

# **Zukunftsforum Politik**

Broschürenreihe  
herausgegeben von der  
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Nr. 79

Michael Fuchs

## **Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben – Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien**

Sankt Augustin/Berlin, November 2006

ISBN 3-939826-16-2

ISBN 978-3-939826-16-3

Redaktionelle Betreuung: Norbert Arnold

---

### **Download-Publikation**

Der Text dieser Datei ist identisch mit der Druckversion der Veröffentlichung. Die Titelei der Printausgabe beträgt 4 Seiten und wurde in der digitalen Version auf einer Seite zusammengefasst.

# Inhalt

Vorwort	7
1. Einleitung	9
2. Terminologie und Argumentation	11
2.1. Wichtige Begriffe und der Streit um ihre Deutung	11
2.2. Die ethische und rechtspolitische Kontroverse	17
3. Rechtliche Situation und ethische Diskussion im Ländervergleich	35
3.1. Deutschland	35
3.2. Niederlande	51
3.3. Belgien	61
3.4. Schweiz	67
3.5. Österreich	74
3.6. Großbritannien	77
3.7. Frankreich	82
3.8. Spanien	88
3.9. Italien	92
3.10. Vereinigte Staaten von Amerika	96
3.11. Australien	101
4. Schlussbemerkungen	105
Allgemeine Literatur	110
Autor	115
Ansprechpartner in der Konrad-Adenauer-Stiftung	116

# 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.

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

Der Lebensschutzgedanke, dem christlich-demokratische Politik mit ihrer Grundorientierung am christlichen Menschenbild verpflichtet ist, spielt nicht nur am Lebensbeginn, sondern auch am Lebensende eine entscheidende Rolle als ethische Richtschnur. Der Umgang mit Sterbenden muss sich daran messen lassen.

Mit der vorliegenden Studie möchten wir die Sterbehilfe-Debatte argumentativ untermauern; wir hoffen, dass sie einen zielführenden Beitrag sowohl für die europäische Diskussion als auch für die Diskussion in Deutschland leisten wird.

Dr. Norbert Arnold  
Leiter der AG Gesellschaftspolitik  
der Konrad-Adenauer-Stiftung

# 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, wenngleich 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 und in Australien an. Eine Rechtsvergleichung einer größeren Anzahl von Rechtssystemen ist seit 1991 nicht mehr unternommen worden. Damals haben Albin Eser und Hans-Georg Koch mit den „Materialien zur Sterbehilfe“ eine Zusammenschau vorgelegt, die in systematischer Weise Gesetzeslage, Rechtsprechung, ärztlich-berufsständische Regelung 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.

Eine aktualisierte Rechtsvergleichung konnte für die vorliegende kleine Studie nicht angestrebt werden. Eine solche bleibt 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 fünfzehn Jahren der Fall war.

Für die vorliegende Studie habe ich vielfältige Anregungen von Kollegen aufgegriffen und Unterstützung erfahren. Ein 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.

## **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.). 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 unterschied-

lichen 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 der Verzicht oder der Abbau von lebensverlängernden Maßnahmen verstanden 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 Ver-



pflichtung 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.

## **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 sugge-

rieren, hier kämen Bestimmungen und Anforderungen des Erbrechts zum Tragen. 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 europäischen Gesetze, welche eine Legalisierung der ärztlichen Sterbehilfe bezweckten, haben beide 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 zubehebende 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 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.
- 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.
- KOCH, H.-G. (1996): Suizid und Sterbehilfe: Eine rechtliche Bestandsaufnahme, in: ANSCHÜTZ, F., WEDLER, H.-L. (Hg.): Suizidprävention und Sterbehilfe, Berlin, 101-115.
- LETELLIER, PH. (2003): History and definition of word, in: COUNCIL OF EUROPE (Hg.): Euthanasia: Volume I – Ethical and human aspects, Strasbourg, 13-24.

SCHOCKENHOFF, E. (1991): Sterbehilfe und Menschenwürde: Begleitung zu einem „eigenen Tod“, Regensburg.

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. 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 Sterbehilfeproblematik 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 Selbstbestim-

mung 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 wo 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 in der aktuellen Debatte 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 bestimmen kann, aber seine Würde wird verletzt, wenn diese Situation durch andere ausgenutzt wird, um ihn als Instrument für andere Zwecke zu nutzen. 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).

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, er kann sich für Instrumentalisierungen nicht rächen. 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 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. 2006) 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 übersehen 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 rekurren. Doch auch wenn man diese Heiligkeit auf in-

dividiertes 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 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 Umstand, 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 Therapiebegrenzung moralisch legitim und unter Umständen gefor-

dert 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 2004). 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.).

## **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 Grund-

lage 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 Abwägung 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. 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 einbezöge (vgl. Zimmermann-Acklin 2002, 46). Aber auch dort, wo der Arzt sich selbst an den Willen des Patienten bindet und ihm die Beurteilung der eigenen Situation überlässt, kann der 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 Dammbbruchs**

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 demjenigen 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. Dambruchargumente bzw. Argumente vom „schlüpfrigen Abhang“ (slippery slope) spielen auch in der Sterbehilfediskussion eine wichtige Rolle. Ein valides Argument stellen sie 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 Dambruchargumente 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 Dambruch 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). Auch der Hinweis auf die Gefahr einer schwindenden Solidarität mit Leidenden und Sterbenden ist als ein Dambruchargument zu deuten, wenn diese Gefahr aus der



Legalisierung von aktiver Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen begründet wird.

## **Transparenz**

Vergleicht man die verschiedenen Länder und ihre Regulationsysteme, so spielt die Praxis und die Diskussion um eine Dunkelziffer von illegalen Tötungen eine erhebliche Rolle. In einer Folge empirischer Studien mit Befragung deutscher Ärzte ermittelte Karl.-H. 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 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. 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.

Offenheit entspricht 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

- 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 (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 101 (19), 1298-1299.
- DANISH COUNCIL OF ETHICS (2005): Euthanasia – legalizing killing on request?, <http://www.etiskraad.dk/sw2421.asp> (Stand: August 2006), 1-26.
- EBELING, H. (1979): Selbsterhaltung und Selbstbewußtsein. Zur Analytik von Freiheit und Tod, in: Symposion 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. (2006): Blickpunkt: Sterbehilfe, <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe> (Stand: August 2006).

- 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.B., 19-42.
- KEOWN, J. (1995): Euthanasia examined: Ethical, clinical and legal perspectives, Cambridge.
- KÜBLER-ROSS, E. (1969): Interviews mit Sterbenden, 18. Aufl., Stuttgart.
- LÖWITZ, K. (1966): Die Freiheit zum Tode, in: LÖWITZ, K. (Hg.): Zur Kritik der christlichen Überlieferung. Vorträge und Abhandlungen, Stuttgart, 274-289.
- PIEPER, A. (1988): Selbsttötung, III. Ethische Positionen, in: Staatslexikon: Recht, Wirtschaft, Gesellschaft, 7. Aufl., Bd. 4, Freiburg i.B., 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.
- 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.
- VOSENKUHL, 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., JOHANN-SEN, 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.

### **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 Rechtstradition 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. Dies gilt insbesondere dann, wenn einer Person eine Garantenstellung in Bezug auf den Suizidenten zugesprochen wird, wie dies bei Ärzten der Fall sein kann (zu den näheren Umständen und zur Möglichkeit der Wertung als Tötungsdelikt durch Unterlassen vgl. Koch 1996a, 108).

Der Verzicht oder die Beendigung lebensverlängernden Maßnahmen sind dagegen nach einhelliger Meinung der Recht-

sprechung 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. Allerdings gibt es hierzu ebenso wie für schmerzlindernde Maßnahmen mit lebensverkürzender Wirkung keine gesetzliche Regelung.

Zu erinnern ist indes daran, dass es Mitte der 80er 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).

## **Selbstbestimmung des Patienten**

Die Beendigung oder der Verzicht auf zusätzliche Behandlungsmaßnahmen ist indes 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)

## **Möglichkeiten der antizipativen Selbstbestimmung im geltenden Betreuungsrecht**

Durch die Betonung des Selbstbestimmungsrechtes ergeben sich Schwierigkeiten beim Umgang mit dem einwilligungsunfähigen Patienten. In diesem Fall geht man davon aus, dass das Selbstbestimmungsrecht weiter Bestand hat, dass aber an die Stelle des geäußerten Willens eine Mutmaßung über den Willen des Patienten treten muss. Das derzeit geltende Recht in diesem Bereich ist sowohl durch das Strafgesetz, das bürgerliche Recht sowie durch Grundsatzentscheidungen der Gerichte insbesondere des Bundesgerichtshofs gebildet. Danach gibt es für den Patienten drei Möglichkeiten, Behandlungswünsche im Vorfeld einer schweren bzw. tödlichen Erkrankung im voraus zu erklären, nämlich die Patientenverfügung, die Betreuungsverfügung und die Vorsorgevollmacht. „Eine Patientenverfügung stellt eine schriftliche oder mündliche Äußerung eines einsichts- und urteilsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der Äußerungs- oder Einwilligungsunfähigkeit dar.“ (ebd. 77) Sie enthält Aussagen zu Art und Umfang medizinischer Behandlungen. Dies kann die Option der vollständigen Ablehnung der Behandlung in bestimmten Situationen, die Ablehnung bestimmter Behandlungsarten, prinzipiell aber auch den Wunsch nach Fortführung der Behandlung als Schutz vor möglicher Untertherapie beinhalten. Die Bedeutung und Verbindlichkeit einer solchen Verfügung hat in den vergangenen Jahren zugenommen; ihre Reichweite ist allerdings nach wie vor in der Diskussion. In seinem so genannten Kemptener Urteil aus dem Jahre 1994 hatte der 1. Strafsenat des Bundesge-

richtshofs angesichts einer Frage des Umgangs mit einem Patienten im kompletten apallischen Syndrom entschieden, dass die Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahme bereits möglich sein solle, wenn bei einem tödlich Erkrankten ohne reale Heilungsaussicht der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Vorauszusetzen sei, dass eine solche Änderung des Behandlungsziels dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspreche. Nach diesem Urteil sind frühere schriftliche und mündliche Bekundungen einzubeziehen, wenn es gilt, den mutmaßlichen Patientenwillen zu erforschen und zu berücksichtigen. „Insgesamt sind nach der Rechtsprechung an die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses strenge Anforderungen zu stellen.“ (Eser 1998, 449) Bei dem zugrunde liegenden Fall hatte keine Patientenverfügung vorgelegen. 2003 hatte dann der 12. Zivilsenat des BGH eine Abweichung von einer antizipativen Willensbekundung nur noch in Fällen eines erkennbaren Widerrufswillens oder erheblicher Änderungen der Sachlage für zulässig erklärt (vgl. Verrel 2003). „Damit ist höchstrichterlich entschieden, dass Patientenverfügungen nicht nur als Indiz, sondern grundsätzlich als unmittelbare, rechtsverbindliche Willensäußerungen des Patienten gewertet werden müssen.“ (Wissmann 2004, 1)

Neben und gegebenenfalls in Verbindung mit der Patientenverfügung stehen Patienten seit Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes 1992 zwei Möglichkeiten zur Verfügung, Behandlungswünsche vor Eintritt einer Einwilligungsunfähigkeit zu klären. Die Betreuungsverfügung kann Maßgaben für eine gesetzlich bestellte Betreuung vorgeben. Nach § 1901a BGB hat jeder die Möglichkeit, für diesen Fall schriftlich Vorschläge zur Person des Betreuers zu machen. Da auch zur Art und Weise der Durchführung der Betreuung Festlegungen erfolgen können, bietet dieses Rechtsinstrument die Möglichkeit, eine Lebens- und Leidensverlängerung mit Hilfe der modernen Apparatedizin auszuschließen, „wenn ein umweltbezogenes Leben nicht mehr möglich ist, etwa

wenn der Patient nur noch mit Apparaten künstlich am Leben erhalten und künstlich ernährt wird“ (Eisenbart/Simon 80). An den Wunsch des Patienten ist der Betreuer sowie auch der Arzt gebunden, solange die Verfolgung der Wünsche des Betreuten nicht dessen Wohl zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist. Das bürgerliche Gesetzbuch geht davon aus, dass der Betreuer den Willen des Patienten repräsentiert; er ist es also, der vom Arzt vor jeder Behandlungsmaßnahme aufgeklärt werden muss. „Die Entscheidungen des Betreuers sind für den Arzt verbindlich und zwar selbst dann, wenn sie ihm im Einzelfall unverständlich erscheinen.“ (ebd. 81) Will der Betreuer im Interesse des einwilligungsunfähigen Patienten die Zustimmung zu einer lebensverlängernden Behandlung oder zu einer seiner Meinung nach überflüssigen Behandlung verweigern, so muss der Betreuer die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einholen. Ob dies wirklich notwendig und aufgrund von § 1904 BGB gefordert ist, ist in der Rechtsprechung strittig. Für den Arzt bzw. für den Betreuer ist es aber aufgrund der Rechtsprechung des BGH in jedem Falle angeraten, sich an das Vormundschaftsgericht zu wenden. Die Schwierigkeit der Betreuungsverfügung ist sicherlich darin zu sehen, dass sie erst greift, wenn eine Betreuung eingerichtet wurde.

Deshalb wird auf die so genannte Vorsorgevollmacht hingewiesen, die nicht dieser Einschränkung unterliegt und die zudem die Einrichtung einer Betreuung überflüssig machen kann. Nach der aktuellen Fassung des § 1904 Abs. 2 BGB (seit 1. Januar 1999) kann eine Vorsorgevollmacht ausdrücklich auch den Bereich der Gesundheitsfürsorge betreffen. „Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst.“ (Bundesärztekammer 2004). Auch hier muss auf das Ge-

nehmungserfordernis durch das Vormundschaftsgericht verwiesen werden.

## **Aktuelle rechtspolitische Diskussion**

Seit dem Urteil des BGH von 2003 hat sich die rechtspolitische Diskussion auf die gesetzliche Regelung der Patientenverfügungen konzentriert. Mehr oder weniger explizite Forderungen zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe (vgl. etwa Kusch 2006 oder eher im Gestus der Andeutung Baltes 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-Peter Schreiber ein Jahr zuvor publizierte hatte (Schöch et al. 2005). Ausgehend von der strafrechtlichen Verurteilung der Tötung auf Verlangen werden Klarstellungen hinsichtlich der Nichthinderung des Suizids und Einschränkungen der Garantenpflicht 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 reagieren auf Entscheidungen von Zivilgerichten und insbesondere der Zivilsenate des BGH, welche zu Irritationen hinsichtlich der Reichweite des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende geführt haben, die sich nach ihrer Einschätzung bis in den strafrechtlichen Beurteilungsbereich auswirken. Die zivilrechtliche Verbindlichkeit von Patientenverfügungen sollen 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) mahnen der Alternativentwurf und das Gutachten eine veränderte Terminologie an und betrachten die Begriffe aktive, passive und indirekte Sterbehilfe als problematisch.

Was nun die Praxis antizipativer Willenserklärungen in Gestalt von Patientenverfügungen über die Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen angeht, scheint bei den Betroffenen und den Ärzten nach wie vor Unklarheit zu bestehen, wie mit diesen umzugehen ist und in welchen Fällen Vormundschaftsgerichte angerufen werden müssen. Inzwischen hat die Regierung der letzten Legislaturperiode Eckpunkte vorgelegt und einen Gesetzentwurf erarbeitet. Zudem haben die Bioethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz unter Vorsitz des Landesjustizministers und die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ umfangreiche Berichte und Empfehlungen vorgelegt. Die Diskrepanz zwischen den Vorschlägen der Enquete-Kommission und dem Gesetzentwurf des Justizministeriums haben bislang dazu geführt, dass eine legislative Klärung noch aussteht. Konsens besteht darin, dass die zivilrechtliche Regelung derzeit für zentral gehalten wird. Strittig bleibt allerdings, ob Patientenverfügungen auch den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen beim Zustand des Wachkomas (komplettes apallisches Syndrom, PVS) verbindlich

einfordern können oder ob bei entsprechenden Verfügungen nur bei infausten Prognosen bzw. der eigentlichen Sterbensphase auf die Fortsetzung von Therapie und lebenserhaltender Behandlung verzichtet werden kann. Der Dissens hat seine Grundlage in zweierlei Schwierigkeiten, die beide miteinander zusammenhängen und zu unterschiedlichen Wertungen von Patientenverfügungen führen können. Die erste ist der antizipative Charakter der Verfügung und die Frage, inwiefern sich seit der Verfügung der Wille des Patienten geändert haben könnte. Die zweite Schwierigkeit liegt in der mit dem antizipativen Charakter notwendig zusammenhängenden Allgemeinheit der Verfügung, durch die die Frage aufgeworfen wird, inwiefern ein vorliegender Fall und eine vorliegende Situation durch die Verfügung tatsächlich gedeckt ist und wie die in der Verfügung beschriebene Handlungs- bzw. Nichthandlungskonsequenz sich in die gegebene Situation übersetzen lässt.

Während die Pläne des Bundesjustizministeriums von 2004 vorsahen, dass bei übereinstimmender Deutung des mutmaßlichen Patientenwillens durch den Arzt und den Betreuer eine Genehmigung des Behandlungsabbruchs seitens des Vormundschaftsgerichts nicht erforderlich sei, hielt die etwa zeitgleich beratende Enquete-Kommission eine solche Genehmigung oder die vorausgehende Beratung in einem Konsil zumindest für den Fall erforderlich, dass der Behandlungsverzicht eine medizinisch indizierte lebenserhaltende Maßnahme betrifft. Insgesamt zeigt der Plan des Justizministeriums das Bestreben, formale Erfordernisse für Patientenverfügungen möglichst gering zu halten und die beratenden Instanzen vor einem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen auf wenige zu beschränken. Demgegenüber sind die Überlegungen der Experten und Abgeordneten aus der Enquete-Kommission durch den Zweifel an der Authentizität und aktuellen Gültigkeit von Patientenverfügungen mitgeprägt sowie durch die

Sorge, beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen könnten andere Interessen als diejenigen des Patienten eine Rolle spielen.

Ausgehend von den Beratungen der vergangenen Legislaturperiode wurde inzwischen ein modifizierter Entwurf zur Reform des Betreuungsrechts vorgestellt und diskutiert (von Renesse/Riedel 2005). Ein weiterer Gesetzentwurf wurde im Auftrag der Deutschen Hospiz-Stiftung durch den Kölner Staats- und Verwaltungsrechtler Wolfram Höfling erarbeitet und publiziert (Höfling 2006). Rechtswissenschaftler und klinische Ethiker bemühen sich zugleich, Modelle zu erarbeiten, wie Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten nicht nur rechtlich anerkannte Instrumente sein können, sondern wie sie in die klinische Versorgung implementiert werden können (Taunus-Summer-School Medizinrecht und Ethik 2006).

## 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/2004/06/21/113a0702.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: HEUSER, P., RIGGENBACH, 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 (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 101 (19), 1298-1299.
- BUNDESGERICHTESHOF (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](http://www.bmj.bund.de/enid/89a91a492f3372340ae734da3d9de758,0/Juni/Berlin_10_06_2004_Patientenautonomie_am_Lebensende_n6.html) (Stand: Mai 2006).



- DEUTSCHER ÄRZTETAG (1995): EntschlieÙung 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](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](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.
- FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG (2005): Sterben in Würde: Ethische, medizinische und rechtliche Herausforderungen, <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03519.pdf> (Stand: Mai 2006).
- 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, 3063ff.

- HILLEBRAND, I., HERRFURTH-RÖDIG, B., WEIFFEN, M. (2006):  
 Blickpunkt: Sterbehilfe,  
<http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe>  
 (Stand: August 2006).
- HÖFLING, W. (2006): Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität  
 von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritäts-  
 schutzgesetz), in: Medizinrecht 24 (1), 25-32.
- JAKOBS, G. (1998): Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem,  
 in: BAYRISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN  
 (Hg.): Sitzungsberichte Jahrgang 1998, Heft 2, München.
- KIRCHENAMT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCH-  
 LAND (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](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 Doku-  
 mentation, Freiburg i.B., 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 Selbstbestim-  
 mungsrechts in ethischer und rechtspolitischer Hinsicht, 2. Aufl.,  
 Bochum (Medizinethische Materialien 156).

- (2000): 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: SCHUMPELIK, V. (Hg.): Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde: Ein deutsch-niederländischer Dialog, Freiburg i.B., 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.B., 195-218.
- LUTTEROTTI, M. von (1989): Sterbehilfe, in: ESER, A. (Hg.): Lexikon: Medizin, Ethik, Recht, Freiburg i.B., 1086-1101.
- NATIONALER ETHIKRAT (2006a): Tagungsdokumentationen: Wie wir sterben/Selbstbestimmung am Lebensende, Berlin.
- (2006b): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme, Berlin.
- 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).

- RENESE, 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.
- SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN 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](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](http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html) (Stand: Mai 2006), 6-9.
- SÉNAT (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.

- SPORKEN, P. (1989): Sterbebeistand/Sterbebegleitung, in: ESER, A. (Hg.): Lexikon: Medizin, Ethik, Recht, Freiburg i.B., 1078-1086.
- TAUNUS-SUMMER-SCHOOL (2006): Medizinrecht und Ethik: Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, [http://www.evangelische-akademie.de/tagung\\_285.html](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., JOHANN-SEN, F. (Hg.): Sterben und Tod in Europa, Neukirchen-Vluyn, 59-63.
- WISSMANN, O. (2004): Patientenverfügung, in: WISSENSCHAFTLICHE DIENSTE DES DEUTSCHEN BUNDES-TAGES: Der aktuelle Begriff, Nr. 34, Berlin.
- WOLFSLAST, G., CONRADS, CH. (2001): Deutschland, in: WOLFSLAST, 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 neue niederländische Gesetz schließt einen Arzt von der Strafe aus, der bei einer Tötung auf Verlangen 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 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. Die fünf regionalen Kommissionen haben alle drei Wochen über ca. 25 gemeldete Fälle zu beraten. In der Praxis sind dies nach Auskunft der Kommissionen fast ausschließlich Fälle terminalen Krebsleidens. Im Gros der Fälle gelte die Sorgfalt des Arztes – zumeist sind dies die Hausärzte – als unstrittig. Etwa 20% der Fälle würden intensiv diskutiert.

### **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 Leichenbeschau-



ers 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 Rimmelink 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.

## **Transnationale Bedeutung und Diskussion**

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 Remmelink-Komitee von 1991 hatte den Vorwurf des Dammbrochs 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 Dambruch 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 Dambruch seien, da weder die Gesamtzahl der Sterbehilfefälle exponentiell steige noch die Zahl der Sterbehilfefälle ohne explizites Verlangen (vgl. Wernstedt 2004, 125).

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.

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.

## **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 bestimmten 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 haben 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.

## 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: HEUSER, P., RIGGENBACH, 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.
- DELLEN, 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: GORDIJN, 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](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](http://www.kna.de/doku_aktuell/euthanasiegesetz_NL.pdf))
- KEOWN, J. (1995): Euthanasia examined: Ethical, clinical and legal perspectives, Cambridge.
- 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.
- SCHOLTEN, H.-J. (1991): Niederlande, in: ESER, A., KOCH, H.-G. (Hg.): Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation, Freiburg i.B., 451-500.
- SÉNAT (1999): L'euthanasie: Pays-Bas,  
[http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49\\_mono.html](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.
- 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: SCHUMPELIK, V. (Hg.): Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde: Ein deutsch-niederländischer Dialog, Freiburg i.B., 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 und bislang das einzige 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. Ein Recht auf Euthanasie für Personen, die die rechtliche Volljährigkeit noch nicht erreicht haben, kennt das belgische Recht im Unterschied zum niederländischen nicht. 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 Medizinern, 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.

## **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 (vgl. im einzelnen Locher-Linn/Oudijk 1991, 257f.).

Für das Verständnis der rechtlichen Praxis ist allerdings wichtig zu wissen, dass in Belgien strafprozessual das Opportunitätsprinzips gilt. Dadurch erklärt sich, dass es in den Jahren vor der Reform nicht zu Strafprozessen in Sterbehilfefällen kam (vgl. ebd. 258). Dagegen war es in den 70er 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).

### **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 von beiden Häusern, 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 Übereifer (*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 Kon-

fliktparteien 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.

### **Aktuelle Praxis der Sterbehilfe**

Das Gesetz kann nicht als Kompromiss vor diesem Hintergrund der polarisierten Positionen angesehen werden. Zwar entspricht es nicht weitergehenden 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.

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 vergangenen Herbst hat der Präsident der Kommission mitgeteilt, 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 % im Vergleich zu der Praxis der Sterbehilfe unmittelbar nach der Legalisierung. Es gibt keine Unter-

suchungen, 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).

## Literatur

ÄRZTEZEITUNG (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).

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).

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.

- 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.B., 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.
- SÉNAT (2002): L'euthanasie: Belgique, <http://www.senat.fr/europe> (Stand: Mai 2006), 3-7.
- SÉNAT (2004): Les droits du malade en fin de vie: Belgique, Paris, 21-22.

### **3.4. 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 Art. 114 StGB tat-

bestandlich geregelt ist, betrifft Art. 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 Sterbe-

hilfe abgelehnt und betont, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe sei.

## **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 Kran-



ken 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).

## **Stellungnahme 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 Suizidhilfezahlen 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).

## 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).
- BAVASTRO, P. (2003): Aktive Euthanasie in Holland, Deutschland und der Schweiz: rechtliche Situation und ethische Probleme, in: HEUSER, P., RIGGENBACH, 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.

et al. (2005): Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht in sechs europäischen Ländern: Resultate der EURELD/MELS-Studie, in: *Primary Care* 5 (39), 799-802.

DANISH COUNCIL OF ETHICS (2005): Switzerland, in: DANISH COUNCIL OF ETHICS (Hg.): Euthanasia – legalizing killing on request?, <http://www.etiskraad.dk/sw2421.asp> (Stand: August 2006), 27.

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.

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.

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.B., 591-668.

NATIONALE ETHIKKOMMISSION IM BEREICH HUMANMEDIZIN NEK-CNE (2005): Beihilfe zum Suizid: Stellungnahme Nr. 9/2005, Bern.

- REHMANN-SUTTER, CH. (2006): Zum gegenwärtigen Diskussionsstand um die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, in: Zeitschrift für evangelische Ethik (50), 49-53.
- REITER-THEIL, S. (2004): Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid: die Situation in der Schweiz im Lichte internationaler Perspektiven, Bochum (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 Strafgesetzbuch, Zweites Buch: Besondere Bestimmungen, Online-Version (Stand: August 2006).
- SÉNAT (1999): L'euthanasie: Suisse, [http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49\\_mono.html](http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html) (Stand: Mai 2006), 21-25.
- SÉNAT (2004): Les droits du malade en fin de vie: Suisse, Paris, 31-35.

WOLFSLAST, G., CONRADS, CH. (2001): Schweiz, in: WOLFSLAST, G., CONRADS, CH. (Hg.): Textsammlung Sterbehilfe, Berlin, Heidelberg, New York, 133-139.

ZENTRALE ETHIKKOMMISSION DER SCHWEIZERISCHEN AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN (2005): Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung, Basel.

### **3.5. 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 schützen. 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 schmerzlin- dernde 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 90er 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 Sterbehilfe- debatte auf der Tagesordnung der aktuellen bioethischen Themen auch in Österreich (Gmeiner 2003, 167), doch hat die Kommissi- on hierzu weder einen Bericht vorgelegt noch eine öffentliche Veranstaltung durchgeführt. Seinem Fazit, dass die bisherige ös- terreichische Position eines Nein zur aktiven Sterbehilfe „bei gleichzeitigem Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung“ (ebd.) Bestand haben werde, ist aber sicher zuzustimmen (s. dazu

auch den Beitrag aus Sicht des Allgemeinmediziners Hellemann-Geschwinder).

## **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. Bestehende Patientenverfügungen müssen, um als verbindlich gewertet zu werden, unter Beachtung der Formerfordernisse erneuert 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.
- 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. B., 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).

## 3.6. Großbritannien

### Einleitung

Die britische Rechtslage wurde vor zwei Jahren Gegenstand gesamteuropäischer Aufmerksamkeit, als die 43jährige 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 Suicid Act nicht im Widerspruch zu tragenden Artikeln der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrecht und Grundfreiheit 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 Rechtstradition 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: „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.“ Dieses Gesetz gilt für England und Wales. Da Schottland niemals eine Gesetzgebung zum Verbot der Selbsttötung hatte, sind entsprechende Taten dort nicht strafbar.

## **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 entspricht 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).

## **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 Entscheidungsgre-

mien haben bislang die utilitaristischen Ansätze als alleinige ethische Begründungsfiguren nicht den Ausschlag geben können.

## Literatur

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.

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/Prettyjudepress.htm> (Stand: Mai 2006).

GIESEN, D. (1993): Euthanasie und Sterbehilfe aus juristischer Perspektive, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 39 (2), 151-171.

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.B., 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](http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html) (Stand: Mai 2006), 9-13.
- SÉNAT (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).

### **3.7. 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) Allerdings sind bei den französischen Strafgerichten seit langem keine Prozesse wegen Sterbehilfe anhängig (vgl. Fuchs 2001). In früheren Zeiten war es durch die Zuständigkeit der Geschworenengerichte nicht zu einer einheitlichen strafrechtlichen Wertung von Mitleidstaten gekommen (vgl. Spaniol 286).

## Ethische 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 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 Regelungsvorschlägen 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).

## **Gesetz über die Rechte von Kranken am Lebensende**

Am 12. April 2005 trat mit der Annahme durch den Senat ein Gesetz über die Rechte von Kranken am Lebensende in Kraft. 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 unterwer-



fen. Das Gesundheitsministerium erklärte zugleich mit der Vorstellung des Gesetzes 43 Millionen Euro für palliative Medizin bereitzustellen. Im einzelnen wird im Gesetz erklärt, dass Behandlungen unterbrochen oder unterlassen werden können, die unnütz 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 fort-

geschrittenen 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.

Inwiefern sich dieses Gesetz bewährt und eine Antwort auf die gesellschaftliche Debatte um die Sterbehilfe und um ein würdevolles Sterben darstellt, wird maßgeblich von den Ausführungsbestimmungen und ihrer praktischen Umsetzung abhängen.

## **Literatur**

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](http://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.

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. B., 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.

## **3.8. Spanien**

### **Aktuelle Debatte**

Ganz aktuell hat in Spanien ein Fall von aktiver Sterbehilfe Anfang Mai 2006 eine neue Debatte über die Legalisierung der Sterbehilfe ausgelöst. Der 53-jährige Jorge Leon 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 vor einem Jahr 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.

## **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 Totschlag 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 geltenden 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 erst in den vergangenen Jahren 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.

## **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.

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.B., 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).

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.

## 3.9. 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 strafmildern 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 medizinischen 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 194-196).

### **Begriffliche Klärungen und Fortgang der Debatte**

Die italienischen Dokumente 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 nicht eingesetzt. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Geltung von antizipatorischen Willenserklärungen von Patienten künftig noch stärkeres Gewicht erhalten wird, als dies in den bisherigen Stellungnahmen des italienischen nationalen Bioethikrates der Fall ist.



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 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 eutanasia 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 und seine gesellschaftliche Durchsetzung ist auch in Italien nur dann haltbar, wenn eine hinreichend klare Abgrenzung gegenüber dem Sterbenlassen und der Schmerzbehandlung durchgehalten wird.

## Literatur

- 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.B., 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).
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (2003): Advance Treatment Directives,  
[www.governo.it/bioetica/eng/opinions/advance\\_treatment\\_directives.doc](http://www.governo.it/bioetica/eng/opinions/advance_treatment_directives.doc) (Stand: Mai 2006).
- FURNARI LUVARÀ, G. (2004): Eutanasia, in: Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia, Messina, 854-859.
- 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.
- MORI, M. (2003) Bioethics in Italy since 1997, in: PEPPIN, J.F., CHERRY, M.J. (Hg.): Regional Perspectives in Bioethics, Lisse, 163-192.
- 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.

## **3.10. 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. Allerdings ist die Beihilfe zum Suizid in einigen gesetzgeberischen Organen und in der Jurisdiktion in der Diskussion. Explizit wird die Beihilfe zum Suizid in 35 Staaten gesetzlich verurteilt, in neun weiteren geschieht dies durch eine ständige Rechtsprechung (Sénat 1999, 28). Nur in Oregon ist die Beihilfe zum Suizid durch ein spezielles Gesetz für nicht rechtswidrig erklärt worden.

### **Legalisierung der Suizidbeihilfe in Oregon**

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 Suizidbeihilfesuche 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 Ent-

scheidung zum Suizidbeihilfegesuch spielt (vgl. Department of Human Services 2001, 4).

## **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, Washington und Kalifornien zurückgewiesen.

## **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 konstitutionelles Recht. 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 21jährige 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 der jüngste spektakuläre Fall in den USA, bei dem es um die Frage des Behandlungsabbruchs ging, war, wie der Fall Quinlan, ein Fall einer Patientin mit kompletten apallischen 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.

## **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.

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.

- 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).
- 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](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.
- 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.B., 669-776.
- WOLFSLAST, G., CONRADS, CH. (2001): USA, in: WOLFSLAST, G., CONRADS, CH. (Hg.): Textsammlung Sterbehilfe, Berlin, Heidelberg, New York, 163-182.

## **3.11. 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 Siebziger und Achtziger 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 klargelegt 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 70jährige 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).

### **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. B., 219-248.

- KEOWN, J. (1995): Euthanasia examined: Ethical, clinical and legal perspectives, Cambridge.
- KEOWN, J. (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).
- SÉNAT (1999): L'euthanasie: Australie,  
[http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49\\_mono.html](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.

## 4. Schlussbemerkungen

Die Einrichtung eines umfassenden Systems der Palliativmedizin und von Orten humaner Sterbebegleitung sowie die verfahrensmäßige Klärung und institutionelle Sicherung eines Rechtes auf aktive Sterbehilfe sind zwei 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. Als Reaktion auf eine schmerztherapeutisch nicht mehr zu meisternde Situation bei Tumorpatienten in der Sterbensphase

könnte man 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 freilich 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 zwei Rechtsordnungen gibt, die sich für die Aufhebung der Rechtswidrigkeit der aktiven Sterbehilfe entschieden haben. Nur Belgien und die Niederlande 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 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 Dambruch. 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 und eine Ablösung der Entscheidung zur Sterbehilfe von berufsrechtlichen und berufsethischen Standards bewirken. Doch auch die Bindung an den Arzt birgt 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. Die Niederländische Erfahrung freilich 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 Erstrebtem 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. Damit allerdings 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. Es ist sorgfältig darauf zu achten, dass nicht der Einzelne zum Opfer der gesellschaftlich nützlichen allgemeinen Regel wird.

Eine sorgfältig differenzierende strafrechtliche Drohung scheint indes 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 Sterbehilfswunsch 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. B., 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: *Symposion* 60, 43-71.
- ESER, A., KOCH, H.-G. (Hg.) (1991): *Materialien zur Sterbehilfe: Eine internationale Dokumentation*, Freiburg i.B.
- 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.
- GIESEN, D. (1993): Euthanasie und Sterbehilfe aus juristischer Perspektive, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 39 (2), 151-171.
- 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. et al. (2006): Blickpunkt: Sterbehilfe, <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe> (Stand: August 2006).
- 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. B., 19-42.
- HÖVER, G. (1998): Leid/Leiden/Leidenslinderung, in: KORFF, W. et al. (Hg.): Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh, 585-590.
- LETELLIER, PH. (2003): History and definition of word, in: COUNCIL OF EUROPE (Hg.): Euthanasia: Volume I – Ethical and human aspects, Strasbourg, 13-24.
- LÖWITZ, K. (1966): Die Freiheit zum Tode, in: LÖWITZ, 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. B., 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. B.
- 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. B., 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.
- VOSENKUHL, 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.

## **Autor**

Dr. phil. Michael Fuchs

Geschäftsführer des Instituts für Wissenschaft und Ethik, Bonn

## **Ansprechpartner in der Konrad-Adenauer-Stiftung**

Dr. Norbert Arnold

Leiter AG Gesellschaftspolitik

Hauptabteilung Politik und Beratung

Klingelhöferstr. 23

10785 Berlin

Telefon: 030/269 96-3504

E-Mail: [norbert.arnold@kas.de](mailto:norbert.arnold@kas.de)

Postanschrift: Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin