

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg

Entwicklung
und aktueller Stand
der Euthanasiedebatte
in der Bundesrepublik Deutschland

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilian-Universität zu Würzburg
vorgelegt von
Kathrin Krome
aus Memmelsdorf

Würzburg, November 2005

Referent: Professor Dr. med. dent. Dr. phil. D. Groß

Koreferent: Professor Dr. med. N. Sörensen

Dekan: Professor Dr. med. G. Ertl

Tag der mündlichen Prüfung: 8. Februar 2006

Die Promovendin ist Ärztin.

Meinen lieben Eltern.

Entwicklung und aktueller Stand der Euthanasiedebatte
in der Bundesrepublik Deutschland

Vorwort

1	Einleitung	1
1.1	Maßstäbe in Grundfragen des Lebensrechts	1
2	Die historische Entwicklung der Euthanasie	2
2.1	Antike	2
2.2	Mittelalter	4
2.3	Renaissance und Humanismus.....	5
2.4	19. und 20. Jahrhundert	6
2.5	Drittes Reich	7
2.6	Nachkriegsära	10
3	Handhabung in der Bundesrepublik Deutschland	12
3.1	Die Sterbehilfe in medizinischer Sicht	12
3.1.1	Die Palliativtherapie	12
3.1.1.1	Der medizinisch-technische Fortschritt	12
3.1.1.2	Die Entwicklung der Palliativmedizin.....	13
3.1.1.3	Die Palliativmedizin sichert relative Lebensqualität	14
3.1.1.4	Die adäquate Kommunikation mit dem Moribunden	15
3.1.1.5	Die soziale Geborgenheit durch Angehörige und Begleiter	16
3.1.2	Die passive Sterbehilfe	17
3.1.2.1	Die Therapiebegrenzung	17
3.1.2.2	Die Wirksamkeit der Patientenverfügung.....	20
3.1.2.3	Der Verzicht auf künstliche Lebensverlängerung	21
3.1.2.4	Die Wiederbelebungsmaßnahmen	21
3.1.2.5	Die Angst vor künstlicher Lebensverlängerung	24
3.1.3	Die aktive Sterbehilfe	24
3.1.3.1	Die Selbstbestimmung des Patienten.....	25
3.1.3.2	Die juristischen, berufsethischen und ethischen Normen	25
3.1.3.3	Die Sterbenden in auswegloser Lage.....	26
3.1.3.4	Der Heilauftrag und das Rollenverständnis des Arztes	27
3.1.3.5	Der Auftrag und die Konsequenzen für Staat und Gesellschaft.....	28
3.1.4	Indirekte versus direkte Sterbehilfe.....	29
3.1.4.1	Der Doppelleffekt als Unterscheidungsmerkmal	30

3.2	Die Sterbehilfe in juristischer Sicht	32
3.2.1	Die gesetzliche Definition des Lebensendes.....	32
3.2.1.1	Die Tötung und Selbsttötung.....	32
3.2.1.2	Die Tötung auf Verlangen.....	33
3.2.1.3	Die Grenzen zwischen Straffreiheit und Strafbarkeit	34
3.2.2	Das Recht auf ein natürliches Sterben.....	36
3.2.2.1	Die literarische Behandlung des Begriffs	36
3.2.2.2	Der Begriff der Menschenwürde.....	37
3.2.2.3	Das „Erlangener Baby“	39
3.2.3	Das Recht auf Selbsttötung	41
3.2.3.1	Die Geschichte des Suizidstrafrechts.....	41
3.2.3.2	Straflosigkeit versus Strafbarkeit.....	43
3.2.3.3	Der „Fall Wittig“	45
3.2.4	Das Selbstbestimmungsrecht durch die „Patientenverfügung“	47
3.2.4.1	Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung.....	49
3.2.4.2	Die rechtliche Wirkung einer Patientenverfügung	51
3.3	Die Sterbehilfe aus ethischer Sicht.....	53
3.3.1	Ethisch motivierte Argumente für eine aktive Sterbehilfe	55
3.3.1.1	Die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“	55
3.3.1.2	Die Thesen Peter Singers	60
3.3.2	Ethisch motivierte Argumente gegen eine aktive Sterbehilfe.....	65
3.3.2.1	Die Hospizbewegung	66
3.3.2.2	Die Christlichen Kirchen	69
3.3.2.3	Die Internationalen Institutionen gegen aktive Sterbehilfe mit besonderem Blick auf den Weltärztebund.....	74
3.4	Tabellarische Gegenüberstellung der Positionen bzw. ihrer Vertreter.....	80
4	Der Vergleich mit anderen Staaten	82
4.1	Die Schweiz	82
4.1.1	Die Aufgaben des Arztes	82
4.1.2	Die gesetzliche Regelung.....	83
4.1.3	Die liberale Sterbehilferegulung – ethisch vertretbar?	85
4.2	Die Niederlande	86
4.2.1	Heilt oder tötet der Arzt?	86
4.2.2	Die legalisierte Sterbehilfe.....	88

4.2.3	Das Signal zur Wertschätzung menschlichen Lebens	90
4.3	Die USA	91
4.3.1	Der Maßstab des medizinischen Handelns	91
4.3.2	Die einzelstaatliche Rechtssprechung.....	92
4.3.3	Der Sinn und das Glück menschlichen Lebens	94
4.4	Die Gegenüberstellung der beeinflussenden Staaten	95
4.4.1	Allgemein.....	95
4.4.2	Die Regelung der aktiven Sterbehilfe.....	95
4.4.3	Die Regelung der Beihilfe zum Selbstmord	96
5	Schlussbemerkung	97
6	Literaturverzeichnis	100

Vorwort

Euthanasie, ein Begriff, der seit der Erwähnung des klassischen Griechenlands existiert, hat einen erheblichen Bedeutungswandel nach sich gezogen. Gesellschaftspolitische Veränderungen und der wissenschaftliche Fortschritt zeigen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das menschliche Bewusstsein. Dieser Einfluss ist auch anhand des Begriffswandels der Euthanasie zu erkennen.

In heutiger Zeit lässt der Begriff „Euthanasie“ primär Assoziationen mit den Patiententötungen im Nationalsozialismus zu. Diese negativen Vorstellungen entsprechen jedoch nicht der ursprünglichen Bedeutung. Euthanasie beschrieb in der Antike einen natürlichen, schönen Tod am Ende eines langen Lebens. Dies belegt auch, dass der ursprüngliche Begriff weder als Sterbehilfe noch als gewaltsamer Tod zu verstehen war.

Die Erinnerungen an die Geschehnisse des 20. Jahrhunderts führen zu einer kontinuierlichen Präsenz dieses Begriffes in unserer Gesellschaft. Ebenso geben die in der vergangenen Zeit in den Medien diskutierten Euthanasiefälle immer neue Impulse, die den aktuellen Diskurs inspirieren und beleben. Eine unüberwindbar scheinende Kluft zwischen der Sakrosanktheit des menschlichen Lebens einerseits und der Forderung nach adäquater Lebensqualität andererseits führen zu einer Ratlosigkeit nicht nur bei Politikern und Ärzten, sondern auch bei Angehörigen von Sterbenden.

Um die historische und die gegenwärtige Bedeutung der Euthanasie zusammenzuführen, bedarf es der Analyse und Aufarbeitung der geschichtlichen Entwicklung. Gerade weil das Phänomen Euthanasie eine weltweite Herausforderung darstellt, was anhand aktueller Dispute zu belegen sein wird, erscheint eine Aufarbeitung notwendig.

Diese Arbeit versucht grundsätzliche Überlegungen anzustellen, um die Entwicklung des Euthanasiebegriffes aus medizinischer, juristischer und ethischer Sicht nachzuzeichnen und die gegenwärtige Diskussion zu versachlichen. Ausgangspunkt ist der Versuch, das historische Wissen mit den Erfahrungen der Gegenwart zu verknüpfen.

1 Einleitung

1.1 Maßstäbe in Grundfragen des Lebensrechts

Die Diskussion zum Thema Euthanasie entwickelte sich in den vergangenen Jahren zu einem immer aktuelleren Themenkomplex. Fast täglich wird man durch die Medien informiert über den Verlauf eines aktuellen Falles, in dem aktive Sterbehilfe beantragt wird oder in dem eine Person ohne ihr Wissen „abgelebt“ wurde. Diese Entwicklung muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass sich in unserer Gesellschaft zwar ein schleichender, aber dennoch bemerkbarer Wertewandel vollzogen hat und weiter vollzieht. Dem Fortschritt der modernen Medizin ist es zu verdanken, dass der Tod häufig erst in einem hohen Alter eintritt. Dennoch ist man im Alter vielfach nicht gewillt, Leiden und Schmerzen zu ertragen, da unserer Gesellschaft „der Zugang zu Leid und Schmerz fehlt“¹. Dementsprechend gewinnt der Wunsch nach einem schmerzfreien Lebensende an Bedeutung². Verstärkt wird diese Anspruchshaltung durch die Ansichten der Menschen, dass es in der Verantwortung der Ärzte liegt, ob ein Tod qualvoll oder friedlich verläuft.

Des Weiteren ist eine zunehmende Verdrängung von Leiden, Sterben und Tod aus dem gesellschaftlichen Alltag festzustellen³: „Eine Auseinandersetzung mit Sterben und Tod findet kaum mehr statt“⁴. In einer Zeit, in der Leistungsfähigkeit und Gesundheit als Interessen Priorität haben und das individuelle Wohlergehen ausschlaggebend ist⁵, wird von den schwächer werdenden erwartet, dass sie anderen nicht zur Last fallen. Wir leben in einer Zeit, in der das Leben vorrangig nach seiner Qualität beurteilt wird

¹ SCHOLZ (2002), S. 117.

² Vgl. SCHOCKENHOFF (2000), S. 102.

³ Vgl. SCHOCKENHOFF (2000), S.101.

⁴ BAUMANN-HÖHLE/STREBEL (1999), S. 341.

⁵ Vgl. WILMS/KRAUS (2000), S. 115.

und nicht nach seinem Sinn. In Deutschland verbringen 90 Prozent der Sterbenden die letzte Zeit des Lebens in Kliniken und Pflegeheimen⁶. Ist dies mit der Forderung nach Selbstbestimmung und Autonomie vereinbar? Oder wird auf diese Weise versucht, die Konfrontation mit dem Leiden zu vermeiden⁷?

Wenn Umfragen in Deutschland belegen, dass ein hoher Prozentsatz sich für eine aktive Sterbehilfe ausspricht⁸, ist zu fragen, ob allen Befragten der Unterschied zwischen einer aktiven und passiven Sterbehilfe bewusst ist. Auch ist zu bedenken, dass sich die älteren Menschen in Heimen und Kliniken in dieser Frage kaum Gehör verschaffen können. In den Niederlanden bitten die Patienten die Ärzte nicht mehr nach ärztlicher Tötung, sondern fordern sie im Sinne eines Rechts ein⁹. Obwohl Deutschland in dieser Diskussion „seinen eigenen Weg finden muss“¹⁰, ist es notwendig eine patientenorientierte und keine politische Diskussion zu führen. Andererseits darf aber auch nicht vernachlässigt werden, dass eine *ars vivendi* einer *ars moriendi* zwingend vorausgeht.

2 Die historische Entwicklung der Euthanasie

2.1 Antike

Der Ursprung des Begriffes „Euthanasie“ wurzelt im antiken Griechenland. Bereits bei dem Dichter Kratinos (um 500 - 420 v. Chr.), dem Hauptvertreter der alten attischen Komödie, ist das Adverb „euthanatos“ nachzulesen¹¹. Als Substantiv findet man „Euthanasia“ zum ersten Mal

⁶ HEFTY (2001), S. 3.

⁷ Vgl. SCHOLZ (2002), S. 119.

⁸ http://www.ifd-allensbach.de/news/prd_0119.html (12/2003)

⁹ Vgl. KAMPHAUS (2003), S. 8.

¹⁰ HEFTY (2001), S. 3.

¹¹ Vgl. BENZEHÖFER (1999), S. 15.

bei Poseidippos (ca. 300 v. Chr.) in der Komödie „Myrmex“. Dort ist zu lesen: „Von dem, was von den Göttern ein Mensch zu erlangen fleht, wünscht er nichts Besseres als den guten Tod“¹². Nichtsdestoweniger tritt der Begriff „Euthanasie“ zu dieser Zeit selten auf, stets jedoch mit positiver Konnotation.

Seit dem 3. Jahrhundert v. Chr. ließen griechische Ärzte, die nach Rom übersiedelten, ihre Fachsprache in den lateinischen Sprachgebrauch einfließen. Die griechische Tradition lebte weiter, da die Römer keine nennenswerten Neuerungen auf dem Gebiet der Medizin aufzuweisen hatten. Zwar mussten sich die griechischen Ärzte, die zuerst als Sklaven nach Rom kamen, erst etablieren. Dennoch gelang es ihnen vielfach, sowohl ihren Stand zu erhalten, als auch den Kenntnisstand über Anatomie und Physiologie voranzutreiben.

Die Vermischung griechischer Fremdworte mit der lateinischen Sprache veränderte die Bedeutung der Euthanasie nicht. Auch im römischen Bereich verband man Euthanasie nicht mit dem Gedanken der Hilfe zum Sterben, sondern mit der des „*felici vel honesta morte mori*“¹³.

Für diese Zeit ist es wichtig zu wissen, dass sowohl die Selbsttötung bei Lebensmüdigkeit (*taedium vitae*) als auch die Hilfe zum Tod nicht unbedingt als verwerflich angesehen wurden. Sokrates (ca. 469 - 399 v. Chr.) empfand sein Leben als ein dem Tod Entgegengehen. Für ihn bestand Euthanasie in einer individuellen Vorbereitung auf den Tod nach einer vernünftigen Lebensführung. „... wenn sie zwar ihr ganzes Leben hindurch sich um nichts anderes bemühen als um dieses, wenn es nun aber selbst käme, dann unwillig sein über das, wonach sie lange gestrebt und sich

¹² POTTHOFF (1982), S. 15.

¹³ Übersetzung: „eines glücklichen und würdigen Todes sterben“

bemüht haben¹⁴. Dessen Schüler Platon warb sogar sowohl für eine passive als auch aktive Euthanasie, indem er in seiner Politeia bekannt gab: „... die gutgeartet sind an Leib und Seele, pflegen mögen, die es aber nicht sind (...) sterben lassen, die aber der Seele nach böseartig und heilbar sind, selbst umbringen lassen“¹⁵. Eine Weiterführung der Grundidee Platons lässt sich bei den Stoikern wiederfinden. Die ethische Forderung der Stoa lautet: „in der Übereinstimmung mit der Natur leben!“¹⁶ Im Sinne der Euthanasie zielt diese Strömung auf ein sittliches Handeln ab, so dass bei physischen und psychischen Leiden, dem Leben ein Ende gesetzt werden möge, um das Allgemeinwohl zu fördern, sobald ein vernunftgemäßes Bewusstsein nicht mehr vorhanden ist. Als Beleg dafür sei Seneca (4 v. Chr. - 65 n. Chr.) angeführt, der, um die höchste Tugend, die Treue gegen sich selbst zu bewahren, sein Leben mittels Gift beendet.

2.2 Mittelalter

Eine Erweiterung des Euthanasiebegriffes bringt der Eintritt ins Mittelalter mit sich. Die christlichen Prinzipien wie *Misericordia* und *Caritas* in Kombination mit der Auffassung, dass das Leben von Gott stamme und ein Eingriff in dieses Geschenk keinem Sterblichen zustehe, führten dazu, dass Euthanasie als Sünde deklariert wurde¹⁷. Bis ins 20. Jahrhundert stellte die Verweigerung eines „christlichen Begräbnisses“ die Strafe für einen Selbstmörder dar¹⁸. Sogar Behinderung, Krankheit oder Tod wurden nach christlicher Überzeugung als gottgewollte Prüfung und das geduldige Ertragen als Buße für die irdischen Sünden angesehen. Thomas von Aquin vertrat die Auffassung, wer sich selbst das Leben nehme, sündige gegen Gott. Er schrieb in seiner „*summa theologica*“ (1265 - 73) die Verbots-

¹⁴ PLATON (1958), S. 17.

¹⁵ PLATON (1974), S. 253.

¹⁶ SCHISCHKOFF (1961), S. 559.

¹⁷ Vgl. ENGELHARDT (1993), S. 18.

¹⁸ Vgl. EID (1975), S. 52.

gründe gegen die Selbsttötung nieder. „Sie verstößt gegen die gebotene Selbstliebe, gegen die Gesellschaft, gegen das allein Gott vorbehaltene Verfügungsrecht über das menschliche Leben“¹⁹.

2.3 Renaissance und Humanismus

Mit dem Beginn der Renaissance gewannen die Ansichten der Antike wieder an Bedeutung; vor allem der Stoizismus wurde wieder aufgegriffen. Für die Euthanasie sprach sich Thomas Morus (1478 - 1535) in seiner „Utopia“ (1516) aus: „Sogar unheilbar Kranken erleichtern sie ihr Los, indem sie sich zu ihnen setzen, ihnen Trost spenden und überhaupt alle möglichen Erleichterungen schaffen“²⁰. Er beschrieb als einer der wenigen seiner Zeit die aktive Euthanasie, die jedoch nur mit dem Willen des Patienten praktiziert werden dürfe. Diese entscheidende Bedingung der Selbstbestimmung nahm auch Francis Bacon (1561 - 1626) auf: „Gegen seinen Willen töten sie niemanden, und sie pflegen ihn deshalb auch nicht weniger sorgfältig“²¹. Die Ärzte der Renaissance wie auch der Folgezeit konnten sich zumeist mit den Ideen von Morus und Bacon nicht identifizieren und lehnten eine aktive Euthanasie als Tötung ab. Sie forderten seelischen Beistand in der Sterbephase und rechtfertigten passive Euthanasie als Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Christoph Wilhelm Hufeland (1762 - 1836) wollte den Staat vor dem unbeherrschbaren Arzt schützen, indem er forderte, „der Arzt darf nichts anderes tun, als Leben erhalten“²². Er setzte Religion und Moral über eigene Gedankengänge und verbot folglich jegliche aktive Euthanasie.

¹⁹ Vgl. EID (1975), S. 17.

²⁰ Vgl. MORUS (1991), S. 81.

²¹ FREWER/EICKHOFF (2000), S. 32.

²² HUFELAND (1806), S. 14.

2.4 19. und 20. Jahrhundert

Im Verlauf des 19. und 20. Jahrhunderts kommen aufgrund diverser materieller und ideeller Strömungen neue Einstellungen auf. An der Grundposition, die eine gezielte Lebensverkürzung ablehnt, wird zwar festgehalten, dennoch bleiben Sozialdarwinismus und Eugenik²³ nicht ohne Auswirkungen. Die Freigabe der „Vernichtung unwerten Lebens“²⁴ und die „Ausscheidung der Schwachen“²⁵ fand unter einflussreichen deutschen Autoren Zustimmung. Genannt seien Haeckel und Ploetz, die positiv einer Legitimation derartiger „Ausscheidung“ gegenüber standen²⁶. Der durch Charles Darwin ins Gespräch gebrachte Darwinismus mit der Kernthese einer „natürlichen Selektion“ nahm zuerst keinen Bezug auf den Menschen. Erst 1871 erschien „The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex“²⁷, welches u. a. die „künstliche Zuchtwahl“ beim Menschen behandelt. Darwin rief selbst nie zur „Vernichtung unwerten Lebens“ auf, dennoch lieferte er durch seine Ausführungen grundlegende Argumente. Ein entscheidender Anhänger dieser Theorie, Ernst Haeckel, propagierte die Anwendung von Darwins Ideen nicht nur auf den biologischen, sondern auch auf den kulturell-sozialen Bereich und bezeichnete dies als „Einheitstheorie“ des Lebens. Sozialdarwinismus und Eugenik hängen stark zusammen. Eugenik bezeichnet die Verbesserung des Erbgutes. Man unterschied eine positive, eine Aufartung der Rasse durch Fortpflanzung besonders wertvoller Menschen, von einer negativen Eugenik, welche das Ausmerzen erbkranker Menschen im Sinne hatte. Dafür setzte sich Alfred Ploetz ein, der es als obligat ansah, schwache bzw. missgebildete Kinder zu töten, um einen „idealen Rassenprozess“ zu erreichen²⁸. Er prägte so

²³ Übersetzung: gr. wohlgeboren; Erbpflege

²⁴ BENZENHÖFER (1999), S. 77.

²⁵ BENZENHÖFER (1999), S. 77.

²⁶ Vgl. EID (1975), S. 77.

²⁷ Übersetzung: „Die Abstammung des Menschen und die geschlechtliche Zuchtwahl“

²⁸ Vgl. EID (1975), S. 85.

den Begriff der „Rassenhygiene“. Die Tendenz, die Gesellschaft vor „Schwachen“ zu schützen, ebnete der „NS-Euthanasie“ den Weg. Das Thema „Vernichtung unwerten Lebens“ beschäftigte auch Karl Binding, Jurist, und Alfred Hoche, Psychiater. Sie gaben im Jahre 1920 eine Publikation mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens“ heraus. Darin postulierten sie die „Erlösung unrettbar Verlorener“, die als Folge einer Krankheit „unheilbar Blödsinnigen“ und die geistig gesunden Persönlichkeiten, die durch ein Ereignis bewusstlos geworden sind und nach dem Erwachen ein „namenloses Elend“ wären²⁹. Diese radikalen Überlegungen der „Ausscheidung parasitenhafter Existenzen“³⁰ fanden einige Befürworter. Die Mehrheit der deutschen Ärzte wandte sich indes gegen die „Vernichtung unwerten Lebens“. In diesem Sinne erhob Dr. Eugen Wauschkuhn 1922 die Frage, „... wie lange unsere Menschheitsbeglückter ihre Hinrichtungen mit ärztlichem Henker nur auf Geisteskranke beschränken werden?“³¹. Auch auf dem „Deutschen Ärztetag“ 1921 wurde der Antrag zur „gesetzlichen Freigabe“ der „Vernichtung unwerten Lebens“ nahezu einstimmig abgelehnt³². In der gesamten Zeit der Weimarer Republik gab es diesbezüglich trotz heftiger Diskussionen keine Gesetzesänderungen. Erst mit dem Übergang in das Dritte Reich wurden die entsprechenden Theorien in die Praxis umgesetzt.

2.5 Drittes Reich

Das Töten von Menschen, die nach Kriterien der Nützlichkeit im Dritten Reich in „wert“ oder „unwert“ eingeteilt wurden, wurde alltäglich. Es gab keine gesetzliche Grundlage für diese Handhabung. Hitler fand die Legitimation für das Handeln in den vorausgegangenen „wissenschaftlichen“

²⁹ Vgl. BINDING/HOCHE (1920), S. 29 – 32.

³⁰ Vgl. SCHMUHL (1992), S. 119.

³¹ WAUSCHKUHN (1922/23), S. 217.

³² Vgl. SCHMUHL (1992), S. 122.

Veröffentlichungen vor. Animiert durch die Lektüre besagter Publikationen schrieb er: „...wenn die Kraft zum Kampfe um die eigene Gesundheit nicht mehr vorhanden ist, endet das Recht zum Leben in dieser Welt des Kampfes“³³. Aufgrund massiven Drucks der katholischen und evangelischen Kirche³⁴ kam es am 24. August 1941 zum offiziellen Abbruch der euphemistisch mit „T4“ bezeichneten Tötungsaktionen. Bis dahin waren auf diesem Weg 70 000 Menschen gestorben. Bis Kriegsende kam noch eine erhebliche Anzahl von Opfern dazu, da inoffiziell die „wilde Euthanasie“ weiter praktiziert wurde³⁵. Zu unterscheiden ist während der NS-Zeit zwischen Kindereuthanasie und Euthanasie bei Erwachsenen. Mit ersterer befasste sich die Kanzlei des Führers ab Mitte 1939. Auf Grund des Falles „Kind K.“ wurde mit dem Programm der Kindereuthanasie begonnen³⁶. „Kind K.“ war ein schwerbehindertes Neugeborenes, welches laut Prof. Werner Catel, dem Leiter der Universitätsklinik Leipzig, niemals normal geworden wäre, und nach der Zustimmung Hitlers zum „Gnadentod“ von Prof. Catel „eingeschläfert“ wurde³⁷. Hitler erließ eine Ermächtigung, in ähnlichen Fällen ebenso zu verfahren. Ab dem 18.08.1939 waren alle Hebammen und leitenden Ärzte von Entbindungsanstalten und geburtshilflichen Abteilungen verpflichtet, „missgestaltete Neugeborene“, sowie „missgestaltete“ Kleinkinder bis zum vollendeten 3. Lebensjahr den zuständigen Gesundheitsämtern zu nennen³⁸. Die Meldungen sollten „zur Klärung wissenschaftlicher Fragen auf dem Gebiet der angeborenen Missbildung und der geistigen Unterentwicklung“³⁹ dienen. Die dem Kindesalter entwachsenen Geisteskranken wurden durch die „Erwachseneneuthanasie“ mit erfasst. Es wurden „Experten“ eingeschaltet, die sich zur Mitarbeit bereit erklärten, darunter auch Prof. Werner

³³ HITLER (1937), S. 282.

³⁴ Vgl. ENGELHARDT (1993), S. 22.

³⁵ Ebenda

³⁶ Vgl. FREWER/EICKHOFF (2000), S. 144.

³⁷ Vgl. BENZENHÖFER (1999), S. 116.

³⁸ Vgl. KLEE (1983), S. 80.

³⁹ Ebenda

Heyde (1902 - 1964), der ab 1939 Ordinarius für Psychiatrie und Nervenheilkunde an der Universität Würzburg war⁴⁰. Die „Euthanasiezentrale“ wurde in Berlin ausgebaut. Um diese zu tarnen, erhielt die „Erwachseneneuthanasie“ den Namen „T4“ (Tiergartenstraße 4)⁴¹. Aus Tarnungsgründen wurden die Patienten zuerst in sogenannte Zwischenanstalten gebracht und erst danach in die Vernichtungszentren. Besonders hervorzuheben ist die Protestaktion von Prof. Dr. Ewald⁴², welcher versuchte, seine Patienten an der Universität Göttingen zu schützen und von den Transporten in Vernichtungszentren zurückzustellen⁴³. Nichtsdestoweniger wurden insgesamt „70 000 geistig und körperlich Behinderte“⁴⁴ von Ärzten umgebracht“. Man geht davon aus, dass sich im Laufe der Aktionen der Widerstand in der Bevölkerung ausbreitete, bis Hitler im Jahr 1941 den mündlichen Befehl gab, „T4“ zu stoppen⁴⁵.

Nach dem starken Bedeutungswandel des Euthanasiebegriffes und dessen missbräuchlicher Bezeichnung im Dritten Reich verstummte nach 1945 die Euthanasiediskussion. Dennoch bestand in der Nachkriegszeit die Möglichkeit, sofern man wollte, sich anhand von Publikationen zu informieren⁴⁶. Herausgegriffen seien Publikationen zu den „Nürnberger Ärzteprozessen“, wie „Das Diktat der Menschenverachtung“, erschienen 1947, von Alexander Mitscherlich und dem Medizinstudenten Fred Mielke, welche beide als Mitglieder der deutschen „Ärztekommission“ den Prozess beobachteten und eine reale Kranken- und Behindertentötung niederschrieben. Auch „Die Tötung Geisteskranker in Deutschland“ von Platen Hallermund, welche ebenfalls den Ärzteprozessen als „Kommissionsmitglied“ beiwohnte, informierte ab 1948 die Bevölkerung über die Verfah-

⁴⁰ Vgl. GODAU-SCHÜTTKE (1998), S. 10.

⁴¹ Vgl. BENZENHÖFER (1999), S. 121.

⁴² Vgl. FREWER/EICKHOFF (2000), S. 187.

⁴³ Ebenda

⁴⁴ TOELLNER (1996), S.10.

⁴⁵ Vgl. MITSCHERLICH/MIELKE (1993), S. 201 ff.

⁴⁶ Vgl. BENZENHÖFER (1999), S. 131.

rensweise in der NS-Zeit. Gemessen an der Zahl der an der Euthanasie im „Dritten Reich“ Beteiligten wurden in Nürnberg nur wenige Ärzte angeklagt⁴⁷. Das Verfahren gegen Werner Heyde, den Hauptverantwortlichen für die Erwachsenen euthanasie, darf nicht unerwähnt bleiben. Er entfloh 1947 aus der Untersuchungshaft, nahm eine neue Identität an und wurde erst 1959 in Kiel als Dr. Sawade festgenommen⁴⁸. Nur wenige Tage vor Beginn seines Prozesses im Februar 1964, entzog er sich den Verhandlungen durch Selbstmord. Die Ärzte, die in den „Nürnberger Prozessen“ nicht verurteilt wurden, praktizierten und lehrten weiter⁴⁹. Die überlebenden und entwürdigten Opfer fanden keine Anerkennung als Verfolgte des Nationalsozialismus.

Der Prozess der Schuldverdrängung führte in der Nachkriegszeit zu einer vorübergehenden Ausblendung des Themas aus dem gesellschaftlichen Alltag⁵⁰.

2.6 Nachkriegsära

In den 50er und 60er Jahren kam es durch die Entwicklungen in der Intensivmedizin zu einer neuen Diskussion um die „Euthanasie“. Durch die verbesserten intensivmedizinischen Möglichkeiten wurde eine Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen möglich, die teilweise weit hinter der natürlichen Lebensgrenze lagen⁵¹. Diese Problematik warf die Frage auf, inwieweit „Euthanasie“ zulässig sei und ab wann man von „Tötung“ sprechen müsse. Papst Pius XII. lehnte eine Euthanasie im Sinne einer direkten Tötung strikt ab, gestand jedoch den Ärzten zu, dass Wiederbele-

⁴⁷ Vgl. MITSCHERLICH/MIELKE (1993), S. 281/282.

⁴⁸ Vgl. GODAU-SCHÜTTKE (1998), S. 10.

⁴⁹ Vgl. FREWER/EICKHOFF (2000), S. 238.

⁵⁰ Vgl. EID (1975), S. 21.

⁵¹ Vgl. BENZENHÖFER (1999), S. 135/136.

bungsmaßnahmen nicht durchgeführt werden müssten, wenn die Wiederherstellung der Lebensfähigkeit nicht gewährleistet sei⁵².

Für eine aktive Sterbehilfe wurde zu Beginn der 70er Jahre plädiert. Auslöser war der Strafprozess gegen Geertruida Postma-van Boven, eine Ärztin, die bei ihrer eigenen Mutter nach mehrmaligem Verlangen durch eine tödliche Dosis Morphinum Sterbehilfe leistete. Diese Situation entsprach dem klassischen Fall von Tötung auf Verlangen⁵³. Deutsche Journalisten sympathisierten bei der Berichterstattung mit diesem Fall und bemühten sich, eine „neue Euthanasiedebatte“ ins Leben zu rufen. Sogar Zitate wie „Töten Sie mich, sonst sind Sie mein Mörder“ von Kafka wurden als Titel für Zeitungsartikel missbraucht. Im September 1974 wurde im Bundestag angefragt, ob eine Änderung der bestehenden Gesetze für notwendig erachtet werde. Die Anfrage wurde negiert. Zu dieser Zeit galt es als nicht strafbar, dem Leidenden ein schmerzlinderndes Mittel zu verabreichen. Die Gabe einer Überdosis eines Medikamentes jedoch, welche den Tod herbeiführt, galt als Tötungsdelikt und war somit strafbar⁵⁴. Während der 80er Jahre hatte diese Auffassung Bestand. Erst mit der sogenannten „Singer-Affäre“ nahm die Euthanasiediskussion ein anderes Bild an. Der australische Philosoph Peter Singer wurde als Redner zu einem Symposium von einigen Behindertenverbänden eingeladen. Peter Singer sollte seine Thesen in Bezug auf die Legitimierbarkeit von Lebensbeendung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen darlegen⁵⁵. Der Vortrag entfiel aufgrund heftigen Protests verschiedener Gruppen. Auch im weiteren Verlauf wurde Peter Singer in Deutschland vielfach das Wort nicht erteilt. Diese Situation verschärfte die Euthanasiediskussion und zog eine Vielzahl von Publikationen nach sich. Aber auch Themen wie Palliativmedizin und

⁵² Vgl. PAPST PIUS XII. (1957), S. 228 – 230.

⁵³ Vgl. BENZENTHÖFER (1999), S. 138.

⁵⁴ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (1993), S. B - 1791 f.

⁵⁵ Vgl. FREWER, EICKHOFF (2000), S. 240.

Hospizbewegung erfuhren im Zuge des medizinischen Fortschritts neue Beachtung⁵⁶.

Der Diskussionsbedarf in Deutschland steigt weiter, vor allem auch unter dem medizinischen Personal: Schwerstkranke sind in den Krankenhäusern in zunehmender Zahl vertreten. Damit wird zugleich der Ruf nach Sterbehilfe lauter. Eine empirische Studie aus dem Jahre 1996 belegt, dass „deutsche Ärztinnen und Ärzte dem Wunsche nach aktiver Sterbehilfe alle 2 Jahre begegnen, Onkologen etwa einmal pro Jahr“⁵⁷. Am Beginn des neuen Jahrtausends besteht die Dringlichkeit einer offenen Diskussion über notwendige Grenzen von Therapie und Sterbehilfe, ohne dass man sich hinter gesellschaftlichen Tabus, die weder den betroffenen Patienten noch den behandelten Ärztinnen und Ärzten weiterhelfen, verstecken kann.

3 Handhabung in der Bundesrepublik Deutschland

3.1 Die Sterbehilfe in medizinischer Sicht

3.1.1 Die Palliativtherapie

3.1.1.1 Der medizinisch-technische Fortschritt

Die Gesellschaft des 21. Jahrhunderts kann einerseits auf eine fortschrittliche Medizin, vor allem im Bereich der Intensivbehandlung, zurückgreifen. Andererseits sind die Probleme nicht zu übersehen, welche die aktuellen demographischen Gegebenheiten mit sich bringen: Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht eine ansteigende Lebenserwartung: „Man denke nur an die Zunahme der Lebenserwartung von durchschnittlich 45 Jahren um 1900 auf mehr als 75 Jahre in der Gegenwart“⁵⁸. Aktu-

⁵⁶ Vgl. FREWER/EICKHOFF (2000), S. 240/241.

⁵⁷ Vgl. FREWER/EICKHOFF (2000), S. 245.

⁵⁸ <http://www.das-parlament.de/2001/36/beilage/005p.pdf> (12/2003)

ell können die Menschen mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 79,5 Jahren für Männer und 83,7 Jahre für Frauen⁵⁹ rechnen. Dennoch bleibt zu unterscheiden, was die Medizin kann und was sie darf. Das erste ist eine Frage des Fortschritts und der klinisch-technischen Fertigkeiten, das zweite bezieht unser Ethik- und Rechtsverständnis mit ein⁶⁰. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mediziner im Arbeitsalltag mit Tod und Sterben konfrontiert wird, ist sehr hoch. Dennoch gehört die Entscheidung eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen zu den mitunter schwierigsten Aufgaben eines Arztes⁶¹. In dieser Situation eine Entscheidung zu fällen, welche den Übergang in aktives palliativmedizinische Handeln nach sich zieht, ist kein einfacher Schritt. Gleichwohl stellt die Verbesserung der Lebensqualität durch palliative Maßnahmen eine wichtige therapeutische Option dar⁶².

3.1.1.2 Die Entwicklung der Palliativmedizin

Die Palliativmedizin integriert traditionelle Aufgaben aus Zeiten vor einer kurativen Versorgungsmöglichkeit und aktuelle Erkenntnisse des Fortschritts in Medizin und Technik⁶³. Auf Grund der gesellschaftlichen Veränderungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde „der Sterbende“ aus dem gesellschaftlichen Alltag verdrängt. Erst zu Beginn der 60er Jahre wurde die Palliativmedizin in Anlehnung an die Entwicklungen in England und den USA auch in Deutschland umzusetzen versucht⁶⁴. Die aufkommende Diskussion über die Legalisierung der aktiven Euthanasie rückte die Palliativmedizin verstärkt in unser Blickfeld. Seit 1994 existiert die „Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin“, die folgende Definition herausgab: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer

⁵⁹ <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p3030022.htm> (12/2003)

⁶⁰ Vgl. EIGLER (1997), S. 157 – 168.

⁶¹ Vgl. WEHKAMP (2002), S.231.

⁶² Vgl. CSEF (1997), S. 1015.

⁶³ Vgl. KLASCHIK/OSTGATHE/NAUCK (2001), S. 71.

⁶⁴ Vgl. SABATOWSKI et al (2000), S. 41.

nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“

3.1.1.3 Die Palliativmedizin sichert relative Lebensqualität

Anhand dieser Definition ist zu erkennen, dass die alleinige Schmerzbekämpfung durch Gabe von Analgetika oder im Verlauf der Krankheit höher potenter Schmerzmittel nicht ausreichend ist. Vielmehr ist der Mensch als Gesamtheit zu betrachten. Dies bedeutet nicht nur die Behandlung der begleitenden Krankheitssymptome neben der Grunderkrankung, sondern auch die Einbeziehung physischer, psychischer sowie sozialer Betrachtungsweisen. Stets sollte die Lebensqualität des zu Behandelnden vor der Lebensverlängerung stehen: „Unter Lebensqualität wird ein multidimensionales Konstrukt verstanden, das die subjektiven Beschwerden seelischen, körperlichen und sozialen Erlebens enthält, bezogen auf einen gewissen Zeitraum“⁶⁵. Die Linderung des Leidens eines Sterbenden zählt zu den vorrangigen Aufgaben des Arztes. Anhand einer Befragung im Rahmen einer Doktorarbeit an der Universität Würzburg (1998) gaben „15 % an, die lebensverkürzende Wirkung in Kauf zu nehmen, sie aber nicht als ihre Absicht zu sehen und 23 % wählen eine Dosis, die so hoch als nötig und zugleich so niedrige wie möglich ist“⁶⁶. Diese Aussagen führen zu der Frage, ob die Verbreitung einer ausreichenden Schmerztherapie gewährleistet ist. Als Anhaltspunkt dient vor allem bei Tumorpatienten das Stufenschema der WHO. Die Befürchtung der Abhängigkeit bei Anwendung von hochpotenten Opioiden ist bei einem Tumorpatienten in der terminalen Phase nicht ausschlaggebend. Eine kompetente Schmerztherapie unter Kontrolle der Symptome ist durch die Palliativmedizin größtenteils möglich. Jedoch stellt eine ungenügende Symptomkontrolle der Patienten mit

⁶⁵ WILMS (1992), S. 141.

⁶⁶ HEINDL (1996), S. 142.

einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung, welche nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht, eine große Herausforderung für die Palliativmedizin dar⁶⁷. Um hierbei eine ausreichende Linderung zu erreichen, ist ein alternatives Vorgehen durch die terminale Sedierung zu erwägen. Dies bedeutet eine Behandlung des leidenden Patienten mit Hilfe von sedierenden und anxiolytischen Medikamenten ohne zeitliche Beschränkung bis zu seinem Tod⁶⁸. Dadurch wird bis zu der Ausschaltung des Schmerzempfindens das Bewusstsein des Patient reduziert. Um auch hierbei die Selbstbestimmung des Patienten zu wahren, wird eine umfassende Aufklärung durch den behandelnden Arzt vorausgesetzt, welche im optimalen Fall die Einbeziehung des Pflegepersonals und der Angehörigen als wünschenswert erachtet. Grundlegend notwendig für Müller-Busch sind „Richtlinien zu Indikation, Technik und Dokumentation“, um sowohl den „Stellenwert“ als auch die „Grenzen der terminalen Sedierung im Rahmen der palliativen Betreuung am Lebensende zu verdeutlichen und durch Transparenz Fehlentwicklungen zu vermeiden“⁶⁹.

3.1.1.4 Die adäquate Kommunikation mit dem Moribunden

Als Ziel des Heilauftrages soll ein bewusstes Leben während der verbleibenden Zeit oberstes Kriterium sein, immer mit der Erkenntnis, dass der nahe Tod eine stets präsente Realität des Lebens ist⁷⁰. Eine weitere Herausforderung stellt eine adäquate Kommunikation mit dem Sterbenden dar - eine Problematik, die in Situationen der Aussichtslosigkeit nicht nur von Seiten der Ärzte, sondern auch von Seiten der Angehörigen nur schwer lösbar erscheint. Dennoch belegen einige Studien⁷¹, dass der Patient „offene und wahrhafte Gespräche“⁷² erwartet. Diejenigen, die selbst das

⁶⁷ Vgl. BECK (2004), S. 334.

⁶⁸ Vgl. BECK (2004), S. 336.

⁶⁹ Vgl. MÜLLER-BUSCH (2004), S. 371.

⁷⁰ VIEFHUES (1990), S. 17.

⁷¹ Vgl. KLASCHIK/HUSEBÖ. (1997), S. 177 - 185.

⁷² KLASCHIK/OSTGATHE/NAUCK (2001), S. 73.

Problem des Sterbens dauernd verdrängen, werden es schwer haben, mit dem unheilbar Kranken über den Tod zu reden⁷³. Um offene Gespräche mit dem Sterbenden zu gewährleisten, ist eine verantwortungsbewusste Ehrlichkeit der Ärzte gefragt. Ebenso bedarf es Angehöriger, die dies akzeptieren und die Ärzte in ihrer Aufgabe unterstützen. Nur durch einen kontinuierlichen Dialog kann Vertrauen entstehen; nur so erschließt sich dem Gesprächspartner die individuelle Persönlichkeit des Sterbenden. Durch die Auseinandersetzung mit dem Patienten ist es dem Arzt möglich, ein Gespür zu entwickeln, inwieweit das Gegenüber bereit ist, die Wahrheit zu verarbeiten. Hierzu stellt Hepp fest: „Eine heroische Aufklärung ist ebenso wenig ethisches Verhalten wie das bewusste Verpassen, das Entziehen der persönlichen Zuwendung, welche das Sprechen über den Tod einschließt“⁷⁴.

3.1.1.5 Die soziale Geborgenheit durch Angehörige und Begleiter

Das Gelingen im Sinne der Lebensqualitätsverbesserung ist von einem weiteren Faktor abhängig: einem angenehmen sozialen Umfeld, das Geborgenheit vermittelt. Obwohl eine Versorgung zu Hause möglich wäre, werden noch viele Patienten zum Sterben in die Klinik gebracht. Ein Sterben im Kreise der Familie ist selten geworden⁷⁵. So sterben 70 % aller Tumorkranken⁷⁶ und etwa drei Viertel aller Bundesbürger⁷⁷ in Krankenhäusern. Neben einer Palliativstation ist es über ambulante Palliativdienste möglich, den Sterbenden zuhause zu betreuen. Aktuelle Untersuchungen zufolge wäre es möglich, 42 % bis 86 % der Moribunden gut versorgt zu Hause sterben zu lassen⁷⁸. Die Sterbenden, die auf Palliativstationen das Ende ihres Lebens erwarten, können durch die Einbeziehung der Angehö-

⁷³ Vgl. WILMS (1992), S. 153.

⁷⁴ HEPP (1992), S. 153.

⁷⁵ Vgl. WIESING (2000), S. 209.

⁷⁶ KLASCHIK/OSTGATHE/NAUCK (2001), S. 73.

⁷⁷ Vgl. BIRNBACHER (2005), S. 31.

⁷⁸ KLASCHIK/OSTGATHE/NAUCK (2001), S. 73.

rigen ihren „eigenen Tod“ sterben. Die Zuwendung und Anwesenheit, die der Sterbende erwartet und erhofft, kann ihm verstärkt durch die Betreuung der Familienmitglieder gegeben werden. Denn der Tod ist nicht allein ein medizinisches, sondern auch ein familiäres Ereignis⁷⁹. Durch eine intensive psychosoziale Unterstützung der Angehörigen kann dem Sterbenden eine individuelle und intensive Betreuung zukommen, die das medizinische Personal alleine nicht gewährleisten könnte. Als weitere hilfreiche Begleiter dienen auf Palliativstationen Seelsorger, Sozialarbeiter, Psychologen und Physiotherapeuten; sie alle können helfen, psychosoziale oder seelische Krisen abzufangen⁸⁰. Nicht alle Probleme eines Todgeweihten sind lösbar; manchen Patienten ist jedoch bereits durch das Ernstnehmen und Verbalisieren ihrer Sorgen und Nöte geholfen. Gefordert wird die Bereitschaft, sich sowohl auf den Patienten als auch auf dessen Probleme einzulassen. Die Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass die Palliativmedizin dem Patienten in seiner letzten Lebensphase Geborgenheit und Hilfe bietet und neue Maßstäbe in der Betreuung und Versorgung Schwerstkranker gesetzt hat⁸¹. Palliativstationen sind häufig Orte des Friedens, des Vertrauens, der Ehrlichkeit und des Angenommenseins, an denen das Begehren nach aktiver Sterbehilfe verstummt. Csef fordert, diese Tatsache bei der Diskussion zur aktiven Sterbehilfe genügend zu gewichten⁸².

3.1.2 Die passive Sterbehilfe

3.1.2.1 Die Therapiebegrenzung

Passive Euthanasie oder auch passive Sterbehilfe bezeichnet das Sterbenlassen eines Patienten durch den Verzicht auf technisch mögliche Lebens-

⁷⁹ Vgl. BAUMANN-HÖHLE/STREBEL (1999), S. 341.

⁸⁰ KLASCHIK/OSTGATHE/NAUCK (2001), S. 73.

⁸¹ Vgl. KLASCHIK/NAUCK (1993), S. 3226 – 3230.

⁸² Vgl. CSEF (1997), S. 1015.

und Leidensverlängerung⁸³. Dies bedeutet, dass bei fortgeschrittenen Erkrankungen mit infauster Prognose keine lebensverlängernden Maßnahmen angewandt werden. Darunter fallen *Remedia extraordinaria* („Außergewöhnliche Mittel“), die intensivmedizinischen Verfahren zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen, insbesondere Reanimation und apparative Dauerbeatmung, aber auch die parenterale Ernährung. Des ungeachtet ist eine Versorgung und Betreuung des Sterbenden von ärztlicher und pflegerischer Seite bis zu seinem Tod obligat, was sowohl eine Durchführung der hygienischen Maßnahmen, als auch eine ausreichende Ernährung und Flüssigkeitszufuhr auf natürlichem Wege einschließt⁸⁴. Eine medizinische Indikation für eine Ernährungssonde ist in diesem Stadium nicht mehr gegeben, da es keinen tatsächlichen Nutzen für den zu Behandelnden, d. h. keine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten, mit sich bringt. Wedler sieht eine medizinische Indikation dann gegeben, „wenn eine natürliche Ernährung nicht mehr gewährleistet ist und dadurch Leben und Gesundheit bedroht sind“⁸⁵. Auch Simon führt die Sicherung des Überlebens, sowie die Verbesserung der Lebensqualität als Behandlungsziel an⁸⁶. Somit dient eine Ernährungssonde der Unterstützung einer kurativen Therapie und kann bei einer palliativen Situation zwar eine Lebensverlängerung bewirken, jedoch ist hierbei eine Verbesserung der Lebensqualität in Frage zu stellen⁸⁷. Dennoch werde ohne nach dem Wunsch und dem Einverständnis des Patienten zu fragen, Sonden zur künstlichen Ernährung gelegt⁸⁸. Wie bereits in der Palliativmedizin angesprochen, kann eine kompetente Schmerztherapie in der terminalen Phase eines Patienten zur Linderung der Beschwerden führen. Gleichzeitig kann diese Therapie eine Verkürzung des Lebens bewirken,

⁸³ Vgl. WUNDERLI (1974), S. 24.

⁸⁴ Vgl. FRITSCH (2000), S. 39.

⁸⁵ WEDLER (2004), S. 211.

⁸⁶ Vgl. SIMON (2004), S. 223.

⁸⁷ Vgl. WEDLER (2004), S. 212/213.

⁸⁸ Vgl. ANKERMANN (2004), S. 57.

sei sie auch noch so minimal. Bereits Papst Pius XII. erklärte: „Wenn die Verabreichung narkotischer Mittel von selbst zwei verschiedene Wirkungen hervorruft, einerseits die Linderung der Schmerzen und andererseits die Verkürzung der Lebensdauer, so ist sie erlaubt....“⁸⁹.

Eine Studie in der „Zeitschrift für Palliativmedizin“ aus dem Jahr 2001 zeigte, dass „75 % der Ärzte Schwierigkeiten bei der Entscheidung für oder gegen eine Therapiebegrenzung“ haben. Eine Pauschalisierung ist zu keinem Zeitpunkt angezeigt. Jeder Einzelfall muss konkret geprüft werden. Platzeck fordert eine individuelle Entscheidung des Arztes für jeden Einzelfall, wobei „ökonomisches Interesse bei der pflegerischen und ärztlichen Behandlung eines Menschen keine Rolle spielen darf“⁹⁰.

Sobald der Patient an einer aussichtslosen Grunderkrankung leidet - ebenfalls kritisch zu bewerten ist eine irreversible Bewusstlosigkeit - und der unvermeidliche Sterbevorgang lediglich verlängert wird, sollten lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben. Denn „das Verhindern von Sterben kann auch eine unselige Verlängerung des Leidens und ein Weiterleben unter Bedingungen herbeiführen, die dem Patienten nur noch ein Dahinvegetieren erlauben“⁹¹. Deshalb sieht Zimmermann-Acklin gewisse Überlegungen zur Lebensqualität des betroffenen Menschen als Grundlage einer Entscheidung über einen Abbruch oder Verzicht auf therapeutische Maßnahmen an⁹². Wehkamp fordert, dass dem Verzicht auf eine lebenserhaltende Therapie die Einschätzung vorausgehen muss, dass dem Patienten mit medizinischen Maßnahmen nicht gedient werden und somit keine ernsthafte Lebensverlängerung erreicht werden kann⁹³.

⁸⁹ PAPIST PIUS XII. (1958), S. 241 – 244.

⁹⁰ PLATZEK (2000), S. 457/458.

⁹¹ ANKERMANN (2004), S. 19.

⁹² Vgl. ZIMMERMANN-ACKLIN (1999), S. 371.

⁹³ Vgl. WEHKAMP (2002), S. 220.

3.1.2.2 Die Wirksamkeit der Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor, die von dem behandelnden Hausarzt gegengezeichnet ist, kann der Arzt schneller eine Entscheidung treffen, da er vom mutmaßlichen Willen des Patienten ausgehen kann.

Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass es Situationen gibt, in denen Patientenverfügungen keine Hilfe für den Behandelnden sind. Dies trifft zu, wenn der Patient im Falle einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes sich gegen seinen fixierten Willen in der Patientenverfügung äußert und um jegliche medizinische Unterstützung bittet. Der ausgesprochene Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen kann im Laufe einer fortschreitenden Erkrankung aufgehoben werden, da im Grenzbereich zwischen Leben und Tod lebensverlängernde Maßnahmen eine andere Wertigkeit gewinnen⁹⁴. Auch ist es für einen Menschen schwer, sich bei Abfassung der Patientenverfügung mit eventuell möglichen Krankheiten und damit verbundenen Behandlungsoptionen zu beschäftigen⁹⁵. Eine entscheidende Hilfe für den Arzt ist die frühere Dokumentation des Patientenwillens bei aufgehobener Entscheidungsfähigkeit durch bereits eingetretene Bewusstlosigkeit des Patienten⁹⁶. Problematisch sind die Fälle, „in denen ein Patient sich nicht mehr selbstbestimmt entscheiden kann und auch früher keine klaren Angaben bezüglich seiner Therapie-Wünsche gemacht hat“⁹⁷. Auf Grund der Garantenstellung ist der behandelnde Arzt verpflichtet, dem Patienten die „bestmögliche Hilfe“ zukommen zu lassen. In der Regel bedeutet diese Hilfe die Anwendung aller zur Verfügung stehenden Mittel zur Heilung oder Besserung der Erkrankung und auch zur Verlängerung des Lebens. Beim Sterbenden und beim Schwerkranken mit infauster Prognose kann „bestmögliche Hilfe“ auch die Beschränkung der

⁹⁴ Vgl. OPDERBECKE (1989), S. 267.

⁹⁵ Vgl. RIEDEL (2005), S. 29.

⁹⁶ Vgl. LUTTEROTTI (1993), S. 7.

⁹⁷ THIELE (2005), S. 21.

Maßnahmen, Schmerzlinderung und Anxiolyse bedeuten. Gelegentlich kann auch der Verzicht auf eine Einweisung in ein Krankenhaus bei einem aussichtslos Erkrankten oder auch bei einem im hohen Alter befindlichen Menschen, der am biologischen Ende seines Lebens ist, als „bestmögliche Hilfe“ im humanitären Sinn gelten. In einem solchen Fall kann eine Dokumentation in einer Patientenverfügung dieses ethisch schwerlich anfechtbaren Wunsches auch Ruhe und Frieden bedeuten⁹⁸.

3.1.2.3 Der Verzicht auf künstliche Lebensverlängerung

Die künstliche Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen wäre hier nur eine Verzögerung des Leidens und des Sterbens. Folglich kann ein Verzicht auf künstliche Lebensverlängerung gerechtfertigt sein, wenn keine Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit mehr vorhanden ist und die Wiederherstellung der vitalen Funktionen keine Hilfe darstellt. Die wachsende Zahl der Demenzkranken, welche unter einem irreversiblen Verlust ihrer Handlungsfähigkeit leiden, sind hierbei strikt auszuschließen⁹⁹. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass das Abbrechen einer bereits eingesetzten Therapie viel schwieriger ist als das Nichteinsetzen, da ersteres einen aktiven Eingriff erfordert. Verständlicherweise ist es einfach, den Angehörigen zu erklären, warum auf eine Möglichkeit der modernen Therapie verzichtet wird, als eine Rechtfertigung zu liefern, warum eine bereits eingesetzte Therapie abgebrochen werden soll¹⁰⁰. Da Kranke im Grenzbereich zwischen Leben und Tod meist nicht mehr einwilligungsfähig sind, muss der Arzt nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten handeln.

3.1.2.4 Die Wiederbelebungsmaßnahmen

Ein dringender Fall ist u. a. die Wiederbelebungsmaßnahme. Solange sich keine gegenteiligen Anhaltspunkte ergeben, ist davon auszugehen, dass

⁹⁸ Vgl. ANKERMANN (2004), S. 90.

⁹⁹ Vgl. RIEDEL (2005), S. 33.

¹⁰⁰ SCHEIDEGGER (2000), S. 264. und WIESING (2000), S. 214.

sich der Patient für die lebensrettende und auch lebensverlängernde Maßnahme entscheiden würde, wenn eine noch so kleine Chance für ihn besteht. Der behandelnde Arzt ist nämlich verpflichtet, sofern der mutmaßliche Patientenwille nicht eindeutig etwas anderes festgelegt hat, sich bei klinischen Entscheidungskonflikten für die Rettung und Verlängerung des Lebens zu entscheiden¹⁰¹. Eine korrekt verlaufende Grenze zwischen Leben und Tod zu ziehen, ist sehr schwer. Der Rechtsphilosoph Hoerster sieht den irreversiblen Bewusstseinsverlust als Grenze zwischen Leben und Tod an¹⁰². Die Erholungsfähigkeit des Gehirns ist unterschiedlich¹⁰³ und hängt von dem Beginn der Wiederbelebung ab. Wird die Reanimation bereits in den ersten zwei Minuten des Atemstillstandes begonnen, so kann die Erholung vollständig sein. Kann mit der Reanimation nicht sofort begonnen werden, kann es zu einem irreversiblen Schaden des Großhirns kommen. Häufig ist der Patient nach 10-minütiger Sauerstoffunterversorgung klinisch tot. Die Schädigung auf Grund eines Sauerstoffmangels bezeichnet man als sekundär, da die Ursache meist auf eine Herz- oder Lungenerkrankung, einer Vergiftung oder eine Stoffwechselstörung zurückzuführen ist. Demgegenüber steht die primäre Hirnschädigung, welche bei einer direkten Hirnverletzung, z. B. einem Schädelhirntrauma, eintritt. Bei der sekundären Schädigung muss eine Beobachtungszeit von 72 Stunden, bei einer primären Schädigung von 12 Stunden eingehalten werden¹⁰⁴. Zusätzlich muss bei einer primären Schädigung stets eine EEG-Ableitung durchgeführt werden. Eine Bestätigung des endgültigen Hirnausfalles liefert die Kombination aus Beobachtungszeit und ergänzenden apparativen Untersuchungen¹⁰⁵. Setzt die Reanimation zu spät ein, kann ein irreversibler Funktionsverlust die Folge sein, ohne dass ein Ge-

¹⁰¹ Vgl. KIELSTEIN/SASS (2005), S. 3.

¹⁰² Vgl. KLEIN (2000), S. 23.

¹⁰³ Dies beschrieb SHEWMON in seiner 1998 veröffentlichten Arbeit. Darin zeigte er, dass ein als hirntot bezeichneter Patient noch 14 Jahre „überlebte“.

¹⁰⁴ BUNDESÄRZTEKAMMER (1998), S. 1861 - 1868.

¹⁰⁵ Vgl. SCHLAKE, ROOSEN (2001), S. 36 f.

samthirntod eintritt. Dies wird als „apallisches Syndrom“¹⁰⁶ oder auch als „persistend vegetative state“¹⁰⁷ bezeichnet. Diese Patienten leiden an einer tiefen Bewusstlosigkeit und müssen über lange Zeit künstlich ernährt werden. Eine Reversibilität dieses Syndroms ist ebenso wenig auszuschließen, wie die Wahrnehmung bewusster Empfindungen¹⁰⁸. Der Direktor des „Instituts für Hirnforschung“ an der Universität Zürich, Professor Konrad Akert, bezeichnet diese Menschen in einem Brief vom 10.11.1972 als „rein pflanzliche Wesen“. Im Gegensatz dazu schreibt Stoecker den hirntoten Patienten eine Sonderstellung zu, da sie viel mehr als eine Leiche in der Gefahr stünde, würdelos behandelt zu werden¹⁰⁹. Schlake zufolge ist es bei einzelnen Apallikern nach Jahren zur Wiedererlangung des Bewusstseins gekommen. Auch hierbei stellt sich die Frage, wann eine Reanimation eingestellt werden darf bzw. ab wann eine lebensverlängernde Maßnahme unterlassen werden darf. Wer kann entscheiden, was menschenwürdiges Weiterleben oder einen menschenwürdigen Tod für Apalliker bedeutet? Trotz des rasenden Tempos des medizinisch-technischen Fortschritts muss in dieser Situation eine Neubewertung, nicht allein durch die Mediziner, sondern durch die ganze Gesellschaft erfolgen. Das ärztliche Lebenserhaltungsgebot ist vor allem dann nicht absolut, wenn der Tod vor der Tür steht und die Therapie des Arztes den unvermeidbaren Tod nur um kurze Zeit verzögert. Bei interkurrent auftretenden Erkrankungen eines Apallikers sind weitere Behandlungsmaßnahmen, welche nur das Sterben verhindern eher abzulehnen¹¹⁰. Die Hände werden dann in den Schoß gelegt, wenn der Tod unvermeidlich und absehbar ist oder der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Allerdings ist hierbei einzu-räumen, dass es trotz des medizinischen Fortschritts kaum gelingen wird, die Prognose eines Patienten mit letzter Sicherheit vorherzusagen zu kön-

¹⁰⁶ SCHLAKE, ROOSEN (2001), S. 71.

¹⁰⁷ NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (1994), S. 1499 – 1508.

¹⁰⁸ KLEIN (2000), S. 25.

¹⁰⁹ Vgl. STOECKER (2003), S. 304.

¹¹⁰ Vgl. ANKERMANN (2004), S. 37.

nen – weder mittels statistischer Erhebungen, noch mittels individueller ärztlicher Erfahrung.

3.1.2.5 Die Angst vor künstlicher Lebensverlängerung

Ein gravierendes Problem besteht darin, dass die Angst vor dem Tod für viele Patienten deshalb so unerträglich scheint, weil sie befürchten, dass das Leben auch dann künstlich aufrecht erhalten wird, wenn keine Aussicht und Hoffnung auf ein menschenwürdiges Leben mehr besteht. Verursacht wird ein solches Szenario durch Angehörige, die in der Sterbestunde nicht den Seelsorger, sondern den Notarzt benachrichtigen und folglich einen ungewollten Automatismus in Gang bringen¹¹¹. Andererseits werden Mediziner nicht darin ausgebildet, den Tod durch Therapieverzicht zuzulassen. Sie lernen während des Studiums lediglich, wie sie Leben erhalten, wann immer es möglich ist¹¹². Ihr Sicherheitsmotto lautet demgemäß häufig: „Lieber zuviel als zuwenig“, da sie sich nicht dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung mit dessen resultierenden Folgen konfrontiert sehen möchten¹¹³. Das aristotelische Mittel des gesunden Maßes bleibt eine Zielvorstellung. Das bedeutet, dass nach angemessener Beurteilung und Erwägung eine Entscheidung getroffen werden muss.

3.1.3 Die aktive Sterbehilfe

Aktive Euthanasie, auch als aktive „Sterbe–Nachhilfe“ bezeichnet, stellt eine gezielte Lebensverkürzung durch Tötung des Sterbenden dar¹¹⁴. Diese kann einerseits durch aktive Maßnahmen herbeigeführt werden, andererseits aber auch durch pflichtwidriges Unterlassen von Lebenserhaltungsmaßnahmen eintreten¹¹⁵. In Frankreich gibt es für diese Handlung den Begriff „coupe de grace“, im Englischen spricht man von „mercy-

¹¹¹ Vgl. OPDERBECKE (1989), S. 266.

¹¹² Vgl. WEHKAMP (2002), S. 221.

¹¹³ Ebenda

¹¹⁴ Vgl. WUNDERLI (1974), S. 24.

¹¹⁵ Vgl. FRITSCHKE (2000), S. 40.

„killing“. Trotz unterschiedlicher Wortwahl ändert sich die Kernbedeutung der Begriffe nicht. Als wesentlicher Gesichtspunkt muss bei der aktiven Euthanasie berücksichtigt werden, ob der herbeigeführte Tod aus Sicht des entscheidungsfähigen Sterbenden ausdrücklich gewollt, stillschweigend gewollt oder gar ungewollt ist¹¹⁶.

3.1.3.1 Die Selbstbestimmung des Patienten

Die Tötung eines Menschen gegen dessen Willen muss hier nicht näher besprochen werden, da sie sich zweifelsohne weder mit dem Recht auf Selbstbestimmung noch mit der Achtung vor der Freiheit des Menschen vereinbaren lässt. Liegt keine Willensäußerung vor, so ist das Treffen einer Entscheidung ein schwieriges Unterfangen. Eine frühere Willensäußerung des Patienten kann hilfreich sein. Manche Befürworter der aktiven Euthanasie fordern, dass die frühere Willensäußerung in der aktuellen Situation wiederholt werden müsse. In vielen Situationen ist dies nicht möglich. Demnach entfiere hier die Zulässigkeit der Euthanasie. Da die Diskussion um die aktive Sterbehilfe nicht nur kleine Gremien beschäftigt, sondern in der gesamten Öffentlichkeit diskutiert wird, muss rekapituliert werden, wie intensiv und häufig der Wunsch nach aktiver Euthanasie geäußert wird.

3.1.3.2 Die juristischen, berufsethischen und ethischen Normen

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten. Ähnlich ist im Eid des Hippokrates seit über 2000 Jahren zu lesen: „Niemals werde ich jemandem raten, seine Zuflucht zum Gift zu nehmen, und ich werde es denen verweigern, die mich darum bitten.“ Auch mit dem christlichen Menschenbild lässt sich eine solcher Wunsch nur schwer vereinbaren, denn das fünfte Gebot lautet: „Du sollst nicht töten“. Dennoch muss auch die Sicht des Kranken beachtet werden.

¹¹⁶ Vgl. EID (1975), S. 35.

3.1.3.3 Die Sterbenden in auswegloser Lage

Sterbende stellen die Frage nach aktiver Euthanasie in einer ihnen ausweglos erscheinenden Lage. Es können unerträgliche Schmerzen oder auch schwer beherrschbare Qualen anderer Art sein, wie z. B. ein offener Dekubitus, die sie nach aktiver Sterbehilfe verlangen lassen. Trotz kompetenter Schmerztherapien wird es stets unbehandelbare Schmerzen geben. Hier erhebt sich die Frage, wer einem anderen vorschreiben darf, was er auszuhalten hat. Aus dieser Perspektive betrachtet, darf ein Euthanasiewunsch nicht kategorisch ignoriert werden. Vielmehr muss die Ernsthaftigkeit und die Wichtigkeit des gestellten Wunsches geprüft werden. Somit ließe sich auch feststellen, ob nicht die Bitte eher als Hilferuf um größere Zuwendung zu interpretieren ist. Die Entscheidungsfähigkeit von schwer Erkrankten kann möglicherweise unter der medizinischen Therapie beeinträchtigt sein. Abzuwägen bleibt auch, ob der Patient schlechterdings seiner Familie nicht lästig sein möchte und folglich aus moralischem Druck etwas fordert, was er eigentlich nicht will. Der Patient befindet sich in der Grenzsituation zwischen Leben und Tod in einer nahezu kompletten Abhängigkeit von Arzt und Familienangehörigen. Nicht nur aus der Perspektive des Patienten, sondern auch aus ärztlicher Sicht ist eine Entscheidung nicht einfach zu treffen. Wer will wissen, ob ein Patient in einer aussichtslosen Lage tatsächlich hinter einer so schwerwiegenden Entscheidung steht. Die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross beschrieb die Verarbeitung des bevorstehenden Todes als eine Art „Reifeprozess“. Ihre Untersuchungen zeigen, dass Verzweiflung und Aufbegehren oft Phasen im psychologischen Sterbeprozess sind und in die Annahme des eigenen Schicksals übergehen¹¹⁷. Die aussichtslose Lage des Kranken muss ihm mitgeteilt werden. Gleichzeitig ist es obligat, Verarbeitungsmechanismen aufzuzeigen, damit der Kranke nicht zwangsläufig in die Denkschiene der aktiven Euthanasie gerät.

¹¹⁷ Vgl. WILLIG (1992), S. 156.

3.1.3.4 Der Heilauftrag und das Rollenverständnis des Arztes

In der Bundesrepublik Deutschland wurden offizielle Verlautbarungen zur aktiven Sterbehilfe von Seiten der Ärzte unmissverständlich verworfen: „Denn jede Handlung, die den Tod zum direkten Ziel hat, widerspricht dem ärztlichen Heilauftrag und dem Rollenverständnis des Arztes in unserer Gesellschaft“¹¹⁸. In den Richtlinien der Bundesärztekammer ist diese Meinung der Ärzteschaft festgehalten. Unabhängig von den strafrechtlichen Auswirkungen gilt sowohl die aktive Euthanasie, als auch die Beihilfe zur Selbsttötung als unärztlich. Sie fällt nicht in den „Pflichtbereich“ eines Arztes: „Die Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tode beizustehen“¹¹⁹. „Eine ärztliche Verpflichtung endet dort, wo eine lebenserhaltende Maßnahme nicht indiziert oder vom Patienten nicht gewollt ist“¹²⁰. Platzek sieht den Arzt als „Lebensbegleiter“ an, da ihm die Aufgabe zukommt, auch bei infauster Diagnose den Verlauf des Lebens im Auge zu halten¹²¹. Würde die aktive Euthanasie in das Aufgabenfeld des Arztes integriert werden, so hätte dies unweigerlich einen Vertrauensbruch in der Arzt-Patient-Beziehung zur Folge¹²². Wer im Krankheitsfalle den Arzt aufsucht, erwartet von ihm fachliche Kompetenz und moralische Integrität. Das Wohl und die Selbstbestimmung des Patienten sind als *conditiones sine quae non* anzusehen. Der Patientenwille kann freilich bei aktiver Sterbehilfe respektiert bleiben, wenn dies der wohlüberlegte Wunsch des Kranken ist. Nicht zutreffend ist somit die Aussage, ohne Tötungsverbot sei grundsätzlich kein Vertrauen in den Arzt möglich. Zu bedenken ist jedoch, dass in diesem Falle der Täter zumeist auch der einzige Zeuge ist. Außerdem muss auf den äußerst knapp bemes-

¹¹⁸ WILMS (1992), S. 150.

¹¹⁹ BUNDESÄRZTEKAMMER (1997), C - 988.

¹²⁰ SIMON (2004), S. 221.

¹²¹ PLATZEK (2002), S. 215.

¹²² Vgl. WIESING (2000), S. 198.

senen Schritt vom Töten auf Verlangen zum Töten ohne Verlangen hingewiesen werden. Deshalb gilt: „Die Rolle des Tötens darf dem Arzt nie zufallen, sie würde seine eigentliche Funktion gefährden, vielleicht sogar vernichten“¹²³. Auch wenn im Einzelfall eine aktive Lebensbeendigung durch den Arzt moralisch zulässig erschiene, sei dies abzulehnen. Die nachteiligen Konsequenzen würden nicht nur auf den entsprechenden Handelnden zurückfallen, sondern die gesamte Ärzteschaft belasten. Auf dem 99. Deutschen Ärztetag (1996) wurde dazu aufgerufen, „die Unabhängigkeit der ethischen Grundnormen unseres Berufes (...) gegen Zeitgeist und staatliche Eingriffe zu bewahren“¹²⁴. Die Intention dieser Worte lag in der Rekapitulation und der Ablehnung der Aktivitäten der Ärzteschaft im Dritten Reich. Eine ablehnende Haltung wird auch heute noch vertreten mit dem Argument, das Leben eines anderen Menschen dürfe dem Arzt grundsätzlich nicht verfügbar sein. Nichtsdestotrotz stellt Thiele die Frage, wem, wenn nicht dem behandelnde „Arzt wäre die Durchführung der Sterbehilfe zu übertragen“¹²⁵. Jedoch sieht er aus moralischen Gründen auch ein, dass Ärzte nicht gezwungen werden können, Sterbehilfe zu leisten¹²⁶. Denn „eine Verpflichtung zur aktiven Sterbehilfe widerspräche (...) Grundsätzen der Gewissensfreiheit“¹²⁷. Nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt hat ein Selbstbestimmungsrecht¹²⁸.

3.1.3.5 Der Auftrag und die Konsequenzen für Staat und Gesellschaft

Die Frage nach aktiver Euthanasie betrifft nicht nur den Sterbenden und die Ärzteschaft, sondern zugleich die Allgemeinheit. Anselm sieht die Ursache für die konstant hohe Zustimmung bei Befragungen zur aktiven Sterbehilfe in der Entwicklung begründet, dass das Krankenhaus im Ver-

¹²³ GEROK (1992), S. 38.

¹²⁴ ÄRZTETAG (1996), C - 1191.

¹²⁵ THIELE (2005), S. 23.

¹²⁶ THIELE (2005), S. 23/24.

¹²⁷ BIRNBACHER (2005), S. 37.

¹²⁸ Ebenda

lauf der Krankheit zum Ort des Alltags und damit zum Zuhause wird¹²⁹. Konsequenterweise begreift der Patient sein Sterben als Aufgabe des Medizinsystems, welchem er auch anhand der Zahlen zuzustimmen scheint¹³⁰.

Die Gesellschaft muss zuerst eine Antwort finden auf die Frage, warum nahezu jedermann alt werden, aber niemand alt sein möchte. Sobald die Öffentlichkeit das Alter, das natürlicherweise mit einer geringeren Lebensqualität verbunden ist, akzeptiert, kann eine Bewertung des Lebens nach neuen Parametern erfolgen. Erst dies ermöglicht und gestattet dem alten Menschen, den letzten Teil seines Lebens frei und eigenverantwortlich zu gestalten. Peintinger stellt fest, dass sich unsere demokratische Gesellschaft der Verantwortung nicht entziehen kann, den Stellenwert des alten Menschen für die Gesellschaft zu definieren und die finanziellen Ressourcen für deren Betreuung danach auszurichten¹³¹.

3.1.4 Indirekte versus direkte Sterbehilfe

Zwei weitere Begriffe bedürfen noch der Klärung. Wird der Tod des Patienten durch eine therapeutisch indizierte und dosierte Gabe von Schmerzmitteln oder anderen palliativ wirksamen Medikamenten in Kauf genommen, ist dies zulässig¹³². Hierbei ist der Tod nicht intendiert und man spricht von indirekter, auch indirekt aktiver Sterbehilfe. Die direkte Sterbehilfe, meist als direkte aktive Sterbehilfe beschrieben, bezeichnet die gewollte Herbeiführung des Todes. Kennzeichnend ist, aktiv am Geschehen beteiligt zu sein, wobei der Tod einer angewandten direkten Sterbehilfe sowohl durch „Vollzugs-, wie auch durch Unterlassungshandlung“ ein-

¹²⁹ Vgl. ANSELM (2004), S. 347.

¹³⁰ Ebenda

¹³¹ Vgl. PEINTINGER (2004), S. 239.

¹³² Vgl. SCHÖNE-SEIFERT (2000), S. 99.

treten kann¹³³. Diese Unterscheidung ist eine Gradwanderung: Wie lange kann man von einer Sterbehilfe im Sinn von „Leidhilfe“ sprechen, und wo wird die Grenze zur aktiven Sterbehilfe im Sinne einer beabsichtigten Tötung gezogen? Als ärztlicher Heilauftrag wird die wirksame Schmerzbekämpfung in der letzten Lebensphase bezeichnet, die dem Sterbenden ermöglichen soll, sein Leben so bewusst wie möglich zu durchleben. Die Erkenntnis, dass der nahe Tod Realität ist, soll ihm dabei nicht vorenthalten werden¹³⁴. „Nur für den Menschen hat die Krankheitsentwicklung jene besondere Bedeutung, dass sie zuweilen den Tod ankündigt, (...) zu welchem der Mensch bewusst Stellung beziehen kann“¹³⁵. Da bei dieser Handhabung eine Grauzone zur aktiven Tötung besteht, sollte stets nicht nach dem Ergebnis, also dem vorzeitig eingetretenen Tod, sondern nach der Absicht geurteilt werden. Unzweifelhaft kann auch hier der Schutz und das Interesse des Patienten zur Verteidigung herangezogen werden, um einem von Leid und Elend geprägten Kranken einen früheren Tod zu bringen. Obwohl Nächstenliebe und Mitleid Eigenschaften sind, die einen Arzt auszeichnen sollen¹³⁶, darf der behandelnde Arzt sich keiner „Mitleidsethik“¹³⁷ unterwerfen, die zu einem tödlichen Mitleid führen kann. Wilms sieht eine moralische Verpflichtung zum Töten als eine Pervertierung der ärztlichen Aufgaben an¹³⁸.

3.1.4.1 Der Doppeleffekt als Unterscheidungsmerkmal

Zur Unterscheidung zwischen indirekter und direkter aktiver Euthanasie wird der „Doppeleffekt“ zur Hilfe genommen. In Situationen, in denen es unmöglich ist, alle gefährdenden Handlungen zu umgehen, muss sich der Kranke entscheiden, welche Handlung er vorzieht, auch wenn sie poten-

¹³³ Vgl. QUANTE (1998), S. 215.

¹³⁴ Vgl. WELTÄRZTEBUND (1990), Dok. 17.X.

¹³⁵ PLATZEK (2002), S. 215.

¹³⁶ Vgl. WILMS (1992), S. 135.

¹³⁷ ADORNO/HABERMAS (1991), S. 36 - 44.

¹³⁸ Vgl. WILMS (1992), S. 136.

tiell schädliche Folgen nach sich zieht¹³⁹. Das Prinzip des Doppelleffekts fußt auf vier Voraussetzungen: Zuerst ist die Intention der Handlung zu nennen, welche stets positiv sein muss. Darunter versteht man z. B. die Anwendung einer kompetenten Therapie zur Schmerzlinderung. Des weiteren muss eine positive Absicht der Therapie beim Behandelnden zu erkennen sein. Hier steht die positive Handlung vor der negativen. Dies bedeutet, dass auch, wenn eine Lebensverkürzung vorhersehbar ist, die Schmerzlinderung an erster Stelle steht. Als dritte Voraussetzung gilt, dass die negative Wirkung, hier die Lebensverkürzung, nicht Mittel zum Zweck sein darf, um die positive, die Schmerzlinderung, herbeizuführen. Zuletzt darf nicht unerwähnt bleiben, dass die positive Wirkung der negativen gegenübergestellt werden muss und dass stets die positive überwiegen muss. Folglich ist der behandelnde Arzt dazu verpflichtet, stets die drei erstgenannten Voraussetzungen abzuwägen und sich für die Behandlung zu entscheiden, die für den Patienten an höchster Stelle steht. Als moralisch zulässig angesehen wird, wenn die nicht beabsichtigte Nebenfolge sich aus beabsichtigtem gutem Wirken heraus ergibt¹⁴⁰. Obwohl die indirekte Sterbehilfe in Deutschland straffrei ist, ist deren Zulässigkeit höchst umstritten. Da in dieser Situation jedoch die Schmerzbekämpfung im Vordergrund steht und dadurch unnötige Qualen dem Kranken erspart werden sollen, richtet sich nach Ansicht Wessels diese Handlung nicht gegen das Leben, sondern dient dem Leben des Patienten in der ihm noch verbleibenden Zeit¹⁴¹. Denn der Tod in Würde und Schmerzfreiheit hat nach Wessel Vorrang vor absoluten Lebenserhaltungsmaßnahmen. Nach Hufen stellt eine unterlassene Schmerzbehandlung nicht nur eine Körper-

¹³⁹ QUILL/DRESSER/BROCK (1997), S. 1768.

¹⁴⁰ Vgl. WIESING (2000), S. 219.

¹⁴¹ Vgl. WESSELS (1996), S. 6/7.

verletzung dar, sondern kann auch als eine besondere Form der menschlichen Erniedrigung aufgefasst werden¹⁴².

3.2 Die Sterbehilfe in juristischer Sicht

3.2.1 Die gesetzliche Definition des Lebensendes

Eine gesetzliche Definition von Beginn und Ende des Lebens ist im deutschen Strafrecht nicht niedergeschrieben. Eine Fixierung des Todeszeitpunktes wurde bereits vielfach gefordert. Der Gesetzgeber hat sich für die medizinisch verlässlichen Hirntodkriterien festgelegt¹⁴³. Folglich ist man darauf angewiesen, Wege zu finden, die sich am Zweck und Ziel im Sinne des Lebens für den Patienten orientieren.

3.2.1.1 Die Tötung und Selbsttötung

Es existieren zwei Grundprinzipien des strafrechtlichen Lebensschutzes, welche sich scheinbar unvereinbar gegenüberstehen. Um die Euthanasieproblematik im rechtlichen Spannungsfeld zu erfassen, ist es sinnvoll, beide einzeln zu betrachten.

Einerseits gibt es das absolute Verbot der Tötung eines anderen, welches nur in Notwehr entschuldbar ist. Gemäß diesem Grundprinzip ist der Patient vor ärztlichen Maßnahmen oder Eingriffen geschützt, die zur Verschlechterung des Zustandes oder zur früheren Herbeiführung des Todes führen könnten. Ausgenommen ist hierbei die passive Euthanasie, die gesetzlich nicht geregelt ist. Man geht von einer Garantenpflicht des Arztes aus. Falls es zu einem Delikt im Sinne der unterlassenen Hilfeleistung kommen sollte, ist dies im § 13 StGB nachzulesen.

¹⁴² Vgl. HUFEN (2005), S. 83.

¹⁴³ Vgl. NJW 1998, 777 ff. Moderner Todesbegriff = Erlöschen aller Gehirnfunktionen (Hirntod).

Das zweite Prinzip ist die ausnahmslose Straffreiheit der Selbsttötung. Die Jurisprudenz wird sich nicht für legitimiert halten, die Flucht aus dem Leben mit den Mitteln des Strafrechts zu unterbinden¹⁴⁴.

3.2.1.2 Die Tötung auf Verlangen

Aus Sicht eines Menschen, der sich für die Beendigung seines Lebens entschieden hat, jedoch auf fremde Hilfe angewiesen ist, ergibt sich unter Beachtung der beiden Prinzipien eine Konfliktsituation. Hierbei handelt es sich um „Tötung auf Verlangen“. Somit wird die Frage aufgeworfen, ob diese – wie der Suizid - ebenfalls straffrei bleiben soll, oder ob hier das Tötungsverbot greift. Sicherlich gibt es Zwischenlösungen, welche von Fall zu Fall entschieden werden. Das deutsche Strafrecht sieht im § 216 StGB eine Strafmilderung für den vor, der „durch das ausdrückliche und ernste Verlangen des Getöteten bestimmt worden“ ist¹⁴⁵. Diese Strafmilderung wurde von der vorgesehenen Mindeststrafe, die laut § 212 StGB fünf Jahre beträgt, auf sechs Monate bis fünf Jahren herabgesetzt¹⁴⁶. Ergo ist festzustellen, dass das deutsche Recht eine Möglichkeit einräumt, die das Unrecht und die Schuld in besonderen Fällen geringer gewichtet. Das Unrecht der Tat und die Schuld des Täters führen zu einer Schuldminde- rung, weil der Getötete dies ausdrücklich verlangte. Die bloße Strafmilde- rung und Nicht-Einführung einer Straffreiheit soll dazu führen, dass die Entscheidung des Schrittes vom Leben in den Tod von jeder Person selbst vollzogen wird. Als weiteres bleibt zu erwähnen, dass das Gesetz die Tä- ter gleich behandelt unabhängig davon, ob der Getötete bereits moribund war oder noch mitten im Leben stand. Nach § 216 StGB ist es für den Richter auch unerheblich, in welchem Verhältnis der Täter zum Getöteten steht. Die Motivation des Täters ist ebenfalls irrelevant. Es ist gleichgül- tig, ob der Täter aus Mitleid gehandelt hat oder ob eine reiche Erbschaft

¹⁴⁴ Vgl. SCHMIDHÄUSER (1974), S. 801 ff.

¹⁴⁵ <http://www.netlaw.de/gesetze/stgb.htm> (12/2003)

¹⁴⁶ Ebenda

seine Tat leitete. Ausschlaggebend ist auch hier das Verlangen des Getöteten. Es muss ein ausdrückliches und ernstliches Tötungsverlangen vorliegen, damit eine Strafmilderung zur Diskussion steht. Im Falle einer geistigen Erkrankung, die eine Einwilligung des Kranken nicht möglich erscheinen lässt, wird die Handlung wie die eines Totschlägers verurteilt. Das Argument für „Vernichtung sog. unwerten Lebens“ kann nicht zu einer Milderung des Strafurteils beitragen. Unschwer zu erkennen ist, dass der Schwerpunkt auf dem Wunsch des Sterbens liegt. Unbeantwortet bleibt jedoch, ob ein Mensch dies ernstlich wünscht, oder ob ein solches Verlangen nicht die Aufmerksamkeit und Fürsorge der Mitmenschen wecken soll. Zum Vergleich ist der Demonstrativ-Selbstmord heranzuziehen: Hier soll der Suizid nicht im Tode enden, sondern er stellt vielmehr einen Schrei nach mehr Hilfe und Zuwendung dar¹⁴⁷. Das Tötungsverlangen ist stets mit größter Skepsis zu betrachten. Man sollte diesem Wunsch mit hilfsbereiter Hellhörigkeit begegnen.

3.2.1.3 Die Grenzen zwischen Straffreiheit und Strafbarkeit

Um die Grenze zwischen der Straffreiheit und der strafbaren Sterbehilfe zu demonstrieren, sind zwei Fallkonstellationen zu betrachten. Zu beachten ist, dass diese Fälle keine alltäglichen Entscheidungssituationen ärztlichen Handelns sind, sondern herangezogen werden, um die rechtliche Relevanz bestimmter Aspekte und Grenzkriterien zu verdeutlichen. Der erste Fall stellt die Beihilfe zum Selbstmord dar, eine allgemein für straffrei gehaltene Situation: Ein aufgeklärter und einsichtsfähiger Patient verlangt von seinem behandelnden Arzt eine Überdosis an Schlafmitteln. Dieser lässt die gewünschten Barbiturate auf dem Nachttisch liegen. Es liegt in der Hand des Patienten, ob er davon Gebrauch machen will. In erster Betrachtung scheint diese „Hilfe“ im Widerspruch zur ärztlichen Behandlungspflicht zu stehen. Handelt der einsichtsfähige Patient aus frei ver-

¹⁴⁷ Vgl. GEILEN (1974), S. 148.

antwortlicher Entscheidung heraus, kann der Arzt strafrechtlich nicht belangt werden, wenn er sich im entscheidenden Augenblick außer Reichweite befindet. Denn die Garantenstellung des Arztes, zu der er gegenüber dem Patient verpflichtet ist, kann nur in akuten Hilfssituationen, ebenso wie die Hilfe in Unglücksfällen nach § 323 c StGB, zum Eingreifen verpflichtet¹⁴⁸. Dieser wäre der Arzt somit entgangen. Des ungeachtet spiegelt dieses Fallbeispiel die Unzulänglichkeit des gegenwärtigen Rechtszustandes wieder.

Der beschriebenen Fallkonstellation steht eine weit schwierigere gegenüber: Ein bewusstloses Unfallopfer wird eingeliefert. Obwohl Wiederbelebungsmaßnahmen möglich wären, möchte der Arzt den Patienten sterben lassen, da er der Meinung ist, dass der Patient nur in ein kaum lebenswertes, durch Schmerzen gekennzeichnetes Leben zurückgeholt würde. Der Arzt kann sich des Einverständnisses des Patienten, sei es tatsächlich oder mutmaßlich, nicht sicher sein. Falls der Arzt in diesem Fall die Behandlung noch nicht übernommen hat, soll es ihm nach herrschender Meinung frei stehen, ob er dies tun will¹⁴⁹. Sicherlich wird diese Situation selten vorkommen, zumal in einer Notfallsituation, ähnlich der dargestellten, keine Zeit bleibt, um derartige Überlegungen anzustellen. Laut § 323 c StGB darf der Arzt aufgrund seiner Garantenstellung die Hilfs- und Behandlungspflicht nicht schon im vornherein verneinen. Offen bleibt hier die Frage, ob der Behandelnde diese Pflicht wahrnehmen muss, wenn keine Rettungsaussicht besteht und durch den unvermeidbaren Eintritt des Todes dem Patienten mutmaßlich Schmerzen erspart blieben.

Sicherlich gibt es viele weitere Beispiele, dennoch ist als einzige Möglichkeit einer Straffreiheit die Selbsttötung zu nennen. Im geltenden deut-

¹⁴⁸ <http://www.netlaw.de/gesetze/stgb.htm> (12/2003)

¹⁴⁹ Vgl. EID (1975), S. 55.

schen Recht verbietet der § 216 StGB die Tötung auf Verlangen bei gemilderter Strafe¹⁵⁰. Die Sedierung auf Verlangen, im Sinne einer terminalen Sedierung ist kein Begriff des deutschen Rechts, lässt einen Tötungsvorsatz fehlen und wird nicht unter Strafe gestellt¹⁵¹. Bei diesem Vorgehen liegt das Bestreben darin, dem Patienten nicht das Leben, sondern das Bewusstsein zu nehmen. Des Weiteren enthält das deutsche Strafrecht keine speziellen Vorschriften über Sterbehilfe und Suizid¹⁵².

3.2.2 Das Recht auf ein natürliches Sterben

3.2.2.1 Die literarische Behandlung des Begriffs

Die Problematik des Sterbens ist in der Literatur häufig zu finden. Besonders deutlich werden die Gedanken an „den eigenen Tod“ bei Rainer Maria Rilke.

„O Herr, gib jedem seinen eigenen Tod.
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,
darin er Liebe hatte, Sinn und Not“¹⁵³.

Rainer Maria Rilke formulierte diese Bitte im Stundenbuch. Der „eigene Tod“ steht hier am Ende eines ausgeglichenen Lebens. Er ist kein zufälliges Ereignis, sondern wird als Ausklang des Lebens gesehen. Der Mensch, der sein Leben bewusst lebt und sein Leben „auf den Tod hin“ verwirklicht, versteht den Tod als Ende des Daseins. Die Freiheit zum Tode ist die „höchste Instanz“ der Menschen, die jedem Einzelnen die Endlichkeit und die eigenen Möglichkeiten, die dem Dasein gegeben sind, aufzeigt¹⁵⁴. Hier soll die Freiheit zum Tod nicht als Freiheit zur Selbstvernichtung verstanden werden, da die Selbstvernichtung dem Dasein die

¹⁵⁰ SCHREIBER (1986), S. 338.

¹⁵¹ ROTHÄRMEL (2004), S. 350.

¹⁵² SCHREIBER (1986), S. 338.

¹⁵³ KIPPENBERG (1942), S. 363 f.

¹⁵⁴ Vgl. HEIDEGGER (1976), S. 44, 51 f.

Möglichkeiten eines bewusst erlebten Todes entziehen würde. Der Tod wird als Ausklang individueller Lebensgestaltung angesehen und kann hier nicht Gegenstand eines Rechtsanspruchs einem Dritten gegenüber sein.

3.2.2.2 Der Begriff der Menschenwürde

Der Begriff der Menschenwürde ist unbestimmt und schwer zu fassen. Erst 1949 wurde die Menschenwürde im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland zum tragenden Prinzip einer Staatsverfassung erhoben. In der Antike, zur Zeit Aristoteles, war die Menschenwürde das Ergebnis einer erbrachten Leistung. Das Christentum hebt die Ebenbildlichkeit des Menschen zu Gott hervor. In der philosophischen Neuzeit rücken Werte wie Vernunft und Freiheit in den Vordergrund. Der religiöse Würdebegriff wird langsam aufgelöst. Für eine heutige Definition des Begriffes der Menschenwürde wird die am häufigsten vertretene, sog. „Düringische Formel“ genannt. Sie besagt, dass die Menschenwürde dann verletzt ist, wenn der „Mensch zum bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird“. Daraus ergeben sich zwei Ansatzpunkte zur Diskussion: Einerseits wird die Gottebenbildlichkeit als Argument herangezogen, andererseits dient die Kant'sche Morallehre als Ansatz. Aus kirchlicherer Sicht ist in der Gottebenbildlichkeit die „Größe und Würde jedes Menschen verankert“¹⁵⁵. Das christliche Verständnis der Würde des Menschen ist vorrangig als Anspruch auf Schutz zu sehen, unabhängig vom Stand der Person. Im Sinne der göttlichen Ordnung ist der Mensch als Krone der Schöpfung zu verstehen¹⁵⁶. Eine Verletzung der Menschenwürde würde in die göttliche Ordnung eingreifen und Werte wie Gott und Seele beschneiden. Kant sieht die Menschenwürde verletzt, sobald der „Mensch zum bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt“ wird. Kants dritte

¹⁵⁵ FIGURA (1995), S. 878.

¹⁵⁶ Vgl. HOEFFE (2002), S. 64.

Formel des kategorischen Imperativs ist in der Formulierung Günter Dürigs präzisiert worden, der sich das Bundesverfassungsgericht anschloss. „Die Menschenwürde ist als solche getroffen, wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird“¹⁵⁷. Beide Ansätze beanspruchen Allgemeingültigkeit. Laut Grundgesetz der BRD ist in Artikel 1 Abs. 1. „die Würde des Menschen unantastbar“. Höffe ist der Meinung, dass „die Zugehörigkeit zur Gattung Mensch genügt, dass man auf die volle Achtung der Menschenwürde Anspruch hat“¹⁵⁸. Einerseits kann die Menschenwürde als absoluter Lebensschutz angesehen werden, da die Tötung eines Menschen immer auch eine Herabwürdigung des einzelnen bedeutet. Andererseits kann diese Menschenwürde auch ein Recht auf einen würdigen und natürlichen Tod beinhalten, um so eine Abhängigkeit von lebenserhaltender intensivmedizinischer Technik zu verhindern. Somit ist „der Lebensschutz von grundsätzlicher Bedeutung, darf aber nicht gegen die Menschenwürde und die Selbstbestimmung ausgespielt werden“¹⁵⁹. Von den Medizinern wird erwartet, dass sie einerseits den neuesten Stand des Wissens und der Technik haben, aber andererseits nicht verlernen, den Patienten als Mensch zu behandeln¹⁶⁰. Für den Arzt ist die Erhaltungspflicht des Lebens nicht absolut, denn gegen den Willen des Patienten darf er eine Behandlung weder aufnehmen noch fortsetzen. Die Freiheit zum Sterben ist im Artikel 2 Abs. 1 GG¹⁶¹ beinhaltet. Die Rechtsordnung hat den freiverantwortlichen und ernstlich geäußerten Sterbewillen von Sterbenskranken zu respektieren. Jeder Mensch besitzt selbst das Recht zu entscheiden, ob und was mit seinem Körper und seiner Gesundheit geschehen soll. Die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende wird zunehmend als Freiheitsrecht in An-

¹⁵⁷ DÜRIG (1956), S. 117.

¹⁵⁸ HOEFFE (2002), S. 68.

¹⁵⁹ HUFEN (2005), S. 97.

¹⁶⁰ Vgl. HOEFFE (2002), S. 135.

¹⁶¹ „Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“

spruch genommen. Eine Erklärung findet sich dafür in der veränderten Einstellung zu Leiden und Sterben. Ein vorangehendes Leiden oder auch die Vorstellung eines einsamen Todes zu sterben, veranlasst eine Mehrzahl der Bevölkerung, sich einen plötzlichen Tod zu wünschen¹⁶². Das Selbstbestimmungsrecht wird jedoch durch das Tötungsverbot eingeschränkt. Der Arzt darf einem Kranken nie gezielt todbringende Medikamente verabreichen. Dies ist gesetzlich verboten und ein strafbares Tötungsdelikt nach § 216 StGB. Hier ist eine schmerzlindernde Therapie geboten und eine Lebensverlängerung gegen den Willen des Patienten zu vermeiden. Das Recht auf ein natürliches Sterben ist de jure in Deutschland gewährleistet.

3.2.2.3 Das „Erlangener Baby“

Anfang Oktober 1992 wurde nach einem Unfall eine schwerstverletzte, in der 15. Woche Schwangere in die Universitätsklinik Erlangen eingeliefert. Obwohl kurz danach der Hirntod der Schwangeren festgestellt wurde, wurde die Intensivtherapie nicht abgebrochen. Die Intention bestand vielmehr darin, die Schwangere so lange künstlich zu ernähren und zu beatmen, bis das Kind in der 32. Schwangerschaftswoche durch einen Kaiserschnitt zur Welt gebracht werden könnte. Mitte November kam es zum Spontanabort.

Dieser Fall erregte die Bevölkerung, die mehrheitlich einer Weiterführung der Therapie ablehnend gegenüberstand. Aus rechtlicher Sicht war die Weiterbehandlung nicht nur zulässig, sondern sogar geboten. Das Abschalten der Apparate wäre nach §§ 218, 13 StGB strafbar gewesen¹⁶³. Allein durch den Bezug auf die „Menschenwürde“ ist in dem Erlangener Fall keine Lösung zu erreichen. Denn sowohl die Verunglückte als auch

¹⁶² Vgl. SCHOCKENHOFF (2000), S. 102.

¹⁶³ COESTER-WALTJEN (1993), S. 837.

das Ungeborene besaßen ein Recht auf Menschenwürde. Nach überwiegender Meinung entsteht bereits mit der Befruchtung ein „Mensch“, der Menschenwürde nach Artikel 1 Abs. 1 GG und ein Recht auf Leben nach Artikel 2 II 1 GG besitzt¹⁶⁴. Die ethischen Aspekte der vorgeburtlichen Medizin fließen in die Diskussion dieses Falls mit ein. Dem ungeborenen Leben soll ein eigenes Lebensrecht zukommen, das die Rechtsordnung schützen müsse, betont das BVerfG¹⁶⁵. Dabei seien „jegliche Differenzierungen der Schutzverpflichtung mit Blick auf Alter und Entwicklungsstand“ des Ungeborenen unzulässig¹⁶⁶. Nimmt man diese Aussage wörtlich, könnten die Belange der Schwangeren so gut wie keine Rolle mehr spielen, denn das ungeborene Leben müsste auf dieselbe Weise geschützt werden wie das geborene menschliche Leben. Die Erlangerer Ärzte intendierten, das noch vorhandene, wenn auch ungeborene Leben zu schützen. Diese Ausführungen des Erlangerer Schwangerschaftsfall es zeigen, dass in manchen Situationen rein juristische Argumente nicht zu einem akzeptablen Ziel führen. Sie sind eher als eine Aufforderung zur kritischen Reflexion anzusehen.

Die Forderung nach einem natürlichen Tod kann nur das Recht bedeuten, den eigenen Tod in Würde sterben zu dürfen.

¹⁶⁴ Vgl. LAUFS (1992), S. 47.

Vgl. § 8 des Embryonenschutzgesetz (1991): (1) Als Embryo im Sinne dieses Gesetzes gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.

(2) In den ersten vierundzwanzig Stunden nach der Kernverschmelzung gilt die befruchtete menschliche Eizelle als entwicklungsfähig, es sei denn, dass schon vor Ablauf dieses Zeitraums festgestellt wird, dass sich diese nicht über das Einzellstadium hinaus zu entwickeln vermag.

¹⁶⁵ Vgl. BVerfGE 88, 203 (Leitsatz 1) = NJW 1993, 1751.

¹⁶⁶ Ebenda

3.2.3 Das Recht auf Selbsttötung

3.2.3.1 Die Geschichte des Suizidstrafrechts

Der Suizid wird im Fachbuch für Verhaltenstheorien als „vorsätzlich (bewusst/absichtlich) angestrebte und gelungene Selbsttötung eines Menschen durch eine entsprechend zielgerichtete Handlung“¹⁶⁷ definiert. Weitere Begriffe wie „Selbstmord“ oder „Freitod“ sollen von ihrer Bedeutung dem des Suizids gleich sein. Das Wort „Selbstmord“ ist zwiespältig zu sehen, da das Wort „Mord“ ein hinterlistiges Töten bezeichnet, welches mit dem „Selbst“ nicht vereinbar ist. Ähnlich irreführend, fast euphemistisch, ist der Begriff „Freitod“, der unterstellt, dass der Betreffende sich aus freiem Willen tötet¹⁶⁸.

Der Suizid kommt seit Jahrtausenden vor und war stets ein strittiges Thema¹⁶⁹. Auch aus der Antike kennen wir Fälle von Suizid. Mit Bezug auf die griechische Antike ist Sokrates zu nennen. In Bezug auf Rom sind als berühmte Selbstmörder Cato und Kleopatra anzuführen. Auf eine widersprüchliche Auffassung stößt man bei Plato und den Stoikern. Während ersterer die Selbsttötung ablehnte, beabsichtigten die Stoiker, die Option des Suizids zur Gestaltung des Lebensendes jedem offen zu lassen¹⁷⁰. In der römischen Antike sah man die Selbsttötung als Rettung vor der Tyrannei an. Ganz anders wird der Suizid im Mittelalter gesehen. Ausschlaggebend sind hier die Auslegungen des Kirchenvaters Augustinus, wodurch eine Selbsttötung als Beleidigung Gottes, sogar als Gotteslästerung aufgefasst wurde. Der Suizid wurde als Todsünde bezeichnet. Der Selbstmörder wurde durch Exkommunikation bestraft, folglich erhielt er kein kirchliches Begräbnis, keine Totenmesse und kein Totengebet. Es ist unschwer zu erkennen, dass im Mittelalter die theologischen Vorstellun-

¹⁶⁷ SCHMIDTKE (1988), S. 16.

¹⁶⁸ Vgl. STÄDTLER-MACH (2002), S. 238.

¹⁶⁹ Vgl. SCHÜTTAUF (2003), S. 81.

¹⁷⁰ Vgl. STÄDTLER-MACH (2002), S. 239.

gen das Strafrecht mitbestimmten. Ob ein Suizid aus klarem Bewusstsein heraus oder auf Grund einer krankhaften Störung vollzogen wurde, floss erst zu Beginn des 18. Jahrhunderts mit in das Strafurteil ein. Zu dieser Zeit wurde der Selbstmord als Kritik gegenüber der bestehenden Gesellschaftsordnung angesehen; auch wurde von Seiten des Staates versucht, den Tatbestand zu vertuschen¹⁷¹. Der Staat erkannte den Wandel des Rechts. Man diskutiert das Strafmaß des Suizids neu. Die Distanzierung von der allein göttlich legitimierten Staatsgewalt zog die Forderung nach Rationalität der Strafe nach sich. Man ging davon aus, dass das Individuum einen Vertrag mit der Gesellschaft eingegangen ist, diesen jedoch lösen kann, wenn es für sich keinen Vorteil daraus mehr ziehe¹⁷². Darüber hinaus wurde die „Sinnlosigkeit der Selbstmordbestrafung“ angefügt, da der Selbstmörder sich bereits selbst den größten Schaden zugefügt habe. In der Aufklärung kämpfte man nicht für den Selbstmord an sich, sondern gegen eine Bestrafung einer solchen Tat. Die weitere Entwicklung wird im Folgenden chronologisch aufgezeigt¹⁷³:

- 1735 wird in Genf die Bestrafung des Selbstmordes dadurch in Frage gestellt, dass geistige Störungen vermutet wurden.
- 1751 schafft Friedrich II. in Preußen die Suizidbestrafung durch königliche Reskripte ab. Das Allgemeine Landrecht bestätigt dies in den Jahren 1774 und 1796.
- 1813 wird zunächst in Bayern, in der Folge auch in anderen deutschen Ländern und

¹⁷¹ Vgl. MINOIS (1996), S. 432ff.

¹⁷² Vgl. SCHÜTTAUF (2003), S. 89.

¹⁷³ SIMSON (1976), S. 43ff.

- 1870 im neuen Reichsstrafgesetzbuch die Bestrafung von Suizid, Suizidversuch und Teilnahme am Suizid aufgehoben.

Nach dem heutigen deutschen Strafgesetz ist „die Suizidtat selbst, einschließlich des Versuches, durchweg straflos“¹⁷⁴. Nichtsdestoweniger ist Herbert Tröndle der Meinung, dass ein Recht auf Selbsttötung grundsätzlich abzulehnen und auch aus dem Grundgesetz nicht abzuleiten ist.

3.2.3.2 Strafflosigkeit versus Strafbarkeit

Obwohl in Deutschland ein Suizid straflos bleibt, wird die Tötung eines Menschen laut § 212¹⁷⁵ des deutschen Strafgesetzbuches bestraft. Konsequenterweise müsste demnach auch der Suizid bestraft werden. Es kursieren in der Tat unterschiedliche Meinungen zur Auslegung des Strafrechtes. Einerseits wird mit Verweis auf Artikel 2 Abs. 1 GG¹⁷⁶ argumentiert, dass es jedem Einzelnen freistehe, sich für sein Leben oder für den Tod zu entscheiden. Wenn eine Entscheidung über das eigene Leben der Persönlichkeitsentfaltung dient, besteht die Möglichkeit, für dieses Recht Artikel 2 Abs. 1 GG heranzuziehen. Konkretisiert enthält die Menschenwürde die Komponente zur freien Entfaltung des Menschen¹⁷⁷. Zu überlegen ist hier, ob durch die Absicht eines Suizids und dessen Vollendung eine schützenswerte Persönlichkeit verändert bzw. zerstört wird. Andererseits bezieht man sich auf eine Art rechtsfreien Raum, in dem die Selbsttötung liegen soll. Dies bedeutet, dass eine Lösung allenfalls ethisch, aber nicht mit den Mitteln des Rechts erreicht werden kann¹⁷⁸. Das Recht enthält

¹⁷⁴ SCHÜTTAUF (2003), S. 91.

¹⁷⁵ § 212 Totschlag:

(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

¹⁷⁶ „Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“

¹⁷⁷ Vgl. SCHMALZ (2000), S. 50.

¹⁷⁸ HILGENDORF (1996), S. 762.

sich einer Bewertung, „so dass das Verhalten des einzelnen seiner persönlichen Gewissensentscheidung anheim gestellt wird“¹⁷⁹.

Andere appellieren an die Vernunft und das Gemeinschaftsdenken. Nach herrschender Meinung kann zwar jeder tun und lassen, was die Rechte anderer nicht verletzt, aber eine Handlung soll auch nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstoßen. Auch hiernach sollte eine Suizidhandlung nicht unter Strafe gestellt werden. Dieser Meinung widerspricht, dass Grundrechte nicht zu Grundpflichten werden dürfen¹⁸⁰. Eine Entscheidung, seine Persönlichkeit nicht mehr zu entfalten, sondern sich zu vernichten, kann durch Artikel 2 Abs. 1 GG gerechtfertigt werden, da dieses Grundrecht die Selbstverwirklichung des Menschen nach seinen eigenen Vorstellungen schützt¹⁸¹. In Literatur und Rechtsprechung dominiert die Auffassung, die Selbsttötung nicht unter den Tatbestand der Tötung zu zählen¹⁸². Nach herrschender Meinung sollen nur Handlungen justiziabel sein, die bei einer strafbaren Tat vollzogen werden. Hier gilt das Akzessoritätsprinzip, das besagt, dass das Nebenrecht vom zugehörigen Hauptrecht abhängig ist. Folglich wäre eine Tötung auf Verlangen – und zwar sowohl die Teilnahme, als auch die Beihilfe oder Anstiftung - nicht strafbar. Im aktuell geltenden deutschen Recht spricht der § 216 StGB¹⁸³ gegen eine Straffreiheit. Allerdings berücksichtigt er das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, indem er bei Tötung auf Verlangen eine Strafmilderung für den Täter toleriert.

¹⁷⁹ HILGENDORF (1996), S. 762.

¹⁸⁰ Vgl. STÜRMER (1989), S. 41.

¹⁸¹ Vgl. SEIFERT/HÖMIG (1995), GG, Art. 2 Rn. 5.

¹⁸² Vgl. SCHÜTTAUF (2003), S. 92.

¹⁸³ § 216 Tötung auf Verlangen: (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.
(2) Der Versuch ist strafbar

„Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren zu erkennen.“

Eine Straffreiheit für Ärzte, die Tötung auf Verlangen unter strengen Richtlinien und nach einem standardisierten Verfahren ausüben, wurde im Jahre 1986 als Reformentwurf vorgeschlagen¹⁸⁴. Diese Idee wurde nicht verwirklicht, da sie u. a. durch den „Deutschen Juristentag“ im selben Jahr abgelehnt wurde. Weiterhin bleibt in Deutschland eine Straffreiheit für Suizid bestehen, die Tötung auf Verlangen jedoch bleibt strafbar. Herbert Tröndle weist in seinen Thesen darauf hin, dass eine Freigabe oder auch Lockerung des § 216 StGB bedeutende Auswirkungen nach sich zöge¹⁸⁵. Er warnt vor einer Entwicklung, die über die Fälle einer eigentlichen Sterbehilfe hinausgeht. Eine solche Rechtsänderung würde nicht nur den Berufsstand der Ärzte treffen, sondern auch das öffentliche Gesundheitswesen im Kern verändern.

3.2.3.3 Der „Fall Wittig“

In der Sterbehilfediskussion, vor allem im Bereich der Beteiligung am Suizid, nimmt der „Fall Wittig“ eine besondere Stellung ein:

Eine 76-jährige Witwe, die an einer hochgradigen Verkalkung der Herzkranzgefäße und an Gehbeschwerden auf Grund einer Hüft- und Kniearthrose litt, weigerte sich, sich von ihrem Hausarzt in ein Krankenhaus einweisen zu lassen. Sie hat sich noch zu Lebzeiten ihres Mannes mit der Problematik des Suizids auseinandergesetzt, da sie nicht in den Zustand der Hilflosigkeit und Abhängigkeit geraten wollte. Im Oktober 1980 verfasste sie folgendes: „Willenserklärung. Im Vollbesitz meiner Sinne bitte

¹⁸⁴ Vgl. SCHÜTTAUF (2003), S. 93.

¹⁸⁵ Vgl. TRÖNDLE (1986), S. 51.

ich meinen Arzt keine Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim, keine Intensivstation und keine Anwendung lebensverlängernder Medikamente mir zukommen zu lassen. Ich möchte einen würdigen Tod sterben....“.

Am 13. April 1981 folgte eine weitere Niederschrift, die diese Einstellung bestätigte. Am 27. April 1981 kündigte ihr Arzt bei einem Hausbesuch an, dass er sie am kommenden Tag zwischen 19 und 20 Uhr erneut besuchen würde, um mit ihr über eine Klinikeinweisung zu diskutieren. Als am 28. April der Arzt und ein Nachbar, der einen Hausschlüssel besaß, in die Wohnung kamen, lag die Witwe bewusstlos auf der Couch. In ihren gefalteten Händen hielt sie einen Zettel, auf den sie „an meinen Arzt - bitte kein Krankenhaus – Erlösung! - 28.11.1982- Ch. U.“ geschrieben hatte. Anhand der Medikamentenpackungen konnte man feststellen, dass sie eine Überdosis Morphinum und Schlafmittel in Selbsttötungsabsicht genommen hatte. Der Hausarzt war sich sicher, dass die Sterbende nicht ohne zurückbleibende Dauerschäden zu retten sei. Da der Hausarzt den Willen seiner Patientin kannte und respektierte, blieb er mit dem Nachbarn so lange, bis die Patientin am folgenden Morgen verstarb.

Am 4. Juli 1984 sprach das Landgericht Krefeld den behandelnden Hausarzt der Witwe U. vom Vorwurf der Tötung auf Verlangen durch Nichtgewährung ärztlicher Hilfe frei. Der Vorwurf der versuchten Tötung auf Verlangen konnte nicht aufrecht gehalten werden, „weil dieses Delikt nicht durch Unterlassen begangen werden konnte, wenn sich der Garant für das Leben der Selbstmörderin deren frei verantwortlichen Tötungsentschluss unterordne“¹⁸⁶. Der BGH hält den Arzt dennoch als Unterlassungstäter eines Tötungsdeliktes für strafbar. Dem widersprach das Gericht mit der Begründung des „Tatherrschaftswechsels“¹⁸⁷. Die Straffreiheit, die das Gericht am 4. Juli bekannt gab, begründet der BGH damit,

¹⁸⁶ BGHSt 32 (Urteil vom 04.07.1984), S. 369.

¹⁸⁷ BGHSt 32, S. 373/374.

dass der Arzt in einem Gewissenskonflikt zwischen einer Rettungschance für seine Patientin und der Beachtung ihres Selbstbestimmungsrechtes steckte¹⁸⁸. Im Kollisionsfall entscheidet der Arzt, der sich an den „Maßstäben der Rechtsordnung und der Standesethik auszurichten hat“¹⁸⁹. Ein Arzt ist durch das Recht nicht verpflichtet, ein erlöschendes Leben um jeden Preis zu erhalten. Er soll die Grenze seiner ärztlichen Behandlungspflicht an Einzelfallentscheidungen definieren, die an der „Achtung des Lebens“ und der „Menschenwürde“ ausgerichtet sind¹⁹⁰. Hier soll der Arzt nicht als Befolger des Todeswunsches der Patientin dargestellt werden. Dies wäre nicht nur unärztlich, sondern auch grundsätzlich unzulässig. Der Angeklagte wurde entlastet durch die bereits aufgeführten Belege. Auch nach § 323 c StGB könnte der Arzt nicht der unterlassenen Hilfeleistung schuldig gesprochen werden, „da sich das Unglück von vornherein für unabwendbar erwies und von vornherein offenkundig nutzlose Hilfe (...) nicht geleistet werden“¹⁹¹ muss.

3.2.4 Das Selbstbestimmungsrecht durch die „Patientenverfügung“

Im Zuge einer zunehmenden Aufklärung und der enormen Entwicklung auf dem Sektor der Medizintechnik nimmt die Zahl der Menschen zu, die ihre eigene Meinung bis zu ihrem Tod respektiert sehen wollen. Der Patient hat die Möglichkeit einer vorsorglichen Willensbekundung durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. In einer repräsentativen Umfrage aus dem Jahre 1998 hielten es 70 % der Befragten für gut, durch eine Patientenverfügung eine künstliche Lebensverlängerung in hoffnungslosen Fällen verbindlich ablehnen zu können¹⁹². Diese Umfrage zeigt, dass die überwiegende Mehrheit die Möglichkeit einer vorsorglichen Verfügung begrüßt. Dennoch haben die wenigsten ein ent-

¹⁸⁸ BGHSt 32, S. 377.

¹⁸⁹ BGHSt 32, S. 377/378.

¹⁹⁰ BGHSt 32, S. 380.

¹⁹¹ BGHSt 32, S. 381.

¹⁹² KOCH (2000), S. 310.

sprechendes Schriftstück. Burchardi/Fangerau/Simon befragten neu aufgenommene Patienten in einem Krankenhaus. In dieser Studie kamen von den 173 ausgegebenen Fragebögen 79 zurück, davon besaßen 9 Personen eine Patientenverfügung. Diese geringe Anzahl belegt ein hohes Informationsdefizit der Bevölkerung und eine notwendige Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit. „Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit“¹⁹³. Jeder Patient kann in einer Patientenverfügung definieren, bestimmte ärztliche Maßnahmen zur Lebensverlängerung abzulehnen, darf aber nicht ärztliche Handlungen zu einer direkten, aktiven Lebensbeendigung verlangen. In einer qualitativen Umfrage von 17 Personen wurde festgestellt, dass Patientenverfügungen einen Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten und zu emotionszentrierten Bewältigungsformen gehören¹⁹⁴. Die Befragten dieser Studie gaben auch zu, dass für sie eine Patientenverfügung als emotionsregulierende Möglichkeit empfunden wurde. Sie lernten mit ihrer Angst umzugehen und eine Vorsorge zu treffen, die sie als beruhigend empfanden¹⁹⁵. Diese Beruhigung wird vor allem durch die Formulierung der eigenen Wünsche und Vorstellungen erreicht. Die Herausforderung, sich frühzeitig mit dem Ende des eigenen Todes zu beschäftigen, gehört zu den wirksamsten Mitteln vorsorglicher Sicherung von Lebensqualität und Selbstbestimmung¹⁹⁶. Es existieren eine Vielzahl an Patientenverfügungen, welche auch nicht einheitlichen Inhalts sind. Das „Zentrum für Medizinische Ethik“ in Bochum verzeichnet 2002 170 Muster¹⁹⁷. Da momentan noch keine gesetzliche Regelung besteht, ist eine einheitliche Form mit einheitlichen Inhalten nicht zwingend vorgegeben. Diese Situation führt zu einer schwierigen Handhabung, sowohl aus juristischer, als auch aus

¹⁹³ BUNDESÄRZTEKAMMER (1999), S. 1.

¹⁹⁴ Vgl. SCHÄFER (2001), S. 96.

¹⁹⁵ Vgl. SCHÄFER (2001), S. 84.

¹⁹⁶ Vgl. KIELSTEIN/SASS (2005), S. 3.

¹⁹⁷ JACOBI (2002), S. 145.

ärztlicher Sicht. Es sind Patientenverfügungen im Umlauf, welche so vage und allgemein formuliert sind, dass sie für einen Arzt keine Hilfe darstellen, noch bindend sein können¹⁹⁸. Dennoch zeigen Ärzte und entsprechend auch das Pflegepersonal eine hohe Bereitschaft, Therapieentscheidungen am Willen des Patienten zu orientieren.

3.2.4.1 Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung

In Deutschland besteht zurzeit noch keine rechtliche Klarheit über die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung. Einstellung und Haltung der Ärzte gegenüber Patientenverfügungen sind maßgeblich für deren Bedeutung und Verbreitung. Die Richtlinien der Bundesärztekammer lassen im Verlauf der Jahre eine zunehmend aufgeschlossene Haltung erkennen. Die Bundesärztekammer hält daran fest, dass der geäußerte Wille eines Patienten in einer Patientenverfügung grundsätzlich gilt, solange keine konkreten Anhaltspunkte darauf schließen lassen, dass der Patient seine Meinung geändert hat. Um keinen Zweifel an der Verbindlichkeit älterer Verfügungen aufkommen zu lassen, schlägt die Bundesärztekammer vor, in regelmäßigen Abständen diese zu bestätigen. Der Nationale Ethikrat empfiehlt für die Aktualität der Patientenverfügung zu sorgen, sieht wiederholte Bestätigungen oder vorgegebene Fristen für die Gültigkeit einer Verfügung nicht für maßgeblich an¹⁹⁹. Eine Patientenverfügung gewinnt erst an Bedeutung, wenn der Patient seinen Willen nicht mehr frei äußern kann. Solange dies nicht der Fall ist, ist die aktuelle Meinung im Dialog zu eruieren²⁰⁰. Ist jedoch der Wille des Patienten nicht ermittelbar, tritt die antizipierte Erklärung des Patienten in den Vordergrund. Hier ist allerdings anzumerken, dass eine Patientenverfügung nicht mit einem Patiententestament gleichzusetzen ist, wie dies im Sprachgebrauch geschieht, denn die

¹⁹⁸ Vgl. KRESS (2004), S. 295.

¹⁹⁹ Vgl. http://www.ethikrat.org/_english/publications/Opinion_advance-directive.pdf (10/2005)

²⁰⁰ Vgl. BAUMANN-HÖHLE/STREBEL (1999), S. 336.

Rechtswirkung des gewöhnlichen Testaments ist von der Patientenverfügung wesentlich zu unterscheiden. Beide beinhalten zwar eine letztwillige Verfügung, unterscheiden sich aber inhaltlich dadurch, dass das Testament sich auf die Zeit nach dem Tod und das Patiententestament auf die Zeit kurz vor dem Tode bezieht. Das Testament kann des weiteren nach dem Tod angefochten werden. Bei einer Patientenverfügung sind spätere Korrekturmöglichkeiten ausgeschlossen, da es um die Entscheidung zwischen Leben und Tod geht. Gemeinsam haben beide Niederschriften eine namentliche Erklärung der abfassenden Person über ihre „Testierfähigkeit“. Verfasst ein Notar das Testament einer Person, muss sich dieser von der Testierfähigkeit seines Klienten überzeugen (§§ 11, 28 BeurkG). Für eine formlos gültige Patientenverfügung ist dies nicht zwingend notwendig. Allerdings erhöht sich die reale Umsetzungschance des Patientenwillens, wenn eine neutrale Person - darunter fallen neben Juristen und Ärzten auch Seelsorger - diese Verfügung bestätigen. Wünschenswert wäre die Ausarbeitung eines einheitlichen Bogens, eine einheitliche Handhabung und rechtliche Absicherung, sowohl für den Betroffenen selbst, als auch für den behandelnden Arzt, das Pflegepersonal, wie auch für die Angehörigen des Patienten zu erreichen, empfiehlt der Nationale Ethikrat eine ergänzende Regelung im Strafrecht, sowie eine gesetzliche Regelung vor, die die Verbindlichkeit der Patientenverfügung bestätigt²⁰¹. Die Enquetekommission Ethik und Recht des deutschen Bundestages schlägt eine Verbindlichkeit der Patientenverfügungen nur für schriftlich abgefasste und mit der eigenen Unterschrift versehene Verfügungen vor²⁰². Darüber hinaus fordert die Bioethik-Kommission Rheinland Pfalz den Gesetzgeber auf, Klarheit über Bindungswirkung und Reichweite von Patientenverfügungen zu schaffen. Hierbei sollen sowohl die Rechtsverbindlichkeit der Pati-

²⁰¹ Vgl. http://www.ethikrat.org/_english/publications/Opinion_advance-directive.pdf (10/2005)

²⁰² Vgl. RIEDEL (2005), S. 28.

entenverfügungen hergestellt als auch einheitliche Bestimmungen benannt werden, wie die schriftliche Fixierung des Patientenwillens, konkrete Formulierungen und ein vorher geführtes informatives und aufklärendes ärztliches Gespräch²⁰³.

3.2.4.2 Die rechtliche Wirkung einer Patientenverfügung

Die Ausgangslage lässt sich am folgenden Fall verdeutlichen: Ein Patient erlitt am 29.02.2000 infolge eines Myocardinfarkts einen hypoxischen Hirnschaden im Sinne eines apallischen Syndroms. Eine Kontaktaufnahme zu ihm war nicht möglich. Die Ernährung wurde über eine PEG-Sonde ermöglicht. Auf Anregung der behandelnden Klinik wurde ein Betreuer bestellt. Ab dem 18.01.2001 wurde der Sohn des Patienten von dem zuständigen Amtsgericht als Betreuer eingesetzt. Dieser beantragte für seinen Vater am 08.04.2002 die „Einstellung der Ernährung über die PEG-Sonde. Gestützt wurde der Antrag durch eine schriftliche Erklärung, welche der Patient selbst unterschrieben hatte. Die Ehefrau und ihre Tochter unterstützten den Antrag des Betreuers. Das zuständige Amtsgericht lehnte den Antrag ab mit der Begründung, dass es mangels einer Rechtsgrundlage nicht zuständig sei. Der Betreuer legte gegen diese Entscheidung Beschwerde ein. Nach der Ablehnung durch das Landesgericht, wies auch das OLG Schleswig den Antrag zurück, sah sich aber einer abweichenden Rechtsprechung gegenüber, da das OLG Frankfurt und das OLG Karlsruhe anders entschieden hätten. Um eine Entscheidung herbeizuführen, legte das OLG Schleswig die Sache dem BGH vor. Der BGH entschied, dass in einem solchen Fall das Vormundschaftsgericht die zuständige Entscheidungsinstanz ist und eine Entscheidung über den Antrag des Betreuers zu treffen hat. Dabei stützte sich der BGH auf folgende Erwägungen. „Die Einstellung der künstlichen Ernährung ist rechtlich als eine Unterlas-

²⁰³ Vgl. KRESS (2004), S. 295.

sung zu werten²⁰⁴. Da die Beibehaltung einer Magensonde einen Eingriff in die körperliche Integrität des Menschen darstellt, wird dafür die Einwilligung des Patienten gefordert. Denn „nicht in der Unterlassung der Behandlung liegt (...) der Eingriff, sondern in deren ungerechtfertigter oder nicht erwünschter Fortsetzung²⁰⁵“. In diesem Falle ist diese nicht einholbar. Somit würden frühere Willensäußerungen wirksam. Wenn diese auch nicht vorlägen, „beurteilt sich die Zulässigkeit der Maßnahme nach der Erklärung des Betreuers“²⁰⁶. Die rechtliche Handlungsfähigkeit des Betroffenen ist durch den Betreuer wiederhergestellt. Nach § 1901 BGB ist der Betreuer verpflichtet, „dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal Ausdruck und Geltung zu verschaffen“²⁰⁷. Der Arzt und das Pflegepersonal dürfen nicht mehr den mutmaßlichen Willen des einwilligungsunfähigen Patienten ermitteln, sondern sind an die Erklärung des Betreuers gebunden, wobei anzumerken ist, dass der Betreuer keine eigene Meinung abgibt, sondern die im voraus getroffene Entscheidung des Patienten umzusetzen versucht. Wird, wie in diesem Fall, von ärztlicher Seite eine lebenserhaltende oder lebensverlängernde Behandlung angeboten, kann der Betreuer nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes seine Einwilligung verweigern²⁰⁸. Die Problematik dieses Falls zeigt, dass bei einem einwilligungsunfähigen Patienten, dessen Grundleiden einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat, lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben müssen, wenn es dem geäußerten Willen des Patienten, etwa durch eine Patientenverfügung, entspricht²⁰⁹. Falls das Grundleiden eines Patienten noch keinen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat, trifft diese Entscheidung nicht zu, auch wenn eine Patientenverfügung mit den entsprechenden Forderungen vor-

²⁰⁴ BGH-Urteil, Az.: XII ZB 2/03.

²⁰⁵ HUFEN (2005), S. 89.

²⁰⁶ BGH-Urteil, Az.: XII ZB 2/03.

²⁰⁷ BGH-Urteil, Mitteilung der Pressestelle des Bundesgerichtshof, Nr. 52/2003.

²⁰⁸ BGH-Urteil, AZ.: XII ZB 2/03.

²⁰⁹ Ebenda

liegt. In Ausnahmefällen, die aktuell zu entscheiden sind, kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung zulässig sein²¹⁰.

Mit diesem Fall wird klar, dass der BGH Patientenverfügungen als Instrument der Selbstbestimmung und folglich als rechtlich verbindlich bestätigt. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen hat der XI. Zivilsenat im Frühjahr 2003 bekräftigt²¹¹. Eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung besteht noch nicht. Während des Kirchentags in Hannover sprach sich Bischof Huber²¹² gegen eine gesetzliche Regelung aus. „Das deutsche Rechtsverständnis führt mitunter dazu, dass Menschen denken, etwas, was gesetzlich geregelt sei, müsse deshalb auch praktiziert werden“²¹³.

3.3 Die Sterbehilfe aus ethischer Sicht

Der Begriff „Ethik“ wird als „Lehre vom sittlichen Wollen und Handeln des Menschen in verschiedenen Lebenssituationen“²¹⁴ bezeichnet. „Ethik als Maßstab für human- und sozialverträgliches Handeln ist nicht voraussetzungslos und beliebig“²¹⁵. Ethik ist eher als zivilisatorischer Prozess anzusehen, in dem sich Fähigkeiten und Erfahrungen durch das menschliche Zusammenleben herauskristallisiert haben.²¹⁶ Nur die Medizin hat, im Gegensatz zu den anderen Wissenschaften, in Form des „Hippokratischen Eids“ eine Art ethischen Kodex zugrunde gelegt. Damit soll ein vernünftiges sittliches Handeln des Menschen bewahrt bleiben. Im Gegensatz zum Recht wird das Einhalten ethischer Normen nicht erzwungen, son-

²¹⁰ Vgl. LEIPZIGER KOMMENTAR (1989), S. 195.

²¹¹ Vgl. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/09/09/160a0502.asp> (1/2004)

²¹² Bischof Prof. Dr. Wolfgang Huber, Ratsvorsitzender der evangelischen Kirche Deutschlands

²¹³ http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/05/25/094a0606.asp?nproductid=4006&narticleid=358585&cat=/magazin/ethik_in_der_medizin (5/2005)

²¹⁴ DUDEN (1997), S. 229.

²¹⁵ NEUER-MIEBACH (2002), S. 97.

²¹⁶ Ebenda

dern vielmehr erwartet. Verfolgt man die gesellschaftlichen Entwicklungen auf dem Sektor des Leidens und Sterbens und die modernen Bestrebungen in der Sterbehilfediskussion, so fallen dem Betrachter stets dieselben Pro- und Contra-Argumente auf. Als erstes der Argumente wird die Freiheit genannt, über das eigene Lebensende zu befinden. Die Freiheit ist das höchste menschliche Gut und zugleich auch Kennzeichen der menschlichen Würde. Die Würde wiederum beinhaltet die menschliche Persönlichkeit, die es dem Verstand erlaubt, selbst Entscheidungen über das eigene Leben und sein Ende zu treffen. „Die Zielvorstellung des gelungenen Menschseins“²¹⁷ sieht den Menschen als starke, handlungsfähige Person an, welche selbst in der Lage ist, sich für den Zeitpunkt des eigenen Todes zu entscheiden. Das zweite Argument bezieht sich auf den Wert des Lebens. Ein Leben soll nicht bloß gelebt werden, sondern soll auch für die betreffende Person als „lebenswert“ empfunden werden. Als „lebensunwert“ werden meist in der Diskussion eine schwere, unheilbare Krankheit oder irreversible Folgen eines Unfalls genannt. Befindet sich eine Person in einer derartigen Situation, soll das Leben mittels eines Suizids oder der aktiven Sterbehilfe, straffrei und moralisch legitimiert, beendet werden dürfen. Dies ist das dritte auffallende Argument. Als Mord soll nicht mehr jede direkte Tötung gesehen werden, die nach geltendem deutschen Recht strafbar ist. Volker Diel schreibt hierzu: „Der Konflikt entsteht da, wo das Gewissen als subjektive Norm des sittlichen Handelns der objektiven legalen Norm, dem Erlaubten widerspricht, wo mein Gewissen mir verbietet, was das Gesetz mir erlaubt.“

Die folgende Gegenüberstellung der Befürworter und Gegner der aktiven Sterbehilfe bezweckt, einen Einblick in die aktuelle Diskussion zu verschaffen:

²¹⁷ SCHOLZ (2002), S. 116.

3.3.1 Ethisch motivierte Argumente für eine aktive Sterbehilfe

Bereits im Jahre 1931 gründete Dr. Killick Millard eine Gesellschaft für freiwillige Euthanasie „Voluntary Euthanasia Society“. Schon damals forderte er die Legalisierung der aktiven Euthanasie für alle, die an einer unheilbaren tödlich verlaufenden und schmerzhaften Krankheit litten²¹⁸. Die Thematik der freiwilligen Euthanasie beschäftigt die Menschen zwar auch im 21. Jahrhundert, die „Geburtsstunde der Diskussion“ scheint jedoch im Jahre 1931 im angelsächsischen Raum zu liegen²¹⁹. Auch in Deutschland wurden Euthanasiegesellschaften gegründet, deren Bestreben darin lag, die Tötung auf Verlangen zu legalisieren. Darunter fällt z. B. „Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“ (DGHS).

3.3.1.1 Die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“

Das erklärte Ziel der „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben“ liegt darin, den Menschen unerträgliches und sinnloses Leiden zu ersparen und ihnen auch während des Sterbens ihre Menschenwürde zu bewahren. Weiterhin wendet sie sich gegen jede Bevormundung und bemüht sich um die Umsetzung des Selbstbestimmungsrechtes in der letzten Lebensphase.

Die Erhaltung der Freiheit am Lebensende und somit das Selbstbestimmungsrecht eines Sterbenden steht für die DGHS an erster Stelle. Der ehemalige Präsident der Gesellschaft, Henning Atrott, fordert in seiner Eröffnungsrede des 5. Europäischen Kongresses 1985 ein Mitspracherecht desjenigen, um dessen Leben und Tod es geht. Er sieht keine Gefahr, dass der Arzt zum Richter über Leben und Tod werde. Im Gegenteil, er bezeichnet den Arzt, der den Willen des Patienten respektiert, als „Helfer des Patienten“. Demgegenüber begeben sich der Arzt, der den geäußerten Wunsch des zurechnungsfähigen Patienten auf Sterbehilfe ignoriert oder

²¹⁸ Vgl. COMMITTEE OF ANGLICAN CHURCH (1991), S. 4.

²¹⁹ LÜTTEROTTI (1993), S. 177.

verweigert, in eine Position der Herrschaft über dessen Leben und Tod. Zu berücksichtigen ist hierbei, um das Recht auf Selbstbestimmung zu gewährleisten, dass eine Urteils- und Willensfähigkeit des Patienten vorausgesetzt wird. Dennoch müsse der Arzt unterscheiden, ob ein begründeter oder unbegründeter Wunsch vorliege²²⁰. Somit soll der Sterbende ein qualvolles, langwieriges Leiden durch sein Selbstbestimmungsrecht verkürzen und den Todeszeitpunkt selbst bestimmen dürfen²²¹. Der Sterbende soll des weiteren die Hilfe einer dritten Person, insbesondere die des Arztes, in Anspruch nehmen dürfen. Eine Umfrage, von der die Frankfurter Allgemeine Zeitung bereits am 02.11.1987 berichtete, bestätigt diese Auffassung: Es sprachen sich fast 80 Prozent der Befragten dafür aus, dass der Arzt einem Schwerkranken auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin ein todbringendes Mittel geben darf. Auch von Seiten der Ärzte gibt es Situationen, „in denen sie aktive Maßnahmen zur Lebensbeendigung für moralisch vertretbar halten bzw. solche selbst erlebt haben“²²². Um therapiebegrenzende Entscheidungen nicht den Ärzten und dem Pflegepersonal aufzuzwingen, fordert die DGHS den Gesetzgeber auf, die juristischen Grauzonen durch gesetzliche Regelungen zu ersetzen. Deshalb sollen „Maßnahmen, die dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen auch im Prozess des Sterbens und der Humanität im Krankenhaus dienlich sind“, rechtlich durchsetzbar gestaltet und sozialpolitisch umgesetzt werden²²³. Obwohl die FDP eine ablehnende Haltung gegenüber der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe bekundet, fordert sie dennoch in einem Antrag zum 54. Ordentlichen Bundesparteitag in Bremen im Mai 2003 eine rechtliche einheitliche Konzeption im Sinne des Prinzips des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten. Auch Christian Barnard²²⁴ äußerte die Auffassung,

²²⁰ Vgl. SCHOLZ (2002), S. 134.

²²¹ Vgl. Forderungen der DGHS für ein humaneres Lebensende, Informationsblatt

²²² ROBERT-KOCH-INSTITUT (2001)

²²³ Vgl. Forderungen der DGHS für ein humanes Lebensende, Informationsblatt

²²⁴ Christian Barnard, 1922 – 2001, 1967 erste Herztransplantation,
Vgl. www.heartandcoeur.com/celebrity/page_barnard.php (8/2005)

„dass gesetzlich festgelegt werden sollte, wann aktive Sterbehilfe geleistet werden darf und wie sie gegeben werden soll“²²⁵. Für Birnbacher gibt es Ausnahmefälle, in denen aktive Sterbehilfe nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtend erscheint²²⁶. Als ethisches Handeln sieht die DGHS unter dem Aspekt der Selbstbestimmung ein humanes Sterben an, wobei der Kranke selbst die Entscheidungsgewalt über das Ende seines Lebens inne hat. Dieses Handeln ist sittlich vertretbar, da die „voluntas aegroti“, welche in der Medizin als höchstes Gebot angesehen wird, Berücksichtigung findet.

Als zweites ethisch motiviertes Argument für eine aktive Sterbehilfe führt die DGHS eine Minderung oder den Verlust des „Wert des Lebens“ an. An einer Diskussion des Marburger Forums beteiligte sich auch der amtierende Vizepräsident der DGHS, Karl-Heinz Blessing. Zwar sieht er die von Gegnern der aktiven Sterbehilfe angeführten Bedenken, wonach eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe dazu führen könnte, „dass sich leidende Menschen unter Druck von den Angehörigen oder gar von der Gesellschaft gesetzt fühlen könnten“²²⁷, als Gefahr an; er stellt aber zugleich die Gegenfrage, ob sich nicht auch ein qualvoll leidender Mensch dadurch missbraucht fühlen könnte, dass (...) von tonangebenden Personen (...) aufgedrängt wird, Leiden seien die finale Möglichkeit, endlich die eigene menschliche Reife zu erlangen“²²⁸. Letzteres ist ethisch betrachtet höchst zweifelhaft. Auch aus rechtlicher Sicht würde dies gegen die Würde des Menschen, die nach Artikel 1 Abs.1 des GG unantastbar ist, verstoßen. Dennoch zählen solche Erlebnisse von Sterbenden zu den Erfahrungen der DHGS. Gerade von Angehörigen wird die Erlangung der „menschlichen Reife“ als Druckmittel gegenüber dem Patienten angewandt, sich gegen

²²⁵ BARNARD (1985), S. 38.

²²⁶ Vgl. BIRNBACHER (2005), S. 41.

²²⁷ DGHS (2003), S. 21.

²²⁸ Ebenda

den Tod zu entscheiden. Als Ziel hat die DGHS auch definiert, dass „Missbräuche der Sterbehilfe (...) von anderen als im Wohl und Willen des Patienten begründeten Zwecke zu verhindern sind“²²⁹. Im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes und des Erhaltes der Würde des Menschen, legt die DGHS größten Wert darauf, „dass alle Entscheidungen hinsichtlich der Abkürzung eines qualvollen Sterbeprozesses auf einem unbeeinflussten, freien und individuellen Willensentschluss beruhen, der mit Bedacht und auf Grund der persönlich verantworteten Werteorientierung getroffen worden ist“²³⁰. Hierbei ist festzustellen, dass bei jedem Individuum die Orientierung an den Werten des Lebens anders ausfällt. „Jedem Leben kommt ein relativer Wert zu, der bestimmt wird durch seinen Träger selbst oder durch die Interessen anderer, die über Zustand oder Bedeutung des in Frage stehenden Lebens befinden“²³¹. Die Entscheidung über diesen relativen Wert kommt in der Medizin den behandelnden Ärzten zu. Wie oben bereits genannt und durch die DGHS belegt, nehmen sich auch Angehörige das Recht heraus, den Patienten zu beeinflussen. Hängt nicht der Wert des Lebens auch davon ab, ob einem „das Weiterleben einerseits befriedigende Bestätigung und erfreuliche Erlebnisse, vielleicht sogar Glück beschert und dass es andererseits nicht unheilbare schmerzhaftes Krankheit, frustrierende Behinderung oder sonstiges schweres Leid mit sich bringt“²³²? Es ist offensichtlich, dass einem Menschen sein Lebensziel, welches zu seinem Lebensglück führen soll, nicht vorgeschrieben werden kann. Dafür gibt es keine verbindlichen Normen. Vielmehr besitzt der Mensch selbst die Möglichkeit, den Wert seines Lebens zu bestimmen. Aus der Sicht eines Gesunden scheint eine durch quälende Schmerzen bestimmte Phase eher einen geringen Wert des Lebens zu enthalten. Als Kontrast dazu sei ein Gespräch mit einer am selben Tag noch sterben-

²²⁹ DGHS (2000)

²³⁰ Ebenda

²³¹ BECKERT (1996), S. 212.

²³² MÜLLER (1999), S. 60.

den Frau zitiert: Die Patientin litt an einem metastasierenden Eierstockstumor im terminalen Stadium. Zusätzlich kam als Komplikation ein Ileus dazu. Am Morgen ihres Todes lag sie Kot erbrechend über dem Waschbecken und sagte: „Ist das heute nicht ein wunderschöner Tag“. Dieses Beispiel belegt die unterschiedliche, für viele Gesunde unvorstellbare Beurteilung des Wertes eines Lebens: „Ob ein bestimmtes Leben lebenswert ist oder nicht, kann nur vom Wertungsstandpunkt jenes Menschen aus entschieden werden, dem dieses Leben gehört“²³³.

Um einer Entwürdigung in der letzten Lebensphase entgegenzuwirken, fordert die DGHS auch in diesem Sinne eine gesetzliche Regelung und eine gesellschaftliche Akzeptanz. Sie schlägt darüber hinaus auch vor, Beratungsinstitutionen zu schaffen, wie sie in der Handhabung des Schwangerschaftsabbruches obligatorisch sind²³⁴.

Sieht ein Sterbender sein Leben als „lebensunwert“ an und verlangt von einem Arzt getötet zu werden, so soll dies, wenn eine schriftliche Erklärung des Patienten vorliegt und ein zweiter Arzt das Vorliegen der schriftlichen Erklärung bestätigt, nicht rechtswidrig sein²³⁵. Mit diesem Argument setzt sich die DGHS für eine Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe ein. Der Verfassungsrechtler Professor Friedhelm Hufen unterstreicht diese Forderung. „Da dem Gesetzgeber (...) beim Schutz des Lebens ein weiter Beurteilungsspielraum zukommt, wäre er nicht gehindert, die Strafbarkeit konsentierter aktiver Sterbehilfe für solche - strikt eingegrenzten - Fälle aufzuheben (...)“²³⁶. Beide Zitate belegen, dass aus verschiedenen Richtungen der Gesellschaft über die rechtliche Freigabe der aktiven Sterbehilfe nachgedacht wird. Eine Straffreiheit, wie aus juristischer Sicht bereits

²³³ HOERSTER (1989), S. 290.

²³⁴ Vgl. DGHS (2003), S. 21.

²³⁵ Vgl. DGHS (2000)

²³⁶ HUFEN (2001), S. 855.

diskutiert, ist in Deutschland für den Suizid gewährleistet, für die aktive Sterbehilfe stellen sich folgende Probleme dar. Keiner Person ist es erlaubt, einer anderen einen Lebenssinn vorzuschreiben oder abzusprechen. Auf der Basis der eigenen Lebenserfahrung kann nur jeder Einzelne die Maßstäbe für den Sinn seines Lebens setzen. Hier treffen drei Argumente aufeinander: das Selbstbestimmungsrecht, die Entscheidung über den Wert des Lebens und die geforderte Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe. Kompliziert wird es dann, wenn ein Arzt verpflichtet werden soll, gegen seine ethische Einstellung aktive Sterbehilfe zu leisten, nur weil dies aus juristischer Sicht legitim sein möge, ja sogar gefordert würde. Nicht vergessen werden darf hierbei, dass das Selbstbestimmungsrecht zwar ein hohes, aber kein absolutes Gut des Menschen ist²³⁷. Hier definiert die DGHS ein weiteres Ziel. Dringlich notwendig sei es, „das Recht des Arztes zu sichern, an Handlungen der Sterbehilfe, die seinen ethischen Überzeugungen widersprechen, nicht beteiligt zu werden“²³⁸. Diese Regelung verhindere eine „Versklavung“ der Ärzte, welche ethisch nicht vertretbar wäre. Denn hier wäre der Heilauftrag des Arztes durch einen „Tötungsauftrag“ ersetzt. Dennoch muss bedacht werden, dass betroffene Sterbende weniger ethische Bedenken an der Legalisierung der Tötung auf Verlangen äußern als Gesunde. Als Alternative plädiert Albin Eser, Strafrechtler in Freiburg, für eine Regelung, in der die aktive Sterbehilfe als rechtswidrig deklariert werde, unter bestimmten Voraussetzungen allerdings straffrei bleiben soll²³⁹.

3.3.1.2 Die Thesen Peter Singers

Der australische Moralphilosoph Peter Singer bewirkte heftige Kontroversen auf Grund der Veröffentlichung seiner „Praktischen Ethik“. Singers Auffassung lassen sich in drei Thesen zusammenfassen: Zuerst bezeichnet

²³⁷ Vgl. PATZIG (2005), S. 44.

²³⁸ DGHS (2000)

²³⁹ Vgl. DGHS (2003)

er das Leben nicht als heilig oder unantastbar²⁴⁰. Diese These legitimiert nach Singers Ansicht die Tötung eines schwerstbehinderten Säuglings ebenso wie die Tötung auf Verlangen bei einem Patienten im Endstadium einer Krebserkrankung. Unter bestimmten Umständen wäre dies für Singer moralisch zulässig. Der zweite Leitsatz ermöglicht es, einem Menschen ein Lebensrecht zuzusprechen, wenn entscheidende Gründe dafür vorlägen²⁴¹. Diese seien davon abhängig zu machen, ob jemand den Eigenschaften nach als Person oder als Mensch bezeichnet werden kann. In der letzten These lässt sich die Unterscheidung zwischen einem „lebenswerten“ und einem „lebensunwerten“ Leben zusammenfassen²⁴². Die Basis, die Singer für seine Argumente heranzieht, ist der Utilitarismus. Dieser sieht im Nützlichen die Grundlage des sittlichen Verhaltens und erkennt ideale Werte nur an, sofern sie der Gemeinschaft und dem Einzelnen nützen²⁴³. Die Theorie des Utilitarismus lässt religiöse Sicht- und Denkweisen außer Acht. Weiterhin ist der klassische Utilitarismus vom Präferenz-Utilitarismus zu unterscheiden. Der klassische Utilitarismus, wie er im 18. und 19. Jahrhundert vertreten wurde, geht von einem Erreichen „des größtmöglichen Glücks für die größtmögliche Zahl von Menschen“²⁴⁴ aus. Er „beurteilt Handlungen nach ihrer Tendenz zur Maximierung von Lust oder Glück und zur Minimierung von Schmerzen oder Unglück“²⁴⁵. Für Vertreter dieser Theorie erscheint es gerechtfertigt, das Tötungsverbot beizubehalten. Peter Singer dagegen, Vertreter des Präferenz-Utilitarismus, bemüht sich um eine Übereinstimmung der gesetzten Präferenzen mit den Folgen der ausgeführten Handlungen. Das Grundprinzip ist das der „gleichen Erwägung von Interessen“²⁴⁶. Dies bedeutet, „dass wir unseren moralischen Überlegungen gleiches Gewicht geben hinsicht-

²⁴⁰ HEGELSMANN/MERKEL (1992), S. 7.

²⁴¹ Ebenda

²⁴² Ebenda

²⁴³ FREMDWÖRTERLEXIKON, S. 787.

²⁴⁴ STEINVORTH (1990), S. 20.

²⁴⁵ SINGER (1994), S. 124.

²⁴⁶ SINGER (1984), S. 32.

lich der ähnlichen Interessen all derer, die von unseren Handlungen betroffen sind“²⁴⁷. Moralische Entscheidungen sind vertretbar, wenn mittels der Vernunft die Konsequenzen abgewogen werden²⁴⁸ und daraus ein bestmöglichstes Ziel für alle Beteiligten erreicht wird.

Um auf die Unantastbarkeit des Lebens im Zusammenhang mit der aktiven Sterbehilfe zurückzukommen, darf ein Mensch, der leben möchte, nicht getötet werden. Allerdings behauptet Singer, dass eine Ausnahme besteht, welche die Tötung eines Menschen rechtfertigt. In seiner Erörterung über die „Heiligkeit des Lebens“, zeigt er auf, dass es nicht immer unrecht sein muss, menschliches Leben zu töten²⁴⁹. Singer unterscheidet eine nichtfreiwillige Sterbehilfe, „in der das Subjekt niemals die Fähigkeit hatte, zwischen Leben und Sterben zu wählen“²⁵⁰ oder mittlerweile nicht mehr in der Lage ist, selbst zu entscheiden, von einer freiwilligen. Die Intention der freiwilligen Sterbehilfe ist bekannt. Die der Unfreiwilligen beabsichtigt das Elend der Menschen, welche kein Selbstbewusstsein haben, zu beenden und die Lebensqualität zu steigern²⁵¹. Dazu fließt in die Entscheidung mit ein, ob die betreffende Person ein Interessenträger ist. Nach Singer sind Menschen, die keine Fähigkeit besitzen, den Unterschied zwischen Leben und Tod zu verstehen, auch keine Interessenträger²⁵². Ihnen fehlen darüber hinaus Eigenschaften wie „Rationalität, Autonomie und Selbstbewusstsein“²⁵³; sie können folglich nur als „Behältnisse für bestimmte Glücksmengen angesehen werden“²⁵⁴. Die freiwillige Euthanasie wird im Sinne Singers damit belegt, dass die Autonomie der Person respektiert und die Entscheidung auf einer rationalen Basis getroffen wird²⁵⁵.

²⁴⁷ ANZENBACHER (1992), S. 78.

²⁴⁸ Vgl. SINGER (1994), S. 24.

²⁴⁹ Vgl. SINGER (1994), S. 116.

²⁵⁰ SINGER (1994), S. 232.

²⁵¹ Vgl. SINGER (1994), S. 245.

²⁵² Vgl. SINGER (1994), S. 120.

²⁵³ SINGER (1994), S. 233.

²⁵⁴ SINGER (1994), S. 166.

²⁵⁵ Vgl. SINGER (1994), S. 256.

Für den Präferenz-Utilitarismus ist die Tötung einer Person schlimmer als die eines anderen Wesens im Sinne Singers, da hierbei Präferenzen, welche zukunftsorientiert sind, verletzt werden²⁵⁶. Die „Heiligkeit des menschlichen Lebens“ sei allein eine Vorstellung gemäß der christlichen Tradition. Singer zieht ihn als Ausdruck dafür heran, dass das menschliche Leben einen besonderen Wert im Vergleich zu dem anderer Lebewesen darstellt²⁵⁷. Dieser Wert jedoch ist nur für „Personen“ zutreffend und nicht für Lebewesen, die nur Mitglieder der Spezies Homo sapiens sind. In verschiedenen Kulturen gab es diverse Vorstellungen vom Wert des Lebens, der sich unmittelbar auf ein Recht auf Leben auswirkt. Bei Griechen und Römern genügte die Zugehörigkeit zur Spezies Homo sapiens nicht, um den Schutz des Lebens zu garantieren²⁵⁸. Auch Säuglinge hatten in dieser Zeit nicht automatisch ein Recht auf Leben²⁵⁹. Sowohl Menschen mit bestimmten Krankheiten als auch Säuglingen wird bei Singer kein Lebensrecht zugesprochen. Beide besitzen keine Präferenzen bezüglich ihrer Zukunft, also auch keine Zukunftspläne. Für Singer erscheint es notwendig, die Fähigkeit zu besitzen, die eigene Zukunft ins Auge zu fassen. Sie können ihre „künftige Existenz nicht der Nicht-Existenz vorziehen“²⁶⁰. Die Vorstellung, dass wir ein Recht auf Leben haben, ist verbreitet. Da sich die vorgenannten Beispiele jedoch nicht als „distinkte Entität“ erkennen können, sind sie austauschbar und haben folglich kein individuelles Recht auf Leben²⁶¹. Säuglinge nimmt Singer in der Hinsicht heraus, da sie, trotz fehlender Rationalität und fehlendem Selbstbewusstsein eine Empfindungsfähigkeit besitzen²⁶². „Maßstab für die Beurteilung des „Rechts auf Leben“ ist, ob ein Wesen künftig mehr Lust als Schmerzen

²⁵⁶ Vgl. SINGER (1994), S. 128.

²⁵⁷ Vgl. SINGER (1994), S. 116.

²⁵⁸ Vgl. SINGER (1994), S. 121.

²⁵⁹ Ebenda

²⁶⁰ SINGER (1994), S. 129.

²⁶¹ Vgl. ANZENBACHER (1992), S. 78.

²⁶² Vgl. SINGER (1994), S. 235.

empfinden wird²⁶³. „Diejenigen töten, die ein lustvolles Leben führen, hieße die Lust beseitigen, die sie sonst empfinden würden, daher ist ein solches Töten unrecht“²⁶⁴. Wenn das Wesen in seinem aktuellen Zustand mehr Lust als Schmerz empfinde, dürfe dieses Leben nicht verkürzt werden²⁶⁵. Denn das Leben von Menschen, die gerne weiterleben wollen, sei im Sinne der Autonomie zu achten²⁶⁶. Ein Leben, das eine von Schmerzen ausgefüllte Zukunft hat, zu töten, ist dagegen moralisch gerechtfertigt. Das Ziel der Maximierung von Lust und Minimierung von Schmerz als Charakteristikum des Utilitarismus wird hier deutlich. Die Beurteilung durch den Betrachter ist stets subjektiv.

Im alltäglichen Leben werden Urteile über die Qualität einzelner Leben gefällt²⁶⁷. Singer sieht es für notwendig an, den Begriff des Wertes von Leben zu erläutern. Als Beispiel führt er ein missgebildetes Neugeborenes an, bei dem davon ausgegangen werden kann, dass es innerhalb der ersten beiden Lebensjahre unter diesen Bedingungen sterben wird. Bei diesem Wesen entwickelt sich eine Lungenentzündung. Aufgrund der Krankengeschichte wird häufig in einem solchen Fall kein Antibiotikum verabreicht. Diese Entscheidung wird gefällt, „da eine Lebensverlängerung für das Neugeborene keinen Sinn macht“²⁶⁸. Um zu dieser Entscheidung zu kommen, muss man sich über die Qualität dieses Lebens Gedanken machen und zu dem Ergebnis gelangen, „dass das Leben es nicht wert ist, verlängert zu werden“²⁶⁹. Dieser Fall, das Sterbenlassen des Neugeborenen, beschreibt die Handlung einer passiven Euthanasie. Singer sieht aber zwischen Sterbenlassen und Töten keinen Unterschied an sich²⁷⁰. In An-

²⁶³ DÖLLE-OELMÜLLER (1993), S. 45.

²⁶⁴ SINGER (1994), S. 137.

²⁶⁵ Ebenda

²⁶⁶ Vgl. SINGER (1994), S. 127.

²⁶⁷ Vgl. FEHIGE/MEGGLE (1992), S. 157.

²⁶⁸ Ebenda

²⁶⁹ Ebenda

²⁷⁰ Vgl. SINGER (1994), S. 286.

betracht der Zeit, bis der Tod eintritt, meint Singer, dass eine aktive Euthanasie „sogar der einzig humane und moralisch angemessene Weg“ sei²⁷¹. Als Beleg dafür sieht Singer die Konsequenzen einer Handlung und einer Unterlassung an, die sich in ihrer Bedeutung oft nicht unterscheiden lassen²⁷². Am Beispiel des missgebildeten Neugeborenen mit der Komplikation der Lungenentzündung kann die Unterlassung einer Antibiotikagabe nicht weniger fatal sein, als ihm eine tödliche Spritze zu verabreichen²⁷³. Es wird wenige Leute geben, die von der modernen Medizin verlangen, dass ein extrem leidendes Wesen möglichst am Leben erhalten werden soll²⁷⁴.

3.3.2 Ethisch motivierte Argumente gegen eine aktive Sterbehilfe

Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe ernten in Deutschland heftige Kritik. Vor allem Vortragsveranstaltungen von Peter Singer wurden auf Grund heftiger Drohungen und Protestaktionen wiederholt abgesagt. Speziell in Deutschland ist die NS-Vergangenheit, in der der Begriff „Euthanasie“ als Euphemismus für Massenmorde an Kranken, Behinderten, Alten und Fürsorgebedürftigen benutzt wurde, noch nicht verarbeitet. Dies führt auch dazu, dass bis in die heutige Zeit das Vertrauen der Bevölkerung in eine Autonomie am Lebensende beeinträchtigt ist. Allein der Begriff „Euthanasie“ stößt auf breite Ablehnung in der Gesellschaft. Es entwickelten sich Institutionen, die sich gegen eine aktive Euthanasie wandten und wenden. Sie postulieren, auch im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes, die Würde des Kranken zu achten.

²⁷¹ Vgl. SINGER (1994), S. 270.

²⁷² SINGER (1994), S. 264.

²⁷³ Ebenda

²⁷⁴ Vgl. FEHIGE/MEGGLE (1992), S. 157.

3.3.2.1 Die Hospizbewegung

Die Entwicklung der Hospizeinrichtungen in Deutschland basiert auf einer medizinischen Versorgungsstruktur, wie sie vor Jahrzehnten in England entstanden ist. Das erste bekannte Hospiz, St. Christopher`s Hospice in London, wurde von der Ärztin Cicely Saunders gegründet. Die Idee, welche auch heute die Intention in Deutschland widerspiegelt, bestand darin, den Betreuern von unheilbar Kranken und sterbenden Menschen Unterstützung anzubieten. Lebensverlängernde Maßnahmen werden im Zusammenhang mit der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft in den öffentlichen Diskussionen häufig thematisiert. Und dort steht die Öffentlichkeit in Deutschland den sogenannten „Sterbekliniken“ kritisch gegenüber²⁷⁵. Verursacht wurde diese Haltung u.a. durch den Film „Noch 16 Tage...: Eine Sterbeklinik in London“, der 1971 im deutschen Fernsehen gezeigt wurde. Zu dieser Zeit wurde über das „Für“ oder „Gegen“ solcher Einrichtungen diskutiert, jedoch nicht über die Bedürfnisse des Sterbenden. Dass diese Kliniken nicht als „Sterbekliniken“ erscheinen müssen, belegt, dass das St. Christopher Hospiz im ganzen eher wie ein „freundliches Heim“ als eine Klinik wirkt²⁷⁶. In den 80er Jahren entwickelten sich einzelne stationäre Hospizeinrichtungen. Darunter fallen die Chirurgische Universitätsklinik in Köln²⁷⁷ und das Haus Hörn in Aachen²⁷⁸. Mit Beginn der 90er Jahre konnten in Deutschland 28 stationäre Hospizeinrichtungen gezählt werden. Im Jahre 1999 gab es 582 ambulant tätige Dienste. Den ambulanten Hospizdiensten wurden 524 Einrichtungen zugerechnet²⁷⁹. Dennoch ist eine hochqualifizierte ambulante Versorgung der Bevölkerung nicht in ausreichendem Maße gewährleistet²⁸⁰.

²⁷⁵ Vgl. KIRSCHNER (1996), S. 6.

²⁷⁶ LUTTEROTTI (1985), S. 158.

²⁷⁷ Vgl. SABATOWSKI et al (2000), S. 20.

²⁷⁸ Vgl. SABATOWSKI et al (2000), S. 41.

²⁷⁹ SABATOWSKI et al (2000), S. 17.

²⁸⁰ Ebenda

Die Hospizbewegung zielt daraufhin ab, dass neben einer wirksamen Schmerzbekämpfung eine Verbesserung der Lebensqualität bei Sterbenden erreicht wird. Vehement wird von Vertretern der Hospizbewegung dementiert, dass die Freiheit am Lebensende durch diese Einrichtungen beschnitten werde. Im Gegenteil ist das Bemühen dahingehend ausgerichtet, „Sterbeverläufe und das Lebensende gemäß individueller Bedürfnisse als gestaltbaren Prozess anzusehen, obwohl und weil der Ausgang unabänderlich ist“²⁸¹. Dadurch sollen Situationen, in denen Sterbende aus Verzweiflung um Sterbehilfe bitten, nicht aufkommen. Denn diese Bitte kann nicht berücksichtigt werden, da eine aktive Euthanasie im Hospiz nicht angewandt wird. Hospize wollen Leben weder verkürzen noch hinauszögern. Die Betroffenen werden informiert, dass eine Lebensverlängerung im Hospiz kein Behandlungsziel darstellt. Somit stehen hier keine künstliche Ernährung, Beatmung oder langdauernde Infusionstherapie zur Diskussion. Danach sind die Sterbenden autorisiert, sich selbst zu entscheiden. Denn ein Therapieverzicht, auch als passive Euthanasie bezeichnet, stellt für jede Person eine Konfliktsituation dar, die bewältigt werden muss. Hier betrachtet der Hospizdienst den Patienten und seine Angehörigen als gemeinsamen Adressaten, da eine tödlich verlaufende Erkrankung in der Folge stets das soziale Umfeld mit einbezieht. Es wird versucht, sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren und gezielt Bewältigungsmöglichkeiten zu fördern²⁸². Um die soziale Integration so lange wie möglich zu gewährleisten, wird beabsichtigt, die häusliche Pflege und Begleitung des sterbenden Menschen zu bevorzugen²⁸³. Der Sterbende kann dadurch auch die Gelegenheit nutzen, die ihn belastenden Dinge noch zu regeln. Bis zum letzten Lebenstag und noch darüber hinaus versuchen Hospize, durch die individuelle Betreuung die Freiheit des Menschen zu bewahren. Des Weiteren besteht nicht nur für

²⁸¹ WEHKAMP (1998), S. 7.

²⁸² KIRSCHNER (1996), S. 54.

²⁸³ Ebenda

den Sterbenden, sondern auch für die Angehörigen die Möglichkeit, in den Sterbeprozess hineinzuwachsen. Die Hospizbewegung bemüht sich, den Betroffenen eine Hilfe beim Sterben zu geben, indem Sterbende in der letzten Lebensphase nicht allein gelassen werden. Die Hospizbewegung macht darauf aufmerksam, dass die Befürworter einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe die Folgewirkungen ihrer Forderungen übersehen. Die geforderte Freiheit zum Tod kann ein ethisches Dilemma auslösen. Zimmermann-Acklin ist der Meinung, dass sich derartige Dilemmataentscheidungen nicht nach dem Prinzip der Unantastbarkeit oder Heiligkeit des menschlichen Lebens lösen lassen, da „das menschliche Leben zwar ein fundamentales, jedoch kein absolutes Gut, wie beispielsweise Entscheidungen bezüglich des Strassenverkehrs, der Welthungerpolitik oder der Todesstrafe überdeutlich zeigen“²⁸⁴. Albin Eser warnt davor, die Tabugrenze zu überschreiten. Denn wenn das Leben durch seine Verfügbarkeit zugleich seine Unantastbarkeit verlöre, könnten diverse Fälle angeführt werden, in welchen über das Leben anderer auch verfügt werden könne. „Warum nur da, wo sich ein Mensch selbst aufgibt? Warum nicht auch dort, wo er sich nur unvernünftigerweise nicht aufgibt?“²⁸⁵ Hier besteht die Gefahr, dass die Freiheit über den eigenen Tod in eine Unfreiheit über das eigene Leben entgleist.

Gerade im Sterben bietet die individuelle Betreuung und eine kompetente palliative Therapie dem Patienten die Möglichkeit, die Lebensqualität zu erhalten, welche erwartet wird. Die „Hospizbewegung will das Leben erhalten, bis es nicht mehr leben kann, aber sie will es auch lebenswert erhalten“²⁸⁶. Der Wert des Lebens liegt hier in der Berücksichtigung der Ganzheit des Menschen. Der Patient wird nicht als Krankheit behandelt, sondern als Person realisiert und akzeptiert, auch im Sterben. Indem ihm

²⁸⁴ ZIMMERMANN-ACKLIN (1999), S. 371.

²⁸⁵ ESER (1998), S. 174.

²⁸⁶ WEHKAMP (1995), S. 19.

durch palliative Maßnahmen ein schmerzfreier Zustand ermöglicht wird, den er selbst miterleben kann, fühlt der Sterbende sich in seiner Autonomie auch nicht beschnitten. Die Wertvorstellung des Sterbenden beinhaltet das Angenommensein, die Akzeptanz und die individuelle Betreuung. Der Respekt der Angehörigen und der Betreuenden unterstützt die Selbstachtung des Sterbenden. Daraus ergibt sich eine Zufriedenheit des Patienten, die ihm das „Abschied nehmen“ erleichtert und darüber hinaus einen Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nicht aufkommen lässt.

Da weder die Autonomie am Lebensende noch das „lebenswerte Leben“ eines Menschen beeinträchtigt werden, steht für die Mitarbeiter von Hospizen eine aktive Sterbehilfe nicht zur Diskussion. Nicht einmal als Alternative wird in diesen Institutionen darüber nachgedacht. Auch Ausnahmefälle, wie z. B. eine mitleidsorientierte aktive Sterbehilfe, sind für Hospize inakzeptabel. Damit positionieren sie sich klar gegen eine rechtliche Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe, auch gegenüber der DGHS, die in diesen Fällen eine Straffreiheit fordert.

3.3.2.2 Die Christlichen Kirchen

Die beiden großen Kirchen in Deutschland, die das christliche Menschenbild zum Vorbild nehmen, sind in der Euthanasiedebatte gleicher Meinung. Die katholische und die evangelische Kirche in Deutschland vertreten ihre Grundsätze mit Nachdruck und bringen ihre Ansichten auch in der Öffentlichkeit zur Geltung. Mit Blick auf Niederlande und Belgien äußern sie ihre Besorgnis über eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland. Sie appellieren an alle Menschen in unserer Gesellschaft, die Würde nach dem biblisch-christlichen Menschenbild, „die in der Gottesebenbildlichkeit des Menschen gründet“, nicht zu verletzen²⁸⁷, sondern

²⁸⁷ LEHMANN/KOCK (2003), S. 6.

vielmehr die Kostbarkeit jedes einzelnen Menschen zu würdigen. Die Besorgnis der Kirchen liegt darin, dass die Personen, die sich in schwachen Phasen ihres Lebens befinden, keine menschenwürdige Behandlung erhalten, sondern vielmehr der gesellschaftlichen Entwicklung und politisch-finanziellen Entscheidungen zum Opfer fallen. Die Kirchen zeigen sich beunruhigt und missbilligen die in verschiedenen Ländern verabschiedeten Gesetze, die die aktive Sterbehilfe legalisieren und den „Menschen den Herrn über Leben und Tod werden lassen“²⁸⁸.

„Der Mensch, von Gott geschaffen und dazu berufen, an seinem göttlichen Leben teilzuhaben, stand schon immer im Zentrum des christlichen Weltbildes, und deshalb achtet und verteidigt die Kirche das Geschenk des Lebens“²⁸⁹. Das menschliche Leben, unabhängig davon, in welchem Stadium es sich befindet, ist im christlichen Sinne unverfügbar und unantastbar. Auch das 5. Gebot „Du sollst nicht töten“ gilt für alle Phasen des Lebens. Die Kirche unterscheidet sehr wohl zwischen dem Verzicht auf eine Anwendung medizinischer Mittel und der Verabreichung einer den Tod herbeiführenden Spritze. Somit verwirft sie die Aussage der Befürworter, dass es nur einen graduellen Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten gibt. Jede absichtliche Beendigung des Lebens sieht die Kirche sowohl als Tötung, als auch als einen Verstoß gegen die Gesetze Gottes und der Humanität an²⁹⁰. Deshalb gibt es für die Kirche kein Recht auf den Tod, sondern nur ein Recht auf ein menschenwürdiges Sterben. In der Ansprache zur Bischofskonferenz in Fulda sagte der Bamberger Erzbischof Ludwig Schick, „für Christen ist das Sterben ein heiliges Gesche-

²⁸⁸ Vgl. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2002/october/documents/hf_jp-ii_spe_20021031_ambassador-belgium_ge.html (12/2003)

²⁸⁹ Vgl. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2002/october/documents/hf_jp-ii_spe_20021031_ambassador-belgium_ge.html (12/2003)

²⁹⁰ Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2003), S. 13.

hen, das sich ganz persönlich zwischen Gott und dem Menschen vollzieht“²⁹¹.

Das Sterben, als letzte große Lebensaufgabe, die der Mensch zu bewältigen hat, soll ein menschenwürdiges Sterben sein²⁹². Darauf hat jeder Mensch Anspruch. Aus christlicher Sicht beinhaltet ein menschenwürdiges Sterben eine kompetente palliative Therapie und die bestmögliche Pflege. Diese soll von medizinischer Seite aus gewährleistet sein. Darüber hinaus sollen ein vertrauensvoller Umgang, die Anerkennung und die Hochschätzung jedes Menschseins gesichert sein. Besonders in der Phase des Sterbens kommen Fragen nach dem „Woher und Wohin des Lebens“²⁹³ auf. Gerade in einer solchen Situation ist es wichtig, dass die letzten religiösen Fragen Beantwortung finden. Hier ist es notwendig, dass der Sterbende einen Umgang in vertrauensvoller Atmosphäre mit einer herzlichen Solidarität verspürt, die ihm hilft, sich anderen anzuvertrauen. Was Umgang ist, lässt sich nur durch Umgang erfahren, stellte Viktor von Weizsäcker fest. Eine wirksame Hilfe, die Angst vor dem Tod zu durchstehen, stellt der Glaube dar. Menschen, die an ein Leben nach dem Tod glauben, sind besser auf das Sterben vorbereitet, als andere, die ohne diesen Trost in den Tod gehen müssen²⁹⁴. Auch dem Leiden gibt der Glaube seinen Sinn: Denn es ist Teilnahme am Leiden Jesu Christi selbst²⁹⁵. Christliches Sterben ist ein angstüberwindendes Sterben. Hier hat der Sterbende die Möglichkeit, mit seiner Lebensgeschichte und seinen Angehörigen ins Reine zu kommen und in Frieden zu sterben²⁹⁶. Ein würdiges Sterben ist Gnade und eigenes Werk zugleich²⁹⁷. Die Selbstbestimmung am Lebensende darf einem Sterbenden nicht verhindert werden.

²⁹¹ SCHICK (2003), S. 2.

²⁹² Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2003), S. 10.

²⁹³ Ebenda

²⁹⁴ Vgl. SCHOCKENHOFF (2000), S. 108.

²⁹⁵ Vgl. Kol. 1, 24.

²⁹⁶ DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2003), S. 16.

²⁹⁷ Ebenda

Trotzdem dürfe die Tötung von alten und kranken Menschen „niemals und aus keinen Gründen erlaubt“ werden²⁹⁸. Denn mit einer vorzeitigen Beendigung eines Lebens nähme man ihnen die Chance zur persönlichen Reifung für die Begegnung mit Gott und verhindert ihre Wirkungskraft auf Mitmenschen²⁹⁹. Gerade in einer Gesellschaft, in der Gesundheit, Wirtschaftlichkeit und Leistung ausschlaggebend sind, müssten Menschen, die am Ende ihres Lebens angelangt sind, aus einem anderen Blickwinkel gesehen werden³⁰⁰. Auch ein Mensch mit infauster Prognose habe ein Recht auf Leben und dürfe nicht als „hoffnungsloser Fall“ abgestempelt werden. „Das Leiden mag zwar tatsächlich sinnlos sein, das Leben des Leidenden deshalb aber noch nicht“³⁰¹. Solange jedem Sterbenden bis zu seinem Tod mit dem gebührenden Respekt begegnet werde, wird auch das Sterben in Würde geschehen. Die Gesellschaft gewinnt ihren humanen Charakter, wenn sie „sich weder an die Stelle des selbstbestimmten Willens des Sterbenden, noch an die Stelle des Unverfügbaren zu setzen sucht“³⁰². Demgegenüber würde eine Zulassung der Tötung auf Verlangen die Achtung vor dem Leben in einer unverantwortlichen Weise aushöhlen. Die geltenden Wertemaßstäbe und die Einstellungen der Menschen würde sich im Zuge einer Legalisierung dahingehend verändern, dass alt gewordene und sterbende Menschen nichts mehr wert seien.

„Wenn aber der Wert des Lebens, auch des armseligsten Lebens, nicht mehr als in Gott begründet angesehen wird, wonach wird der Mensch dann beurteilt?“³⁰³ Eine Option wäre hier die Einteilung nach sozialem und privatem Nutzen. Nach dieser Einteilung läge ein „Todesurteil“ für Geistesranke, Behinderte und alte Menschen nicht fern. Auch das Ge-

²⁹⁸ FRÄNKISCHER TAG (2003), S. 4.

²⁹⁹ Vgl. SCHICK (2003), S. 3.

³⁰⁰ Vgl. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2002/october/documents/hf_jp-ii_spe_20021031_ambassador-belgium_ge.html (12/2003)

³⁰¹ SCHOLZ (2002), S. 234.

³⁰² MITTELSTRASS (2005), S. 61

³⁰³ DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2003), S. 15.

fühl, nichts mehr wert zu sein und nur Kosten, Lasten und Arbeit zu verursachen, käme bei Kranken oder Sterbenden leicht auf. Deshalb ist nach Ansicht der Kirchen auf die Kostbarkeit des menschlichen Lebens nicht nur hinzuweisen, sondern auch Kraft darauf zu verwenden, es zu schützen. Das Leben ist als gottgeschenktes Leben in jedem Augenblick des Lebens anzusehen. Eine Unterscheidung dieses Lebens in „lebenswert“ oder „lebensunwert“ würde eine „unzulässige Totalverfügung“ darstellen. Die Gesellschaft selbst würde zum Richter über den Wert des Lebens und zerstöre „somit das Leben früher oder später selbst“³⁰⁴. Es sei „höchste Zeit“, dass den Menschen bewusst werde, dass kein einziges menschliches Leben seinen Wert und seine Würde verlieren kann, wie elend und nutzlos es auch erscheinen mag³⁰⁵.

Die christlichen Kirchen sehen die Gefahr, dass der Europarat die aktive Sterbehilfe in ganz Europa legalisieren will und fordern die Christen auf, dagegen mit aller Kraft vorzugehen³⁰⁶. Da allein Gott Herr über Leben und Tod sei, würde eine aktive Sterbehilfe einen Eingriff in Gottes Rechte darstellen³⁰⁷. Die Begegnung mit Gott, die im Tod stattfindet, stelle für den Menschen zugleich das Gericht über sein Leben dar: „Denn wir alle müssen vor dem Richterstuhl Christi offenbar werden, damit jeder seinen Lohn empfängt für das Gute und Böse, das er im irdischen Leben getan hat“³⁰⁸. Im Gericht vor Gott werde jeder Mensch für sein Leben verantwortlich gemacht. Denn jedes Wesen habe sich vor dem zu verantworten, der ihn erschaffen hat. Aus diesem Grund könne ein menschliches Wesen keine Entscheidung über die Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe treffen. Die christliche Ethik beruhe darauf, die Gebote Gottes anzuerkennen und die Wesensordnung nicht zu verändern.

³⁰⁴ DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2003), S. 15.

³⁰⁵ Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2003), S. 25.

³⁰⁶ Vgl. SCHICK (2003), S. 2.

³⁰⁷ Ebenda

³⁰⁸ 2. Kor 5,10.

Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe werfen der Kirche vor, „sie zeige einer weltanschaulichen Minderheit gegenüber nicht genügend Toleranz“³⁰⁹. Vor allem bei der Diskussion über die Straffreiheit der Tötung auf Verlangen wird dies angesprochen. Die im Grundgesetz garantierte Gewissensfreiheit ermögliche die Begründung der Straffreiheit der Tötung auf Verlangen. Die Kirche dagegen akzeptiert das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nur soweit, als damit Rechte anderer nicht verletzt und auch nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstoßen wird³¹⁰. Sobald die Achtung und der Respekt vor dem menschlichen Leben reduziert werde, sei eine Lawine der Unmenschlichkeit nicht mehr zu verhindern. Die Kirche warnt vor dem Begriff der Humanisierung, der als Schlagwort missbraucht werde, um über die Zersetzung der Menschlichkeit hinwegzutäuschen. Wäre eine aktive Sterbehilfe gesellschaftlich anerkannt und rechtlich erlaubt, würde der Kranke unter dem Druck stehen, dass er gegen seinen Willen zur Beendigung seines Lebens „Ja“ sage.

3.3.2.3 Die Internationalen Institutionen gegen aktive Sterbehilfe mit besonderem Blick auf den Weltärztebund

Nicht nur kirchliche Organisationen haben sich mit der Euthanasiethematik beschäftigt. Bereits am 10.12.1948 gab die UNO Menschenrechtsdeklarationen heraus, die in Artikel 1 die Menschenwürde jedes Menschen und in Artikel 3 „das Recht auf Leben...“ garantieren.

Artikel 1: „Alle Menschen sind frei und gleich an Rechten und Würde geboren...“³¹¹.

³⁰⁹ DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2003), S. 13.

³¹⁰ Ebenda

³¹¹ <http://www.uno.de/menschen/index.cfm?ctg=udhr> (12/2003)

Artikel 3: „Jeder Mensch hat ein Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person“³¹².

Ebenfalls ist die Europäische Menschenrechtskonvention zu nennen, die im Artikel 2 ein Recht auf Leben definiert. Hier ist das Recht jedes Menschen auf Leben gesetzlich geschützt. Ausgenommen wird hier die Vollstreckung eines Todesurteils, die auf einer gerichtlichen Entscheidung basiert. Eine absichtliche Tötung, wie dies u. a. bei der aktiven Sterbehilfe der Fall wäre, erlaubt die Europäische Menschenrechtskonvention nicht³¹³.

Die Parlamentarische Versammlung des Europarates beabsichtigte, über einen Bericht ihres Gesundheitsausschusses zum Thema der aktiven Sterbehilfe abzustimmen. Damit soll ein gesetzlicher Rahmen geschaffen werden, der die aktive Sterbehilfe legalisiert. Die Parlamentarische Versammlung hat zwar keine rechtliche Entscheidungsvollmacht, übt jedoch einen gravierenden Einfluss auf die nationale Gesetzgebung aus. Am 29. September 2003 wurde auf einer Ausschusssitzung festgestellt, dass die Diskussion über eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe „in den einzelnen Mitgliedsstaaten auf nationaler Ebene fortgeführt“ werden soll³¹⁴. Aufgrund der Vielfalt an ethischen und kulturellen Standpunkten konnte keine einheitliche Meinung erzielt werden. Deshalb sei es „utopisch eine einheitliche Lösung für ganz Europa“ definieren zu können, stellte Miroslov Ouzky, Mitglied der Parlamentarischen Versammlung des Europarates, fest. Im April 2005 lehnten die Mitgliedsstaaten des Europarates eine rechtliche Regelung der aktiven Sterbehilfe ab³¹⁵.

³¹² <http://www.uno.de/menschen/index.cfm?ctg=udhr> (12/2003)

³¹³ Vgl. <http://www2.amnesty.de/internet/ai-th-me.nsf/db2320ec1f478ab641256737002b1008/1012013f435468ccc1256a630032ba8b?OpenDocument#Abschnitt%20I%3A%20Rechte%20und%20> (12/2003)

³¹⁴ Vgl. http://www.coe.int/t/d/Kommunikation_und_politische_Forschung/Presse_und_Online_Info/Zum_Portal/20030929_Euthanasie.asp (9/2003)

³¹⁵ Vgl. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/04/28/077a0604.asp?cat>

Die Europäische Kommission und das Europäische Parlament geben bis dato keinerlei Empfehlungen zu einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe.

Die Ärzteschaft bildet eine Gruppe der Gesellschaft, die besonders zu betrachten ist. Sie wird mit der Thematik im Berufsalltag am häufigsten konfrontiert. Der Weltärztebund gibt Deklarationen heraus, welche Grundsätze und auch Beschlüsse beinhalten. Bereits in einer Deklaration von 1987, die im Jahre 2002 wieder als Grundlage diente, war zu lesen: „die absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten, selbst auf dessen Wunsch oder auf Wunsch naher Angehöriger, ist unethisch“³¹⁶. Der Wunsch eines Patienten nach einem natürlichen Sterben im Endstadium einer tödlichen Krankheit soll jedoch vom Arzt respektiert werden³¹⁷. Auch die Ablehnung einer medizinischen Behandlung steht dem Patienten zu. Der Arzt, der dieses Grundrecht des Patienten achtet, auch wenn die Befolgung der Willensäußerung zum Tode führt, handelt demnach nicht unethisch. Hier wird die Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende gewahrt. Allerdings nur soweit, wie sie ein Arzt auf Grund seiner ethischen Einstellung tolerieren kann: „Ärzte dürfen nicht dazu gezwungen werden, gegen ihr Gewissen zu handeln“³¹⁸. Da das ärztliche Handeln durch Normen reguliert wird, wäre es unangemessen, eine Forderung hinsichtlich einer aktiven Lebensbeendigung an den Arzt heranzutragen. Selbst die Forderung nach einem „Gnadentod“ kann bei einem behandelnden Arzt einen inneren Konflikt verursachen. Einerseits soll das Leben durch den Arzt geschützt und Leiden gelindert werden, andererseits die Würde des Menschen bewahrt bleiben und der Sterbende mit Respekt behandelt werden³¹⁹. Dafür gibt es keine Ausnahme, auch nicht im Falle einer unheilba-

³¹⁶ WELTÄRZTEBUND (2002), 20.03/2001.

³¹⁷ Ebenda

³¹⁸ http://www.coe.int/t/d/Kommunikation_und_politische_Forschung/Presse_und_Online_Info/Zum_Portal/20030929_Euthanasie.asp (9/2003)

³¹⁹ Vgl. WELTÄRZTEBUND (1983), 17. J.

ren Krankheit oder Missbildung³²⁰. Wenn aber dem Sterbenden kein Leid zugefügt werden, sondern vielmehr das auf ihn zukommende zusätzliche Leid genommen werden soll, wenn ein Wunsch des Patienten nach dem baldigen Tod besteht und eine rechtliche Legitimation für eine aktive Sterbehilfe vorhanden wäre, wie sollte sich dann ein behandelnder Arzt, der in kein ethisches Dilemma gleiten möchte, entscheiden. Aus der Sicht des Weltärztebundes lässt sich eine aktive Sterbehilfe in keinsten Weise mit den ethischen Grundsätzen der ärztlichen Berufsausübung vereinbaren, auch dann nicht, wenn eine nationale Rechtsvorschrift dies zuließe³²¹.

Vielmehr legt der Weltärztebund Wert darauf, dass Patienten im schmerzreichen, irreversiblen Endstadium eine Behandlung zukommt, die es ihnen ermöglicht, „ihr Leben bewusst und in Würde zu beschließen“³²². Denn durch eine wirksame Schmerzbefreiung kann dem Sterbenden eine vernichtende und erschöpfende Niederlage im Kampf gegen seine Schmerzen erspart bleiben. Der Weltärztebund beurteilt ein Leben nicht nach seinem Wert, sondern fordert vielmehr eine gleiche Behandlung für alle Menschen. Dem behandelnden Arzt überlässt er die Entscheidung, eine Behandlung, die sich für einen todkranken Patienten als nutzlos herausstellt, zu beenden³²³. Damit ist der Arzt jedoch nicht von seiner Verpflichtung dem Sterbenden gegenüber befreit, die den Beistand im Sterben beinhaltet. Denn gerade im Endstadium einer tödlichen Krankheit sind Gedanken an eine Lebensbeendigung Ausdruck eines depressiven Zustandes³²⁴. Dies belegt Kübler-Ross in „Gesprächen mit Sterbenden“³²⁵. Dennoch ist auch hier eine Beurteilung über den Wert des Lebens nicht zulässig. Darüber hinaus erklärt der Weltärztebund, dass auch bei Patienten im Dauerkoma,

³²⁰ Vgl. WELTÄRZTEBUND (1983), 17. J.

³²¹ Vgl. WELTÄRZTEBUND (2002), 20.03/2001.

³²² WELTÄRZTEBUND (1990), 17.X.

³²³ Vgl. WELTÄRZTEBUND (1983), 17. J.

³²⁴ Vgl. WELTÄRZTEBUND (1992), 17. PP.

³²⁵ Vgl. <http://www.altenpflege-tod-und-sterben.de/sterbephasen.html> (12/2003)

dem „persistent vegetative state“, die Möglichkeit einer Besserung des Zustandes besteht³²⁶. Auch wenn Patienten im Dauerkoma emotional schmerzliche Empfindungen bei Angehörigen auslösen und eine finanziell einschneidende Problematik für die Behandelnden bergen, ist der Verlust des Bewusstseins teilweise reversibel³²⁷. Dieses Wissen bringt die zu Entscheidenden in eine ethische Zwickmühle. Um in diesem Fall das sittlich richtige Handeln zu ermöglichen, muss die jeweilige Situation beurteilt werden. Jeder Mensch hat eine ihm eigentümliche Wertepyramide. Diese enthält sowohl Basiswerte, die durch die Erziehung vermittelt werden und die geltende Moral darstellen, als auch individuelle Werte, die von der zu entscheidenden Situation und der betroffenen Person abhängen. In der heutigen Zeit ist auf Grund des sich verändernden Wertewandels eine ethische Positionierung schwierig geworden. Dennoch ist jeder gefordert, seine ethischen Prinzipien anzuwenden. Aus diesem Grund, und gerade weil einem Menschen sein individuelles sittliches Handeln nicht vorzuschreiben ist, kann eine aktive Sterbehilfe nicht allgemein eingefordert werden, nicht einmal dann, wenn diese Handlung legitim ist oder strafrechtlich nicht verfolgt würde. Damit die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns gewahrt werden, spricht sich der Weltärztebund gegen eine nationale Rechtsvorschrift im Bereich der aktiven Sterbehilfe aus. Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, sieht die Entwicklung in Deutschland als bedenklich an und fordert, dass es kein „Grundrecht auf aktive Sterbehilfe“ geben dürfe: „Ein einklagbares Recht auf aktive Sterbehilfe wäre (...) die ultimative Verwirklichung des vermeintlichen Rechts auf Selbstbestimmung“, wobei der Schritt zur Tötung von Menschen, die mit dem Leben nicht mehr zurecht kommen, nicht groß wäre³²⁸.

³²⁶ Vgl. WELTÄRZTEBUND (1989), 17. V.

³²⁷ Ebenda

³²⁸ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2002)

Auch wenn die moderne Medizin Krankheiten wie Krebs und Aids besiegen könnte, würde diese Entwicklung nicht dazu beitragen, ein Sterben zu verhindern. Der Tod wird die Menschen stets beschäftigen, ob sie ihn annehmen, oder wie Karetzky, ablehnen: „Der Tod ist kein Freund des Menschen, er ist sein Feind. Er ist sein letzter Feind“³²⁹.

³²⁹ KARNETZKY (1989), S. 55.

3.4 Tabellarische Gegenüberstellung der Positionen bzw. ihrer Vertreter

Befürworter der aktiven Sterbehilfe	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben	Peter Singers Thesen
Freiheit des Menschen	Basiert auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten	Gilt nur für Interessenträger
Wert des Lebens	Qualvolle Lebensphase ist entwürdigend.	Unterscheidung zwischen lebensunwertem und lebenswertem Leben
Straffreiheit	Für die Tötung auf Verlangen, wenn eine schriftliche Erklärung des Patienten vorliegt und ein zweiter Arzt dies bestätigt hat	Im moralischem Sinne ist auch eine aktive Euthanasie zulässig, da die Konsequenzen einer Handlung und einer Unterlassung sich nicht unterscheiden.

Gegner der aktiven Sterbehilfe	Hospizbewegung	Christliche Kirchen	Internationale Institutionen³³⁰
Freiheit des Menschen	Autonomie bis zum Lebensende, Schutz der Menschenwürde, Berücksichtigung von Bedürfnissen	Selbstbestimmte Vorsorge des Patienten wird erwartet.	Wird gewahrt, soweit keine dritte Person durch eine Forderung bedrängt wird
Wert des Lebens	Lebenswertes Leben bis zum Tod durch individuelle Betreuung und palliativer Maßnahmen	Kostbarkeit des Lebens, unabdingbare Würde jeder einzelnen Person wird als Basis angesehen.	Jeder Mensch ist gleich zu behandeln, darin gibt es keine Ausnahme.
Straffreiheit	Auch nicht vertretbar bei mitleidsmotivierter aktiver Sterbehilfe	Gott ist Herr über Leben und Tod, Eingriffe in die Rechte Gottes stehen dem Menschen nicht zu.	Mit den ethischen Grundsätzen ist ärztliches Handeln nicht vereinbar.

³³⁰ Darunter fallen: Die UNO mit den Menschenrechtsdeklarationen, die Parlamentarische Versammlung des Europarats und die Deklarationen des Weltärztebundes.

4 Der Vergleich mit anderen Staaten

Der Umgang mit der Thematik der aktiven Sterbehilfe ist auf Grund kultureller Differenzen und der historischen Entwicklung in den einzelnen Ländern unterschiedlich. Die öffentliche Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe hat internationalen Charakter. Bereits zu Beginn der 70er Jahre begann in den Niederlanden eine öffentliche Debatte über Euthanasie. Auch in der Schweiz erlangte die aktive Sterbehilfe Aktualität, als einem Professor 1975 Nahrungsentzug bei Sterbenden vorgeworfen wurde³³¹. In den 80er Jahren wurde die aktive Sterbehilfe in USA verstärkt thematisiert. Der folgende Vergleich soll bis zum aktuellen Stand der Sterbehilfe in medizinischer, rechtlicher und ethischer Sicht in den drei genannten Ländern skizziert werden.

4.1 Die Schweiz

4.1.1 Die Aufgaben des Arztes

Die „Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft“ gab Richtlinien für die Sterbehilfe heraus, die kontinuierlich aktualisiert werden. Sie definiert die Pflichten des Arztes. Darunter fallen u. a. auch die Behandlung, der Beistand und die Pflege des Sterbenden bis zu seinem Tod. Die Behandlung sollte sich laut Richtlinien nach dem Willen des Patienten richten, auch wenn sich dieser nicht mit den medizinischen Indikationen deckt³³². Die Beihilfe zum Suizid zählt nach den Richtlinien der SAMW nicht zur ärztlichen Tätigkeit. Im Falle eines Sterbenden oder eines Kranken mit infauster Prognose, ist der Arzt verpflichtet, die Leiden zu lindern, jedoch nicht, „alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen“³³³.

³³¹ Vgl. KÜHLMANN (1995), S. 52.

³³² Vgl. SAMW (1995), 1223 – 1225.

³³³ Ebenda

Die demographische Entwicklung in der Schweiz lässt erwarten, dass in den kommenden Jahren die Zahl der hochbetagten Menschen stark ansteigen wird. Im Zusammenhang mit den anfallenden Kosten zur Sanierung des Schweizer Gesundheitssystems befürwortet ein Teil der Schweizer Ärzte³³⁴ nicht aus moralischen, sondern aus finanziellen Gründen, die Beihilfe zum Selbstmord³³⁵. Platzek sieht hier das Problem, dass die Frage nach dem Aufwand für einen schwerkranken Menschen nicht mit Menschlichkeit, sondern vielmehr nach den anfallenden Kosten beantwortet wird³³⁶. Die neuen ethisch-medizinischen Richtlinien der SAMW wurden vor kurzem veröffentlicht und stießen auf heftige Kritik³³⁷.

Die ärztlichen Aufgaben enden mit dem Eintritt des Todes des Patienten. Als tot wird der Mensch betrachtet, wenn ein irreversibler Herzstillstand eingetreten, und dadurch die Blutzirkulation im Organismus nicht mehr gewährleistet ist, oder wenn ein vollständiger, irreversibler Funktionsausfall des Gehirns diagnostiziert wurde³³⁸.

4.1.2 Die gesetzliche Regelung

Eine passive Sterbehilfe, also der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, bzw. deren Abbruch ist gesetzlich nicht geregelt. Sie wird dennoch als erlaubt angesehen. Die Richtlinien der SAMW geben unter den Grundsätzen dazu eine Beurteilung: „Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen und der Abbruch früher eingeleiteter Maßnahmen (...) sind gerechtfertigt“³³⁹. Ebenfalls als erlaubt, obwohl nicht im geltenden Strafgesetzbuch ausdrücklich geregelt, ist die indirekte aktive Sterbehilfe, die in einzelnen Fällen mit dem Risiko einer Lebensverkürzung verbunden

³³⁴ Vgl. <http://www.3sat.de/kulturzeit/themen/49523/index.html> (12/2003)

³³⁵ Ebenda

³³⁶ Vgl. PLATZEK (2002), S. 217.

³³⁷ Vgl. <http://www.3sat.de/kulturzeit/themen/49523/index.html> (12/2003)

³³⁸ Vgl. KÜHLMANN (1995), S. 58.

³³⁹ SAMW (1995), S. 1223 – 1225.

sein“ kann³⁴⁰. Diese liegt vor, wenn Medikamente zur Linderung von Schmerzen und Leiden eingesetzt werden, die als Nebenwirkung die Lebenserwartung verkürzen können. Für diese Form der Sterbehilfe ist die Zulässigkeit auch unter den Richtlinien der SAMW nachzulesen. Schwieriger ist die Entscheidung bei der Beihilfe zum Suizid zu treffen. Die SAMW sieht die Beihilfe zum Suizid zwar nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit an, jedoch gilt die Beteiligung Dritter an einem Suizid im Sinne der Anstiftung oder Gehilfenschaft in juristischer Sicht nicht als strafbar³⁴¹. Nur wer „aus selbstsüchtigen Beweggründen“ und nicht aus gleichgültigem Handeln heraus jemandem zum Selbstmord verleitet, oder auch Hilfe dazu leistet, ist nach Artikel 115 StGB zu verurteilen. Dies bedeutet, dass ein Helfer bei einem persönlichen Vorteil, sei es eine Erbschaft oder auch die Befriedigung aktiver Bedürfnisse, wie Hass oder Rachsucht, mit einer Bestrafung von bis zu fünf Jahren zu rechnen hat³⁴². Wert wird in der Schweiz auch darauf gelegt, dass der Sterbende die letzte Entscheidung selbst trifft. Somit ist die direkte aktive Sterbehilfe, also eine gezielte Tötung durch z. B. Injektion einer todbringenden Substanz zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen, rechtswidrig. Nach Artikel 111 wird sie als vorsätzliche Tötung, nach Artikel 114 als Tötung auf Verlangen oder nach Artikel 113 als Totschlag nach dem StGB verurteilt. Nimmt der Patient ein tödliches Gift, welches ihm von einem Dritten, der aus gleichgültigem Handeln heraus, agiert bereit gestellt wurde, ist dies Beihilfe zum Selbstmord und folglich nicht strafbar³⁴³. Wünschenswert wäre sicherlich, die Rechtmäßigkeit für passive und indirekt aktive Sterbehilfe im Gesetz zu fixieren. Damit böte eine gesetzliche Grundlage den Vorteil, Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit zu gewährleisten. Eine Novellierung des Tatbestandes der Tötung auf Verlangen scheint auf

³⁴⁰ SAMW (1995), S. 1223 – 1225.

³⁴¹ Vgl. RIKLIN (2000), S. 324.

³⁴² Vgl. <http://www.dignitas.ch/seite5.htm> (12/2003)

³⁴³ Ebenda

Grund der „liberalen Haltung“³⁴⁴ der Schweizer, aber auch auf Grund der Möglichkeit der verstärkten Nutzung der Palliativmedizin nicht dringlich zu sein. Am 11. Dezember 2001 wurde die Initiative Cavalli mit 120 zu 56 Stimmen durch den Nationalrat verworfen und somit sprach man sich klar gegen eine Forderung zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nach dem Vorbild der Niederlande aus³⁴⁵. Die Sterbehilfe ist in der Schweiz zu einem gesellschaftlichen Problem geworden, welches auch offen diskutiert wird.

4.1.3 Die liberale Sterbehilferegulung – ethisch vertretbar?

Die Regelung der Sterbehilfe in der Schweiz wird vielfach als sehr patientenfreundlich angesehen. Das Selbstbestimmungsrecht wird bis zum Lebensende berücksichtigt, und die Persönlichkeit bleibt bis zum Tode gewahrt. Die Nutzung der verfügbaren therapeutischen Mittel und die Zumutbarkeit medizinischer Eingriffe liegt nicht nur in der Entscheidung des Arztes, sondern gleichermaßen in der des Patienten. Deshalb gibt es einige „sterbenswillige“ Patienten, die auf der Suche nach diesem Angebot in die Schweiz reisen. Da die Schweiz eines der wenigen Länder ist, in dem die Beihilfe zum Suizid nicht bestraft wird, existiert hier ein „Sterbetourismus“³⁴⁶. Die Sterbehilfeorganisationen EXIT und DIGNITAS ermöglichen den Interessenten, die Todesart und den Zeitpunkt selbst zu bestimmen. Im Jahr 2003 sind etwa 60 Ausländer nach Zürich gereist, um mit Hilfe von Mitarbeitern der Organisation DIGNITAS dort zu sterben³⁴⁷: „EXIT und DIGNITAS begleiten nach eigenen Angaben jährlich etwa 200 Menschen in den Tod“³⁴⁸. Wiegt wohl die Möglichkeit oder sogar das Recht, den Todeszeitpunkt selbst zu bestimmen, soviel mehr als ein natürliches Sterben in vertrauter familiärer Umgebung? Oder treibt die Angst

³⁴⁴ Vgl. <http://www.dignitas.ch/seite5.htm> (12/2003)

³⁴⁵ Vgl. http://www.zeit-fragen.ch/ARCHIV/ZF_87c/T35.HTM (12/2003)

³⁴⁶ Vgl. <http://www.3sat.de/kulturzeit/themen/42951/index.html> (12/2003)

³⁴⁷ Ebenda

³⁴⁸ FINZEN (2002), S. 52.

vor der Ausschöpfung aller medizinisch-technischen Möglichkeiten die Menschen zu Sterbehilfeorganisationen? Vielleicht steht aber auch die Verzweigung über das eigene Schicksal im Vordergrund, sodass diese Sterbewilligen Hoffnung in einem Tod in fremder Umgebung sehen? Aus dieser Sicht erhält der selbstbestimmte Tod einen größeren Wert als das Sterben in familiärer Umgebung. Denn die Werte, nach denen jedes Individuum im Leben sucht, sind sowohl in der jeweiligen Situation, als auch in der Person selbst zu finden³⁴⁹. Danach ist jeder Mensch bestrebt, die eigenen Wertvorstellungen in seinem Leben zu verwirklichen. Dennoch scheint die Entscheidung eher von dem eigenen Willen, als von einer konkreten Wertvorstellung geleitet zu sein, da aus der Funktion des Willens eines Menschen ein undifferenziertes Wertebewusstsein entsteht³⁵⁰. Der „Sterbetourismus“ veranlasst darüber nachzudenken. Warum flieht ein freier Mensch in ein fremdes Land, um dort zu sterben?

4.2 Die Niederlande

4.2.1 Heilt oder tötet der Arzt?

„Medische macht en ethik“ (Medizinische Macht und Ethik), ein Buch des Nervenarztes Jan Hendrik van den Berg löste zu Beginn der 70er Jahre eine breite öffentliche Debatte aus. Dieses Buch propagierte die Freigabe der aktiven Sterbehilfe und attackierte gleichzeitig die moderne Medizin mit ihrer sinnlosen Lebens- und Leidensverlängerung. Bis zur Veröffentlichung dieses Buches sind keine nennenswerten Diskussionen zu diesem Thema in den Niederlanden bekannt. 1973 wurde der Niederländische Verband für freiwillige Sterbehilfe gegründet. Eine Umfrage zu dieser Zeit ergab, dass 55 % der niederländischen Bevölkerung der Auffassung

³⁴⁹ Vgl. SCHISCHKOFF (1961), S. 143.

³⁵⁰ Ebenda

sind, dass Sterbehilfe möglich sein müsse³⁵¹. Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Selbstmord waren laut Niederländischem Strafgesetzbuch durch Artikel 293 und 294 verboten. Seit 1973 kann unter Berufung auf einen Notstand aktive Sterbehilfe straffrei sein, wenn der Arzt die Kriterien der Gerichte Leewarden und Rotterdam einhält³⁵². Diese Kriterien enthalten u. a., dass der Patient seine Leidenssituation selbst als unerträglich oder sinnlos empfindet und die Tötung auf Verlangen mehrmals von ihm selbst gefordert wurde. Darüber hinaus müssen ihm seine Situation bewusst und Behandlungsalternativen bekannt sein. Es dürfen keine Möglichkeiten mehr gegeben sein, die seine Situation verbessern könnten. Zuletzt muss der Arzt die Entscheidung einem anderen Arzt mitteilen, beim Sterben seines Patienten anwesend sein und nach der Feststellung des Todes dies dem Staatsanwalt melden³⁵³. Die größte Ärzteorganisation der Niederlande, KNMG, hat diese Kriterien anerkannt. Eine Studie der Erasmus Universität in Rotterdam belegt, dass bei der praktizierten aktiven Sterbehilfe trotz genannter Kriterien - häufiger als erwartet - Komplikationen auftreten³⁵⁴. Immer wieder wachen Opfer aktiver Sterbehilfe aus dem Koma mit schweren Schäden wieder auf³⁵⁵. Als weitere Komplikationen wurden auch Myoklonien und Erbrechen beschrieben und eine später als erwartet eintretende Todeszeit³⁵⁶. Es sind Missstände, vor allem bei der unfreiwilligen Tötung schwerkranker, nicht mehr willensfähiger Patienten beschrieben³⁵⁷. So ist bekannt, dass Ärzte in den Niederlanden jährlich rund tausend Menschen ohne deren Einwilligung töten. Diese sogenannten LAWER³⁵⁸-Fälle, sind in der „Rommelink-Studie“ 1990 und in der „Second Nationwide Study“ 1995 gleich geblieben. Die ärztliche Hilfe

³⁵¹ Vgl. FOKKENS (2003), S. 147.

³⁵² Vgl. ZIMMERMANN-ACKLIN, (2000), S. 348.

³⁵³ Vgl. SCHOLTEN (1991), S. 487.

³⁵⁴ Vgl. GROENEWOUD et al (2000), S. 551.

³⁵⁵ Ebenda

³⁵⁶ Ebenda

³⁵⁷ Vgl. ANKERMANN (2004), S. 155.

³⁵⁸ Übersetzung: Life-Termination Act Without Explicit and Persistent Request

zum Selbstmord stagnierte ebenfalls bei 400. Im Gegensatz dazu stieg die freiwillige aktive Sterbehilfe um 39 % an. Professor Robert Twycross prognostiziert, dass es kaum noch Unterstützung für die Weiterentwicklung der Palliativmedizin in den Niederlanden geben werde, da die aktive Sterbehilfe „einfacher, billiger und weniger anstrengend“ sei³⁵⁹. Bekannt ist, dass Sterbende überdimensional hohe Kosten erzeugen können und hier ein hohes Einsparpotential möglich wäre. Die Unsicherheit bei alten Menschen, ob der Arzt kommt, um zu heilen oder zu töten, besteht auf Grund der obengenannten Zahlen, vor allem der LAWER-Fälle durchaus. Viele Menschen tragen in den Niederlanden eine „Credo Card“ mit sich, auf der ihre Lebensbitte „Maak mij niet dood, Dokter“ eingetragen ist³⁶⁰. In die ärztliche Entscheidung fließt hier auch die Verfügbarkeit über das Leben anderer Menschen mit ein, die - nur an der Zahl gemessen - kein Problem zu sein scheint.

4.2.2 Die legalisierte Sterbehilfe

Die Strafvorschriften in den Niederlanden verbieten sowohl die aktive Sterbehilfe auf Verlangen nach Artikel 293 nStGB, als auch die Hilfe zum Selbstmord nach Artikel 294 nStGB: “Wer vorsätzlich einen anderen zum Selbstmord antreibt, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren (...) bestraft, wenn der Selbstmord erfolgt“³⁶¹. Des Weiteren wird derjenige, der „einem anderen beim Selbstmord behilflich ist oder die Mittel dazu verschafft, mit Gefängnisstrafe bis zu vier Jahren (...) bestraft“³⁶². Diese Taten sind allerdings nicht strafbar, wenn im Rahmen der sorgfältigen Hilfeleistung und unter der Beachtung bestimmter Bedingungen, die im niederländischen Strafgesetz nach zu lesen sind, gehandelt wird³⁶³. Obwohl der Wortlaut des Artikel 293 nStGB für ein uneingeschränktes Ver-

³⁵⁹ Vgl. HAASNOOT (1996), S. 15.

³⁶⁰ Vgl. WIEDEMANN (2004), S. 86

³⁶¹ SCHOLTEN (1991), S. 493 f.

³⁶² Ebenda

³⁶³ Ebenda

bot der Tötung auf Verlangen spricht, wurde die Vorschrift durch die Rechtssprechung in den 80er Jahren modifiziert. Der Artikel 40 nStGB kann einen Notstand rechtfertigen. „Nicht strafbar ist, wer eine Tat begeht, zu der er durch einen übermächtigen Einfluss gedrängt wurde“³⁶⁴. Wobei der „übermächtige Einfluss“ durch keine gesetzliche Definition begrenzt ist. Letztendlich kann das Gericht mittels Artikel 9 a nStGB von der Auferlegung einer Strafe absehen, wenn es unter Berücksichtigung der Umstände, unter denen die Tat begangen wurde, es für ratsam hält³⁶⁵. Generell bleibt das bestehende Verbot der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Freitod in den Niederlanden weiterhin strafbar. Unter bestimmten Bedingungen werden sie nur entkriminalisiert³⁶⁶. Der niederländischen Regierung wird es leicht fallen, den Nachbarstaaten zu erklären, dass Sterbehilfe im Prinzip zwar strafbar ist, aber dennoch staatlicherseits geduldet wird. Dennoch möchte die Regierung, nachdem am 10. April 2001 das neue Gesetz zur „Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung“ mit 46 gegen 28 Stimmen angenommen wurde³⁶⁷, das vermeintlich „falsche Bild“ zurechtrücken. Durch dieses Gesetz wurde die seit 1994 geltende Sterbehilferegelung neu gefasst. Folglich sind die Niederlande der erste Staat, der die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen von einer Strafverfolgung befreit. Dies bedeutet, dass die „Niederlande eine Rechtsgrundlage geschaffen haben, die regelt, wann Menschen auf Verlangen getötet werden dürfen“³⁶⁸. Die Gesundheitsministerin Els Borst erhofft sich durch dieses Gesetz eine Transparenz in der Sterbehilfe. Im Jahre 1999 wurden 2216 Fälle von Sterbehilfe gemeldet. Schätzungen über den tatsächlichen Umfang gehen aber von 4000 bis 5000 Fällen aus³⁶⁹. Im Vergleich zu diesen Zah-

³⁶⁴ SCHAFFMEISTER (1977), S. 76.

³⁶⁵ Vgl. SCHOLTEN (1991), S. 471.

³⁶⁶ Vgl. LEVY (2001), S. 2.

³⁶⁷ Vgl. FAZ (2001), S. 11.

³⁶⁸ PLATZEK (2002), S. 217.

³⁶⁹ LEVY (2001), S. 2.

len erscheint die Aussage des Justizministers Bank Korthals, dass Euthanasie niemals normales medizinisches Handeln würde, sondern immer eine außergewöhnliche Notsituation bleibe, fragwürdig³⁷⁰.

4.2.3 Das Signal zur Wertschätzung menschlichen Lebens

Die gesetzliche Regelung der Legalisierung aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden löst einige Probleme ärztlichen Entscheidens. Vordergründig scheint der Konflikt zwischen „Lebenserhalt“ und dem „Verlust der menschlichen Würde“ leichter lösbar zu sein. Sobald der Arzt die Würde des Patienten durch die Medizin bedroht sieht, kann er die Grenzen der Behandlung ziehen. Um jedoch zu unterscheiden, ob es sich um eine kritische, aber noch nicht hoffnungslose Situation oder aber bereits um einen Sterbeprozess handelt, benötigt der Behandelnde ein hohes Maß an Sensibilität und Erfahrung mit Sterbenden. Andererseits muss der Arzt sein Handeln der Staatsanwaltschaft zwar mitteilen, jedoch nicht die juristischen Konsequenzen tragen, solange er sich an die Anforderungen der niederländischen Gesetzgebung gehalten hat. Die beiden Aspekte führen faktisch zu einer Verkümmern der Sterbekultur, die seit Jahrhunderten tradiert wurde. Denn nicht nur die des Lebens müde Gewordenen, die nach mehrmaligem Verlangen ihr Leid lindern möchten, sterben nicht mehr natürlich, sondern auch jene, für die der Arzt entscheidet, wann das Leben nicht mehr wert erhalten zu werden scheint, sterben auch nicht mehr ihren eigenen Tod. Ist diese Entwicklung wirklich ein Signal menschlicher Wertschätzung? Oder wird mit dem Gebot der Wertschätzung menschlichen Lebens argumentiert, um die aktive Sterbehilfe in alltägliches ärztliches Handeln zu integrieren. Die Problematik hierbei ist, dass der Wert eines Lebens nach emotionalen und nicht allein nach intellektuellen Kriterien bestimmt wird³⁷¹. Hingegen ist Ankermann der Mei-

³⁷⁰ <http://www.3sat.de/kulturzeit/news/17868/index.html> (12/2003)

³⁷¹ Vgl. SCHISCHKOFF (1961), S. 622.

nung, dass die Handhabung der aktiven Sterbehilfe eher das Problembewusstsein für sittliche Werte stärke³⁷². Sicherlich leistet dieses Gesetz seinen Beitrag zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende. Nichtsdestoweniger birgt es die Gefahr, dass „leidensimmanent suizidgefährdete, psychisch kranke Menschen“ das Angebot der Lebensbeendigung annehmen³⁷³. Somit wäre die Basis nicht nur für eine „lebenswert-lebensunwert“ Diskussion vorhanden, denn die o. g. Patienten würden ohne eine ärztliche Intervention nicht sterben, sondern auch ein Angriff auf das Grundrecht auf Leben ist hier diskussionswürdig. Der Europäische Gerichtshof wird das Gesetz prüfen und entscheiden, „ob die Liberalisierung der Sterbehilfe einen Verstoß gegen die Menschenrechtskonventionen darstellt“³⁷⁴.

4.3 Die USA

4.3.1 Der Maßstab des medizinischen Handelns

Obwohl über die Vorstellung der ärztlichen Tätigkeiten auch in den Vereinigten Staaten weitgehend Konsens besteht, so bringen doch die unterschiedlichen Auslegungen divergierende Perspektiven in die Euthanasie-debatte. Dies beruht einerseits auf der freiheitlichen Denkweise der amerikanischen Bevölkerung, andererseits trägt die Zusammensetzung der unterschiedlichen Staaten mit ihren eigenen Verfassungen ihren Teil dazu bei. Die medizinischen Kenntnisse werden zur Minderung von Leiden und Heilung Kranker eingesetzt. Timothy Quill ist dafür bekannt, dass er seine medizinischen Kenntnisse nicht nur zur Behandlung eingesetzt hat, sondern auch, um den Vorstellungen über die Lebensqualität seiner Patienten zu entsprechen³⁷⁵. Wenn eine medizinische Behandlung versagt, rechtfertigt

³⁷² Vgl. ANKERMANN (2004), S. 171.

³⁷³ Vgl. FINZEN (2002), S. 52.

³⁷⁴ <http://www.3sat.de/kulturzeit/themen/17269/index.html> (12/2003)

³⁷⁵ Vgl. GULA (2000), S. 150.

tigt er die ärztliche Beihilfe zum Suizid mit dem Argument der Berücksichtigung der Vorstellungen seiner Patienten. Er war, der erste praktizierende Arzt, der eine Suizidhilfe öffentlich zu Protokoll gab³⁷⁶. Wobei bei ihm nicht die Beihilfe zum Suizid vordergründig erscheint, sondern die Frage der Qualität der Betreuung im terminalen Stadium ausschlaggebend ist.

Ein anderer Arzt, der viel mehr Aufsehen erregte, war Dr. Kevorkian, auch als Dr. Death bekannt. Er agierte im Bundesstaat Michigan, in dem die Beihilfe zum Suizid zulässig war und ist. In der Zeit von 1990 bis 1998 „verhalf“ er 33 Menschen zum Tod. Das Ende seines Handelns wurde nicht durch den Entzug der Approbation gesetzt, sondern durch eine Mordanklage durch die Staatsanwaltschaft von Oakland am 23.11.1998. Kurz zuvor hatte Kevorkian die vollzogene aktive Sterbehilfe an einem 52-jährigen Mann, der an Amyotroper Lateralsklerose litt, gefilmt und dem US-Fernsehsender CBS übergeben³⁷⁷. Seine Absicht bei der Veröffentlichung des Videobandes bestand darin, Märtyrer der „pro-Euthanasie“-Bewegung zu werden. Beide Beispiele zeigen die unterschiedlichen Auslegungsmöglichkeiten ärztlichen Handelns.

4.3.2 Die einzelstaatliche Rechtssprechung

Jeder der 50 Einzelstaaten der USA besitzt eine eigene Legislations- und Jurisdiktionsgewalt. Es sind bundesweit keine verbindlichen Regelungen zur Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid vorhanden³⁷⁸. Die aktive Sterbehilfe ist fast in allen Einzelstaaten verboten, während sowohl die passive, als auch die indirekte Sterbehilfe allgemein akzeptiert sind³⁷⁹. Die Anerkennung eines Rechts auf Beihilfe zum Selbstmord ist in fast keiner

³⁷⁶ Vgl. GULA (2000), S. 150.

³⁷⁷ Vgl. BENZENTHÖFER (1999), S. 160.

³⁷⁸ Vgl. <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe> (12/2003)

³⁷⁹ Ebenda

Verfassung definiert. Eine Ausnahme stellt hierbei der Bundesstaat Oregon da. Die Verfassung Floridas enthält ein „Recht auf Privatheit“ (right auf privacy), wobei dieses „Recht auf Privatheit“ eines Menschen nicht ausgedehnt wird, um ein schützendes Schild um eine dritte Person zu legen, die ihn auf Verlangen tötet³⁸⁰.

Da der Bundesstaat Oregon als einziger Staat der USA die Beihilfe zum Suizid gesetzlich legalisiert hat, nimmt er einen gesonderten Platz in der Rechtsprechung der Sterbehilfe ein. Am 27. Oktober 1997 ist in Oregon der „Death with Dignity Act“ in Kraft getreten. Somit kann „ein einsichtsfähiger Erwachsener, (...) bei dem durch den behandelnden und den beratenden Arzt eine terminale Erkrankung festgestellt wurde“, einen schriftlichen Antrag stellen, um sein „Leben auf menschenwürdige Weise zu beenden“³⁸¹. Nach der Genehmigung des Antrages erhält der Patient die Möglichkeit, mittels eines Rezeptes für ein Medikament sein Leben selbst zu beenden. Nach dem in Kraft getretenen Gesetz wurde eine Studie über die ersten Erfahrungen durchgeführt. An der Studie beteiligten sich 23 Personen, die ihre lebensgefährliche Medikation empfangen. Davon verstarben 15 nach der Einnahme, 6 starben auf Grund ihrer Krankheit und zwei Personen lebten am 1. Januar 1999 noch³⁸². Die Studie zeigte, dass der Verlust der Autonomie und der Steuerung von körperlichen Funktionen eher ausschlaggebend dafür waren, sich für den Tod zu entscheiden, als die Angst vor unerträglichen Schmerzen³⁸³. Trotz der Legalisierung der Hilfe zum Suizid ist die Zahl der Suizidenten nicht angestiegen. Im Gegensatz dazu ist eine Verbesserung der Pflege und Behandlung, vor allem im Bereich der Palliativmedizin todkranker Patienten, zu bemerken. Obwohl Oregon eine Sonderstellung einnimmt, ist das Gesetz eher als

³⁸⁰ Vgl. LUNGREN (1992), „We cannot expand the nature of Donaldson`s right of privacy to provide a protective shield for thord persons to end his life.“

³⁸¹ <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe> (12/2003)

³⁸² Vgl. CHIN (1999), S. 577 – 583.

³⁸³ Ebenda

momentaner Kompromiss zu sehen, da nicht alle leidenden, sondern nur unheilbar erkrankte Patienten die Möglichkeit erhalten, ihrem Leiden ein Ende zu setzen.

4.3.3 Der Sinn und das Glück menschlichen Lebens

Um zu zeigen, dass trotz der Legalisierung der Beihilfe zum Suizid im Bundesstaat Oregon noch Alternativen möglich sind, sei kurz die Geschichte des Mr. G. wiedergegeben: Besagter Patient litt an der Nervenkrankheit Amyotrophische Lateralsklerose und hatte Angst vor dem Erstickungstod, der bei ALS-Patienten häufig am Ende auftritt. Deshalb bat er seinen Hausarzt um ein Rezept für ein todbringendes Medikament, der aber auf seinen Sterbewunsch aus ethischen Gründen nicht eingegangen ist, sondern ihn an ein ambulantes Hospizprojekt überwiesen hat. Der dortige Direktor, sein neuer Hausarzt, besprach die Möglichkeiten der Palliativmedizin und sicherte ihm zu, im Ernstfall auf seinen Wunsch hin die Dosis des Schmerzmittels dementsprechend hoch zu setzen. Mr. G. lernte im Hospiz Leute kennen, mit denen er sich anfreundete. Nach geraumer Zeit wurde er von der Sozialarbeiterin des Hauses erneut nach seinem Wunsch gefragt, Sterbehilfe zu erhalten, worauf er sagte, dass er seine Meinung geändert habe³⁸⁴. Diese Geschichte ist das Zentrum einer von Susan Tolle und Paul Bascom durchgeführten Studie mit dem Titel „Perspectives of Care at the Close of Life“, welche im „Journal of the American Medical Association“ veröffentlicht wurde. Diese Studie belegt, dass im Jahre 2001 in Oregon 21 Menschen nach ärztlich unterstütztem Selbstmord gestorben sind. Die Zahl der Todesfälle für das Jahr 2001 betrug in Oregon 30000. Im Vergleich zu den Fällen der Niederlande, in der sogar die aktive Sterbehilfe rechtlich zulässig ist, eine eher geringe Zahl. Mr. G. zeigt, dass es Erlebnisse im Leben geben kann, die den Sinn, Wert und Zweck jedes Lebens in einer anderen Perspektive erscheinen lassen. Das

³⁸⁴ Vgl. FAZ (2002), S. 37.

Gefühl des Angenommenseins und der Zufriedenheit kann den Sterbewilligen, wie hier, dahingehend beeinflussen, das eigene Leben zu schätzen und nicht vorzeitig zu beenden. Hieraus zieht Gula folgenden Schluss: „Über Sinn und Glück menschlichen Lebens zu befinden, (...) ist nicht Sache des Arztes“³⁸⁵.

4.4 Die Gegenüberstellung der beeinflussenden Staaten

4.4.1 Allgemein

In der nachfolgenden Gegenüberstellung sollen nur die aktuellen Diskussionspunkte der aktiven Tötung eines Menschen und die Beihilfe zum Selbstmord verglichen werden.

Die Wahrung der Selbstbestimmung des Menschen an seinem Lebensende wird von den genannten Ländern als einheitliches Ziel verfolgt. Dennoch ist eine unterschiedliche Entwicklung der Intensität zu erkennen, die bezüglich einer Veränderung der geltenden Rechtslage forciert wird.

4.4.2 Die Regelung der aktiven Sterbehilfe

Die aktive Sterbehilfe ist in der Schweiz, den Niederlanden, den USA sowie auch in Deutschland verboten und wird als Totschlag strafrechtlich verfolgt. Dennoch stellt die Rechtslage in den Niederlanden eine Ausnahme dar. Obwohl aktive Sterbehilfe strafbar ist, kann ein Arzt, der diese Handlung vornimmt und bestimmte Kriterien beachtet, straffrei bleiben. Dass das Strafmaß in den USA und den Niederlanden divergiert, zeigt die Verurteilung des Dr. Kevorkian, der bei seiner letzten Sterbehilfe die Grenze vom Helfen zum aktiven Sterbehelfer überschritten hatte und selbst auch Geschworenen nicht von der Rechtmäßigkeit seiner Tat überzeugen konnte.

³⁸⁵ GULA (2000), S. 151.

4.4.3 Die Regelung der Beihilfe zum Selbstmord

Die Handhabung der Beihilfe zum Suizid stellt sich unterschiedlich dar: Während in der Schweiz die Beihilfe zur Selbsttötung durch Euthanasieorganisationen nur im Privaten durchgeführt wird, darf im US-Bundesstaat Oregon die gewünschte Beihilfe nur durch Ärzte und im Krankenhaus geleistet werden. Nur im Bundesstaat Oregon nämlich ist eine Straffreiheit für die Beihilfe zur Selbsttötung gesetzlich geregelt. In allen anderen Bundesstaaten, in denen die Tat als strafbar gilt, besteht die Option, dass die Geschworenen den wegen Beihilfe zum Selbstmord Angeklagten freisprechen. Dieses Recht erlaubt den Geschworenen, die Rolle der Judikativen oder sogar Legislativen zu übernehmen³⁸⁶. Im Vergleich dazu ist die Beihilfe zum Selbstmord in der Schweiz und in Deutschland straflos, solange nachgewiesen werden kann, dass die Tatherrschaft bei dem Sterbewilligen selbst lag.

In den Niederlanden gilt die Beihilfe zum Selbstmord ebenso als strafbar, wie die Tötung auf Verlangen³⁸⁷. Auch hier werden dem Arzt Ausnahmen eingeräumt, die ihn straffrei bleiben lassen. Durch das „Gesetz zur Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen des Patienten und der Hilfe auf Selbsttötung“³⁸⁸ wurde in den Niederlanden die seit Jahren durchgeführte Praxis gesetzlich verankert. Mittlerweile kann aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Selbstmord als fester Bestandteil der niederländischen Kultur angesehen werden.

³⁸⁶ Vgl. SCHOPP (1996), S. 2044/2045.

³⁸⁷ Vgl. FOKKENS (2003), S. 147.

³⁸⁸ LEVY (2001), S. 2.

5 Schlussbemerkung

Die Euthanasiedebatte dient nicht nur in Deutschland, sondern auch in den angeführten Ländern, wie der Schweiz, den Niederlanden und der USA einem einheitlichen Ziel, nämlich die Wahrung der Selbstbestimmung des Menschen an seinem Lebensende.

Die Mediziner werden nicht darin ausgebildet, den Tod durch Therapieverzicht zuzulassen. Folglich ist die Zahl der Ärzte sehr hoch, die Schwierigkeiten mit einer Therapiebegrenzung haben. Im Jahr 2001 traf dies für 75 % der Befragten zu. Es zeigt sich, dass Patientenverfügungen im Falle der Bewusstlosigkeit des zu Behandelnden, sowohl für den Arzt, als auch für Angehörige sinnvoll sind. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wurde im Frühjahr 2003 durch den Zivilsenat des Bundesverfassungsgerichts bekräftigt. Nichtsdestoweniger liegt es in der Hand des Arztes, das aristotelische Mittel zu finden.

Seit den 60er Jahren wird versucht, die Palliativmedizin im stationären wie auch ambulanten Bereich umzusetzen. Trotzdem sterben immer noch 70 % der Tumorpatienten in Kliniken. Die weitere finanzielle Unterstützung von Palliativstationen und Hospizen würde es ermöglichen, dass bis zu 86 % aller Moribunden bis zu ihrem Tod zuhause begleitet werden.

Angesichts dieser Entwicklung dürfen Bitten nach aktiver Sterbehilfe nicht kategorisch ignoriert, sondern sollten vielmehr auf die Intention des Fragestellers geprüft werden. Sonst könnte dem sensiblen Arzt ein Hilferuf entgehen. Während die passive Sterbehilfe in der Gesellschaft weitgehend akzeptiert wird, stößt die aktive Sterbehilfe vielfach auf Unverständnis.

Die aktive Euthanasie ist in Deutschland verboten. Ebenso hat die Ärzteschaft Bestrebungen zugunsten der aktiven Sterbehilfe verworfen. Viel-

mehr sieht sie eine passive Sterbehilfe als ärztliche Hilfe an. Durch eine ausreichende Schmerztherapie und eine verantwortungsbewusste Ehrlichkeit der Ärzte kann die individuelle Persönlichkeit des Sterbenden erkannt und bis in den Tod begleitet werden.

Die juristische Betrachtung zeigt, dass in Deutschland ein absolutes Tötungsverbot besteht. Somit ist die Frage nach einer legalen aktiven Euthanasie mit einem klaren Nein beantwortet. Die passive Sterbehilfe ist gesetzlich nicht geregelt, da von der Garantenstellung des Arztes ausgegangen wird. Das Recht auf ein natürliches Sterben ist de jure gewährleistet.

Für eine Person, die auf ausdrücklichen Wunsch um die Assistenz bei der Selbsttötung gebeten wurde, sieht die deutsche Rechtsprechung eine Strafmilderung vor. Dennoch sollte ein derartiger „Todeswunsch“ mit größter Zurückhaltung und Skepsis geprüft werden.

Die Straffreiheit existiert nur für die Selbsttötung. Die Jurisprudenz wird sich nicht in der Lage sehen, dies mit den Mitteln des Strafrechts zu unterbinden. Dass jeder Fall einzeln betrachtet werden muss und eine generelle Rechtsprechung hier nicht dienlich wäre, zeigen die in dieser Arbeit angeführten Fälle.

Um das sittliche Handeln und Wollen des Menschen in der letzten Lebensphase zu gewährleisten, bieten verschiedene Institutionen und Vereinigungen Hilfe unterschiedlicher Art an. So setzt sich die DGHS für eine Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe ein. Zulässig im moralischen Sinne hält auch Peter Singer die aktive Euthanasie. Demgegenüber spricht sich die Hospizbewegung zwar für eine Autonomie bis zum Lebensende aus, der aber nicht mit mitleidsmotivierter aktiver Sterbehilfe begegnet werden darf. Um die Kostbarkeit des Lebens zu schützen, besteht aus christlicher Sicht kein Recht, in das Geschenk Gottes, das Leben, einzugreifen. Die internationalen Institutionen zeigen auf, dass sowohl die UNO mit den

Menschenrechtsdeklarationen, wie auch die Europäische Menschenrechtskonvention ein Recht auf Leben definieren. Im Zuge der politischen Vereinigung Europas und dem Bestreben nach einer Vereinheitlichung in wesentlichen Lebensbereichen in Europa wird auch die aktive Euthanasie im Europarat diskutiert. Im September 2003 musste die Parlamentarische Versammlung des Europarates erkennen, dass auf Grund der Vielfalt der ethischen und kulturellen Standpunkte ein Konsens nicht in naher Zukunft möglich sein wird. Der Weltärztebund sieht es als unangemessen an, mit einer Forderung nach aktiver Sterbehilfe an einen Arzt heranzutreten. Die Folge wäre ein ethisches Dilemma auf Grund eines inneren Konfliktes des behandelnden Arztes. Denn aktive Sterbehilfe ist nicht mit den ethischen Grundsätzen der ärztlichen Berufsausübung zu vereinbaren. Folglich wird auch eine nationale Rechtsvorschrift keine wesentlichen Änderungen der ethischen Grundsätze der Ärzteschaft bewirken. Das Diskussionspektrum wird sich in den kommenden Jahren noch ausweiten, möglicherweise differenzieren. Wünschenswert wäre eine öffentliche Diskussion über Probleme am Lebensende und mögliche Verhaltensalternativen, um jedem einzelnen die bestmögliche Alternative zukommen zu lassen. Eine einheitliche Lösung jedoch wird man kurz- und mittelfristig nicht erwarten dürfen.

6 Literaturverzeichnis

ADORNO/HABERMAS (1991): Theodor W. Adorno, Jürgen Habermas, Moral begründen ist schwer, Die Rolle der Mitleidsethik bei Adorno und Habermas, Schopenhauer Jahrbuch, 72. Bd., 1991, S. 36 - 44.

ANSELM (2004): Reiner Anselm, Terminale Sedierung: ethisch problematisch oder rechtfertigbar? Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 4, S. 342 - 348

ANKERMANN (2004): Ernst Ankermann, Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens. München 2004

ANZENBACHER (1992): Arno Anzenbacher, Sterbehilfe für unverfügbares Leben, Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!, Hermann Hepp (Hrsg.), 1. Auflage, Düsseldorf 1992, S. 75 - 93

ÄRZTETAG (1996): Ärztetag, Entschließung des 99. Ärztetages 1996, „Das Wertbild der Ärzteschaft 50 Jahre nach den Nürnberger Ärzteprozessen“, Deutsches Ärzteblatt 93 (1996) C-1191

BAUMANN – HÖHLE/STREBEL (1999): Ruth Baumann – Höhle, Urs Strebel, Betreuung von chronisch Kranken und Sterbenden, in: Alberto Bondolfi et al. (Hrsg.), Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, Basel 1999, S. 323 - 354

BARNARD (1985): Christian Barnard, Kongressbericht des 5. Europäischen Kongresses für Humanes Sterben, 21. bis 23.11.1985, DGHS-Schriftenverzeichnis Nr. 6, DGHS (Hrsg.), S. 21 – 39

BECK (2004): D. Beck, Ist terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar? Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 4, S. 334 - 341

BECKERT (1996): Frauke Beckert, Strafrechtliche Probleme um Suizidbeteiligung und Sterbehilfe unter besonderer Berücksichtigung historischer und ethischer Aspekte, Aachen 1996

BENZENHÖFER (1999): Udo Benzenhöfer, Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München 1999

BGH (1984): Bundesgerichtshof, BGHSt, 32, Urteil vom 04.07.1984

BGH (2003): Bundesgerichtshof, Beschluss des BGH, Az.: XII ZB 2/03

BGH (2003): Bundesgerichtshof, Bundesgerichtshof zur vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung von Betreuerentscheidungen im Zusammenhang mit lebensverlängernden Maßnahmen an einwilligungsunfähigen Patienten, Pressestelle, Nr. 52/2003

BINDING/HOCHE (1920): Karl Binding, Alfred Hoche, Die Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig, 1920, S. 3 – 41

BIRNBACHER (2005): Dieter Birnbacher, Sterbehilfe – eine philosophische Sicht, Aktive und passive Sterbehilfe, Felix Thiele (Hrsg.), München 2005, S. 31 - 42

BUNDESÄRZTEKAMMER (1993): Bundesärztekammer, Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 90, 1993, S. B-1791f

BUNDESÄRZTEKAMMER (1997): Bundesärztekammer: „Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung“, Deutsches Ärzteblatt 94, 1997, C-988

BUNDESÄRZTEKAMMER (1998): Bundesärztekammer, Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, Deutsches Ärzteblatt 95, 1998, S. 1861 - 1868

BUNDESÄRZTEKAMMER (1999): Bundesärztekammer, Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, 13.10.1999

BUNDESÄRZTEKAMMER (2002): Bundesärztekammer, Pressemitteilung der Bundesärztekammer, Hoppe: Urteil gegen Sterbehilfe ist Entscheidung für das Leben, 29. April 2002

BVerfGE (1993): Bundesverfassungsgericht, BVerfGE 88, 203 (Leitsatz 1)

CHIN (1999): Arthur E. Chin, Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon — The First Year's Experience, New England Journal of Medicine 340, 1999, S. 577 - 583

COMMITTEE OF ANGLICAN CHURCH (1991): Reference Paper on Euthanasia, by the Social Responsibilities Committee of the Diocese of Adelaide of the Anglican Church of Australia, 1991, S. 4

COESTER-WALTJEN (1993): Dagmar Coester-Waltjen, Festschrift für Gernhuber zum 70. Geburtstag, Lange/Nörr/Westermann (Hrsg.), 1993

CSEF (1997): Herbert CSEF; Active euthanasia or better palliativ therapy, Internist, 1997, S. 1011 - 1016

DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2003): Deutsche Bischofskonferenz, Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen, Kirchenamt der evangelischen Kirchen in Deutschland, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.), Hannover/Bonn 2003

DGHS (2000): DGHS, Rechtspolitische Leitsätze und Vorschläge der DGHS zu einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe und –begleitung, Ethik in der Medizin, U. Wiesing (Hrsg.), Stuttgart, 2000

DGHS (2003): DGHS, Menschliche Reife erst durch qualvolles Sterben, Zeitschrift „Humanes Leben - Humanes Sterben Nr.3/2003

DGHS: DGHS, Forderungen der DGHS für ein humanes Lebensende, Informationsblatt

DÖLLE-OELMÜLLER (1993): Ruth Dölle-Oelmüller, Euthanasie - philosophisch betrachtet, Zeitschrift für medizinische Ethik 39, 1993, S. 41 – 54

DÜRIG (1956): G. Dürig, Der Grundrechtsatz von der Menschenwürde, W. Grewe, E. Jacobi et al (Hrsg.), Archiv des öffentlichen Rechts, Bd. 81, Tübingen 1956, S.117 – 157

EID (1975): Volker Eid, Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten, Mainz, Matthias-Grünwald-Verlag, 1975

EIGLER (1997): Jochen Eigler, Medizintechnischer Fortschritt und ärztlicher Ethos. L. Honnefelder, C. Streffer, (Hrsg.), Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, New York/Berlin 1997, S. 157 - 168

ENGELHARDT (1993): Dietrich v. Engelhardt, Euthanasie in historischer Perspektive, Zeitschrift für medizinische Ethik 39, 1993, S. 15 - 25

ESER (1998): Albin Eser, Einzelverantwortung und Mitverantwortung im Strafrecht, Freiburg i. Breisgau, 1998

FAZ (2001): Frankfurter Allgemeine Zeitung, Der Tod auf Verlangen, 14. April 2001, Nr. 88/S. 11

FAZ (2002): Frankfurter Allgemeine Zeitung, Mr. G. lebt, 31. Juli 2002, Nr. 175/S. 37

FEHIGE/MEGGLE (1992): Christoph Fehige, Georg Meggle, „Mir leuchtet nicht ein, wie man so Werte bewahren will“, Gespräch mit Peter Singer, Zur Debatte über Euthanasie, R. Hegelsmann/R. Merkel (Hrsg.), Frankfurt a. Main 1992, S. 153 - 177

FIGURA (1995): Michael Figura, Stichwort Gottesebenbildlichkeit, Lexikon für Theologie und Kirche, Kasper W. (Hrsg.), Bd.4, Freiburg 1995

FINZEN (2002): Asmus Finzen, Die Anmaßung einer neuen Euthanasie, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13. März 2002, Nr. 61, S. 52

FOKKENS (2003): Jan Watse Fokkens, Sterbehilfe im niederländischen Recht, Suizid und Sterbehilfe, Brudermüller/Marx/Schüttauf (Hrsg.), Würzburg 2003, S. 147 - 164

FRÄNKISCHER TAG (2003): Fränkischer Tag (2003g): Fränkischer Tag, 26.09.2003, „Aktive Sterbehilfe verurteilt“, S. 4

FREWER/EICKHOFF (2000): Andreas Frewer, Clemens Eickhoff, „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte, Frankfurt 2000

FRITSCHKE (2000): Paul Fritsche, Ärztlich-ethische Aspekte in der Betreuung Sterbender, Zwischen Ethik und Praxis, Dominik Groß (Hrsg.), Würzburg 2000, S. 33 - 48

GEILEN (1974): Gerd Geilen, Suizid und Mitverantwortung, JZ 1974, S. 145 ff.

GEROK (1992): Wolfgang Gerok, Grundlagen und Grenzen der wissenschaftlichen Medizin, Die Wissenschaft in der Medizin. Selbstverständnis und Stellenwert in der Gesellschaft, Johannes Köbberling (Hrsg.), Stuttgart/New York 1992, S. 27 - 42

GODAU-SCHÜTTKE (1998): Klaus-Detlev Godau-Schüttke, Die Heyde-Sawade-Affäre, 1. Auflage, Baden-Baden 1998

GROENEWOUD (2000): Johanna H. Groenewoud et al, Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and physician-assisted Suicide in the Netherlands, New England Journal of Medicine 342, 2000, S. 551 - 556

GROSS (2000): Dominik Groß, Zwischen Theorie und Praxis: Traditionelle und aktuelle Fragen zur Ethik in der Medizin, Würzburg 2000

GROSS (2002): Dominik Groß, Zwischen Theorie und Praxis 2: Ethik in der Medizin in Lehre, Klinik und Forschung, Würzburg 2002

GULA (2000): Richard M. Gula, Zur Euthanasie-Diskussion in den USA, Das medizinisch assistierte Sterben, Adrian Holdegger (Hrsg.), Wien 2000, S. 136 - 154

HAASNOOT (1996): Krijn J. P. Haasnoot, Entwicklung und Handhabung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden, Europa gegen Euthanasie, Dokumentation einer Initiativveranstaltung am 9. Mai 1996 in Bonn, Bonn 1996, S. 7 - 16

HEFTY (2001): Georg P. Hefty, Wer setzt in Grundfragen des Lebensrechts die Maßstäbe? Frankfurter Allgemeine Zeitung, 14. April 2001, S. 3

HEGELSMANN/MERKEL (1992): Rainer Hegelsmann, Reinhard Merkel, Zur Debatte über Euthanasie: Beiträge und Stellungnahmen, 2. Auflage, Frankfurt/Main 1992

HEIDEGGER (1976): Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1976

HEINDL (1996): Bernhard Heindl, Ärztliche Ethik heute, Würzburger medizinhistorische Forschungen, Gundolf Keil (Hrsg.), Bd. 60, Zugl.: Würzburg, Univ., Diss., 1996,

HEPP (1992): Hermann Hepp, An der Grenze von Leben und Tod: Lebensqualität – Sterbehilfe, Hermann Hepp (Hrsg.), Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben? Düsseldorf 1992, S. 139 - 157

HILGENDORF (1996): Eric Hilgendorf, Scheinargumente in der Abtreibungsdiskussion - am Beispiel des Erlanger Schwangerschaftsfalls, NJW 1996, Heft 12, S. 758 - 762

HITLER (1937): Adolf Hitler, Mein Kampf, 227. – 231. Auflage, Zentralverlag der NSDAP, München 1937

HOEFFE (2002): Otfried Höffe, Medizin ohne Ethik? Frankfurt am Main: Suhrkamp 2002

HOERSTER (1989): Norbert Hoerster, Tötungsverbot und Sterbehilfe, H. M. Sass (Hrsg.), Medizin und Ethik, Stuttgart 1989, S. 287 - 295

HUFELAND (1806): Christoph W. Hufeland, Die Verhältnisse des Arztes, Neues Journal der practischen Arzneikunde und Wundarzneiwissenschaft, Bd. 16, 1806, S. 5 - 36

HUFEN (2001): Friedhelm Hufen, „In dubio pro dignitate. “Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens”, NJW 2001, Heft 12, S. 849 - 857

HUFEN (2005): Friedhelm Hufen, In dubio pro dignitate, Aktive und passive Sterbehilfe, Felix Thiele (Hrsg.), München 2005, S. 79 - 98

- JACOBI et al (2002): Thorsten Jacobi et al, Ratgeber Patientenverfügung. Vorgesagt oder selbstverfasst? Münster: LIT 2002
- KAMPHAUS (2003): Franz Kamphaus, Die Kunst des Sterbens, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30. September 2003, Nr. 227/S. 8
- KARNETZKY (1989): Manfred Karnetzki, „Der letzte Feind der vernichtet wird, ist der Tod“, Begleitetes Sterben - Gegen den Versuch, Euthanasie zu legalisieren, Dokumentation 68/90, Evangelisches Bildungswerk Berlin 1989, S. 54 – 57
- KIELSTEILN/SASS (2005): Rita Kielstein/Hans – Martin Sass, Die persönliche Patientenverfügung, 5. Ausgabe, Münster 2005
- KIPPENBERG (1942): Katharina Kippenberg, Rainer Maria Rilke, 3. Ausgabe, Leipzig 1942
- KIRSCHNER (1996): Janbernd Kirschner, Die Hospizbewegung in Deutschland, Frankfurt a. Main 1996
- KLASCHIK/HUSEBÖ (1997): Eberhard Klaschik/ S. Husebö, Palliativmedizin, Anästhesist 1997, 46: S. 177 - 185
- KLASCHIK/NAUCK (1993): Eberhard Klaschik/F. Nauck, Erfahrungen einer Palliativstation, Dt. Ärzteblatt 1993; 90/48 A: 3226 - 3230
- KLASCHIK/OSTHATHE/NAUCK (2001): Eberhard Klaschik /C. Ostgathe /F. Nauck, Grundlagen und Selbstverständnis der Palliativmedizin, Zeitschrift der Palliativmedizin, 2001; 2: S. 71 - 75
- KLEE (1983): Ernst Klee, „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt am Main 1983
- KLEIN (2000): Martin Klein, „Auch die Toten sind nicht mehr sterbenskrank“. Die Auseinandersetzung um den Hirntod – eine Bilanz, Würzburger Medizinhistorische Mittelungen, Würzburg 2000, S. 13 - 28
- KOCH (2000): Hans-Georg Koch, „Der medizinisch assistierte Tod“, Aktuelle Rechtsfragen der Sterbehilfe im deutschen Recht.: Das medizinisch assistierte Sterben, Adrian Holdegger (Hrsg.), 2. Auflage, Freiburg/Wien 2000, S. 291 - 321
- KOLOSSER (1994): Kol. 1,24, Die Heilige Schrift, Hamp/Stenzel/Kürzinger (Hrsg.), Augsburg, 1994
- KORINTHER (1994): 2. Kor 5,10, Die Heilige Schrift, Hamp/Stenzel/Kürzinger (Hrsg.), Augsburg, 1994

KRESS (2004): Hartmut Kreß, Selbstbestimmung am Lebensende, Die Bioethik – Kommission Rheinland – Pfalz zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 3, S. 291 - 297

KÜHLMANN (1995): Alexandra Kühlmann, Sterbehilfe, Eine Studie geltenden Rechts in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden, Aachen 1995

LAUFS (1992): Adolf Laufs, Fortpflanzungsmedizin und Arztrecht, Berlin 1992

LEHMANN/KOCK (2003): Karl Lehmann, Manfred Kock, Einführung, Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen, Kirchenamt der evangelischen Kirchen in Deutschland, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.), Hannover/Bonn 2003

LEIPZIGER KOMMENTAR (1989): Leipziger Kommentar Strafgesetzbuch, 10. A. Bd. 5, Berlin/New York 1989, S. 185 - 262

LEVY (2001): Ernst Levý, Mehr als 2000 gemeldete Fälle von Sterbehilfe im Jahr, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 11. April 2001, S. 2

LUNGREN (1992): Daniel v. Lungren, 4 Cal.Rptr.2 d 59, 63 (Cal.Ct.App. 1992): „We cannot expand the nature of Donaldson’s right of privacy to provide a protective shield for thord persons to end his life.”

LUTTEROTTI (1985): Markus v. Lutterotti, Menschenwürdiges Sterben, Freiburg, 2. Auflage, 1985

LUTTEROTTI (1993): Markus v. Lutterotti, Der Arzt und das Tötungsverbot, Menschlichkeit der Medizin, Thomas H. (Hrsg.), Herford 1993, S. 177 - 203

LUTTEROTTI (1993): Markus v. Lutterotti, Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht und passive Sterbehilfe, Zeitschrift für medizinische Ethik 39, 1993, S. 3 - 14

MINOIS (1996): G. Minois, Geschichte des Selbstmords, Düsseldorf und Zürich 1996, Originalausgabe: Histoire de suicide, Paris 1995

MITSCHERLICH/MIELKE (1993): Alexander Mitscherlich, Fred Mielke, Medizin ohne Menschlichkeit, Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt am Main 1993

MITTELSTRASS (2005): Jürgen Mittelstraß, Sterben in einer humanen Gesellschaft, Aktive und passive Sterbehilfe, Felix Thiele (Hrsg.), München 2005, S. 49 - 63

MORUS (1991): Thomas Morus, Utopia. Der utopische Staat: Morus-Utopia, Klaus J. Heinisch (Hrsg.), Reinbek bei Hamburg 1991

MÜLLER (1999): Anselm W. Müller, Das „Recht auf Euthanasie“ Ethica; 7, (1999) 1, S. 47 – 67

MÜLLER – BUSCH (2004): H. Chrisof Müller – Busch, „Terminale Sedierung“. Ausweg oder Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene? Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 4 (2004) S. 369 - 377

NEJM (1994): New England Journal of Medicine, The multi-society task force report on the persistent vegetative state: persistent vegetative state, 1994, S. 1499 - 1508 + 1572 - 1579

NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT (1998): Neue Juristische Wochenschrift, Moderner Todesbegriff, 1998, S. 777 ff.

NEUER-MIEBACH (2002): Therese Neuer-Miebach, Die Ethik des Heilens greift zu kurz - Zur vermeintlichen Legitimation genetischer Diskriminierung, Zwischen Theorie und Praxis 2: Ethik in der Medizin in Lehre, Klinik und Forschung, Dominik Groß (Hrsg.), Würzburg, 2002, S. 97 – 111

OPDERBECKE (1989): Hans W. Opderbecke, Grenzen der Medizin, Grenzen der Krankenhaus-Versorgung, Bd. 62, Lübeck 1989

PAPST PIUS XII. (1957): Papst Pius XII., Rede vom 24. Nov. 1956, Über Probleme der Wiederbelebung, Herder Korr. 12, 1957, S. 228 - 230

PAPST PIUS XII. (1958): Papst Pius XII., Religiös-sittliche Fragen betreffend die Wiederbelebung (Resuscitation, Reanimation), Der Anästhesist, (1958), S. 241 – 244

PATZIG (2005): Günther Patzig, Ist Lebensverlängerung ein höchstes Gut? Aktive und passive Sterbehilfe, Felix Thiele (Hrsg.), München 2005, S. 43 - 48

PEINTINGER (2004): Michael Peintinger, Künstliche Ernährung. Ethische Entscheidungsfindung in der Praxis, Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 3, S. 229 - 241

PLATON (1958): Platon, Phaidon, Politeia, in: Sämtliche Werke, Bd. 3, Otto/Grassi/Plamböck (Hrsg.), Reinbeck bei Hamburg 1958

PLATON (1974): Platon, Werke in acht Bänden, Eigler G. (Hrsg.), Bd. 3, Phaidon, Das Gastmahl, Kratylos, deutsche Übersetzung Schleiermacher F., Darmstadt 1974

PLATZEK (2000): Reinhard Platzek, „Gibt es ein Recht auf den Tod?“ Eine Skizze der gedanklichen Auseinandersetzung des jungen Adolf Josts und dessen Wirkung auf Binding und Hoche, Würzburger Medizinhistorische Mitteilungen, Würzburg 2000, S. 451 - 458

PLATZEK (2000): Reinhard Platzek, Zu Martin Kleins Bilanz einer Auseinandersetzung um den Hirntod, Würzburger Medizinhistorische Mitteilungen, Würzburg 2000, S. 29 - 34

PLATZEK (2002): Reinhard Platzek, Die Bedeutung des individuellen Lebensentwurfs, Dominik Groß (Hrsg.), Zwischen Theorie und Praxis 2: Ethik in der Medizin und Lehre, Klinik und Forschung, Würzburg 2002, S. 211 - 218

POTTHOFF (1982): T. Potthoff, Euthanasie in der Antike, Diss. Med. Münster 1982

QUANTE (1998): Michael Quante, Passive, indirekte und direkte Sterbehilfe - deskriptive und ethische tragfähige Unterscheidungen? Ethik in der Medizin, Springer Verlag, 1998, 10: 206 – 226

QUILL (1997): Timothy E. Quill, R. Dresser., W. Brock, The Rule of Double Effect-A Critique of Its role in End-of-Life Decision Making, N. Eng. J. Med. 1997; 337: S. 1768 – 1771

RIEDEL (2005): Ulrike Riedel, Patientenverfügungen. Zwischenbericht der Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages, Ethik in der Medizin 17, Heft 1(2005), S. 28 - 33

RIKLIN (2000): Franz Riklin, Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe, Das medizinisch assistierte Sterben, A. Holdegger (Hrsg.), 2. Auflage, Freiburg/Wien 2000, S. 322 - 344

ROBERT KOCH INSTITUT (2001): Robert Koch Institut, „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ Heft 1/2001 (Sterbebegleitung)

ROTHÄRMEL (2004): Sonja Rothärmel, Terminale Sedierung aus juristischer Sicht, Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 4, S. 349 - 357

SABATOWSKI (2000): Rainer Sabatowski et al, Ambulante Palliativ- und Hospizdienste in Deutschland, Zeitschrift für Palliativmedizin, 2000, 1: S. 17 - 24

SABATOWSKI (2000): Rainer Sabatowski et al, Über die Entwicklung palliativmedizinischer Einrichtungen in Deutschland, Zeitschrift für Palliativmedizin 2000; 1: S. 40 - 46

SAMW (1995): Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaft, Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter, Schweiz. Ärztezeitung 76, 1995, S. 1223 - 1225

SCHÄFER (2001): Dieter Schäfer, Patientenverfügung: krank - aber entscheidungsfähig, Lage: Jacobs, 2001

SCHAFFMEISTER (1977) Dieter Schaffmeister, Das niederländische Strafgesetz vom 3. März 1888; in Kraft getreten am 1. September 1886 nach dem Stand vom 1. Mai 1976, Hans Heinrich Jescheck/Gerhard Kleinwein (Hrsg.), Sammlung außerdeutscher Strafgesetzbücher in deutscher Übersetzung, Bd. XCIII, Berlin/New York 1977

SCHEIDEGGER (2000): Daniel Scheidegger, Intensivmedizin und Sterbehilfe, Das medizinisch assistierte Sterben, Adrian Holdegger (Hrsg.), Wien 2000, S. 258 - 266

SCHICK (2003): Ludwig Schick, Ansprache des Bamberger Erzbischofs Ludwig Schick bei der Bischofskonferenz am 25. September 2003 in Fulda

SCHISCHKOFF (1961): Georgi Schischkoff, Philosophisches Lexikon, 16. Auflage, Kröner, Stuttgart 1961

SCHLAKE/ROOSEN (2001): Hans-Peter Schlake, Klaus Roosen, Der Hirntod als der Tod des Menschen, Würzburg, 2001 (Deutsche Stiftung für Organtransplantation)

SCHMALZ (2001): Christine Schmalz, Sterbehilfe, Rechtsvergleich Deutschland - USA, Europäische Hochschulschriften, Reihe Rechtswissenschaft, Bd. 3128, (Zugl.: Göttingen, Univ., Diss., 2000) Frankfurt am Main 2001

SCHMIDHÄUSER (1974): Eberhard Schmidhäuser, Selbstmord und Beteiligung am Selbstmord in strafrechtlicher Sicht, Festschrift für Hans Welzel zum 70. Geburtstag, Stratenwerth G. et al (Hrsg.), Berlin/New York 1974

SCHMIDTKE (1988): Armin Schmidtke, Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens, Regensburg 1988

SCHMUHL (1992): Hans-Walter Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1895 - 1945, 2. Auflage, Göttingen 1992

SCHOCKENHOFF (2000): Eberhard Schockenhoff, Das Todesverständnis der Gegenwart als Herausforderung der Medizin – Überlegungen aus der Perspektive der theologischen Ethik, Zwischen Theorie und Praxis: Traditionelle und aktuelle Fragen zur Ethik in der Medizin, Dominik Groß (Hrsg.), Würzburg 2000, S. 101 - 114

SCHOLTEN (1991): Hans-Joseph Scholten, „Niederlande“, Albin Eser/Hans-Georg Koch (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe. Eine Internationale Dokumentation, S. 25, Freiburg 1991, S. 451 – 500

SCHOLZ (2002): Ruth Scholz, Die Diskussion um die Euthanasie, zu den anthropologischen Hintergründen einer ethischen Fragestellung. Münster: Lit 2002

SCHÖNE-SEIFERT (2000): Bettina Schöne-Seifert, Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? Das medizinisch assistierte Sterben, Adrian Holdegger (Hrsg.), Wien 2000, S. 98 - 118

SCHOPP (1996): Robert F. Schopp, Verdicts of conscience: Nullification and Necessity as Jury responses to Crimes of Conscience, 69 S. Cal.L.Rev. 2039 - 2116, 1996

SCHREIBER (1986): Hans-Ludwig Schreiber, Das Recht auf den eigenen Tod – zur gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe, Neue Zeitschrift für Strafrecht, 1986, Heft 8, Jg. 6, S. 337 ff.

SCHÜTTAUF (2003): Konrad Schüttauf, Suizid im Recht, Suizid und Sterbehilfe, Schriften des Institutes für angewandte Ethik e. V., Bd. 4, Brudermüller/Marx/Schüttauf (Hrsg.), Würzburg 2003

SEIFERT/HÖMIG (1995): Karl-Heinz Seifert und Dieter Hömig, Grundgesetz Taschenkommentar, 5. Auflage, Baden-Baden 1995

SIMON (2004): Alfred Simon, Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 3, S. 217 - 228

SIMSON (1976): Gerhard Simson, Die Suizidat, Eine vergleichende Betrachtung, München 1976

SINGER (1984): Peter Singer, Praktische Ethik, Stuttgart, 1984

SINGER (1994): Peter Singer, Praktische Ethik, 2. revidierte und überarbeitete Auflage, Stuttgart 1994

STÄDTLER-MACH (2002): Barbara Städtler-Mach, Der Suizid aus theologischer Sicht, Zwischen Theorie und Praxis 2: Ethik in der Medizin und Lehre, Klinik und Forschung, Dominik Groß (Hrsg.), Würzburg 2002, S. 237 - 248

STEINVORTH (1990): Ullrich Steinvorth, Klassische und moderne Ethik, Grundlinien einer materialen Moraltheologie, Reinbeck bei Hamburg 1990

STOECKER (2003): Ralf Stoecker, Sind hirntote Menschen wirklich tot? Bioethik. Eine Einführung, M. Duwell, K. Steigleder (Hrsg.), Frankfurt, Suhrkamp 2003, S.298 - 305

STÜRMER (1989): Matthias W. Stürmer, Sterbehilfe, München 1989

THIELE (2005): Thiele Felix, Aktive Sterbehilfe. Eine Einführung in die Diskussion, Aktive und passive Sterbehilfe, Felix Thiele (Hrsg.), München 2005, S. 9 - 29

TOELLNER (1996): Richard Toellner, Vortrag zum 92. deutschen Ärztetag, Berlin, Mai 1989, Beschlussprotokoll des 99. Ärztetages vom 4. bis 8. Juni 1996 in Köln

TRÖNDLE (1986): Herbert Tröndle, Referat zum 56. Deutschen Juristentag, Sitzungsberichte, Bd. II, S. 48 - 53

VIEFHUES (1990): Herbert Viefhues, Vom Himmel durch die Welt der Erde. Zur Mentalitätsgeschichte der Lebensqualität, Med. Materialien 12, 1990,

WAUSCHKUH (1922/23): E. Wauschkuhn, Die Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens, Psychiatrische - neurologische Wochenschrift 24, 1922/23

WEDLER (2004): Hans Ludwig Wedler, Nutzen und Grenzen der Sondenernährung am Lebensende, Ethik der Medizin, Band 16, Heft 3, S. 211 - 216

WEHKAMP (1998): Karl-Heinz Wehkamp, Sterben und Töten, Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte, 1. Auflage, Dortmund, 1998

WEHKAMP (2002): Karl-Heinz Wehkamp, Zwischen Lebenserhalt und Sterbehilfe: Ärztliche Entscheidungen in Grenzsituationen, Zwischen Theorie und Praxis 2: Ethik in der Medizin und Lehre, Klinik und Forschung, Dominik Groß (Hrsg.), Würzburg 2002, S. 219 - 236

WELTÄRZTEBUND (1983): Weltärztebund, Deklaration des Weltärztebundes zu „Der todkranke Patient“, Venedig 1983, Dok. 17.J

WELTÄRZTEBUND (1989): Weltärztebund, Erklärung des Weltärztebundes zum Dauerkoma (Persistent Vegetative State), Hongkong 1989, 17.V

WELTÄRZTEBUND (1990): Weltärztebund, Erklärung des Weltärztebundes zur Versorgung von Patienten im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit mit starken chronischen Schmerzen, Rancho Mirage, USA 1990, Dok.17.X

WELTÄRZTEBUND (1990): Weltärztebund, Stellungnahme zur Versorgung von Patienten im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit mit starken chronischen Schmerzen, 42. Generalversammlung, Dok. 17. X,1990

WELTÄRZTEBUND (1992): Weltärztebund, Erklärung des Weltärztebundes über die ärztliche Hilfe zum Selbstmord, Marbella, Spanien 1992, Dok. 17.PP

WELTÄRZTEBUND (2002): Weltärztebund, Entschließung des Weltärztebundes zur Euthanasie, verabschiedet von der Generalversammlung des Weltärztebundes, Washington 2002, Dok. 20.03/2001

WESSELS (1996): Johannes Wessels, Strafrecht, Besonderer Teil, 1. Straftaten gegen Persönlichkeits- und Gemeinschaftswerte, 20. Auflage, Heidelberg 1996

WIEDEMANN (2004): Erich Wiedemann, Der Gedanke des Tötens, Der Spiegel, 19.7.2004, S. 86 - 88

WIESING (2000): Urban Wiesing, Sterbehilfe, in Ethik in der Medizin: ein Reader, Stuttgart: Reclam 2000, S. 194 - 239

WILLIG (1992): Wolfgang Willig, Arbeitstexte für Psychologie, Soziologie, Pädagogik an Pflegeschulen, 8. Auflage, Balingen 1992

WILMS (1992): Klaus Wilms, Die ärztliche Verantwortung in Grenzsituationen des menschlichen Lebens, Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben? Hermann Hepp (Hrsg.), Düsseldorf 1992, S. 127 - 138

WILMS/KRAUS (2000): Klaus Wilms, Michael R. Kraus, Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin vor dem Hintergrund beschränkter Mittel, Zwischen Theorie und Praxis: Traditionelle und aktuelle Fragen zur Ethik in der Medizin, Dominik Groß (Hrsg.), Würzburg 2000, S. 115 - 125

WUNDERLI (1974): Jürg Wunderli, Euthanasie oder Über die Würde des Sterbens, Stuttgart 1974

ZIMMERMANN-ACKLIN (2000): Markus Zimmermann-Acklin, Das niederländische Modell - ein richtungsweisendes Konzept? Das medizinisch assistierte Sterben, Adrian Holdegger (Hrsg.), 2. Auflage, Freiburg/Wien 2000, S. 345 – 364

ZIMMERMANN-ACKLIN (1999): Markus Zimmermann-Acklin, Töten und Sterbenlassen: ethische Aspekte der gegenwärtigen Euthanasie – Diskussion, in: Alberto Bondolfi et al. (Hrsg.), Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, Basel 1999, S. 363 - 380

<http://www2.amnesty.de/internet/ai-theme.nsf/db2320ec1f478ab641256737002b1008/1012013f435468ccc1256a630032ba8b?OpenDocument#Abschnitt%20I%3A%20Rechte%20und%20Europäische%20Konvention%20zum%20Schutze%20der%20Menschenrechte%20und%20Grundfreiheiten%20vom%204.%20November%201950>

<http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/09/09/160a0502.asp>
Verfügungen von Patienten sollen bindend sein

<http://www.altenpflege-tod-und-sterben.de/sterbephasen.html>
Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross

<http://www.das-Parlament.de/2001/36/beilage/005p.ptf>
Das Zeitalter des permanent unfertigen Menschen: Lebenslanges Lernen nonstop?

<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p3030022.htm>
Weiter Zunahme der Lebenserwartung

http://www.heartandcoeur.com/celebrity/page_barnard.php
Christian Barnard

<http://www.netlaw.de/gesetze/stgb.htm>
Strafgesetzbuch

<http://www.3sat.de/kulturzeit/themen/49523/index.html>
Suizid als medizinische Dienstleistung

<http://www.uno.de/menschen/index.cfm?ctg=udhr>
Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

http://www.coe.int/t/d/Kommunikation_und_politische_Forschung/Presse_und_Online_Info/Zum_Portal/20030929_Euthanasie.asp
Meinungsaustausch zu Fragen der Euthanasie

<http://www.dignitas.ch/seite5.htm>
Legale Freitodhilfe mit dignitas

http://www.zeit-fragen.ch/ARCHIV/ZF_87c/T35.HTM
Breiter Konsens gegen „aktive Sterbehilfe“

<http://www.3sat.de/kulturzeit/themen/42951/index.html>
In der Schweiz des Sterbens wegen

<http://www.3sat.de/kulturzeit/news/17868/index.html>
Das umstrittene Recht zu sterben

<http://www.3sat.de/kulturzeit/themen/17269/index.html>
Recht auf Tötung

<http://www.drze.de/themen/blickpunkt/sterbehilfe>
Blickpunkt Sterbehilfe

http://www.ethikrat.org/_english/publications/Opinion_advance-directive.pdf
Patientenverfügung- Ein Instrument der Selbstbestimmung

http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2002/october/documents/hf_jp-ii_spe_20021031_ambassador-belgium_ge.html
Audienz von Johannes Paul II., Für den neuen Botschafter des Königreiches Belgien beim Hl. Stuhl, vom 31.10.2002

http://www.ifd-allensbach.de/news/prd_0119.html
Mehrheit für aktive Sterbehilfe

<http://www.das-parlament.de/2001/36/beilage/005p.pdf>
Das Zeitalter des permanent unfertigen Menschen: Lebenslanges Lernen nonstop?

http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/05/25/094a0606.asp?nproductid=4006&narticleid=358585&cat=/magazin/ethik_in_der_medizin
Bischof Huber gegen Gesetz für Patientenwillen

<http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/04/28/077a0604.asp?cat=>
Europarat lehnt Resolution zur Sterbehilfe ab

Abkürzungen:

§	Paragraph
Abs.	Absatz
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
Art.	Artikel
Az	Aktenzeichen
BeurkG	Beurkundungsgesetz
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Bundesgerichtshof für Strafsachen
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BverfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
bzw.	beziehungsweise
Chr.	Christus
DGHS	Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben
Diss.	Dissertation
Dok.	Dokument
Dt	Deuteronomium
EEG	Elektroenzephalogramm
FDP	freie demokratische Partei
ff.	folgende Seiten
GG	Grundgesetz
gr.	griechisch
Hrsg.	Herausgeber
JZ	Juristenzeitung
KNMG	Königliche Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Medizin
Kol.	Kolosso
Kor.	Korinther
Mio.	Millionen
N. N.	nomen nescio
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
nl.	niederländisch
Nr.	Nummer
NS	Nationalsozialismus
NSDAP	Nationalsozialistische deutsche Arbeiterpartei
o. g.	oben genannt
OLG	Oberlandesgericht
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
SAMW	Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaft
sog.	sogenannt
St.	Sankt
StGB	Strafgesetzbuch
u. a.	unter anderem
UNO	United Nation Organisation
US	United Nations

USA
Vgl.
WHO
z. B.

United States of America
Vergleich
Welt Gesundheitsorganisation
zum Beispiel

Danksagung

Dank sagen möchte ich an erster Stelle Professor Dr. Dominik Groß für die Überlassung dieses interessanten und aktuellen Themas, sowie für die Betreuung und die hilfreichen Gespräche. Auch danken möchte ich allen Gesprächspartnern/innen, die sich in den vergangenen zwei Jahren Zeit genommen haben, um mit mir über mein Promotionsthema zu diskutieren.

Meinen Eltern danke ich sehr herzlich für ihre Geduld und große Hilfsbereitschaft.

Lebenslauf

Name: Kathrin Maria Krome
geb. Vogel

Geburtsdatum: 7. Mai 1975
Geburtsort: Bamberg

Konfession: röm.-kath.
Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: verheiratet

Ehemann: Florian Krome
Diplombetriebswirt

Schulbildung: 1981 - 1985 Grundschule
1985 - 1992 ETA-Hoffmann-Gymnasium
Bamberg

Berufsausbildung: Lehre als Krankenschwester
1996 Krankenschwesterexamen
im Theresienkrankenhaus Nürnberg

Okt. 96 – April 97 Krankenschwester
in der Höhenklinik Clavadel/Davos

1997 – 1999 Abendgymnasium
Abschluss – Abitur
gleichzeitig Dienst als Krankenschwester
bei Internisten Herrn Dr. Muckelbauer

Medizinstudium: 1999 – 2001 an der Universität des Saar-
landes (Homburg/Saar)
August 2001 Physikum
seit 2001 an der Universität Würzburg
August 2002 1. Staatsexamen
August 2004 2. Staatsexamen
Oktober 2005 3. Staatsexamen

Berufstätigkeit: seit 1. Dezember 2005 Assistenzärztin,
Neurologie im Klinikum Bamberg,

Memmeldorf, im Februar 2006