur unzureichend präzisiertem Schweizer Recht zur Sterbehilfe. Da das Schweizer Strafrecht die Unzulässigkeit der Sterbehilfe nur dann annehme, wenn sie aus selbstsüchtigen Motiven heraus begangen werde und eine Präzisierung des Schweizer Rechts allein durch die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, einer nicht staatlichen Organisation, erfolgt war, kam das Gericht zu der Ansicht, dass zu große Unklarheit über die Zulässigkeit der Sterbehilfe in Fällen wie dem von Alda Gross bestehe. Diese Unsicherheit in einem elementaren Bereich der

Lebensgestaltung und vor allem die Tatsache, dass keine Richtlinien für Fälle bestünden, in denen Sterbewillige nicht an einer schwerwiegenden Krankheit litten, seien nicht hinnehmbar und begründeten eine Verletzung von Artikel 8 EMRK.

Somit rügte das Gericht jedoch lediglich die derzeitige Präzisierung des Schweizer Rechts. Das Urteil stellt hingegen nicht fest, dass auch in Fällen wie dem von Alda Gross grundsätzlich ein Recht auf aktive Sterbehilfe besteht (vgl. European Court of Human Rights 2013).

LITERATUR

- *Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999): Sterbehilfe: Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement, <http://www.rhf.admin.ch/themen/stgb-sterbehilfe/b-bericht-d.pdf> (Stand: Mai 2006).*
- *Baezner-Sailer, E. (2008): Physician-Assisted Suicide in Switzerland: A Personal Report, in: Birnbacher, D., Dahl, E. (Hg.) Giving death a helping hand, 141-148.*
- *Bavastro, P. (2003): Aktive Euthanasie in Holland, Deutschland und der Schweiz: rechtliche Situation und ethische Probleme, in: Heusser, P., Riggerbach, B. (Hg.): Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Euthanasie: die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht, Bern, 9-25.*
- *Bondolfi, A. (2004): Switzerland – Defending assisted death, in: Council of Europe (Hg.): Euthanasia: Volume II – National and European perspectives, Strasbourg, 85-94.*
- *Bosshard, G. (2001): Die Debatte um die Regelung von Sterbehilfe in der Schweiz und die MELS-Studie: Ein Forschungsprojekt setzt sich zum Ziel, Fakten zu ärztlichen Entscheidungen am Lebensende zu liefern, in: Primary Care, 600-604.*

- Bosshard, G. et al. (2005): *Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht in sechs europäischen Ländern: Resultate der EURELD/MELS-Studie*, in: *Primary Care* 5 (39), 799-802.
- Bosshard, G. (2008): *Liberalisierung der Sterbehilfe – Erfahrungen aus der Schweiz*, in: Junginger, T. et al. (Hg.) *Grenzsituationen in der Intensivmedizin*, 245-250.
- Danish Council of Ethics (2005): *Switzerland*, in: *Danish Council of Ethics* (Hg.): *Euthanasia – legalizing killing on request?* Kopenhagen.
- European Court of Human Rights (2013), *Press Release of the ECHR* 146, Strasbourg.
- Faisst, K. et al. (2001): *Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz; Im Rahmen des EU-Projektes „Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries“*, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 82 (25), 1329-1330.
- Faisst, K. et al. (2002): *Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz: Beginn der zweiten Befragung; Im Rahmen des EU-Projektes „Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries“*, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 83 (36), 1868-1869.
- Faisst, K. et al. (2003): *Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse; EU-Projekt „Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries“*, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 84 (32/33), 1676-1678.
- Heine, G. (1991): *Schweiz*, in: Eser, A., Koch, H.-G. (1991): *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i. Br., 591-668.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE (2005): *Beihilfe zum Suizid: Stellungnahme Nr. 9/2005*, Bern.
- (2006): *Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe: Stellungnahme Nr. 13/2006*, Bern.

- (2011): *Patientenverfügungen: Stellungnahme Nr. 17/2011*, Bern.
- Rehmann-Sutter, Ch. (2006): *Zum gegenwärtigen Diskussionsstand um die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz*, in: *Zeitschrift für evangelische Ethik* (50), 49-53.
- Reither-Theil, S. (2004): *Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid: die Situation in der Schweiz im Lichte internationaler Perspektiven*, Böschum (*Medizinethische Materialien* 150).
- Schreier, M. (2001): *Switzerland*, in: Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): *Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects*, Stuttgart, 231-234.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1995): *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten*, Basel.
- (2003): *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten: Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*, Basel.
- (2004): *„Betreuung von Patienten am Lebensende“*. *Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW (1. Publikation zur Vernehmlassung)*, Basel.
- Schweizerischer Bundesrat (2000): *Bericht des Bundesrates zum Postulat Ruffy, Sterbehilfe. Ergänzung des Strafgesetzbuches*, Bern.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2000): *Schweizerisches Strafbuch, Zweites Buch: Besondere Bestimmungen, Online-Version (Stand: August 2006)*.
- Sénat (1999): *L'euthanasie: Suisse*, http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html (Stand: Mai 2006), 21-25.
- (2004): *Les droits du malade en fin de vie: Suisse*, Paris, 31-35.

- *Wolflast, G., Conrads, Ch. (2001): Schweiz, in: Wolflast, G., Conrads, Ch. (Hg.): Textsammlung Sterbehilfe, Berlin, Heidelberg, New York, 133-139.*
- *Zentrale Ethikkommissin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2005): Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung, Basel.*
- *Zimmermann-Acklin, M. (2012): Öffentliche Sterbehilfediskurse in Deutschland und in der Schweiz, in: Anderheiden, M., Eckart, W.U. (Hg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde, Band 3, Berlin, 1531-1546.*

3.6. ÖSTERREICH

Strafrechtliche Regelungen

Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist nach § 77 des österreichischen Strafgesetzbuches mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen. Das Strafgesetzbuch sieht zudem einen Tatbestand der „Mitwirkung am Suizid“ vor, der die Verleitung zum Suizid und die Hilfeleistung pönalisiert. Für den Themenbereich der Sterbehilfe sind zudem der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung und auch der der eigenmächtigen Heilbehandlung einschlägig (vgl. Dearing, Schwarz 1991, 560-563).

Die österreichische Strafrechtswissenschaft hat keinen Konsens über die Frage erzielt, ob dem Verbot der Beihilfe zum Suizid die rechtsdogmatische Annahme der Rechtswidrigkeit des Suizids zugrunde liegt oder nicht (Dearing, Schwarz 1991, 562; Bernat 2001, 120). In jedem Falle sah schon der Gesetzgeber den Entschluss zum Akzeptieren des eigenen Sterbens deutlich gegenüber dem Suizid abgegrenzt: „Nun kann die Unterlassung der Rettung des eigenen Lebens in rechtlicher Hinsicht keineswegs dem Selbstmord gleichgestellt werden. Es ist vielmehr die Disposition eines von einer lebensgefährlichen Krankheit befallenen Menschen darüber, ob ein Heilungsversuch unternommen werden oder der Krankheit ihr Lauf gelassen werden soll, anzuerkennen und zu schüt-

zen. Das muss auch für den Fall gelten, dass die Lebensgefahr zu einer unmittelbaren geworden ist“ (amtliche Erläuterungen zum österreichischen StGB, § 110 Abs. 1, zit. nach Bernat 2001, 121f.). Mit dem strafrechtlichen Schutz des Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen ist allerdings noch nicht der Fall geregelt, dass der sterbende oder komatöse Patient nicht einwilligungsfähig oder vetofähig ist. Die Diskussion über die Möglichkeiten zur Mutmaßung des Patientenwillens und zum Status von Patientenverfügungen kann nicht als abgeschlossen betrachtet werden.

Akademische und öffentliche Diskussion

In der österreichischen Literatur um Sterbehilfe wurde eine Unterscheidung zwischen einer „echten“ und einer „unechten“ Sterbehilfe eingeführt, wobei unter unechter Sterbehilfe die direkte aktive Tötung auf Verlangen, unter echter Sterbehilfe schmerzlindernde und sedierende Maßnahmen verstanden werden, die nicht den Effekt der Lebensverkürzung haben (vgl. Wernstedt 2004, 74). Insgesamt gibt es allerdings recht wenige Stimmen, die sich zu Wort melden. Schon in den 1990er Jahren wurde auf die geringe Beschäftigung mit dem Thema der Sterbehilfe sowohl in der Ärzteschaft wie auch in den Kirchen hingewiesen (Dearing, Schwarz 1991, 559). Ein Bericht des Leiters der Geschäftsstelle der Bioethikkommission beim Bundeskanzler sieht zwar die Sterbehilfedebatte auf der Tagesordnung der aktuellen bioethischen Themen auch in Österreich (Gmeiner 2003, 167), doch hat die Kommission lange weder einen Bericht vorgelegt noch eine öffentliche Veranstaltung durchgeführt. Erst eine Empfehlung von 2011 widmet sich der Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende (Bioethikkommission 2011), spart dabei allerdings eine ethische Erörterung zur aktiven Sterbehilfe, die über eine Bekräftigung der Rechtslage hinausginge, aus. Gmeiners Fazit aus dem Jahre 2003, dass die bisherige österreichische Position eines Nein zur aktiven Sterbehilfe „bei gleichzeitigem Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung“ (ebd.) Bestand haben werde, ist wohl weiterhin zutreffend (s. dazu auch den Beitrag aus Sicht des Allgemeinmediziners Hellemann-Geschwinder 2001).

Diskussion zum Verbot der Sterbehilfe auf verfassungsrechtlicher Ebene

Entgegen den Entwicklungen in anderen europäischen Ländern, die zu einer Legalisierung der Sterbehilfe tendieren, zeigt die österreichische Entwicklung in eine entgegengesetzte Richtung. Gemäß dem Koalitionsvertrag der SPÖ und der ÖVP soll ein ausdrückliches Verbot der Sterbehilfe in die österreichische Verfassung aufgenommen werden.

Kritisiert wird dies durch den Strafrechtler Kurt Schmoller von der Universität Salzburg, sowie durch Christian Kopetzki, Medizinrechtler von der Universität Wien. Beide lehnen eine Aufnahme des Sterbehilfeverbots in die österreichische Verfassung entschieden ab und sehen diese für den Fortgang der Debatte um Sterbehilfe und palliative Pflege als nicht hilfreich an.

Auch die Opposition in Österreich sowie die Juristin Barbara Helige, Präsidentin der Liga für Menschenrechte, sprechen sich gegen das Verbot der Sterbehilfe in der Verfassung aus. Stattdessen wird durch sie eine gesamtgesellschaftliche Diskussion um die Lockerung des strafrechtlichen Sterbehilfeverbots angemahnt. Der Ausgang der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Bemühungen um eine Verfassungsänderung bleibt offen.

Bundesgesetz über Patientenverfügungen

Am 1. Juni 2006 trat in Österreich ein Patientenverfügungsgesetz in Kraft, welches die Ziele einer besseren Transparenz und einer höheren Rechtssicherheit im Umgang mit antizipativen Verfügungen anstrebt und auf die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zurückgeht. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen. Für die verbindlichen Verfügungen werden hohe Anforderungen formuliert. „Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§ 11e Kranken- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) errichtet worden ist und der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist“ (Bundesgesetz über Patientenverfügungen 2006, § 6. (1)). Ohne Erneuerung nach entsprechender ärztlicher Aufklärung

verliert die Verfügung nach fünf Jahren ihre Verbindlichkeit. Sofern nicht alle diese Voraussetzungen vollständig erfüllt sind, soll die Verfügung bei der Ermittlung des Patientenwillens mitbeachtet werden.

Sowohl in der parlamentarischen Debatte wie in der akademischen Berichterstattung wurde bemängelt, dass nunmehr die Errichtung einer verbindlich wirksamen Verfügung ein Akt ist, der sowohl durch die rechtliche Prüfung wie durch die ärztliche Beratung Gebühren nach sich zieht (Körtner 2006, 224).

LITERATUR

- *Bernat, E. (2001): Rechte des Patienten, Pflichten des Arztes und Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod – ein österreichischer Diskussionsbeitrag, in: Wienke, A. et al (Hg.): Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben – Patientenverfügungen, Berlin, 119-137.*
- *Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2011): Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Stellungnahme, Wien.*
- *Bundesgesetz über Patientenverfügungen (2006): Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 8. Mai 2006, <http://www.ris.bka.gv.at> (Stand: September 2006).*
- *Dearing, A., Schwarz, O. (1991): Österreich, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation, Freiburg i. Br., 557-579.*
- *Gmeiner, B. (2003): Biopolitische Debatten in Österreich, in: Zeitschrift für Biopolitik 3, 159-168.*
- *Hellemann-Geschwinder, I. (2001): Austria, in: Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects, Stuttgart, 7-8.*

- Körtner, U.H.J. (2006): *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Entstehungsgeschichte, Inhalt, Bewertung*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* (50), 221-227.
- Wernstedt, Th. (2004): *Sterbehilfe in Europa, Frankfurt a. M. (Recht und Medizin 66)*.

3.7. GROSSBRITANNIEN

Einleitung

Die britische Rechtslage wurde 2002 Gegenstand gesamteuropäischer Aufmerksamkeit, als die 43-jährige Frau Diane Pretty den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg anrief. Sie litt an einer amyotrophen Lateralsklerose mit zunehmender Lähmung des gesamten Körpers. Englische Gerichte hatten eine Straffreiheit ihres Mannes auf ihr Anrufen für den Fall einer Tötung auf Verlangen ausgeschlossen. Im Fall Pretty gegen das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland entschieden die Straßburger Richter, dass eine strafrechtliche Verfolgung der Sterbehilfe im Sinne des britischen *Suicide Act* nicht im Widerspruch zu tragenden Artikeln der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten stehe. Mrs. Pretty verstarb am 11. Mai 2002 in einem Hospiz. Generell kann auf die frühe Entstehung und landesweite Einrichtungen von Hospizen hingewiesen werden. Cecil Saunders, Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester, steht mit ihren Ideen, die Umstände des Sterbens so zu gestalten, dass eine Vorbereitung auf den Tod und ein Abschiednehmen von Freunden und Familie möglich wird, und der Gründung des St. Christopher's Hospice im Südosten Londons im Jahre 1967 am Beginn der Hospizbewegung. Großbritannien hat in diesem Bereich immer noch weltweit eine Vorreiterrolle.

Rechtslage und Entstehungshintergrund

Das Vereinigte Königreich hat kein spezielles Gesetz, welches Fälle von Sterbehilfe allgemein regelt. Generelle Bestimmungen, nach denen unterlassene Hilfeleistung mit Strafe bedroht würde, sind der Rechts-tradition des *common law* fremd (vgl. Giesen 1993, 155). Die Tötung auf Verlangen ist kein eigener Straftatbestand. Gerichte, die sich in ihrer

Urteilsfindung um eine Privilegierung des aufgrund eines Verlangens oder aus Mitleid Tötenden bemüht haben, mussten sich deshalb auf die Bestimmung des *Homicide Act* von 1957 berufen, nach dem Tötungen aufgrund von verminderter Zurechnungsfähigkeit nicht als Mord gewertet werden sollen (vgl. Doyle, Grant, Hibble 237, Sénat 1999, 9). Mit dem *Suicide Act* von 1961 wurde die Strafbarkeit des Suizids aufgehoben, zugleich aber die Teilnahme an einem Suizid unter Strafe gestellt. Seine ursprüngliche Formulierung lautet: „A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.“ Im Februar 2010 wurde der *Suicide Act* von 1961 durch den *Coroners and Justice Act* von 2009 geändert. Dabei wurde die generelle Strafbarkeit der Unterstützung einer Selbsttötungshandlung nicht aufgehoben, der Wortlaut der Norm jedoch geändert. Strafbar macht sich nun, wer eine Handlung vornimmt, die dazu geeignet ist, die Selbsttötung oder die versuchte Selbsttötung einer anderen Person zu bestärken oder sie bei der Selbsttötung zu unterstützen. Der Strafraum von 14 Jahren wurde dabei nicht abgeändert. Trotz der Änderung des Wortlauts dürfte davon auszugehen sein, dass die neue Fassung des *Suicide Acts* keine wesentliche inhaltliche Änderung mit sich gebracht hat.

Der Gesetzesänderung vorangegangen war der Fall der Britin Debbie Purdy, die an Multipler Sklerose erkrankt war und vom britischen High Court of Justice die Zusicherung erhalten wollte, dass ihr Ehemann straffrei bleibe, sollte er sie dabei unterstützen, in der Schweiz Sterbehilfe zu erhalten. Sie argumentierte, dass es sie in ihren Rechten verletze, dass sie aufgrund der offenen Formulierung des *Suicide Act* nicht sicher sein könne, wann durch ihre Familienmitglieder eine strafbewehrte Handlung vorgenommen werde. Das Gericht gab Debbie Purdy Recht. Ergebnis des Rechtsstreits war die Veröffentlichung von Richtlinien zum *Suicide Act* durch den Director of Public Prosecutions, die Anhaltspunkte dafür geben, wann eine Verurteilung aufgrund des *Suicide Act* zu erwarten ist.

Die Richtlinien weisen deutlich darauf hin, dass der Fall von Debbie Purdy das Gesetz nicht geändert habe und dass eine solche Änderung lediglich durch das Parlament erfolgen könne. Ebenso deutlich wird darauf hingewiesen, dass der hohe Strafraum von 14 Jahren die Schwere des Delikts der Beihilfe zum Suizid aufzeige. Im Zuge der Änderung des

Suicide Act veröffentlichte der General Medical Council (GMC) 2010 einen neuen Leitfaden für Mediziner, der als Hilfestellung bei Entscheidungen am Lebensende des Patienten dienen soll. Der Leitfaden, der unter dem Titel „Treatment and Care Towards the End of Life“ veröffentlicht wurde, stellt klar, dass bei der Entscheidungsfindung die Autonomie des Patienten im Mittelpunkt stehe. Dabei habe der Arzt sich bei der Umsetzung an die geltenden rechtlichen Bedingungen zu halten (vgl. GMC 2010; Biggs, Ost 2010).

Der *Suicide Act* gilt für England und Wales. Da Schottland niemals eine Gesetzgebung zum Verbot der Selbsttötung hatte, sind entsprechende Taten dort nicht strafbar.

Bericht des Select Committee on Medical Ethics

Die Entscheidung über die Einstellung der Antibiotikatherapie und die Entfernung der Magensonde bei Anthony Bland, der nach Gehirnverletzungen bei Fußballkrawallen ins Wachkoma gefallen war, hatte das zuletzt zuständige House of Lords wegen der großen öffentlichen Aufmerksamkeit veranlasst, eine Enquetekommission mit der Klärung der zugrunde liegenden Prinzipien zu beauftragen. Wie das House of Lords, wichtige Gremien der Ärzteschaft und britische Medizinrechtler (McLean 2004) hält das Komitee an der Differenz zwischen dem Sterbenlassen und der Tötung und ihrer normativen Berechtigung entschieden fest (zur Debatte vgl. Dworkin 1993, Harris 1995). Es setzte sich mit den Argumenten der Sterbehilfebefürworter auseinander und kam zu dem Ergebnis, dass diese Argumente nicht ausreichend seien, um das gesellschaftliche Verbot der vorsätzlichen Tötung abzuschwächen. Dieses Verbot sei ein Eckpfeiler des Rechts und der sozialen Beziehung. Es schütze jedermann gleichermaßen und verkörpere die Überzeugung, dass alle gleich seien. Eine Gesetzesänderung könne diesen Schutz nur verringern (vgl. Report of the Select Committee 1994).

Es fällt auf, dass in der Argumentation des Komitees sowohl auf allgemeine ethische Grundsätze an sich als auch auf die Folgen ihrer Nichtbeachtung abgehoben wird. Diese Verknüpfung zwischen deontologischer und konsequentialistischer Argumentation mag überraschen in einem Land, in dem in der moralphilosophischen Tradition verschiedene Ansätze des Utilitarismus großen Einfluss gewonnen haben. Zwar spiegelt sich in der umfangreichen Debatte um die Differenz zwischen Sterbenlassen und

Töten der Versuch seitens der konsequentialistischen Moralphilosophie, für die Bewertung einer Handlung allein ihre Folgen in Anschlag zu bringen, für die Urteilsbildung in der ärztlichen Berufsethik wie auch in den politischen Beratungs- und Entscheidungsgremien haben bislang die utilitaristischen Ansätze als alleinige ethische Begründungsfiguren nicht den Ausschlag geben können.

Weitergehende Reformbestrebungen

Seit ihrer Gründung im Jahre 1935 hat sich die Voluntary Euthanasia Society nachdrücklich Aufmerksamkeit in der britischen Öffentlichkeit verschafft. 1980 wurde ihr schottischer Zweig unabhängig und publizierte Anleitungsliteratur zum Suizid. Bemühungen um Gesetzesänderungen, welche 1969 und 1983 zu Gesetzesinitiativen führten, scheiterten indes. Gesetzesinitiativen in den Jahren 1993 und 1997 wurden nicht zur zweiten Lesung zugelassen (Wernstedt 2004, 42).

Die parlamentarische Ablehnung einer Legalisierung der Sterbehilfe entsprach einer deutlichen Ablehnung in der verfassten britischen Ärzteschaft (Huber 1991, 348-350; Doyle, Grant, Hibble 2001, 249-251). In seiner Auseinandersetzung mit dem Bland case hat das House of Lords in einer berühmt gewordenen Stellungnahme das Verbot der Gabe einer tödlichen Substanz bekräftigt und zugleich das Recht auf eine Behandlungsverweigerung als ein Grundrecht ausgewiesen (Sénat 1999, 10).

Ob sich die Rechtslage in England und Wales in näherer Zukunft ändert, ist indes offen. Nachdem 2006 ein Gesetzesentwurf zur Legalisierung des „*physician assisted suicide*“ im House of Lords gescheitert war, wurde Anfang Juni 2014 erneut ein entsprechender Gesetzesentwurf, die „*assisted suicide for the terminally ill bill*“, dem House of Lords zur Entscheidung vorgelegt. Der Gesetzesentwurf orientiert sich weitgehend an der im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon geltenden Gesetzeslage. Sollten sowohl das House of Lords als auch das House of Commons dem Gesetzesentwurf zustimmen, würde die von Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführte aktive Sterbehilfe straffrei gestellt werden. Die britische Regierung signalisierte Offenheit gegenüber einer entsprechenden Gesetzesänderung (Dyer 2014).

Es gibt Hinweise darauf, dass sich auch in Teilen der britischen Ärzteschaft die Einstellung zur Sterbehilfe wandelt. Bereits im Jahr 2010 wurde die aus Ärzten und Pflegekräften bestehende Gruppe „Healthcare Professionals for Change“ gegründet, die die Gruppierung „Dignity in Dying“ unterstützt und sich dafür einsetzt, Patienten am Lebensende eine größere Entscheidungsfreiheit einzuräumen, mit dem Argument, dass niemand entgegen seinem Willen leiden sollte (Biggs, Ost 2010).

LITERATUR

- Biggs, H., Ost, S. (2010): *As it is at the end so it is at the beginning: legal challenges and new horizons for medicalised death and dying*, in: *Medical Law Review* 18, 437-441.
- CPS (2009): *Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*, http://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted_suicide_policy.html (Stand: Juli 2014).
- Doyle, J. et al. (2001): *United Kingdom*, in: Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): *Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects*, Stuttgart, 235-256.
- Dworkin, R. (1993): *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, New York.
- Dyer, C. (2014): *House of Lords is to consider bill on assisted suicide* in: *BMJ* 348, 3798.
- European Court of Human Rights (2002): *Chamber Judgement in the Case of Pretty v. The United Kingdom*, <http://www.echr.coe.int/Eng/Press/2002/apr/Prettyjudypress.htm> (Stand: Mai 2006).
- Giesen, D. (1993): *Euthanasie und Sterbehilfe aus juristischer Perspektive*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 39 (2), 151-171.
- GMC (2010): *Treatment and care towards the end of life*, http://www.gmc-uk.org/Treatment_and_care_towards_the_end_of_life___English_0414.pdf_48902105.pdf (Stand: Juli 2014).
- Harris, J. (1995): *Euthanasia and the value of life*, in: Keown, J. (Hg.): *Euthanasia examined: ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge, 6-22.
- House of Lords (1994): *Report of the Select Committee on Medical Ethics: Volume I – Report*, London (HL Paper; 21-I).
- Huber, B. (1991): *Großbritannien*, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i. Br., 339-389.
- Keown, J. (1995): *Euthanasia examined: Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge.
- (2002): *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legalisation*, Cambridge.
- McLean, Sh. (2004): *United Kingdom – The illegality of euthanasia*, in: Council of Europe (Hg.): *Euthanasia: Volume II – National and European perspectives*, Strasbourg, 95-104.
- Sénat (1999): *L'euthanasie: Angleterre et Pays de Galles*, http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html (Stand: Mai 2006), 9-13.
- (2004): *Les droits du malade en fin de vie: Angleterre et Pays de Galles*, Paris, 17-20.
- Steinbock, B. (2005): *The case for physician assisted suicide: not (yet) proven*, in: *Journal of Medical Ethics* 31, London, 235-241.
- Wernstedt, Th. (2004): *Sterbehilfe in Europa*, Frankfurt a. M. (Recht und Medizin 66).

3.8. FRANKREICH

Rechtliche Wertung der Sterbehilfe

Wer auf Verlangen eine Tötung vornimmt, sei es auch in einer für den Betroffenen und seine Angehörigen unerträglich und aussichtslos erscheinenden Situation, wird wegen eines Tötungsdeliktes mit Strafe bedroht. Die Tötung auf Verlangen stellt anders als im deutschen Recht keinen eigenen, gegenüber dem Totschlag oder dem Mord privilegierten Tatbestand dar. Der Gesetzgeber sieht auch keine Strafmilderung aufgrund des Einverständnisses oder des Verlangens seitens des Opfers vor: „Das Leben stellt kein disponibles Rechtsgut dar, auf seinen Schutz kann der einzelne nicht verzichten“ (Spaniol 1991, 285). In früheren Zeiten war es durch die Zuständigkeit der Geschworenengerichte nicht zu einer einheitlichen strafrechtlichen Wertung von Mitleidstaten gekommen (vgl. Spaniol 1991, 286). In den letzten Jahrzehnten hat es zumindest keine spektakulären Strafprozesse wegen Sterbehilfe gegeben (vgl. bereits Fuchs 2001).

Erste Phase der ethischen Diskussion

Die Diskussion kam allerdings in Gang, als das angesehene nationale Ethikkomitee für die Gesundheits- und Lebenswissenschaften (CCNE) im Jahre 2000 zwei umfangreiche Positionspapiere vorlegte, die die Euthanasie jenseits ihrer rechtlichen Wertung als Tötung oder Mord in ein besseres Licht rücken sollten. Für bestimmte Situationen solle eine Ausnahme vorgesehen werden. Das Komitee folgte damit seinem gesetzlichen Auftrag, auf der Grundlage eines breiten Spektrums an Sachkompetenzen, politischen Positionen und weltanschaulichen Hintergründen unabhängig Stellungnahmen zu ethischen Fragen der Lebens- und Gesundheitswissenschaften abzugeben und so die staatlichen Organe zu beraten. Schon 1991 hatte es zur Sterbehilfe Stellung bezogen, damals jedoch mit einer eindeutigen Ablehnung der aktiven Euthanasie.

Es seien vor allem die vielen Anfragen der Neonatologen gewesen – so erläuterte das Gremium seinen Positionswechsel gegenüber der Öffentlichkeit –, durch die die strikte Trennung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ins Wanken geraten sei. Mit Hilfe moderner Medizintechniken könnten Kinder überleben, die extrem früh oder mit schwersten Behinderungen geboren würden. Eine bloße Einstellung der Behandlung komme

aus ethischen Gründen vielfach nicht in Frage. Nicht nur die Pflege und Ernährung der Neugeborenen müsse fortgesetzt werden, sondern nach dem Abschalten lebenserhaltender Geräte müssten vielfach Behandlungsmaßnahmen wieder aufgenommen werden, um einen Zustand der Agonie zu beheben. Das Abschalten der Geräte werde so häufig zu einem symbolischen Akt, nach dem sich die Entscheidung über das Beenden des Lebens oder seine Verlängerung erneut stelle. Zwischen ärztlichem Engagement und therapeutischem Übereifer zu unterscheiden falle nicht leicht. Die ethische Problematik lasse sich nicht dadurch unterlaufen, dass man in aussichtslosen Fällen auf Reanimation verzichte und dadurch die Entscheidungssituation vermeide. Denn die Kenntnis über den aktuellen Zustand des Gehirns sei völlig unzureichend und die Prognose außer im Falle eines anenzephalen Kindes alles andere als sicher. Wo nun Entscheidungen über aktive Beendigung des jungen Lebens unumgänglich seien, sieht das Ethikkomitee die Rolle der Eltern als zentral. Das Team der Ärzte und Pflegenden müsse diese Entscheidung beraten und begleiten und helfen, dass sie losgelöst von Schuldgefühlen erfolgen könne. Der Respekt vor der Würde des Patienten verlange hier den Respekt vor den Bezugspersonen, den Eltern.

Ein viel stärkeres Echo als die Stellungnahme zur Neonatologie hat der Bericht über das Lebensende und die Euthanasie in der französischen Öffentlichkeit hervorgerufen. Er bemüht sich, die Thematik von Leben und Sterben in grundsätzlicher Weise anzugehen und dabei nicht nur den gesetzlich verbürgten Anspruch auf palliative Pflege, sondern auch dessen finanzielle Implementierung zu fordern und zu unterstreichen. Weiterhin tritt das Komitee für die menschliche Begleitung von Sterbenden ein. Angehörige von Sterbenden müssten mehr Unterstützung erfahren und ehrenamtliche Helfer in ihrer Rolle gestärkt werden, damit Sterbende ihren Tod in der vertrauten Umgebung finden könnten, die sie sich wünschen. Der Sterbende müsse sich seinen Tod wieder aneignen können. Das Gremium wendet sich entschieden gegen den therapeutischen Übereifer und eine falsche ärztliche Hartnäckigkeit, den *acharnement thérapeutique*.

Doch hofft das Komitee nicht, durch diese institutionellen Änderungen und Bewusstseinswandlungen die Frage der aktiven Sterbehilfe zu beseitigen; eine Befriedung des Konflikts zwischen Befürwortern und Gegnern sei so nicht zu erwarten. Deshalb stellt die Stellungnahme „Fin de Vie“ den Versuch dar, aus den widerstreitenden Argumenten und Regelungs-

vorschlägen eine Synthese zu erarbeiten. Diese will undogmatisch sein, den Einzelfällen Rechnung tragen und gleichzeitig für Transparenz und Gerechtigkeit sorgen. Hinter dieser Forderung nach Transparenz steht die nicht durch Einzelbeispiele belegte Behauptung, dass sich im Schatten des Code pénal und trotz des Verbotes in der ärztlichen Deontologie eine heimliche Praxis ärztlicher Sterbehilfe entwickelt habe.

Ausnahmen vom Verbot der Euthanasie sollen allerdings nur in extremen Situationen und unter der Voraussetzung eines expliziten Wunsches oder einer expliziten Einwilligung zulässig sein. Sie sollen durch das ärztliche Team beraten und durch eine interdisziplinäre Kommission geprüft werden. Ohne das Problem des Dammbrochs offen anzusprechen, hält das Komitee an einer strafrechtlichen Rahmenvorgabe fest; diese müsse man nicht verändern. Der Richter bleibe damit Herr der Entscheidung. Allerdings könne nach den Ausführungen von Jean Michaud, Richter am französischen Kassationsgericht, in der öffentlichen Präsentation der Stellungnahme der Bericht des Komitees fortan für den Richter eine Hilfe sein, die Besonderheit der Sterbehilfe zu würdigen und ihre Verschiedenheit von Tötungen aus eigenem Interesse unterstreichen (vgl. Fuchs 2001). Hierzu könne, so das CCNE in seiner avis, eine *exception d'euthanasie*, eine Einrede der Sterbehilfe, in die Strafprozessordnung aufgenommen werden.

Gesetz über die Rechte von Kranken am Lebensende

Zu einer Änderung der Strafprozessordnung kam es allerdings nicht. Der Gesetzgeber griff aber die Anregungen des CCNE insofern auf, als er die Rechte von Patienten insbesondere am Lebensende stärkte. Am 12. April 2005 trat mit der Annahme durch den Senat ein Gesetz über die Rechte von Kranken am Lebensende in Kraft. In der französischen Diskussion wird es unter dem Namen „loi Leonetti“ diskutiert, nach dem Abgeordneten, der den Gesetzentwurf federführend ins Parlament eingebracht hat. Es handelt sich dabei um ergänzende Bestimmungen zum Gesetz über das öffentliche Gesundheitswesen, welche die Intention verfolgen, Sterbende vor dem *acharnement thérapeutique* zu schützen, Bedingungen für den Therapieabbruch und die Schmerzbehandlung mit der Gefahr der Lebensverkürzung transparent zu machen und einer gemeinsamen Entscheidung der Betroffenen, der Angehörigen und des medizinischen Personals zu unterwerfen. Das Gesundheitsministerium kündigte zugleich mit der Vorstellung des Gesetzes an, 43 Millionen Euro

für palliative Medizin bereitzustellen. Im Einzelnen wird im Gesetz erklärt, dass Behandlungen unterbrochen oder unterlassen werden können, die unnützlich oder unverhältnismäßig sind oder nur zum Ziel haben, das Leben künstlich zu verlängern. Pflegerische Maßnahmen zur Wahrung der Lebensqualität sollen hier in den Vordergrund treten. Artikel zwei des Gesetzes lautet: „Wenn der Arzt feststellt, dass er das Leiden einer Person in einer fortgeschrittenen Phase oder Endphase einer schweren und unheilbaren Krankheit, ganz gleich welcher Ursache, nur dann erleichtern kann, wenn er ihm eine Behandlung zuteil werden lässt, die als Nebenwirkung die Verkürzung seines Lebens zur Folge haben kann, muss er den Kranken, unbeschadet der Bestimmungen des vierten Absatzes von Artikel L. 1111-2, die Vertrauensperson, auf die Artikel L. 1111-6 Bezug nimmt, die Familie oder in Ermangelung eines Angehörigen eine der nahe stehenden Personen darüber informieren. Das verfolgte Vorgehen wird in der Krankenakte dokumentiert.“

Der Arzt wird verpflichtet, den Wunsch des unheilbar Kranken nach Behandlungsbegrenzung oder -verzicht zu respektieren. Zudem wird das Instrument der Patientenverfügung gesetzlich verankert: „Art. L. 1111-12. – Wenn eine Person, die sich im fortgeschrittenen oder Endstadium einer schweren und unheilbaren Krankheit, ganz gleich welcher Ursache, befindet und nicht in der Lage ist, ihren Willen auszudrücken, in Anwendung von Artikel L. 1111-6 eine Vertrauensperson bestimmt hat, ist die Meinung dieser Vertrauensperson, außer bei Dringlichkeit oder Unmöglichkeit, ausschlaggebend in den Entscheidungen des Arztes in Bezug auf Untersuchung, Eingriff oder Behandlung vor jedweder anderen, nicht medizinisch begründeten Anweisung, mit Ausnahme der vorsorglichen Patientenverfügung.“ Aber auch ohne Vorliegen einer Patientenverfügung kann der Arzt auf unnütze oder unverhältnismäßige lebensverlängernde Maßnahmen im fortgeschrittenen oder Endstadium einer schweren und unheilbaren Krankheit verzichten. Er muss dabei das in der ärztlichen Deontologie festgelegte Kollektivverfahren einhalten und die Angehörigen bzw. Nahestehenden konsultieren.

Die neuere französische Diskussion um die Sterbehilfe wird zumeist unter dem Titel einer Reform der loi Leonetti geführt. Insofern ist die Frage offen, ob sich dieses Gesetz bewährt hat und eine Antwort auf die gesellschaftliche Debatte um die Sterbehilfe und um ein würdevolles Sterben darstellt.

Zweite Phase der ethischen Diskussion

Die jüngste Phase der öffentlichen Diskussion in Frankreich über das Lebensende und die Sterbehilfe ist durch drei Dokumente geprägt: den Bericht der Sicard-Kommission (Commission de réflexion sur la fin de vie en France 2012), die neuerliche Stellungnahme des französischen nationalen Ethikrates (Comité Consultatif National d'Éthique 2013a), sowie die Stellungnahme einer Bürgerkonferenz, die Ende 2013 durch eben diesen Ethikrat organisiert wurde (Comité Consultatif National d'Éthique 2013b). Die neuerliche Befassung des CCNE und auch die Befassung der beiden anderen Gruppen ist ein Beispiel für eine Reflexion im Anschluss an einen Impuls von oben. Die öffentliche Diskussion, die Meinungsbildung in Bürgerkonferenzen, die Arbeit der Sicard-Kommission und die Avis des CCNE sind allesamt durch den Präsidenten der Republik François Hollande angeregt oder eingefordert worden. Dieser war als Kandidat zur Präsidentschaft mit der Forderung nach einer „assistance médicalisée pour mourir dans la dignité“, einer medizinischen Unterstützung zum Sterben in Würde, in den Wahlkampf gezogen ist.

Die Sicard-Kommission, benannt nach ihrem Sprecher Didier Sicard, dem Präsidenten des CCNE in der Zeit von 1999 bis 2008, analysiert in ihrem Bericht die Bedingungen des Sterbens in Frankreich und versucht, vor allem eine Antwort auf die Frage zu finden, welche Veränderungen mit der *loi Leonetti* eingetreten seien. Sie kommt vor allem zu dem Schluss, dass die durch das Gesetz favorisierten palliativmedizinischen Möglichkeiten in Frankreich nach wie vor nicht zureichend eingesetzt würden. Das Gesetz sei zu wenig bekannt, die Ärzte, durch die die medizinische Schmerzlinderung erfolgen müsste, unzureichend geschult. Die Kommission plädiert dafür, diese Missstände zu beseitigen und sieht es nicht als angeraten an, den Weg einer ärztlichen Suizidbeihilfe oder einer ärztlichen aktiven Sterbehilfe zu gehen.

Das CCNE muss sich in seiner Stellungnahme mit den folgenden drei Fragen des Präsidenten auseinandersetzen: Wie und unter welchen Bedingungen lassen sich Patientenverfügungen anwenden und umsetzen, die durch Personen bei voller Gesundheit oder bei einer sich ankündigenden schweren Krankheit bezüglich ihres Lebensendes verfasst wurden? Nach welchen Verfahrensregeln und Bedingungen soll es einem Kranken, der bei Bewusstsein und autonom ist, gestattet sein, wenn ihn eine schwere und unheilbare Krankheit ergreift, begleitet und unterstützt

zu werden in seinem Willen, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen? Wie kann man den letzten Lebensmoment eines Patienten würdiger gestalten, bei dem die Behandlungen abgebrochen wurden, nachdem er selbst, seine Familie oder die Pflegenden diesen Handlungsabbruch entschieden haben?

Die Anfrage, wie auch die weiteren Bemühungen des Präsidenten Hollande haben die deutliche Tendenz in die Richtung einer Straffreistellung der Sterbehilfe oder jedenfalls des ärztlich assistierten Suizids. Der Präsident sieht sich dabei in Übereinstimmung mit dem Wunsch weiter Kreise der französischen Bevölkerung nach einer Reform. Die durch Hollande angeregte Bürgerkonferenz kommt in der Tat zu der Auffassung, dass der gesetzliche Weg zu einer Suizidassistenz beschritten werden solle. Auch in Frankreich waren es einige spektakuläre Fälle von Patienten im kompletten apallischen Syndrom und die über die Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen geführten Streitfälle vor Gericht, welche die öffentliche Diskussion anregten. Zugleich diskutieren französische Intellektuelle die Frage, ob die Sterbehilfe und die Suizidassistenz auf den Fall der unheilbaren Krankheit beschränkt sein solle. Auch einige Schriftsteller haben in jüngeren Arbeiten das Themenfeld des Suizids, der Suizidbeihilfe und der Sterbehilfe literarisch aufgegriffen und bearbeitet (vgl. den Überblick bei Altwegg 2013).

Allerdings findet der Ethikrat (CCNE), der auch die Bürgerkonferenz organisierte, selbst keinen Konsens zur rechtlichen Regelung einer Suizidbeihilfe. Einigkeit herrscht dagegen bezüglich der Forderung, Patientenverfügungen eine größere Verbindlichkeit zu geben als ihnen derzeit in Frankreich zugebilligt wird. Zudem solle es einen Anspruch auf die „sédation profonde“ für Patienten geben, bei denen in einer terminalen Phase die therapeutischen Maßnahmen eingestellt werden. Die Stellungnahme ist ein umfangreiches Dokument, das sich auch mit dem gesellschaftlichen Wandel auseinandersetzt, der für die gegenwärtige Diskussion in Frankreich mitprägend ist. Zudem bemüht sich das Gremium um eine Analyse der rechtstatsächlichen Situation in jenen Staaten, die die aktive Sterbehilfe oder die Suizidassistenz zugelassen haben.

LITERATUR

- *Altwegg, J. (2013): Endstation im Nachbarland. Nirgendwo in Europa kann man sich auf eigenen Wunsch so leicht legal vom Leben zum Tode befördern lassen wie in der Schweiz. Französische Schriftsteller entfachen mit dem Thema Diskussionen, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 16. April 2013, 25.*
- *Assemblée Nationale (2005): Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, www.legifrance.gouv.fr (Stand: Mai 2006).*
- *Bronkhorst, A. (2005): Une loi pour créer des liens avec la mort. Commentaire de la loi du 22 avril 2005, in: Droit, déontologie et soin 5 (3), 361-391.*
- *Coelho, J. (2005): La loi n° 2005-370, du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, in: Revue générale de droit médical 17, 335-343.*
- *Comité Consultatif National d'Éthique (2013a): Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, Avis n°121, France, in : Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 18, 2013, 427-483.*
- *Comité Consultatif National d'Éthique (2013b): ifop, Conférence de citoyens sur la fin de vie, Avis citoyen, France. http://www.ifop.com/media/pressdocument/665-1-document_file.pdf (Stand: Juli 2014).*
- *Commission de réflexion sur la fin de vie en France (2012): Penser solidairement la fin de vie, Rapport à Francois Hollande Président de la République française, France. <http://www.elysee.fr/assets/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf> (Stand: Juli 2014).*
- *Fuchs, M. (2001): Wer den Schlusspunkt setzt: Frankreich debattiert über die Sterbehilfe, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 12. Januar, 46.*
- *Ginet, Ch. et al. (2001): France, in: Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects, Stuttgart, 59-65.*
- *Spaniol, M. (1991): Frankreich, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation, Freiburg i. Br., 281-319.*
- *Terrenoire, G. (2000): Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie: N°63-27 janvier 2000, in: Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé 63, <http://www.ccne-ethique.fr/francais/pdf/avis063.pdf> (Stand: Mai 2006), 1-20.*
- *Verspieren, P. (1985): Face à celui qui meurt: Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement, Paris.*
- *(1993): Die Euthanasiedebatte in Frankreich, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 39 (4), 331-338.*

3.9. SPANIEN**Aktuelle Debatte**

In Spanien hat ein Fall von aktiver Sterbehilfe Anfang Mai 2006 eine neue Debatte über die Legalisierung der Sterbehilfe ausgelöst. Der 53-jährige Jorge Leon Escudero konnte nach einem Unfall vor sechs Jahren nur noch seine Lippen bewegen und war auf künstliche Beatmung angewiesen. Am 4. Mai wurde er von einem noch nicht ermittelten Täter durch Abstellen der Beatmungsmaschine getötet. Möglicherweise war zuvor ein Beruhigungsmittel gegeben worden. Leon hatte im Internet um eine „hilfreiche Hand“ gebeten und versichert, alle Vorsichtsmaßnahmen zum Schutz seines potentiellen Sterbehelfers getroffen zu haben. Die Umstände erinnern an den 2005 mit einem Oscar für die beste ausländische Produktion ausgezeichneten spanischen Film „Das Meer in mir“. Die Gesundheitsministerin hat den Forderungen nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe eine klare Absage erteilt. Elena Salgado verwies auf den Anspruch auf palliative Betreuung und ihre Bedeutung.

Ebenfalls für Aufsehen sorgte kurze Zeit später der Fall der an Muskelschwund erkrankten Inmaculada Echevarría. Im fortgeschrittenen Stadium ihrer Krankheit äußerte sie den Wunsch, dass ihr Beatmungsgerät abgestellt werden solle. Eine ausschließlich für diesen Fall einberufene Ethikkommission sprach sich dafür aus, ihrem Wunsch nachzukommen. Auch die zuständige Behörde der andalusischen Landesregierung stimmte zu. Am 14. März 2007 wurde das Beatmungsgerät abgestellt. Der Vorgang stieß auf harte Kritik vor allem aus Kreisen der katholischen Kirche. Die Ärzte rechtfertigten ihre Entscheidung, indem sie argumentierten, dass das Abstellen des Beatmungsgerätes keine Maßnahme der aktiven Sterbehilfe sei, sondern die Nicht-Weiterführung lebensverlängernder Maßnahmen.

Rechtsgeschichtlicher Hintergrund

Die rechtliche Einordnung geht zurück auf den *Código Penal* von 1848. Dort gab es eine Vorschrift über die Beteiligung an der Selbsttötung eines anderen, mit der auch Fälle erfasst wurden, die unter dem Titel *eutanasia* diskutiert wurden. Allerdings wurde durch diese strafrechtliche Bestimmung weder die Beihilfe zum Suizid noch die aktive Sterbehilfe gegenüber dem normalen Todschatz privilegiert. Vielmehr wurden entsprechende Straftaten mit langjähriger Freiheitsstrafe bedroht (Madlener 1991, 653). Die Strafrechtsreform von 1995 hielt die Grundstruktur der Strafrechtsordnung bei, führte aber zu einer eigenen Bewertung der spezifischen Euthanasie-Situation.

Strafrechtlicher Rahmen

Nach dem geltendem spanischen Strafgesetz von 1995 sind sowohl die aktive Sterbehilfe wie die Beihilfe zum Suizid Straftaten. Das Strafmaß indes ist auf sechs Monate bis sechs Jahre herabgesetzt (Ferreira 2005), wenn ein ausdrückliches, ernsthaftes und unzweifelhaftes Verlangen und eine schwere Krankheit vorliegt, die notwendiger Weise zum Tod führt und schweres Leiden verursacht. Die gemilderte Strafbewehrung gilt gleichermaßen für entsprechend geforderte direkte Tötungshandlungen wie für die Beihilfe zum Suizid (CDBI 2003).

Die Begrenzung therapeutischer Maßnahmen (*ortotanasia*, vgl. Madlener 1991, 653) und die Schmerztherapie mit lebensverkürzender Wirkung (*eutanasia pura*, vgl. Madlener 1991, 653) gelten allgemein als legitim

(vgl. Marcos Carreras, Perez Escanilla 2001). Ferreira verweist allerdings auf eine Diskussion über eine große Zahl von Fällen inadäquater und nicht indizierter Sedierung, die zu Diskussionen Anlass gab (Ferreira 2005, 34f.).

Anerkennung der Patientenrechte

Für den Umgang mit Patienten am Lebensende ist zudem die rechtliche Entwicklung der Patientenrechte in Spanien wichtig. Hier hat es nach der Jahrtausendwende wichtige Änderungen gegeben. Katalonien hat dabei eine Vorreiterrolle übernommen und 2000 das Recht zur Verweigerung medizinischer Behandlungen sowie zur Erstellung von Patientenverfügungen festgeschrieben. Diesem Beispiel folgten zunächst andere autonome Provinzen und 2002 auch die nationale Gesetzgebung (*Ley* 41/2002, vgl. dazu: Sénat 2004, 27). Beschäftigte im Gesundheitswesen haben die Pflicht, den Willen des Patienten zu respektieren, auch dann, wenn die Verweigerung der Behandlung den Tod des Patienten nach sich ziehen kann. Sie fallen dann nicht unter den Tatbestand der Beihilfe zum Suizid, wie er im Artikel 143 des Strafgesetzbuches von 1995 festgelegt ist (Sénat 2004, 28). Bei einwilligungsunfähigen Patienten hat nach demselben Gesetz die Patientenverfügung bindende Kraft. Sie soll in den Krankenunterlagen angezeigt und in einem nationalen Verzeichnis registriert sein. Während ein entsprechendes nationales Verzeichnis zunächst nicht angelegt wurde (vgl. ebd.), haben die autonomen Provinzen Vorschriften zu den Formerfordernissen erlassen. Hier ergeben sich Schwierigkeiten der Geltung über die Provinzgrenzen hinweg.

Im Zuge der öffentlich diskutierten Fälle von Jorge Leon Escudero und Inmaculada Echevarría erließ das andalusische Parlament im Jahr 2010 ein Gesetz über Entscheidungen am Lebensende des Patienten. Eine Regulierung der Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid ist in diesem Gesetz jedoch nicht enthalten. Das Gesetz definiert die Rechte der Patienten, Familienangehörigen und behandelnden Ärzte im Hinblick auf ein Sterben ohne Leiden im Sinne der palliativen Pflege (Cabré 2008).

Die Provinzen Navarra und Aragón haben ebenfalls entsprechende Gesetze erlassen. Der Versuch der spanischen Regierung, ein ähnliches Gesetz auf nationaler Ebene zu etablieren, scheiterte 2011 an der Auflösung des Parlaments (Simón-Lorda, Barrio-Cantalejo 2012).

Begriffliche Klärungen und Fortgang der Debatte

Während die spanische Sprache und rechtspolitische Diskussion mit dem Konzept der *ortotanasia* einen offenbar recht verbreiteten Terminus für die Abgrenzung der passiven Sterbehilfe von der Euthanasie hat, weisen die spanischen Dokumente und die Literatur keine klare Trennung zwischen *eutanasia* und *auxilio al suicidio* auf. Vielmehr hat die Strafrechtsreform von 1995 zu einer Angleichung geführt, sodass im Falle extremen Leidens und des Verlangens nach dem Tode die Frage der Tatherrschaft an Bedeutung verloren hat. Dies zeigt sich auch in der aktuellen Diskussion in den spanischen Medien. Eine klarere Differenzierung wäre hier sicher hilfreich.

LITERATUR

- Abel, F. (1996): *Spain*, in: *European Commission (Hg.): Research on bioethics: Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands and in Europe: Methodology of the ethical debate, Luxembourg*, 30-33.
- Cabré, L. et al. (2008): *End-of-life care in Spain – legal framework in: Intensive Care Medicine* 34, 2300-2303.
- Ferreira, N. (2005): *Spain*, in: *Zentrum für Europäische Rechtspolitik (Hg.): Revisiting Euthanasia: A Comparative Analysis of a Right to Die in Dignity, Bremen*, 33-35.
- Madlener, K. (1991): *Spanien*, in: *Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation, Freiburg i. Br.*, 651-668.
- Marcos Carreras, H., Perez Escanilla, F. (2001): *Spain*, in: *Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects, Stuttgart*, 183-199.

- *Ministerio de la Presidencia (2002): Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, <http://civil.udg.es/NORMACIVIL/estatal/persona/PF/L41-02.htm> (Stand: August 2006).
- Simón-Lorda, P., Barrio-Cantalejo, I. (2012): *End-of-life healthcare decisions, ethics and law: the debate in Spain in: European Health Law Journal* 19 (4), 355-365.
- *Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe (CDBI) (2003): Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia, Strasburg*, 34.
- *Sénat (2004): Les droits du malade en fin de vie: Espagne, Paris*, 27-29.

3.10. ITALIEN

Vorschriften im *Codice Penale* und rechtspolitische Diskussion

Aktive Sterbehilfe ist in Italien strafrechtlich verboten. Auf der Grundlage des geltenden Rechts sieht auch die Strafrechtswissenschaft kaum einen Raum, in Fällen, die als *eutanasia* bezeichnet werden, den Täter von Strafe frei zu stellen (vgl. Bosch 1991, zur Rechtsprechung siehe auch CDBI 2003, sowie Immacolato 2004, 189). Auch Mitleid als Motiv kann nur in einem engen Rahmen strafmildernd berücksichtigt werden (ebd.). Für den Tatbestand der Tötung mit Einwilligung droht der *Codice penale italiano* mit Gefängnis zwischen sechs und 15 Jahren. Für den Tatbestand der Aufforderung oder Hilfeleistung zur Selbsttötung sind bis zu zwölf Jahren Gefängnis vorgesehen (vgl. Blengini 2001, 88). Der Garant kann durch den Willen des Suizidenten von seiner Rettungspflicht befreit sein. Ansonsten kann für ihn die strafbare Beihilfe auch in einem Unterlassen bestehen. Lange Zeit war eine Diskussion hierüber tabu. Erst gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts gelang es einigen Gruppen, über akademische Debatten hinaus über die Massenmedien eine öffentliche Aufmerksamkeit zu erzeugen. In Reaktion des ärztlichen Berufsstandes darauf wurde 1998 die aktive Sterbehilfe explizit im Codex der medizi-

nischen Ethik verboten (vgl. Mori 2003, 179). Zugleich fand die palliative Medizin im Rahmen des Gesundheitswesens eine bis dahin ungekannte Aufmerksamkeit und Unterstützung. Ein Gesetz des Jahres 1999 fordert und regelt die Einrichtung palliativer Pflegezentren sowie von Hospizen. Die öffentliche Aufmerksamkeit, die der Fall der PVS-Patientin Eluana Englaro und der Sterbehilfefall Forzatti fand, beförderten gleichwohl die Debatte um die aktive Sterbehilfe. Der ehemalige Gesundheitsminister Veronesi machte öffentlich auf einen entsprechenden Diskussionsbedarf aufmerksam (vgl. ebd. 179f.).

Stellungnahmen des Comitato Nazionale per la Bioetica

2003 veröffentlichte das nationale Ethikkomitee eine Stellungnahme zum Status von Patientenverfügungen, zu der es vor dem Hintergrund des Falles Englaro aufgefordert worden war. Es stellt klar, dass Gegenstand der Verfügung nicht die Bitte um aktive Sterbehilfe sein kann und spricht daher auch im Titel von *Advance Treatment Directives* („Dichiarazioni anticipati di trattamento“). Für den Arzt seien sie weder bloße Indizien, noch mechanisch anzuwendende Willensbekundungen. Der Arzt habe vielmehr zu prüfen, ob der geäußerte Wunsch legitim sei und weiterhin bestehe. Wenn beides zu bejahen sei, würde die Erfüllung dieses Wunsches zur moralischen Pflicht (Comitato Nazionale per la Bioetica 2003; Immacolato 2004, 194-196).

Der Fall Eluana Englaro und darauf folgende Entwicklungen

Die Diskussion um Sterbehilfe und Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende wurde in Italien bisher, wenn auch nur in kleinem Ausmaß, anhand des Falls der Komapatientin Eluana Englaro geführt.

Englaro fiel 1992 nach einem Autounfall in ein Wachkoma, in dem sie sich, bis zu ihrem Tod im Jahr 2009, 17 Jahre befand.

Während dieser Zeit versuchte Englaros Vater mehrmals auf gerichtlichem Wege zu erreichen, dass die künstliche Ernährung seiner Tochter eingestellt werden dürfe, da dies dem ausdrücklichen Wunsch seiner Tochter entspreche. Die ersten Versuche des Vaters vor den italienischen Gerichten scheiterten. Die Gerichte versagten Englaros Vater sein Begehren meist unter Berufung darauf, dass die italienische Verfassung einen umfassenden Lebensschutz garantiere.

Die Debatte um die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen fokussierte sich im Anschluss an dieses Urteil auf die Frage, ob künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als medizinische Behandlung anzusehen seien, deren Beendigung auf Wunsch des Patienten auch nach der damals geltenden Rechtslage bereits legal war. Zur Klärung dieser Frage wurde im Jahr 2000 durch den Gesundheitsminister die sogenannte „Oleari-Kommission“ einberufen. Die Kommission entschied, dass der Einsatz künstlicher Ernährung als medizinische Behandlung einzustufen sei und dementsprechend dem Wunsch des Patienten auf Beendigung der künstlichen Ernährung gefolgt werden müsse. Die Kommission stellte ferner klar, dass, sofern der Patient sich selber nicht mehr äußern könne, sein gesetzlicher Betreuer dazu legitimiert sei, eine entsprechende Entscheidung zu treffen.

Trotz der Feststellungen der Kommission scheiterte Englaros Vater weiterhin vor den Gerichten. Unter anderem führten die Gerichte ebenfalls an, dass Patientenverfügungen nach italienischem Recht keinerlei Bedeutung oder Bindungswirkung hätten. Erst im Jahr 2007 gelang Englaros Vater ein gerichtlicher Erfolg. Das höchste Gericht Italiens, der *Corte Suprema di Cassazione*, gab Englaros Vater Recht und entschied in einem viel beachteten Urteil, dass das Einstellen von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten unter bestimmten Bedingungen gerechtfertigt sei (Moratti 2010). Der Versuch einiger Parlamentsmitglieder, die Umsetzung des Urteils durch ein im Eilverfahren erlassenes Gesetz zu verhindern, scheiterte (Biondi 2009). Kurz darauf wurde die künstliche Ernährung bei Englaro unter ärztlicher Beaufsichtigung eingestellt. Sie verstarb am 9. Februar 2009.

Im Anschluss an den Englaro-Fall hielt die Debatte um Sterbehilfe in Italien zwar an, bahnbrechende Änderungen im italienischen Gesetz folgten jedoch nicht. Bereits im März 2009 billigte der italienische Senat einen hoch kontroversen Gesetzesentwurf, der vorsieht, dass Patienten zwar in einer Verfügung äußern können, welchen Behandlungen sie unterzogen werden wollen, sofern sie in einen vegetativen Zustand fallen. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr können jedoch nicht auf Wunsch des Patienten ausgeschlossen werden. Darüber hinaus wird jede Form von Sterbehilfe in dem Gesetzesentwurf ausgeschlossen (Paterlini 2009). Erst im Juli 2011 wurde das Gesetz von der italienischen Abgeordnetenkammer nach beinahe zwei Jahren Diskussion verabschiedet. Die Zustimmung durch den Senat steht weiterhin aus.

Begriffliche Klärungen und Fortgang der Debatte

Die italienischen Dokumente und das Gesetz über Patientenverfügungen zeigen sehr deutlich, dass hier die Zurückweisung eines ärztlichen Paternalismus noch nicht jene Selbstverständlichkeit erlangt hat, wie dies in den skandinavischen Ländern, den angelsächsischen Ländern und auch im Benelux-Bereich und im deutschsprachigen Raum der Fall ist. Anders als in den Benelux-Ländern und Frankreich haben entsprechend auch die pflegeethischen Debatten um Grenzen des Prinzips der Autonomie in Italien bislang nur in geringem Umfang eingesetzt.

Es kann als Charakteristikum der italienischen Debatte angesehen werden, dass Forderungen, geltende Moralvorstellungen aufzuheben, sehr häufig mit einem verbalen Angriff gegen eine beherrschende Rolle der katholischen Kirche verbunden sind. Bei näherem Hinsehen zeigt sich aber, dass die Polarität zwischen einem säkularen und einem katholischen Lager nur den Konflikt der Traditionen, nicht aber die sachlichen Dissense angemessen beschreibt und erklärt. Dies zeigt sich deutlich in den Reflexionen des Bioethikrates, in dem nach verbreiteter Einschätzung nach wie vor die katholische Tradition ein erhebliches Gewicht hat. Denn der Rat grenzt sich ab von einer Position, welche dem menschlichen Leben einen absoluten Rang einräumt, und verzichtet zunehmend darauf, mit paternalistischen Argumenten den Arzt gegen den Willen des Patienten zum Garanten des Lebenserhaltes zu erklären. Zudem steht zu erwarten, dass die Stellungnahmen des Rates den Anknüpfungspunkt für eine deutlichere Abgrenzung des Konzeptes der Euthanasia werden bieten können (vgl. Furnari Luvarà 2004, Comitato Nazionale per la Bioetica 1995). Indem der Rat bereits 1995 für eine Begriffsverwendung im Sinne der Niederländischen Definition der Euthanasie plädierte, schärfte er zum einen die Aufmerksamkeit für den Kern der ethischen Debatte und stellte zugleich klar, dass das strafrechtliche Verbot der Tötung in der Sterbensphase nicht im Sinne einer absoluten und einseitigen Deutung des Prinzips der Heiligkeit des Lebens im Sinne einer therapeutischen Beharrlichkeit oder eines Ausschlusses lebensverkürzender Schmerztherapie gedeutet werden dürfe. Ein Verbot der Euthanasie ist auch in Italien nur dann plausibel und gesellschaftlich akzeptabel, wenn eine hinreichend klare Abgrenzung gegenüber dem Sterbenlassen und der Schmerzbehandlung durchgehalten wird.

LITERATUR

- *Biondi, S. (2009): Can good law make up for bad politics? The case of Eluana Englaro, in: Medical Law Review 17, 447-456.*
- *Blengini, C. (2001): Italy, in: Sohn, W., Zenz, M. (Hg.): Euthanasia in Europe: National laws, medical guidelines, ethical aspects, Stuttgart, 87-101.*
- *Bosch, J. (1991): Italien, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation, Freiburg i. Br., 391-408.*
- *Comitato Nazionale per la Bioetica (1995): Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana, <http://www.governo.it/bioetica/testi/140795.html> (Stand: August 2006).*
- *(2003): Advance Treatment Directives, www.governo.it/bioetica/eng/opinions/advance_treatment_directives.doc (Stand: Mai 2006).*
- *Funari Luvarà, G. (2004): Eutanasia, in: Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia, Messina, 854-859.*
- *Gulino, M. et al. (2011): Mario Monicelli's Grande Guerra: the right of living and the choice of dying, in: Journal of medical ethics 37, 573-576.*
- *Immacolato, M. (2004): Informed consent in Italy: A Mediterranean country towards an autonomy-based model, in: International Journal of Bioethics 15, (2-3), 187-196.*
- *Moratti, S. (2010): The Englaro Case: Withdrawal of treatment from a patient in a permanent vegetative state in Italy, in: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 19, 372-380.*
- *Mori, M. (2003): Bioethics in Italy since 1997, in: Peppin, J.F., Cherry, M. J. (Hg.): Regional Perspectives in Bioethics, Lisse, 163-192.*

- *Nature Editorial (2009): A bill against rights, in: Nature 458, 550.*
- *Paterlini, M (2009): Italy urged to give end-of-life bill more time for debate, in: The Lancet 373, 1413.*
- *Presidenza del Consiglio dei Ministri (2005): L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente, <http://www.governo.it/bioetica/pareri.html> (Stand: Mai 2006).*
- *Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe (CDBI) (2003): Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia, Strasburg, 34.*

3.11. VEREINIGTE STAATEN VON AMERIKA

Allgemeine strafrechtliche Regelungen

In allen Staaten der USA ist die aktive Sterbehilfe rechtswidrig. Die Tötung auf Verlangen oder in aussichtslosen Situationen stellt gegenüber anderen Tötungen keinen strafrechtlich privilegierten Tatbestand dar. Lediglich die ärztliche Beihilfe zum Suizid, der *physician assisted suicide*, ist inzwischen in vier Staaten legal. Oregon übernahm hierbei die Vorreiterrolle, als es bereits 1997 ein Gesetz zur Legalisierung des *assisted suicide* erließ. Washington folgte 2008 mit einem entsprechenden Gesetz. Seit 2009 ist der *assisted suicide* auch in Montana legal, gesetzlich festgelegt ist dies jedoch nicht. Die Legalisierung geht auf das Urteil des Montana Supreme Court in dem Fall *Baxter vs. Montana* zurück. Der Supreme Court entschied, dass Ärzte von der Strafverfolgung ausgeschlossen sind, soweit sie unheilbar kranken Patienten sterben helfen. Das Urteil stellt jedoch nicht fest, anders als teilweise angenommen, dass *assisted dying* als Recht des Patienten unter dem Schutz der Verfassung von Montana steht. 2013 folgte schließlich Vermont als vierter Bundesstaat mit der *End-of-life-choices Bill* (Davies 2013, Comité Consultatif National d'Éthique 2013).

Legalisierung der Suizidbeihilfe in Oregon und aktuelle Rechtslage

Der *Death with Dignity Act* trat 1997 in Kraft, nachdem eine entsprechende Vorlage 1994 durch Volksentscheid angenommen und 1997 bestätigt wurde. Der Oberste Gerichtshof der USA hat zwischenzeitlich klargestellt, dass er die Legalisierung der Suizidbeihilfe durch einen Bundesstaat nicht notwendigerweise als Verletzung der Verfassung betrachte. Dem Gesetz zufolge kann ein einwilligungsfähiger, erwachsener Einwohner Oregons, der nach dem Urteil des behandelnden und eines beratenden Arztes an einer terminalen Krankheit leidet und der freiwillig einen entsprechenden Wunsch äußert, schriftlich ein Rezept für ein Medikament anfordern, welches sein oder ihr Leben in humaner Weise beendet. Regelmäßige Berichte über die Praxis in Oregon und die Hintergründe für Suizidbeihilfegesuche erscheinen im *New England Journal of Medicine*. Sie haben eine Debatte ausgelöst über den Einfluss, den die Sorge, anderen zur Last zu fallen, bei der Entscheidung zum Suizidbeihilfegesuch spielt (vgl. Department of Human Services 2001, 4).

Die Gesetze, die in Washington und Vermont erlassen wurden, gleichen dem in Oregon. Auch hier darf der Patient nicht mehr als sechs Monate zu leben haben und, die wohl wichtigste Voraussetzung, das verschriebene Medikament, das zum Tod führt, muss durch den Patient selbst eingenommen werden. Mit dem Erlass der *End-of-life-choices Bill* ist Vermont der erste Bundesstaat, der *physician assisted suicide* durch ein Parlamentsgesetz legalisiert hat. Die Legalisierung in Washington erfolgte – ebenso wie in Oregon – durch Volksentscheid (Davies 2013).

Debatte in den USA

In der öffentlichen und akademischen Diskussion tritt die Behandlung der aktiven Sterbehilfe weitgehend hinter jene der Suizidbeihilfe zurück. Auch der Beihilfe zum Suizid stehen die Mehrzahl der Staaten, die Bundeseinrichtungen sowie die Ärzteschaft ablehnend gegenüber (vgl. Sénat 1999, 30). Entsprechend wurden Gesetzesentwürfe in Michigan und Kalifornien zurückgewiesen. Seit der Legalisierung in Vermont könnte sich diese Stimmung jedoch gewandelt haben. In mehreren Bundesstaaten steht die Legalisierung derzeit wieder zur Debatte. Die Parlamente in Kalifornien und New Jersey diskutieren derzeit erneut über entsprechende Gesetzesentwürfe. In Massachusetts scheiterte Ende 2012 der Versuch der Legalisierung durch Volksentscheid. Dies wurde

von den Initiatoren vor allem darauf zurückgeführt, dass die Kampagnen für die Legalisierung dem öffentlichen Druck der mit mehreren Millionen US-Dollar geführten Gegenkampagnen nicht standhalten konnten. In Massachusetts waren dies neben dem konservativen *American Principles Project* vor allem katholische Organisationen und Diözesen aus den gesamten Land, wie zum Beispiel die *Knights of Columbus* oder die *Archdiocese Boston*, die maßgeblich mit dem Argument der Gefahr eines Dammbrechens vor einer Legalisierung warnen (Span 2012). In Connecticut hingegen scheiterte ein Gesetzentwurf, der *assisted suicide* ausdrücklich unter Strafe stellt (Davies 2013).

Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch

Seit der Entscheidung *Union Pacific Railroad co. vs. Botsford* gelten die körperliche Integrität und das Recht auf die Verweigerung der medizinischen Untersuchung oder Behandlung als konstitutionelle Rechte. Der Supreme Court hatte im Mai 1891 festgestellt, dass es keine gesetzliche Basis oder Präzedenzfälle gebe, durch die ein Gericht berechtigt wäre, in einem Zivilfall eine ärztliche Untersuchung durch Zwangsmaßnahmen gegen den Willen des Betroffenen durchzusetzen. Clara Botsford hatte sich beim Herabstürzen eines defekten Liegewagenbettes verletzt und verweigerte eine ärztliche Untersuchung durch einen von der beklagten Bahngesellschaft bestellten Gutachter (U.S. Supreme Court 1891). Auf der Grundlage der höchstrichterlichen Rechtsprechung haben viele Staaten Gesetze über den Status von Patientenverfügungen erlassen. In dem berühmten Fall *Quinlan* hat der Oberste Gerichtshof von New Jersey 1976 den Angehörigen einer Frau im Koma das Recht zuerkannt, den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen in einer medizinisch aussichtslos erscheinenden Situation zu verlangen (Weigend, Künschner 1991, 673f.; Sénat 1999). Dabei hat sich das Gericht auf den Schutz der Privatsphäre bezogen, der im 14. Amendement zur Verfassung festgeschrieben ist. Der Fall hatte lange die Öffentlichkeit beschäftigt. Im April 1975 war die 21-jährige Karen Ann Quinlan bewusstlos in ein Krankenhaus in New Jersey eingeliefert worden, nachdem sie am Abend an der Geburtstagsfeier eines Freundes teilgenommen hatte. Das Koma wurde auf Barbiturate, Valium und Alkohol zurückgeführt. Nach einsetzender Beatmung und Verlegung in ein anderes Krankenhaus blieb der neurologische Zustand über fünf Monate unverändert. Der behandelnde Arzt wies den Wunsch der Eltern zurück, das Beatmungsgerät auszuschalten und sie sterben zu lassen, unter Berufung auf Berufsstandards und

ärztliches Ethos, nachdem er sich mit dem Krankenhausjuristen beraten hatte. Nach der Entscheidung des Supreme Court von New Jersey ordnete der Vater die Abschaltung der Geräte an. Karen Ann Quinlan begann unerwartet, spontan zu atmen. Von Mai 1976 bis zum Juni 1985 lebte sie im sog. PVS-Zustand. Sie starb im Alter von 31 Jahren (vgl. Jonsen 1998, 254-267).

Auch ein jüngerer spektakulärer Fall in den USA, bei dem es um die Frage des Behandlungsabbruchs ging, war, wie der Fall *Quinlan*, ein Fall einer Patientin mit komplettem apallischem Syndrom. Terri Schiavo war von 1990 bis 2005 im Wachkoma nach einer schweren Gehirnverletzung. Zwischen dem Ehemann als dem gesetzlichen Betreuer und ihren Eltern kam es zum Rechtsstreit über die Weiterernährung. Präsident George W. Bush veranlasste zu Beginn des Jahres 2005, dass die im Staat Florida geführte gerichtliche Auseinandersetzung auf die Bundesebene verlagert wurde. Schließlich verwarf der Supreme Court der USA die Berufung der Eltern gegen den gerichtlichen Entscheid, dass die lebenserhaltende künstliche Ernährung eingestellt werden dürfe. Terri Schiavo starb einige Tage später im März 2005 (Hillebrand et al. 2006; Ferreira 2005, 54).

Der Fall zeigt nicht nur die Schwierigkeit der Urteilsfindung im Einzelfall zur Frage des Behandlungsabbruchs bei nicht einwilligungsfähigen Patienten. Der siebenjährige Rechtsstreit und die politischen Bemühungen, durch Gesetzesinitiativen und Interventionen auf ihn einzuwirken, offenbaren zugleich die tiefe Spaltung des Landes in Fragen des Umgang mit und der Erhaltung des Lebens. Dabei ist hervorzuheben, dass die Eltern von Terri Schiavo für ihre Position die Bedeutung ihrer Religion unterstrichen haben und dass auch die öffentliche Beschreibung des Konfliktes den katholischen Hintergrund der Eltern betont hat. In der Tat haben verschiedene kirchliche und evangelikale Strömungen in den USA ihrer Überzeugung von der Heiligkeit des Lebens als eines Höchstgutes immer wieder nachhaltigen Ausdruck verschafft und für eine politische und rechtliche Durchsetzung ihrer Überzeugungen in verschiedenen Bereichen gekämpft. Es scheint aber in der Frage der Sterbehilfe in der sog. Pro-Life-Bewegung nicht dasselbe Maß an Einigkeit zu bestehen, wie dies für die Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs gilt. Vielmehr sind die Haltungen zu verschiedenen Formen lebenserhaltender Maßnahmen und zur Sterbehilfe teilweise recht differenziert und keineswegs einmütig.

Anfang des Jahres 2014 gelangte erneut der Fall einer Patientin, deren Familie einen Behandlungsabbruch forderte, an die Öffentlichkeit. Die schwangere 33-jährige Marlise Muñoz erlitt im November 2013 eine Lungenembolie und wurde kurze Zeit später in einem texanischen Krankenhaus für hirntot erklärt. Dennoch wurde sie weiterhin künstlich am Leben erhalten, um ihr ungeborenes Kind zu retten. Zum Zeitpunkt der Lungenembolie befand sie sich in der 14. Schwangerschaftswoche. Die Ärzte weigerten sich auf Verlangen des Ehemanns und der Eltern der Patientin die Maschinen abzustellen, da der Schutz des ungeborenen Lebens ihr Recht zu sterben nach texanischem Recht überwiege. Dabei beriefen sie sich auf das texanische Strafrecht, welches die Verursachung des Todes eines Fetus als Tötungsdelikt einstuft und somit auch die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen bei schwangeren Frauen verbietet. Erst ein Gerichtsurteil, welches feststellte, dass das texanische Recht das Abstellen lebenserhaltender Maßnahmen bei schwangeren Frauen dann nicht verbietet, wenn die Frau bereits tot ist, führte dazu, dass das Krankenhaus dem Anliegen des Ehemannes und der Eltern von Marlise Muñoz nachkam (Fernandez 2014). Im Umkehrschluss dürfte dies jedoch bedeuten, dass die Einstellung von lebenserhaltenden Maßnahmen in Texas weiterhin verboten ist.

LITERATUR

- Amarasekara, K., Bagaric, M. (2002): *Euthanasia, morality and the law*, New York.
- Chin, A. E. et al. (1999): *Legalized physician-assisted suicide in Oregon – The first year’s experience*, in: *The New England Journal of Medicine* 340 (7), 577-583.
- Comité Consultatif National d’Éthique (2013): *Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, Avis n°121, France*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 18, 2013, 427-483.
- Danish Council of Ethics (2005): *Oregon: USA*, in: *Danish Council of Ethics* (Hg.): *Euthanasia – legalizing killing on request?*, <http://www.etiskraad.dk/sw2421.asp> (Stand: August 2006), 28.

- Davies, E. (2013): *Assisted dying: what happens after Vermont?*, in: *British Journal of Medicine* 346, 4041.
- Department of Human Services (2001): *Oregon’s Death with Dignity Act: Three years of legalized physician-assisted suicide*, <http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf> (Stand: August 2006).
- Fernandez, M. (2014): *Texas Woman ist taken off life support after order*, in: *The New York Times* (26.01.2014)
- Ferreira, N. (2005): *United States of America (USA)*, in: *Zentrum für Europäische Rechtspolitik* (Hg.): *Revisiting Euthanasia: A Comparative Analysis of a Right to Die in Dignity*, Bremen, 47-55.
- Hillebrand, I. et al. (2006): *Blickpunkt: Sterbehilfe*, <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe> (Stand: August 2006).
- Jonsen, A.R. (1998): *The Birth of Bioethics*, New York, Oxford.
- Schmaltz, Ch. (2001): *Sterbehilfe, Rechtsvergleich: Deutschland – USA*, Frankfurt a. M.
- Sénat (1999): *L’euthanasie: Etats-Unis*, http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html (Stand: Mai 2006), 28-31.
- Snyder, L. (2004): *United States – Euthanasia, assisted suicide and the “right to die”*, in: *Council of Europe* (Hg.): *Euthanasia: Volume II – National and European perspectives*, Strasbourg, 105-120.
- Span, P. (2012): *How the death with dignity initiative failed in Massachusetts*, in: *The New York Times* (06.12.2012).
- Sullivan, A.D. et al. (2001): *Correspondence*, in: *The New England Journal of Medicine* 334 (8), 605-613.
- U.S. Supreme Court (1891): *Union Pacific R. Co. v. Botsford*, 141 U.S. 250.

- Weigend, Th., Künschner, A. (1991): USA, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i. Br., 669-776.
- Wolfslast, G., Conrads, Ch. (2001): USA, in: Wolfslast, G., Conrads, Ch. (Hg.): *Textsammlung Sterbehilfe*, Berlin, Heidelberg, New York, 163-182.

3.12. AUSTRALIEN

Australischer Bund und die Kompetenzen der Staaten und Territorien

Der Commonwealth of Australia entstand 1901 durch Zusammenschluss von sechs ehemaligen britischen Kolonien zu einem Bundesstaat. 1911 wurden zudem zwei unmittelbare Bundesgebiete errichtet, das Northern Territory und das Australian Capital Territory. Die sechs Staaten und zwei Territorien haben innerhalb des Australischen Bundes eine weitreichende gesetzgeberische Autonomie. In Bezug auf die strafrechtliche Regelung von Kapitaldelikten kann die Bundesstaatliche Gesetzgebung in die Gesetzgebung der beiden Territorien eingreifen.

Gesetzgebung zu den Patientenrechten

In verschiedenen Staaten und Territorien wurden in den vergangenen Jahrzehnten auf der Basis des *common law* Spezialgesetze erlassen, die Fragen des Therapieabbruchs und der Therapiebegrenzung sowie den rechtlichen Status von Patientenverfügungen regeln. So erließ South Australia 1983 einen *Natural Death Act*, das Northern Territory 1988 ebenfalls einen *Natural Death Act* und Victoria im selben Jahr den *Medical Treatment Act* (Texte bei Heemann, Werner 1991, 234-241). In den 1970er und 1980er Jahren wurde in den meisten Staaten und Gebieten die Strafbarkeit des Suizids aufgehoben. Im Northern Territory allerdings blieb der versuchte Suizid strafbar. Praktiken effektiver Schmerztherapie mit lebensverkürzender Wirkung werden entsprechend des Rekurses im *common law* auf die Theorie der Doppelwirkung gerechtfertigt und gelten auch der Australischen Ärztevereinigung als medizinisch legitime Praktiken.

Legalisierung der aktiven Sterbehilfe im Northern Territory

Es war das Northern Territory, ein ausgedehntes Gebiet mit ca. zweihunderttausend Einwohnern, in dem weltweit erstmalig unter bestimmten Bedingungen die aktive Sterbehilfe legalisiert wurde. Der *Rights of the Terminally Ill Act* war mit knapper Mehrheit zustande gekommen und regelte gleichermaßen die Sterbehilfe und den ärztlich unterstützten Suizid. Die Bedingungen, unter denen ein Arzt der Bitte eines Patienten über 18 Jahren nach aktiver Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe rechtmäßig nachkommen durfte und vor disziplinären Maßnahmen geschützt wurde, bestanden in der Einhaltung bestimmter Prüfungen durch ihn selbst und durch einen weiteren bzw. einen dritten Arzt. Der Patient sollte bei gesundem Verstand sein und alle erforderlichen schmerztherapeutischen Maßnahmen erhalten haben, an einer Krankheit leiden, für welche keine Heilung zu erwarten und welche nach vernünftigem medizinischen Urteil bei normalem Verlauf und ohne Anwendung außerordentlicher Maßnahmen zum Tod des Patienten führte. Insbesondere sollte durch den zweiten psychologisch bzw. psychiatrisch ausgewiesenen Arzt klargestellt werden, dass der Patient nicht an einer behandelbaren Depression litt.

Rechtspraxis und Aufhebung des Gesetzes durch das Bundesparlament

Das Gesetz war von 1996 bis 1997 sieben Monate lang in Geltung. Vier Patienten bzw. ihr betreuender Arzt, Dr. Philip Nitschke, nahmen dieses Gesetz in Anspruch, als sie mit Hilfe eines Computers auf Knopfdruck ein tödliches Medikament injiziert bekamen. Zwei Patienten starben, bevor sie das Verfahren in Anspruch nehmen konnten. Im März 1997 wurde der *Rights of the Terminally Ill Act* durch ein Bundesgesetz aufgehoben. Der *Euthanasia Laws Act* untersagte den beiden Territorien und den Norfolk Inseln, die Tötung auf Verlangen einschließlich im Falle des Mitleides oder die Suizidbeihilfe zu erlauben. Die Debatte um dieses Gesetz verlief quer zu den Parteifronten und bei der Abstimmung überließen die Parteien – was selten in Australien geschieht – die Entscheidung dem Gewissen der Abgeordneten (Amarasekara, Bagaric 2002, 14). Das Bundesgesetz erhielt eine klare Mehrheit im Repräsentantenhaus (88 zu 35) und eine knappe im Senat (38 zu 34). Gegner des *Rights of the Terminally Ill Act* machten sowohl grundsätzliche Bedenken gegen die aktive Sterbehilfe als auch Mängel in der Präzision und Begrifflichkeit dieses Gesetzes geltend (Keown 2002, 158-166).

Debatte über die Nichthinderung des Suizids

Vor dem Hintergrund des bundesgesetzlichen Verbotes der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid kam es 2002 zu einer öffentlichen Diskussion, als sich die 70-jährige Nancy Crick, die unheilbar an Krebs litt und unerträgliche Schmerzen hatte, in der Gegenwart von 21 Freunden und Verwandten durch die Einnahme eines Giftes tötete. Keiner der Anwesenden wurde strafrechtlich verfolgt (Ferreira 2005, 42).

Neuere Gesetzesinitiativen

Im Oktober 2013 wurde im Territorium Tasmanien erneut der Versuch unternommen, ein Gesetz zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durchzusetzen. Der Gesetzesentwurf scheiterte diesmal jedoch bereits im Unterhaus des tasmanischen Parlaments aufgrund seiner mangelnden Bestimmtheit.

Kurz zuvor, im Mai 2013, war ein entsprechender Versuch auch in New South Wales gescheitert. Bereits 2009 war in South Australia der Versuch, *physician assisted suicide* zu legalisieren, ohne Erfolg geblieben (Pope 2010).

LITERATUR

- Amarasekara, K., Bagaric, M. (2002): *Euthanasia, morality and the law*, New York.
- Ferreira, N. (2005): *Australia*, in: *Zentrum für Europäische Rechtspolitik (Hg.): Revisiting Euthanasia: A Comparative Analysis of a Right to Die in Dignity*, Bremen, 41-42.
- Heemann, R., Werner, G. (1991): *Australien*, in: *Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i. Br., 219-248.

- Keown, J. (1995): *Euthanasia examined: Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge.
- (2002): *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legalisation*, Cambridge.
- Northern Territory of Australia (1995): *Rights of the Terminally Ill Act*, <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rotti95.pdf> (Stand: August 2006).
- Pope, T. (2010): *Legal Update in: The Journal of Clinical Ethics* 21 (1), 83-85.
- Sénat (1999): *L'euthanasie: Australie*, http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html (Stand: Mai 2006), 25-28.
- Wolfslast, G., Conrads, Ch. (2001): *Australien*, in: *Wolfslast, G., Conrads, Ch. (Hg.): Textsammlung Sterbehilfe*, Berlin, Heidelberg, New York, 195-209.

3.13. KANADA

Das kanadische Rechtssystem fußt, mit Ausnahme der Provinz Quebec, auf dem britischen *common law*-System und ist bezüglich der Gesetzgebungskompetenzen ähnlich gestaltet wie das australische. Kanada setzt sich als Bundesstaat aus insgesamt zehn Provinzen und drei Territorien zusammen, denen jeweils eigene Gesetzgebungskompetenzen zukommen. Die Regulierung des Strafrechts obliegt jedoch allein dem Bundesstaat.

Nach sec. 241 des *Criminal Code* ist zwar nicht der Suizid selbst, wohl aber die Beihilfe zum Suizid verboten. Wer dennoch einem Suizidwilligen dabei hilft, sich das Leben zu nehmen, kann mit einer Haftstrafe von bis zu 14 Jahren bestraft werden. Das kanadische Recht macht hierbei keine Einschränkung, bereits das Bereitstellen von Informationen darüber, wie ein Suizid vollzogen werden kann, kann als Suizidbeihilfe gewertet werden.

Die Diskussion um Sterbehilfe entwickelte sich in Kanada, ähnlich wie in den USA, maßgeblich um die Frage des *physician assisted suicide*. Ausschlaggebend war hierfür der Fall Rodriguez vs. British Columbia. Sue Rodriguez, eine an ALS erkrankte Frau, klagte 1992 vor dem kanadischen Supreme Court und argumentierte, sec. 241 des *Criminal Code* sei diskriminierend und verletze sie in ihren Rechten. Da sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht eigenhändig ihrem Leben ein Ende setzen könne, würde ihr durch das Verbot der Beihilfe zum Suizid das Recht genommen, über ihr eigenes Lebensende zu entscheiden. Ihre Klage blieb jedoch erfolglos (Shariff 2010).

2012 klagte erneut eine an ALS erkrankte Patientin auf ihr Recht, Hilfe beim Suizid zu erhalten. Der Supreme Court of British Columbia gab ihr Recht und urteilte, sec. 241 des *Criminal Code* benachteilige jene Personen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung nicht eigenhändig das Leben nehmen könnten (Beschle 2013). Das Urteil sorgte für viel Aufsehen, dies vor allem vor dem Hintergrund, dass nur zwei Jahre zuvor das kanadische Parlament einen Gesetzesentwurf zu einer entsprechenden Änderung des *Criminal Code* abgelehnt hatte (Pope 2010). Erst kürzlich wurde die Debatte erneut entfacht, als das Parlament von Quebec ein Gesetz erließ, das *physician assisted suicide* in Quebec für unheilbar Kranke ermöglicht. Die Umsetzung des Gesetzes in der Praxis bleibt abzuwarten, vor allem, da das bundesweit geltende kanadische Strafrecht mit dem Verbot der Beihilfe zum Suizid nicht geändert wurde (vgl. auch Comité Consultatif National d'Éthique 2013, 473-476).

LITERATUR

- Beschle, W. (2013): *Carter v. Canada (Attorney General): Canadian Courts revisit the Criminalization of Assisted Suicide*, in: *The Wayne Law Review* 59 (3), 561.
- Comité Consultatif National d'Éthique (2013): *Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*, Avis n°121, France, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 2013, hrsg. v. D. Sturma, M. Fuchs, L. Honnefelder, Berlin, 427-483.
- Pope, T. (2010): *Legal Update*, in: *The Journal of Clinical Ethics* 21 (1), 83-85.
- Shariff, M. (2010): *Immortal Beloved and Beleaguered: Towards the Integration of the Law on Assisted Death and the Scientific Pursuit of Life Extension*, in: *Health Law in Canada* 31 (1), 1-36.

4. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Die Einrichtung eines umfassenden Systems der Palliativmedizin und von Orten humaner Sterbebegleitung einerseits sowie die verfahrensmäßige Klärung und institutionelle Sicherung eines Rechtes auf aktive Sterbehilfe oder der Suizidbeihilfe andererseits sind Antworten auf dieselbe Situation und Herausforderung. Betrachtet man die Herangehensweise in den verschiedenen Ländern, so wird man feststellen müssen, dass viele die Probleme und Schwierigkeiten, wie sie sich am Ende des Lebens oftmals stellen und wie sie durch die Fortentwicklung der Intensivmedizin eher zu- als abgenommen haben, weder in die eine Richtung noch in die andere gelöst haben. So ist der Standard der palliativen Pflege zwar in den unterschiedlichen Teilen Europas ein Thema, doch sind wir von einer Angleichung der Standards noch weit entfernt. Die skandinavischen Länder und Großbritannien gelten hier noch immer als vorbildlich. Teilweise wird man auch innerhalb der verschiedenen Länder von unterschiedlichen Standards auszugehen haben. Doch wie soll ein Sterbender beurteilen, dass er in einer aussichtslosen Situation ist, in der die Tötung durch einen anderen der einzige Ausweg ist, wenn die Möglichkeiten eines friedlichen schmerzfreien Sterbens nicht vollständig genutzt sind? Bezieht sich hier die Aussichtslosigkeit auf die fehlende realistische Heilungschance oder auf die fehlende Möglichkeit, soweit frei von Schmerzen zu sein, dass ein bewusstes Abschiednehmen und Annehmen des Sterbens gelingen kann? Und meint die fehlende Möglichkeit eine generelle

Unmöglichkeit oder nur die Unmöglichkeit unter den Bedingungen eines nationalen bzw. regionalen Systems der palliativen Pflege und Sterbebegleitung?

Allerdings schließen sich die beiden genannten Reaktionen nicht aus. Die Luxemburgische Gesetzgebung belegt, dass beide Strategien sogar gleichzeitig verfolgt werden können. Als Reaktion auf eine schmerztherapeutisch nicht mehr zu meisternde Situation bei Tumorpatienten in der Sterbensphase könnte man auch andernorts die aktive Sterbehilfe als ultima ratio auch neben einem ausgebauten Schmerztherapiesystem verstehen. Die Debatte darüber, ob es in einem so ausgebauten System der palliativen Pflege tatsächlich den individuellen Wunsch nach aktiver Sterbehilfe gäbe, ist nicht beendet.

Die ethische Reflexion wird davon ausgehen müssen, dass auch der Ausbau der palliativen Versorgung und der Einsatz vieler Einzelner in der Begleitung Sterbender vielleicht die Zahl der Sterbehilfewünsche deutlich begrenzt, diesen Wunsch aber nicht ausschließen kann. Er ist und bleibt möglich und unser Bewusstsein und mitmenschliches Gefühl fordert hierfür Verständnis. Verständlich ist die gesellschaftliche Aufmerksamkeit, die diese Frage findet, und die kaum mehr überschaubare akademische Diskussion in vielen Disziplinen.

Betrachtet man den gesellschaftlichen Stellenwert und die kontroverse Diskussion, so muss zunächst verwundern, dass es weltweit nur drei Rechtsordnungen gibt, die sich für die Aufhebung der Rechtswidrigkeit der aktiven Sterbehilfe entschieden haben. Nur Belgien, die Niederlande und Luxemburg definieren Bedingungen, unter denen ein Arzt Sterbehilfe leisten darf. Außerhalb von Situationen des unerträglichen Leidens und außerhalb des ärztlichen Handelns und der ärztlichen Sorgfalt bleiben solche Tötungen weltweit Straftaten. Eine so weit reichende rechtspolitische Übereinstimmung zwischen den Staaten muss überraschen. Sie überrascht umso mehr, als sich das Verbot nicht unmittelbar auf die Menschenwürde berufen kann. Vielmehr lässt die Berufung auf die Menschenwürde, wie sie weltweit als Kern der Anerkennung von Menschenrechten erfolgt, sowohl eine Akzentuierung einer weitgehend ungebundenen Selbstbestimmung des Einzelnen zu als auch eine Deutung des Lebensschutzes als Fundament der Würde, die Zweifeln an der Authentizität eines Sterbewunsches Platz lässt und die Generalisierung des Fremdtötungsverbot es nahe legt.

So ist es wohl eine Verbindung von mehreren Gründen, die das Verlangen des Opfers nicht als Rechtfertigung für die Tötung anerkennen lässt. Einer dieser Gründe ist sicher die Sorge vor einem Dammbruch. Sie scheint begründet, denn eine Abgrenzung zwischen Tötung auf Verlangen und Tötung ohne Verlangen fällt nicht leicht. Diese Schwierigkeit ist nicht nur eine prozedurale oder eine epistemische Schwierigkeit, das Verlangen zu erkennen, es einwandfrei festzustellen und als authentisch und dauerhaft zu erweisen. Vielmehr ist es auch eine moralische Grenzziehungsschwierigkeit, wenn als eigentlicher Grund für den Anspruch auf Sterbehilfe nicht der Wille, sondern die zugrunde liegende Leidenssituation betrachtet wird. Auch eine Abgrenzung zwischen unerträglichem und erträglichem Leiden überfordert den Betroffenen und den Betrachter gleichermaßen.

Zudem fällt es dem Rechtsstaat schwer, eine bestimmte Gruppe vom Fremdtötungsverbot auszunehmen. Eine grundsätzliche Aufhebung des Verbots im Falle des Leidens und des Verlangens seitens des Opfers würde den Kreis der durch Tötung Bedrohten ausweiten. Dass die große Mehrheit der Strafrechtsordnungen weltweit auf Einschränkungen des Fremdtötungsverbotes in diesen Kontexten verzichtet, wird durch die Berichterstattung, die nicht immer zureichend zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, zwischen Sterbehilfe und Suizidbeistand unterscheidet, eher verwischt als transparent gemacht.

Auch der Verweis auf berufsrechtliche und berufsethische Standards ist wichtig. Eine Beschränkung der aktiven Sterbehilfe auf den Arzt birgt indes auch Schwierigkeiten. Denn sie würde die Aufgabe und Rolle des Arztes wesentlich verändern. Ein Töten aus Mitleid (*mercy killing*) zur Verhinderung weiterer Leiden ist gänzlich verschieden vom Auftrag des Arztes, Schmerzen zu lindern, wo er nicht heilen kann. Deshalb ist die skeptische und reservierte Haltung bei den meisten Ärztinnen und Ärzten sehr verständlich. Ob sich Ärztinnen und Ärzte zukünftig an die Zielsetzung des Heilens und Schmerzlinderns gebunden sehen sollen oder ob sie auch andere Forderungen erfüllen wollen, darüber ist in der Ärzteschaft und in der Gesellschaft eine Verständigung zu erzielen. Auch wird zu diskutieren sein, welche Autorität dem Standesrecht und dem Standesethos in diesem Bereich zukommen kann. Die Niederländische Erfahrung zeigt, dass eine Öffnung der traditionellen Teleologie unter dem Vorzeichen der Patientenautonomie faktisch zu neuen Fragen und Problemen des Paternalismus geführt hat.

Schließlich bleibt die Frage nach dem Unterschied des Hinnehmens und des gezielten Herbeiführens des Todes. Sie muss dann relevant werden, wenn man das Leben und seine Dauer nicht für einen eigenständigen Wert hält, der jeder Abwägung entzogen ist. Eine solche Relativierung aber erscheint gerade um der Würde des Lebens willen geboten. Als Resultat dieser Abwägung ergibt sich das Gebot, Behandlungsmaßnahmen so zu bestimmen und zu begrenzen, dass das Sterben nicht gegen den Willen des Sterbenden verlängert wird. Es beinhaltet unter Umständen den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen und die Priorität der Schmerztherapie. Wo indes der Todeseintritt zum direkten Handlungsziel wird, scheint es unmöglich, die Ursächlichkeit hierfür allein dem Willen des Sterbenden zuzuschreiben: Der Sterbehelfer ist nicht nur Instrument dieses Willens, sondern sein Handeln ist selbst ursächlich für den Todeseintritt; er nimmt den Tod nicht in Kauf als Folge von Krankheit oder des Versuchs der Schmerzlinderung. Damit kommt ihm die Verantwortung zu, die Authentizität des Sterbeverlangens zu beurteilen. Er trägt zudem die Bürde, einen möglicherweise authentischen Wunsch, anderen nicht zur Last zu fallen, zu erfüllen, und damit einen problematischen Verzicht auf Solidarität durchzusetzen.

Angesichts dieser Überlegungen scheinen die Rechtsordnungen gut beraten, zwischen aktiv Gewolltem und passiv Hingenommenen, direkt Erstrebttem und in Kauf Genommenen, zwischen bloßer Unterstützung und eigenem Tun als normativ relevanten Begriffen zu unterscheiden und dadurch die Grundlage für die Anwendung des Prinzips der Selbstbestimmung und des Prinzips der Verantwortung zu bereiten. Deshalb ist stärker als dies in vielen öffentlichen Diskussionen der Fall ist, zwischen assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe zu unterscheiden. Tatsächlich gibt es neben den Staaten, die die aktive Sterbehilfe in bestimmten Grenzen legalisiert haben, auch jene, die ein System der Suizidbeihilfe entwickelt oder toleriert haben. Wie stellt sich die Suizidbeihilfe im Vergleich zur aktiven Sterbehilfe dar? Was ist der Unterschied für den Arzt, was für die Betroffenen, was für die Angehörigen und was für die Gesellschaft? Hier wird auch künftig ein Blick auf die Dokumentation der Entwicklungen in den Niederlanden nützlich sein, wo beide Praktiken rechtlich gleichbehandelt werden und die Zahl der Fälle aktiver Sterbehilfe jene der Suizidbeihilfe übersteigt. Interessant ist aber auch die Diskussion in Belgien, wo die Nichtregelung des Suizids eine rechtsethische Diskussion provoziert hat, ob nicht die Suizidbeihilfe unter Autonomiegesichtspunkten zu befördern wäre. Auch wenn die Unter-

scheidungen aus ethischer Sicht wichtig sind, sind ihre Anwendungen nicht immer leicht. Damit in der Praxis keine Grauzonen entstehen, muss es auch bei den Handelnden Klarheit und Aufrichtigkeit über die eigenen Ziele und Motive geben. Beides schließt Dilemmata nicht aus.

Eine sorgfältig differenzierende strafrechtliche Drohung scheint bislang den besten Schutz vor einer Überforderung der Entscheidung von Ärzten zu bieten. Zudem verhindert sie, dass Sterbende und Kranke sich gedrängt sehen, durch ihren Sterbehilfewunsch die Gesellschaft von einer Last zu befreien, als die sie glauben selbst wahrgenommen zu werden. Diese Drohung behält allerdings nur dann ihre Berechtigung und Akzeptabilität, wenn die Rechtsordnung und das Medizinsystem nicht gegen den Willen von Patienten lebensverlängernde Behandlungen erzwingen und wenn die Gesellschaft bereit ist, einen adäquaten Rahmen für Sterbebegleitung und Palliativmedizin zu schaffen.

ALLGEMEINE LITERATUR

- *Baumann, J. et al. (1986): Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe: (AE-Sterbehilfe), Stuttgart.*
- *Bernat, E. (1992): Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation, in: Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.): Ethik in der Medizin, Bd. 4, Freiburg i. Br., 99-100.*
- *Beauchamp, T.L. (1995): euthanasia, in: Honderich, T. (Hg.): The Oxford companion to philosophy, Oxford, 252-253.*
- *Bosshard, G. et al. (2005): Forgoing Treatment at the End of Life in 6 European Countries, in: Archives of internal Medicine 165, 401-407.*
- *Brody, B.A. (1989): Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes, Dordrecht (Philosophy and Medicine 35), 9-38.*
- *Cuttini, M. et al. (2000): End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries, in: The Lancet 355, 2112-2118.*
- *Council of Europe (Hg.) (2004): Euthanasia: Volume I – Ethical and human aspects, Strasbourg.*
- *Council of Europe (Hg.) (2004): Euthanasia: Volume II – National and European perspectives, Strasbourg.*
- *Council of Europe (2005): Accompagnement des malades en fin de vie: Doc. 10455, <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc05/FDOC10455.htm> (Stand: Mai 2006).*
- *Danish Council of Ethics (2005): Euthanasia – legalizing killing on request?, Kopenhagen.*
- *Ebeling, H. (1979): Selbsterhaltung und Selbstbewußtsein. Zur Analytik von Freiheit und Tod, in: Symposium 60, 43-71.*

- Eser, A., Koch, H.-G. (Hg.) (1991): *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i. Br.
- Fleischhauer, K., Hermerén, G. (2006): *Goals of Medicine in the Course of History and Today*, Stockholm.
- Fuchs, M. (2006): *Widerstreit und Kompromiß: Wege des Umgangs mit moralischem Dissens in bioethischen Beratungsgremien und Foren der Urteilsbildung*, Bonn.
- Gavela, K. (2013): *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, Berlin, Heidelberg (Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 39).
- Giesen, D. (1993): *Euthanasie und Sterbehilfe aus juristischer Perspektive*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 39 (2), 151-171.
- Grimm, C., Hillebrand, I. (2009): *Sterbehilfe*. (Sturma, D., Lanzerath, D., Heinrichs, B. (Hg.): *Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE*. Band 8) Freiburg.
- Guckes, B. (1997): *Das Argument der schiefen Ebene: Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion*, Stuttgart.
- Harris, J. (1995): *Der Wert des Lebens: Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin.
- Heide, A. van der, et al. (2003): *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*, in: *The Lancet* 361, 345-350.
- Herdegen, M. (2005): *Sterben in Würde*, in: *Mauz, Th., Dürig, G. (Hg.): Grundgesetz: Kommentar, Art.1 RN 85*, München, 52-53.
- Hermann, A. (1972): *Euthanasie*, in: *Ritter, J. (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 2, Darmstadt, 828-829.

- Hermerén, G. (2003): *The debate about dignity*, in: *Council of Europe (Hg.): Euthanasia: Volume I – Ethical and human aspects*, Strasbourg, 37-57.
- Hillebrand, I., Rose, C., Campe, K., Halsband, A., Möbus, F., Wagner, R., Tambornino, L., Wellman, M., Weiffen, M., Heinrichs, B., Ullrich, R., Coninx, S., Jahangiri, M., Lanzerath, D., Risse, J., Pier, J. (2014): *Blickpunkt: Sterbehilfe*, <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe> (Stand: August 2014).
- Hirsch Ballin, E. M. H. (1997): *Sterben und Tod – Medizinischer Fortschritt, ethische Fragen und rechtliche Aspekte der Sterbebegleitung*, Sankt Augustin.
- Honecker, M. et al. (2001): *Humane Sterbebegleitung*, Sankt Augustin.
- Honnefelder, L. (1982): *Praktische Vernunft und Gewissen*, in: *Hertz, A. et al. (Hg.): Handbuch der christlichen Ethik* (3), Freiburg i. Br., 19-42.
- Höver, G. (1998): *Leid/Leiden/Leidenslinderung*, in: *Korff, W. et al. (Hg.): Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloh, 585-590.
- Jacob, N. (2013): *Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich und unter der europäischen Menschenrechtskonvention*, Marburg.
- Letellier, PH. (2003): *History and definition of word*, in: *Council of Europe (Hg.): Euthanasia: Volume I – Ethical and human aspects*, Strasbourg, 13-24.
- Löwith, K. (1966): *Die Freiheit zum Tode*, in: *Löwith, K. (Hg.): Zur Kritik der christlichen Überlieferung. Vorträge und Abhandlungen*, Stuttgart, 274-289.
- Nationaler Ethikrat (2006): *Tagungsdokumentationen: Wie wir sterben/Selbstbestimmung am Lebensende*, Berlin.
- Pieper, A. (1988): *Selbsttötung, III. Ethische Positionen*, in: *Staatslexikon: Recht, Wirtschaft, Gesellschaft*, 7. Aufl., Bd. 4, Freiburg i. Br., 1157-1163.

- Pohlmeier, H. (1995): *Sterbehilfe – Sterben in Würde?*, München (Politische Studien 340), 115-124.
- Ricken, F. (2003): *Allgemeine Ethik*, 4. Aufl., Stuttgart.
- Schockenhoff, E. (1991): *Sterbehilfe und Menschenwürde: Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg.
- Schockenhoff, E. (2000): *Töten oder Sterbenlassen: Worauf es in der Euthanasiediskussion ankommt*, in: Gordijn, B., Have, H. ten (Hg.): *Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad Cannstatt, 459-476.
- Schöne-Seifert, B. (1997): *Die Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen*, in: Honnefelder, L. et al. (Hg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 2, Bonn, 205-226.
- Schumpelick, V. (Hg.) (2003): *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde. Ein deutsch-niederländischer Dialog*, Freiburg i. Br.
- Schuster, J. (1998): *Sterbehilfe*, in: Korff, W. et al. (Hg.): *Lexikon der Bioethik*, Bd. 3, Gütersloh, 445-454.
- Siep, L., Quante, M. (1999): *Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen?*, in: Holderegger, A. (Hg.): *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*, Freiburg i. Br., 37-55.
- Sohn, W., Zenz, M. (2001): *Euthanasia in Europe: national laws, medical guidelines, ethical aspects*, Stuttgart.
- Vanderpool, H.Y. (1995): *Life-sustaining treatment and euthanasia*, in: Post, S.G. (Hg.): *Encyclopedia of Bioethics*, 3. Aufl., Bd. 3, New York, 1410-1432.
- Verrel, T., Simon, A. (2010): *Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte*. (Sturma, D., Lanzerath, D., Heinrichs, B. (Hg.): *Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE. Band 11*) Freiburg.

- Vossenkuhl, W. (1995): *Würde im Sterben*, München (Politische Studien 340), 26-36.
- Wernstedt, Th. (2002): *Sterbehilfe in Europa: Begriffe, Richtlinien und Rechtsprechung im Vergleich* in: Frewer, A., Winau, R. (Hg.): *Ethische Kontroversen am Ende des menschlichen Lebens*, Erlangen, 36-58.
- Wernstedt, Th. (2004): *Sterbehilfe in Europa*, Frankfurt a. M. (Recht und Medizin 66).
- Wittwer, H. (2003): *Selbsttötung als philosophisches Problem: Über die Rationalität und Moralität des Suizids*, Paderborn.
- Wolfslast, G., Conrads, Ch. (2001): *Textsammlung Sterbehilfe*, Berlin, Heidelberg, New York.
- Zimmermann-Acklin, M. (2002): *Euthanasie: Eine theologisch-ethische Untersuchung*, 2. Aufl., Freiburg i. U.
- (2013): *Sterben als Aufgabe? Ethische Überlegungen zu schwierigen Entscheidungen am Lebensende*, in: Winiger, B., Becchi, P., Avramov, P., Bacher, M. (Hg.): *Ethik und Recht in der Bioethik / Ethique et Droit en matière de Bioéthique*, Sinzheim, 159-173.

AUTORIN UND AUTOR

*PD Dr. phil. Michael Fuchs
Geschäftsführer, Institut für Wissenschaft und Ethik,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn*

*Lara Hönings, exam. jur.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Wissenschaft und Ethik,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn*

ANSPRECHPARTNER IN DER KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG

*Dr. Norbert Arnold
Teamleiter Gesellschaftspolitik
Hauptabteilung Politik und Beratung
Konrad-Adenauer-Stiftung
E-Mail: norbert.arnold@kas.de
<http://www.kas.de/wf/de/37.86/>*



Gefällt Ihnen diese Publikation?

Dann unterstützen Sie die Arbeit der Konrad-Adenauer-Stiftung für mehr Demokratie weltweit mit einer mobilen Spende. Der Betrag kommt unmittelbar der Stiftung zugute und wird für die Förderung unserer satzungsgemäßen Zwecke verwendet.

Jetzt QR-Code scannen
und Betrag eingeben.