

ETHIK IN DEN
BIOWISSENSCHAFTEN – 8
SACHSTANDSBERICHTE DES DRZE



Sterbehilfe

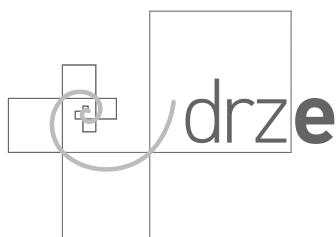
Carlo Grimm
Ingo Hillebrand

VERLAG KARL ALBER



Ethik in den Biowissenschaften –
Sachstandsberichte des DRZE

Band 8: Sterbehilfe



*Herausgegeben vom DRZE –
Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften*

*unter Verantwortung von
Dieter Sturma, Dirk Lanzerath und Bert Heinrichs*

www.drze.de

VERLAG KARL ALBER 

Die Frage nach der Sterbehilfe gehört nicht nur in den fachwissenschaftlichen Kontexten der Medizinethik zu den umstrittensten Problemstellungen. In den vergangenen Jahren haben die Fälle der Patientinnen Terri Schiavo und Eluana Englaro, die über viele Jahre hinweg im Wachkoma (persistent vegetative state) lagen, internationale Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Aufgrund der intensivmedizinischen Fortschritte bei der Versorgung von Schwerstkranken werden Menschen aber auch in ihrem persönlichen Umfeld immer öfter damit konfrontiert, sich mit dem Vorgang des Sterbens ethisch auseinandersetzen zu müssen: sei es, dass die sterbende Person ausdrücklich die vorzeitige Beendigung des eigenen Lebens wünscht oder ein solcher Wunsch nach Beendigung im Falle des Verlusts der Kommunikationsfähigkeit mit guten Gründen unterstellt werden kann. In den ethischen, juristischen und politischen Debatten um die Sterbehilfe zeichnet sich bislang noch keine konsensfähige Lösung ab, welche Grundsätze bei der Bewertung von Hilfeleistungen beim Sterben oder zum Sterben für den Einzelfall zur Anwendung kommen sollen. Der vorliegende Band stellt die rechtswissenschaftlichen und ethischen Grundlagen für Urteilsbildungen im Bereich der Sterbehilfe zur Verfügung.

The question of euthanasia has established itself as one of the most controversial issues not only in specialized contexts of medical ethics but far beyond. Over the past few years, the cases of the patients Terri Schiavo and Eluana Englaro, who remained in a persistent vegetative state for several years, have drawn international attention. Major advancements in intensive medical care for seriously ill persons have led to an increasing confrontation of people with the need to personally deal with the process of dying from an ethical perspective. This need arises in cases where dying persons explicitly express the wish to end their lives prematurely as well as in cases where the dying persons' ability to communicate is lost but a comparable wish to terminate their lives can be presumed based on good reasons. As of yet, the ethical, legal and political debates about euthanasia have not yielded any solution on which consensus might be reached as regards particular maxims, which are to be implemented on a case-by-case basis in the assessment of assistance throughout the dying process or in achieving death. The present volume allocates the legal and ethical fundamentals for a judgement formation within the scope of euthanasia.

*Carlo Grimm /
Ingo Hillebrand*

Sterbehilfe

Rechtliche und ethische Aspekte

Verlag Karl Alber Freiburg/München

Dieses Werk ist eine Open-Access-Publikation,
veröffentlicht unter der Lizenz
Creative Commons Attribution –
ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0).
Informationen zur Lizenz unter
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

DOI: 10.23769/vka-2020-48345

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei)
Printed on acid-free paper
Alle Rechte vorbehalten – Printed in Germany
© Verlag Karl Alber GmbH Freiburg/München 2009
www.verlag-alber.de

Originalausgabe

Redaktion: Bert Heinrichs und Birte Herrfurth-Rödig
unter Mitarbeit von Katharina Campe, Lisa Retterath
und Alexandra Simone Spaeth

Satz: SatzWeise, Föhren
Druck: Difo-Druck, Bamberg

ISBN 978-3-495-48345-9

Inhalt

Vorwort	9
I. Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe (Carlo Grimm)	13
1. Einleitung	13
1.1 Die Sterbehilfe in Deutschland	13
1.2 Entwicklung der Diskussion über Sterbehilfe in Deutschland	14
1.3 Zur Terminologie	19
2. Strafrechtliche Aspekte der Sterbehilfe	21
2.1 Direkte und indirekte aktive Sterbehilfe	21
2.1.1 Direkte aktive Sterbehilfe und § 216 StGB	21
2.1.1.1 Tötung gegen oder ohne den Willen des Getöteten	21
2.1.1.2 Tötung auf Verlangen, § 216 StGB	22
2.1.1.3 Abgrenzung zur straflosen Beihilfe zur Selbsttötung	24
2.1.2 Indirekte Sterbehilfe (Gabe schmerzlindernder Medikamente mit lebensverkürzender Wirkung)	34
2.1.2.1 Vorsatzfrage	35
2.1.2.2 Indirekte Sterbehilfe nur bei Sterbenden?	39
2.1.2.3 Indirekte Sterbehilfe nur zur Schmerzlinderung?	40
2.1.2.4 Begründung der Straflosigkeit der indirekten Sterbehilfe	40
(a) Lösungsansätze auf Tatbestandsebene	41
(b) Lösungsansätze auf Rechtfertigungsebene	43
2.2 Passive Sterbehilfe (Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen)	46
2.2.1 Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen auf Verlangen des Patienten	48
2.2.1.1 Grundsatz: Selbstbestimmung	48
2.2.1.2 Sonderfall Suizid	51
2.2.1.3 Der Abbruch einer technisch unterstützten Heilbehandlung	54

2.2.2	Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen beim aktuell nicht entscheidungsfähigen Patienten	58
2.2.2.1	Während des Sterbeprozesses	58
2.2.2.2	Vor Beginn des Sterbeprozesses	58
2.3	Terminale oder palliative Sedierung	62
3.	Zivilrechtliche Aspekte der Sterbehilfe	63
3.1	Bluttransfusionsfall (Zeugen Jehovas)	64
3.2	Fall Traunstein	66
3.3	Beschluss des 12. Zivilsenats des BGH vom 17. März 2003	68
3.4	Betreuungsrechtliche Aspekte und Patientenverfügungen . . .	70
4.	Ländervergleich	73
4.1	Länderauswahl	73
4.2	Schweiz	74
4.3	Niederlande	76
4.4	Großbritannien	77
	Zitierte Gesetze	79
	Deutschland	79
	Schweiz	79
	Niederlande	79
	Großbritannien	79
	Rechtsprechung	80
	Literatur	81
 II. Ethische Aspekte der Sterbehilfe (Ingo Hillebrand)		 85
1.	Einführung	85
1.1	Gegenstand der Diskussion	85
1.1.1	Begriff und Grundformen der Sterbehilfe	85
1.1.2	Sonderform »Terminale Sedierung«	86
1.2	Ebenen und normative Bezugspunkte der Diskussion	87
1.2.1	Diskussionsebenen	87
1.2.2	Normative Bezugspunkte	87
1.3	Terminologische Anmerkungen	89
1.3.1	»Aktiv – Passiv« und »Direkt – Indirekt«	89
1.3.2	»Sterbehilfe« und »Euthanasie«	90
2.	Passive Sterbehilfe	92
2.1	Begriff und allgemeine Diskussionslage	92
2.1.1	Begriff	92
2.1.2	Affirmativer Grundkonsens	92

2.1.3	Begründung des affirmativen Grundkonsenses	93
2.2	Zentrale Diskussionsfelder	94
2.2.1	Nichtabwählbare Maßnahmen	94
2.2.2	Technischer Behandlungsabbruch	95
2.2.3	Verzicht auf künstliche Ernährung	97
3.	Indirekte aktive Sterbehilfe	99
3.1	Begriff und allgemeine Diskussionslage	99
3.1.1	Begriff	99
3.1.2	Affirmativer Grundkonsens	100
3.2	Zentrale Diskussionsfelder	101
3.2.1	Begründung des affirmativen Grundkonsenses	101
3.2.1.1	Güterabwägungs-Konzept	101
3.2.1.2	Doppelwirkungs-Konzept	102
3.2.1.3	Unterschiede und Probleme der beiden Konzepte	103
4.	Direkte aktive Sterbehilfe	105
4.1	Begriff und allgemeine Diskussionslage	105
4.1.1	Begriff	105
4.1.2	Grunddissens	105
4.2	Zentrale Diskussionsfelder	107
4.2.1	Legitimität des Verlangens, getötet zu werden	107
4.2.2	Validität des Verlangens, getötet zu werden	108
4.2.3	Legitimität der Tötung aufgrund eines legitimen und validen Verlangens	111
4.2.4	Genuinethische Relevanz der Aktiv-Passiv- und der Direkt-Indirekt-Unterscheidung	112
4.2.4.1	Aktiv-Passiv-Unterscheidung	113
4.2.4.2	Direkt-Indirekt-Unterscheidung	115
4.2.5	Strafgesetzzliche und standesethische Regulierung	118
4.2.5.1	Argumente für eine unbedingte strafgesetzzliche und standesethische Missbilligung	120
4.2.5.2	Argumente für eine partielle strafgesetzzliche und standesethische Billigung	123
4.2.5.3	Erwiderung auf die Argumente für eine partielle strafgesetzzliche und standesethische Billigung	125
5.	Sterbehilfe durch Suizidbeihilfe	127
5.1	Begriff und allgemeine Diskussionslage	127
5.1.1	Begriff	127
5.1.2	Grunddissens	128

Inhalt

5.2	Zentrale Diskussionsfelder	128
5.2.1	Legitimität des Suizids	128
5.2.1.1	Pflichten gegen Gott	129
5.2.1.2	Pflichten gegen sich selbst	131
5.2.1.3	Pflichten gegen andere Menschen	133
5.2.2	Validität des Suizidverlangens	135
5.2.3	Standesethische Regulierung der ärztlichen Suizidbeihilfe	135
5.2.4	Gesetzliche Regulierung der organisierten und der kommerziellen Suizidbeihilfe	139
6.	Sterbehilfe bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen	144
6.1	Begriff und allgemeine Diskussionslage	144
6.1.1	Begriff	144
6.1.2	Problemkreise	144
6.2	Zentrale Diskussionsfelder	146
6.2.1	Behandlungsverzicht bei Vorliegen einer Patienten- verfügung	146
6.2.2	Behandlungsverzicht bei mutmaßlichem Willen	153
6.2.3	Behandlungsverzicht bei fehlenden Anhaltspunkten für einen mutmaßlichen Willen	155
7.	Zusammenfassung	156
	Zitierte Gesetze	158
	Rechtsprechung	159
	Literatur	159
	Hinweise zu den Autoren und Herausgebern	168

Vorwort

Als Sterbehilfe bezeichnet man Maßnahmen, die darauf abzielen einer schwer erkrankten oder sterbenden Person einen möglichst schmerzfreien Tod zu ermöglichen. Der Sterbehilfe liegt die prinzipielle Entscheidung zugrunde, dass in bestimmten Fällen des vergehenden menschlichen Lebens der Tod dem Weiterleben vorzuziehen sei. In dem Abwägungsprozess, der zur Befürwortung von Sterbehilfe führt, erhält insofern die Beendigung unerträglichen Leidens das Primat vor der Erhaltung des Lebens. Entscheidungen zur Sterbehilfe gestalten sich unabhängig von der gravierenden existenziellen Problemlage auch deshalb schwierig, weil an ihr Patienten, Angehörige, Ärzte und Pfleger beteiligt sind, die je eigene Einstellungen und Standpunkte haben – so enthält etwa das Berufsethos des Arztes normative Vorgaben, die nicht immer mit Wünschen des Patienten oder Angehörigen in Einklang stehen. Diese Ausgangslage kann dazu führen, dass unter der gemeinsamen Zielsetzung eines Sterbens in Würde und ohne starkes Leiden Bewertungen im Hinblick auf das, was zu tun ist, auseinander treten.

Die Frage nach der Sterbehilfe gehört nicht nur in den fachwissenschaftlichen Kontexten der Medizinethik zu den umstrittensten Problemstellungen. In den vergangenen Jahren haben die Fälle von Sterbehilfe bei den Patientinnen Terri Schiavo und Eluana Englaro, die über viele Jahre hinweg im Wachkoma gelegen haben, internationale Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Aufgrund der intensivmedizinischen Fortschritte bei der Versorgung von Schwerstkranken werden Menschen aber auch in ihrem persönlichen Umfeld immer öfter damit konfrontiert, sich mit dem Vorgang des Sterbens ethisch auseinandersetzen zu müssen: sei es, dass die sterbende Person ausdrücklich die vorzeitige Beendigung des eigenen Lebens wünscht oder ein solcher Wunsch im Falle des Verlusts der Kommunikationsfähigkeit mit guten Gründen unterstellt werden kann.

In den Auseinandersetzungen um die Sterbehilfe bietet das Verbot, Patienten zu töten, das seit Jahrtausenden zu den Grundlagen der Medizin gehört, keine zweifelsfreie Sicherheit mehr. Vielen Personen erscheint der

Tod nicht unter allen Umständen als das größte Übel. Vielmehr sehen sie sich bei Schwersterkrankten oder Sterbenden mit Zuständen konfrontiert, die sie für äußerst schmerzvoll und elend halten und deren schnelle Beendigung sie wünschen. Auch wirkt sich das Autonomieprinzip, das zu den Eckpfeilern der modernen Medizinethik gehört, auf den Umgang mit dem eigenen Sterben aus. Die Länge der Lebenszeit ist dabei nicht mehr der einzige Grund, der in Betracht zu ziehen ist. Personen wollen vorsorgend auf Situationen zum Ende ihres Lebens Einfluss nehmen und nach Möglichkeit das Ende ihres Lebens nicht in hilflosen oder besonders leidvollen Zuständen zubringen.

Es ist allerdings umstritten, in welchem Maße man überhaupt zum Ende seines Lebens verantwortungsvoll handeln kann, wenn die entsprechenden epistemischen Fähigkeiten nicht mehr verfügbar sind. Der Zweifel an der Authentizität von Willensbekundungen Schwersterkrankter kommt nicht erst dann auf, wenn die Zustimmungsfähigkeit verloren gegangen ist. Erwartungen aus dem Umfeld können die Willensbildung und deren Äußerung genauso verfälschen wie fehlende Orientierung unter den Bedingungen nachlassender intellektueller Fähigkeiten.

Viele ethische Entscheidungen am Ende des vergehenden menschlichen Lebens müssen unter den Bedingungen epistemischer Unsicherheit erfolgen. Selbst in Fällen eines erklärten Tötungswunsches kann nicht mit letzter Sicherheit gesagt werden, ob es für den Sterbenden besser ist, weiter zu leben oder nicht. Auf der anderen Seite gibt es auch keine Rückzugsmöglichkeit auf das Aussetzen von Handeln. Unterlassungen haben beim Umgang mit dem vergehenden menschlichen Leben praktische Konsequenzen, die in den meisten Fällen gerade der Grund sind, Sterbehilfe in Betracht zu ziehen.

Bei der ethischen Bewertung von Sterbehilfe spielen semantische Konstruktionen und begriffliche Unterscheidungen eine entscheidende Rolle. Sie präformieren von vornherein die Auffassung des problematisierten Sachverhalts. Die semantischen Differenzierungen erfolgen im Wesentlichen durch Gegensatzverhältnisse, die Adjektive wie »aktiv« und »passiv«, »direkt« und »indirekt« sowie »freiwillig« und »nicht-freiwillig« beziehungsweise »unfreiwillig« in Verbindung mit dem Ausdruck »Sterbehilfe« erzeugen. In den ethischen, juristischen und politischen Debatten um die Sterbehilfe zeichnet sich bislang noch keine konsensfähige Lösung ab, welche Grundsätze bei der Bewertung von Hilfeleistungen beim Sterben oder zum Sterben für den Einzelfall zur Anwendung kommen sollen. Gesetzliche Regelungen stehen in Deutschland nach wie vor aus. Rechtliche Orientierungspunkte sind Regelungen des ärztlichen Berufsrechtes sowie die

höchstrichterlichen Entscheidungen, die anlässlich von Problemfällen der Sterbehilfe ergangen sind – sie kommen in diesem Band ausführlich zur Darstellung.

Der vorliegende Band stellt die rechtswissenschaftlichen und ethischen Grundlagen für Urteilsbildungen im Bereich der Sterbehilfe zur Verfügung. Der Zeitrahmen des Sachstandsberichts erstreckt sich bis zum März 2009.

Dieter Sturma

I. Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe

Carlo Grimm

1. — Einleitung

1.1 Die Sterbehilfe ist in Deutschland abgesehen vom ärztlichen Berufsrecht¹ bislang nicht ausdrücklicher Gegenstand spezialgesetzlicher Regelungen. Der deutsche Gesetzgeber verwendet weder den historisch vorbelasteten und daher im deutschen Sprachraum weitgehend verdrängten Begriff der »Euthanasie«² noch den im gegenwärtigen rechtspolitischen Diskurs üblichen Begriff der »Sterbehilfe«. Daher gelten für die rechtliche Beurteilung der einschlägigen Fälle die allgemeinen Vorschriften des Strafrechts und des Zivilrechts. Von besonderer praktischer Relevanz ist dabei die Abgrenzung der strafbaren aktiven Verkürzung des Lebens im Sinne der Tötungsdelikte (§§ 211 ff. Strafgesetzbuch (StGB)) von den straflosen Maßnahmen zur Leidensminderung am Lebensende.

Angesichts der Allgemeinheit und Abstraktheit der gesetzlichen Bestimmungen ist es bislang weder der Rechtsprechung noch der Rechtswissenschaft gelungen, allseits akzeptierte Maßstäbe zu entwickeln, anhand derer sich die Strafbarkeitsgrenze für Hilfeleistungen beim Sterben oder zum Sterben für den Einzelfall bestimmen lässt. Bezüge zum Zivilrecht ergeben sich insbesondere im Zusammenhang mit den inhaltlichen und formalen Erfordernissen für die Wirksamkeit von Patientenverfügungen, Vorsorge- und Betreuungsvollmachten. Das Verfassungsrecht stellt darüber hinaus mit dem Katalog der Grundrechte im Grundgesetz (GG) den

¹ In der »(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte« (MBO-Ä 1997) heißt es in § 16 (Beistand für Sterbende): »Ärztinnen und Ärzte dürfen – unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientin oder des Patienten stellen.« (Bundesärztekammer 2006)

² Zur Begriffsgeschichte vgl. den ethischen Teil dieses Sachstandsberichts.

Bezugsrahmen und letzt verbindlichen Maßstab für den Gesetzgeber dar, wobei insbesondere die Artikel 1 Abs. 1 (Menschenwürde), Art. 2 Abs. 1 (Anknüpfungspunkt für das Recht auf Selbstbestimmung), Art. 2 Abs. 2 (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) von Relevanz sind. Auch in der strafrechtlichen Debatte spielen die genannten Grundrechte insofern eine Rolle, als zum Teil aus der dem Grundrechtskatalog inhärenten Werteordnung Argumentationsfiguren für die Lösung strafrechtlicher Probleme abgeleitet werden.

1.2 *Entwicklung der Diskussion über Sterbehilfe in Deutschland*

Im Folgenden soll nur ein kursorischer Überblick über die neuere Entwicklung des Diskurses über Sterbehilfe in Deutschland gegeben werden, da es einerseits Aufgabe des vorliegenden Sachstandsberichts ist, die gegenwärtige Rechtslage darzustellen und die aktuelle Diskussion abzubilden, und andererseits eine historisch gehaltvolle Darstellung der Sterbehilfedebatte über die letzten 60 Jahre den gegebenen Rahmen sprengen würde.

Das Thema Sterbehilfe spielte in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder eine bedeutende Rolle in den Debatten der juristischen Fachwelt. So waren Aspekte der Sterbehilfe in den vergangenen 22 Jahren dreimal Gegenstand der alle zwei Jahre stattfindenden Mitgliederversammlung des Deutschen Juristentages (DJT): Der 56. DJT befasste sich im Jahr 1986 unter strafrechtlichen Gesichtspunkten mit dem »Recht auf den eigenen Tod«, der 63. DJT stellte im Jahr 2000 die Frage zur Diskussion: »Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?«, und der 66. DJT behandelte im Jahr 2006 das Thema »Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung«. An den Themenstellungen ist zu erkennen, dass nach einer zunächst strafrechtlichen Perspektivierung der Sterbehilfe mit der Frage nach der Strafbarkeit bzw. Straflosigkeit von Einflussnahmen dritter Personen auf den Sterbeprozess sich um die Jahrtausendwende der Blick auf die zivilrechtlichen Aspekte der Sicherung der Patientenautonomie am Lebensende gerichtet hat. Danach erfolgte eine Rückbesinnung auf die Gestaltungsmöglichkeiten des Strafrechts mit einem umfangreichen Reformentwurf zu den einschlägigen Vorschriften des Strafgesetzbuchs.³ In seinem Gutachten zum Thema »Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung« für den 66. DJT konstatiert Verrel, dass sich die

³ Deutscher Juristentag 2006: 7 ff.; Verrel 2006: C 53 ff.

»vom 56. DJT gehegte Hoffnung auf Rechtssicherheit durch Rechtsprechung [...] nicht erfüllt [habe]«. So seien »trotz der Bemühungen der Strafrechtsprechung, die seit dem 56. DJT weitgehend etablierte Fallgruppenbildung höchstrichterlich abzusichern und weiter auszudifferenzieren, [...] wichtige Fragen bis heute nicht bzw. nicht befriedigend geklärt.« Verrel verweist in diesem Zusammenhang etwa auf die »Vagheit und Inkonsistenz« der Kriterien der Rechtsprechung für den »Umgang mit nicht sterbensnahen Wachkomapatienten« und die bislang fehlende ausdrückliche Anerkennung von Patientenverfügungen und plädiert für »eine Klarstellung der Zulässigkeit von Sterbehilfemaßnahmen im Strafrecht«. Die bestehenden Unklarheiten der Rechtslage führten zur Verunsicherung der Entscheidungsverantwortlichen, so dass durch »eine auf das Betreuungsrecht beschränkte Regelung [...] Ärzten, Betreuern, Bevollmächtigten und Patienten nicht die bislang so verhaltensdominierende, wenn auch zumeist unbegründete Furcht vor strafrechtlicher Verfolgung [genommen würde].«

Im Jahr 2005 war bereits ein Gesetzesvorschlag zur Regelung der Sterbehilfe im Rahmen des Strafrechts von Strafrechtswissenschaftlern des Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer veröffentlicht worden. Dieser sogenannte Alternativentwurf Sterbebegleitung (AE-Sterbebegleitung)⁴ war als Neufassung und Fortschreibung des Alternativentwurfs Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe) konzipiert worden, der anlässlich des 56. DJT 1986 von Strafrechtlern und Medizinern ausgearbeitet, aber wegen zahlreicher Unklarheiten nicht dem Gesetzgeber empfohlen worden war.⁵ Der AE-Sterbebegleitung plädiert für eine Klarstellung der Strafbarkeitsgrenzen im Bereich der Sterbehilfe durch Aufnahme von ausdrücklichen Rechtfertigungsregelungen in das Strafgesetzbuch. So sollen etwa im Anschluss an die Vorschriften der Tötungsdelikte die bislang nicht gesetzlich definierten Voraussetzungen der erlaubten passiven und indirekten Sterbehilfe formuliert werden.⁶ Zudem sollten die Voraussetzungen einer erlaubten Beendigung oder Nicht-Aufnahme von lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen aufgrund des ausdrücklichen, in einer Patientenverfügung geäußerten oder mutmaßlichen Willens des Patienten geregelt werden.⁷ Entgegen dem Vorschlag des AE-Sterbehilfe von 1986 wendet sich der AE-Sterbebegleitung gegen »den unwiederbringlichen Verlust des Bewusstseins als eigenständigen Legitima-

⁴ Schöch / Verrel 2005: 553 ff.

⁵ Höfling / Schäfer 2006: 41.

⁶ Schöch / Verrel 2005: §§ 214, 214 a AE-Sterbebegleitung.

⁷ Schöch / Verrel 2005: § 214 AE-Sterbebegleitung.

tionsgrund für die Einstellung einer lebenserhaltenden Behandlung.«⁸ Von einer gesetzlichen Regelung der Wachkomafälle rät der AE-Sterbebegleitung ab und verweist auf die fortschreitenden medizinischen Erkenntnisse auf diesem Gebiet.

Die Problematik der Wirksamkeitsvoraussetzungen und Geltungsgrenzen von Patientenverfügungen und anderen Instrumenten zur Sicherung der Patientenautonomie am Lebensende, wie etwa Vorsorgevollmachten oder Betreuungsverfügungen, steht seit einigen Jahren im Zentrum der reformpolitischen Diskussion. Die überwältigende mediale Präsenz dieser Debatte spiegelt das immense, nicht nachlassende öffentliche Interesse an rechtspolitischen Stellungnahmen und Regelungen auf diesem Gebiet. Seit 2004 haben verschiedene Gremien an den Gesetzgeber gerichtete Vorschläge zur gesetzlichen Regelung der genannten Instrumente ausgearbeitet und zur öffentlichen Diskussion gestellt. So legte etwa die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz im Jahr 2004 einen Bericht zum Thema »Sterbehilfe und Sterbebegleitung« vor, der mehrere Empfehlungen an den Gesetzgeber zur »Stärkung des Rechts zur Selbstbestimmung auf einen würdigen Tod«⁹ enthält. Demnach sollen Patientenverfügungen grundsätzlich formlos (mündlich, schriftlich oder notariell) erstellt und widerrufen werden können und in ihrer Wirksamkeit nicht von einer vorherigen ärztlichen oder juristischen Aufklärung des Verfügenden abhängig sein.¹⁰ Die Schriftform soll nur dann Wirksamkeitsvoraussetzung sein, wenn die Befolgung der Verfügung die Gesundheit oder das Leben des Patienten gefährden würde. Zudem müsse in diesen Fällen die Patientenverfügung hinreichend konkret auf die betreffende Situation zugeschnitten sein und auf vorheriger Beratung beruhen.¹¹

Die vom Bundesministerium der Justiz eingesetzte Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« (AG-BMJ) veröffentlichte ebenfalls im Jahr 2004 einen Bericht, in dem neben dem Vorschlag, das Rechtsinstitut der formlos wirksamen Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch im Rahmen des Betreuungsrechts ausdrücklich zu regeln, die Stellung des Betreuers gestärkt werden sollte: »Der Betreuer soll den in der Patientenverfügung geäußerten Willen des Betreuten beachten und durchsetzen, soweit ihm das – unabhängig davon, ob die Erkrankung des Betreuten einen tödlichen Verlauf genommen hat – zumutbar ist.«¹² Demgegenüber

⁸ Schöch / Verrel 2005: 568.

⁹ Höfling / Schäfer 2006: 30.

¹⁰ Höfling / Schäfer 2006: 30.

¹¹ Höfling / Schäfer 2006: 30.

¹² Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« 2004: 42, 46.

sollte die Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts im Wesentlichen auf die Fälle beschränkt werden, in denen zwischen dem behandelnden Arzt und dem Betreuer kein Konsens darüber erzielt wird, dass die Einwilligung, die Ablehnung oder der Widerruf einer Therapiebegrenzung tatsächlich dem Willen des Betreuten entspricht.¹³ Der inhaltlich mit dem Abschlussbericht der AG-BMJ weitgehend übereinstimmende Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz zur Regelung des Rechts der Patientenverfügung wurde nach heftiger parteipolitischer Kritik im Februar 2005 zurückgezogen, worauf der SPD-Abgeordnete Joachim Stünker¹⁴ einen zweiten Entwurf eines »3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts« vorlegte, der abweichend vom Referentenentwurf des BMJ neben dem Schriftformerfordernis für die Patientenverfügung vorsah, dass in den Fällen, in denen keine schriftliche Erklärung vorliege oder der Inhalt der Patientenverfügung nicht auf die gegebene Situation passe, der Betreuer aus früheren mündlichen Äußerungen und anderen Indizien den mutmaßlichen Willen des Betreuten zu ermitteln habe.¹⁵

Im Jahr 2004 verabschiedete auch die vom Deutschen Bundestag im Jahr 2003 eingesetzte Enquete-Kommission »Ethik und Recht der modernen Medizin« einen Zwischenbericht zum Thema »Patientenverfügungen«, der neben einem Mehrheitsvotum mehrere Sondervoten mit abweichenden Positionen enthielt. Während das Mehrheitsvotum sich dafür aussprach, die Wirksamkeit der zwingend schriftlich abzufassenden, zu unterschreibenden und zu datierenden Patientenverfügungen auf die Fälle irreversibler und tödlich verlaufender Erkrankungen zu begrenzen, lehnte ein Teil der Vertreter der Sondervoten eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung generell ab, ein anderer Teil votierte dafür, Patientenverfügungen auch in Fällen nicht irreversibler und nach ärztlicher Erkenntnis notwendig tödlich verlaufender Erkrankungen für wirksam zu erachten.¹⁶

Der kontroverse Meinungsstand in der öffentlichen Debatte veranlasste den von der Bundesregierung im Jahr 2001 eingesetzten Nationalen Ethikrat im Jahr 2005 zu seiner Stellungnahme »Patientenverfügung«. Das Gremium sprach sich darin für eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch und für ergänzende Regelungen im Strafgesetzbuch aus, »um auch in strafrechtlicher Hinsicht größere Rechts-

¹³ Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« 2004: 43, 46.

¹⁴ Zu den verschiedenen Gesetzentwürfen siehe den Abschnitt 6.2.1 des Teils II (Ethische Aspekte der Sterbehilfe) des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁵ Höfling / Schäfer 2006: 33.

¹⁶ Eingehend zum Inhalt der Voten: Höfling / Schäfer 2006: 33 ff.

sicherheit für den genannten Personenkreis und eine hinreichende Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe zu erzielen.«¹⁷ Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung soll nicht an eine vorherige ärztliche Beratung gebunden sein und »nicht auf bestimmte Phasen der Erkrankung beschränkt werden«¹⁸. Der Nationale Ethikrat ist ferner der Auffassung, »dass der Gesetzgeber die Schriftform oder eine vergleichbar verlässliche Dokumentation (z.B. Videoaufnahme) zur Voraussetzung der Gültigkeit einer Patientenverfügung machen sollte. Äußerungen, die nicht diesem Formerfordernis entsprechen, sollen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens berücksichtigt werden.«¹⁹

Auch die Bundesärztekammer überarbeitete ihre »Richtlinien für die Sterbehilfe« aus den Jahren 1979 und 1993 und entwickelte sie in den Jahren 1998 und 2004 weiter zu den »Grundsätzen zur ärztlichen Sterbegleitung«.²⁰ Die Fassung der Grundsätze von 2004 unterscheidet drei Patientengruppen: Sterbende, Patienten mit infauster Prognose und Patienten mit »schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit«.²¹ Die Hervorhebung der dritten Gruppe spiegelt das zunehmend größere Interesse an der Behandlung der Wachkomafälle wieder. Für die Ermittlung des Patientenwillens wird vorgeschlagen, zunächst den ausdrücklichen Willen zu ermitteln, »wobei bei einwilligungsunfähigen Patienten dem in einer Patientenverfügung geäußerten Willen unter bestimmten Voraussetzungen (»sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind«) Bindungswirkung für den Arzt zukommt«²². Wenn weder eine Patientenverfügung vorliegt, noch eine Vertreterentscheidung existiert (etwa Eltern im Fall minderjähriger Patienten), so ist der Arzt gehalten, den mutmaßlichen Willen nach den von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Kriterien zu ermitteln.²³

Die Deutsche Hospiz Stiftung hat in ihrem Gesetzesvorschlag ebenfalls eine Stufung der Ermittlung des Patientenwillens entworfen: Sofern zweifelsfrei eine strengen Anforderungen genügende aktuelle²⁴ Patienten-

¹⁷ Nationaler Ethikrat 2005: 30.

¹⁸ Nationaler Ethikrat 2005: 31.

¹⁹ Nationaler Ethikrat 2005: 33.

²⁰ Höfling / Schäfer 2006: 37.

²¹ Höfling / Schäfer 2006: 38.

²² Höfling / Schäfer 2006: 38 f.

²³ Höfling / Schäfer 2006: 39.

²⁴ Die Patientenverfügung darf nicht älter als zwei Jahre sein.

verfügung in schriftlicher Form vorliegt, ist diese strikt bindend und damit einer aktuellen Willensäußerung gleich gestellt.²⁵ Der Einschaltung des Vormundschaftsgerichts bedarf es dann nicht. Liegt eine solche idealtypische Patientenverfügung nicht vor, ist der mutmaßliche Wille aus den früheren Äußerungen des Patienten vom behandelnden Arzt und dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten unter Hinzuziehung eines beratenden Gremiums zu ermitteln.²⁶ Kommen diese zu einer übereinstimmenden Einschätzung, so ist der auf diese Weise ermittelte Wille Grundlage des weiteren Handelns, im Falle des Dissenses ist das Vormundschaftsgericht einzuschalten.²⁷

Im Lauf der letzten Jahre hat sich die Debatte um die Antizipation des Patientenwillens und die Sicherung der Selbstbestimmung am Lebensende innerhalb der allgemeinen Sterbehilfediskussion verselbstständigt. Da der vorliegende Sachstandsbericht nicht beiden Debatten gleichermaßen gerecht werden kann, wird im Folgenden der Schwerpunkt auf die Darstellung der strafrechtlichen Aspekte der Sterbehilfe gelegt. Die Wirksamkeitsvoraussetzungen und die Geltungsmacht der Instrumente der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung werden an der Stelle, wo sie von größter rechtlicher und praktischer Relevanz sind, nämlich im Rahmen der passiven Sterbehilfe, dargestellt. Eingehende Ausführungen zu den angeführten Gesetzesvorschlägen und -entwürfen bleiben einer gesonderten Veröffentlichung zur Patientenverfügung vorbehalten.

1.3 *Zur Terminologie*

Zumeist wird in der rechtspolitischen und ethischen Debatte zwischen den Formen der »aktiven«, »indirekten« und »passiven« Sterbehilfe unterschieden. Unter aktiver Sterbehilfe wird gemeinhin die gezielte Tötung sterbender, terminal kranker, schwer leidender oder irreversibel komatöser Menschen aus Mitleid oder barmherziger Gesinnung verstanden. Die in der medizinischen Praxis höchst bedeutsame Fallgruppe der indirekten Sterbehilfe meint die Verabreichung von Schmerzmitteln mit dem Ziel, anders nicht behebbare Schmerzen zu bekämpfen, wobei das Risiko oder die Gewissheit besteht, dass die Medikamente das Leben des Patienten verkür-

²⁵ Höfling / Schäfer 2006: 40.

²⁶ Höfling / Schäfer 2006: 40.

²⁷ Höfling / Schäfer 2006: 40.

zen. Unter passiver Sterbehilfe ist die Nichtaufnahme oder der Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlungen bei sterbenden, terminal kranken, leidenden oder irreversibel komatösen Menschen zu verstehen.

Seit dem Alternativentwurf Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe) aus dem Jahr 1986 wurde die überkommene Terminologie von aktiver, indirekter und passiver Sterbehilfe verschiedentlich als »missverständlich [...] und teilweise irreführend [...]«²⁸ kritisiert. Insbesondere habe die undifferenzierte Assoziation von aktivem Tun mit Strafbarkeit zu einer »rechtlich unbegründeten Scheu geführt, eine einmal eingeleitete apparative lebenserhaltende Behandlung zu beenden und leidende Patienten mit effizienten Schmerzmitteln zu versorgen.«²⁹ Der Nationale Ethikrat macht in seiner Stellungnahme »Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende« aus dem Jahr 2006 den Vorschlag, statt der traditionellen Terminologie die Begriffe »Sterbebegleitung«, »Therapien am Lebensende«, »Sterbenlassen«, »Beihilfe zur Selbsttötung« und »Tötung auf Verlangen« einzuführen. Unter Sterbebegleitung sind demnach »Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden«³⁰ zu verstehen, worunter »körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerischer Beistand«³¹ fallen. Dabei handelt es sich zweifellos um rechtlich unbedenkliches Verhalten, so dass dieser Begriff in der rechtlichen Diskussion keine große Bedeutung entfaltet. »Therapien am Lebensende« umfassen sämtliche palliativmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Fallgruppe der indirekten Sterbehilfe. Der Begriff des »Sterbenlassens« deckt sich mit dem Begriff der passiven Sterbehilfe. »Beihilfe zur Selbsttötung« und »Tötung auf Verlangen« werden in der Stellungnahme des Nationalen Ethikrats im rechtstechnischen Sinn verwendet. Der Nationale Ethikrat räumt allerdings ein, dass auch die neuen Begrifflichkeiten »die Schwierigkeiten, die es bereitet, medizinische Maßnahmen und Entscheidungen am Lebensende angemessen zu beschreiben, nicht restlos beseitig[en]«.³²

Verrel schlägt in seinem Gutachten »Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung« aus dem Jahr 2006 für den Deutschen Juristentag vor, »alle Formen der Begrenzung lebenserhaltender Maßnah-

²⁸ So etwa der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme »Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende« (Nationaler Ethikrat 2006: 53 ff.).

²⁹ Verrel 2006: 56.

³⁰ Nationaler Ethikrat 2006: 53.

³¹ Nationaler Ethikrat 2006: 53.

³² Nationaler Ethikrat 2006: 55.

men [...], die aus der Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten oder aus einer fehlenden medizinischen Indikation resultieren«³³, unter den Begriff »Behandlungsbegrenzungen« zu fassen, um deutlich zu machen, »dass das Recht auf Behandlungsfreiheit in jedem Krankheitsstadium zu beachten ist und nicht nur den Behandlungsverzicht, sondern auch die aktive Beendigung einer zunächst eingeleiteten Therapie umfasst.«³⁴ Die Fallgruppe der indirekten Sterbehilfe soll als »Leidensminderung« bezeichnet werden und die unerlaubten Formen der Sterbehilfe sollen unter den Begriff der »Tötung auf Verlangen« fallen.

In der vorliegenden Darstellung wird indes aus verschiedenen Gründen an der traditionellen Einteilung der Sterbehilfe in die Formen aktiv, indirekt und passiv festgehalten: Zum einen ist diese Terminologie sowohl in der gesellschaftlichen, als auch in der fachlich-juristischen und ethischen Debatte gleichermaßen weit verbreitet, zum anderen hat sich bislang noch keiner der Vorschläge zur Einführung neuer Begriffe gegenüber der alten Einteilung durchzusetzen vermocht. Zudem ist es Ziel der vorliegenden Darstellung, den Sachstand der Sterbehilfe-Diskussion, wie sie gegenwärtig geführt wird, aufzugreifen und aufbereitet wiederzugeben.

Aus sachlogischen Gründen wird allerdings abweichend von der traditionellen Dreiteilung vorliegend die indirekte Sterbehilfe als Unterfall der aktiven Sterbehilfe behandelt. Dies findet seinen Grund darin, dass auch im Fall einer durch Schmerzmittelgabe bewirkten Lebensverkürzung genau genommen eine Tötungshandlung, und mithin aktive Sterbehilfe vorliegt. Es wird demnach zwischen der »direkten aktiven« und der »indirekten aktiven« Sterbehilfe unterschieden.

2. Strafrechtliche Aspekte der Sterbehilfe

2.1 *Direkte und indirekte aktive Sterbehilfe*

2.1.1 Direkte aktive Sterbehilfe und § 216 StGB

2.1.1.1 *Tötung gegen oder ohne den Willen des Getöteten*

Aktive Sterbehilfe ist die gezielt bewirkte Lebensverkürzung bei einem sterbenden, schwer kranken, leidenden oder irreversibel komatösen Menschen aus Mitleid oder barmherziger Gesinnung. Ein solches Handeln

³³ Verrel 2006: 60.

³⁴ Verrel 2006: 60.

zieht in der Regel strafrechtliche Konsequenzen nach sich. Denn wer durch eigenes Tun vorsätzlich, d. h. bewusst und gewollt, das Leben eines anderen Menschen beendet, macht sich grundsätzlich wegen eines Tötungsdelikts im Sinne der §§ 211 ff. StGB strafbar.³⁵ Handelt der Täter dabei gegen oder ohne den Willen des Opfers, so begeht er einen Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB mit einer Strafdrohung von fünf bis zu 15 Jahren.³⁶

Handelt der Täter aus barmherziger Gesinnung oder aus nachvollziehbarem Mitleid mit dem Opfer, etwa einem unter unerträglichen Schmerzen leidenden Schwerstkranken, bei dem eine Besserung des Zustands nach medizinischem Ermessen ausgeschlossen ist, so kann sich der Strafrahmen unter Anwendung des Privilegierungstatbestands des § 213 StGB (Minder schwerer Fall des Totschlags)³⁷ auf ein bis zehn Jahre reduzieren. Die Mitleidsmotivation fällt dabei unter die zweite Alternative des Tatbestands »sonstiger minder schwerer Fall«.³⁸ Bei der Strafzumessung im engeren Sinne, d. h. bei der Bestimmung der genauen Strafe innerhalb des Strafrahmens durch den Richter gemäß §§ 46 ff. StGB, darf darüber hinaus das Alter oder der Krankheitszustand des Opfers keine strafmildernde Berücksichtigung finden, da das Strafrecht vor dem Hintergrund des verfassungsrechtlich gebotenen umfassenden Lebensschutzes keine Bewertung des Lebens nach qualitativen Maßstäben vornehmen darf.³⁹ Daher ist grundsätzlich auch das verlöschende Leben des Moribunden in gleichem Maße durch das in den §§ 211 ff. StGB verankerte Tötungsverbot geschützt wie das Leben eines gesunden jungen Menschen.

2.1.1.2 *Tötung auf Verlangen, § 216 StGB*

Handelt der Täter mit der Zustimmung des Opfers, so vermag dies die Strafbarkeit der Tötungshandlung nicht aufzuheben. Denn anders als bei den sogenannten disponiblen Individualrechtsgütern, wie etwa Eigentum, Vermögen oder Freiheit, handelt es sich beim Leben um ein indisponibles Rechtsgut, das der Verfügungsgewalt seines Inhabers in letzter Kon-

³⁵ Handelt der Täter ohne Vorsatz, aber fahrlässig, d. h. unter Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, so ist der Tatbestand der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) einschlägig.

³⁶ Zur Tötung auf Verlangen des Getöteten siehe unten Abschnitt 2.1.1.2.

³⁷ § 213 StGB: »War der Totschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Misshandlung oder schwere Beleidigung von dem getöteten Menschen zum Zorne gereizt und hierdurch auf der Stelle zur Tat hingerissen worden, oder liegt sonst ein minder schwerer Fall vor, so ist die Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.«

³⁸ Ausführlich dazu: Jähnke / Laufhütte / Odersky 2005: § 213 Rn. 13.

³⁹ Jähnke / Laufhütte / Odersky 2005: § 212 Rn. 45.

sequenz entzogen ist. Der Einzelne kann aus diesem Grund nicht rechts- wirksam auf sein Leben verzichten. Dieses Ergebnis mag auf den ersten Blick verwundern, da die auf dem Autonomiegedanken basierende deut- sche Rechtsordnung selbstgefährdende Handlungen, etwa bei der Aus- übung von extremen Sportarten, nicht verbietet und sogar den Selbstmord als die ultimative Verfügung über das eigene Leben nicht als Tötungs- delikt⁴⁰ sanktioniert.⁴¹

Bei der Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB⁴² handelt es sich um einen Tatbestand, der den Täter gegenüber dem Strafraumen des Tot- schlags privilegiert: Während § 212 StGB einen Strafraumen von fünf bis zu 15 Jahren vorsieht, reichen die Sanktionen im Fall der Tötung auf Ver- langen von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Kennzeichnend für dieses Delikt ist, dass der Täter zu der Tötung durch das »ausdrückliche und ernstliche Verlangen« des Opfers bestimmt wird. »Ausdrückliches und ernstliches Verlangen« bedeutet dabei, dass das Opfer, über die bloße Zu- stimmung zur Tötung hinausgehend, seinen Tod ernstlich begehrt und dies unmissverständlich kundgetan hat.⁴³ »Ausdrücklich« ist dieses Ver- langen, wenn es in eindeutiger Weise, sei es auch mit Bedingungen oder in Form einer Frage oder durch zweifelsfrei deutbare Gesten zum Aus- druck gebracht wird. Eine beiläufige Äußerung, die nicht deutlich auf die konkret gegebene Situation gerichtet ist, kann indes diesem Kriterium ebenso wenig genügen wie eine bloß einverständliche, duldende Hinnahme des Vorgehens des Täters. Vielmehr müssen »Willensfestigkeit und Ziel- strebigkeit [...] die innere Haltung des seinen Tod Verlangenden kenn- zeichnen.«⁴⁴ Auch darf das Todesverlangen des Opfers nicht allein aus den Umständen der Situation, etwa qualvollem Leiden, gleichsam erschlos-

⁴⁰ Eine etwaige Strafbarkeit des Selbstmordversuchs nach anderen Vorschriften, etwa §§ 218, 109 StGB (Schwangerschaftsabbruch, Entziehung der Wehrpflicht durch Selbstverstümme- lung), bleibt nach überwiegender Meinung davon unberührt; vgl. Jähne / Laufhütte / Odersky 2005; Vor § 211 StGB Rn. 21.

⁴¹ Zwar setzt der Tatbestand des § 212 StGB (Totschlag) nur voraus, dass »ein Mensch« getötet wird, nicht aber »ein anderer Mensch«, so dass dem Wortlaut nach auch der Selbstmörder unter die Vorschrift fällt; aber die Entwicklungsgeschichte der Tötungsdelikte und deren Schutzzweck spricht für eine einschränkende Auslegung der §§ 211 ff. StGB auf die Tötung einer anderen Person. (Bundesgerichtshof 1984b: 371; dazu statt vieler: Roxin 1984: 71).

⁴² § 216 StGB: »(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.«

⁴³ Küper 2008: 338.

⁴⁴ Bundesgerichtshof 1964: 137; Bundesgerichtshof 1984b: 371.

sen werden.⁴⁵ Welche Anforderungen an die Ausdrücklichkeit des Verlangens zu stellen sind, hängt vom Einzelfall ab: Ist das Opfer in der Lage, sich verbal zu artikulieren, sind bloße Gesten in der Regel nicht ausreichend. In zeitlicher Hinsicht muss das Verlangen während der Ausführung der den Tod herbeiführenden Handlung vorliegen und kann vom Opfer jederzeit zurückgenommen werden.⁴⁶

Darüber hinaus muss das Verlangen »ernstlich« sein. Hinter diesem Kriterium, das dem Merkmal der »Authentizität des Willens« in der Moralphilosophie korreliert, verbirgt sich der normativ-objektivierende Maßstab, an dem der Todeswunsch zu messen ist, soll er im Rahmen der Rechtsordnung Beachtung finden. »Ernstlichkeit« setzt dabei voraus, dass der Verlangende imstande ist, die Tragweite seiner Entscheidung zu erfassen und dass er sie frei von Zwang und anderen wesentlichen Willensmängeln trifft.⁴⁷ Dadurch werden insbesondere »von depressiven Stimmungslagen getragene Augenblicksregungen«⁴⁸ und vorübergehende Launen, wie sie sich gerade im Verlauf schwerer Erkrankungen zeigen, ausgeschlossen. Im Fall bestehender Depressionen, Neurosen oder Psychosen besteht ferner die Gefahr, dass die Freiheit der Willensbildung ausgeschlossen ist.

Damit der Täter in den Genuss der Privilegierung des § 216 StGB kommt, ist ferner erforderlich, dass seine handlungsleitende Motivation das Tötungsverlangen des Opfers war. Handelt der Täter letztlich aus anderen Motiven, etwa Habgier, und erschleicht sich zur Tatausführung das Todesverlangen des Opfers, so kann er sich auf die Privilegierung nicht berufen.

2.1.1.3 *Abgrenzung zur straflosen Beihilfe zur Selbsttötung*

Wie oben dargestellt ist die (versuchte) Selbsttötung nach deutschem Recht nicht als Tötungsdelikt strafbar. Daraus folgt, dass auch die Hilfe, die eine andere Person dem Suizidenten bei der Vorbereitung oder Ausführung des Suizids leistet, als solche grundsätzlich nicht strafbar ist. Denn die Beihilfe gemäß § 27 StGB ist im deutschen Strafrecht als unselbstständige Teilnahme an der deliktischen Tat eines anderen ausgestaltet:⁴⁹ Nach § 27 StGB in Verbindung mit der jeweiligen für den Haupttäter geltenden Deliktsnorm wird »als Gehilfe« bestraft, »wer vorsätzlich einem

⁴⁵ Reichsgericht 1924.

⁴⁶ Bundesgerichtshof 1987.

⁴⁷ Bundesgerichtshof 1981.

⁴⁸ Jähnke / Laufhütte / Odersky 2005: § 216 Rn. 7.

⁴⁹ Andere Rechtsordnungen kennen demgegenüber durchaus die selbstständige Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid, so etwa Großbritannien (suicide act); siehe dazu unten Abschnitt 4.4.

anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe geleistet hat«. Die Strafbarkeit des Teilnehmers ist insofern »akzessorisch«, d. h. vom Vorliegen der fremden deliktischen Haupttat abhängig. Da nun im Falle eines Suizids keine rechtswidrige Tötung im Sinne der §§ 211 ff. StGB gegeben ist, fehlt es an einer tauglichen Haupttat, an der sich der Gehilfe beteiligen könnte.⁵⁰ Der wohl bekannteste Fall aus der Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Beihilfe zum Suizid ist der Fall Hackethal⁵¹ aus dem Jahr 1984: Der Angeklagte hatte als behandelnder Arzt einer unheilbar an Krebs im Gesichtsbereich erkrankten Frau, die ihrem Leben ein Ende setzen wollte als der Krebs auf das Gehirn überzugreifen begann, eine tödliche Dosis Kaliumzyanid (Zyankali) gegeben. Die Patientin hatte das Gift mit Wasser vermischt selbsttätig und freiverantwortlich getrunken und war innerhalb weniger Minuten gestorben. Die Anklage wegen Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) wurde sodann zunächst vom Landgericht Traunstein und in zweiter Instanz vom Oberlandesgericht München zurückgewiesen, da die Unterstützung durch den Arzt lediglich eine straflose Beihilfehandlung zum Suizid der Patientin darstellte.

Die rechtsdogmatische Eindeutigkeit dieser Konstruktion führt in der Praxis allerdings zu erheblichen Abgrenzungsproblemen zwischen der straflosen Teilnahme am Suizid und der strafbaren Fremdtötung. Die Abgrenzungsfrage stellt sich dabei sowohl in objektiver als auch in subjektiver Hinsicht: Erstere (1) betrifft das Gewicht, die Bedeutung des Tatbeitrags des Unterstützenden für die Herbeiführung des Todes des Sterbewilligen; der zweite Aspekt (2) betrifft die Frage, inwieweit die geistige und psychische Verfassung des Sterbewilligen bei der Ausführung des Selbsttötungsplans die rechtliche Beurteilung der unterstützenden Beteiligung beeinflusst.

(1) In objektiver Hinsicht muss anhand einer wertenden Betrachtung des äußeren Geschehens, d. h. in Ansehung der Tatbeiträge des Sterbewilligen und des Unterstützenden, der Punkt gefunden werden, an dem die bloße Beihilfe zur Selbsttötung in täterschaftliche Fremdtötung übergeht. Denn zwischen der bloßen Förderung der Selbsttötung eines anderen als Gehilfe und der eigenhändigen Ausführung der Tötung dieses anderen als Täter ist ein stufenloses Kontinuum verschieden gewichtiger Tatbeiträge denk-

⁵⁰ Das Gleiche gilt auch für die andere Form der Teilnahme, die Anstiftung gemäß § 26 StGB: »Wer eine andere freiverantwortliche Person zum Suizid verleitet, bleibt nach deutschem Recht straflos. Die Motivation des Anstifters ist dabei nicht von Belang.«

⁵¹ Oberlandesgericht München 1987.

bar: Die Unterstützung des Sterbewilligen kann sich auf die bloße Überlassung eines Gifts beschränken, das der Suizident dann selbstständig einnimmt; sie kann aber auch so weit gehen, dass der Unterstützende den Giftbecher zum Mund des Sterbewilligen führt oder diesem das Gift gar einräufelt oder injiziert. Während die Überlassung des Gifts, in dem Wissen, dass sich der andere damit vergiften wird, zweifellos nur als Beihilfe zu bewerten ist,⁵² fällt die Beurteilung der anderen Tatbeiträge wegen ihres größeren Gewichts für die Herbeiführung des Todes schwerer. Der Tatbeitrag des Unterstützenden und der Beitrag des Sterbewilligen korrelieren dabei dergestalt, dass die Eigenleistung des Sterbewilligen umso geringer ist, je mehr der Unterstützende leistet. Reduziert sich der Beitrag des Sterbewilligen auf Null, wie etwa im Fall der Injektion des Gifts durch den Unterstützenden, so liegt eindeutig ein strafbarer Fall der Fremdtötung vor. Auch wenn der Sterbewillige die Vornahme der Injektion ausdrücklich und ernstlich von dem Unterstützenden verlangt, vermag dies dessen Strafbarkeit wegen Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB nicht zu beseitigen.

Es stellt sich daher die Frage, wie gewichtig der Tatbeitrag des Unterstützenden sein darf, um noch straflose Förderung der Selbsttötung eines anderen zu sein bzw. an welchem Punkt die straflose Hilfeleistung in täterschaftliche Fremdtötung übergeht. Dieses Problem wird in der Rechtswissenschaft unter dem Titel »Abgrenzung von Täterschaft und Teilnahme« diskutiert. Die inzwischen weit überwiegende Ansicht in der rechtswissenschaftlichen Literatur folgt dabei der sogenannten »Lehre von der Tatherrschaft«, wonach das maßgebliche Abgrenzungskriterium ist, wer das zum Tode führende Geschehen dem Tatplan zufolge tatsächlich beherrscht. Zu prüfen ist also im jeweiligen Fall anhand der Vorstellungen des Sterbewilligen und des Unterstützenden, ob der Sterbewillige die Herbeiführung seines Todes selbst »in der Hand hatte« oder ob der Unterstützende das Geschehen durch sein Tun beherrschte. Auch die heutige Rechtsprechung folgt bei der Abgrenzung der Suizidbeihilfe von der täterschaftlichen Begehung eines Tötungsdelikts im Wesentlichen der Tatherrschaftslehre, wobei sich allerdings gewisse Unterschiede zur vorherrschenden Auffassung in der rechtswissenschaftlichen Literatur ergeben: Die rechtswissenschaftliche Literatur konkretisiert die Tatherrschaftslehre in den vorliegenden Fällen dergestalt, dass nicht die Herrschaft über das gesamte zum Tod führende Geschehen ausschlaggebend für die rechtliche Beurteilung sein

⁵² Voraussetzung ist allerdings, dass der Suizident freiverantwortlich handelt und die Tragweite seiner Entscheidung erfasst.

soll, sondern allein die »Herrschaft über den todbringenden Moment:«⁵³ »Selbstmord begeht, wer im kritischen Augenblick, jenseits dessen ein Zurück nicht mehr möglich ist, die Entscheidung über sein Leben in eigener Hand hält; wer die Grenzlinie, die beim Eintritt der Handlungsunfähigkeit liegt, selbst überschreitet.«⁵⁴ Dagegen liege ein Fall der Tötung auf Verlangen vor, wenn »das Opfer einem anderen den Vollzug des letzten, irreversiblen Geschehensaktes anvertraut, wenn es sich über die zum Tode führende Schwelle von fremder Hand hinüberstoßen lässt.«⁵⁵ Entscheidend ist demnach, ob der Suizidwillige nach dem Beitrag des Unterstützenden noch die freie Entscheidung über Leben und Tod hat oder ob die letztgültige Entscheidung vom Unterstützenden getroffen wird. So ist etwa im Fall der Verursachung des Todes durch die Zuführung von Gift ausschlaggebend, ob der Suizidwillige das unmittelbar tödlich wirkende Gift aus freiem Willen und in Kenntnis der Tragweite der Irreversibilität dieser Entscheidung selbst einnimmt, oder ob ihm das Gift (auch auf sein Verlangen hin) eingeflößt wird. Selbst die Anreicherung des Giftbechers ist nach dieser Auffassung noch straflose Hilfeleistung bei der eigenverantwortlichen Selbsttötung eines anderen. Entscheidender Moment ist allein die Aufnahme des Gifts in den Körper, das heißt der Zeitpunkt, in dem der Suizidwillige das Gift in den Mund nimmt und schluckt.

Durch die Zuspitzung der Beurteilung auf den »todbringenden Moment« wird erreicht, dass die Tatherrschaft des Sterbewilligen und die des Unterstützenden sich gegenseitig ausschließen: Entweder der Suizident verfügt über diesen *point of no return* oder der Unterstützende nimmt ihm diese Entscheidung ab und verfügt damit in Konsequenz über fremdes Leben, wovor der Sterbewillige vielleicht zurückgeschreckt wäre. Das bedeutet, dass sich kein Außenstehender, der in irgendeiner Weise in das zum Tod führende Geschehen helfend eingreift, strafbar machen kann, wenn dem Suizidwilligen danach noch die endgültige, unwiderrufliche Entscheidung über seinen Tod verbleibt. Aus der hier dargestellten Konzeption ergeben sich einschneidende Konsequenzen vor allem für die äußerst praxisrelevanten Fälle der Bewusstlosigkeit des Suizidwilligen vor dem Eintritt des eigentlichen Todes: Auch nach Eintritt der Bewusstlosigkeit bleibt der Unterstützer nur strafloser Teilnehmer und ist nicht verpflichtet, Rettungsmaßnahmen zu ergreifen, um einer Strafbarkeit wegen

⁵³ Roxin 1993: 177 ff.

⁵⁴ Roxin 1993: 178.

⁵⁵ Roxin 1993: 178.

Totschlags durch Unterlassen zu entgehen,⁵⁶ sofern der Sterbewillige den entscheidenden Selbsttötungsakt vor dem Eintritt der Bewusstlosigkeit selbsttätig und eigenverantwortlich vorgenommen hat. Denn dann hat er gleichsam den letzten und entscheidenden Schritt selbst getan. Dass während der Bewusstlosigkeit noch eventuelle Rettungsmaßnahmen möglich wären, kann dabei außer Acht gelassen werden, da es gerade darauf ankommt, dass der Suizident im Angesicht der Irreversibilität seiner eigenen Entscheidung trotzdem handelt.⁵⁷

Die Rechtsprechung schließt sich dieser zeitlichen Fokussierung der Tatherrschaft auf den unmittelbar todesherbeiführenden Akt indes nicht an. Sie beurteilt vielmehr das Gesamtgeschehen⁵⁸, das nach dem Plan des Sterbewilligen und des Unterstützenden den Tod herbeiführen soll. Damit ist bei einer arbeitsteiligen Ausführung des gemeinsamen Tatplans durch den Suizidwilligen und den Unterstützenden auch eine mittäterschaftliche Begehung eines Tötungsdelikts denkbar,⁵⁹ was allerdings insofern verwundert, als der Suizidwillige gleichzeitig das Opfer der Tat ist und er hinsichtlich seines Tatbeitrags auch nicht rechtswidrig handelt. Die Möglichkeit der Mittäterschaft war nach der Konzeption der rechtswissenschaftlichen Literatur dadurch ausgeschlossen worden, dass die Tatherrschaft über den unmittelbar todbringenden Moment nur entweder vom Suizidenten oder von dessen Gehilfen ausgeübt werden kann.

Eine andere Konsequenz der Konzeption der Rechtsprechung betrifft die oben genannten Fälle der Selbsttötung mit vorhergehendem Bewusstseinsverlust: Da die Rechtsprechung das Gesamtgeschehen und damit auch die Phase der Bewusstlosigkeit mit in die Bewertung einbezieht, kommt sie zum Ergebnis, dass in dem Moment, in dem der Suizidwillige das Bewusstsein und damit auch die Tatherrschaft verliert, diese grundsätzlich auf den Unterstützenden übergeht, so dass dieser nun verpflichtet ist, alle geeigneten Maßnahmen zur Rettung des Sterbenden zu ergreifen. Ver-

⁵⁶ Auch wenn es selbstverständlich erscheinen mag, dass den Unterstützenden keine Rettungspflicht trifft, wenn er den nachvollziehbaren ernstlichen Sterbewunsch des Suizidenten billigt und sich an der Ausführung der Tat helfend beteiligt hat, so kommt doch die Rechtsprechung unter Anwendung einer anderen Konzeption der Tatherrschaft hier zu unterschiedlichen Ergebnissen. Im Einzelnen werden diese Fälle im Abschnitt »Passive Sterbehilfe« erörtert; siehe dazu unten Abschnitt 2.2.1.2 des vorliegenden Sachstandsberichts.

⁵⁷ Er darf aufgrund der Vereinbarung mit dem Unterstützenden davon ausgehen, dass dieser das Selbsttötungsvorhaben nicht durch Rettungsmaßnahmen sabotieren wird.

⁵⁸ Dieses umfasst den gesamten Geschehensablauf von den Vorbereitungen der Todesherbeiführung, wie etwa die Beschaffung des Gifts, bis hin zum Eintritt des Todes.

⁵⁹ Bundesgerichtshof 1987.

säumt der Unterstützende dies, kann er wegen Totschlags oder Tötung auf Verlangen durch Unterlassen⁶⁰ belangt werden.⁶¹

Die Vertreter der Rechtswissenschaft werfen der Rechtsprechung vor, diese unterlaufe gerade in den besonders häufigen Suizidfällen, in denen dem Tod eine Phase der Bewusstlosigkeit oder zumindest der Handlungsunfähigkeit vorausgehe, mit ihrer Konzeption die Strafflosigkeit der Suizidbeihilfe. Denn selbst wenn der Unterstützende nur einen geringen aktiven Beitrag zur Selbsttötung geleistet hat, geht nach Ansicht der Rechtsprechung in dem Augenblick, in dem der Sterbende seine Handlungsfähigkeit verliert, die Tatherrschaft wieder auf den Unterstützenden über, der dann zu Rettungsmaßnahmen verpflichtet ist. Strafflose Beihilfe ist somit in der überwiegenden Zahl der praktisch vorkommenden Fälle nahezu ausgeschlossen.⁶² Darüber hinaus wird gegen die Rechtsprechung eingewendet, es sei widersprüchlich, wenn die Ehefrau ihrem sich erhängenden Mann zwar den Strick und den Stuhl reichen dürfe, in dem Augenblick aber, wo dieser bewusstlos werde, sofort den Strick durchschneiden müsse.⁶³

In der neueren Rechtsprechung wurde vereinzelt in vergleichbaren Fällen dem Prinzip der Selbstbestimmung des Patienten größere Bedeutung beigemessen als in der Wittig-Entscheidung.⁶⁴ Allerdings ist aus den jeweils einzelfallbezogenen Argumentationen der Urteilbegründungen keine grundsätzliche Abkehr des Bundesgerichtshofs von den Kriterien dieser Entscheidung abzuleiten. Insofern ist die Rechtslage in den Fällen assistierter Suizide nach wie vor nicht hinreichend klar.

(2) Hinsichtlich des subjektiven Aspekts der Abgrenzung von Beihilfe zum Suizid und täterschaftlicher Fremdtötung steht außer Streit, dass der Unterstützende nur dann straflos bleiben kann, wenn der von ihm assistierte Suizid freiverantwortlich erfolgt ist. Fehlt es an diesem Kriterium, handelt der Suizident also etwa unzurechenbar aus der Situation einer akuten Psychose oder schwerwiegenden Depression heraus, so ist der Unterstützende, wenn

⁶⁰ Anders als die Lehre hält die Rechtsprechung die Begehung einer Tötung auf Verlangen prinzipiell auch durch Unterlassen für möglich.

⁶¹ Bundesgerichtshof 1984: 371.

⁶² Allein wenn nach dem Eintritt der Handlungsunfähigkeit keine Rettungswahrscheinlichkeit durch sofort eingeleitete geeignete Maßnahmen mehr möglich ist und der Unterstützende auch davon ausgeht, entgeht er einer Strafbarkeit wegen Totschlags bzw. wegen Tötung auf Verlangen durch Unterlassen oder zumindest wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323 c StGB).

⁶³ Antoine 2004: 64, Bezug nehmend auf Bundesgerichtshof 1952: 150 ff.

⁶⁴ So etwa in Bundesgerichtshof 1988: 1532; vgl. dazu ausführlich unten Abschnitt 2.2.1.2 des vorliegenden Sachstandsberichts.

er um diesen die freie Willensbetätigung ausschließenden Zustand des Sterbewilligen weiß, nach allgemeiner Ansicht wegen eines Totschlags (§ 212 StGB) oder gegebenenfalls wegen Mordes (§ 211 StGB) strafbar.⁶⁵ In diesen Fällen besteht ein so großes Wissens- und Machtgefälle zwischen dem handlungsmächtigen Unterstützer und dem in seiner Willensentscheidungs- und -betätigungsfreiheit entscheidend eingeschränkten Suizidenten, dass dieser gleichsam als Werkzeug des anderen gegen sich selbst handelt.⁶⁶ Der Unterstützende hat dabei die Tatherrschaft über das Geschehen in der Hand und könnte den Sterbewilligen jederzeit von seiner Tat, deren Folgen und Tragweite dieser in der gegebenen Situation nicht hinreichend einzuschätzen vermag, zurückhalten. Das Abgrenzungsproblem stellt sich nun in Gestalt der Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Suizid freiverantwortlich ist. Hierzu werden in der Rechtsprechung und in der Rechtswissenschaft unterschiedliche Positionen vertreten:

Teilweise wird darauf abgestellt, ob der Suizident – hypothetisch – im Falle einer Deliktsbegehung in seinem Zustand schuldunfähig gemäß §§ 19, 20 StGB oder § 3 Jugendgerichtsgesetz (JGG) wäre (sogenannte Exkulpationslösung⁶⁷). Befindet sich der Suizident demnach im Zustand der Schuldunfähigkeit, ist auch sein Suizid nicht freiverantwortlich. Schuldunfähig ist gemäß § 19 StGB, wer noch nicht vierzehn Jahre alt ist und gemäß § 20 StGB, wer »wegen einer krankhaften seelischen Störung⁶⁸, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung⁶⁹ oder wegen Schwachsinn⁷⁰ oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit⁷¹ un-

⁶⁵ Fehlt ihm diese Kenntnis in ihm vorwerfbarer Weise, d. h. hat er fahrlässig die Anzeichen eines solchen Zustands übersehen, so kommt eine fahrlässige Tötung in Betracht.

⁶⁶ Diese Konstruktion wird in der Strafrechtsdogmatik »mittelbare Täterschaft« (§ 25 Abs. 1 Satz 1 Alt. 2 StGB) genannt.

⁶⁷ Bundesgerichtshof 19844; Roxin 1993: 178.

⁶⁸ Darunter fallen endogene Psychosen, wie etwa die Schizophrenie und die Zykllothymie (manisch-depressives Irresein), exogene Psychosen, die auf einer hirnorganischen Ursache, wie etwa einer Verletzung, einer Infektion, einer Alzheimer-Erkrankung oder seniler Demenz beruhen, sowie akute Intoxikationspsychosen, etwa Alkohol- und Drogenrausch.

⁶⁹ Darunter ist eine Trübung oder Einengung des Bewusstseins zu verstehen, die »im Verlust des Wissens über die Beziehungen zur Umwelt, aber auch in einer tiefgreifenden Störung des Gefühlslebens und Störungen der Selbstbestimmung bestehen kann« (Bundesgerichtshof 1958a: 23). Meist handelt es sich um die Folge einer »krankhaften seelischen Störung«.

⁷⁰ Es werden verschiedene Grade des Schwachsinn im Sinne einer angeborenen Intelligenzschwäche anhand des sogenannten Intelligenzquotienten (IQ) unterschieden: Statt von Schwachsinn spricht man heute von Intelligenzminderung. In der International Classification of Diseases (ICD-10) wird zwischen leichter (F70), mittelgradiger (F71), schwerer (F72) und schwerster (F73) Intelligenzminderung unterschieden.

⁷¹ Dieses Merkmal bezieht sich allgemeiner als die vorigen Merkmale auf jede »Abweichung

fähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.« Nach § 3 JGG ist ein Jugendlicher (zwischen 14 und 18 Jahre) schuldfähig, wenn er »nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln.«

Nach anderer Ansicht ist die Freiverantwortlichkeit des Suizids daran zu messen, ob der Suizident in der Lage wäre, eine rechtswirksame rechtfertigende Einwilligung in eine Körperverletzung im Sinne des § 228 StGB⁷² vorzunehmen oder ein wirksames ernstliches Verlangen im Sinne des § 216 StGB zu äußern. Dies setzt voraus, dass der Betroffene »die Bedeutung und die Folgen seiner Handlung zu erkennen und nach dieser Einsicht zu handeln vermag.«⁷³ Danach wäre die Selbsttötung bereits dann nicht mehr freiverantwortlich, wenn der Suizident übereilt, unüberlegt oder aus einer momentanen Verstimmung heraus handelt. Im Vergleich mit der obigen Exkulpationslösung führt diese Ansicht zu einer sehr viel weiteren strafrechtlichen Haftung des Teilnehmers. Denn nicht nur bei klinisch diagnostizierbaren geistigen oder psychischen Erkrankungen entfällt hiernach die Verantwortlichkeit des Suizidenten, sondern bereits beim Vorliegen situationsbedingter Mängel der Kenntnis aller Umstände oder vorübergehender Stimmungsschwankungen.

Die letztgenannte Position anerkennt eigenverantwortliches Handeln eines Suizidenten nur in Ausnahmefällen und stützt sich dabei auf die Ergebnisse der Suizidforschung, wonach circa 30% aller Selbsttötungen auf geistige Erkrankungen und die übrigen Fälle überwiegend auf depressive Erkrankungen, Suchtkrankheiten oder andere psychische Störungen zurückzuführen sind.⁷⁴ Gerade in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Verwirklichung des Suizids leide der Suizident an einem »präsuizidalen Syndrom«, das unter anderem durch eine Einengung der Wahrnehmungsfähigkeit, des Werterlebens und der Fähigkeit der Wertverwirklichung gekennzeichnet ist.⁷⁵ Der Betroffene verhalte sich, als nehme er seine Umwelt verzerrt

der Persönlichkeitsstruktur (nicht allein eines vorübergehenden Zustands) von einem normativ zugrunde gelegten »Durchschnitt«, d. h. dem vom Einzelnen gemeinhin erwarteten und ihm insoweit als üblich zugemuteten Maß an Selbstkontrolle und Motivierbarkeit hinsichtlich der eigenen Neigungen, Affekte und Triebe« (Tröndle / Fischer 2006: § 20 Rn. 36).

⁷² § 228 StGB: »Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.«

⁷³ Bundesgerichtshof 1954: 90.

⁷⁴ Jähnke / Laufhütte / Odersky 2005: Vor § 211 Rn. 27 mit weiteren Nachweisen.

⁷⁵ Jähnke / Laufhütte / Odersky 2005: Vor § 211 Rn. 27.

wahr, verfallende starren Verhaltensmustern und lasse sich von bestimmten Affekten beherrschen.⁷⁶ Bei den meisten Selbsttötungen handle es sich darüber hinaus um Appell-Handlungen, bei denen der Suizident den eigenen Tod nicht ernstlich wünscht. Die Suizidforschung kommt so zu dem Ergebnis, dass nur 5% aller Selbsttötungen freiverantwortlich geschehen.⁷⁷ In diesen Fällen handle es sich in der Regel um sogenannte »Bilanz-Selbstmorde«, bei denen sich der Suizident in einer auch für Außenstehende nachvollziehbar ausweglosen Situation befindet.

Für die Exkulpationslösung wird angeführt, sie ermögliche zumindest theoretisch eine klare Grenzziehung und entlaste den Unterstützenden, dem sonst im Nachhinein möglicherweise übergebührende Erkenntnis- oder Hilfspflichten zugemutet würden.⁷⁸ Bei der Einwilligung sei nach wie vor unklar, »welche Art von Druck und Irrtum sie unwirksam macht und welches Maß von Einsichtsfähigkeit verlangt werden muss.«⁷⁹ Durch den Rückgriff auf die nicht gesetzlich normierten Einwilligungsregeln würde dem Richter bei der Abgrenzung von strafloser Beihilfe und Totschlag ein mit dem Grundsatz *nullum crimen sine lege*⁸⁰ unvereinbar weiter Ermessensspielraum eingeräumt.⁸¹ Zudem unterlaufe diese Konzeption das Prinzip der Strafflosigkeit der Teilnahme am Suizid, indem sie die Freiverantwortlichkeit des Suizidenten zu sehr restringiere.

Darüber hinaus ist ungeachtet der aufgezeigten Differenzen fraglich, ob in der relevanten Fallgruppe der Mitwirkung am Suizid schwerstkranker und sterbewilliger Menschen nicht beide Positionen zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Denn in den meisten dieser Fälle werden die Suizidenten unter sorgfältiger Abwägung aller maßgeblichen Umstände und mit klarer Einsicht in die Tragweite ihrer Entscheidung in den Tod gehen.⁸² Anders als bei spontanen Suiziden in der Folge etwa eines Schicksalsschlages geht einer Selbsttötung, die auf der anhaltenden Unerträglichkeit einer nicht kurablen Erkrankung beruht, dem Selbsttötungsentschluss, wie etwa im Fall Hackethal, eine Phase der Reflexion voraus, so dass in diesen Fällen

⁷⁶ Jähnke / Laufhütte / Odersky 2005: Vor § 211 Rn. 27.

⁷⁷ Jähnke / Laufhütte / Odersky 2005: Vor § 211 Rn. 27.

⁷⁸ Tröndle / Fischer 2006: Vor § 211 Rn. 13a.

⁷⁹ Roxin 1992: § 13 Rn. 51 ff.

⁸⁰ Dieser aus dem Rechtsstaatsprinzip abgeleitete Grundsatz besagt, dass aus Gründen der Rechtssicherheit jede Straftat gesetzlich normiert sein muss.

⁸¹ Roxin 1993: 179.

⁸² Roxin 1993: 179.

wohl auch die Einwilligungslösung das Vorliegen eines »Bilanz-Selbstmordes« bejahen würde.⁸³

Neben der Exkulpations- und der Einwilligungslösung wird vereinzelt ein dritter Ansatz⁸⁴ vertreten, der für die Beurteilung der Strafwürdigkeit einer Beteiligung am Suizid nicht auf das Kriterium der Freiverantwortlichkeit abstellt, sondern auf die »Interessenverteidigung des Suizidenten« gleichsam aus dessen Binnenperspektive: »Welches Verhalten eines Beobachters würde ich (jeder von uns) wollen, wenn ich (er/sie) in einem künftigen Zustand »unfreien« oder unvernünftigen Entscheidens einen Suizidversuch unternähme?«⁸⁵ Im Rahmen dieser Frage soll vor dem Hintergrund individueller Autonomie auch die Freiheit des Einzelnen »zur Ausführung unvernünftiger, exzentrischer, religiösen oder irrationalen Überzeugungen folgender, ja sogar später bedauerter Entscheidungen«⁸⁶ Anerkennung finden. Allerdings soll im Sinne eines weichen Paternalismus »auf die Wahrnehmung und Beurteilung der sachlichen und persönlichen Umstände, kurz: der konkreten Plausibilität eines Selbstmordentschlusses nicht verzichte[t]« werden. Entscheidend für die Frage, ob ein Außenstehender dem Suizidenten helfen darf sich umzubringen oder ob er rechtlich verpflichtet ist, den Suizid zu verhindern, sei letztlich, »ob der Sterbewillige aus verständlichen Gründen sein eigenes Leben nicht mehr für wert hält, gelebt zu werden.« So soll etwa die Selbsttötung aufgrund eines »abstrusen religiösen Dogmas« unabhängig davon, ob der Glaube an diese Lehre den Suizidenten unfrei macht, gleichwohl achtenswert und folglich die Unterstützung des Suizids straflos sein, während der Suizid eines »vollsinnigen Erwachsenen«, den der »Ehebruch des Partners« zur Selbsttötung motiviert, »inakzeptabel« sei.⁸⁷

Gegen diese Konzeption wird angeführt, es gebe keinen verbindlichen Maßstab in der Gesellschaft, anhand dessen man zu respektierende unvernünftige und schlechthin »inakzeptable« Selbstmordentschlüsse unterscheiden könne.⁸⁸ Ob der Suizid aufgrund eines »abstrusen religiösen

⁸³ Dagegen könnte allerdings eingewendet werden, dass sich gerade im Sterbeprozess, der sich nach Ergebnissen der Sterbeforschung in verschiedenen Phasen vollzieht, immer wieder momentane Verzweiflungs- und Auflehnungsreaktionen des Sterbenden mit Phasen der Schicksalsergebenheit abwechseln, so dass vielleicht auch im Terminalstadium nicht von einer »Bilanz-Entscheidung« gesprochen werden kann.

⁸⁴ Merkel 1992: 71 ff.

⁸⁵ Merkel 1992: 83.

⁸⁶ Merkel 1992: 83.

⁸⁷ Merkel 1992: 85.

⁸⁸ Roxin 1993: 182.

Dogmas« mehr Anerkennung verdient als die Selbsttötung aus Anlass eines Ehebruchs des Partners, könne mit jeweils guten Gründen bejaht oder verneint werden.⁸⁹ Vielmehr handle es sich bei der Selbsttötung eines »geistig und seelisch verantwortungsfähigen Menschen [um] ein[en] existentielle[n] Akt so inkommensurabel höchst persönlicher Art, dass allein die Entscheidung des Betroffenen die Strafbarkeit Mitwirkender ausschließen muss.«⁹⁰ Die Beurteilung durch Außenstehende habe allein dort Berechtigung, »wo es darum geht, ob noch von einer autonomen Entscheidung des Suizidenten gesprochen werden kann oder nicht.«⁹¹ Darüber hinaus wird dieser Position vorgehalten, sie sei mit der gesetzlichen Regelung der Tötung auf Verlangen nicht vereinbar, da sie in der Konsequenz jede vom Opfer erbetene Tötung für straflos halten müsse, wenn das Verlangen in irgendeiner Weise als »verständlich« beurteilt werden könne. Dies führe jedoch zu einer weitgehenden, tatbestandlich nicht rechtfertigbaren Einschränkung des Anwendungsbereichs des § 216 StGB, da im Regelfall »ein unheilbar kranker oder alter und lebensmüder, vereinsamer Mensch seine Tötung« verlange, was aus der Sicht des »weichen Paternalismus« anerkennenswert sei. Indes zählen aber gerade alle Fälle aktiver Sterbehilfe, unabhängig davon, ob der Sterbewunsch »verständlich« erscheint, nach dem Willen des Gesetzgebers zum Kernbereich des Verbots der Tötung auf Verlangen.

2.1.2 Indirekte Sterbehilfe (Gabe schmerzlindernder Medikamente mit lebensverkürzender Wirkung)

Von der grundsätzlichen Strafbarkeit der vorsätzlichen aktiven Sterbehilfe nach den Vorschriften der Tötungsdelikte machen Rechtsprechung und Lehre eine praktisch wichtige Ausnahme: Ist die Herbeiführung des Todes aufgrund einer medizinisch indizierten ärztlichen Medikation zur Linderung von Schmerzen mit der zumindest mutmaßlichen Einwilligung des Patienten erfolgt, so ist das Handeln des Arztes als sogenannte indirekte Sterbehilfe straflos, sofern die Todesfolge nicht das Ziel des ärztlichen Handelns war.

Trotz ihrer hohen praktischen Relevanz bei der medizinischen Versorgung Sterbender war die indirekte Sterbehilfe bislang nur Gegenstand zweier Entscheidungen des Bundesgerichtshofs, nämlich der sogenannten

⁸⁹ Roxin 1993: 182.

⁹⁰ Roxin 1993: 183.

⁹¹ Roxin 1993: 183.

Dolantin-Entscheidung⁹² aus dem Jahr 1996. Die zweite Entscheidung⁹³ aus dem Jahr 2001 bestätigt die erstgenannte inhaltlich im Wesentlichen. Diese Fälle sah der BGH offenbar als willkommene Gelegenheit, dem im einzelnen unklaren und umstrittenen Begriff der indirekten Sterbehilfe Kontur zu geben. In der Dolantin-Entscheidung stellt der Bundesgerichtshof klar, dass »eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation bei einem sterbenden Patienten [...] nicht dadurch unzulässig [wird], dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann«. ⁹⁴ An dieser Formulierung des BGH entzündeten sich zwei Diskussionen, die beide bislang zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt haben:

1) Zum einen ist unklar, ob der BGH nur den Arzt straffrei stellen will, der zwar eine Lebensverkürzung infolge der Schmerzmedikation beim Patienten für möglich hält, darüber aber keine Gewissheit hat, oder auch den Arzt, der trotz sicheren Wissens um die lebensverkürzende Wirkung eine solche Medikation vornimmt.

2) Die andere Streitfrage betrifft den sachlich-zeitlichen Anwendungsbereich der indirekten Sterbehilfe: Soll indirekte Sterbehilfe entgegen dem insoweit eindeutigen Wortlaut der BGH-Entscheidung nur bei Patienten zugelassen werden, die sich bereits im Sterbeprozess befinden, oder auch bei Patienten, deren Erkrankung lediglich inkurabel ist? Darüber hinaus spricht der BGH allein von »schmerzlindernder Medikation«, nicht aber von »Leidenslinderung«. Soll demnach indirekte Sterbehilfe nur zulässig sein bei nicht anders zu bekämpfenden Schmerzzuständen oder auch etwa bei Atemnot mit Erstickungsängsten oder bei chronischer, nicht anders beherrschbarer Übelkeit?

2.1.2.1 *Vorsatzfrage*

Die auf die Herbeiführung der Todesfolge bezogene Formulierung »unbeabsichtigt, aber in Kauf genommen« ist insofern problematisch, als sie keine eindeutige Aussage über die erforderliche innere Einstellung des behandelnden Arztes hinsichtlich der Herbeiführung des Todes des Patienten zulässt. Unmissverständlich hat der BGH damit nur klargestellt, dass die gezielte, absichtliche Tötung eines im Sterben befindlichen Patienten auch im Rahmen einer ärztlichen Schmerzbehandlung unzulässig ist. Sofern der Arzt die Schmerzmedikation mit dem Ziel einsetzt, das Leben des Patien-

⁹² Bundesgerichtshof 1997.

⁹³ Bundesgerichtshof 2001.

⁹⁴ Bundesgerichtshof 1997: 305.

ten zu beenden, anstatt die Schmerzen selbst zu bekämpfen, unterfällt sein Handeln als aktive direkte Sterbehilfe den §§ 211 ff. des Strafgesetzbuchs. Ob darüber hinaus die Schmerzmedikation jedoch nur dann straflos sein sollte, sofern der Arzt die dadurch bewirkte Lebensverkürzung bloß für möglich, nicht aber für wahrscheinlich oder gar für gewiss hält, ist der Formulierung des BGH nicht zu entnehmen. Der Begriff »unbeabsichtigt« legt eine Auslegung dahin gehend nahe, dass allein die absichtliche (dolus directus 1. Grades) Herbeiführung des Todes strafbewehrt sein sollte, nicht aber die mit sicherer Gewissheit als unvermeidbare Nebenfolge der Medikation vorhergesehene Lebensverkürzung (dolus directus 2. Grades). Demgegenüber greift der BGH mit der Bestimmung »in Kauf genommene Nebenfolge« eine Formulierung auf, die seit der sogenannten Lederriemen-Entscheidung⁹⁵ aus dem Jahr 1955 zum Charakteristikum des bedingten Vorsatzes geworden ist. Der bedingte oder Eventualvorsatz ist die schwächste Vorsatzform und verlangt im Falle einer Tötung, dass der Täter den Eintritt des Todes infolge seines Handelns »für möglich hält und ihn billigend in Kauf nimmt« (dolus eventualis). Nach Maßgabe dieser Vorsatzform wäre der Anwendungsbereich der straflosen indirekten Sterbehilfe auf die Fälle begrenzt, in denen der Arzt eine durch die Schmerzmedikation bewirkte Lebensverkürzung beim Patienten für möglich hält und sich mit diesem möglichen Verlauf abfindet. Im Falle sicherer Gewissheit um die lebensverkürzende Wirkung wäre nach dieser Auffassung jedoch bereits die Schwelle zur Strafbarkeit überschritten. Auch eine weitere Entscheidung des BGH aus dem Jahr 2001 vermochte die Unklarheiten bezüglich der Vorsatzfrage nicht mit wünschenswerter Eindeutigkeit zu beheben: Der Bundesgerichtshof bestätigt hier die in der Dolantin-Entscheidung getroffene Begriffsbestimmung der indirekten Sterbehilfe und führt zur Vorsatzfrage aus, dass »eine schmerzlindernde Medikation beim tödlich Kranken nicht dadurch unzulässig [werde], dass sie als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann. Soweit eine solche Medikation den Tatbestand eines Tötungsdelikts durch bedingt vorsätzliche Verursachung eines früheren Todes verwirklich[e], [sei] das Handeln des Arztes [...] gerechtfertigt [...].«⁹⁶ Zwar lässt der ausdrückliche Hinweis auf den bedingten Vorsatz vermuten, dass der BGH das sichere Wissen um den Todeseintritt infolge der Medikation aus dem Bereich der erlaubten indirekten Sterbehilfe ausgeklammert wissen wollte. Ebenso ist aber auch eine Auslegung des Wortlauts dahin ge-

⁹⁵ Bundesgerichtshof 1955: 363.

⁹⁶ Bundesgerichtshof 2001: 1803.

hend möglich, dass der BGH nur für den ihm vorgelegten Fall feststellen wollte, dass jedenfalls das Handeln mit bedingtem Vorsatz erlaubte indirekte Sterbehilfe sei, er darüber hinaus aber keine Aussage über die Strafwürdigkeit einer ärztlichen Medikation mit sicherer Gewissheit über deren tödliche Folgen treffen wollte.

Entsprechend dieser Ambiguität der höchstrichterlichen Terminologie haben sich in der Wissenschaft zwei gegensätzliche Positionen herausgebildet: Während die überwiegende Mehrzahl der Rechtswissenschaftler mittlerweile auch die mit sicherer Gewissheit herbeigeführte Lebensverkürzung im Rahmen einer Schmerzbehandlung unter die straflose indirekte Sterbehilfe subsumiert,⁹⁷ halten andere nur die mit bedingtem Vorsatz für möglich gehaltene Herbeiführung des Todes des Patienten für straflos, nicht aber die mit sicherem Wissen bewirkte Lebensverkürzung.⁹⁸ Die letztgenannte Position wurde ausdrücklich etwa vom 56. Deutschen Juristentag (DJT) im Jahr 1986 vertreten.⁹⁹ Demgegenüber sprechen sich der Alternativentwurf zur Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe 1986) und der Alternativentwurf Sterbebegleitung (AE-Sterbebegleitung 2005) dezidiert dafür aus, dass auch eine mit Sicherheit herbeigeführte Lebensverkürzung im Rahmen einer Schmerzbehandlung unter die erlaubte indirekte Sterbehilfe fällt: In § 214 a des AE-Sterbehilfe heißt es: »Wer als Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklichem oder mutmaßlichem Einverständnis Maßnahmen zur Linderung schwerer, anders nicht zu behebender Leidenszustände trifft, handelt nicht rechtswidrig, auch wenn dadurch als nicht vermeidbare Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.«¹⁰⁰ In der Begründung zu dieser Vorschrift wird noch einmal betont, dass es »für die Zulässigkeit leidensmindernder Maßnahmen [...] nicht entscheidend darauf ankomme [...], ob der Eintritt des Todes mit Sicherheit oder nur mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit beschleunigt wird.« Der AE-Sterbebegleitung präzisiert § 214 a hinsichtlich des Vorsatzes dahin gehend, dass eine Lebensverkürzung infolge einer medizinisch indizierten Schmerztherapie nicht rechtswidrig ist, »wenn dadurch als nicht vermeidbare *und nicht beabsichtigte* Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.«¹⁰¹ Darü-

⁹⁷ Lackner / Kühl 1995: Vor § 211 Rn. 8; Jähne / Laufhütte / Odersky 2005: Vor § 211 Rn. 15; Otto 1999: 440; Rieger 1998: 19; Dölling 1987: 7; Quante 1998: 219; neuerdings Kutzer 2001: 78.

⁹⁸ Rudolphi / Horn 2009: § 212 Rn. 26e; Schöch 1997: 411.

⁹⁹ Deutscher Juristentag 1986.

¹⁰⁰ Baumann 1986: § 214 a StGB.

¹⁰¹ Schöch / Verrel 2005: § 214 a StGB. Hervorhebung durch Verf.

ber hinaus soll die indirekte Sterbehilfe nach § 214 a des AE-Sterbebegleitung an die zusätzliche Zulässigkeitsvoraussetzung gebunden sein, dass die Schmerzmedikation »nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft«¹⁰² vorgenommen wird. Da diese durch die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation und durch die Forschungsergebnisse der Schmerzwissenschaft objektiviert und damit einer forensischen Überprüfung zugänglich seien, könnten sie als Indizien für die gerichtliche Feststellung dienen, ob der behandelnde Arzt die Todesfolge unzulässigerweise beabsichtigt hat.

Während für eine Begrenzung der Straflosigkeit auf das Handeln mit bedingtem Vorsatz die Missbrauchsanfälligkeit der indirekten Sterbehilfe angeführt wird,¹⁰³ verweisen die Vertreter der weiteren Auffassung darauf, dass eine Abgrenzung der beiden Vorsatzformen in der Praxis undurchführbar sei. Gerade im Dolantin-Fall habe sich gezeigt, dass die Dosierung der verabreichten Schmerzmittel kein zuverlässiges Indiz für die Beurteilung der dominierenden Handlungsintention des Arztes sein könne: In dem genannten Fall waren zwei Sachverständige zu der Überzeugung gelangt, dass die verabreichte Dosis absolut tödlich war, drei hinzugezogene Schmerzwissenschaftler waren indes der Ansicht, es sei eher unwahrscheinlich, jedenfalls nicht zwingend, dass die Patientin an den Schmerzmitteln gestorben sei. Eine klare Grenzziehung zwischen der noch therapeutisch indizierten und der sicher tödlichen Dosierung sei vor dem Hintergrund der Ergebnisse in der neueren Schmerzforschung nicht mehr möglich.¹⁰⁴ Die Schmerzwissenschaftler wiesen darauf hin, dass der Schmerz als physiologischer Antagonist der atemdepressiven Wirkung der Schmerzmittel entgegen wirke. Je stärker der Schmerz sei, desto höher müsse die Dosis sein, so dass aus therapeutischen Gründen Dosierungen gegeben werden dürften, die für einen Nicht-Schmerzpatienten tödlich sein könnten. Von einer bestimmten letalen Schmerzmitteldosis könne daher nicht gesprochen werden. Vielmehr habe die Schmerzforschung zu einer Streubreite von indizierten Opiatdosen geführt, die vor einigen Jahren noch nicht vorstellbar gewesen seien.¹⁰⁵ Wenn aber »die Bestimmung der indizierten Schmerzmitteldosierung zum Spielball von Gutachtern und Gegengutachtern wird, ist absehbar, dass der Nachweis einer Tötungsabsicht nur noch in den Fällen geständiger Angeklagter oder dann gelingt,

¹⁰² Schöch / Verrel 2005: § 214 a.

¹⁰³ Schöch 1997: 411.

¹⁰⁴ Bundesgerichtshof 1997.

¹⁰⁵ Bundesgerichtshof 1997.

wenn [...] sonstige Indizien für eine Missbrauchsmotivation gibt.«¹⁰⁶ Darüber hinaus wird geltend gemacht, es sei »inhuman, einem Sterbenden die Schmerzlinderung nur deshalb zu verweigern, weil sie die unvermeidliche Verkürzung eines Lebens im Gefolge hat, das der tödlich Kranke in der ungemilderten Qual seiner Schmerzen nicht mehr ertragen kann.«¹⁰⁷

2.1.2.2 *Indirekte Sterbehilfe nur bei Sterbenden?*

Der Bundesgerichtshof spricht sowohl in der Dolantin-Entscheidung als auch in der folgenden Entscheidung¹⁰⁸ zur indirekten Sterbehilfe ausdrücklich vom »sterbenden Patienten«. Auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung beschränken lebensverkürzende Maßnahmen auf die Sterbephase: »Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.«¹⁰⁹ Der Begriff des »Sterbenden« wird dort definiert als »Kranke[r] oder Verletzte[r] mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist.«¹¹⁰ Im Gegensatz zu dieser zeitlich engen Begrenzung der Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe auf die Phase des akuten Sterbevorgangs erstreckt der AE-Sterbehilfe die legale indirekte Sterbehilfe generell auf »tödlich Kranke«, wobei unter einer tödlichen Krankheit eine solche zu verstehen sein soll, »in deren Verlauf ärztliches Handeln nicht mehr entscheidend eingreifen kann. Dies schließt nicht nur Personen ein, die bereits moribund sind oder [es] sehr bald sein werden, sondern z. B. auch alle jene Fälle einer nicht mehr beeinflussbaren Krebserkrankung, Wochen oder unter Umständen Monate vor dem Tode.«¹¹¹ Gerade diese Kranken seien es, denen oft über längere Zeit Schmerzmittel in ausreichender Dosierung gegeben werden sollten, ohne dass eine lebensverkürzende Wirkung dieser Medikation ausgeschlossen werden könne.¹¹² Auch von weiten Teilen des Schrifttums wird diese liberalere Konzeption befürwortet.¹¹³ Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob sich der Arzt, der einem leidenden Patienten die erforderliche Schmerzmedikation aus dem Grund vorenthielte, dass

¹⁰⁶ Verrel 2006: C 31.

¹⁰⁷ Roxin 1993: 188.

¹⁰⁸ Bundesgerichtshof 2001.

¹⁰⁹ Bundesärztekammer 2004: Abschnitt I.

¹¹⁰ Bundesärztekammer 2004: Abschnitt I a.A.

¹¹¹ AE-Sterbehilfe 1986: Begründung zu § 214a, Abschnitt 4 a.A.

¹¹² AE-Sterbehilfe 1986: Begründung zu § 214a, Abschnitt 4.

¹¹³ Roxin / Schroth 2001: 98.

dieser sich noch nicht in der Sterbephase befinde, nicht wegen Körperverletzung durch Unterlassen gemäß § 223, 13 StGB strafbar machen würde.

2.1.2.3 *Indirekte Sterbehilfe nur zur Schmerzlinderung?*

Sowohl im Dolantin-Fall als auch in der dieses Urteil bestätigenden Entscheidung¹¹⁴ befindet der BGH über eine »schmerzlindernde Medikation« mit lebensverkürzender Wirkung. Es stellt sich insofern die Frage, ob der BGH die ärztliche Praxis der erlaubten indirekten Sterbehilfe auf die Fälle der Linderung akuter Schmerzen beschränken wollte, oder ob auch Leidenszustände anderer Art, wie etwa Atemnot mit akuten Erstickungsängsten oder anhaltende, nicht anders behebbare schwere Übelkeit, in den Anwendungsbereich der indirekten Sterbehilfe fallen sollte. Der Alternativ-Entwurf Sterbehilfe spricht in diesem Zusammenhang nicht von Schmerzen, sondern von »schweren, nicht anders behebbaren Leidenszuständen.«¹¹⁵ Auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung benennen die »Linderung des Leidens« als Ziel der indirekten Sterbehilfe.¹¹⁶ Darüber hinaus werden die genannten höchstrichterlichen Entscheidungen in der rechtswissenschaftlichen Literatur in diesem Punkt einhellig als zu eng empfunden.¹¹⁷ Angesichts einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Lebensqualität durch schwere Schmerzen und durch Leidenszustände anderer Art sind schwerlich plausible Gründe für eine Ungleichbehandlung beider Fallgruppen auszumachen. Es spricht daher vieles dafür, dass die Richter in den angeführten Urteilen die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe nicht explizit auf Schmerzzustände zu beschränken beabsichtigten, sondern nur den vorliegenden Fall, der eine schmerzlindernde Medikation zum Gegenstand hatte, entscheiden wollten.

2.1.2.4 *Begründung der Straflosigkeit der indirekten Sterbehilfe*

Ungeachtet der im Ergebnis mittlerweile einhellig akzeptierten Straflosigkeit der indirekten Sterbehilfe wird die juristisch-dogmatische Begründung hierfür nach wie vor kontrovers diskutiert. Besonderen Rechtfertigungsschwierigkeiten sieht sich die Rechtswissenschaft insofern ausgesetzt, als der Straftatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) einer Straflosstellung der vorsätzlichen, direkten Lebensverkürzung im Rahmen

¹¹⁴ Bundesgerichtshof 2001.

¹¹⁵ AE-Sterbehilfe 1986: § 214 a StGB, Anmerkung 2.

¹¹⁶ Bundesärztekammer 2004: Abschnitt I.

¹¹⁷ Statt vieler: Verrel 2006: C 32.

einer schmerzlindernden Medikation, jedenfalls dem Wortlaut nach, entgegensteht. Allein die Einwilligung oder mutmaßliche Einwilligung des Patienten in die Behandlung vermag die Anwendung dieses Tatbestandes nicht zu verhindern. Ausgangspunkt für die Begründung der Straflosigkeit der indirekten Sterbehilfe ist zunächst die Unterscheidung zwischen dem primären Ziel der Schmerzlinderung und der lediglich als notwendige, unvermeidbare Nebenfolge hingenommenen Lebensverkürzung. Maßgeblich ist insofern also die innere Willensrichtung des behandelnden Arztes. Auf der Grundlage des Prinzips der Doppelwirkung¹¹⁸ von Handlungen werden nun in der Rechtswissenschaft zahlreiche Vorschläge zur Einpassung dieses Ergebnisses in die bestehende Strafrechtsdogmatik unterbreitet.

(a) Lösungsansätze auf Tatbestandsebene

Teile des Schrifttums halten indirekte Sterbehilfe für zulässig, weil die ärztliche Praxis der Schmerzlinderung auch in den Fällen einer dadurch bewirkten Lebensverkürzung nicht vom normativen Schutzbereich der Tötungsdelikte erfasst sei. Teilweise wird dabei auf die Einhaltung der ärztlichen *lex artis* abgestellt, wodurch das betreffende Verhalten aus dem Bereich des Strafrechts herausgehoben werde,¹¹⁹ teilweise wird angeführt, dass ärztliche Schmerzlinderung grundsätzlich ihrem sozialen Gesamtsinn nach nicht von den Tötungsdelikten erfasst werde.¹²⁰ Einige Vertreter schlagen vor, die etablierte ärztliche Praxis der indirekten Sterbehilfe als erlaubtes, da sozialadäquates Verhalten einzustufen.¹²¹ Eine solche Begründung käme einer Berufung auf Gewohnheitsrecht gleich.¹²²

Alle diese Konzeptionen stimmen darin überein, dass bereits die Aufnahme einer mehrstufigen strafrechtlichen Überprüfung des ärztlichen Verhaltens am Maßstab der Tötungsdelikte verfehlt sei, da die betreffenden Vorschriften, insbesondere § 216 StGB, bereits aufgrund ihrer Sinnrichtung gar nicht zur Anwendung kommen könnten. Zwar fällt die vor-sätzliche, direkte Lebensverkürzung unstreitig dem Wortlaut nach unter die §§ 211 ff. StGB, doch sollen nach Ansicht der Vertreter obiger Meinung Ausnahmen für die Fälle der indirekten Sterbehilfe insofern gemacht wer-

¹¹⁸ Das Prinzip der Doppelwirkung stammt ursprünglich aus der katholisch-thomistischen Moralthologie und besagt, dass eine an sich verbotene Handlung, etwa die Tötung unschuldigen Lebens, dann erlaubt ist, wenn sie nur eine unerwünschte und unvermeidliche Nebenwirkung einer gebotenen Handlung ist und zu dieser nicht außer Verhältnis steht.

¹¹⁹ Etwa Jähne / Laufhütte / Odersky 2005: Vor § 211 Rn. 16.

¹²⁰ Wessels / Hettinger 2006: Rn. 32.

¹²¹ Herzberg 1996: 3048f.

¹²² So etwa Schöch 1997: 411.

den, als es sich dabei um eine weit verbreitete, in der Gesellschaft mehrheitlich anerkannte, auf das Wohl des Patienten abzielende Praxis handelt, die gemeinhin als eine Lösung des erst in neuerer Zeit mit zunehmender Dringlichkeit sich stellenden Problems der medizinischen Hochversorgung am Lebensende verstanden wird. In diesen Punkten weicht die indirekte Sterbehilfe in der Tat sehr stark von der Typik der gewöhnlichen Tötungsdelikte ab, so dass sich die Frage stellen kann, ob die §§ 211 ff. StGB nicht nur ihrem Wortlaut nach, sondern auch ihrem Sinn nach Fälle der Schmerzmedikation mit Lebensverkürzungsrisiko erfassen.

Gegen diese Lösungsansätze auf Tatbestandsebene wird eingewendet, sie wichen einer genuin strafrechtsdogmatischen Begründung der Strafflosigkeit indirekter Sterbehilfe dadurch aus, dass sie die strafrechtliche Beurteilung allein von der medizinischen Indikation (*lex artis*) der Schmerztherapie bzw. von dem faktischen Bestehen einer bereits verfestigten medizinischen Praxis abhängig machten.¹²³ Das ärztliche Handeln werde dabei zu wenig als normatives Problem erkannt. Die naturwissenschaftlich-medizinisch fundierte ärztliche Praxis könne jedoch keine hinreichende Begründung dafür abgeben, was strafrechtlich erlaubt sein solle. Vielmehr handele es sich im Kern um normativ-ethische Probleme und im engeren Sinne um strafrechtliche und verfassungsrechtliche Kategorien, die dem ärztlichen Handeln Grenzen setzten.¹²⁴ Insbesondere vermöge die *lex artis* allein das »Wie« der Schmerzbekämpfung, nicht aber das »Ob« zulässiger Lebensverkürzung zu beantworten.¹²⁵ Auch die Überlegung, der Gesamtsinn der Schmerzbekämpfung mit dem Risiko der Lebensverkürzung sei ein anderer als der Sinn einer ordinären Tötungshandlung und sei daher nicht von §§ 211 ff. StGB erfasst, stößt auf Bedenken: Versteht man »Töten« wie üblich als »Verursachung des Todes«, so erweise sich indirekte Sterbehilfe zweifellos als tatbestandsgemäß.¹²⁶ Darüber hinaus wird betont, dass die mit dieser Konzeption verbundene Aufweichung der prinzipiellen Schutzwürdigkeit des verlöschenden Lebens möglicherweise der aktiven Sterbehilfe, auch gegen den Willen des Moribunden, den Weg ebne.¹²⁷ Zudem sei nicht ersichtlich, weshalb das Ziel der Schmerzlinde- rung den sozialen Sinngehalt der Tötung im Rahmen der indirekten Sterbehilfe gleichsam zum Verschwinden bringe. »Die Redeweise von der tatbestandsausschließenden sozialen Dominanz der Schmerzlinde- rung«

¹²³ Jähne / Laufhütte / Odersky 2005; Vor § 211 Rn. 17.

¹²⁴ Antoine 2004: 53f.

¹²⁵ Joecks / Miebach / Schneider 2003; Vor § 211 Rn. 98.

¹²⁶ Joecks / Miebach / Schneider 2003; Vor § 211 Rn. 98.

¹²⁷ Antoine 2004: 54.

sei »lediglich das Ergebnis eines komplexen Bewertungsvorganges, nicht aber die ihn tragende Begründung.«¹²⁸

(b) Lösungsansätze auf Rechtfertigungsebene

Nach überwiegender Ansicht im strafrechtlichen Schrifttum soll die indirekte Sterbehilfe deswegen straflos bleiben, weil die Lebensverkürzung infolge der Schmerzmittelgabe aufgrund des Eingreifens eines sogenannten Rechtfertigungsgrundes ausnahmsweise erlaubt sein soll. Die Lösungsansätze dieser Gruppe unterscheiden sich rechtsdogmatisch insofern von den Positionen auf der Tatbestandsebene, als sie die lebensverkürzende Wirkung der Schmerzmedikation zunächst durchaus als tatbestandliche Verwirklichung eines Tötungsdelikts (§ 212 oder § 216 StGB) begreifen, sodann aber auf einer weiteren Prüfungsstufe zu dem Ergebnis kommen, dass diese Tötungshandlung entgegen der grundsätzlichen Regel eines umfassenden Tötungsverbots ausnahmsweise erlaubt ist, weil sie vor dem Hintergrund der Wertentscheidungen der Gesamtrechtsordnung von einem Rechtfertigungsgrund gedeckt ist.¹²⁹ Das Strafrecht kennt eine Vielzahl von möglichen Rechtfertigungsgründen, wovon die Notwehr (§ 32 StGB) und der rechtfertigende Notstand (§ 34 StGB¹³⁰) zu den bekanntesten zählen dürften. Auch im Fall einer durch Notwehr gerechtfertigten Tötung liegt auf Tatbestandsebene zunächst ein Totschlag vor; dieser ist jedoch, da er der Rettung etwa des Lebens des Angegriffenen dient, ausnahmsweise erlaubt. Eine solche Tötungshandlung stellt entgegen der durch den Tatbestand aufgestellten Regel, dass es sich in jedem Fall der Tötung eines anderen Menschen um Unrecht handelt, ausnahmsweise kein Unrecht dar. Vielmehr befindet sich der Notwehrrübende auf der Seite des Rechts.

¹²⁸ Joecks / Miebach / Schneider 2003: Vor § 211 Rn. 98.

¹²⁹ Im Unterschied dazu stellen die Vertreter der Tatbestandslösungen bereits die Regel, das generelle Tötungsverbot, in Frage, indem sie den ausnahmslosen Lebensschutz der §§ 211 ff. StGB einschränken: Aus dem den Tötungsdelikten zugrunde liegenden Normappell »Du sollst nicht töten«, wird ein eingeschränkter Appell des Inhalts »Du sollst nicht töten, es sei denn du bezweckst damit einen menschenwürdigen Tod oder die Vermeidung einer sinnlosen Sterbensverlängerung.« Vgl. Schneider 1997: 292.

¹³⁰ § 34 StGB (Rechtfertigender Notstand): »Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.«

Die Mehrzahl der Rechtswissenschaftler kommt nun in der Fallgruppe der indirekten Sterbehilfe über die Anwendung des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) zur Rechtfertigung der Lebensverkürzung. Kennzeichnend für eine Notstandssituation gemäß dieser Norm ist die Kollision von einander widerstreitenden Rechtsgütern oder Interessen. Vorliegend kommt eine Abwägung zwischen der medikamentös bedingten Lebensverkürzung und der intendierten Schmerzlinderung in Betracht. Einer daraus resultierenden Präferenzentscheidung zu Gunsten der Schmerzlinderung liegt die Überlegung zugrunde, dass die sehr geringe Lebensqualität des Leidenden gegenüber dessen Interesse an Schmerzfreiheit mit einhergehender Lebensverkürzung nachrangig ist.¹³¹

Auch der Bundesgerichtshof hält, ohne sich indes darauf festzulegen, in der oben genannten Dolantin-Entscheidung die Rechtsfigur des rechtfertigenden Notstands für einen gangbaren Weg zur Legitimation der Straffreiheit der indirekten Sterbehilfe. In seinem Urteil hat der dritte Strafsenat des BGH dazu ausgeführt, die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten könne ein höherwertiges Rechtsgut sein als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sogenannten Vernichtungsschmerzen noch kurzzeitig länger leben zu müssen.¹³²

Die Anwendung des § 34 StGB ist indes nicht völlig unproblematisch.¹³³ Die Unterscheidung zwischen leidvollem und leidfreiem oder jedenfalls erträglichem Leben ist mit dem Postulat des gleichen Lebensschutzes und den daraus abgeleiteten Verboten der Quantifizierung und Qualifizierung menschlichen Lebens nicht ohne Weiteres in Einklang zu bringen.¹³⁴ Insbesondere wird dieser Konzeption vorgeworfen, sie wäge unzulässigerweise bestimmte Eigenschaften des menschlichen Lebens gegen dessen biologisches Substrat ab. Dies sei vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlich gebotenen Höchststrangigkeit und Abwägungsresistenz des Rechtsguts Leben unstatthaft. Einem Verständnis von § 34 StGB, bei

¹³¹ Joecks / Miebach / Schneider 2003; Vor § 211 Rn. 101.

¹³² Bundesgerichtshof 1997: 305.

¹³³ Auf die mit der Anwendung des § 34 StGB auf die Fälle der indirekten Sterbehilfe verbundenen strukturellen Probleme, wie etwa dass § 34 StGB auf einen inter- nicht aber auf einen intrapersonalen Interessenkonflikt zugeschnitten ist, oder dass die Rechtsfigur der (mutmaßlichen) Einwilligung die Anwendbarkeit von § 34 StGB ausschließt, kann in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden. Diese Schwierigkeiten sind einerseits von ausschließlich rechtsdogmatischem Interesse und andererseits nach überwiegender Ansicht durchaus im Rahmen der Wortlautgrenzen der genannten Vorschrift einer Lösung zuführbar.

¹³⁴ Joecks / Miebach / Schneider 2003; Vor § 211 Rn. 101.

dem die in Frage stehenden Rechtsgüter, wie etwa das Leben, zu Gunsten einer Abwägung der bloß subjektiven Interessen, etwa das Interesse an einem schmerzfreien Tod, außer Acht gelassen würden, habe der Gesetzgeber mit der ausdrücklichen Nennung des Rechtsguts im Normtext gerade entgegenwirken wollen.¹³⁵ Um dieser Kritik zu begegnen konstruieren einige Vertreter der Rechtfertigungslösung und auch der BGH einen weiteren Höchstwert von Verfassungsrang, nämlich das Recht des Patienten auf ein humanes Sterben in Würde. Auf diesem Weg soll über eine Rechtsgüterabwägung zwischen einem Sterben in Würde und einer Erhaltung des Lebens um jeden Preis das Überwiegen des Schmerzlinderungsinteresses gegenüber der Lebensverkürzung im Sinne des § 34 StGB begründet werden. Seinen prägnantesten Ausdruck findet dieser Ansatz im Rechtsgutachten zum Alternativentwurf Sterbehilfe von 1986 mit der Formulierung, dass die lebensverkürzende Schmerzlinderung dem Patienten die Möglichkeit gebe, »als Person und nicht als ein nur noch vom Schmerz beherrschtes, seiner selbst nicht mehr bewusstes Wesen zu sterben«.¹³⁶ In der Konsequenz liegt dieser Argumentation die Vorstellung zugrunde, dass auf der Ebene des Verfassungsrechts der Höchstwert Leben (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG) durch das fundamentale Grundrecht der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) noch überboten wird. Dagegen wird zum Teil eingewendet, der Begriff der Menschenwürde eigne sich aufgrund seiner Abstraktheit und der damit verbundenen begrifflichen Unschärfe nicht als Abwägungsgröße, denn »ob ein Mensch als »Person« oder als bloßes »Wesen« stirbt [sei] schon allein wegen der Ungenauigkeit des begrifflichen Gegensatzpaares keineswegs klar.«¹³⁷ Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass eine Höerschätzung der Menschenwürde gegenüber dem Leben schwer damit zu vereinbaren sei, dass die Würde auf die physische Existenz, mithin auf das Leben als Würdeträger angewiesen ist.¹³⁸ Denn Würde könne nur einer existierenden, d. h. einer lebenden Person zukommen.¹³⁹ Zudem sei die Argumentation mit dem Primat der Menschenwürde in der verfassungsrechtlichen Diskussion vornehmlich an die Begründung von Entscheidungen *pro vita* gebunden, so dass es unplausibel sei, im Kontext der Sterbehilfe dasselbe Argument zur Rechtfertigung einer Ent-

¹³⁵ Jähnke / Laufhütte / Odersky 2005: Vor § 211 Rn. 15.

¹³⁶ Otto 1986.

¹³⁷ Joecks / Miebach / Schneider 2003: Vor § 211 Rn. 102.

¹³⁸ Joecks / Miebach / Schneider 2003: Vor § 211 Rn. 102.

¹³⁹ Der postmortale Würdeschutz ist dagegen von der Würde der lebenden Person abgeleitet und unterstreicht den Vorrang des Lebens; vgl. Joecks / Miebach / Schneider 2003: Vor § 211 Rn. 102.

scheidung *contra vitam* einzusetzen.¹⁴⁰ Ferner bestehe die Gefahr einer unkontrollierbaren Aufweichung des umfassenden Lebensschutzes, der auch das verlöschende Leben einschlieÙe, da ausgehend von einer interessenorientierten Begründung der indirekten Sterbehilfe nicht klar ist, weshalb nicht auch im Wege einer Interessenabwägung die direkte aktive Sterbehilfe gerechtfertigt werden kann. Gerade in den schlimmsten Fällen, in denen eine Schmerztherapie von vornherein versage, liege eine solche Argumentation nahe.¹⁴¹

Trotz dieser Einwände und Bedenken hält die Mehrzahl der Rechtswissenschaftler die Rechtfertigung der indirekten Sterbehilfe über die Rechtsfigur des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) für tragfähig. Die dieser Argumentation anhaftende Befremdlichkeit einer »Abwägung des Lebens im biologischen Sinne nach qualitativen und quantitativen Aspekten« wird nach Auffassung der Vertreter dieser Position dadurch abgemildert, dass der Abwägungsvorgang unter allen Umständen an den (mutmaßlichen) Willen des Patienten gekoppelt ist. Angesichts dieser Rückbindung an die Selbstbestimmung des Sterbenden leiste der Rückgriff auf § 34 StGB nicht mehr und nicht weniger als eine »Objektivierung der subjektiven Präferenzen des Betroffenen«. ¹⁴² Die Überlegenheit der Rechtfertigungslösung gegenüber den Tatbestandslösungen zeigt sich nach Meinung ihrer Vertreter gerade darin, dass mit der Offenlegung der im Einzelfall im Widerstreit befindlichen Rechtsgüter und Interessen die inhaltlichen Kriterien für eine Strafflosstellung der indirekten Sterbehilfe benannt werden. Demgegenüber vermögen die tatbestandsorientierten Modelle nur im Wege der Formulierung abstrakter Fallgruppen Ausnahmen von den Tatbeständen der Tötungsdelikte zu konstruieren, wobei die konkreten Interessen des im Einzelfall Betroffenen nicht in den Blick geraten.

2.2 *Passive Sterbehilfe (Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen)*

Unter passiver Sterbehilfe ist das Sterbenlassen moribunder, schwer kranker, leidender oder irreversibel komatöser Menschen durch Verzicht auf die Vornahme lebensverlängernder Maßnahmen zu verstehen. Darunter fallen sowohl Konstellationen der Nicht-Aufnahme lebensverlängernder Maßnahmen als auch solche der Einstellung bereits begonnener lebenserhalten-

¹⁴⁰ Joecks / Miebach / Schneider 2003; Vor § 211 Rn. 102.

¹⁴¹ Antoine 2004: 57.

¹⁴² Joecks / Miebach / Schneider 2003; Vor § 211 Rn. 103.

der Behandlungen. Die Unterlassung kann demnach zum einen darin bestehen, eine lebensrettende Operation nicht vorzunehmen, zum anderen etwa eine noch nicht abgeschlossene Chemotherapie vorzeitig zu beenden. Strafrechtlich relevant im Sinne der Tötungsdelikte wird das Unterlassen allerdings nur dann, wenn a) durch die Aufnahme oder Fortsetzung der Behandlung der Todeseintritt auch nur kurzfristig hätte hinausgezögert werden können und b), wenn der Unterlassende für die Abwendung bzw. Verzögerung des Todes rechtlich einzustehen hatte, d.h. wenn ihm eine sogenannte Garantenpflicht im Sinne des § 13 StGB¹⁴³ oblag. Eine solche Garantenstellung, das heißt eine besondere Verpflichtung, den Eintritt des Todes nach Möglichkeit zu verhindern, ergibt sich für den Arzt aus dem Behandlungsvertrag oder aus der tatsächlichen Behandlungsübernahme in Notfällen und für den Angehörigen aus der familiär begründeten natürlichen Verbundenheit mit dem Kranken. Das Bestehen einer solchen funktionalen Nähebeziehung zum Patienten hebt den genannten Personenkreis der Garantenpflichtigen aus dem weiten Kreis der Allgemeinheit heraus, der sich im Falle des Nicht-Tätigwerdens nicht wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen, sondern allenfalls wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß § 323 c StGB¹⁴⁴ strafbar machen kann. Die fehlende besondere Verpflichtung von Personen, die dem Kranken nicht in rechtlich qualifizierter Weise nahe stehen, findet dabei ihren Ausdruck in einer ungleich milderen Strafdrohung im Fall der unterlassenen Hilfeleistung: Während ein Totschlag durch Unterlassen im selben Strafraumen zu bestrafen ist wie ein Totschlag durch aktives Tun (mindestens fünf Jahre), wobei das Gericht allerdings die Strafe nach seinem Ermessen im Rahmen der Vorschrift des § 49 Abs. 1 StGB mildern kann, um dem möglicherweise geringeren Unrechtgehalt einer Unterlassung gegenüber einem aktiven Tun zu entsprechen, umfasst der Strafraumen der unterlassenen Hilfeleistung höchstens ein Jahr Freiheitsstrafe oder Geldstrafe.

Die Rechtmäßigkeit der passiven Sterbehilfe bemisst sich in erster Linie am Maßstab des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Dabei lassen sich drei juristisch unterschiedlich zu behandelnde Konstellationen unterscheiden: Das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen kann

¹⁴³ § 13 Abs. 1 StGB: »Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist [...] nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt [...].« (Hervorhebung durch den Verf.).

¹⁴⁴ § 323 c StGB: »Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten [...] ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.«

1. auf das Verlangen des entscheidungsfähigen Patienten hin,
2. gegen dessen Willen oder
3. ohne aktuelle Willensäußerung im Falle des entscheidungsunfähigen Patienten erfolgen.

Während die Fälle 1 und 3 ebenso praxisrelevant wie rechtlich und moralisch umstritten sind, besteht hinsichtlich der Nichtvornahme bzw. Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen *gegen* den Willen des Patienten die einstimmige Überzeugung, dass es sich dabei um eine rechtlich unzulässige Tötung handelt. Diese Fallgruppe wird daher im Folgenden nicht weiter diskutiert.

2.2.1 — Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen auf Verlangen des Patienten

2.2.1.1 — *Grundsatz: Selbstbestimmung*

Ist der Patient im Zeitpunkt der Entscheidung über die Nichtvornahme oder die Einstellung einer lebensverlängernden Maßnahme klar bei Bewusstsein und kann daher in Kenntnis der Tragweite und der Konsequenzen seines Verlangens freiverantwortlich handeln, so ist der für eine etwaige Behandlung zuständige Arzt oder Angehörige weder verpflichtet noch berechtigt, Maßnahmen gegen den erklärten Willen des Patienten einzuleiten, um dessen Leben zu verlängern. Vielmehr ist es rechtswidrig und sogar strafwürdig, einen Patienten gegen dessen Willen (weiter) zu behandeln. Auch im Falle zeitlich andauernder Behandlungen ist eine fortwährende Legitimation durch die Aufrechterhaltung des anfangs erteilten Einverständnisses erforderlich. Sobald dieses widerrufen wird, ist die Fortsetzung der Behandlung rechtswidrig. Das Recht auf Behandlungsverweigerung bzw. auf den Abbruch einer bereits eingeleiteten Behandlung ist grundgesetzlich im Katalog der Menschenrechte verankert und wird aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, der einen Anspruch auf »körperliche Unversehrtheit« gibt, in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 GG, dem allgemeinen Selbstbestimmungsrecht, abgeleitet. Denn jede ärztliche Behandlung ist grundsätzlich ein vor dem Hintergrund personaler Selbstbestimmung rechtfertigungsbedürftiger Eingriff in die körperliche und gegebenenfalls psychische Integrität des Patienten. Ein solcher Eingriff ist allein aufgrund und in den Grenzen der Einwilligung seitens des Patienten zulässig. Handelt der Arzt oder auch ein zuständiger Dritter ohne Einwilligung des aktuell einwilligungsfähigen Patienten, so macht er sich nach weit überwiegender Ansicht in Rechtsprechung und Lehre wegen einer (gefährlichen) Körperverletzung gemäß §§ 223, 224 StGB, bzw. im Falle

fehlenden Vorsatzes gegebenenfalls wegen fahrlässiger Körperverletzung gemäß § 229 StGB strafbar. Strafrechtsdogmatisch hebt die Einwilligung seitens des Patienten den Unrechtscharakter des ärztlichen Eingriffs auf, wobei teilweise darauf abgestellt wird, dass der behandelnde Arzt durch die Einwilligung aus seiner Garantenstellung entlassen wird, teilweise wird in der Einwilligung ein Rechtfertigungsgrund gesehen.¹⁴⁵ Lediglich in Notfällen, etwa wenn besondere Eile geboten ist und die Einwilligung des Patienten nicht vor dem Eingriff eingeholt werden kann, ist der Arzt gehalten, auch ohne explizite Zustimmung des Patienten tätig zu werden, sofern keine Indizien dafür sprechen, dass der Patient im Fall der Einwilligungsfähigkeit seine Zustimmung verweigern würde. Ein solcher Eingriff ist dann, wie im Folgenden noch eingehend dargelegt werden wird, durch das Rechtsinstitut der mutmaßlichen Einwilligung, also einer Vermutung auf der Grundlage gegebener Indizien, wie etwa früherer schriftlicher oder mündlicher Äußerungen des Patienten, gedeckt.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist für die Legitimation ärztlicher Eingriffe von so großer Wirkmacht, dass auch ein unter objektiven Gesichtspunkten unvernünftiges oder gar aus der Perspektive Dritter unverantwortliches Verlangen des Patienten bindend ist, solange es den noch zu präzisierenden Erfordernissen der Freiverantwortlichkeit genügt. In diesem Zusammenhang wird oft die sogenannte Myom-Entscheidung des Bundesgerichtshofs¹⁴⁶ zitiert, in der das Gericht klargestellt hat, dass »das in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewährleistete Recht auf körperliche Unversehrtheit [...] auch bei einem Menschen Berücksichtigung [fordert], der es ablehnt, seine körperliche Unversehrtheit selbst dann preiszugeben, wenn er dadurch von einem lebensgefährlichen Leiden befreit wird. Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden.«¹⁴⁷ Das Gericht betont, dass diese Richtlinie auch für den Arzt verbindlich sei. Das Recht und die Pflicht des Arztes, den kranken Menschen nach Möglichkeit von seinem Leiden zu heilen, »finden [...] in dem grundsätzlichen freien Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper ihre Grenze[n].« Das Gericht stellt darüber hinaus klar, dass ein Eingriff ohne die vorherige Billigung des Patienten »ein rechtswidriger Eingriff in die Freiheit und Würde der menschlichen Persönlichkeit« sei, da »selbst ein le-

¹⁴⁵ Joecks / Miebach / Schneider 2003: Vor § 211 ff.

¹⁴⁶ Bundesgerichtshof 1958b: 111 ff.

¹⁴⁷ Bundesgerichtshof 1958b: 113 f.

bensgefährlich Kranker [...] triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben [können]«¹⁴⁸, eine Behandlung abzulehnen. Ausgehend von dieser mit wünschenswerter Klarheit formulierten Entscheidung ist der Primat des Prinzips der Selbstbestimmung im Bereich der Legitimation ärztlichen Handelns bis heute unbestritten. Die vorherige Zustimmung in ärztliche Heilmaßnahmen begründet und begrenzt zugleich die Zulässigkeit ärztlicher Eingriffe in die Sphäre der körperlichen Integrität des Menschen und erteilt dem ärztlichen Paternalismus eine unmissverständliche Absage.¹⁴⁹

Aus den dargelegten Grundsätzen der höchstrichterlichen Entscheidung erhellt, dass die passive Sterbehilfe nicht nur in den Stadien, in denen der Sterbeprozess des Patienten bereits eingesetzt hat, Straffreiheit zur Folge hat. Vielmehr darf der Arzt auch in Vorfeldphasen keine Behandlung gegen den erklärten Willen des Patienten vornehmen. Entscheidend ist allein, ob der Patient in der Lage ist, im Zeitpunkt der Entscheidung über die Behandlungsaufnahme oder den Behandlungsabbruch ernstlich und freiverantwortlich seinen Willen kundzutun. An die Merkmale der Ernstlichkeit und Freiverantwortlichkeit sind indes geringere Anforderungen zu stellen als an das Tatbestandsmerkmal »ausdrückliches und ernstliches Verlangen« in § 216 StGB.¹⁵⁰ Entscheidend ist weder die zivilrechtliche Geschäftsfähigkeit noch die strafrechtliche Schuldfähigkeit, sondern die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Einwilligenden.¹⁵¹ Frei ist eine Entscheidung demnach dann, wenn sich der Entscheidende bei der Urteilsbildung weder im Irrtum oder in Unkenntnis über entscheidungserhebliche Umstände noch unter dem Einfluss äußerer oder innerer Zwänge befunden hat. Grundlage und Ausgangspunkt der Urteilsbildung im Bereich des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist dabei in erster Linie eine umfassende Aufklärung des Patienten über seinen Gesundheitszustand, eventuelle Therapieoptionen, die Wahrscheinlichkeit einer Stabilisierung oder Besserung des gegenwärtigen Zustands und, soweit möglich, eine Prog-

¹⁴⁸ Bundesgerichtshof 1958b: 114.

¹⁴⁹ Selbstbestimmung als Patientenrecht ist allerdings keine Neuerung der Nachkriegszeit. Bereits das Reichsgericht hatte in seinem Urteil vom 31. Mai 1894 den Grundsatz der Selbstbestimmung hervorgehoben: »Daß jemand nach eigener Überzeugung oder nach dem Urteile seiner Berufsgenossen die Fähigkeit besitzt, das wahre Interesse seines Nächsten besser zu verstehen, als dieser selbst, [...] gewährt jenem nicht irgendeine rechtliche Befugnis, nunmehr nach eigenem Ermessen in die Rechtssphäre des anderen einzugreifen, diesem Gewalt anzutun und dessen Körper willkürlich zum Gegenstande gutgemeinter Heilversuche zu benutzen.« (Reichsgericht 1894: 378)

¹⁵⁰ Joecks / Miebach / Schneider 2003: Vor §§ 211 ff.

¹⁵¹ Bundesverfassungsgericht 1960: 309.

nose des weiteren Krankheitsverlaufs. Nur in Kenntnis dieser notwendigen Informationen ist der Patient in der Lage, eine autonome Entscheidung über die Fortführung oder Beendigung therapeutischer Maßnahmen zu treffen.

Das Rechtsinstitut der Einwilligung war ob seiner Unschärfe in der praktischen Anwendung immer Gegenstand rechtswissenschaftlicher Kritik: »Denn bei der Einwilligung ist überaus umstritten und ungeklärt, welche Art von Druck und Irrtum sie unwirksam macht und welches Maß an »Einsichtsfähigkeit« verlangt werden muss.«¹⁵² Abgesehen von schwer judizierbaren Grenzfällen vermag die Einwilligung jedoch in einem breiten Anwendungsfeld interessengerechte Lösungen unter Wahrung eines größtmöglichen Maßes an Selbstbestimmung des Einzelnen herbeizuführen.

2.2.1.2 — *Sonderfall Suizid*

In der sogenannten Wittig-Entscheidung¹⁵³ hat der Bundesgerichtshof im Jahr 1984 das Selbstbestimmungsrecht in Suizidfällen dahin gehend eingeschränkt, dass »jedenfalls dann, wenn der ohne ärztlichen Eingriff dem sicheren Tod preisgegebene Suizident schon bewusstlos ist, [...] sich der behandelnde Arzt nicht allein nach dessen vor Eintritt der Bewusstlosigkeit erklärten Willen richten [darf], sondern [...] in eigener Verantwortung eine Entscheidung über die Vornahme oder Nichtvornahme auch des nur möglicherweise erfolgreichen Eingriffs zu treffen [hat]«¹⁵⁴. Das Gericht begründet seine Auffassung mit einem Verweis auf Erkenntnisse der neueren Suizidforschung, wonach »häufig ein ursprünglich durchaus ernsthafter Selbsttötungswille nach Beendigung des Suizidversuchs, d.h. dann, wenn der Lebensmüde aus eigener Kraft nicht mehr zurücktreten kann, [verfalle]. [...] Gerade derjenige, der die suizidale Situation so einrichte [...], dass zwischen Selbstmordhandlung und Todeseintritt eine längere Latenzperiode liegt, in der das Hinzukommen Dritter ermöglicht wird, handl[e] oft nicht aus einem unerschütterlichen Todeswunsch, sondern in der unterschwelligen Hoffnung, dass sein verzweifelter Schrei nach menschlichem Beistand gehört wird.«¹⁵⁵ Die Begründung dieser höchst-

¹⁵² Roxin 1993: 179.

¹⁵³ Bundesgerichtshof 1984b: 371.

¹⁵⁴ Bundesgerichtshof 1984b: 371.

¹⁵⁵ Bundesgerichtshof 1984b: 371. Die Richter des dritten Senats stützen sich dabei auf Studien aus der Suizidforschung und gehen davon aus, dass »nur 5% der Suizidenten eigenverantwortlich Hand an sich legen und daher bei Untätigkeit des Garanten in 95% der Fälle strafbares Unterlassen vorlieg[t]«.

richterlichen Entscheidung macht deutlich, dass die Relevanz des Falls Wittig weit über das zur Entscheidung stehende Arzt-Patienten-Verhältnis hinausreicht: Nicht nur dem Arzt, sondern jedem Garanten im Sinne des § 13 Abs. 1 StGB, d.h. jeder Person, die eine besondere rechtliche Verpflichtung zur Abwendung des Todes eines anderen hat, ist es grundsätzlich verwehrt, im Falle eines Suizids aus Respekt vor dem Todeswunsch des Suizidenten dem in Gang gesetzten Geschehen seinen Lauf zu lassen. Vielmehr ist jeder Garant verpflichtet, nach Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten geeignete Rettungsbemühungen zu unternehmen. Der BGH spricht dabei von einem Übergang der Tatherrschaft auf den anwesenden Garanten in dem Augenblick, in dem der Suizident infolge seines Bewusstseinsverlusts die Handlungsfähigkeit und damit die eigene Tatherrschaft verliert.

Der bis heute heftig umstrittenen Wittig-Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde: Eine 76-jährige schwerkranke Frau, die, nachdem ihr Ehemann gestorben war, keinen Sinn mehr in ihrem Leben sah und daher mittels einer Überdosis Morphium und Schlaftabletten ihrem Leben ein Ende setzen wollte, wurde von ihrem Hausarzt in bewusstlosem Zustand aufgefunden, worauf der Arzt in Anerkennung ihres Sterbewunsches keine Rettungsbemühungen unternahm, so dass die Patientin in Gegenwart des Arztes verstarb. Die Suizidentin hatte bereits ein Jahr zuvor ein Schriftstück mit dem unmissverständlichen Inhalt verfasst, sie wünsche »keine Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim, keine Intensivstation und keine Anwendung lebensverlängernder Medikamente.« Sie wolle »einen würdigen Tod sterben. Keine Anwendung von Apparaten.« Ein halbes Jahr vor ihrem Suizid verfasste sie ein weiteres Schriftstück mit nahezu identischem Inhalt und der zusätzlichen »Erklärung«: »Ich bin über 76 Jahre alt und möchte nicht länger leben.« Beide schriftlichen Äußerungen waren dem Arzt bekannt. Als er die Patientin bewusstlos vorfand, hatte sie einen mit der Hand beschriebenen Zettel mit dem Inhalt: »An meinen Arzt – bitte kein Krankenhaus – Erlösung!« in der Hand. Der Arzt wurde u. a. wegen Totschlags durch Unterlassen angeklagt und erst in letzter Instanz freigesprochen, wobei die Richter in der Urteilsbegründung hervorhoben, dass es für den Arzt grundsätzlich unzulässig sei, sich dem Todeswunsch des Patienten zu beugen. Allein die Überzeugung des Arztes, dass das Leben der Patientin im vorliegenden Fall aufgrund des bereits fortgeschrittenen und für tödlich befundenen Vergiftungszustands »allenfalls noch mittels von ihr stets verabscheuter Maßnahmen der Intensivmedizin und auch dann nur unter Inkaufnahme irreparabler schwerer Schäden ver-

längern zu können,«¹⁵⁶ konnte seinen Entschluss zum Behandlungsverzicht rechtfertigen. Im Ergebnis wird die Straffreiheit des Arztes also gerade nicht mit dem Primat der Patientenautonomie gegenüber der Verpflichtung zur Lebensrettung begründet, sondern mit der für den Arzt unzumutbaren Verpflichtung zur Rettung des Lebens um jeden Preis angesichts bereits eingetretener irreversibler schwerer Schädigungen infolge des Suizidversuchs. Dem Arzt obliegt nach den Grundsätzen dieser Rechtsprechung die Pflicht zur sachgerechten Beurteilung der Rettungschancen und des Risikos bleibender schwerer Schädigungen. Nur wenn der Arzt bei sorgfältiger pflichtgemäßer Abwägung der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten zu der Überzeugung gelangt, dass er es aufgrund bereits eingetretener irreversibler Schäden nicht mit seinem Gewissen vereinbaren kann, den Suizidenten zu behandeln, entgeht er der Bestrafung.

In neuerer Zeit hat der Bundesgerichtshof allerdings in einzelnen Entscheidungen der Freiverantwortlichkeit eines unternommenen Suizids größere Bedeutung für die Beurteilung der Strafbarkeit beteiligter Personen beigemessen: So spricht der BGH etwa in einem Beschluss¹⁵⁷ aus dem Jahr 1987 den Angeklagten frei, der vom Landgericht Köln zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr auf Bewährung verurteilt worden war, weil er eine 86-jährige schwerkranke Frau, die ihrem Leben mit Tabletten ein Ende setzen wollte und sich bereits in einem komatösen Vergiftungszustand befand, nicht ins Krankenhaus einliefern ließ. Die Suizidentin hatte mehrfach im Vorfeld, auch gegenüber dem Angeklagten, geäußert, »es habe alles keinen Zweck mehr, vielleicht mache sie irgendwann einmal »Schluß«.«¹⁵⁸ Sie hatte zu verstehen gegeben, dass sie an einem etwaigen Suizid nicht gehindert werden wolle. Das Landgericht Köln hatte in diesem Verhalten keinen hinreichend konkreten »Auftrag« an den Angeklagten gesehen, im Falle eines Selbsttötungsversuchs lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen. Der BGH begründet seine abweichende Entscheidung unter anderem mit der Feststellung, für die Achtung des Selbstbestimmungsrechts müsse es genügen, »wenn feststeht, dass der Suizident den Selbsttötungsentschluss ernsthaft und freiverantwortlich gefasst hat und dass er demgemäß nicht mit einer Verhinderung des von ihm erstrebten Todes einverstanden ist.«¹⁵⁹ Der BGH verweist dabei ausdrücklich auf die oben angeführte Entscheidung im Fall Wittig: Auch in der dortigen Urteils-

¹⁵⁶ Bundesgerichtshof 1984b: 371.

¹⁵⁷ Bundesgerichtshof 1988: 1532.

¹⁵⁸ Bundesgerichtshof 1988: 1532.

¹⁵⁹ Bundesgerichtshof 1988: 1532.

begründung werde kein »Auftrag« verlangt, sondern allein auf den »Konflikt zwischen der Verpflichtung zum Lebensschutz und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts« abgestellt.

Auch wenn die neuere Entscheidung dem Kriterium der Freiverantwortlichkeit größeres Gewicht in der rechtlichen Beurteilung beimisst, so werden doch die grundsätzlichen Probleme, die sich seit dem Wittig-Urteil stellen, damit nicht gelöst. Obwohl im Ergebnis – zumindest in der Rechtswissenschaft – heute weitgehend anerkannt ist, dass sowohl die aktive als auch die passive Unterstützung eines freiverantwortlichen Suizids straflos ist, ist die Begründung dieses Ergebnisses nach wie vor umstritten. Die einzelfallbezogenen Begründungen der Rechtsprechung vermögen die grundsätzliche Rechtsunsicherheit nicht zu beseitigen. Insbesondere kann in der oben angeführten Begründung aus der Entscheidung aus dem Jahr 1987 keine grundsätzliche Abkehr des BGH von seiner Entscheidung im Fall Wittig gesehen werden, sondern eine auf den zugrunde liegenden Einzelfall zugeschnittene Begründung mit beschränkter Aussagekraft für zukünftige Fälle.

2.2.1.3 *Der Abbruch einer technisch unterstützten Heilbehandlung*

Unter dem Abbruch einer technisch unterstützten Heilbehandlung ist die Einstellung der Behandlung eines Patienten mittels eines medizinisch-technischen Geräts, etwa eines Beatmungsgeräts, zu verstehen. Problematisch an dieser in der klinischen Praxis höchst relevanten Fallgruppe ist, dass mit dem Unterlassen der weiteren Behandlung ein aktives Tun, nämlich das Abschalten des Geräts, notwendig verknüpft ist. Wie oben dargestellt ist zwar das Unterlassen einer weiteren Behandlung auf Wunsch des Patienten strafrechtlich nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten,¹⁶⁰ aber die Lebensverkürzung durch aktives Tun unterfällt den Tötungsdelikten und ist, sofern der Patient die Tötung ausdrücklich und ernstlich verlangt, gemäß § 216 StGB als Tötung auf Verlangen zu bestrafen. An der Ambivalenz des technischen Behandlungsabbruchs hat sich eine Diskussion über die Frage entzündet, ob die Unterbrechung einer Behandlung durch das Abschalten eines technischen Geräts strafrechtlich als ein rechtmäßiges und daher strafloses Unterlassen oder als strafbare Tötung auf Verlangen zu bewerten ist.

Bei der Bewertung eines Geschehens als aktives Tun oder als Unterlas-

¹⁶⁰ Jede medizinische Behandlung ohne Legitimation durch den Willen des Patienten stellt einen rechtswidrigen Eingriff in dessen körperliche Integrität dar und ist strafrechtlich als (ggf. gefährliche) Körperverletzung zu werten.

sen werden in der Strafrechtswissenschaft verschiedene Ansätze vertreten, die sich im Wesentlichen in zwei unterschiedliche Lager einteilen lassen: Ein Teil der Ansätze orientiert sich an einer außerrechtlich-natürlichen Betrachtung des Geschehensablaufs, die anderen Konzeptionen nehmen eine Bewertung anhand normativer Maßstäbe vor.

Die neueren Vertreter der ersten Position¹⁶¹ stellen darauf ab, ob das betreffende Verhalten eine naturkausale Bedingung für den rechtlich relevanten Erfolg gesetzt hat und kommen in den Reanimatorfällen wegen des Ausschaltvorgangs zu dem Ergebnis, dass es sich dabei um aktives Tun handelt. Während nur wenige daraus die Konsequenz ziehen, dass der technische Behandlungsabbruch unerlaubte aktive Sterbehilfe sei,¹⁶² kommen die meisten mit jeweils unterschiedlicher Begründung zur Strafflosigkeit des technischen Behandlungsabbruchs.¹⁶³

Die Rechtsprechung und der überwiegende Teil der Rechtswissenschaft¹⁶⁴ sind indes dem Lager der normativen Ansätze zuzuordnen. Die Rechtsprechung wertet ein Verhalten als aktives Tun oder als Unterlassen nach der Maßgabe, ob der Schwerpunkt des strafrechtlich relevanten Verhaltens, »der eigentliche Unwert«, in dem einen oder dem anderen Bereich liegt. Zum Teil wird auch darauf abgestellt, ob der »soziale Sinn des Verhaltens« in einem Unterlassen oder einem Tun zu sehen ist. In den Fällen des Abbruchs einer technisch unterstützten Heilbehandlung kommen die normativen Ansätze einhellig zu dem Ergebnis, dass das Abschalten des Geräts seinem Sinn und Schwerpunkt nach als ein Unterlassen der weiteren Behandlung und mithin als straflose passive Sterbehilfe zu bewerten ist.

In den meisten Fällen erfolgt der Behandlungsabbruch einer technisch unterstützten Heilbehandlung durch den zuständigen Arzt. Nach ganz überwiegender Ansicht handelt es sich dabei, sofern der Abbruch auf Wunsch des Patienten erfolgt, wie dargelegt, um straflose passive Sterbehilfe. Kontrovers diskutiert wurden indes die Fälle, in denen der Behandlungsabbruch nicht vom zuständigen Arzt, sondern von einer Privatperson, etwa einem Angehörigen des Patienten vorgenommen wird.

¹⁶¹ Etwa Stoffers 1992; Baumann / Weber / Mitsch / Mitsch 1995: § 15 Rn. 33.

¹⁶² So aber ausdrücklich Baumann / Weber / Mitsch / Mitsch 1995: § 15 Rn. 33: »Der Arzt, der [...] per Knopfdruck den Reanimator ausschaltet, begeht Totschlag durch aktives Tun, wenn der Patient ohne den Knopfdruck mindestens eine Sekunde länger gelebt hätte.«

¹⁶³ Die einzelnen Begründungen sind im Wesentlichen nur von strafrechtsdogmatischem Interesse und können in diesem Rahmen nicht dargestellt werden.

¹⁶⁴ Statt vieler: Roxin 1969: 380 ff.; Geilen 1968: 145 ff.; Krey 1996: § 1 I Rn. 11; Lackner / Kühl 1995: Vor § 211 Rn. 8.

Teilweise wird von den Vertretern der oben angeführten normativen Ansätze ein strafloses Unterlassen beim technischen Behandlungsabbruch nur dann angenommen, wenn der zuständige Arzt das Gerät abschaltet. Das Gerät fungiere dabei gleichsam als »verlängerter Arm des Arztes«¹⁶⁵ und das Abschalten sei daher sinngleich mit der Beendigung etwa einer manuellen Herzmassage. Da im letzteren Fall unproblematisch ein Unterlassen vorliegt, gelte dies auch für den Fall des technischen Behandlungsabbruchs. Greife indes ein Dritter in den Organisationskreis des Arztes ein und schalte das Gerät eigenmächtig ab, so erschöpfe sich der Sinngehalt dieses Verhaltens in einem aktiven Tun, da für den Dritten das medizinische Gerät nicht zum eigenen Organisationskreis gehöre, kein »verlängerter Arm« sei. Nach dieser Auffassung stellt das Abschalten eines Respirators etwa durch einen Angehörigen aktive Sterbehilfe dar.¹⁶⁶

Die wohl meist zitierte Gerichtsentscheidung in diesem Zusammenhang ist ein Urteil des Landgerichts Ravensburg aus dem Jahr 1987.¹⁶⁷ Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde: Angeklagt wegen Tötung auf Verlangen war der Ehemann einer Patientin, die an ALS (amyotrophe Lateralsklerose), d. h. fortschreitender Lähmung, im Endstadium litt und bereits vor ihrer Einlieferung ins Krankenhaus mehrfach geäußert hatte, nicht künstlich beatmet werden zu wollen. Als sie zunächst gleichwohl künstlich beatmet wurde, verfasste sie mittels einer elektrischen Speziialschreibmaschine, mit der sie sich allein noch verständlich machen konnte, folgende Erklärung: »Ich möchte sterben, weil mein Zustand nicht mehr erträglich ist. Je schneller desto besser. Dies wünsche ich mir von ganzem Herzen.«¹⁶⁸ Der Ehemann, der sich bei seiner Frau im Krankenzimmer aufhielt, schaltete darauf hin das Beatmungsgerät eigenmächtig ab, worauf die Patientin innerhalb einer Stunde verstarb. Das Landgericht Ravensburg sprach den Ehemann vom Vorwurf der Tötung auf Verlangen frei und stellte klar, dass das Selbstbestimmungsrecht dem Patienten die Macht verleiht, zu jedem Zeitpunkt die Einstellung medizinischer Behandlungen zu verlangen. Dabei sei nicht entscheidend, ob den Behandlungsabbruch ein Arzt oder eine andere Person vornimmt. Das Urteil des Landgerichts Ravensburg ist im rechtswissenschaftlichen Schrifttum weitgehend auf Zustimmung gestoßen. Eine höchstrichterliche Entscheidung zu einer solchen Konstellation steht indes noch aus.

¹⁶⁵ Geilen 1968: 126 Fn. 25.

¹⁶⁶ Mit anderer Begründung kommt auch Schneider zu diesem Ergebnis; vgl. Schneider 1997: 193.

¹⁶⁷ Landgericht Ravensburg 1987.

¹⁶⁸ Wolfslast / Conrads 2001: 59.

Einen praktisch höchst bedeutsamen Sonderfall des Abbruchs einer technisch unterstützten Heilbehandlung stellt die Einstellung der künstlichen Ernährung eines Patienten dar. Bei der künstlichen Ernährung werden verschiedene Formen der Nahrungszufuhr unterschieden: Wird die Nahrung über eine Nasensonde¹⁶⁹ oder eine PEG-Sonde¹⁷⁰ in den Magen-Darmtrakt eingespeist, so spricht man von enteraler Ernährung (griech.: enteron, der Darm). Bei der parenteralen Ernährung werden unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts die Nährstoffe in gelöster Form im Wege einer Infusion direkt in die Blutbahn verabreicht. Die Entnahme einer Nasen- oder Magensonde scheint zunächst ähnlich zu bewerten zu sein wie das Abschalten eines Respirators. Indes wird teilweise geltend gemacht, dass bei der Einstellung der künstlichen Ernährung, anders als etwa in den Respirator-Fällen, nicht mehr die im Patienten angelegte Krankheit den Tod bewirkt, sondern dass der Nahrungsentzug eine neue Ursachenkette in Gang setzt, die dann zum Tod durch Verhungern oder Verdursten führt.¹⁷¹ Daher sei das Entfernen einer Nahrungs-sonde nicht als passive, sondern als aktive Sterbehilfe zu werten.¹⁷² Zudem stelle die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit eine elementare unverzichtbare Grundversorgung des Patienten dar.¹⁷³

Die Rechtsprechung¹⁷⁴ und der überwiegende Teil der Literatur¹⁷⁵ behandeln indes die Einstellung der künstlichen Ernährung wie die Respiratorfälle und kommen so zum Ergebnis, dass es sich bei der Entfernung einer Nahrungs-sonde um passive Sterbehilfe handelt und der Patient daher eigenverantwortlich darüber entscheiden kann, ob er weiter ernährt werden will oder nicht. Gegen das Argument, es werde mit dem Nahrungsentzug eine neue Ursache für den Tod gesetzt, die in keinem Zusammenhang mit der Krankheit des Patienten stehe, wird vorgebracht, dass der Patient nur aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr in der Lage sei, sich selbstständig zu ernähren. Daher sei die Nahrungsentziehung nicht anders zu bewerten als die Entziehung von Atemluft in den Respiratorfällen, in denen der Patient aufgrund seiner Krankheit nicht mehr selbstständig atmen kann. Da-

¹⁶⁹ Die Nasensonde führt Nahrung über einen Schlauch durch die Nase, den Rachenraum und die Speiseröhre in den Magen.

¹⁷⁰ Die PEG-Sonde (Perkutane Endoskopische Gastrostomie) verabreicht die Nahrung über einen Schlauch, der durch die Bauchdecke in den Magen eingeführt wird.

¹⁷¹ Merkel 1995: 563; Hiersche 1999: 709 f.

¹⁷² Schmidt / Madea 1998: 408.

¹⁷³ Eibach 2000: 15.

¹⁷⁴ Bundesgerichtshof 1995; Oberlandesgericht Frankfurt a. M. 1998.

¹⁷⁵ Antoine 2005: 45 f. mit weiteren Nachweisen.

rüber hinaus sei nicht plausibel, weshalb die Grundversorgung mit Nahrung dem grundsätzlichen Recht auf Selbstbestimmung des Patienten entzogen sein soll, zumal die Versorgung etwa mit Atemluft ebenso zu der Befriedigung elementarer menschlicher Grundbedürfnisse zähle.

2.2.2 Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen beim aktuell nicht entscheidungsfähigen Patienten

2.2.2.1 *Während des Sterbeprozesses*

Hat der Sterbevorgang des Patienten bereits irreversibel eingesetzt, steht also der Tod nahe bevor, so ist der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, wie etwa künstliche Beatmung, Bluttransfusion oder künstliche Ernährung auf der Grundlage einer antizipierten Willenserklärung des Patienten, etwa in Form einer Patientenverfügung, unproblematisch möglich: »Ist eine derartige Prognose – insbesondere das Merkmal der unmittelbaren Todesnähe – gegeben, so hat der Sterbevorgang bereits eingesetzt. Erst in diesem Stadium ist es [...] gerechtfertigt, von Hilfe für den Sterbenden und Hilfe beim Sterben, kurz: Sterbehilfe, zu sprechen. Sie erlaubt dem Arzt den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen [...].«¹⁷⁶ Mit dem unumkehrbaren Eintritt in die Sterbephase ändert sich dementsprechend das Therapieziel: Medizinisch indiziert sind nicht mehr Behandlungsformen, die auf Heilung des Patienten gerichtet sind, sondern palliative Maßnahmen, die dem Sterbenden den Sterbeprozess erleichtern sollen.

2.2.2.2 *Vor Beginn des Sterbeprozesses*

Eine Behandlungseinstellung vor Beginn des Sterbeprozesses wirft zahlreiche bislang nicht befriedigend gelöste Streitfragen auf, sofern der Patient nicht mehr aktuell entscheidungsfähig ist.

Eine in diesem Zusammenhang grundlegende Gerichtsentscheidung stellt das sogenannte Kempten-Urteil¹⁷⁷ des BGH aus dem Jahr 1994 dar. In dieser Entscheidung betont der 1. Strafsenat die rechtliche Verbindlichkeit auch des nur mutmaßlichen Patientenwillens. Dem Urteil lag folgender Sachverhalt zugrunde: Eine 72-jährige Alzheimer-Patientin hatte während eines Herzstillstands schwerste irreversible Schädigungen des Gehirns erlitten, so dass sie dauerhaft nicht mehr ansprechbar war und auf optische, akustische und Druckreize nur mit Gesichtszuckungen oder Knurren rea-

¹⁷⁶ Bundesgerichtshof 1995: 261 (Fall Kempten); ebenso Bundesgerichtshof 2003: 1590.

¹⁷⁷ Bundesgerichtshof 1995.

gierte. Anzeichen für Schmerzempfinden waren nicht vorhanden. Sie war zudem geh- und stehunfähig und musste künstlich ernährt werden. Nach zweieinhalbjähriger Behandlung, die keine Besserung gebracht hatte, kamen der behandelnde Arzt und der zum Betreuer bestellte Sohn der Patientin überein, die künstliche Ernährung einzustellen, was innerhalb weniger Wochen zum Tod geführt hätte. Das Pflegepersonal weigerte sich indes, der ärztlichen Anweisung Folge zu leisten und rief das Vormundschaftsgericht an, welches die Ernährungseinstellung untersagte. Das Landgericht Kempten verurteilte den Arzt und den Sohn der Patientin wegen versuchten Totschlags zu Geldstrafen. Der BGH hob die Verurteilung wegen unzureichender Feststellungen zum Vorliegen einer mutmaßlichen Einwilligung der Patientin auf und sprach die Angeklagten frei. Die Patientin starb neun Monate später an einem Lungenödem.

Die Kempten-Entscheidung des Bundesgerichtshofs ist in mehrfacher Hinsicht von herausragender Bedeutung für die weitere Entwicklung der Rechtslage auf dem Gebiet der Sterbehilfe in Deutschland: *Erstens* wurde zum ersten Mal in einer Urteilsbegründung auf die rechtliche Verbindlichkeit nicht nur des aktuell ausdrücklich erklärten Willens, sondern des mutmaßlichen Patientenwillens hingewiesen,¹⁷⁸ *zweitens* wurde die Einstellung der künstlichen Ernährung explizit mit dem Abbruch sonstiger lebenserhaltender Behandlungen gleich gestellt,¹⁷⁹ *drittens* wurde klargestellt, dass auch bei irreversiblen Bewusstseinsverlust die medizinische Behandlung des Patienten nicht eingestellt werden darf, ohne sorgfältig den mutmaßlichen Willen zu erforschen,¹⁸⁰ *viertens* wurde durch diese Entscheidung die rechtspolitische Sterbehilfe-Debatte um die Dimension des Zivilrechts erweitert, indem die letztverbindliche Entscheidung über den Behandlungsabbruch den Ärzten und Angehörigen abgenommen und auf das Vormundschaftsgericht delegiert wurde. Darüber hinaus ist in der Folge der Kempten-Entscheidung den schriftlich fixierten Patientenverfügungen eine immer größere Bedeutung als maßgebliche Indikatoren für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens zugewachsen.

¹⁷⁸ Nur in einem *obiter dictum*, d. h. nebenbei, ohne das Urteil damit zu stützen, hat der 3. Strafsenat des BGH bereits in Bundesgerichtshof 1992: 378 die Verbindlichkeit des mutmaßlichen Patientenwillens unter Hinweis auf den Grundsatz aus der Wittig-Entscheidung (Bundesgerichtshof 1984b) dass »es keine Rechtspflicht zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis g[ebe]«, erwähnt.

¹⁷⁹ Siehe dazu unten Abschnitt 2.2.1.3 des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁸⁰ Im AE-Sterbehilfe 1986 heißt es dagegen noch in § 214 I Nr. 2: »Wer lebenserhaltende Maßnahmen abbricht oder unterlässt, handelt nicht rechtswidrig, wenn der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewusstsein unwiederbringlich verloren hat«, da dies dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspreche.

Zu den Anforderungen, die an den mutmaßlichen Willen des entscheidungsunfähigen Patienten zu stellen sind, führt der BGH in den Urteilsgründen folgendes aus: »Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Patienten im Tatzeitpunkt, wie er sich nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände darstellt. Hierbei sind frühere mündliche und schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen [...]«. ¹⁸¹ Allgemeine und objektive Gesichtspunkte sollen dagegen keine eigenständige Bedeutung erlangen: »Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als gemeinhin »vernünftig« oder »normal« sowie den Interessen eines verständigen Patienten üblicherweise entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung; sie können lediglich Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens sein.« ¹⁸² Ergeben sich indes aus der sorgfältigen Untersuchung der Umstände für die Feststellung des hypothetischen Willens keine hinreichenden Anhaltspunkte, so halten die Richter einen Rückgriff auf »allgemeine Wertvorstellungen« unter strenger Zurückhaltung für zulässig. Im Zweifel habe »der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, des Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person,« ¹⁸³ wenngleich unvermeidlich die ärztliche Prognose und der Umstand, wie nahe der Patient dem Tode ist, eine entscheidende Rolle spielen: »Je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, um so eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen.« ¹⁸⁴ Der BGH geht somit bei der Ermittlung des Patientenwillens von einem dreistufigen Prüfungsschema aus, wonach auf der ersten Stufe zunächst zu prüfen ist, ob ein ausdrücklicher Wille des Patienten vorliegt. Ist der Patient entscheidungsfähig, so ist der aktuell geäußerte Wille bindend. Ist der Patient indes entscheidungsunfähig, so ist auf der zweiten Stufe der mutmaßliche Wille des Patienten auf der Grundlage früherer mündlicher und schriftlicher Äußerungen, religiöser Überzeugungen und sonstiger Wertvorstellungen zu ermitteln. Allein wenn diese Prüfung zu keinem Ergebnis führt, darf auf der dritten Stufe auf allgemeine überindividuelle Wertvorstellungen zurückgegriffen werden.

¹⁸¹ Bundesgerichtshof 1995: 261.

¹⁸² Bundesgerichtshof 1995: 261.

¹⁸³ Bundesgerichtshof 1995: 261.

¹⁸⁴ Bundesgerichtshof 1995: 261.

Obgleich die Anerkennung des mutmaßlichen Patientenwillens im Ergebnis in der Rechtswissenschaft weitgehend auf Zustimmung stieß, wurden gegen die Urteilsbegründung zahlreiche Einwände vorgebracht. Teilweise wurde kritisiert, dass der BGH durch die Einbeziehung objektiver Kriterien in die Ermittlung des mutmaßlichen Willens, namentlich die »altersbedingte Lebenserwartung« und das »Erleiden von Schmerzen«, seine eigene dreistufige Konzeption, wonach es auf überindividuell allgemeine Gesichtspunkte erst ankommen darf, wenn die Ermittlung des mutmaßlichen Willens aus den individuell-persönlichen Umständen des Patienten unergiebig war, verwässert habe.¹⁸⁵ Insbesondere aber standen die Ausführungen der Richter zur dritten Prüfungsstufe, der Heranziehung allgemeiner Wertvorstellungen im Fall eines nicht ermittelbaren mutmaßlichen Willens, im Mittelpunkt der Kritik. Auf der einen Seite wurde darin das Einfallstor für eine gefährliche Relativierung des Wertes menschlichen Lebens gesehen, auf der anderen Seite wurde das Kriterium der »allgemeinen Wertvorstellungen« als notwendiges Instrument gewertet, um Patienten, die sich etwa in einem Zustand irreversiblen vollständigen Bewusstseinsverlusts befinden, aus ihrer hoffnungslosen Lage zu erlösen. Ausgehend von dem spannungsvollen Nebeneinander unvereinbarer Wertungsvorgaben in der Urteilsbegründung wurde die Entscheidung sehr unterschiedlich interpretiert: Die Aussage, dass bei der Heranziehung allgemeiner Wertvorstellungen grundsätzlich Zurückhaltung geboten und dass im Zweifel dem Lebensschutz der Vorrang zu geben sei, spricht eher dafür, dass im Fall der Nichtermittelbarkeit des mutmaßlichen Willens weiterbehandelt werden muss. Dagegen lässt der Grundsatz, dass die Einstellung einer medizinischen Behandlung umso eher vertretbar ist, »je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht«, eher eine therapieabbruchsfreundliche Haltung des Gerichts vermuten.

Vereinzelte wurde gefordert, dass insbesondere bei Apallikern¹⁸⁶ die Be-

¹⁸⁵ So etwa Verrel 2006.

¹⁸⁶ Das apallische Syndrom (sogenanntes Wachkoma; eng. persistent/permanent vegetative state (PVS)) ist ein Zustand, bei dem es aufgrund von Hirnverletzungen, Sauerstoffmangel, degenerativen Erkrankungen, Stoffwechselstörungen oder Fehlbildungen zu einem vollständigen Ausfall der Funktionen der Großhirnrinde gekommen ist, während der Hirnstamm noch in der Lage ist, die vegetativen Körperfunktionen, wie Atmung, Herzschlag und Verdauung, aufrecht zu erhalten. Dem Patienten fehlt damit die Fähigkeit der bewussten Selbst- und Umweltwahrnehmung. Die Diagnose der Irreversibilität kann bei verletzungsbedingtem oder durch Sauerstoffmangel verursachtem apallischem Syndrom nach ca. 12 Monaten mit großer Sicherheit gestellt werden, in den anderen Fällen ist eine Besserung meist ausgeschlossen; vgl. Bockenheimer-Lucius 2005.

handlung auch dann abgebrochen werden dürfe, wenn es keine Anhaltspunkte für einen mutmaßlichen Willen gebe. Es spreche zum einen eine starke Vermutung dafür, dass der Patient im Fall seiner Entscheidungsfähigkeit in einer solchen Lage mit dem Behandlungsabbruch einverstanden wäre, zum anderen lege es unser Menschenbild nahe, »nicht eine rein biologistische Auffassung vom Lebensschutz durchzusetzen und die Erhaltung eines vollständig und irreversibel empfindungslosen Körpers, dessen früheres personales Subjekt nicht mehr existiert, mit dem Totschlagsparagrafen zu erzwingen.«¹⁸⁷ Zum Teil wird darauf abgestellt, dass nicht der Behandlungsabbruch einer mutmaßlichen Einwilligung bedürfe, sondern die Weiterbehandlung irreversibel entscheidungsunfähiger Patienten. Könne ein solcher mutmaßlicher Wille zur Fortführung der Therapie nicht ermittelt werden, so sei im Zweifel davon auszugehen, dass der Patient nicht weiter behandelt werden wollen würde.

2.3 *Terminale oder palliative Sedierung*

Terminale Sedierung bedeutet, »einen Patienten im Endstadium einer Erkrankung mit irreversibel tödlichem Verlauf gezielt medikamentös in den Zustand der Bewusstlosigkeit zu versetzen, um ihn vor anders nicht kontrollierbaren starken Schmerzen, Unruhezuständen und schwerem Leid zu bewahren.«¹⁸⁸ Praktische Anwendung findet diese Form der Sterbehilfe insbesondere bei Tumorpatienten, deren Schmerzen auf anderem Wege nicht auf ein erträgliches Maß reduziert werden können und in Fällen schwerer Atemnot mit Erstickungsängsten. Der Begriffszusatz »terminal« legt eine lebensverkürzende Wirkung nahe, ist aber nur ein Hinweis darauf, dass die Sedierung darauf angelegt ist, zeitlich bis zum Todeseintritt fortzuwirken. Trotz der prägnanten Bezeichnung verbirgt sich hinter dem Begriff »terminale Sedierung« keine in sich geschlossene Fallgruppe, die einer rechtlichen Sonderbehandlung bedürfe. Vielmehr lassen sich die einzelnen Formen der terminalen Sedierung jeweils der aktiven, indirekten oder passiven Sterbehilfe zuordnen: Wirkt die Sedierung nicht lebensverkürzend, ist sie im Fall (mutmaßlicher) Einwilligung seitens des Patienten rechtlich unbedenklich. Ist mit der Verabreichung der sedierenden Medikamente eine unbeabsichtigte Lebensverkürzung möglicherweise oder sicher verbunden, so handelt es sich um einen Fall erlaubter indirekter Sterbehilfe.

¹⁸⁷ Merkel 1995: 573.

¹⁸⁸ Rothärmel 2004: 349.

Die Kombination der terminalen Sedierung mit dem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen wird rechtlich unterschiedlich beurteilt. Insofern die Sedierung zur Betäubung bestehender Schmerzen eingesetzt wird, wird die simultane Einstellungen lebenserhaltender Behandlungen teilweise für rechtmäßig, teilweise für rechtswidrig gehalten.¹⁸⁹

Unstrittig nicht erlaubt ist indes die Einleitung einer tiefen Sedierung, die nicht dem Zweck dient, bereits bestehende Schmerzen zu betäuben, sondern die bei einem sterben wollenden Patienten die schmerzfreie Entziehung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ermöglichen soll. »Denn bei dieser Konstellation wird der Patient erst durch die Sedierung in einen Zustand versetzt, in dem er von der dann unterlassenen Grundversorgung durch den Arzt abhängig wird.«¹⁹⁰ In diesem Fall wird durch die Einleitung der Sedierung eine von der Grunderkrankung unabhängige Ursachenkette in Gang gesetzt, die zum Tod des Patienten führt. Dabei handelt es sich um strafbare Tötung auf Verlangen gemäß § 216.

3. — Zivilrechtliche Aspekte der Sterbehilfe

Bis zur Entscheidung des Bundesgerichtshofs im Fall Kempten¹⁹¹ im Jahr 1994 wurde das Thema Sterbehilfe fast ausschließlich als Gegenstand des Strafrechts wahrgenommen. Erst in der Folge der Anerkennung des mutmaßlichen Willens als rechtlich verbindlicher Ausdruck der Patientenautonomie drängten sich die folgenden Fragen auf: (1) Wer ist für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens aus den individuell-persönlichen Umständen des Patienten zuständig, (2) auf welche Weise kann der mutmaßliche Wille rechtlich durchgesetzt werden und (3) wie kann die nötige Objektivität und Sorgfalt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens garantiert werden? Die gesellschaftspolitische Sterbehilfe-Debatte konzentriert sich seit der genannten Entscheidung mit nicht nachlassender Intensität auf die Frage, unter welchen Voraussetzungen jede Person bereits im Voraus Regelungen für den Fall einer späteren Entscheidungsunfähigkeit treffen kann. Insbesondere über die Instrumente der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht soll sichergestellt werden, dass der Patient auch in einem späteren Zustand der Entscheidungsunfähigkeit selbstbestimmt seinen (antizipierten) Willen durchsetzen kann. Zumeist zielen Patienten-

¹⁸⁹ Verrel 2006: 105f.

¹⁹⁰ Verrel 2006: 106.

¹⁹¹ Bundesgerichtshof 1995.

verfügungen und Vorsorgevollmachten auf eine Begrenzung der medizinischen Behandlung, um eine intensivmedizinische Verlängerung des Lebens bzw. des Sterbeprozesses bei fehlender Aussicht auf Besserung zu verhindern.

Die zivilrechtliche Akzentuierung der Diskussion über Sterbehilfe findet ihren Ausdruck in drei äußerst kontrovers diskutierten Fällen, in denen die Richter versucht haben, die Grenzen des Selbstbestimmungsrechts von Patienten abzustecken. Die zentrale Frage in diesen Urteilen ist gewesen, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen ein Vertreter des entscheidungsunfähigen Patienten die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen durchsetzen kann.

3.1 *Bluttransfusionsfall (Zeugen Jehovas)*

Diesem Fall aus dem Jahr 1992, der Gegenstand zweier Gerichtsentscheidungen war, lag folgender Sachverhalt zugrunde: Eine Zeugin Jehovas hatte aus Gründen ihres religiösen Bekenntnisses vor einem operativen Eingriff sowohl in einer schriftlichen Patientenverfügung als auch ausdrücklich unmittelbar vor der Operation erklärt, sie wolle auf keinen Fall eine Bluttransfusion erhalten. Einen Glaubensbruder hatte sie zu ihrem Bevollmächtigten bestimmt, um ihren Willen im Zweifelsfall durchzusetzen. Als aufgrund einer Komplikation überraschend eine Bluttransfusion lebensnotwendig wurde, bestellte das vom behandelnden Arzt angerufene Vormundschaftsgericht den Ehegatten der nun entscheidungsunfähigen Patientin zu ihrem vorläufigen Betreuer. Dieser war selbst nicht Zeuge Jehovas und willigte, auch in Sorge um das Wohl des gemeinsamen zwölfjährigen Sohnes, in die Vornahme der lebensrettenden Bluttransfusion ein; die Patientin überlebte.

Wegen der ihrer Ansicht nach rechtswidrigen Betreuerbestellung legte die Patientin schließlich Verfassungsbeschwerde¹⁹² ein, welche indes vom Bundesverfassungsgericht nicht zur Entscheidung angenommen wurde, weil die Richter im Handeln des Vormundschaftsgerichts keinen Verstoß gegen die Grundrechte der Religionsfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG) und Freiheit der Religionsausübung (Art. 4 Abs. 2 GG) sahen. Vielmehr sei eine Begrenzung dieser Grundrechte in Anbetracht der lebensbedrohlichen Situation der Patientin und der Sorge um das Wohl ihres Kindes angemessen gewesen. Auch ein (mittelbarer) Verstoß gegen das Recht auf körperliche

¹⁹² Bundesverfassungsgericht 2002: 206.

Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Alt. 2 GG) durch die Ermöglichung der Zuführung von Fremdblut infolge der vormundschaftsrichterlichen Entscheidung liege nicht vor, da es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sei, »dass das Gericht [...] in einer solchen Situation Zweifel gehegt hat, ob [die Patientin] auch in Kenntnis der bei ihr inzwischen eingetretenen Lebensgefahr weiterhin ihre Ablehnung zu derartigen lebenserhaltenden Maßnahmen aufrecht erhält«¹⁹³ zumal in die Abwägung auch das Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Alt. 1 GG) der Patientin mit einzubeziehen gewesen sei.

Die zweite Gerichtsentscheidung zu diesem Fall erging vor dem Oberlandesgericht München.¹⁹⁴ Die gegen die Klinik und die behandelnden Ärzte gerichtete zivilrechtliche Klage auf Zahlung von Schmerzensgeld wegen der Zuführung von Fremdblut gegen den Willen der Patientin wurde abgewiesen. Die Richter betonten in der Urteilsbegründung zunächst, dass grundsätzlich im Rahmen des Rechts auf Selbstbestimmung auch eine »metaphysisch und durch irrationale Komponenten gestützte Entscheidung« getroffen werden könne, die zu beachten sei. Dies bedeute, dass »wenn der Zeuge Jehovas wirksam seine Einwilligung in eine Bluttransfusion verweigert, der Arzt sich grundsätzlich daran zu halten hat. Dies gilt auch dann, wenn die Verweigerung der Bluttransfusion medizinisch völlig unvernünftig ist und der Patient [...] sich damit in Lebensgefahr oder die Gefahr des sicheren Todes begibt.«¹⁹⁵ Sodann formuliert das Gericht jedoch eine massive Einschränkung der Patientenautonomie dahin gehend, dass der Arzt, der die Behandlung eines Menschen in Kenntnis einer Patientenverfügung übernimmt, »damit noch nicht zu einem willenslosen Spielball dieser Verfügung, bar jeden ärztlichen Gewissens [werde]. Mut[e] ein Zeuge Jehovas einem nicht dieser Glaubensrichtung angehörenden Arzt zu, gegebenenfalls seine Behandlung zu übernehmen, und konfrontier[e] er ihn hierbei mit seiner eine Bluttransfusion verweigernden Patientenverfügung, [könne] er nicht davon ausgehen, auch wenn seine Erklärung eindeutig sein sollte, dass der Arzt sich in jedem denkbaren Fall unter Ausschaltung seines ärztlichen Gewissens gleichsam maschinenhaft daran halten und ihn im Falle des Falles auch sterben lassen würde.«¹⁹⁶

Diese Relativierung der rechtlichen Verbindlichkeit einer idealtypisch konkreten und zeitnahen Willensäußerung im Vorfeld eines medizi-

¹⁹³ Bundesverfassungsgericht 2002: 207.

¹⁹⁴ Oberlandesgericht München 2002.

¹⁹⁵ Oberlandesgericht München 2002: 811.

¹⁹⁶ Oberlandesgericht München 2002: 812.

nischen Eingriffs wurde in weiten Teilen der Rechtswissenschaft heftig kritisiert. Durch die Entscheidungen im Bluttransfusionsfall war hinreichend deutlich geworden, dass auch inhaltlich genau bestimmte und regelmäßig aktualisierte Patientenverfügungen keine sichere Gewähr für die Umsetzung des verfügbaren Willens bieten können. Vielmehr wurde gegenüber dem Recht des Patienten auf Selbstbestimmung ein Recht des Arztes auf eine Entscheidung nach seinem ärztlichen Gewissen etabliert, das bei aller prima-facie-Plausibilität angesichts der konkreten Umstände des zugrunde liegenden Falls gravierende Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Reichweite und Verbindlichkeit antizipierter Willensäußerungen geschaffen hat. Die durch die Kempten-Entscheidung zunächst gestärkte Patientenautonomie wurde durch die beiden Urteile im Bluttransfusionsfall deutlich zurückgedrängt.

3.2 *Fall Traunstein*

Eine weitere Einschränkung des Rechts auf (antizipierte) Selbstbestimmung erfolgte im Jahr 2003 in der sogenannten Traunstein-Entscheidung des 3. Zivilsenats des OLG München.¹⁹⁷ Das Gericht hatte über die Klage auf Einstellung der künstlichen Ernährung eines seit drei Jahren im Wachkoma befindlichen Patienten zu entscheiden. Nach einem Suizidversuch durch Erhängen war dieser aufgrund einer massiven Schädigung des Gehirns infolge Sauerstoffmangels in ein irreversibles Wachkoma gefallen und wurde fortan in einem Pflegeheim betreut. Der zum Betreuer bestellte Vater des Patienten veranlasste den behandelnden Arzt die Reduktion der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über die PEG-Sonde anzuordnen, so dass der Patient innerhalb von acht bis zehn Tagen sterben würde. Dies entsprach unstreitig einem früher geäußerten Sterbewunsch des Patienten. Das Pflegepersonal weigerte sich indes, der ärztlichen Anordnung Folge zu leisten. Die darauf hin vom Vater des Patienten erhobene Klage auf Unterlassung der künstlichen Ernährung bzw. auf Durchführung der ärztlichen Anordnung wurde letztlich durch das OLG München mit der Begründung abgewiesen, der zwischen dem Vater und dem Pflegeheim abgeschlossenen Heimvertrag zugunsten des Sohnes sei »auf die Bewahrung von Leben ausgerichtet.«¹⁹⁸ Ihm lasse sich weder ausdrücklich noch im Wege der Auslegung des Vertragsinhalts »die Übernahme einer Verpflichtung [des Pfl-

¹⁹⁷ Oberlandesgericht München 2003.

¹⁹⁸ Oberlandesgericht München 2003: 1744.

geheims] zur Mitwirkung an [den genannten] Maßnahmen [...] entnehmen.«¹⁹⁹ Obgleich als Zielsetzung des Heimvertrags »die Wahrung der Menschenwürde und die Sicherheit der Selbstbestimmung ausdrücklich aufgeführt werden«, lasse dies jedoch »nicht die Schlussfolgerung zu, dass [...] einer Selbstbestimmung der Heimbewohner unter Hintanstellung des gebotenen Lebensschutzes in der Weise Rechnung getragen wird, dass einem Sterbewunsch eines Heimbewohners entsprochen wird.«²⁰⁰ Das grundsätzliche Recht auf Selbstbestimmung sei durch den Heimvertrag eingeschränkt. Darüber hinaus stehe dem Pflegepersonal gegenüber dem Verlangen, an der Einstellung der künstlichen Ernährung des Patienten mitzuwirken, ein durch die Grundrechte in Art. 1 in Verbindung mit Art. 2 GG (allgemeines Persönlichkeitsrecht) und Art. 4 GG (Religions- und Weltanschauungsfreiheit sowie Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses) flankiertes Verweigerungsrecht aus Gewissensgründen zu.²⁰¹

Gegen diese Argumentation des OLG München wurde von Seiten der Rechtswissenschaft einhellig eingewendet, »das Recht, über ärztliche und pflegerische Körpereingriffe zu entscheiden, steh[e] nur dem Betroffenen und gerade nicht denjenigen zu, die diese Eingriffe vornehmen bzw. aufrechterhalten.«²⁰² Auf der Grundlage dieser Rechtsprechung habe »der Patient bzw. sein Betreuer oder Bevollmächtigter keine Handhabe, eine einmal eingeleitete künstliche Ernährung gegen den Willen der Heimleitung zu beenden. Sie werden stattdessen darauf verwiesen, um eine Aufhebung des Heimvertrags zu bitten und eine Einrichtung zu suchen, die sich zur Umsetzung des Sterbewunsches bereit erklärt.«²⁰³ Das fundamentale Selbstbestimmungsrecht könne damit »zum Gegenstand vertraglicher Beschränkungen nach Maßgabe der Einstellungen von Heimbetreibern, einschließlich deren ökonomischer Interessen gemacht werden.«²⁰⁴

In letzter Instanz hat der BGH im Fall Traunstein²⁰⁵ allerdings dem Konzept der vertraglichen Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts eine ausdrückliche Absage erteilt: »Das Recht des Patienten zur Bestimmung über seinen Körper macht Zwangsbehandlungen, auch wenn sie le-

¹⁹⁹ Oberlandesgericht München 2003: 1744.

²⁰⁰ Oberlandesgericht München 2003: 1744.

²⁰¹ Oberlandesgericht München 2003.

²⁰² Verrel 2006: 42.

²⁰³ Verrel 2006: 43.

²⁰⁴ Verrel 2006: 43.

²⁰⁵ Bundesgerichtshof 2005: 2385.

benserhaltend wirken, unzulässig.«²⁰⁶ Insbesondere berechtigte der mit dem Betreuer geschlossene Heimvertrag das Pflegepersonal nicht, die künstliche Ernährung gegen den (vom Betreuer geltend gemachten) Willen des Patienten fortzusetzen, denn eine Einschränkung der Patientenautonomie durch den Heimvertrag sei nicht rechtswirksam. Darüber hinaus stehe entgegen der Auffassung des OLG München dem Pflegepersonal auch kein Verweigerungsrecht gegen die Einstellung der künstlichen Ernährung unter Berufung auf den Grundrechtsschutz der Art. 1, 2, 4 GG zu, da durch das verlangte Unterlassen der weiteren Ernährung weder in den Schutzbereich der Menschenwürde, noch in das Recht auf Selbstbestimmung der Pflegekräfte eingegriffen worden sei. Denn das Selbstbestimmungsrecht des Pflegepersonals finde seine Grenze »am entgegenstehenden Willen [des Patienten] bzw. des für ihn handelnden Betreuers.²⁰⁷ Die durch Art. 4 GG garantierte religiöse oder weltanschauliche Gewissensfreiheit verleihe den Pflegern nicht das Recht, »sich [...] über das Selbstbestimmungsrecht des [Patienten] hinwegzusetzen und [ihrer]seits in dessen Recht auf körperliche Unversehrtheit einzugreifen.²⁰⁸

3.3 *Beschluss des 12. Zivilsenats des BGH vom 17. März 2003*

Ähnlich wie in der Traunstein-Entscheidung hatte das Gericht in diesem Fall²⁰⁹ über die Einstellung der künstlichen Ernährung bei einem Patienten mit apallischem Syndrom zu entscheiden. Dieses war hier durch die Sauerstoffunterversorgung des Gehirns infolge eines Herzinfarktes verursacht worden. Der Sohn des Patienten, der zum Betreuer bestellt worden war, beantragte nach ca. eineinhalb Jahren, in denen sein Vater über eine PEG-Sonde ernährt werden musste und eine Kontaktaufnahme nicht möglich war, die Einstellung der künstlichen Ernährung, da eine Besserung des Zustands nicht zu erwarten war und dies dem früher geäußerten Wunsch des Vaters entsprochen hätte. Der Sohn verwies auf eine maschinenschriftliche und von seinem Vater handschriftlich unter Angabe von Ort und Datum unterzeichnete Verfügung, in der der Vater bestimmt hatte, dass er »im Fall [...] irreversible[r] Bewusstlosigkeit, schwerster Dauerschäden [des] Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen

²⁰⁶ Bundesgerichtshof 2005: 2385.

²⁰⁷ Bundesgerichtshof 2005: 2386.

²⁰⁸ Bundesgerichtshof 2005: 2386.

²⁰⁹ Bundesgerichtshof 2003.

[des] Körpers oder im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit, wenn die Behandlung nur noch dazu führen würde, den Vorgang des Sterbens zu verlängern«, u. a. die Einstellung der Ernährung wolle.

Nachdem der Antrag des Sohnes auf Abbruch der künstlichen Ernährung zunächst vom Amtsgericht und im Beschwerdeverfahren vom Landgericht abgelehnt worden war, legte das dann angerufene Oberlandesgericht, das sich derselben Ansicht anschließen wollte, den Fall dem BGH zur Entscheidung vor, weil abweichende Entscheidungen anderer Oberlandesgerichte in vergleichbaren Konstellationen gegeben waren.

Hinsichtlich des Umfangs und der Verbindlichkeit des Rechts auf Selbstbestimmung hebt der 12. Zivilsenat des BGH hervor, dass im Falle der Einwilligungsunfähigkeit »lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben [müssen], wenn dies [...] dem zuvor – etwa in Form einer sogenannten Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht.«²¹⁰ Dies folge aus der Würde des Menschen, die es gebiete, »sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist.«²¹¹ Diese Aufwertung der Patientenverfügung vom zwar starken, aber widerleglichen Indiz für den mutmaßlichen Willen des Patienten zu einer vollgültigen (antizipierten) Willensäußerung, ging deutlich über die Ansätze des Kempten-Urteils hinaus und wurde nach der Relativierung der Patientenautonomie in den oben angeführten Entscheidungen als eine Trendwende in der höchstrichterlichen Rechtsprechung verstanden.

Allerdings schränkt der BGH das Recht auf Selbstbestimmung wiederum dahin gehend ein, dass »für das Verlangen des Betreuers, eine medizinische Behandlung einzustellen, kein Raum ist, wenn das Grundleiden des Betroffenen noch keinen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat.«²¹² Dasselbe gelte auch für die Wirksamkeit der Patientenverfügung. Nur im Fall der unmittelbaren Todesnähe kann demnach der Behandlungsabbruch wirksam verfügt werden.

An die Diagnose des irreversibel tödlichen Verlaufs sollen hohe Anforderungen zu stellen sein: Nur wenn »eine letzte Sicherheit, dass die Krankheit des Betroffenen einen irreversiblen und tödlichen Verlauf angenommen ha[t], [zu gewinnen ist]«²¹³, sei der rechtliche Rahmen für einen Behandlungsabbruch auf Verlangen des Betreuers oder über eine Patien-

²¹⁰ Bundesgerichtshof 2003: 1588 (1. Leitsatz).

²¹¹ Bundesgerichtshof 2003: 1588 (1. Leitsatz).

²¹² Bundesgerichtshof 2003: 1590.

²¹³ Bundesgerichtshof 2003: 1590.

tenverfügung gegeben. Der 12. Zivilsenat greift mit dem Kriterium des »irreversibel tödlichen Verlaufs des Grundleidens« eine Formulierung aus der Kempten-Entscheidung²¹⁴ aus dem Jahr 1994 auf. Dort hatte der 1. Strafsenat des BGH in Anlehnung an die »Richtlinien für Sterbehilfe« der Bundesärztekammer in der Fassung von 1993 die umstrittene Unterscheidung zwischen der »Hilfe *beim* oder *im* Sterben« und der »Hilfe *zum* Sterben« getroffen. Erstere setze als Sterbehilfe im engeren Sinn voraus, dass »das Grundleiden eines Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar [...] ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod *in kurzer Zeit* eintreten wird«. Bei der »Hilfe zum Sterben« habe indes der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt.

Die Beschränkung der Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs durch antizipierte Verfügungen des Patienten selbst oder durch den Betreuer auf die Fälle, in denen bereits der Sterbeprozess unumkehrbar eingesetzt hat, ist auf kontroverse Resonanz gestoßen. Teilweise²¹⁵ wird die Konzeption des 12. Zivilsenats für eine krude Fehlinterpretation der entsprechenden Passagen in der Begründung der Kempten-Entscheidung und für inhaltlich verfehlt gehalten, zum Teil²¹⁶ wird im Rahmen rechtspolitischer Vorschläge zu einer Reform des Rechts der Patientenautonomie am restriktiven Verständnis der Divergenzentscheidung festgehalten.

3.4 *Betreuungsrechtliche Aspekte und Patientenverfügungen*

Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die Zulässigkeit passiver Sterbehilfe in den Fällen entscheidungsunfähiger Patienten an die Voraussetzungen geknüpft, dass (1) der mutmaßliche Wille des Patienten durch einen gegebenenfalls zu bestellenden Betreuer zu ermitteln ist. Kommt dieser (2) nach sorgfältiger Prüfung aller individuell-persönlicher Umstände zu dem Ergebnis, dass der Patient eine weitere medizinische Behandlung unter den gegebenen Bedingungen ablehnen würde, so ist die Einwilligung des Betreuers in den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen nur wirksam, wenn (3) das Vormundschaftsgericht dieser Entscheidung zustimmt.²¹⁷ Die Erforderlichkeit der Zustimmung des Gerichts wird aus der Vorschrift

²¹⁴ Bundesgerichtshof 1995.

²¹⁵ So etwa Verrel 2006: 45; Lipp 2005: 15.

²¹⁶ So etwa die Enquete-Kommission 2004.

²¹⁷ Bundesgerichtshof 1995; Oberlandesgericht Frankfurt a.M. 1998.

des § 1904 analog BGB hergeleitet.²¹⁸ Durch die Beteiligung des Vormundschaftsgerichts, das gemäß § 69 d Abs. 2 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) einen weiteren Sachverständigen hinzuzieht und gemäß § 68 a Satz 3 FGG den Angehörigen des Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme gibt, wird sichergestellt, dass zum einen der Betreuer seine Entscheidung für einen Behandlungsabbruch vor einer externen Stelle rechtfertigen muss und zum anderen die Situationseinschätzung des behandelnden Arztes einer weiteren Überprüfung unterzogen wird. Das Gericht hat allerdings selbst keine Entscheidungskompetenz hinsichtlich des Behandlungsabbruchs, sondern kontrolliert nur die Rechtmäßigkeit der Entscheidung des Betreuers. In Eilfällen ist indes einerseits nach § 69 f. Abs. 1 Satz 1 FGG eine vorläufige Betreuerbestellung, andererseits eine eigene Entscheidung durch das Gericht möglich (§§ 1908 Abs. 1, 1837 Abs. 2 Satz 2 BGB).

Fehlt die vormundschaftgerichtliche Einwilligung, so bildet die Entscheidung des Betreuers allein keine tragfähige Legitimationsgrundlage für einen Behandlungsabbruch. Allerdings kommt in solchen Fällen einer vorsätzlichen oder fahrlässigen Umgehung der formalen Anforderungen des Betreuungsrechts eine nachträgliche Legitimierung der Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen in Betracht, sofern ein entsprechender mutmaßlicher Wille des Patienten vorlag.²¹⁹

Für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines entscheidungsunfähigen Patienten sind Patiententestamente und -verfügungen von größter Bedeutung.

Patiententestamente oder Patientenverfügungen sind für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Patienten »vorweg erteilte schriftliche Anweisungen an den Arzt, in näher beschriebenen Situationen von der Vornahme oder Fortführung bestimmter lebensverlängernder Maßnahmen abzusehen.«²²⁰ Der Inhalt einer solchen Verfügung kann etwa auf die Nichtvornahme oder Beendigung einer intensivmedizinischen Therapie

²¹⁸ § 1904 BGB: »(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist. (2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.«

²¹⁹ Bundesgerichtshof 1995: 262.

²²⁰ Joecks / Miebach / Schneider 2003: Vor § 211 Rn. 123.

oder auf die Einstellung der künstlichen Ernährung gerichtet sein. Es können in einer Patientenverfügung aber auch Anweisungen zum Einsatz bestimmter Behandlungsformen, etwa zur Gabe schmerzlindernder Medikamente erteilt werden. Die inhaltliche Reichweite und der Grad der rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen sind aufgrund uneinheitlicher Rechtsprechung und bislang fehlender gesetzlicher Regelungen gegenwärtig umstritten. Gegen die Gleichstellung der Vorausverfügungen mit aktuellen Willensäußerungen hinsichtlich der rechtlichen Verbindlichkeit wird grundsätzlich vorgebracht, dass die gedankliche Antizipation einer existentiellen Grenzsituation nicht vergleichbar sei mit dem unmittelbaren Erleben einer solchen Situation. Deshalb könne auf dieser Basis auch keine Prognose über die tatsächlichen Präferenzen im Fall einer Ausnahmelage abgegeben werden.²²¹ Zudem fehle es oft an dem für eine rechtswirksame Einwilligung erforderlichen Informationsstand hinsichtlich der relevanten medizinischen Sachverhalte.²²² Ferner wird angeführt, dass Patientenverfügungen inhaltlich oft unpräzise abgefasst seien und sich daher einer eindeutigen Auslegung entzögen.²²³

Doch auch wenn die rechtliche Verbindlichkeit von Vorausverfügungen grundsätzlich anerkannt wird, wird der Grad dieser Verbindlichkeit unterschiedlich beurteilt: Während eine Minderheit in der Rechtswissenschaft Patientenverfügungen als bindend ansieht, so dass der Arzt als Adressat einer solchen Anweisung unbedingt Folge leisten müsse, misst die überwiegende Mehrheit solchen Verfügungen nur mehr oder weniger starke indizielle Bedeutung für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens bei.

Im Bundestag wird das Thema Patientenverfügung seit mehr als fünf Jahren diskutiert. Es wurden drei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe zu einer Regelung des Rechts der Patientenverfügung in den Bundestag eingebracht: Dabei sind insbesondere der Grad der Verbindlichkeit und die Reichweite von Patientenverfügungen umstritten. Der Entwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch et al.²²⁴ hebt das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende hervor, während der Entwurf der Abgeordneten Bosbach, Röspehl et al.²²⁵ je nach Krankheit und Krankheitsphase eine abgestufte Verbindlichkeit der Dokumente vorsieht und einen Schwerpunkt auf ärzt-

²²¹ So etwa Dellinghausen 1981: 371.

²²² Dellinghausen 1981: 370.

²²³ Eser 1982.

²²⁴ Deutscher Bundestag 2008a.

²²⁵ Deutscher Bundestag 2008c.

liche und rechtliche Beratung legt. Der Entwurf von Zöller, Faust et al.²²⁶ betont, dass Patientenverfügungen unabhängig von Art und Verlauf der Erkrankung verbindlich sind. Der Prozess der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten durch den Arzt, den rechtlichen Vertreter des Patienten und ggf. nahestehende Angehörige und Pflegekräfte soll gesetzlich umrissen werden.²²⁷

4. Ländervergleich

4.1 Länderauswahl

Die Sterbehilfe ist in den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich geregelt. Doch der unterschiedlichen rechtlichen Beurteilung (strafbar oder straflos) liegen im Wesentlichen dieselben Fallkonstellationen zugrunde: Je nach Gewicht des objektiven Tatbeitrags des Sterbehelfers liegt entweder eine Teilnahme am fremden Suizid oder die täterschaftliche Tötung eines anderen Menschen vor. Es werden darüber hinaus Formen der aktiven Beeinflussung des Sterbevorgangs und der passiven Sterbehilfe unterschieden. Es stellt sich in allen Rechtsordnungen die Frage nach der Berechtigung, die Aufnahme oder den Abbruch einer lebenserhaltenden medizinischen Behandlung zu verweigern bzw. zu verlangen. Ferner stellt sich das Problem der Behandlung aktuell entscheidungsunfähiger Patienten, die ihren Willen zur Therapiebegrenzung in Form von Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten antizipiert haben.

Die im Folgenden aufgeführten Länder sind insofern exemplarisch ausgewählt, als ihre Rechtsordnungen jeweils unterschiedliche und von der deutschen Rechtsordnung abweichende Regelungen hinsichtlich dieser Grundkonstellationen der Sterbehilfe getroffen haben. Insbesondere hinsichtlich der Unterscheidung der Beihilfe zum Suizid und der direkten aktiven Sterbehilfe ergeben sich im Vergleich der Länder markante Unterschiede. Die Schweiz stellt direkte aktive Sterbehilfe unter Strafe, erlaubt aber im Unterschied zu Deutschland (auch die kommerziell betriebene) Beihilfe zum Suizid durch Sterbehilfeorganisationen. Die Niederlande erlauben unter gewissen Voraussetzungen die direkte aktive Sterbehilfe durch Ärzte und (ausdrücklich) die Beihilfe zum Suizid durch Ärzte, wäh-

²²⁶ Deutscher Bundestag 2008b.

²²⁷ Anm. der Red.: Am 18. Juni 2009 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch et al. in dritter Beratung angenommen.

rend die direkte aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid durch Nicht-Ärzte strafbar ist. In Großbritannien wird nicht nur die direkte aktive Sterbehilfe, sondern auch die Beihilfe zum Suizid bestraft. In den Fällen der Beihilfe zum Suizid macht es im Unterschied zur deutschen Rechtslage in manchen Rechtsordnungen auch einen Unterschied, mit welcher subjektiven Motivation der Dritte auf den Sterbeprozess des Anderen Einfluss nimmt, so etwa in der Schweiz.

Die Beschränkung des Vergleichs auf die genannten drei Länder wird indes der Pluralität der unterschiedlichen Regelungsmodelle für die Fälle der Sterbehilfe nicht gerecht. Allein der Vergleich aller europäischen Länder würde jedoch den gegebenen Rahmen sprengen. Auch die Darstellung der auf Staatenebene unterschiedlich geregelten Sterbehilfe in den USA ist aus diesem Grund hier nicht möglich. Umfangreichere Ländervergleiche finden sich etwa im Sammelband »Blickpunkt Ethik: Euthanasie – Bd. 2 (nationale und europäische Perspektiven)«²²⁸ und in der Darstellung von Michael Fuchs: »Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben – Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien.«²²⁹

4.2 *Schweiz*

Ähnlich wie in Deutschland ist in der Schweiz die Sterbehilfe nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt. Die aktive Sterbehilfe ist jedoch nach den Art. 111 (vorsätzliche Tötung), 113 (Totschlag) oder 114 (Tötung auf Verlangen) des Schweizerischen Strafgesetzbuches strafbar. In Art. 115 dieses Gesetzes heißt es: »Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.« Daraus folgt im Umkehrschluss, dass die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar ist, sofern sie aus nicht selbstsüchtigen Motiven geleistet wird.²³⁰

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat als einschlägige standesrechtliche Regelung die beiden Richtlinien »Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten« vom 27. November 2003 und »Betreuung von Patien-

²²⁸ Council of Europe 2005.

²²⁹ Fuchs 2006.

²³⁰ Weiterführende Literatur zur Beihilfe zum Suizid in der Schweiz: Rehmann-Sutter et al. 2006.

ten am Lebensende« vom 5. Februar 2004 veröffentlicht, die die 1995 von der SAMW formulierten »Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten« ersetzen. In den Richtlinien aus dem Jahr 1995 wurde die Beihilfe zum Suizid nicht als »Teil der ärztlichen Tätigkeit« betrachtet, die Inkaufnahme der Lebensverkürzung im Rahmen palliativer Maßnahmen bei Sterbenden sowie der Behandlungsabbruch oder der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen in aussichtslosen Fällen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten wurden jedoch als zulässig anerkannt. In der aktuellen Fassung der Richtlinien zur »Betreuung von Patienten am Lebensende« spricht sich die SAMW für eine bedingte Öffnung für eine ärztliche Beihilfe zum Suizid aus. Zwar hält die SAMW daran fest, dass es sich dabei nicht um »einen Teil der ärztlichen Tätigkeit« handle, sie betont jedoch abweichend von der Fassung von 1995, dass der Arzt »den Willen des Patienten zu achten« habe und dies auch bedeuten könne, »dass eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren« sei.

Vor dem Hintergrund der Gründung von kommerziell geführten Sterbehilfeorganisationen²³¹ und dem damit verbundenen Zustrom von Sterbehilfewilligen hat die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) im April 2005 eine Stellungnahme zum Thema »Beihilfe zum Suizid« verfasst, in der sie die aktuelle Rechtslage und die Praxis der Auslegung darstellt. Die Kommission befürwortet ausdrücklich die liberale Regelung des Art. 115 StGB, der besagt, dass Suizidbeihilfe legal ist, solange sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Eine Ausnahme soll indes für psychisch kranke Menschen gelten, denen keine Beihilfe zur Selbsttötung geleistet werden dürfe, wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom der psychischen Erkrankung ist. Daher hat sich die NEK bereits in ihrer Stellungnahme zur »Beihilfe zum Suizid« aus dem Jahr 2005 dafür ausgesprochen, Sterbehilfeorganisationen »unter eine staatliche Aufsicht zu stellen [...] [um] die Einhaltung von Qualitätskriterien für die Abklärung von Suizidhilfeentscheiden«²³² zu gewährleisten.

²³¹ Etwa »Dignitas. Menschenwürdig leben. Menschenwürdig sterben.« (2009). URL <http://www.dignitas.ch/> [1. April 2009]

²³² Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2005.

4.3 *Niederlande*

Am 1. April 2002 trat das »Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung«²³³ in Kraft. Es sieht Modifikationen des Strafgesetzbuches dahin gehend vor, dass die in Art. 293 (Tötung auf Verlangen) und Art. 294 Abs. 2 (Beihilfe zum Suizid) beschriebenen Tatbestände nicht strafbar sein sollen, wenn sie von einem Arzt begangen werden, der dabei besondere Sorgfaltskriterien beachtet. Diese »beinhalten, dass der Arzt:

- a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- c) den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert hat,
- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befand, keine angemessene andere Lösung gab,
- e) mindestens einen anderen unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten a) bis d) bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und
- f) die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.«

Bei Patienten, die nicht mehr in der Lage sind ihren Willen zu äußern, jedoch früher in schriftlicher Form eine Bitte um Lebensbeendigung formuliert haben, darf der Arzt dieser Bitte nachkommen. Wenn ein Patient im Alter zwischen sechzehn und achtzehn Jahren eine Bitte um Lebensbeendigung vorbringt, darf der Arzt dieser Bitte entsprechen, wenn die Eltern oder der Vormund in die Entscheidung einbezogen wurden. Bei Patienten zwischen zwölf und sechzehn Jahren ist hierzu die Einwilligung der Eltern bzw. des Vormunds erforderlich.

Der Arzt muss sein Vorgehen bei der Ausführung der Lebensbeendigung bzw. der Beihilfe zum Suizid dem zuständigen Leichenbeschauer melden und einen Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien vorlegen. Der Bericht wird von einer Kontrollkommission geprüft, deren Zusammensetzung und Kompetenzen in dem neuen Gesetz festgelegt sind. Wenn die Kontrollkommission Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Vorgehens des Arztes hegt, informiert sie darüber die Staatsanwaltschaft.

Laut einer Presseerklärung des niederländischen Ministeriums für Ge-

²³³ Vgl. auch Grundmann 2004; Schotsmans / Meulenbergs 2005.

sundheit, Gemeinwohl und Sport vom 29. November 2005 soll in den Niederlanden ein Komitee eingerichtet werden, das die Staatsanwaltschaft in Fällen von Euthanasie bei Neugeborenen sowie Spätabtreibungen beraten soll. Beide Fälle sollen weiterhin als Straftaten gelten. Ob der ausführende Arzt jedoch strafrechtlich verfolgt wird, soll der zuständige Staatsanwalt in Zukunft mithilfe des neuen Komitees entscheiden. Damit soll erreicht werden, dass Entscheidungen für Spätabtreibungen und Lebensbeendigungen bei Neugeborenen mit der erforderlichen Sorgfalt getroffen werden. Zudem reagiert die Regierung damit auf das sogenannte »Groningen Protocol«, das von dem Groningen University Medical Centre als Grundlage für den Umgang mit diesen Fällen angenommen wurde. Das Komitee soll aus drei verschiedenen Ärzten, deren fachliche Qualifikation sich nach den Umständen des Einzelfalls entscheidet, einem Ethiker und einem Juristen bestehen.

4.4 *Großbritannien*

Anders als in den bislang dargestellten Rechtsordnungen ist in Großbritannien auch die Beihilfe zum Suizid generell strafbar. Art. 2 Abs. 1 des für England und Wales²³⁴ geltenden Suizidgesetzes (Suicide Act) aus dem Jahr 1961 sieht Freiheitsstrafe von bis zu 14 Jahren vor für verschiedene Arten der Teilnahme am vollendeten oder versuchten Suizid²³⁵ eines anderen: »A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.« (Art. 2 Abs. 1). Aktive Sterbehilfe ist in Großbritannien grundsätzlich strafbar als Mord oder Totschlag, wobei es trotz der eindeutigen Rechtslage in Fällen der Tötung auf Verlangen durch Ärzte »selten zu einer Strafverfolgung [kommt]«²³⁶ bzw. im Strafprozess »die Geschworenen eher abgeneigt sind, einen Mediziner für eine schwerwiegende Straftat zu verurteilen, wenn der betroffene Arzt aufgrund einer Handlung angeklagt ist, welche die Geschworenen als seine sorgfältig überdachte medizinische Entscheidung betrachten.«²³⁷ So wurde etwa im Jahr 1992 die Strafe eines

²³⁴ Schottland trifft nicht die rechtliche Unterscheidung zwischen Beihilfe zum Suizid und täterschaftlicher Sterbehilfe. Vgl. McLean 2005.

²³⁵ Der Suizidversuch war bis zum Jahr 1961 in England und Wales strafbar, nicht aber in Schottland (Art. 1 Suicide Act).

²³⁶ McLean 2005: 103.

²³⁷ McLean 2005: 103.

Arztes für versuchten Mord, der einer nicht tödlich erkrankten aber unter schlimmsten Schmerzen leidenden und nicht therapierbaren Patientin auf deren ausdrücklichen Wunsch Kaliumchlorid verabreicht hatte, wodurch die Patientin sofort starb, zur Bewährung ausgesetzt und dem Arzt unter Auflagen die Approbation wieder zuerkannt.²³⁸ Der Arzt war wegen versuchten Mordes verurteilt worden, denn es konnte im Verfahren nicht zweifelsfrei geklärt werden, ob das Gift für den Tod der Patientin ursächlich war.

Die ärztliche Verabreichung von Schmerzmitteln mit dem Nebeneffekt der Lebensverkürzung (indirekte Sterbehilfe) ist nach Maßgabe einiger Präzedenzfälle in Großbritannien straffrei. So heißt es etwa in den Gründen des Urteils im Fall R. gegen Adams aus dem Jahr 1957: »Wenn ein Arzt wirklich glaubt, dass eine bestimmte Behandlung zum Nutzen des Patienten geschieht, entweder in therapeutischer oder schmerzlindernder Hinsicht, dann ist er völlig berechtigt, diese Behandlung durchzuführen, selbst wenn er sich der damit verbundenen lebensbedrohlichen Risiken bewusst ist. Stirbt der Patient unter diesen Umständen, könnte in einer solchen Situation niemand den Arzt des Mordes oder versuchten Mordes für schuldig befinden.«²³⁹ Zur Tötung auf Verlangen heißt es in den Urteilsgründen: Der aktuell entscheidungsfähige Patient hat jederzeit das Recht, den Abbruch einer lebenserhaltenden medizinischen Behandlung zu verlangen oder deren Aufnahme zu verweigern.

Im Bereich der passiven Sterbehilfe stellt sich die Frage, ob auch die medizinische Basisversorgung, also Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, unter den Begriff der medizinischen Behandlung fallen, so dass sie vom sterbewilligen Patienten mit dem Ziel, auf diese Weise den Tod herbeizuführen, abgelehnt werden könnten. Diese Frage war bislang Gegenstand zweier Präzedenzfälle, in denen entschieden wurde, dass die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr »wenn sie künstlich verabreicht wird und keine Hoffnung auf Genesung besteht, als eine medizinische Behandlung betrachtet werden kann«²⁴⁰. Die Patienten befanden sich in beiden Fällen in einem dauerhaften vegetativen Zustand und beide Male stimmten die Gerichte einem Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen zu, wodurch die Patienten starben.²⁴¹

²³⁸ R. vs. Cox (1992) 12 BMLR 38.

²³⁹ McLean 2005: 104.

²⁴⁰ McLean 2005: 106.

²⁴¹ McLean 2005: 106.

Zitierte Gesetze

Deutschland

- Bürgerliches Gesetzbuch: Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I, 42, 2909; 2003 I, 738), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I, 2399).
- Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit: Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 315–1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. März 2009 (BGBl. I, 470).
- Grundgesetz: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100–1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. März 2009 (BGBl. I, 606).
- Jugendgerichtsgesetz: Jugendgerichtsgesetz (JGG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1974 (BGBl. I, 3427), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. Juli 2008 (BGBl. I, 1212).
- Strafgesetzbuch: Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I, 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I, 2149).

Schweiz

- Schweizerisches Strafgesetzbuch. Vom 21. Dezember 1937. URL http://www.admin.ch/ch/d/st/311_o/index.html [1. April 2009].

Niederlande

- Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Englische Übersetzung: Review procedures for the termination of life on request and assisted suicide and amendment of the Criminal Code and the Burial and Cremation Act (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act). URL http://www.healthlaw.nl/wtlovhz_eng.pdf [1. April 2009]

Großbritannien

- Suicide Act 1961 (c.60). URL <http://www.statutelaw.gov.uk/content.aspx?activeTextDocId=1132509> [1. April 2009].

Rechtsprechung

- Bundesgerichtshof (1952): Urteil vom 12. Februar 1952. 1 StR 59/50. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 2. Berlin: Carl Heymanns, 150–157.
- Bundesgerichtshof (1954): Urteil vom 22. Januar 1953. 4 StR 373/52. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 4. Berlin: Carl Heymanns, 89–94.
- Bundesgerichtshof (1955): Urteil vom 22. April 1955. 5 StR 35/55. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 7. Berlin: Carl Heymanns, 363–371.
- Bundesgerichtshof (1958a): Urteil vom 10. Oktober 1957. 4 StR 21/57. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 11. Berlin: Carl Heymanns, 20–26.
- Bundesgerichtshof (1958b): Urteil vom 28. November 1957. 4 StR 525/57. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 11. Berlin: Carl Heymanns, 111–116.
- Bundesgerichtshof (1964): Urteil vom 14. August 1963. 2 StR 181/63. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 19. Berlin: Carl Heymanns, 135–140.
- Bundesgerichtshof (1981): Urteil vom 22. Januar 1981. 4 StR 480/80. In: Neue Juristische Wochenschrift 34(17). München: Beck, 932–933.
- Bundesgerichtshof (1984a): Urteil vom 5. Juli 1983. 1 StR 168/83. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 32. Berlin: Carl Heymanns, 38–43.
- Bundesgerichtshof (1984b): Urteil vom 4. Juli 1984. 3 StR 96/84. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 32. Berlin: Carl Heymanns, 367–381.
- Bundesgerichtshof (1987): Beschluss vom 25. November 1986. 1 StR 613/86. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht 7(8). München: Beck, 365–366.
- Bundesgerichtshof (1988): Beschluss vom 8. Juli 1987. 2 StR 298/87. In: Neue Juristische Wochenschrift 41(24). München: Beck, 1532.
- Bundesgerichtshof (1992): Urteil vom 8. Mai 1991. 3 StR 467/90. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 37. Berlin: Carl Heymanns, 376–379.
- Bundesgerichtshof (1995): Urteil vom 13. September 1994. 1 StR 357/94. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 40. Berlin: Carl Heymanns, 257–273.
- Bundesgerichtshof (1997): Urteil vom 15. November 1996. 3 StR 79/96. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 42. Berlin: Carl Heymanns, 301–305.

- Bundesgerichtshof (2001): Urteil vom 7. Februar 2001. 5 StR 474/00. In: Neue Juristische Wochenschrift 54(24). München: Beck, 1802–1805.
- Bundesgerichtshof (2003): Beschluss vom 17. März 2003. XII ZB 2/03. In: Neue Juristische Wochenschrift 56(22). München: Beck, 1588–1594.
- Bundesgerichtshof (2005): Beschluss vom 8. Juni 2005. XII ZR 177/03. In: Neue Juristische Wochenschrift 58(33). München: Beck, 2385–2386.
- Bundesverfassungsgericht (1960): Beschluss des Ersten Senats vom 10. Februar 1960. 1 BvR 526/53, 29/58. In: Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts. Hg. von den Mitgliedern des Bundesverfassungsgerichts. Band 10. Tübingen: Mohr, 302–331.
- Bundesverfassungsgericht (2002): Beschluss vom 2. August 2001. 1 BvR 618/93. In: Neue Juristische Wochenschrift 55(3). München: Beck, 206–207.
- Landgericht Ravensburg (1987): Urteil vom 3. Dezember 1986. 3 Kls 31/86. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht 7(5). München: Beck, 229–230.
- Oberlandesgericht Frankfurt am Main (1998): Beschluss vom 15. Juli 1998. 20 W 224/98. In: Neue Juristische Wochenschrift 51(37). München: Beck, 2747–2749.
- Oberlandesgericht München (1987): Beschluss vom 31. Juli 1987. 1 Ws 23/87. In: Neue Juristische Wochenschrift 40(46). München: Beck, 2940–2946.
- Oberlandesgericht München (2002): Urteil vom 31. Januar 2002. 1 U 4705/98 (nicht rechtskräftig). In: Neue Juristische Wochenschrift – Rechtsprechungs-Report Zivilrecht 17(12). München: Beck, 811–814.
- Oberlandesgericht München (2003): Urteil vom 13. Februar 2003. 3 U 5090/02 (nicht rechtskräftig). In: Neue Juristische Wochenschrift 56(24). München: Beck, 1743–1745.
- Reichsgericht (1894): Urteil vom 31. Mai 1894. Rep.1406/94. In: Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Gerichtshofes und der Reichsanwaltschaft. Band 25. Leipzig: Beit & Comp, 375–389.
- Reichsgericht (1924): Urteil vom 15. Oktober 1923. II 495/23. In: Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Gerichtshofes und der Reichsanwaltschaft. Band 57. Berlin: de Gruyter & Co., 379–382.

Literatur

- Antoine, Jörg (2004): Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« (2004): Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« vom 10. Juni 2004. URL http://www.bmj.bund.de/files/-/695/Bericht_AG_Patientenautonomie.pdf [9. April 2009].
- Baumann, Jürgen (1986): Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe). Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter. Stuttgart: Thieme.
- Baumann, Jürgen / Weber, Ulrich / Mitsch, Wolfgang (1995): Strafrecht. Allgemeiner Teil. Lehrbuch. 10., Neubearb. Aufl. Bielefeld: Gieseking.

Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe

- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2005): Wachkoma und Ethik. In: Ethik in der Medizin 17(2), 85–95.
- Bundesärztekammer (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Vorabdruck aus: Deutsches Ärzteblatt 19. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf> [5. März 2007].
- Bundesärztekammer (2006): (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBSSStand20061124.pdf> [3. Juni 2009]
- Council of Europe (Hg.) (2005): Euthanasie. Band 2. Nationale und Europäische Perspektiven, Münster: Lit (Blickpunkt Ethik 4).
- Dellinghausen, Ulrike von (1981): Sterbehilfe und Grenzen der Selbsterhaltungspflicht des Arztes. Düsseldorf: Mannhold (Juristische Schriften 14).
- Deutscher Bundestag (2008a): Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts vom 6. März 2008. URL <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/084/1608442.pdf> [1. April 2009].
- Deutscher Bundestag (2008b): Entwurf eines Gesetzes zur Klarstellung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen (Patientenverfügungsverbindlichkeitsgesetz – PVVG) vom 18. Dezember 2008. URL <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/114/1611493.pdf> [1. April 2008].
- Deutscher Bundestag (2008c): Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG) vom 16. Dezember 2008. URL <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/113/1611360.pdf> [1. April 2009].
- Deutscher Juristentag (1986): Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung. Sitzungsbericht M zum 56. Deutschen Juristentag Berlin 1986. München
- Deutscher Juristentag (2006): Beschlüsse. 66. Deutscher Juristentag. Stuttgart 19. bis 22. September 2006. URL http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf [10. März 2009].
- Eibach, Ulrich (2000): Du sollst Menschenleben nicht töten! – Zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. In: Medizinrecht 18(1), 10–16.
- Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages (2004): Zwischenbericht »Patientenverfügungen«. BT-Drs. 15/3700. URL http://www.bundestag.de/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik_med/berichte_stellg/04_09_13_zwischenbericht_patienentverfuegungen.pdf [23. Januar 2007].
- Eser, Albin (1982): Grenzen der Behandlungspflicht aus juristischer Sicht. In: Lawin, Peter (Hg.): Grenzen der ärztlichen Aufklärungs- und Behandlungspflicht: Interdisziplinäre Tagung in Münster. Stuttgart: Thieme, 77–94.
- Fischer, Thomas (2007): Strafgesetzbuch und Nebengesetze. Kommentar. 55. Aufl. München: Beck (Beck'sche Kurz-Kommentare 10).
- Fuchs, Michael (2006): Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben · Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung (Zukunftsforum Politik 79).
- Geilen, Gerd (1968): Neue juristisch-medizinische Grenzprobleme. In: Juristenzeitung 23(5/6), 145–152.

- Grundmann, Antonia (2004): Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung. Aachen: Shaker.
- Herzberg, Rolf D. (1996): Sterbehilfe als gerechtfertigte Tötung im Notstand. In: Neue Juristische Wochenschrift 49(46), 3043–3049.
- Hiersche, Hans-Dieter (1999): Der »Kemptener Fall« cui bono? Aus der Sicht des Arztes. In: Ebert, Udo / Roxin, Klaus / Rieß, Peter / Wahle, Eberhard (Hg.): Festschrift für Ernst-Walter Hanack zum 70. Geburtstag am 30. August 1999. Berlin: de Gruyter, 697–716.
- Höfling, Wolfram / Schäfer, Anne (2006): Leben und Sterben in Richterhand? Ergebnisse einer bundesweiten Richterbefragung zu Patientenverfügung und Sterbehilfe. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Jähne, Burkhard / Laufhütte, Heinrich / Odersky, Walter (Hg.) (2005): Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar. 11., Neubearb. Aufl. Berlin: de Gruyter.
- Joecks, Wolfgang / Miebach, Klaus (2003): Münchener Kommentar. Strafgesetzbuch. §§ 185–262. Band 3. München: Beck.
- Krey, Volker (1996): Strafrecht. Besonderer Teil. Studienbuch in systematisch-induktiver Darstellung. Band 1. Besonderer Teil ohne Vermögensdelikte. 10., völlig Neubearb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kutzer, Klaus (2001): Sterbehilfeproblematik in Deutschland: Rechtsprechung und Folgen für die klinische Praxis. In: Medizinrecht 19(2), 77–79.
- Küper, Wilfried (2008): Strafrecht. Besonderer Teil. Definitionen mit Erläuterungen. 7., Neubearb. Aufl. Heidelberg: C. F. Müller.
- Lackner, Karl / Kühl, Kristian (1995): StGB. Strafgesetzbuch mit Erläuterungen. 21., Neubearb. Aufl. München: Beck.
- Lipp, Volker (2005): Patientenautonomie und Lebensschutz. Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der »Sterbehilfe«. Göttingen: Universitätsdrucke Göttingen.
- McLean, Sheila (2005): Großbritannien – Die Gesetzwidrigkeit der Sterbehilfe. In: Council of Europe (Hg.): Euthanasie. Band 2. Nationale und Europäische Perspektiven. Münster: Lit, 99–112.
- Merkel, Reinhard (1992): Teilnahme am Suizid. Tötung auf Verlangen, Euthanasie. Fragen an die Strafrechtsdogmatik. In: Hegselmann, Rainer / Merkel, Reinhard (Hg.): Zur Debatte über Euthanasie. 2. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 71–127.
- Merkel, Reinhard (1995): Tödlicher Behandlungsabbruch und mutmaßliche Einwilligung bei Patienten im apallischen Syndrom. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 107(3), 545–575.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (Hg.) (2005): Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr. 9/2005. URL <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de> [8. Juni 2009].
- Nationaler Ethikrat (Hg.) (2005): Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme. URL http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf [23. Januar 2007].
- Nationaler Ethikrat (Hg.) (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. URL http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_fuersorge_am_Lebensende.pdf [09. April 2009].
- Nationaler Ethikrat (Hg.) (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. Berlin: Nationaler Ethikrat.

Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe

- Otto, Harro (1986): Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung. Gutachten D für den 56. Deutschen Juristentag. München: Beck (Verhandlungen des sechsfundfünfzigsten Deutschen Juristentages. Berlin 1986. Band I, Teil D).
- Quante, Michael (1998): Passive, indirekte und direkte aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen? In: Ethik in der Medizin 10(4), 206–226.
- Rehmann-Sutter, Christoph / Bondolfi, Alberto / Fischer, Johannes / Leuthold, Margrit (Hg.) (2006): Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin. Bern: Peter Lang (Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen 6).
- Rothärmel, Sonja (2004): Terminale Sedierung aus juristischer Sicht. In: Ethik in der Medizin 16(4), 349–357.
- Roxin, Claus (1993): Die Abgrenzung von strafloser Suizidteilnahme, strafbarem Tötungsdelikt und gerechtfertigter Euthanasie. Zu Reinhard Merkels »Fragen an die Strafrechtsdogmatik«. In: Wolter, Jürgen (Hg.): 140 Jahre Goldammer's Archiv für Strafrecht. Eine Würdigung zum 70. Geburtstag von Paul-Günter Pötz. Heidelberg: R. v. Decker, 177–190.
- Roxin, Claus (2000): Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe. In: Roxin, Claus / Schroth, Ulrich (Hg.): Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht. Stuttgart: Boorberg.
- Roxin, Claus (2006): Strafrecht. Allgemeiner Teil. Band I. Grundlagen. Der Aufbau der Verbrechenslehre. 4. Aufl. München: Beck.
- Roxin, Claus / Schroth, Ulrich (Hg.) (2001): Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht. 2. Aufl. Stuttgart: Boorberg.
- Rudolph, Hans-Joachim / Horn, Eckhard (2009): Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch. München: Beck.
- Schmidt, Peter / Madea, Burkhard (1998): Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht am Ende des Lebens. In: Medizinrecht 16(9), 406–409.
- Schneider, Christian (1997): Tun und Unterlassen beim Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schöch, Heinz (1997): Die erste Entscheidung des BGH zur sog. indirekten Sterbehilfe – Zum Urteil des BGH vom 15. II. 1996 – 3StR 79/96 –. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht 17(9), 409–412.
- Schöch, Heinz / Verrel, Thorsten (2005): Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB). In: Goldammer's Archiv für Strafrecht 152(10), 553–586.
- Schotsmans, Paul / Meulenbergs, Tom (Hg.) (2005): Euthanasia and palliative care in the Low Countries. Leuven: Peeters.
- Stoffers, Kristian F. (1992): Die Formel »Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit« bei der Abgrenzung von Tun und Unterlassen? Berlin: Duncker & Humblot.
- Tröndle, Herbert / Fischer, Thomas (2006): Strafgesetzbuch und Nebengesetze. 53. Aufl. München: Beck.
- Verrel, Torsten (2006): Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung. Gutachten C zum 66. Deutschen Juristentag. Stuttgart: Beck.
- Wessels, Johannes / Hettinger, Michael (2006): Strafrecht. Besonderer Teil 1. Straftaten gegen Persönlichkeits- und Gemeinschaftswerte. Heidelberg: Müller.
- Wolfslast, Gabriele / Conrads, Christoph (Hg.) (2001): Textsammlung Sterbehilfe. Berlin: Springer.

II. Ethische Aspekte der Sterbehilfe

Ingo Hillebrand

1. Einführung

1.1 Gegenstand der Diskussion

1.1.1 Begriff und Grundformen der Sterbehilfe

Der Begriff »Sterbehilfe« fungiert in der gegenwärtigen Diskussion als Sammelbegriff für Maßnahmen, die darauf abzielen, einem Menschen zu einem möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterben zu verhelfen.¹

Üblicherweise werden vier *Grundformen* der Sterbehilfe unterschieden: die reine Sterbehilfe oder auch Sterbegleitung, die passive Sterbehilfe, die aktive Sterbehilfe, die in die indirekte aktive Sterbehilfe und die direkte aktive Sterbehilfe unterfällt, sowie die Beihilfe zur Selbsttötung.

Die Ermöglichung eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens geschieht

- bei der *reinen Sterbehilfe* durch eine angemessene palliativmedizinische Versorgung des Sterbenden, seine Ernährung und Pflege sowie zwischenmenschliche und seelsorgerische Zuwendung,
- bei der *passiven Sterbehilfe* durch den Verzicht auf die Einleitung oder auf die Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen,
- bei der *indirekten aktiven Sterbehilfe* durch den Einsatz schmerzlindernder Medikamente, deren Nebenwirkungen die Lebensdauer des Patienten herabsetzen oder herabsetzen können,

¹ Ähnlich – wenngleich mit der Beschränkung auf »sterbende Menschen« zu eng, da hier zum Beispiel die der Sterbehilfethematik nicht unüblicherweise zugeordnete Frage nach der ethischen Bewertung des Behandlungsabbruchs bei dauerhaft Bewusstlosen, die *nicht* im Sterben liegen, nicht miterfasst ist – die Begriffsbestimmung durch die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 67: »Unter Sterbehilfe versteht man eine Hilfe, die sterbenden Menschen auf ihren Wunsch oder im Hinblick auf ihren mutmaßlichen Willen geleistet wird, um ihnen ein ihren Vorstellungen entsprechendes menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen.«

- bei der *direkten aktiven Sterbehilfe* durch die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen und
- bei der *Beihilfe zur Selbsttötung* durch die Verschaffung von Gelegenheiten oder die Zurverfügungstellung von Mitteln zu einem Suizid.²

Die reine Sterbehilfe ist, sofern durch sie nicht das Leben des Sterbenden verkürzt wird und sie im Einvernehmen mit dem Patienten erfolgt, in ihrer grundsätzlichen ethischen Zulässigkeit unstrittig. Ob – und falls ja, unter welchen Bedingungen – auch die passive Sterbehilfe, die beiden Formen der aktiven Sterbehilfe sowie die Beihilfe zur Selbsttötung ethisch zulässig sind, wird jedoch kontrovers diskutiert. Denn im Unterschied zur reinen Sterbehilfe suchen diese Sterbehilfeformen das möglichst schmerzfreie und selbstbestimmte Sterben eines Menschen mit Mitteln zu erreichen, durch die zugleich – sei es mit großer Wahrscheinlichkeit, sei es gar mit Sicherheit – das Leben dieses Menschen verkürzt wird.³

1.1.2 — Sonderform »Terminale Sedierung«

Neben den genannten vier Grundformen der Sterbehilfe wird in letzter Zeit zunehmend die sogenannte terminale Sedierung diskutiert.⁴ Die terminale Sedierung stellt jedoch keine separate, eigenständige Sterbehilfeform dar. Vielmehr unterfällt sie je nach Ausgestaltung stets einer der vier anderen Grundformen.

Adäquat definiert, handelt es sich bei der terminalen Sedierung zunächst um nichts anderes als die künstliche Ausschaltung des Bewusstseins eines Patienten, die bis zum Eintritt seines Todes aufrechterhalten wird. Wird die terminale Sedierung im Einvernehmen mit dem Patienten zur Linderung anders nicht behebbarer Schmerz- oder Leidenszustände durchgeführt, handelt es sich entweder – wenn der Patient *während* der Sedierung verstirbt – um einen Fall der reinen Sterbehilfe oder – wenn der Patient *infolge* der Sedierung stirbt – um indirekte aktive Sterbehilfe; wird die terminale Sedierung zur Linderung von infolge eines einvernehmlichen Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen auftretenden Schmerz- oder Leidenszuständen eingesetzt, handelt es sich um passive Sterbehilfe;

² Zur Unterscheidung der Grundformen der Sterbehilfe vgl. exemplarisch Kutzer 2003; Petermann 2006; Oduncu 2007; Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004.

³ Zur Geschichte der Auseinandersetzung um die ethische Beurteilung der Sterbehilfe vgl. Benzenhöfer 1999; Bergdolt 2003; Vanderpool 2004; ferner die Übersicht über Literatur zur Geschichte der Sterbehilfediskussion bei Zimmermann-Acklin 2002: 19–21.

⁴ Tännjö 2004; Birnbacher 2004; Beck 2004; Rietjens et al. 2008.

wird sie auf Wunsch des Patienten zur Vorbereitung seiner aktiven Tötung durchgeführt, handelt es sich um direkte aktive Sterbehilfe.

Die ethische Beurteilung der terminalen Sedierung folgt somit der ethischen Beurteilung der vier Grundformen der Sterbehilfe.

1.2 Ebenen und normative Bezugspunkte der Diskussion

1.2.1 Diskussionsebenen

Die Frage nach der ethischen Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe, der indirekten aktiven Sterbehilfe, der direkten aktiven Sterbehilfe sowie der Beihilfe zur Selbsttötung wird auf drei verschiedenen Ebenen diskutiert:

- auf der *genuinethischen Ebene* wird eine Sterbehilfeform unter dem Gesichtspunkt erörtert, ob ihre lebensverkürzende Wirkung eine kategorische ethische Unzulässigkeit begründet, oder ob es Umstände gibt, unter denen diese Sterbehilfeform dennoch ethisch zulässig ist,
- auf der *rechtsethischen Ebene* wird danach gefragt, wie eine Sterbehilfeform gesetzlich, insbesondere strafgesetzlich geregelt werden sollte,
- auf der *standesethischen Ebene* schließlich wird erwogen, ob eine Sterbehilfeform, sofern sie ethisch nicht unbedingt unzulässig und überdies gesetzlich nicht ausnahmslos zu verbieten ist, mit den besonderen berufsständischen Normen vereinbar ist, denen das ärztliche Handeln zu unterstellen ist.⁵

1.2.2 Normative Bezugspunkte

Die normativen Bezugspunkte der Sterbehilfediskussion werden im Kern von drei ethischen Grundwerten definiert: dem Wert der Selbstbestimmung, dem Wert der Freiheit von Schmerz und Leid bzw. dem Wert der körperlichen und seelischen Unversehrtheit sowie dem Wert des Lebens. Diese Werte werden nicht nur von zahlreichen Ansätzen der neuzeitlichen Ethik vertreten – als aus dem Prinzip der Menschenwürde abgeleitete Grundrechte, die Eingang in das deutsche Grundgesetz und die Verfas-

⁵ Zur Unterscheidung der Diskussionsebenen vgl. die Unterscheidung zwischen »act« und »practice« bei Beauchamp / Childress 2001: 144: »To justify an act is distinct from justifying a practice or a policy that permits or even legitimates the act's performance«. Vgl. ferner Stoffell 1998: 278; Birnbacher 1992: 59; Siep / Quante 1999: 39, 54–55.

sungen zahlreicher anderer Staaten und in bedeutende zwischenstaatliche Menschenrechtsabkommen gefunden haben, kommt ihnen zugleich der Status politisch geteilter »shared maxims« zu.

Maßgeblich für die ethische Beurteilung der lebensverkürzenden Sterbehilfeformen sind jedoch nicht nur die Selbstbestimmung, die körperliche und seelische Unversehrtheit und das Leben des Sterbehilfe-*Empfangenden*, sondern auch die Selbstbestimmung, die körperliche und seelische Unversehrtheit und das Leben des Sterbehilfe-*Leistenden* sowie aller, die als *Dritte* von den Folgen der Durchführung einer Sterbehilfebehandlung bzw. den Folgen der gesetzlichen oder berufsständischen Regulierung einer Sterbehilfeform betroffen sind.

Geht man von der Maßgeblichkeit der genannten drei Grundwerte für die ethische Beurteilung der Sterbehilfe aus, ergibt sich, dass jegliche Sterbehilfebehandlung nur in dem Maße im genuinethischen Sinne legitim sein kann, in dem

- a) die durch diese Handlung bewirkte Verkürzung des Lebens eines Menschen als durch dessen eigenen ausdrücklichen oder mutmaßlichen Wunsch nach Schmerz- oder Leidensfreiheit oder einem selbstbestimmten Sterben gerechtfertigt erachtet werden kann und
- b) weder durch den *Vollzug der Sterbehilfebehandlung* noch durch die *Folgen der Sterbehilfebehandlung* die Selbstbestimmung, die körperliche oder seelische Unversehrtheit oder das Recht auf Leben anderer Menschen (z. B. des Sterbehilfe-*Leistenden* oder der Angehörigen des Sterbehilfe-*Empfangenden*) auf nicht zu rechtfertigende Weise verletzt werden.

Demgegenüber kann die gesetzliche und standesethische Billigung einer Sterbehilfeform nur dann ethisch zulässig sein, wenn

- a) diese Sterbehilfeform nicht nur nicht in genuinethischer Hinsicht kategorisch unzulässig ist, sondern auch
- b) die in Frage stehende *gesetzliche bzw. standesethische Billigung* dieser Sterbehilfeform nicht (z. B. via »Dammbrüchen« oder »schiefen Ebenen«) zu einer unverhältnismäßigen Schädigung der Selbstbestimmung, der körperlichen oder seelischen Unversehrtheit oder des Lebens derer führt, die als Bürger bzw. Patienten (oder auch Ärzte) von dieser Billigung betroffen sind.

Die aktuelle Diskussion über die ethische Beurteilung der Sterbehilfe hat einen nicht unerheblichen Grund in der Uneinigkeit über die genaue inhaltliche Bestimmung dieser drei Grundwerte sowie in den aus dieser Uneinigkeit resultierenden Meinungsverschiedenheiten bezüglich ihrer relativen Gewichtung zueinander. Hinzu kommen unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich des Ausmaßes und der Unausweichlichkeit der

im Falle einer gesetzlichen bzw. standesethischen Billigung einzelner Sterbehilfformen anzunehmenden »Dammbruchgefahren«.

Der folgende Teil des vorliegenden Sachstandsberichts »Sterbehilfe« fasst unter Berücksichtigung der soeben unterschiedenen drei Diskussionsebenen, jeweils unterteilt in eine Darstellung der allgemeinen Diskussionslage einerseits sowie der zentralen Diskussionsfelder andererseits, den aktuellen Stand der Auseinandersetzung über die ethische Beurteilung der passiven Sterbehilfe (2.), der indirekten aktiven Sterbehilfe (3.), der direkten aktiven Sterbehilfe (4.), der Sterbehilfe durch Suizidbeihilfe (5.) sowie der eine besondere Betrachtung erfordernden Sterbehilfe bei entscheidungs- oder erklärungsunfähigen Personen (6.) zusammen. Den Abschluss bildet ein resümierender Abschnitt, in dem die wichtigsten Aspekte der Diskussion noch einmal *in nuce* zusammengetragen werden (7.).

1.3 Terminologische Anmerkungen

1.3.1 »Aktiv – Passiv« und »Direkt – Indirekt«

Die Verwendung der beiden Adjektiv-Paare »aktiv – passiv« und »direkt – indirekt« zur Benennung der Grundformen der Sterbehilfe entspricht zwar den gegenwärtigen terminologischen Üblichkeiten der Sterbehilfediskussion, wird aber in jüngerer Zeit zunehmend als »missverständlich und teilweise irreführend« kritisiert.⁶ So wird vor allem zu bedenken gegeben, dass diese Terminologie in Kombination mit einer allgemein tief verwurzelten Assoziation von Aktivität und Strafbarkeit bzw. von Aktivität und ethischer Unzulässigkeit Ärzte nachweislich zu einer gefährlichen Zurückhaltung sowohl beim Abbruch einer einmal begonnenen lebenserhaltenden Behandlung als auch bei der Gabe schmerzlindernder Medikamente verführe – mit der Folge, dass Patienten entweder gegen ihren erklärten Willen und damit in ethisch unzulässiger Weise weiterbehandelt würden oder man ihnen die zur Linderung ihrer Schmerzen dringend erforderliche und auch ethisch geforderte Dosis an Schmerzmitteln vorenthalte.⁷ Auch wenn

⁶ Nationaler Ethikrat 2006: 53; zuvor schon ähnlich: Baumann 1986: 13.

⁷ Schöch / Verrel 2005: 560–561; Verrel 2006: 56; Nationaler Ethikrat 2006: 50; Vollmann 2003: 7–8. Vgl. ferner die Ausführungen zum »Technischen Behandlungsabbruch« in Abschnitt 2.2.2. Einige der vorstehenden Autoren reagieren auf die von ihnen teilweise unter Hinweis auf empirische Studien konstatierte gefährliche Missverständlichkeit der herkömmlichen Sterbehilfe-Terminologie mit der Forderung einer expliziten spezialgesetzlichen Klarstellung

diesen Bedenken im Grundsatz zuzustimmen ist, wird im Folgenden aufgrund der Ermangelung eines vergleichbar etablierten, alternativen terminologischen Konzepts, um willen eines besseren terminologischen Anschlusses an die aktuelle Sterbehilfedebatte sowie im Interesse der terminologischen Einheit mit dem vorangegangenen, rechtsbezogenen Teil dieses Sachstandsberichts an dieser Terminologie – jedoch nach Maßgabe der in Abschnitt 1.1 vorgenommenen begrifflichen Explikationen – festgehalten.

1.3.2 — »Sterbehilfe« und »Euthanasie«

Im Englischen, Französischen, Italienischen und Spanischen werden für »Sterbehilfe« in der Regel die Ausdrücke »euthanasia«, »euthanasie« und »eutanasia« (ital. und span.) gebraucht; auch im Deutschen wird für »Sterbehilfe« gelegentlich der Ausdruck »Euthanasie« verwendet. Diese Ausdrücke leiten sich von dem altgriechischen Wort »εὐθανασία« (»euthanasía«) ab, das – zusammengesetzt aus den beiden Wörtern εὖ (»eu« = gut / glücklich) und θάνατος (»thánatos« = der Tod) – in wörtlicher Übersetzung so viel wie der »gute« oder »glückliche Tod« bedeutet.

Der Euthanasie-Begriff wurde im Laufe seiner Geschichte mit unterschiedlichen, teilweise einander widerstreitenden Bedeutungen belegt. Ursprünglich im fünften vorchristlichen Jahrhundert in der griechischen Dichtkunst (Kratinos, Menandros, Poseidippos) geprägt und in der Folge von der antiken Philosophie (frühe Stoiker, Cicero) und der antiken Geschichtsschreibung (Flavius Josephus, Sueton) übernommen, stand »εὐθανασία« (bzw. latinisiert »euthanasia«) zunächst vor allem für das Ideal eines »leichten«, schmerz- und leidfreien Todes, teilweise auch für das Wunschbild eines »ehrenwerten« Todes, der darin gesehen wurde, entweder »ruhmreich« zu sterben oder »rechtzeitig« – bevor man sich körperlich oder geistig überlebt hat.⁸

Nachdem er etwa 1.500 Jahre ungebraucht geblieben zu sein scheint, findet der Euthanasie-Begriff erst Anfang des 17. Jahrhunderts bei Francis Bacon erneut Verwendung – und zwar als terminus technicus für Maßnahmen, die entweder als *seelsorgerische* Maßnahmen auf die *seelische* Unterstützung eines Sterbenden abzielen, oder als *medizinische* Maßnahmen darauf angelegt sind, die *körperlichen* Schmerzen eines Sterbenden zu lindern;

der (rechtlichen) Zulässigkeitsbedingungen für die passive Sterbehilfe und die indirekte aktive Sterbehilfe.

⁸ Benzenhöfer 1999: 15–36; Zimmermann-Acklin 2002: 19–29.

Maßnahmen der ersten Art zählte Bacon zu der »euthanasia interiori«, Maßnahmen der zweiten Art zur »euthanasia exteriori«.⁹

Eine sowohl vom antiken Euthanasie-Begriff als auch vom Euthanasie-Begriff Bacons abweichende Begriffsbestimmung wurde Ende des 19. Jahrhunderts vom britischen Lehrer und Essayisten Samuel D. Williams Jr. geprägt, der in seinem 1870 unter dem Titel »Euthanasia« erschienenen, in englischer Sprache abgefassten Artikel den Begriff »euthanasia« erstmals als Synonym für die – von einem Arzt vorgenommene – direkte aktive Sterbehilfe gebraucht.¹⁰

Im sogenannten »Euthanasieprogramm« in Deutschland zur Zeit des Nationalsozialismus schließlich wurde der Euthanasie-Begriff in gänzlicher Pervertierung seiner ursprünglichen Bedeutung als verschleiender Euphemismus zur Bezeichnung des rassistisch und eugenisch motivierten Massenmords an für »lebensunwert« erklärten kranken oder behinderten Menschen missbraucht.¹¹

Im Unterschied zum Euthanasie-Begriff verfügt der deutsche Begriff »Sterbehilfe« über eine vergleichsweise kurze Geschichte. Er wurde vermutlich erst Anfang des 19. Jahrhunderts eingeführt und ursprünglich zur Bezeichnung der direkten aktiven Sterbehilfe verwendet.¹² Wie der Euthanasie-Begriff wurde auch der Begriff »Sterbehilfe« in der Folge von den Nationalsozialisten als Euphemismus für die Tötung Kranker und Behindeter benutzt,¹³ konnte sich dann jedoch besser als der Euthanasie-Begriff von seinen im deutschen Sprachraum vorherrschenden kriminellen, nationalsozialistischen Konnotationen befreien und zu dem in Abschnitt 1.1 skizzierten und diesem Sachstandsbericht zugrunde gelegten Bedeutungsgehalt gelangen.

Es scheint daher angezeigt und entspricht im Übrigen auch der herrschenden Meinung, wenn zur Vermeidung von semantischen Uneindeutigkeiten und zur notwendigen Abgrenzung von den verbrecherischen Morden der Nationalsozialisten bei der folgenden Darstellung der gegenwärtigen ethischen Sterbehilfediskussion auf die Verwendung des Euthanasie-Begriffs verzichtet wird.

⁹ Benzenhöfer 1999: 66–69; Zimmermann-Acklin 2002: 38–40.

¹⁰ Zimmermann-Acklin 2002: 48.

¹¹ Zimmermann-Acklin 2002: 68–71.

¹² Zimmermann-Acklin 2002: 62–63.

¹³ Zimmermann-Acklin 2002: 70; Fuchs 2006: 12.

2. Passive Sterbehilfe

2.1 *Begriff und allgemeine Diskussionslage*

2.1.1 Begriff

Von »passiver Sterbehilfe« spricht man, wenn die Ermöglichung eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens durch den Verzicht auf die Einleitung oder auf die Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen erfolgt.¹⁴

Als lebenserhaltende Maßnahmen gelten insbesondere die künstliche Ernährung, die künstliche Beatmung, der Einsatz herz- und kreislaufaktivierender Medikamente, die Behandlung hinzutretender Erkrankungen, aber auch die kardiopulmonale Reanimation, die Chemotherapie, die Dialyse sowie operative Eingriffe, die auf eine Verlängerung des Lebens des Patienten ausgerichtet sind.¹⁵

»Passiv« wird diese Form der Sterbehilfe genannt, weil der etwaig in ihrer Folge eintretende Tod des Patienten nicht – wie bei einer aktiven Sterbehilfe – durch eine von außen an den Patienten herangetragene Ursache bewirkt wird, sondern dadurch »geschehengelassen« wird, dass man darauf verzichtet, einem durch andere Ursachen bewirkten Sterbevorgang entgegenzuwirken.¹⁶

2.1.2 Affirmativer Grundkonsens

Es gilt als unstrittig, dass der Verzicht auf die Einleitung oder die Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen in denjenigen Fällen nicht nur ethisch zulässig, sondern zugleich auch ethisch geboten und sowohl gesetzlich als auch standesethisch zu gebieten ist, in denen ein aktuell entscheidungs- und äußerungsfähiger Patient die Einleitung oder Fortführung dieser Maßnahmen nach reiflicher Überlegung und im Wissen um die Folgen des Behandlungsverzichts ausdrücklich und ernstlich ablehnt. Dies gilt auch für den Fall, dass der Patient durch die von ihm abgelehnten Maßnahmen – und nur durch sie – von seinem Leiden befreit werden könnte

¹⁴ Vgl. die Definitionen der Sterbehilfeformen in Abschnitt 1.1.1 des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁵ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 64.

¹⁶ Zur deskriptiven Differenz zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt 4.2.4 des vorliegenden Sachstandsberichts (»Genuinethische Relevanz der Aktiv-Passiv- und der Direkt-Indirekt-Unterscheidung«).

und die Ablehnung dieser Maßnahmen daher aus medizinischer Sicht unvernünftig erscheint.¹⁷

Dieser Konsens findet seine Bestätigung im geltenden Recht zahlreicher Länder¹⁸, in den einschlägigen Stellungnahmen nationaler Ethikgremien¹⁹ sowie in den standesethischen und standesrechtlichen Grundsätzen und Richtlinien der nationalen und internationalen Ärzteschaften²⁰.

2.1.3 Begründung des affirmativen Grundkonsenses

Die ethische Verpflichtung, die durch den aktuell entscheidungsfähigen und wohlinformierten Patienten ernstlich erfolgte Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen anzuerkennen und den Patienten nicht entgegen dieser Ablehnung zu behandeln, wird allgemein hin unter Verweis auf den ethischen Anspruch des Patienten auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit begründet.

Unter Zugrundelegung dieser ethischen Ansprüche, die im deutschen Grundgesetz (GG) als einklagbares Recht auf Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1) und auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1) eingeholt sind, erscheint jedwede medizinische Behandlung als ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, der erst dadurch ethisch gerechtfertigt wird, dass der Patient selbst diesem Eingriff seine wohlinformierte und freiverantwortliche Zustimmung erteilt – und nur solange ethisch gerechtfertigt bleibt, wie der Patient diese Zustimmung nicht zurücknimmt.

Dieses auch mit dem Namen »principle of informed consent« bezeich-

¹⁷ Ebenso unstrittig ist, dass es grundsätzlich ethisch unzulässig und sowohl gesetzlich als auch standesethisch zu verbieten ist, einem Patienten eine von ihm gewünschte lebenserhaltende Maßnahme vorzuenthalten, wenn diese zugleich medizinisch indiziert ist. Da es bei der Vorenthaltung einer vom Patienten gewünschten und zugleich medizinisch indizierten Maßnahme jedoch nicht um die Ermöglichung eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens geht, handelt es sich hierbei evidentermaßen auch nicht um eine Sterbehilfebehandlung, so dass dieser Fall an dieser Stelle auch nicht weiter zu verfolgen ist.

¹⁸ Vgl. Teil I (Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe) für Deutschland Abschnitt 1.–3. und für die Schweiz, die Niederlande und Großbritannien Abschnitt 4. des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁹ Für Deutschland vgl. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 64–65; Nationaler Ethikrat 2006: 75–76; Bioethik-Kommission Bayern 2007: 46–47.

²⁰ Für Deutschland vgl. Bundesärztekammer 2004: 2: »Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.«

nete Bedingungsgefüge für die ethische Legitimität der Durch- und Fortführung medizinischer Behandlungen gilt spätestens seit seiner – damals vor allem im Blick auf Humanexperimente erfolgten – expliziten Niederlegung im Nürnberger Kodex von 1947 als weltweit anerkannter medizin-ethischer Grundkonsens.²¹

Aufgrund des »principle of informed consent« ist die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen durch einen aktuell entscheidungsfähigen Patienten nicht nur unabhängig davon strikt bindend, ob der Patient bereits im Sterben liegt, es ist überdies auch unerheblich, ob es sich bei den von ihm abgelehnten Maßnahmen um solche handelt, die von einigen der sogenannten Basisversorgung zugerechnet werden.

Wenngleich mithin Einigkeit besteht, dass es keine medizinischen Maßnahmen gibt, deren informierte und ernstliche Ablehnung durch den entscheidungsfähigen Patienten für die ihn Behandelnden nicht strikt bindend ist, besteht auf genuinethischer Diskussionsebene Uneinigkeit bezüglich der Frage, ob es medizinische Maßnahmen gibt, die ein Patient aus ethischer Sicht eigentlich nicht verweigern dürfte (2.2.1). Nicht unstrittig ist zudem die ethische Beurteilung des sogenannten technischen Behandlungsabbruchs (2.2.2) und des Verzichts auf künstliche Ernährung (2.2.3).

Die Auseinandersetzung um die Frage nach der ethischen Bewertung der passiven Sterbehilfe im Fall entscheidungs- oder erklärungsunfähiger Personen wird in Abschnitt 6. »Sterbehilfe bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen« behandelt.

2.2 *Zentrale Diskussionsfelder*

2.2.1 Nichtabwählbare Maßnahmen

Hinsichtlich der Frage, ob die Verweigerung einer lebenserhaltenden Maßnahme durch einen Patienten ethisch zulässig ist, wurde vom katholischen Lehramt die Unterscheidung zwischen »ordentlichen« und »außerordentlichen« Mitteln entwickelt.²² Auf diese Unterscheidung berief sich bereits

²¹ Nürnberger Kodex 2000. Anerkannte Ausnahmen vom »principle of informed consent« stellen Notfallsituationen dar, in denen entweder erstens aufgrund der Akuität der Situation keine Möglichkeit besteht, die aufgeklärte Zustimmung des Betroffenen einzuholen, aber auch keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Behandlung gegen seinen Willen erfolgt, oder in denen zweitens eine nicht-zurechnungsfähige Person eine Gefährdung für sich oder andere darstellt.

²² Zum Hintergrund dieser Unterscheidung vgl. auch Beauchamp / Childress 2001: 123.

Pius XII. in seinen Stellungnahmen zu Fragen der Sterbehilfe. In der Folge wurde sie in der »Erklärung zur Euthanasie« der Römischen Kongregation für die Glaubenslehre sowie der Enzyklika »Evangelium vitae« Johannes Pauls II. aufgegriffen und präzisiert.

Dieser Lehre zufolge darf ein Patient grundsätzlich nur solche Heilmittel ablehnen, die in dem Sinne unverhältnismäßig sind, dass sie in keinem »angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung«²³ stehen. Die Ablehnung verhältnismäßiger Mittel, »die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder für andere mit sich bringen«²⁴, sei dahingegen »gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie«²⁵.

Auch wenn es sich bei der Verweigerung einer im beschriebenen Sinne nicht unverhältnismäßigen Maßnahme durch den Patienten selbst in der Tat – der Sache wie der Absicht nach – um eine Selbsttötung handeln sollte, wäre die ethische Unzulässigkeit dieser Verweigerung in Sterbehilfe-Kontexten gleichwohl nur unter der Voraussetzung gegeben, dass eine Selbsttötung auch zur Ermöglichung eines selbstbestimmteren und weniger schmerzvollen Sterbens stets ethisch verwerflich ist.

Über die Triftigkeit der für die Annahme der ethischen Verwerflichkeit einer solchermaßen motivierten Selbsttötung vorgebrachten – theologisch-ethischen und philosophisch-ethischen – Argumente wird jedoch bereits seit der Antike kontrovers diskutiert. Eine Zusammenfassung dieser Argumente und ihrer Erwidungen ist in Abschnitt 5.2.1 »Legitimität des Suizids« zu finden.

2.2.2 Technischer Behandlungsabbruch

Als technischer Behandlungsabbruch wird der Abbruch technisch gestützter Maßnahmen zur Lebenserhaltung bezeichnet. Eine technisch gestützte Maßnahme zur Lebenserhaltung stellt zum Beispiel die künstliche Beatmung durch einen Respirator dar.

Ausgehend von dem Umstand, dass mit dem Abbruch einer technisch gestützten Maßnahme zur Lebenserhaltung ein aktives Tun verbunden ist – zum Beispiel ein Ausschalten des Beatmungsgeräts –, wird ein technischer Behandlungsabbruch nicht selten als aktive Sterbehilfe gedeutet und vor dem Hintergrund der im Zusammenhang mit der Sterbehilfe populären Assoziation von »aktiv« und »verboten« als ethisch unzulässig und

²³ Johannes Paul II. 1995: III. Kapitel, Nr. 65.

²⁴ Pius XII. 1957/58: 229.

²⁵ Johannes Paul II. 1995: III. Kapitel, Nr. 65.

vor dem Hintergrund des auch in Deutschland bestehenden gesetzlichen Verbots der »Tötung auf Verlangen« als strafbar angesehen.

So haben in einer in den Jahren 1995 bis 1999 in Rheinland-Pfalz durchgeführten Befragung von 400 Ärzten 48,8% der Befragten das Abstellen der künstlichen Beatmung bei einem Patienten mit infauster Prognose und weit fortgeschrittener Erkrankung als (direkte) aktive Sterbehilfe klassifiziert.²⁶ Auch in der Gesundheitsberichterstattung der Bundesregierung wurde 2001 festgestellt, dass unter Ärzten die Ansicht weit verbreitet sei, eine lebenserhaltende Maßnahme müsse, wenn mit ihr einmal begonnen worden sei, ohne Rücksicht auf den Willen des Patienten fortgesetzt werden, weil deren Abbruch Tötung durch aktives Tun und damit nach § 216 StGB strafbar sei.²⁷ Erneut bestätigt wurde dieses Ergebnis in einer 2003 veröffentlichten Interview-Studie sowie in einer Befragung von Chefarzten der Neurologie, die 2004 publiziert wurde.²⁸

Einigen Autoren zufolge gingen Ärzte aufgrund ihrer Annahme, dass ein technischer Behandlungsabbruch stets eine (direkte) aktive Sterbehilfe darstelle und daher unter Strafe gestellt sei, mit dieser Form der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen äußerst zurückhaltend um, weshalb Patienten sich nicht zu Unrecht vor einer »Lebenserhaltung um jeden Preis« fürchteten.²⁹

Gegen die Deutung eines technischen Behandlungsabbruchs als aktive Sterbehilfe wird jedoch eingewendet, dass ein solcher Behandlungsabbruch, obgleich er mit einem äußerlich aktiven Tun verbunden sei, seinem Gehalt nach die Rücknahme des Aufhaltens eines Sterbeprozesses und damit ein bloßes, passives Geschehenlassen dieses Sterbeprozesses darstelle. Zudem wird darauf hingewiesen, dass gemäß dem »principle of informed consent« nicht nur die *Einleitung* einer lebenserhaltenden Maßnahme einer Zustimmung durch den Patienten bedürfe, sondern auch die *Fortführung* dieser Maßnahme nur solange ethisch gerechtfertigt sei, wie der Patient seine Zustimmung nicht widerrufe. Widerrufe dieser seine Zustimmung, werde daher der Abbruch der Behandlung zur Pflicht.

Diese Einschätzung, nach der der Abbruch einer technisch unterstützten lebenserhaltenden Maßnahme *ceteris paribus* wie die Nichtaufnahme dieser Behandlung – und damit als passive Sterbehilfe – einzuordnen sei, wird nicht nur vom weit überwiegenden Teil des ethischen Schrifttums

²⁶ Zit. nach Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 65–66.

²⁷ Zit. nach Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« 2004: 53–54.

²⁸ Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« 2004: 54.

²⁹ Reiter-Theil 2004.

und von den einschlägigen Ethikgremien geteilt, sondern findet seine Bestätigung auch in der deutschen Rechtsprechung.³⁰

2.2.3 Verzicht auf künstliche Ernährung

Bei der künstlichen Ernährung handelt es sich um einen Unterfall der technisch gestützten Maßnahmen zur Lebenserhaltung. Eine künstliche Ernährung kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Beim Einsatz einer Nasensonde wird die Nahrung über einen Schlauch durch die Nase über den Rachenraum und die Speiseröhre in den Magen geleitet; beim Einsatz einer PEG-Sonde (PEG: Perkutane Endoskopische Gastrostomie) wird die Nahrung über einen Schlauch verabreicht, der durch die Bauchdecke in den Magen eingeführt wird. Da die Nahrung sowohl bei der Nasensonde als auch bei der PEG-Sonde in den Magen-Darm-Trakt eingespeist wird, spricht man im Hinblick auf diese beiden Formen der künstlichen Ernährung von »enteraler« künstlicher Ernährung (von altgriech. »enteron«: der Darm). Eine andere Form der künstlichen Ernährung stellt die Infusion dar, mit der die Nahrung in gelöster Form unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts – und damit »parenteral« – unmittelbar in die Blutbahn geleitet wird.

Hinsichtlich der ethischen Bewertung des Verzichts auf die künstliche Ernährung werden in der Diskussion unterschiedliche Auffassungen vertreten. Die Annahme der strikten ethischen Unzulässigkeit des Verzichts auf künstliche Ernährung wird mit dem Argument zu begründen versucht, dass sich ein Verzicht auf künstliche Ernährung von einem Verzicht auf andere lebenserhaltende Maßnahmen in entscheidender Weise abhebe. Zum einen werde mit dem Verzicht auf künstliche Ernährung nicht bloß ein bereits begonnener Sterbeprozess geschehen gelassen, vielmehr werde mit diesem Verzicht ein eigener Kausalprozess begonnen, durch den der Tod des Patienten allererst, nämlich durch Verhungern oder Verdursten, verursacht werde;³¹ zum anderen handele es sich bei der Nahrungsaufnahme um ein fundamentales Grundbedürfnis, dessen Befriedigung unbedingt sicherzustellen sei.³²

Dem wird entgegengehalten, dass der Verzicht auf künstliche Ernäh-

³⁰ Vgl. exemplarisch Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 65–66; Nationaler Ethikrat 2006: 76; zur Rechtsprechung in Deutschland vgl. Teil I (Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe) Abschnitt 2.2.1.3 des vorliegenden Sachstandsberichts.

³¹ Merkel 1995: 563.

³² Eibach 2000: 15.

rung nicht schon für sich allein den Tod des Patienten verursache, sondern lediglich im Zusammenhang mit dem krankheitsbedingten Unvermögen des Patienten, sich auf natürlichem Wege zu ernähren, das ohne die künstliche Ernährung unweigerlich den Tod des Patienten zur Folge hätte. So wie der Verzicht auf sonstige lebenserhaltende Maßnahmen sei mithin auch der Verzicht auf künstliche Ernährung lediglich als ein Nicht-Aufhalten eines zuvor durch andere Ursachen bewirkten Sterbeprozesses zu sehen. Zudem sei auch die Durchführung einer künstlichen Ernährung, wenn diese gegen den Willen des Patienten erfolge, ein ethisch unzulässiger Verstoß gegen das »principle of informed consent«, da es diesem Prinzip zufolge keine Maßnahmen gebe, insbesondere keine invasiven, deren informierte und ernstliche Ablehnung durch den entscheidungsfähigen Patienten nicht für die ihn Behandelnden strikt bindend wäre.³³ Auch könne die Durchführung einer künstlichen Ernährung schon deshalb nicht stets und unter allen Umständen ethisch verpflichtend sein, weil es Fälle gebe, in denen eine künstliche Ernährung zu schweren Belastungen des Patienten führe und – anders als das Stillen von Hunger- und Durstgefühlen – auch aus medizinischer Sicht kontraindiziert sei.³⁴

Die Römische Kongregation für die Glaubenslehre formulierte in ihrer Anfang August 2007 veröffentlichten »Antwort auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung« unter Anwendung der in Abschnitt 2.2.1 skizzierten Unterscheidung zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln die Auffassung, dass die »Verabreichung von Nahrung und Wasser, auch auf künstlichen Wegen, [...] prinzipiell ein gewöhnliches und verhältnismäßiges Mittel der Lebenserhaltung« sei. Sie sei »darum [für die behandelnden Ärzte wie für den Patienten selbst] verpflichtend in dem Maß, in dem und solange sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht, die in der Wasser- und Nahrungsversorgung des Patienten besteht«.³⁵

Wie sie in ihrem Kommentar zu dieser Antwort ausführt, schließt die Kongregation damit »nicht aus, dass es zusätzliche Komplikationen geben kann, die dazu führen, dass der Patient Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr aufnehmen kann« und die Verabreichung bzw. die Einnahme von Nahrung und Flüssigkeit »vollkommen unnütz« wird. Auch hält die Kon-

³³ Nationaler Ethikrat 2006: 76.

³⁴ Schöch / Verrel 2005: 561 unter Verweis auf Bundesärztekammer 1998; Bundesärztekammer 2004.

³⁵ Kongregation für die Glaubenslehre 2007a.

gregation es für »nicht ganz ausgeschlossen, dass die künstliche Ernährung und Wasserversorgung in gewissen seltenen Fällen für den Patienten eine übermäßige Belastung oder ein erhebliches physisches Unbehagen, etwa aufgrund von Komplikationen beim Gebrauch der Hilfsinstrumente, mit sich bringen kann«. ³⁶

Diese »außergewöhnlichen Fälle« beeinträchtigten jedoch »in keiner Weise das allgemeine ethische Prinzip, gemäß dem die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen erfolgt, immer ein natürliches Mittel der Lebenserhaltung und nicht eine therapeutische Behandlung darstellt«. Ihre Anwendung sei »deshalb als gewöhnlich und verhältnismäßig zu betrachten«; dies gelte auch für den Fall, dass sich der Patient in einem »anhaltenden vegetativen Zustand« befinde. ³⁷

Auch wenn die Kongregation es an dieser Stelle an der wünschenswerten Klarheit fehlen lässt, legen ihre Ausführungen die Vermutung nahe, dass sie einen Verzicht auf künstliche Ernährung nicht nur dann für ethisch zulässig erachtet, wenn die künstliche Ernährung im oben ausgeführten Sinne nutzlos ist, sondern darüber hinaus auch dann, wenn die künstliche Ernährung eine »übermäßige Belastung oder ein erhebliches physisches Unbehagen« für den Patienten bedeuten würde und daher in diesem Sinne unverhältnismäßig wäre. ³⁸

3. ___ Indirekte aktive Sterbehilfe

3.1 ___ *Begriff und allgemeine Diskussionslage*

3.1.1 ___ Begriff

Von »indirekter aktiver Sterbehilfe« spricht man, wenn die Ermöglichung eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens durch den Einsatz schmerzlindernder Medikamente versucht wird, deren Neben-

³⁶ Kongregation für die Glaubenslehre 2007b.

³⁷ Kongregation für die Glaubenslehre 2007b.

³⁸ Klarer ist die im selben Kommentar erwähnte, vom Päpstlichen Rat für die Pastoral im Krankendienst in seiner »Charta für die im Gesundheitsdienst tätigen Personen« von 1995 gewählte Formulierung, die dann jedoch an den primär einschlägigen Passagen des Kommentars überraschenderweise nicht mehr aufgegriffen wird: »Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gehört, auch wenn sie künstlich erfolgt, zur normalen Pflege, die man dem Kranken immer schuldet, solange sie sich nicht als unerträglich für ihn erweist« (Kongregation für die Glaubenslehre 2007b).

wirkungen die Lebensdauer des Patienten herabsetzen oder herabsetzen können.³⁹

»Aktiv« ist diese Form der Sterbehilfe insofern, als der Tod anders als bei der passiven Sterbehilfe nicht durch ein bloßes Geschehenlassen des Sterbevorgangs, sondern durch eine von außen an den Patienten herangetragene Ursache bewirkt wird; »indirekt« ist sie insoweit, als der Tod im Unterschied zur direkten aktiven Sterbehilfe nicht unmittelbar angezielt, sondern nur mittelbar, nämlich als Folge einer auf ein anderes Ziel gerichteten Handlung herbeigeführt wird.⁴⁰

3.1.2 — Affirmativer Grundkonsens

Die ethische Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe ist für die Fälle unstrittig, in denen die folgenden fünf Bedingungen erfüllt sind:

- a) Der Patient liegt im Sterben,
- b) die Schmerzen des Patienten sind schwerwiegend,
- c) die Schmerzen sind nicht mit einem anderen, weniger lebensverkürzenden Medikament zu lindern,
- d) der Patient stimmt im Wissen um ihre lebensverkürzende Wirkung dem Einsatz dieser Medikamente zu und
- e) die durch die Medikamente bewirkte Lebensverkürzung wird lediglich in Kauf genommen, d.h. der Einsatz der Medikamente erfolgt weder von Seiten des Arztes noch von Seiten des Patienten mit der Absicht, das Leben des Patienten zu verkürzen.

In den Fällen, in denen diese Voraussetzungen gegeben sind, wird die indirekte aktive Sterbehilfe gemeinhin nicht nur für ethisch *zulässig* erachtet, sondern zugleich auch für ethisch *geboten* und für gesetzlich und standesethisch zu *gebieten*.

Auch dieser Konsens findet – wie der in Abschnitt 2.1 beschriebene genuin-, rechts- und standesethische Konsens bezüglich der passiven Ster-

³⁹ Vgl. die Definitionen der Sterbehilfeformen in Abschnitt 1.1.1 des vorliegenden Sachstandsberichts. Zur praktischen Bedeutung der indirekten aktiven Sterbehilfe vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2004: 8: »Der »lebensverkürzende Effekt« zentral wirkender Substanzen ist lange Zeit überschätzt worden. Im Allgemeinen sind Schmerzmittel und Sedativa, wenn sie ausschließlich zur Symptomkontrolle in der letzten Lebenswoche korrekt eingesetzt werden, nicht mit einer Verkürzung der Überlebenszeit assoziiert.«

⁴⁰ Zur deskriptiven Differenz zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe und zwischen indirekter aktiver Sterbehilfe und direkter aktiver Sterbehilfe vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt 4.2.4 des vorliegenden Sachstandsberichts. (»Genuinethische Relevanz der Aktiv-Passiv- und der Direkt-Indirekt-Unterscheidung«).

hilfe – seine Entsprechung im geltenden Recht zahlreicher Länder⁴¹, den einschlägigen Stellungnahmen vieler nationaler und internationaler Ethikgremien⁴² sowie den standesethischen bzw. standesrechtlichen Grundsätzen und Richtlinien der nationalen und internationalen Ärzteschaften.⁴³

Uneinigkeit besteht indes in der auf der genuinethischen Diskussions-ebene lokalisierten Frage, wie sich der bestehende Konsens bezüglich der ethischen Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe ethisch befriedigend begründen lässt (3.2.1).

3.2 *Zentrale Diskussionsfelder*

3.2.1 *Begründung des affirmativen Grundkonsenses*

Für die Begründung der ethischen Zulässigkeit bzw. Gebotenheit der indirekten aktiven Sterbehilfe werden zwei verschiedene Konzepte vorgebracht. Diese beiden Konzepte stehen zwar in einem gewissen Zusammenhang miteinander, sind jedoch argumentationslogisch nicht zuletzt deshalb voneinander zu unterscheiden, weil sich aus ihnen divergierende Legitimitätskriterien für die ethische Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe ergeben.

3.2.1.1 *Güterabwägungs-Konzept*

Im Rahmen des ersten Konzepts, des *Güterabwägungs-Konzepts*, wird die Situation der indirekten aktiven Sterbehilfe als klassische, zweipolige Güterkonflikt-Situation gedeutet, in der sich ein ethisches Gut nur unter Preisgabe eines anderen Gutes erreichen lässt bzw. ein Übel nur dadurch vermieden werden kann, dass ein anderes Übel hingenommen wird – und der Nachweis der ethischen Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe wird auf dem Wege einer Abwägung der miteinander konfligierenden Güter bzw. Übel gesucht.

Als bei der indirekten aktiven Sterbehilfe miteinander konfligierende Güter werden auf der einen Seite das patientenseitige Gut der Freiheit

⁴¹ Für Deutschland, die Schweiz, die Niederlande und Großbritannien vgl. den Abschnitt 4 des Teils I (Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe) des vorliegenden Sachstandsberichts.

⁴² Für Deutschland vgl. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 67; Nationaler Ethikrat 2006: 74; Bioethik-Kommission Bayern 2007: 47–48.

⁴³ Für Deutschland vgl. Bundesärztekammer 2004: I: »Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.«

von Schmerz und Leid sowie das Gut der Selbstbestimmung und auf der anderen Seite das patientenseitige Gut des Lebens angesetzt. Die indirekte aktive Sterbehilfe sei nun deshalb ethisch zulässig und geboten, weil die Ermöglichung eines schmerzfreien und/oder selbstbestimmten Todes, wenn es vom Sterbenden selbst als ein solches gewertet werde, ein höheres Gut darstelle als die Aussicht, unter schwersten Schmerzen nur noch kurze Zeit länger leben zu können.⁴⁴

3.2.1.2 *Doppelwirkungs-Konzept*

Das zweite Konzept, das *Doppelwirkungs-Konzept*, nimmt seinen Ausgang in der Rekonstruktion der im Rahmen der indirekten aktiven Sterbehilfe vollzogenen Handlung (Einsatz schmerzlindernder Medikamente, deren Nebenwirkungen die Lebensdauer herabsetzen) als einer klassischen Handlung mit Doppelwirkung (»actus cum duplici effectu«), d.h. einer Handlung, die sowohl eine ethisch gute als auch eine ethisch schlechte Wirkung hervorruft, und sucht die Begründung der ethischen Zulässigkeit dieser Handlung unter Zugrundelegung des sogenannten Prinzips der Doppelwirkung.

Das Prinzip der Doppelwirkung wurde unter anderem von Aristoteles vorbereitet und im Rahmen der scholastischen Moralphilosophie, insbesondere von Thomas von Aquin, weiterentwickelt. Den Hintergrund bildet die traditionelle Annahme, dass es Handlungen gebe, die unabhängig von ihren jeweiligen Umständen und Folgen ethisch *in sich* schlecht seien (»actus intrinseci mali«). Mit dem Prinzip der Doppelwirkung sollten Fälle gerechtfertigt werden, in denen eine Handlung, die traditionell zu den ethisch in sich schlechten Handlungen gezählt wurde, gleichwohl unbestritten ethisch zulässig oder sogar geboten ist. So wurde das Prinzip der Doppelwirkung von Thomas von Aquin für den Versuch einer Begründung verwendet, warum Tötungshandlungen gegen einen Menschen – obgleich ethisch in sich schlecht – dennoch in *Notwehrsituationen* zu Recht als ethisch zulässig oder gar geboten gelten.⁴⁵

⁴⁴ Ein Rekurs auf dieses Begründungskonzept findet sich in Nationaler Ethikrat 2006: 74; ferner – unter Verweis auf die Begründung der (rechtlichen) Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe durch die Rechtsfigur des rechtfertigenden Notstands in Bundesgerichtshof 1997 – in Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 68.

⁴⁵ Thomas von Aquin, *Summa Theologica*, II-II 64, 7 (Thomas von Aquin 1953: 172–176); zur Einführung in das Prinzip der Doppelwirkung vgl. Aulisio; Ricken 2003: 281–293; Feldhaus 1998; zur Anwendung des Prinzips der Doppelwirkung im Zusammenhang mit der Begründung der ethischen Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe vgl. Zimmermann-Acklin 2002: 279–289; Beauchamp / Childress 2001: 128–132; eine ausführliche, kritische Betrachtung

Gemäß der klassischen Formulierung des Prinzips der Doppelwirkung ist eine Handlung, die traditionell zu den in sich schlechten Handlungen gezählt wird, dann ethisch zulässig, wenn diese Handlung neben ihrer ethisch schlechten Wirkung zugleich eine ethisch gute oder jedenfalls ethisch erlaubte Wirkung hat, der Handelnde ausschließlich die gute oder erlaubte Wirkung beabsichtigt, die schlechte Wirkung kein Mittel zur Erreichung der guten Wirkung ist (da die schlechte Wirkung sonst doch beabsichtigt würde, nämlich als Mittel zur Erreichung der guten Wirkung) und die gute Wirkung zur schlechten Wirkung in einem angemessenen Verhältnis steht.

Ausgehend von diesem Deutungsschema stellt sich auch die indirekte aktive Sterbehilfe vorderhand als eine ethisch in sich schlechte Handlung dar, da durch sie aktiv der Tod eines – überdies unschuldigen – Menschen bewirkt wird, die aber deshalb ethisch zulässig ist, weil sie *zum einen* diesem Menschen ein nicht auf andere Weise zu ermöglichendes schmerzfreieres Sterben verschafft, dem von diesem Menschen selbst der Vorzug vor einem nur geringfügig längerem Leben unter gravierenden Schmerzen gegeben wird, und *zum anderen* die durch das schmerzlindernde Medikament bewirkte Verkürzung des Lebens dieses Menschen nicht beabsichtigt, sondern lediglich um willen seiner Schmerzfreiheit in Kauf genommen wird.

3.2.1.3 *Unterschiede und Probleme der beiden Konzepte*

Der zentrale Unterschied zwischen dem Güterabwägungs-Konzept und dem Doppelwirkungs-Konzept liegt darin, dass die ethische Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe zwar bei beiden jeweils unter Berücksichtigung der aufgezeigten – an der Werteordnung des Patienten selbst orientierten – Güterabwägung geschieht; während eben diese Güterabwägung im Güterabwägungs-Konzept jedoch als für sich hinreichender Rechtfertigungsgrund für die indirekte aktive Sterbehilfe fungiert – vorausgesetzt, dass der Patient im Sterben liegt, die Schmerzen nicht anders gelindert werden können und der Patient dem Einsatz der Medikamente seine Zustimmung erteilt –, erfährt diese Güterabwägung im Doppelwirkungs-Konzept ihre legitimierende Kraft allererst unter der Voraussetzung, dass die durch die Sterbehilfehandlung bewirkte Lebensverkürzung nicht beabsichtigt wird.

Beide Konzepte sind mit etwaigen Problemen verbunden: Durch den Verzicht auf die Nicht-Absichtlichkeit der Lebensverkürzung als notwen-

dieses Prinzips und seiner Verwendung im Zusammenhang mit der ethischen Beurteilung der (lebensverkürzenden) Sterbehilfe findet sich insbesondere bei Kuhse 1994: 109–205.

dige Legitimitätsbedingung für die indirekte aktive Sterbehilfe begeben sich Vertreter des Güterabwägungs-Konzepts *volens nolens* der Möglichkeit, argumentationslogisch konsistent die genuinethische Zulässigkeit der *direkten* aktiven Sterbehilfe jedenfalls *kategorisch* zu verneinen.

Diesem Problem scheint das Doppelwirkungs-Konzept zunächst zu entkommen, indem es die Nicht-Absichtlichkeit der Lebensverkürzung ja gerade als fundamentale Legitimitätsbedingung der indirekten aktiven Sterbehilfe ansetzt. Das Doppelwirkungs-Konzept führt aber eben damit zu dem Problem, wie sich feststellen lässt, mit welcher Absicht ein schmerzlinderndes Medikament verabreicht bzw. eingenommen wurde.

Skeptiker vertreten die Ansicht, dass sich diese Frage bereits aus prinzipiellen Gründen nie mit zufriedenstellender Sicherheit klären lasse und ein Abstellen auf die Absichtlichkeit bzw. Nicht-Absichtlichkeit als letztlich entscheidendes Kriterium der ethischen Zulässigkeit schon deshalb verfehlt sei. Andere verweisen auf Möglichkeiten der »Objektivierung« der Absicht der Handelnden. So lasse sich die Frage, mit welcher Absicht ein schmerzlinderndes Medikament gegeben worden sei, etwa daran erkennen, ob der Einsatz dieses Medikaments *lege artis* erfolgt sei. Die Absicht sei stets dann verdächtig, wenn das eingesetzte Medikament in Art oder Dosis das medizinisch Indizierte übersteige.⁴⁶ Freilich wird hier eine Einigkeit bezüglich des jeweils medizinisch Indizierten vorausgesetzt, die *in praxi* nicht immer gegeben ist.⁴⁷

Auch das beim Güterabwägungs-Konzept angetroffene potenzielle Problem, die Annahme einer kategorischen genuinethischen Unzulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe widerspruchlos begründen zu können, wird vom Doppelwirkungs-Konzept nur bedingt gelöst. Die Möglichkeit, eine kategorische genuinethische Unzulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe ohne Widerspruch behaupten zu können, hängt beim Doppelwirkungs-Konzept davon ab, ob sich die in diesem Konzept vorausgesetzte ethische Relevanz der Unterscheidung zwischen »beabsichtigt« und »in Kauf genommen« auch argumentativ einholen lässt.⁴⁸

⁴⁶ Schöch / Verrel 2005: 576–579.

⁴⁷ Vgl. den im Abschnitt 2.1.2.1 (»Vorsatzfrage«) des vorliegenden Sachstandsberichts erwähnten Gutachter-Streit im so genannten »Dolantin-Fall«.

⁴⁸ Zur Auseinandersetzung über die ethische Relevanz der Unterscheidung zwischen »beabsichtigen« und »in Kauf nehmen« und die systematisch vorgängige Frage der Plausibilität ihrer handlungstheoretischen Unterscheidung vgl. die diesbezüglichen Ausführungen in Abschnitt 4.2.3 »Legitimität der Tötung aufgrund eines legitimen und validen Verlangens«, Unterabschnitt »Direkt-Indirekt-Unterscheidung«.

4. Direkte aktive Sterbehilfe

4.1 *Begriff und allgemeine Diskussionslage*

4.1.1 Begriff

Als direkte aktive Sterbehilfe wird die Ermöglichung eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens durch die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen eigenes Verlangen bezeichnet.⁴⁹

»Aktiv« ist diese Form der Sterbehilfe insofern, als der Tod im Unterschied zur passiven Sterbehilfe nicht durch ein bloßes Geschehenlassen des Sterbevorgangs, sondern durch eine von außen an den Patienten herangetragene Ursache bewirkt wird; »direkt« ist sie, da der Tod anders als bei der indirekten aktiven Sterbehilfe nicht die Folge einer auf ein anderes Ziel gerichteten Handlung ist, sondern als Ziel oder Mittel der Handlung unmittelbar beabsichtigt wird.⁵⁰ Von einer durch eine Beihilfe zur Selbsttötung vollzogenen Sterbehilfe unterscheidet sich die direkte aktive Sterbehilfe dadurch, dass der Tod nicht durch eine dem Sterbehilfe-*Empfangenden*, sondern eine dem Sterbehilfe-*Leistenden* zurechenbare Tötungshandlung bewirkt wird.⁵¹

4.1.2 Grunddissens

Anders als in den Fällen der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe, hinsichtlich derer auf allen drei Diskussionsebenen ein affirmativer Grundkonsens besteht,⁵² ist die Beurteilung der direkten aktiven Sterbehilfe sowohl in genuinethischer Hinsicht als auch in rechtsethischer und standesethischer Hinsicht bereits im Grundsatz strittig.

Diese Uneinigkeit zeigt sich nicht nur im Blick auf die diesbezüglichen Kontroversen innerhalb der philosophisch-ethischen Fachdiskussion und auf einzelne Stellungnahmen verschiedener Ethikgremien⁵³; sie spiegelt

⁴⁹ Vgl. die Definitionen der Sterbehilfeformen in Abschnitt 1.1.1 des vorliegenden Sachstandsberichts.

⁵⁰ Zur genauen deskriptiven Differenz vgl. die Ausführungen in Abschnitt 4.2.3 »Legitimität der Tötung aufgrund eines legitimen und validen Verlangens«.

⁵¹ Beauchamp / Childress 2001: 144: »In assisted suicide, the final agent is the one whose death is brought about, and in voluntary active euthanasia, the final agent is another party who has been authorized to act by the one whose death is brought about.«

⁵² Hinsichtlich der affirmativen Grundkonsense bezüglich der passiven Sterbehilfe und der indirekten aktiven Sterbehilfe vgl. die Ausführungen in den Abschnitten 2.1 und 3.1.

⁵³ Vgl. exemplarisch die Meinungsverschiedenheit innerhalb des Nationalen Ethikrates bezüg-

sich darüber hinaus vor allem auch in dem gegenwärtigen Nebeneinander fundamental unterschiedlicher rechtlicher Regelungsmodelle zur direkten aktiven Sterbehilfe innerhalb Westeuropas wider: Während in den meisten Ländern die direkte aktive Sterbehilfe – zumeist als »Tötung auf Verlangen« – unter Strafe gestellt ist, ist sie in den Niederlanden und in Belgien unter bestimmten – von diesen Ländern jedoch wiederum uneinheitlich gesetzten – Bedingungen straffrei (Niederlande) bzw. sogar rechtlich zulässig (Belgien).⁵⁴

Grob typologisierend lassen sich im Rahmen der ethischen Diskussion der direkten aktiven Sterbehilfe drei Positionen ausmachen:

Position 1: Die direkte aktive Sterbehilfe ist stets und unter allen Umständen ethisch unzulässig und sollte deshalb auch strafgesetzlich und standesethisch ausnahmslos missbilligt werden.⁵⁵

Position 2: Es gibt Situationen, in denen die direkte aktive Sterbehilfe ethisch zulässig und sogar ethisch geboten ist; im Hinblick auf diese Situationen sollte sie auch im Strafrecht und im Standesethos partiell gebilligt werden.⁵⁶

Position 3: Es gibt Situationen, in denen die direkte aktive Sterbehilfe ethisch zulässig und sogar ethisch geboten ist; dennoch sollte auch auf eine lediglich partielle strafgesetzliche und standesethische Billigung verzichtet werden.⁵⁷

lich der genuinethischen Bewertung der direkten aktiven Sterbehilfe: Nationaler Ethikrat 2006: 91–95.

⁵⁴ Vgl. den abschließenden, rechtsvergleichenden Abschnitt im vorangegangenen, rechtsorientierten Teil des vorliegenden Sachstandsberichts. Im Februar 2008 hat auch das Parlament des Großherzogtums Luxemburg mit knapper Mehrheit einen Gesetzentwurf angenommen, gemäß dem die direkte aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen straffrei gestellt wird. Das Inkrafttreten dieses Gesetzes setzt jedoch noch die Bestätigung seiner Verfassungsmäßigkeit voraus, die vom Staatsrat des Großherzogtums zu überprüfen ist; diese Bestätigung steht zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch aus.

⁵⁵ Zu den Vertretern der ersten Position zählen u. a. das Lehramt der katholischen Kirche (vgl. z. B. Kongregation für die Glaubenslehre 1980; Johannes Paul II. 1995: III. Kapitel, Nr. 66; Katechismus der Katholischen Kirche 1997: Nr. 2277) und die Evangelische Kirche in Deutschland (vgl. Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland 2007: 1); ferner Bormann 2002; einige Mitglieder des Nationalen Ethikrates in Nationaler Ethikrat 2006: 91–95.

⁵⁶ Zu den Vertretern der zweiten Position zählen u. a. Rachels 1999; Callahan 2006; Singer 2004; Kuhse 1994; Birnbacher 1995; 1992; 2005; Küng 1995; Hoerster 1999; Hoerster 1998; Schöne-Seifert 2006; Krämer 1995: 297–299; Admiraal 2006.

⁵⁷ Zu den Vertretern der dritten Position zählen u. a. Spaemann 1997; einige Mitglieder des Nationalen Ethikrates in Nationaler Ethikrat 2006: 91–95; Danish Council of Ethics 2003; Krämer 1995: 297–299.

Im Zentrum der Auseinandersetzung um die *genuinethische* Bewertung der direkten aktiven Sterbehilfe stehen vor allem folgende Fragen:

- Ist das Verlangen, um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens von einem anderen Menschen getötet zu werden, *ethisch zulässig*? (4.2.1)
- Ist das Verlangen, um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens von einem anderen Menschen getötet zu werden, *hinreichend valide*? (4.2.2)
- Ist es ethisch zulässig, dem Verlangen eines Menschen zu *entsprechen*, ihn um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens zu töten, falls dieses Verlangen sowohl ethisch zulässig als auch hinreichend valide ist? (4.2.3)
- Worin liegt der Unterschied zwischen der direkten aktiven Sterbehilfe auf der einen Seite und der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe auf der anderen Seite, und kommt diesem Unterschied eine genuinethische *Relevanz* zu? (4.2.4)

Auf der *rechtsethischen* und der *standesethischen* Diskussionsebene steht dagegen die Frage im Vordergrund, welche Risiken mit einer auch nur partiellen strafgesetzlichen und standesethischen Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe für diejenigen verbunden sind, die als Bürger, Patienten und Ärzte von dieser Billigung betroffen sind, und ob diese Risiken eine ausnahmslose strafgesetzliche und standesethische Missbilligung rechtfertigen. (4.2.5)

4.2 — Zentrale Diskussionsfelder

4.2.1 — Legitimität des Verlangens, getötet zu werden

Dem Verlangen eines Menschen zu entsprechen, ihn um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens zu töten, kann überhaupt nur dann ethisch zulässig sein, wenn dieses Verlangen selbst nicht ethisch unzulässig ist.

Die Zulässigkeit eines solchen Verlangens wird jedoch von einigen verneint. Es gebe zwar keine unbedingte Pflicht, das eigene Leben stets und unter allen Umständen und mit allen nur denkbaren Mitteln zu verlängern bzw. verlängern zu lassen, sich um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens töten zu lassen verstoße jedoch in unzulässiger Weise gegen die ethischen Pflichten, denen der Mensch gegenüber Gott, gegenüber sich selbst oder gegenüber anderen Menschen unterstellt sei.

Diese Position wird nicht nur von religiöser Seite aus vertreten; unter Verweis auf die beiden zuletzt genannten Pflichten des Menschen gegen sich selbst und gegen seine Mitmenschen begegnet man ihr auch in säkularen Argumentationskontexten und unabhängig von einem argumentationslogischen Rekurs auf religiöse Glaubensannahmen.

Kritiker dieser Position leugnen zum Teil die *Existenz* der im Rahmen dieses Arguments beanspruchten Pflichten, zum Teil bezweifeln sie, dass sich durch diese Pflichten tatsächlich das behauptete *kategorische* Verbot der direkten aktiven Sterbehilfe begründen lässt.

Zur Darstellung der diesbezüglichen Kontroverse sei an dieser Stelle auf die Ausführungen in Abschnitt 5.2.1 »Legitimität des Suizids« verwiesen.

4.2.2 Validität des Verlangens, getötet zu werden

Ob es ethisch zulässig ist, dem Verlangen eines Menschen zu entsprechen, ihn um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens zu töten, hängt jedoch nicht nur davon ab, ob dieses Verlangen ethisch zulässig ist, sondern auch davon, ob dieses Verlangen valide ist. Dies kann es nur dann sein, wenn dieses Verlangen in einem entscheidungsfähigen Zustand, in Kenntnis aller relevanten Umstände und nach reiflicher Überlegung formuliert worden ist.

Kritiker sehen die direkte aktive Sterbehilfe zum Teil bereits deshalb als ethisch unbedingt unzulässig an, weil es sich ihrer Meinung nach bei dem Verlangen eines Menschen, um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens getötet zu werden, niemals um ein valides Verlangen handeln könne – oder aber zumindest die Validität eines solchen Verlangens niemals mit der Sicherheit verifizierbar sei, die erforderlich sei, um diesem Verlangen entsprechen zu dürfen.

Verlange ein Patient nach direkter aktiver Sterbehilfe, so erstrebe er seinen Tod nicht als Selbstzweck, sondern lediglich als ein von ihm für notwendig erachtetes Mittel, um den von ihm als unerträglich empfundenen Schmerzen oder den von ihm als zu bedrückend oder unwürdig empfundenen Gefühlen der Hilflosigkeit, der Angst, der Einsamkeit oder auch der Nutzlosigkeit zu entkommen.⁵⁸ Valide könne das Verlangen eines Patienten nach direkter aktiver Sterbehilfe daher überhaupt nur unter der Voraussetzung sein, dass die direkte aktive Sterbehilfe als Mittel der Schmerzlin-

⁵⁸ Niethammer 1995: 140; Deutsches Ärzteblatt 2008.

derung oder der Erlösung von anderen, quälenden Leidenszuständen tatsächlich alternativlos sei.

Die erwünschte Schmerz- und Leidenslinderung lasse sich aber ebenso mithilfe einer angemessenen palliativmedizinischen Versorgung, der entsprechenden mitmenschlichen Zuwendung und einer psychologischen oder seelsorgerischen Betreuung – und ohne eine direkte aktive Herbeiführung des Todes des Patienten – erreichen. Entsprechend werde auch durch die Erfahrungen in der Hospizarbeit belegt, dass der Wunsch von Patienten nach einer direkten aktiven Sterbehilfe bei ausreichender palliativmedizinischer und sonstiger, *sterbebegleitender* Zuwendung abnehme.⁵⁹ An diese Beobachtung werden nicht selten Forderungen nach dem Ausbau palliativmedizinischer Versorgungs-, Ausbildungs- und Aufklärungsstrukturen sowie des Hospizwesens geknüpft.⁶⁰

Ein weiterer Grund dafür, dass das Verlangen nach direkter aktiver Sterbehilfe nicht valide und die direkte aktive Sterbehilfe eben darum kategorisch ethisch unzulässig sei, wird darin gesehen, dass die gravierenden Schmerz- oder Leidenszustände, aufgrund derer ein Mensch eben dieses Verlangen formuliere, ihn zugleich seiner autonomen Entscheidungsfähigkeit beraubten. Überdies gelte es zu berücksichtigen, dass ein Mensch während seines Sterbeprozesses typischerweise verschiedene psychische Phasen durchlaufe, die mit gravierenden Stimmungswechseln einhergingen. Beim Verlangen eines Sterbenden nach direkter aktiver Sterbehilfe handle es sich mithin um eine ebenso natürliche wie vorübergehende Begleiterscheinung des Sterbeprozesses, die nicht mit einem für die ethische Zulässigkeit einer direkten aktiven Sterbehilfe erforderlichen, validen Sterbeverlangen verwechselt werden dürfe.⁶¹

Gegen diesen psychologisch-epistemologischen Argumentationsansatz für die unbedingte ethische Unzulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe wird ins Feld geführt, dass es zumindest vereinzelt Fälle gebe, in denen selbst eine optimale palliativmedizinische Versorgung die Schmerzen oder Leiden eines Menschen nicht auf ein für ihn erträgliches Maß reduzieren

⁵⁹ May 2005: 71; Kettler 2005: 136; Schockenhoff 1992: 108 formuliert: »Wo wirksame Schmerzbehandlung und menschliche Zuwendung dem Kranken die Möglichkeit zur persönlichen Gestaltung seines Sterbens geben, da taucht der Wunsch, den Sterbeprozess durch eine bewusste Manipulation des Todesintritts zu beschleunigen, nicht mehr auf.«

⁶⁰ Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« 2004: 14; Kettler 2005: 136–137; Deutsche Hospiz Stiftung 2006.

⁶¹ Bonelli 2000: 93; Pöltner 2000: 40. Grundlegend im Zusammenhang mit der Einteilung so genannter (typischer psychischer) Sterbephasen v. a. Kübler-Ross 2004; 2001.

könne – oder dies zwar vermöchte, aber nur zum Preis von Nebenwirkungen, die vom Patienten ebenfalls als unerträglich empfunden würden.⁶²

Zudem hätten auch nicht alle Menschen, bei denen eine palliativmedizinische Versorgung angezeigt sei, Zugang zu einer solchen Versorgung – sei es aus allgemein-strukturellen Gründen, weil das Gesundheitssystem eines Landes nicht über die entsprechenden Ressourcen verfüge, sei es aus spezifisch-situativen Gründen, weil diese Menschen sich – wie zum Beispiel der tödlich verletzte, unter unerträglichem Schmerzen leidende und um einen »Gnadenschuss« flehende Soldat im Gefecht – in einer Ausnahmesituation befänden, in der eine angemessene palliativmedizinische Versorgung nicht rechtzeitig erreichbar sei.

Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass es einige Leidenszustände gebe, wie etwa das Gefühl des Autonomieverlusts oder der Würdelosigkeit oder das Empfinden, Angehörigen und Behandelnden zur Last zu fallen, die nicht durch palliativmedizinische Maßnahmen bekämpft werden könnten und auch nicht immer durch zwischenmenschliche, psychologische oder seelsorgerische Betreuung behebbar seien.⁶³

Es könne daher durchaus Situationen geben, in denen die Linderung der Schmerzen oder Leiden eines Menschen nur auf dem Wege einer direkten aktiven Sterbehilfe möglich sei und das Verlangen nach direkter aktiver Sterbehilfe daher nicht schon deshalb als nicht valide angesehen werden könne, weil sich das mit der direkten aktiven Sterbehilfe auch vom Patienten selbst *eigentlich* verfolgte Ziel der Ermöglichung eines weniger schmerz- und leidvollen Sterbens stets auch *unter Umgebung* der direkten aktiven Sterbehilfe erreichen lasse.⁶⁴

Bezüglich des Einwandes, dass sich die Validität eines Verlangens nach aktiver Sterbehilfe nie mit der Sicherheit verifizieren lasse, die erforderlich sei, um diesem Verlangen entsprechen zu dürfen, wird zu bedenken gegeben, dass es sich hierbei keineswegs um ein spezifisches Problem der direkten aktiven Sterbehilfe handle: Auch bei dem Verlangen nach passiver Sterbehilfe und nach indirekter aktiver Sterbehilfe sei nicht mit letzter Sicherheit klärbar, ob dieses Verlangen tatsächlich ernstlich, wohlinformiert und reiflich überlegt sei, ohne dass diese Formen der Sterbehilfe deshalb als kategorisch ethisch unzulässig angesehen würden.⁶⁵

Auch das Argument, dass ein Irrtum bezüglich der Validität des Sterbehilfe-Verlangens oder auch bezüglich der Diagnose in den Fällen der passi-

⁶² Küng 1995: 42; Hoerster 1998: 14f; Birnbacher 2005: 32; Ruß 2002: 18.

⁶³ Gordijn 1997; Ruß 2002: 18; Birnbacher 2005: 32.

⁶⁴ Küng 1995: 42.

⁶⁵ Ruß 2002: 14.

ven und der indirekten aktiven Sterbehilfe nicht so gravierend sei, weil sich ein solcher Irrtum in diesen Fällen rückgängig machen lasse, während die Folgen einer direkten aktiven Sterbehilfe irreversibel seien,⁶⁶ verfange nicht. Denn zum einen könnten die Folgen unter bestimmten Umständen auch bei der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe irreversibel sein,⁶⁷ zum anderen könne das mutmaßlich erhöhte Irrtumsrisiko bezüglich der Diagnose bei der direkten aktiven Sterbehilfe gegebenenfalls dadurch abgefangen werden, dass es vom Sterbehilfe-Verlangenden selbst im Rahmen einer Abwägung gegen die von ihm erstrebte baldige Erlösung von seinen Schmerzen und Leiden bewusst in Kauf genommen werde.⁶⁸

4.2.3 Legitimität der Tötung aufgrund eines legitimen und validen Verlangens

Gesetzt den Fall, das Verlangen eines Menschen, um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens von einem anderen Menschen getötet zu werden, ist zumindest unter bestimmten Umständen nicht nur legitim, sondern in seiner Validität auch hinreichend unzweifelhaft: Ist es unter diesen Umständen ethisch zulässig, diesem Verlangen zu entsprechen?

Diejenigen, die diese Frage verneinen, argumentieren, dass jedwede Tötung auf Verlangen unabhängig von der Legitimität und der Validität dieses Verlangens stets eine ethisch unzulässige Verfügung über Leben und Tod eines anderen Menschen und einen Verstoß gegen die Würde dieses Menschen darstelle.

Wer einen anderen Menschen auf dessen Verlangen hin töte, dem komme nicht nur die Tatherrschaft über die Tötungshandlung gegen einen anderen Menschen zu, sondern mit dieser Tatherrschaft zugleich auch die Letztentscheidung über die Tötungshandlung gegen diesen Menschen. Wer aber nicht nur einen anderen Menschen töte, sondern zugleich auch die Letztentscheidung über die Tötung dieses Menschen treffe, der verfüge in unzulässiger Weise über Leben und Tod dieses anderen Menschen, der dadurch seinerseits, indem er die gegen sich gerichtete Tötungshandlung weder selbst ausführe noch auch über ihre Ausführung letztlich selbst

⁶⁶ Beauchamp 1999: 271.

⁶⁷ Hoerster 1998: 151: »Auch im Fall passiver oder indirekter Sterbehilfe kommt natürlich im Kausalverlauf irgendwann der ›point of no return‹, an dem weder der Betroffene seine Entscheidung für den Tod wirksam revidieren noch der Arzt einen bei der Prüfung der Voraussetzungen legitimer Sterbehilfe begangenen Fehler noch erfolgreich korrigieren kann.«

⁶⁸ Birnbacher 1995: 352–353.

befinde, von einem Handlungs*subjekt* zu einem bloßen Handlungs*objekt* herabgewürdigt werde.⁶⁹

Andere leugnen, dass einen Menschen auf dessen eigenes Verlangen hin zu töten stets eine Fremdverfügung und einen Verstoß gegen dessen Würde darstelle. Eine Fremdverfügung über einen Menschen und eine Herabwürdigung eines Menschen zum bloßen Objekt liege nur dort vor, wo ein Mensch nicht – seiner Natur als Zwecke setzen könnendes Wesen entsprechend – als Zweck an sich, sondern ausschließlich als Mittel zur Verfolgung von Zwecken behandelt werde, die nicht die seinigen seien.

Erfolge die Tötung eines anderen Menschen deshalb, weil dieser Mensch danach verlange, werde – jedenfalls dann, wenn dieses Verlangen valide sei – mit dieser Tötung aber gerade nicht ein beliebiger fremder Zweck, sondern ein Zweck der um die Tötung verlangenden Person selbst verfolgt. Die Validität des Verlangens vorausgesetzt, sei die Tötung auf Verlangen daher keine Fremdverfügung, sondern eine arbeitsteilig vollzogene Selbstverfügung⁷⁰, mit der die Subjektstellung des nach seiner Tötung Verlangenden nicht *missachtet*, sondern im Gegenteil *geachtet* werde und durch die der Vollzug seiner Subjektstellung dann, wenn er physisch nicht mehr in der Lage sei, seine Selbstverfügung ohne die Hilfe anderer umzusetzen, allererst weiterhin ermöglicht werde. Eine solche arbeitsteilige Selbstverfügung sei daher zumindest in den Fällen als ethisch zulässig anzunehmen, in denen die Selbstverfügung nicht als ethisch unzulässig angesehen werde⁷¹ und sie von dem valide um seine Tötung Verlangenden nicht ohne Inanspruchnahme anderer vollzogen werden könne.⁷²

4.2.4 Genuinethische Relevanz der Aktiv-Passiv- und der Direkt-Indirekt-Unterscheidung

Die Annahme, dass zwar sowohl die passive als auch die indirekte aktive Sterbehilfe jedenfalls unter bestimmten Umständen nicht nur ethisch zulässig, sondern ethisch geboten sind, die direkte aktive Sterbehilfe aber unter allen Umständen ethisch unzulässig ist, lässt sich nur dann ohne Wi-

⁶⁹ Vossenkuhl 1995: 30–33; Schroeder 1994: 573; Rilinger 1997: 429; Callahan 2006.

⁷⁰ Vgl. die Deutung der Tötung auf Verlangen als »arbeitsteilige Selbsttötung« bei Jakobs 1998: 16.

⁷¹ Zur Auseinandersetzung um die ethische Zulässigkeit der Verfügung über Sein und Nichtsein der eigenen Existenz vgl. die Ausführungen in Abschnitt 4.2.1 des vorliegenden Sachstandsberichts (»Legitimität des Verlangens, getötet zu werden«) und in Abschnitt 5.2.1 (»Legitimität des Suizids«).

⁷² Antoine 2004: 262.

derspruch vertreten, wenn zwischen der direkten aktiven Sterbehilfe einerseits und der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe andererseits ein deskriptiv fassbarer intrinsischer Unterschied besteht, der die behauptete normative Differenz begründet.⁷³

Kritiker der Auffassung, dass die direkte aktive Sterbehilfe unbedingt ethisch unzulässig sei, bezweifeln entweder bereits die Existenz eines deskriptiv fassbaren intrinsischen Unterschieds, oder aber sie gestehen zwar einen deskriptiv fassbaren intrinsischen Unterschied zu, verneinen aber, dass diesem die behauptete normative Differenz entspricht.

4.2.4.1 *Aktiv-Passiv-Unterscheidung*

Die entscheidende deskriptive Differenz zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wird in erster Näherung oftmals darin gesehen, dass der Tod des Sterbehilfe-Empfangenden im ersten Fall durch ein »Tun«, im zweiten Fall dahingegen durch ein »Unterlassen« bewirkt werde, wobei »Tun« und »Unterlassen« rein phänomenologisch aufgefasst werden und ein »Tun« als durch das willentliche Ausführen einer körperlichen Bewegung, ein »Unterlassen« als durch den willentlichen Verzicht auf die Ausführung einer körperlichen Bewegung definiert angesehen wird.⁷⁴

Gemäß dieser Deutung wäre jedoch auch die durch einen Behandlungsabbruch vollzogene Sterbehilfe – dann jedenfalls, wenn dieser Behandlungsabbruch durch eine körperliche Bewegung des Sterbehilfe-Leistenden vollzogen wird, wie dies etwa beim Ausschalten eines Beatmungsgerätes oder beim Entfernen einer Ernährungssonde der Fall ist – als aktive Sterbehilfe einzuordnen.

Um diese von vielen als kontraintuitiv empfundene Konsequenz zu vermeiden,⁷⁵ wird vorgeschlagen, den entscheidenden deskriptiven Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nicht darin zu sehen, ob der Tod in phänomenologischer Hinsicht durch ein »Tun« oder ein »Unterlassen« herbeigeführt werde, sondern vielmehr darin, ob der Tod durch einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Sterbehilfe-Empfangenden bewirkt werde oder dadurch, dass auf einen solchen Eingriff – oder dessen Fortführung – verzichtet werde. Werde der Tod durch einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Sterbehilfe-Empfangenden bewirkt, handle es sich um eine aktive Sterbehilfe, werde er hingegen da-

⁷³ Siep / Quante 1999: 43.

⁷⁴ Rachels 1999; Beauchamp 1999: 272–273.

⁷⁵ Antoine 2004: 185; Birnbacher 1995: 340–341. Vgl. ferner die Ausführungen zum »Technischen Behandlungsabbruch« in Abschnitt 2.2.2 des vorliegenden Sachstandsberichts.

durch bewirkt, dass auf einen solchen Eingriff – oder dessen Fortführung – verzichtet werde, handele es sich um eine passive Sterbehilfe.⁷⁶

Eben diese handlungstheoretische Differenz von »Eingriff« und »Nicht-Eingriff« begründe zugleich eine wichtige kausaltheoretische Differenz zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe: Zwar seien sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe kausal am Tod des Sterbehilfe-Empfangenden beteiligt; während bei einer aktiven Sterbehilfe jedoch der vollzogene Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Sterbehilfe-Empfangenden bereits für sich allein hinreichend sei, um dessen Tod zu bewirken, bewirke der bei einer passiven Sterbehilfe erfolgende Verzicht auf einen solchen Eingriff dessen Tod lediglich im Zusammenhang mit einer vorgängigen tödlichen Erkrankung, die die eigentliche Ursache für den Tod des Patienten darstelle.⁷⁷ Dies führe auch dazu, dass die Folgen einer aktiven und einer passiven Sterbehilfe bereits auf der Ebene der Einzelhandlung keineswegs immer dieselben seien: Habe die direkte aktive Sterbehilfe stets den Tod des Patienten zur Folge, könne der passiven Sterbehilfe eine Besserung oder gar Genesung folgen.⁷⁸

Während einige diese spezifische intrinsische handlungs-, kausal- und folgentheoretische Differenz der aktiven Sterbehilfe bereits als einen für sich hinreichenden Beleg für die von ihnen angenommene unbedingte ethische Unzulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe anführen, leugnen andere, dass diese Differenz tatsächlich geeignet sei, allein für sich genommen eine unbedingte ethische Unzulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe zu begründen.

Werde eine Sterbehilfe allein schon dadurch ethisch kategorisch unzulässig, dass der Tod des Sterbehilfe-Empfangenden durch einen Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit bewirkt werde, der für sich allein hinreichend sei, um den Tod des Sterbehilfe-Empfangenden herbeizuführen, dann müsse auch die indirekte aktive Sterbehilfe als ethisch unbedingt unzulässig abgelehnt werden; die indirekte aktive Sterbehilfe jedoch werde

⁷⁶ Gert 1988: 299; Birnbacher 1995: 344–345; Wils 1999: 205; Antoine 2004: 42–44 sowie 184–185.

⁷⁷ Fuchs 1997: 83–84; Bormann 2002: 31; Fuchs 2006: 24.

⁷⁸ Honnefelder 1998: 28. Vgl. Beauchamp 1999: 271. Dieser (aus ihrer handlungstheoretischen Differenz abgeleiteten) kausaltheoretischen Differenz zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe entspricht zugleich ein höheres Risiko der ersteren im Falle einer Fehldiagnose. Zur Auseinandersetzung um die Frage, ob dieses erhöhte Risiko eine kategorische ethische Unzulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe begründet, vgl. die Ausführungen in Abschnitt 4.2.2 des vorliegenden Sachstandsberichts (»Validität des Verlangens, getötet zu werden«).

allgemein hin und zu Recht nicht nur als ethisch zulässig, sondern auch als ethisch geboten angesehen.

Überdies lasse gerade der Umstand, dass die aktive Sterbehilfe den Tod des Sterbehilfe-Empfangenden schnell und mit Gewissheit bewirke, während die passive Sterbehilfe seinen Tod lediglich mit Wahrscheinlichkeit und mit einer zeitlichen, für den Sterbehilfe-Empfangenden möglicherweise äußerst qualvollen, Verzögerung zur Folge habe, die aktive Sterbehilfe im Vergleich mit der passiven Sterbehilfe – jedenfalls in bestimmten Situationen und sofern das Verlangen, getötet zu werden, legitim und valide sei – im Gegenteil sogar als die ethisch vorzugswürdigere erscheinen.⁷⁹

4.2.4.2 *Direkt-Indirekt-Unterscheidung*

Trifft es zu, dass die Annahme einer kategorischen ethischen Unzulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe nicht auf das Element der »Aktivität« gestützt werden kann, ist die Frage umso dringlicher, ob das Element der »Direktheit« als hinreichender Grund für diese Annahme zu fungieren vermag.

Allgemein hin wird der Unterschied zwischen direkter aktiver Sterbehilfe und indirekter aktiver Sterbehilfe darin gesehen, dass der Sterbehilfe-Leistende den Tod im ersten Fall absichtlich herbeiführe, während er ihn im zweiten Fall lediglich als – wahrscheinliche oder sichere – Nebenfolge einer anders nicht möglichen Schmerzlinderung in Kauf nehme.⁸⁰

Eben diese Unterscheidung zwischen beabsichtigter Tötung und in Kauf genommener Tötung eignet sich jedoch nur dann als Fundament für die Annahme einer radikalen ethischen Differenz zwischen der direkten aktiven Sterbehilfe und der indirekten aktiven Sterbehilfe, wenn sie sich auch begrifflich einholen lässt und ihrer etwaig bestätigten deskriptiven Differenz tatsächlich auch die behauptete ethische Differenz zukommt.

Bereits die Frage nach der Existenz einer deskriptiven Differenz wird indes kontrovers diskutiert. Im Mittelpunkt dieser Diskussion steht die Frage, ob Handlungsfolgen, wie es bei der indirekten aktiven Sterbehilfe der Fall ist, zugleich als sicher oder zumindest wahrscheinlich vorausgesehen und dennoch ungewollt sein können.

Nach Auffassung derjenigen, die diese Frage verneinen, erstreckt sich

⁷⁹ Quill 1994: 185–187; Tugendhat: 132; Rachels 1999: 256; Singer 2004: 270; Hoerster 1998: 181; Admiraal 2006: 393.

⁸⁰ Vgl. die Ausführungen in den Abschnitten 1.1.1 des vorliegenden Sachstandsberichts (»Begriff und Grundformen der Sterbehilfe«) und 3.1 (»Indirekte aktive Sterbehilfe« / »Allgemeine Diskussionslage«).

die mit einer Handlung verbundene Absicht auch auf sämtliche Folgen dieser Handlung, sofern diese Folgen zumindest als wahrscheinlich vorausgesehen werden. Wenn ein Arzt im Einvernehmen mit dem Patienten diesem ein Medikament zur Linderung seiner anders nicht behebbaren Schmerzen gebe, das als wahrscheinliche oder sogar sichere Nebenfolge zugleich den Tod dieses Patienten bewirke, beabsichtige der Arzt nicht allein die Schmerzlinderung, sondern auch den Tod des Patienten, da der Tod des Patienten untrennbar ein Teil der Sachlage sei, die der Arzt absichtlich und eigenverantwortlich herbeiführe und einer alternativen Sachlage vorziehe, die den Tod des Patienten nicht enthalte.

Bestehe aber zwischen vorhergesehenen Folgen und beabsichtigten Folgen eine vollständige Kongruenz, so sei es mithin auch nicht möglich, zwischen einer beabsichtigten und einer in Kauf genommenen Tötung zu unterscheiden. Daher entpuppe sich auch die Unterscheidung zwischen direkter aktiver Sterbehilfe und indirekter aktiver Sterbehilfe bereits in deskriptiver Hinsicht als eine bloße Schein-Unterscheidung, weshalb diese beiden Formen der Sterbehilfe auch in genuinethischer Hinsicht *ceteris paribus* stets gleich zu bewerten seien.⁸¹

Andere halten es dagegen durchaus für möglich, dass Folgen einer Handlung zwar vorhergesehen, aber dennoch nicht gewollt werden. Entscheidend dafür, ob eine Folge gewollt werde, sei nicht, ob sie als Teil einer Sachlage herbeigeführt werde, deren Herbeiführung ihrer Nicht-Herbeiführung bewusst vorgezogen werde, sondern ob diese Folge ein Ziel oder Mittel der Handlung darstelle. Werde eine Folge als eine – mögliche, wahrscheinliche oder sichere – Folge einer Handlung vorausgesehen, ohne zugleich auch Ziel oder Mittel dieser Handlung zu sein, so sei diese Folge auch nicht gewollt, sondern lediglich in Kauf genommen.

Eine beabsichtigte Tötung unterscheide sich demnach von einer in Kauf genommenen Tötung dadurch, dass der Tod im ersten Fall ein Ziel oder Mittel der Handlung darstelle, während er im zweiten Fall zwar vorausgesehen werde, aber weder Ziel noch Mittel der Handlung sei. Ob der Tod Ziel oder Mittel einer Handlung sei, lasse sich dabei mit der hypothetischen Frage klären, ob diese Handlung auch dann vollzogen würde, wenn

⁸¹ Vgl. – vor allem unter Berufung auf Sidgwick 1909 – Kuhse 1994: 188–191; Green 1980: 197; ferner Chisholm 1970: 636. »Wenn ein rationaler Mensch in der Absicht handelt, einen bestimmten Zustand P herbeizuführen und wenn er der Überzeugung ist, dass er, indem er P herbeiführt, auch den aus der Konjunktion P und Q bestehenden Zustand herbeiführt, dann handelt er in der Absicht, den aus der Konjunktion P und Q bestehenden Zustand herbeizuführen« (dt. Übersetzung zit. nach Kuhse 1994: 188).

sie den Tod des Patienten nicht zur Folge hätte; werde diese Frage bejaht, sei die Tötung in Kauf genommen, andernfalls beabsichtigt.⁸²

Erblickt man den Unterschied zwischen beabsichtigter und in Kauf genommener Tötung in der genannten Ziel/Mittel-Verfolgung, dann hängt die genuinethische Relevanz der Direkt-Indirekt-Unterscheidung davon ab, ob eine Sterbehilfe tatsächlich dadurch kategorisch ethisch unzulässig wird, dass der Tod, den sie zur Folge hat, als Ziel oder Mittel verfolgt wird.

Kritiker verneinen dies. Würde eine Sterbehilfe dadurch kategorisch unzulässig, dass der Tod, den sie zur Folge habe, vom Sterbehilfe-Empfangenden oder vom Sterbehilfe-Leistenden als Ziel oder Mittel angestrebt werde, dann müssten auch all die Fälle der passiven Sterbehilfe als ethisch unzulässig abgelehnt werden, in denen der Sterbehilfe-Empfangende lebenserhaltende Maßnahmen ablehne, um durch einen früheren Tod seinen Schmerzen eher zu entkommen, oder der Sterbehilfe-Leistende der Ablehnung der lebenserhaltenden Maßnahmen durch den Sterbehilfe-Empfangenden deshalb folge, weil er den Tod des Sterbehilfe-Empfangenden beabsichtige.

Im Fall der passiven Sterbehilfe bestehe aber Einigkeit, dass der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen immer dann nicht nur ethisch zulässig, sondern sogar ethisch geboten sei, wenn der Sterbehilfe-Empfangende diesen Maßnahmen seine Zustimmung verweigere – und dies unabhängig davon, welche Absicht der Sterbehilfe-Empfangende mit seiner Ablehnung dieser Maßnahmen oder der Sterbehilfe-Leistende mit seinem Gehorsam gegenüber dieser Ablehnung verbinde.⁸³

Überdies wird geltend gemacht, dass sich die ethisch schlechten Folgen einer Handlung nicht durch den Hinweis darauf rechtfertigen ließen, dass diese Folgen nicht beabsichtigt seien. Die ethisch schlechten Folgen einer Handlung ließen sich allein dadurch rechtfertigen, dass sie zu den ethisch guten Folgen dieser Handlung in einem angemessenen Verhältnis stünden. Stünden die schlechten Folgen aber zu den guten Folgen in einem angemessenen Verhältnis, so sei es auch – entgegen dem Prinzip der Doppelwirkung⁸⁴ – gänzlich unerheblich, ob die schlechten Folgen als Ziel oder als Mittel verfolgt oder lediglich in Kauf genommen würden.

Entsprechend sei es auch in genuinethischer Hinsicht unerheblich, ob

⁸² Ricken 2003: 281–293.

⁸³ Antoine 2004: 187.

⁸⁴ Zum Prinzip der Doppelwirkung, im Rückgriff auf das versucht wird, die allgemein anerkannte, bedingte ethische Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe und zugleich die unbedingte ethische Unzulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe zu begründen, vgl. die Ausführungen in Abschnitt 3.2.1 des vorliegenden Sachstandsberichts (»Indirekte aktive Sterbehilfe« /

der im Rahmen einer Sterbehilfehandlung bewirkte Tod des Sterbehilfe-Empfangenden – wie im Fall der direkten aktiven Sterbehilfe – als Ziel oder Mittel verfolgt oder – wie bei der indirekten aktiven Sterbehilfe – nicht als Ziel oder Mittel verfolgt, sondern lediglich vorausgesehen und in Kauf genommen werde. Dies gelte, sofern der Tod im Einvernehmen mit dem Sterbehilfe-Empfangenden herbeigeführt und die Herbeiführung seines Todes vom Sterbehilfe-Empfangenden selbst im Hinblick auf das von der in Frage stehenden Sterbehilfehandlung ermöglichte, selbstbestimmtere und weniger schmerzhaftes Sterben als verhältnismäßig und damit als gerechtfertigt angesehen werde.

Dass es keineswegs immer unvernünftig sei, es für verhältnismäßig zu erachten, die Linderung größter Schmerzen auch mit Mitteln zu erstreben, durch die zugleich der eigene Tod bewirkt werde, könne dann nicht geleugnet werden, wenn man zugleich an der zumindest bedingten ethischen Zulässigkeit der indirekten aktiven Sterbehilfe festhalten wolle.⁸⁵

4.2.5 — Strafgesetzliche und standesethische Regulierung

In der Frage nach der aus ethischer Sicht angezeigten strafgesetzlichen und standesethischen Handhabung der direkten aktiven Sterbehilfe besteht Einigkeit, dass jedwede direkte aktive Sterbehilfe, die gegen den Willen oder auch nur ohne Rücksicht auf den Willen des Betroffenen erfolgt, sowohl strafgesetzlich als auch standesethisch unbedingt abzulehnen ist.

Uneinigkeit besteht jedoch bezüglich der Frage, ob es Fälle der einvernehmlichen direkten aktiven Sterbehilfe gibt, in denen diese strafgesetzlich und standesethisch ausnahmsweise gebilligt werden sollte. Diese Uneinigkeit kommt nicht nur im diesbezüglichen Diskurs unter Fachphilosophen und in diversen Ethik-Gremien sowie dem Umstand zum Ausdruck, dass hier international unterschiedliche rechtliche Regelungsmodelle existieren,⁸⁶ sie zeigt sich darüber hinaus auch im Blick auf die während der letz-

»Begründung des affirmativen Grundkonsenses«, Unterabschnitt »Doppelwirkungs-Konzept«.

⁸⁵ Zu diesem Argumentationsgang vgl. Singer 2004: 268.

⁸⁶ Während die direkte aktive Sterbehilfe in den meisten westeuropäischen Ländern unter Strafe gestellt ist, ist sie sowohl in den Niederlanden als auch in Belgien unter bestimmten Bedingungen straffrei (Niederlande) bzw. sogar rechtlich zulässig (Belgien). Zu den international unterschiedlichen rechtlichen Regelungsmodellen der direkten aktiven Sterbehilfe vgl. die Ausführungen in Abschnitt 4. (»Ländervergleich«) des rechtsbezogenen Teils des vorliegenden Sachstandsberichts.

ten zwanzig Jahre in Deutschland bezüglich des § 216 StGB geführte rechtspolitische Debatte.

Mit § 216 StGB wird jedwede Tötung auf Verlangen und damit implizit auch jedwede direkte aktive Sterbehilfe ausnahmslos unter Strafe gestellt.⁸⁷ Bereits 1985 hatte ein Arbeitskreis von Professoren des Strafrechts und der Medizin in einem »Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe)« vorgeschlagen, § 216 StGB um einen Absatz zu ergänzen, nach dem das Gericht bei einer Tötung, die auf das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten erfolgt, von Strafe absehen kann, »wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.«⁸⁸ Auch der 56. Deutsche Juristentag 1986 sah es als empfohlen an, »bei der Tötung auf Verlangen [...] gesetzlich die Möglichkeit vorzusehen, dass das Gericht von Strafe absehen kann, wenn die Tötung zur Beendigung eines unerträglichen Leidenszustandes vorgenommen worden ist.«⁸⁹ Diesem Votum des AE-Sterbehilfe und des 56. Deutschen Juristentages schloss sich 2004 die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz in ihrer Stellungnahme »Sterbehilfe und Sterbebegleitung« an.⁹⁰

Demgegenüber sprach sich der Nationale Ethikrat 2006 in seiner Stellungnahme für die Beibehaltung von § 216 StGB in seiner jetzigen Form und gegen eine »ausdrückliche gesetzliche Verbotsausnahme«⁹¹ aus und vertrat damit eine Linie, die schon in dem »Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB)« formuliert worden war, den einige Rechtswissenschaftler 2005 unter direkter Bezugnahme auf den AE-Sterbehilfe von 1986 verfasst hatten.⁹²

Die bereits von einem der Verfasser des AE-Sterbehilfe von 1986 vertretene Auffassung, nach der in § 216 StGB für bestimmte Fälle der Tötung auf Verlangen statt einer Verbotsausnahme ein Ausnahmetatbestand

⁸⁷ § 216 StGB: »(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.« Vgl. auch die Ausführungen zu § 216 StGB in Abschnitt 2.1.1 im rechtsbezogenen Teil des vorliegenden Sachstandsberichts.

⁸⁸ Baumann 1986: 12, 34.

⁸⁹ Deutscher Juristentag 2001: 229.

⁹⁰ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 72.

⁹¹ Nationaler Ethikrat 2006: 101.

⁹² Schöch / Verrel 2005: 582: »Durch den Verzicht auf die in § 216 Abs. 2 AE-Sterbehilfe vorgesehene Möglichkeit, in Ausnahmefällen nicht therapierbarer schwerster Leiden von der Bestrafung einer gezielten Tötung des Patienten abzusehen, unterscheidet sich der jetzt vorgelegte Gesetzesvorschlag in einem weiteren wichtigen Punkt von seinem Vorläufer.«

eingefügt werden sollte, aufgrund dessen die Tötung auf Verlangen in Ausnahmesituationen nicht nur unbestraft bleiben kann, sondern auch als nicht rechtswidrig gilt,⁹³ wurde nicht nur von der Mehrheit der Verfasser des AE-Sterbehilfe, sondern auch von der Mehrheit des 56. Deutschen Juristentags 1986, der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, den Autoren des AE-Sterbebegleitung sowie vom Nationalen Ethikrat zurückgewiesen.

Der 66. Deutsche Juristentag 2006 hat zwar mehrheitlich einen Beschluss angenommen, nach dem »eine auch nur partielle Legalisierung der Tötung auf Verlangen – etwa nach niederländischem Vorbild – [...] abzulehnen« ist, jedoch anders als 1986 keinen Beschluss zur Frage einer etwaigen Aufnahme einer gesetzlichen Verbotsausnahme oder eines Hinweises auf die Möglichkeit, in bestimmten Fällen von einer Strafe abzusehen, gefasst.⁹⁴

Aus ethischer Sicht hängt die Antwort auf die Frage, wie die direkte aktive Sterbehilfe strafgesetzlich und standesethisch geregelt werden sollte, vor allem von zwei Faktoren ab: zum einen davon, ob es Situationen gibt, in denen die direkte aktive Sterbehilfe in genuinethischer Hinsicht ethisch zulässig (oder geboten) ist, zum anderen davon, ob die jeweils in Frage stehende partielle strafgesetzliche oder standesethische Billigung nicht zu einer unverhältnismäßigen Schädigung der berechtigten ethischen Ansprüche der von dieser Billigung betroffenen Bürger, Patienten und Ärzte insbesondere auf einen wirksamen Schutz ihrer Selbstbestimmung und ihres Lebens führt.⁹⁵

4.2.5.1 *Argumente für eine unbedingte strafgesetzliche und standesethische Missbilligung*

Kritiker einer auch nur partiellen *strafgesetzlichen* Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe verweisen in erster Linie entweder darauf, dass die direkte aktive Sterbehilfe bereits genuinethisch unbedingt unzulässig sei (vgl. die Ausführungen in den vorangegangenen Abschnitten 4.2.1–4.2.3) oder aber sie argumentieren damit, dass die direkte aktive Sterbehilfe zwar in Ausnahmefällen ethisch erlaubt (oder gar geboten) sein könne, jegliche partielle strafgesetzliche Billigung aber – ob in Form einer partiellen Legalisierung, in Form einer partiellen Entpönalisierung oder in Form einer expliziten Erwähnung der Möglichkeit, in bestimmten Fällen von Strafe

⁹³ So der Vorschlag von Klug. Vgl. Baumann 1986: 36–37. Ähnlich Hoerster 1998: 169–170; Birnbacher 2005: 41.

⁹⁴ Deutscher Juristentag 2006: 13.

⁹⁵ Vgl. die Ausführungen in Abschnitt 1.2.2 des vorliegenden Sachstandsberichts (»Normative Bezugspunkte«).

abzusehen – abzulehnen sei, weil mit einer solchen Billigung zugleich eine »schiefe Ebene« betreten werde, auf der »dambruchartig« die Gefahr von Tötungen gegen den Willen oder ohne Rücksicht auf den Willen des Betroffenen in nicht zu rechtfertigender Weise wachse.

Die gegen eine auch nur partielle strafgesetzliche Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe vorgebrachten »Schiefe-Ebene-« oder »Dambruch-Argumente« lassen sich im Wesentlichen in drei Gruppen aufteilen: die Gruppe der Missbrauchs-Argumente, die Gruppe der Heteronomie-Argumente sowie die Gruppe der Enthemmungs-Argumente.

Entsprechend den Missbrauchs-Argumenten ist jede auch nur partielle strafgesetzliche Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe deshalb abzulehnen, weil eine solche Billigung genutzt werden könnte, um illegitime Tötungshandlungen zu verschleiern – etwa auch dadurch, dass Menschen, die eigentlich gar nicht sterben wollten, das Verlangen, getötet zu werden, allererst eingeredet würde.

Vertreter von Heteronomie-Argumenten sehen eine partielle strafgesetzliche Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe deshalb als unzulässig an, weil mit dieser Billigung zwar *de jure* eine Wahl-Situation für die Patienten geschaffen werde, diese »Wahl-Situation« aber *de facto* zu einem Druck für die Patienten werde, von dieser »Wahl-Möglichkeit« auch Gebrauch zu machen; eine Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe führe so im Ergebnis nicht zu einem Zuwachs an Autonomie, sondern im Gegenteil zu ihrer Unterminierung.⁹⁶

Gemäß den Enthemmungs-Argumenten schließlich ist eine strafgesetzliche Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe unangebracht, weil eine solche Billigung aufgrund des Signalcharakters von Gesetzen zu einer Senkung der Hemmschwelle nicht nur zur Mitleidstötung anderer Menschen ohne Rücksicht auf deren Willen, sondern auch – möglicherweise mit der Zeit noch durch eine Art »Werther-Effekt« verstärkt – zu einer Senkung der Hemmschwelle zu einer Preisgabe des eigenen Lebens verführe. Als »Symbol der Abwertung älterer Menschen«⁹⁷ verstanden, könne eine strafgesetzliche Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe zudem zu einer generellen Entsolidarisierung mit vulnerablen Gruppen führen. Diese Gefahren einer gesellschaftlichen Enthemmung würden – wie auch die Missbrauchs-, und die Heteronomisierungsrisiken – durch eine zunehmende Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen zusätzlich verstärkt.

⁹⁶ Schockenhoff 2000: 469; Danish Council of Ethics 2003.

⁹⁷ Callahan 1987: 194.

Auch die Kritiker jedweder *standesethischen* Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe führen für ihre Position – über die soeben genannten *allgemeinen* Missbrauchs-, Heteronomisierungs- und Enthemmungs-Argumente hinaus – vor allem drei *standesspezifische* Gründe an.

Zum einen verweisen sie darauf, dass die Durchführung einer direkten aktiven Sterbehilfe mit der ärztlichen Teleologie, das heißt den Zielen und Aufgaben des Arztes, normativ unvereinbar sei. Der Arzt sei verpflichtet zu heilen, zu lindern und zu trösten. Lasse er sich zum Töten verführen, verrate er seinen Auftrag.⁹⁸

Zum anderen geben sie zu bedenken, dass jedwede standesethische Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe das Vertrauen der Patienten zu ihrem Arzt erheblich gefährde. Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient sei seit jeher der Auftrag, menschlichem Leben nicht zu schaden, sondern es zu erhalten und zu fördern. Dieses Vertrauensverhältnis würde erheblich gefährdet, wenn der Arzt dem Patienten nicht mehr allein in seiner traditionellen Rolle als Heilender und Helfender, sondern ebenso als Tötender begegnen könne.⁹⁹

Schließlich führen sie an, dass Ärzte, die vor dem Hintergrund einer standesethischen Billigung häufiger direkte aktive Sterbehilfe praktizierten, Gefahr liefen, charakterlich allmählich zu »verrohen« und »abzustumpfen« – mit der Folge, dass sie mit der Zeit versucht sein könnten, Patienten auch gegen deren Willen oder ohne Rücksicht auf deren Willen zu töten.¹⁰⁰

⁹⁸ So Schara et al. 1998: 448. Ähnlich Fuchs / Lauter 1997: 187.

⁹⁹ So eine Entschließung des Deutschen Ärztetages 1995. Zit. nach Schöne-Seifert 1999: 112–113. Ähnlich auch Deutscher Ärztetag 2006 sowie der ggw. Präsident der Bundesärztekammer Hoppe 2006: 4. Vgl. ferner Auer 1995: 286; Honnefelder 1998: 29. Zur Position der Bundesärztekammer bzgl. der *standesethischen und standesrechtlichen Regulierung* der direkten aktiven Sterbehilfe vgl. auch § 16 der »(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte«: »Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientin oder des Patienten stellen« (Bundesärztekammer 2006: 16). Aufschlussreich für die Positionierung der Bundesärztekammer bzgl. der *genuinethischen Beurteilung* der direkten aktiven Sterbehilfe dürfte die in der Präambel der aktuellen »Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung« gewählte Formulierung sein: »Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. [...] Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden« (Bundesärztekammer 2004: 1).

¹⁰⁰ Foley 1997; Wolf 1999: 89; Spaemann 2000.

4.2.5.2 *Argumente für eine partielle strafgesetzliche und standesethische Billigung*

Befürworter einer zumindest partiellen *strafgesetzlichen* Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe begründen ihre Auffassung damit, dass eine unbedingte strafgesetzliche Missbilligung der direkten aktiven Sterbehilfe dazu führe, dass diese auch in den Fällen verweigert werde, in denen sie ethisch geboten und ihre Unterlassung grausam und zutiefst inhuman wäre – aus Angst davor, bestraft zu werden.

Die von den Gegnern jedweder strafgesetzlichen Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe angeführten Missbrauchs-, Heteronomisierungs- und Enthemmungs-Risiken seien entweder auch bei der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe gegeben oder ließen sich mit entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen so weit reduzieren, dass eine unbedingte strafgesetzliche Missbilligung der direkten aktiven Sterbehilfe – angesichts der Zumutungen, die eine solche Missbilligung für diejenigen bedeute, die nur dadurch vor größten Qualen bewahrt werden könnten, dass man ihrem validen Verlangen, getötet zu werden, Folge leiste – unverhältnismäßig und damit auch ethisch unzulässig sei.¹⁰¹

Auch die Erlaubnis der passiven und der indirekten Sterbehilfe könne zur Vertuschung illegitimer Tötungen missbraucht werden; ebenso sei auch der Wunsch eines Menschen nach passiver oder indirekter aktiver Sterbehilfe manipulierbar und Insinuationen etwa durch Angehörige oder Ärzte zugänglich, und auch von einer allgemein anerkannten Praxis der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe gingen durchaus Gefahren der Heteronomisierung und der Enthemmung aus.¹⁰²

Sollten diese Risiken bei der direkten aktiven Sterbehilfe tatsächlich höher sein als bei der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe, so könne dem dadurch Rechnung getragen werden, dass die partielle strafgesetzliche Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe im Gesetz selbst ausdrücklich an gewisse Voraussetzungen rückgebunden werde, durch die diese Risiken auf ein Maß zurückgeführt würden, wie es auch im Falle der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe als akzeptabel angesehen werde.

Indes wird die Frage danach, welche einschränkenden Bedingungen notwendig, aber zugleich auch hinreichend seien, um die Risiken einer

¹⁰¹ Birnbacher 1992: 65.

¹⁰² Birnbacher 1992: 67; Ruß 2002: 14: »Auch wenn es darum geht, auf Wunsch eines Patienten eine Behandlung abzubrechen oder Schmerzmittel in einer potentiell tödlichen Dosis zu verabreichen, kann dieser Wunsch manipuliert sein.«; ähnlich Hoerster 1998: 149–150.

partiellen strafgesetzlichen Billigung genügend abzufangen, von den Billigungs-Befürwortern selbst uneinheitlich beantwortet. Nach dem AE-Sterbehilfe ist es eine unabdingbare Voraussetzung, dass der Leidenszustand des nach seiner Tötung Verlangenden »nicht durch andere Maßnahmen gehoben oder gelindert werden kann«¹⁰³; andere halten es zusätzlich für erforderlich, »dass der unheilbar Kranke, der den Tod wünscht, zu einer Selbsttötung physisch nicht in der Lage ist«¹⁰⁴; wieder andere negieren, dass es sich bei den genannten beiden Bedingungen tatsächlich um notwendige Einschränkungen handelt, sehen es aber ihrerseits als unhintergehbare Bedingung an, dass die Tötung von einem Arzt vollzogen wird.¹⁰⁵

Verfechter einer zumindest partiellen *standesethischen* Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe bringen vor, dass Ärzte nicht nur eine besondere Kompetenz im Heilen von Krankheiten und Lindern von Schmerzen hätten, sondern auch darin, einen Menschen zugleich ebenso »sicher« wie schmerzfrei zu töten;¹⁰⁶ Menschen mit einem sowohl legitimen als auch validen Verlangen, getötet zu werden, den Zugang zu einer sanften ärztlichen Tötung standesethisch zu verweigern, sei ethisch unzulässig, denn diese Verweigerung bedeute, diese Menschen unnötigerweise zu einem qualvollen und unwürdigen Sterben zu verurteilen.

Gegen das Argument, dass die direkte aktive Sterbehilfe mit den Aufgaben und Zielen des Arztes unvereinbar sei, wird zum einen ins Feld geführt, dass es alles andere als einleuchtend sei, dass die Medizin ein quasi selbständiges Telos habe, an dem sich medizinische Moralnormen ablesen ließen. Vielmehr bestimmten die Menschen bzw. die Gesellschaften das Telos ihrer Medizin über unterschiedliche Prozesse des sozialen Aushandelns. Auseinandersetzungen über die Zulässigkeit von Sterbehilfe seien dabei gerade selbst zentraler Teil solcher »Telos-Bestimmung«.¹⁰⁷ Zum anderen wird geltend gemacht, dass, sofern die Aufgaben und Ziele des Arztes – wie allgemein hin angenommen – in der Heilung und Linderung sowie in der Sorge für einen möglichst würdigen Tod bestünden, die direkte aktive Sterbehilfe, jedenfalls dann, wenn sie als einvernehmliche *ultima-ra-*

¹⁰³ Baumann 1986: 34.

¹⁰⁴ So Birnbacher 2005: 41, in Übereinstimmung mit einem Gesetzentwurfs-Vorschlag der »Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)«. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. 2000: 234–235.

¹⁰⁵ So Hoerster 1998: 172–173. Zu den einschränkenden Bedingungen im derzeitigen niederländischen Recht vgl. die entsprechenden Ausführungen in Abschnitt 4.3 des Teils I (Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe) des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁰⁶ Hoerster 1998: 181.

¹⁰⁷ Schöne-Seifert 1999: 114.

tio-Maßnahme zur Linderung schwerster Leidenszustände zum Einsatz komme, den Aufgaben und Zielen des Arztes nicht nur nicht entgegen gesetzt sei, sondern von diesen im Gegenteil sogar geradezu gefordert werde.¹⁰⁸

Auch die Annahme, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient untergraben werde, wenn die direkte aktive Sterbehilfe standesethisch in Ausnahmefällen gebilligt werde, sei nicht plausibel. Eine solche Billigung, da sie sich ja ausschließlich auf eine einvernehmliche direkte aktive Sterbehilfe bezöge, würde die Rechte des Patienten nicht beschneiden, sondern erweitern. Für den Patienten werde das Wissen um die Möglichkeit, gegebenenfalls mit direkter aktiver Sterbehilfe als *ultima ratio* der Leidensbegrenzung rechnen zu können, in der Regel eher willkommen sein und so sogar zu einer Stärkung seines Vertrauens zu seinem Arzt beitragen.¹⁰⁹

Ebenso wird schließlich das Verrohungs-Argument zurückgewiesen. Ärzte seien sehr wohl in der Lage, zwischen der Tötung eines Patienten gegen dessen Willen oder ohne Rücksicht auf dessen Willen und der Tötung eines Patienten im Einklang mit dessen Willen zu unterscheiden. Ein Arzt, der Menschen auf deren eigenes, valides Verlangen hin töte, weil er die autonome Entscheidung dieser Menschen anerkenne, in einer Situation nachvollziehbar schwersten Leidens dem eigenen Tod den Vorzug zu geben, verkenne gerade nicht, dass sowohl das ausdrückliche Verlangen, getötet zu werden, als auch die Validität dieses Verlangens unverzichtbare Voraussetzungen für die Legitimität einer Tötung darstellen.¹¹⁰

4.2.5.3 *Erwiderung auf die Argumente für eine partielle strafgesetzliche und standesethische Billigung*

Auf die in Abschnitt 4.2.5.2 skizzierten Argumente für eine partielle strafgesetzliche und standesethische Billigung der direkten aktiven Sterbehilfe reagieren einige ihrer Kritiker mit dem Argument, dass es, um den seltenen Fällen gerecht zu werden, in denen jemand in Übereinstimmung mit dem ethisch Gebotenen und aus tiefster Gewissensnot einen anderen Menschen auf dessen legitimes und valides Verlangen hin töte, weder eine partielle Legalisierung, noch eine partielle Entpönalisierung, noch auch nur eine explizite Erwähnung der Möglichkeit, unter bestimmten Umstän-

¹⁰⁸ Schöne-Seifert 1999: 114.

¹⁰⁹ Birnbacher 2005: 37.

¹¹⁰ Wolf 1999: 89–90.

den von einer Strafe abzusehen, *erforderlich* seien, sofern das Gericht – wie es auch im deutschen Strafrecht der Fall sei – bereits die Möglichkeit habe, in Würdigung der außerordentlichen Umstände des konkreten Einzelfalls, etwa unter Verweis auf einen übergesetzlichen entschuldigenden Notstand, auf die Verhängung einer Strafe zu verzichten.¹¹¹

Zwar stimme es, dass die Strafflosigkeit einer ethisch zulässigen oder gar gebotenen direkten aktiven Sterbehilfe so in nicht geringem Maße vom Ermessen des Gerichts abhängt, aber die Strafflosigkeit einer ethisch zulässigen oder gar gebotenen direkten aktiven Sterbehilfe sei ja auch im Falle einer partiellen Legalisierung, einer partiellen Entpönalisierung oder einer expliziten Erwähnung der Möglichkeit, von Strafe abzusehen, keineswegs garantiert; denn auch in diesen Fällen unterliege derjenige, der einen Menschen auf dessen Verlangen hin töte, grundsätzlich weiterhin einer strafrechtlichen und – sofern er Arzt sei – standesrechtlichen Verantwortungspflicht.

Trifft das Argument zu, dass die Möglichkeit, einer ethisch zulässigen oder gebotenen direkten aktiven Sterbehilfe auch strafrechtlich und standesethisch gerecht zu werden, *nicht* daran gebunden ist, dass die direkte aktive Sterbehilfe partiell legalisiert oder partiell entpönalisiert wird oder dass zumindest die Möglichkeit, in bestimmten Fällen von einer Strafe abzusehen, ausdrücklich ins Strafgesetz oder ins Standesrecht aufgenommen wird, dann erweisen sich auch sämtliche Spekulationen darüber, welche Risiken mit diesen Formen einer partiellen Billigung verbunden sind und als wie effektiv oder ineffektiv welche Sicherheitsvorkehrungen anzusehen sind – ebenso wie die ohnehin von den jeweiligen Parteien jeweils unterschiedlich gedeuteten empirischen Untersuchungen über etwaige Dammbürche in den Niederlanden und in Belgien – letztlich als unnötig.¹¹²

¹¹¹ Nationaler Ethikrat 2006: 101; ähnlich Spaemann 1997: 27.

¹¹² Zu den empirischen Studien bezüglich etwaiger »Dammbürche« in den Niederlanden und in Belgien und der Kontroverse bezüglich der Deutungen dieser Studien vgl. Gordijn 1997; Ruß 2002: 15–17; Zimmermann-Acklin 2002: 388–400; van der Heide et al. 2003; Birnbacher 2006a; Düwell et al. 2006; Battin et al. 2007; Bilsen et al. 2007; van der Heide et al. 2007.

5. ____ Sterbehilfe durch Suizidbeihilfe

5.1 ____ *Begriff und allgemeine Diskussionslage*

5.1.1 ____ Begriff

Sterbehilfe durch Beihilfe zur Selbsttötung meint die Ermöglichung eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens durch die gezielte Vermittlung oder Verschaffung von Gelegenheiten zum Suizid.¹¹³

Gelegenheiten zum Suizid *verschafft*, wer zum Zweck der Ermöglichung des Suizids, beispielsweise durch die Bereitstellung eines tödlichen Giftes, äußere Umstände herbeiführt, die die Selbsttötung wesentlich erleichtern. Gelegenheit zum Suizid *vermittelt*, wer zwecks Ermöglichung des Suizids konkrete persönliche Beziehungen zwischen dem Suizidenten und dem unmittelbaren Suizidgehilfen herstellt.¹¹⁴

Von einer direkten aktiven Sterbehilfe unterscheidet sich eine durch eine Beihilfe zur Selbsttötung vollzogene Sterbehilfe dadurch, dass der Tod des Sterbehilfe-Empfangenden nicht durch eine dem Sterbehilfe-*Leistenden*, sondern eine dem Sterbehilfe-*Empfangenden* zurechenbare Tötungshandlung bewirkt wird.¹¹⁵

Hinsichtlich des Suizidbeihilfe-Leistenden und seiner Motivation wird in der Diskussion zwischen der individuellen, der ärztlichen, der organisierten und der kommerziellen Suizidbeihilfe unterschieden.

Als *individuelle* Suizidbeihilfe wird die Suizidbeihilfe durch eine dem Suizidenten persönlich nahestehende Person bezeichnet. *Ärztliche* Suizidbeihilfe wird die Suizidbeihilfe genannt, die durch einen Arzt erfolgt. Von einer *organisierten* Suizidbeihilfe ist die Rede, wenn die Suizidbeihilfe von einer zum Zweck der regelmäßigen Suizidbeihilfe gegründeten Vereinigung mindestens zweier Personen an vorher Unbekannten geleistet wird. Als *kommerzielle* Suizidbeihilfe schließlich gilt diejenige Suizidbeihilfe, die – ob individuell, ärztlich oder organisiert – mit der Absicht einer, über eine bloße Aufwandsentschädigung hinausgehenden, materiellen Gewinnerzielung erfolgt.

¹¹³ Vgl. die Definitionen der Sterbehilfeformen in Abschnitt 1.1.1 des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹¹⁴ Deutscher Bundesrat 2006: 4.

¹¹⁵ Beauchamp / Childress 2001: 144: »In assisted suicide, the final agent is the one whose death is brought about, and in voluntary active euthanasia, the final agent is another party who has been authorized to act by the one whose death is brought about.«

5.1.2 Grunddissens

Wie die ethische Beurteilung der direkten aktiven Sterbehilfe, so ist auch die ethische Beurteilung der Sterbehilfe durch Beihilfe zur Selbsttötung auf allen drei Diskussionsebenen bereits im Grundsatz strittig. Von dieser Uneinigkeit ist nicht nur die ärztliche, die organisierte und die kommerzielle Suizidbeihilfe, sondern auch die nicht-kommerzielle individuelle Suizidbeihilfe betroffen.

Zu den zentralen Punkten der Auseinandersetzung gehört zunächst die Frage nach der *genuinethischen* Zulässigkeit der Suizidbeihilfe. Im Zusammenhang mit dieser Frage wird vor allem das Problem erörtert, ob es überhaupt ethisch zulässig ist, sich um willen eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens selbst zu töten (5.2.1). In denselben Zusammenhang gehört auch die Diskussion der Frage nach der Validität des Suizidwunsches (5.2.2).

Ein weiterer Fokus der Diskussion liegt sodann vor allem auf den beiden Fragen nach der aus ethischer Sicht angezeigten *standesrechtlichen* Regulierung der ärztlichen Suizidbeihilfe (5.2.3) sowie der angemessenen (*strafgesetzlichen*) Regulierung der organisierten und der kommerziellen Suizidbeihilfe (5.2.4).

5.2 Zentrale Diskussionsfelder

5.2.1 Legitimität des Suizids

Die Ermöglichung eines weniger selbstbestimmteren und schmerzvollen Sterbens durch die Verschaffung oder Vermittlung von Gelegenheiten zum Suizid kann – ob individuell, ärztlich, organisiert, kommerziell oder nicht-kommerziell – nur in dem Maße ethisch zulässig sein, in dem es dem Sterbehilfe-Willigen ethisch gestattet ist, sich selbst zu töten, um einem schmerzvolleren oder weniger selbstbestimmten Tod zu entgehen.

Die Frage nach der ethischen Zulässigkeit der Selbsttötung im Allgemeinen sowie der Selbsttötung zum Zwecke der Ermöglichung eines »guten« Sterbens im Besonderen ist Gegenstand einer bereits lang währenden Kontroverse. Diejenigen, die die Zulässigkeit der Selbsttötung verneinen, begründen ihre Ansicht unter Verweis auf ethische Pflichten, denen jeder Mensch gegenüber Gott, sich selbst oder anderen Menschen unterstellt sei und aufgrund derer sich ein solches Handeln verbiete.

Kritiker dieser Ansicht leugnen entweder die Existenz dieser Pflichten oder bestreiten, dass sie geeignet sind, ein *kategorisches* Verbot der Selbst-

tötung um willen eines selbstbestimmteren und weniger schmerzvollen Sterbens zu begründen.

5.2.1.1 *Pflichten gegen Gott*

Bei der Annahme, dass der Mensch Pflichten gegenüber Gott untersteht, aufgrund derer es ihm verwehrt ist, über Sein und Nichtsein seines eigenen Lebens selbst zu verfügen, handelt es sich keineswegs um ein Proprium christlicher Glaubensvorstellungen. Schon bei den Pythagoreern des 5. vorchristlichen Jahrhunderts findet sich die Ansicht, dass der Körper das »Grab der Seele« sei, die von den Göttern »zur Strafe« an den Leib gebunden sei, weshalb auch der Leib nicht eigenmächtig verlassen werden dürfe.¹¹⁶ Ähnlich lehrte auch Platons Sokrates, dass »die Götter unsere Hüter und wir Menschen eine von den Herden der Götter« seien; wer sich aufgrund eines eigenen Entschlusses das Leben nehme, ziehe daher den Zorn der Götter auf sich.¹¹⁷

Im Rahmen ihrer christlichen Rezeption werden diese älteren Anschauungen jedoch nicht nur zum Teil übernommen, sondern zugleich um eine weitere Facette ergänzt:¹¹⁸ Gemäß Thomas von Aquin ist das Leben des Menschen nicht nur ein »Eigentum« Gottes, sondern zugleich auch »ein dem Menschen von Gott gewordenen Geschenk«. Auch als Geschenk bleibe das Leben aber »der Gewalt dessen unterworfen, der tötet und lebendig macht.«¹¹⁹ Diese Argumentationsfigur greift auch die Römische Glaubenskongregation in ihrer »Erklärung zur Euthanasie« auf. Hier wird das Leben als ein »Geschenk der Liebe Gottes« begriffen, das dem Menschen als »ein Gut anvertraut« sei und das er »bewahren« und »fruchtbar« machen müsse. Die gezielte Herbeiführung des eigenen Todes bedeute eine unzulässige »Zurückweisung der Oberherrschaft Gottes und seiner liebenden Vorsehung«. Ausnahmen bildeten lediglich jene »Lebensopfer«, die jemand »aus übergeordnetem Grund – wie Gottes Ehre, das Heil der Seele oder der Dienst an den Brüdern – bringt, indem er sein Leben hingibt oder der äußersten Gefahr aussetzt«. Die Herbeiführung des eigenen Todes durch Unterlassung oder Tun in der Absicht, einem als unerträglich oder sinnlos empfundenen Leben zu entkommen, sei damit – auch für den Fall, dass »seelische Verfassungen zugrunde liegen, welche die Schuld-

¹¹⁶ Benzenhöfer 1999: 26.

¹¹⁷ Platon, Phaidon, 62 b-c (Platon 1989: 15).

¹¹⁸ Wittwer 2003: 315.

¹¹⁹ Thomas von Aquin, Summa Theologica, II-II 64, 5 (Thomas von Aquin 1953: 165).

fähigkeit mindern oder auch ganz aufheben können« – stets ein nicht zu billiger Akt.¹²⁰

Kritiker dieser theologischen Argumentation gegen die Zulässigkeit, den eigenen Tod absichtlich herbeizuführen, verweisen zum einen darauf, dass diese Argumentation von religiösen Glaubensprämissen ausgehe, die rational nicht einholbar seien. Verbindlichkeit könne diese Argumentation daher nur für jene beanspruchen, die diese Glaubensprämissen teilten. Sie zum Ausgangspunkt eines allgemeinverbindlichen, säkularen Verbots zu machen, das eigene Leben eigenmächtig zu beenden, stelle deshalb einen unzulässigen Eingriff in die Freiheitsrechte derjenigen dar, die diese Glaubensprämissen nicht teilten.¹²¹

Zum anderen wird diese Argumentation aber auch hinsichtlich ihrer theologischen Plausibilität bezweifelt. Dabei wird insbesondere die Widersprüchlichkeit beklagt, die in der Annahme liege, dass das Leben zwar ein Geschenk Gottes an den Menschen, zugleich aber Gottes Eigentum und damit der Verfügungsbefugnis des Menschen entzogen sei. Ein Geschenk sei gerade dadurch definiert, dass es in das Eigentum des Beschenkten und damit in seine Verfügungsgewalt übergehe.¹²² Überdies handele es sich beim Geschenk des Lebens um ein Geschenk, das dem Menschen ungefragt zuteil geworden sei; ein ungewolltes Geschenk zurückzugeben, wenn es sich als beschwerlich erweise, könne aber nicht ethisch unzulässig sein.¹²³ Ein unbedingtes Verbot der Rückgabe des Geschenks des Lebens führe so letztlich auf das Problem der Theodizee.¹²⁴

Einige sehen hinter der Annahme der alleinigen Souveränität Gottes über das Leben des Menschen ein »schiefes Gottesbild«, das auf einseitig ausgewählten und wörtlich genommenen Bibelstellen beruhe, und in dem Gott als absoluter Herrscher gesehen werde, statt als Vater der Schwachen und solidarischer Bundesgott, der den Menschen, sein Ebenbild, als einen freien, verantwortlichen Partner haben wolle. Als Gott, der den Menschen als einen freien, verantwortlichen Partner haben wolle, habe er dem Menschen auch die Entscheidung darüber gegeben, ob und unter welchen Um-

¹²⁰ Kongregation für die Glaubenslehre 1980. Ähnlich die Entschließung der Generalsynode der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands aus dem Jahr 1988: »Denn das Leben ist eine Gabe Gottes. Der Mensch darf über diese Gabe nicht nach eigenem Gutdünken verfügen. [...] Zum Humanum gehört es, sich auch dem Elend zu stellen, das mit dem Sterben verbunden sein kann.« (zit. nach Hoerster 1998: 19).

¹²¹ Wittwer 2003: 319; Bormann 2002: 32; Hoerster 1998: 20.

¹²² Birnbacher 2006b: 197.

¹²³ Birnbacher 2006b: 197; Battin 1982: 46; Wittwer 2003: 316–317.

¹²⁴ Battin 1982: 45–48.

ständen es ethisch zulässig ist, von der Möglichkeit, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, Gebrauch zu machen.¹²⁵

5.2.1.2 *Pflichten gegen sich selbst*

Der Versuch, die Unzulässigkeit der Selbsttötung unter Rückgriff auf die Vorstellung von Pflichten gegen sich selbst zu begründen, unterscheidet sich von den beiden anderen Argumentationsansätzen dadurch, dass in ihm die Beziehung des Menschen zu Gott ebenso wie die zu den Mitmenschen argumentationslogisch – jedenfalls vorderhand – außer Acht gelassen wird. Stattdessen wird das mutmaßliche Suizidverbot vor allem auf die Annahme zu gründen versucht, dass die eigenmächtige Beendigung des eigenen Lebens einen nicht zu rechtfertigenden Verstoß gegen die eigene Menschenwürde darstelle.

Auch Vorformen dieses Arguments finden sich schon bei Thomas von Aquin, der die Selbsttötung nicht nur als Verstoß gegen die alleinige Souveränität Gottes über das menschliche Leben ablehnte, sondern zugleich als Verstoß gegen »die Liebe, mit der jeder sich selbst lieben muss [contra caritatem, qua quilibet debet seipsum diligere]«. ¹²⁶ Als prominentester Verfechter dieses Arguments gilt jedoch Kant, der ihm auch seinen prägnantesten Ausdruck verliehen hat. Kant zufolge liegt ein durch nichts zu rechtfertigender Verstoß gegen die Menschenwürde immer dann vor, wenn ein Mensch nicht als »Zweck« geachtet, sondern »bloß als Mittel« benutzt wird.¹²⁷ Wer seinen Tod absichtlich herbeiführe, »um einem beschwerlichen Zustand zu entfliehen«, bediene sich seiner selbst aber »bloß als eines Mittels zur Erhaltung eines erträglichen Zustandes bis zum Ende des Lebens« und würdige sich damit selbst in unbedingt unzulässiger Weise zu einer »Sache« herab.¹²⁸

Gegen dieses Argument wird vorgebracht, dass der Zweck, den eine Person verfolge, wenn sie ihren eigenen Tod herbeiführe (oder herbeiführen lasse), um einem ihr unerträglich oder sinnlos erscheinenden Leben zu entkommen, sofern sie diesen Zweck freiverantwortlich verfolge, ein von dieser Person selbst gewollter Zweck sei. Indem sie sich selbst als Mittel zu einem *eigenen* Zweck gebrauche, bediene sich eine Person ihrer selbst aber gerade nicht als eines *bloßen* Mittels. Mithin könne auch keine Ver-

¹²⁵ Küng 1995: 54–75. Auf evangelischer Seite ähnlich bereits Fletcher 1969 und Kuitert 1991: 69. Zur moraltheologischen Beurteilung der absichtlichen Herbeiführung des eigenen Todes vgl. außerdem Stoeckle 1995; Auer 1995.

¹²⁶ Thomas von Aquin, *Summa Theologica*, II-II 64, 5 (Thomas von Aquin 1953: 165).

¹²⁷ Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, AA IV, 429 (Kant 1994: 52).

¹²⁸ Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, AA IV, 429 (Kant 1994: 52).

letzung ihrer Würde gegeben sein. Kant versuche den Begriff eines »interpersonalen Ausbeutungsverhältnisses« auf ein »intrapersonales Ausbeutungsverhältnis« zu übertragen, was aber jedenfalls dann, wenn der Zweck, zu dem sich eine Person ihrer selbst bediene, von ihr in freiverantwortlicher Weise gesetzt werde, unzulässig sei.¹²⁹ Den eigenen Tod herbeizuführen, um einem Leben zu entkommen, das in Ansehung der eigenen Maßstäbe als unwürdig erscheint, stelle daher, jedenfalls unter bestimmten Umständen, nicht nur keinen Verstoß gegen die Menschenwürde dar, sondern finde in ihr sogar die rechtfertigende Grundlage.¹³⁰

Ein anderes, ebenfalls von Kant geprägtes und auf die Vorstellung von Pflichten gegen sich selbst gegründetes Argument gegen die Zulässigkeit, den eigenen Tod absichtsvoll herbeizuführen, besteht in der Annahme, dass die absichtliche Herbeiführung des eigenen Todes die Möglichkeit der »Sittlichkeit« als »Zweck an sich selbst« vernichte: »Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zernichten, ist eben so viel, als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach, so viel an ihm ist, aus der Welt vertilgen, welche doch Zweck an sich selbst ist.«¹³¹

Interpretiert man dieses Argument als die Behauptung einer Pflicht zur »unbedingten Selbstkontinuierung«¹³² des sittlichen Subjekts um willen des Fortbestands der Möglichkeit von Sittlichkeit überhaupt, so hängt die Plausibilität dieses Arguments in erster Linie davon ab, dass die Sittlichkeit tatsächlich einen »Zweck an sich selbst« darstellt, der um jeden Preis erhalten werden muss. Von der Mehrzahl der zeitgenössischen Ansätze der philosophischen Ethik wird diese Ansicht jedoch nicht geteilt. Moralität wird von ihnen zwar als normatives Kriterium menschlichen Handelns gefasst, nicht aber als das Worumwillen menschlichen Handelns, noch auch als das Worumwillen handelndkönnender Personen.¹³³ Zudem wird zu bedenken gegeben, dass das Ziel, die Möglichkeitsbedingung der Moralität zu sichern, in der Gesamtverantwortung aller liege und daher die individuelle Selbstbestimmung des Einzelnen über das Ende des eigenen Lebens nicht notwendig ausschließe.¹³⁴

¹²⁹ Birnbacher 2006b: 202–203. Vgl. ferner Löwith 1981: 408; Cosculluela 1995: 37; Wittwer 2003: 323. Ähnlich auch schon Schopenhauer, Preisschrift über die Grundlage der Moral (Schopenhauer 1988: 482).

¹³⁰ Nationaler Ethikrat 2006: 62.

¹³¹ Kant, *Metaphysik der Sitten*, AA VI, 423 (Kant 1990: 60).

¹³² So Ebeling 1996: 17.

¹³³ Wittwer 2003: 332–333.

¹³⁴ Antoine 2004: 238.

Überdies kann das Argument nur dort verfangen, wo ein Mensch nicht nur ein sittliches Subjekt *ist*, sondern sich auch als sittliches Subjekt zu *vollziehen* vermag. Auch wenn man mit Bormann anerkennt, dass die menschliche Handlungsfähigkeit nicht »aktivistisch verkürzt« werden darf und es auch eine »passiv-kontemplative Dimension menschlicher Handlungsfähigkeit« gibt, die auch dann noch besteht, wenn ein Mensch in seiner aktiven Handlungsfreiheit krankheitsbedingt eingeschränkt ist,¹³⁵ kann der Mensch doch in Situationen geraten, in denen er irreversibel am Ausdruck seiner selbst als sittlichem Subjekt auch im rudimentärsten Sinne gehindert ist. Es ist fraglich, ob die Möglichkeit der Sittlichkeit tatsächlich aufgehoben wird, wenn man in einer Vorausverfügung für den Fall des Eintritts einer solchen Situation um die Herbeiführung des eigenen Todes ersucht. Dagegen ließe sich einwenden, dass die Möglichkeit des Selbstvollzugs als sittliches Subjekt in einer solchen Situation bereits unwiederbringlich verloren ist.

5.2.1.3 — *Pflichten gegen andere Menschen*

Das sozialetische Argument gegen die Erlaubtheit des Suizids lässt sich in einer frühen Form bereits bei Aristoteles nachweisen. Aristoteles zufolge versündigt sich der, der seinen eigenen Tod absichtlich herbeiführt, am Gemeinwesen.¹³⁶ Wenn man sterbe, »um der Armut oder einer unglücklichen Liebe oder einem Schmerz zu entgehen«, so verrate das »nicht den mutigen, sondern den feigen Mann«.¹³⁷

Die Begründung der Unzulässigkeit eines eigenmächtigen Todes durch den Verweis auf das Übel, das ein solcher Tod den Mitmenschen zufügt, fand – ebenfalls vermittelt über Thomas von Aquin, der sich explizit auf Aristoteles beruft¹³⁸ – auch Eingang in die offizielle katholische Lehre. So lehnt die römische Glaubenskongregation in ihrer »Erklärung zur Euthanasie« die absichtliche Herbeiführung des eigenen Todes auch deshalb grundsätzlich ab, weil sie eine »Flucht vor den Pflichten der Gerechtigkeit und der Liebe [sei], die den Nächsten, den verschiedenen Gemeinschaften oder auch der ganzen menschlichen Gemeinschaft geschuldet werden«.¹³⁹ Jenseits kirchlicher Stellungnahmen findet diese Auffassung unter ande-

¹³⁵ Bormann 2002: 35.

¹³⁶ Aristoteles, Nikomachische Ethik, Buch V, Kap. 15, 1138a (Aristoteles 1985: 127–128).

¹³⁷ Aristoteles, Nikomachische Ethik, Buch III, Kap. 10, 1116a (Aristoteles 1985: 62).

¹³⁸ Thomas von Aquin, Summa Theologica, II-II 64, 5 (Thomas von Aquin 1953: 165).

¹³⁹ Kongregation für die Glaubenslehre 1980. Vgl. Johannes Paul II. 1995: III. Kapitel, Nr. 66; Katechismus der Katholischen Kirche 1997: Nr. 2281.

rem bei Diderot einen prägnanten Ausdruck: Wer gegen das »Gesetz der Erhaltung« verstoße, trete die Beziehungen zu seinen Freunden und Verwandten, aber auch zur Gesellschaft und zur Menschheit insgesamt mit Füßen.¹⁴⁰

Eine Variante dieses Arguments stellt die Ansicht dar, dass mit der gezielten Verkürzung des eigenen Lebens zugleich der fundamentale Wert- und Achtungsanspruch gezeugnet werde, der jedem Menschen zukomme. Diese Ansicht kommt auch in einer gemeinsamen Äußerung des Kirchenamts der Evangelischen Kirche in Deutschland und des Sekretariats der Deutschen Bischofskonferenz zum Ausdruck: Wer das Leben nur dann als wertvoll erlebe, solange er unabhängig und frei entscheiden könne, stehe in der Gefahr, jedes durch Behinderung, Krankheit und Siechtum begrenzte Leben abzulehnen.¹⁴¹

Kritiker des sozialetischen Argumentationsansatzes bestreiten nicht die Existenz von Pflichten gegen andere. Auch stellen sie nicht in Abrede, dass es ethisch unbedingt geboten ist, diese Pflichten bei der Entscheidung über die Herbeiführung des eigenen Todes zu bedenken. Sie verneinen jedoch, dass sich aus diesen Pflichten ein *unbedingtes* Verbot der Selbsttötung ableiten lasse.

Ethische Vorbehalte gegen die Selbsttötung seien immer dann angezeigt, wenn diese die Rechte oder die berechtigten Interessen anderer in gravierender Weise verletze, etwa durch den Entzug materieller Lebensgrundlagen oder durch die Belastung mit Schuldgefühlen. Wie groß die negative Betroffenheit anderer sein müsse, um für den Sterbewilligen eine ethische Pflicht zu begründen, um der anderen willen von der Selbsttötung abzusehen, sei nur im Rahmen einer Einzelfallabwägung zu bestimmen.¹⁴² Zudem sei zu bedenken, dass sich der Sterbewillige nicht selten in einer Situation befinde, in der er seinen etwaigen Pflichten gegenüber anderen krankheitsbedingt ohnehin nicht mehr nachkommen könne.

Eine Missachtung des jedem Menschen zukommenden Wert- und Achtungsanspruchs sei deshalb nicht gegeben, weil der Sterbewillige, indem er seinen eigenen Tod anstrebe, lediglich bekunde, dass ihm sein Leben an *seinen* Maßstäben gemessen nicht mehr lebenswert erscheine. Da er nicht die *Allgemeinverbindlichkeit* dieser Maßstäbe behauptete, leugnete er auch

¹⁴⁰ Diderots Enzyklopädie-Artikel »Erhaltung« (Diderot 1961: 304).

¹⁴¹ Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 2003: 32.

¹⁴² Birnbacher 2006b: 206. Ähnlich bereits Hume, Über Selbstmord (Hume 2000: 97): »Ich bin nicht verpflichtet, der Gesellschaft ein geringfügiges Gutes auf Kosten eines großen Übels für mich zu erweisen«.

nicht die Subjektstellung oder das Lebensrecht anderer Menschen, selbst wenn deren Lebensumstände den seinen ähnlich sein sollten.¹⁴³

5.2.2 Validität des Suizidverlangens

Auch wenn es nicht unbedingt ethisch unzulässig sein sollte, sich das eigene Leben zu nehmen, um einem qualvollen oder als entwürdigend empfundenen Sterben zuvorzukommen, so kann die Beihilfe zu einer Selbsttötung doch nur dann ethisch zulässig sein, wenn der Suizidwunsch tatsächlich freiverantwortlich, wohlinformiert, reiflich überlegt und ernstlich und – in diesem Sinne – valide ist.

Kritiker argumentieren, dass eine Beihilfe zu einer Selbsttötung auch schon deshalb niemals ethisch zulässig sein könne, weil der Wunsch eines Menschen, sich um willen eines selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Sterbens zu töten, niemals valide sei – und falls er doch valide sei, seine Validität niemals mit der Sicherheit festgestellt werden könne, die nötig sei, um ihm bei seiner Selbsttötung helfen zu dürfen. Mithin sei eine Beihilfe zur Selbsttötung auch in den Fällen stets ethisch unzulässig, in denen die Selbsttötung selbst womöglich ethisch legitim sei.

Dieser Einwand verläuft analog dem bereits in Abschnitt 4.2.2 dargestellten Einwand gegen die ethische Zulässigkeit einer Tötung auf Verlangen aufgrund der mutmaßlich unmöglichen bzw. zweifelhaften Validität des Verlangens, getötet zu werden.

Bezüglich der einzelnen zur Stützung dieses Einwands vorgebrachten Argumente – wie vor allem das der Möglichkeit einer effektiven palliativmedizinischen Leidenslinderung, der Unmöglichkeit einer authentischen Willensbekundung in schweren psychischen und physischen Leidenszuständen und der Unmöglichkeit einer zweifelsfreien Verifikation des Sterbewunsches – sowie der jeweiligen Gegenargumente sei daher an dieser Stelle auf den genannten Abschnitt verwiesen.

5.2.3 Standesethische Regulierung der ärztlichen Suizidbeihilfe

In der Frage, wie die ärztliche Suizidbeihilfe standesrechtlich gehandhabt werden sollte, werden drei unterschiedliche Positionen vertreten.

Vertreter der ersten Position plädieren dafür, die ärztliche Suizidbeihilfe standesrechtlich unbedingte zu verbieten und jeden einzelnen Fall der ärztlichen Suizidbeihilfe ausnahmslos zu ahnden. Anhänger der zweiten

¹⁴³ Antoine 2004: 237.

Position treten für eine bedingte standesrechtliche Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe ein. Proponenten der dritten Position schließlich halten es für angezeigt, die ärztliche Suizidbeihilfe zwar unter ein unbedingtes standesrechtliches Verbot zu stellen, im Einzelfall und unter bestimmten Umständen jedoch von einer standesrechtlichen Ahndung der ärztlichen Suizidbeihilfe abzusehen.

Die Kontroverse über die angemessene standesrechtliche Handhabung der ärztlichen Suizidbeihilfe spiegelt sich nicht zuletzt in den divergierenden Voten auch *innerhalb* der jüngsten, diesbezüglichen Stellungnahmen der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz und des Nationalen Ethikrats wider.

Die Mehrheit der Bioethik-Kommission vertrat die der dritten Position zuzurechnende Auffassung, dass die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung »weiterhin standesrechtlich untersagt« bleiben solle, jedoch »in Fällen unerträglichen, unheilbaren Leidens, das trotz palliativ-medizinischer Maßnahmen nicht ausreichend zu lindern ist, [...] eine abweichende Entscheidung, die unter Abwägung aller Umstände und unter Zugrundelegung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin oder des Patienten in ärztlicher Verantwortung getroffen worden ist, im Einzelfall zu rechtfertigen sein« könne.¹⁴⁴ Ein Teil der Kommissions-Mitglieder war dahingegen der zur ersten Position zu zählenden Ansicht, dass die ärztliche Suizidbeihilfe standesrechtlich weiterhin untersagt bleiben solle und auch keinerlei »Sanktionsverzicht im Einzelfall« geübt werden dürfe.¹⁴⁵

Einige der Mitglieder des Nationalen Ethikrats sprachen sich gemäß der zweiten Position dafür aus, »die ärztliche Beihilfe zum Suizid berufsrechtlich zuzulassen, sofern ein unerträgliches und unheilbares Leiden des Patienten vorliegt, die Entscheidungsfähigkeit des Patienten gegeben ist und sein Wunsch zu sterben – nach Beratung und ausdrücklicher Bedenkzeit – als endgültig anzusehen ist.«¹⁴⁶ Andere Ratsmitglieder schlossen sich der dritten Position an und hielten »die Entscheidung des Arztes für oder gegen eine Beihilfe beim Suizid seines schwer kranken und leidenden Patienten für eine höchstpersönliche Gewissensentscheidung«, die standesethisch als »tragische Einzelfallentscheidung« gebilligt und auch berufsrechtlich nicht gehandelt werden solle.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 108.

¹⁴⁵ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 144.

¹⁴⁶ Nationaler Ethikrat 2006: 89. Zu den Vertretern der zweiten Position zählen außerdem u. a. Hoerster 1998: 169; Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. 2004.

¹⁴⁷ Nationaler Ethikrat 2006: 87–88.

Eindeutig zu den Vertretern der dritten Position zählt dahingegen die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In der aktuellen Fassung ihrer »Medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende« von 2004 ist ausgeführt, dass die Beihilfe zum Suizid auf der einen Seite »nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit [ist], weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren.«¹⁴⁸

Die deutsche Bundesärztekammer formuliert in ihren, ebenfalls 2004 verfassten, »Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung« bereits in der Präambel: »Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.« Im unmittelbar folgenden, die Präambel abschließenden Abschnitt heißt es jedoch: »Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.«¹⁴⁹ Mit dieser Formulierung bleibt unklar, ob die Haltung der Bundesärztekammer der ersten oder der dritten Position zuzurechnen ist.

Die für die verschiedenen Positionen jeweils vorgebrachten Argumentationen sind über weite Strecken den im Zusammenhang mit der Frage nach der standesethischen Regulierung der direkten aktiven Sterbehilfe ausgetauschten Argumentationen analog. Sie seien aus diesem Grunde im Folgenden – unter Verweis auf die Ausführungen in den Abschnitten 4.2.5.1–4.2.5.3 – in gekürzter Form aufgeführt:

Diejenigen, die dafür eintreten, dass die ärztliche Suizidbeihilfe standesrechtlich unbedingt zu verbieten und jeder einzelne Fall der ärztlichen Suizidbeihilfe ausnahmslos standesrechtlich zu ahnden ist, argumentieren entweder damit, dass jedwede Suizidbeihilfe kategorisch ethisch unzulässig sei (vgl. die Ausführungen in den Abschnitten 5.2.1 und 5.2.2), oder damit, dass einem Menschen bei seiner Selbsttötung zu helfen gegen die Aufgaben und Ziele des Arztes verstoße, oder aber damit, dass jedwede stan-

¹⁴⁸ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2004: 6.

¹⁴⁹ Bundesärztekammer 2004: 1. Uneindeutig zwischen der zweiten und dritten Position liegt der Beschluss des 66. Deutschen Juristentages 2006 zur ärztlichen Suizidbeihilfe: »Die ausnahmslose standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids sollte einer differenzierten Beurteilung weichen, welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert.« (Deutscher Juristentag 2006: 12).

desrechtliche Duldung der ärztlichen Suizidbeihilfe – auch aufgrund des »Signalcharakters« einer solchen Duldung – auf eine »schiefe Ebene« und zu »Dambrüchen« führe, durch die – via Missbrauch, Heteronomisierung oder Enthemmung¹⁵⁰ – die Selbstbestimmung und das Leben der Patienten, die Selbstbestimmung der Ärzte sowie die gesamtgesellschaftliche Solidarität mit kranken und schwachen Menschen in unverhältnismäßiger Weise gefährdet werde.

Vertreter der Auffassung, dass die ärztliche Suizidbeihilfe in bestimmten Fällen standesrechtlich zugelassen werden sollte, geben zu bedenken, dass Ärzte über eine besondere Expertise verfügten, um Menschen eine ebenso »effektive« wie schmerzfreie Selbsttötung zu ermöglichen. Den Zugang zu dieser Expertise zu versperren, führe dazu, dass Menschen im Stich gelassen und ohne Not zu einem qualvollen Tod verurteilt würden.¹⁵¹ Sofern die Suizidbeihilfe eine einvernehmliche *ultima-ratio*-Maßnahme zur Leidenslinderung darstelle, verstoße sie auch keineswegs gegen das ärztliche Ethos, da die Linderung von Leiden gerade elementarer Bestandteil dieses Ethos sei. Die Risiken des Missbrauchs, der Heteronomisierung und der Enthemmung seien bei einer bloß partiellen standesrechtlichen Erlaubnis der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht größer als bei den akzeptierten Formen der passiven und der indirekten aktiven Sterbehilfe oder dadurch auf ein gerechtfertigtes Maß reduzierbar, dass man die standesrechtliche Erlaubnis der ärztlichen Suizidbeihilfe an verschiedene objektive Bedingungen binde, durch die sichergestellt werde, dass der Suizidwunsch tatsächlich valide sei. Zudem könne durch eine bedingte standesrechtliche Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht nur einer Liberalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe, sondern auch der Inanspruchnahme der organisierten Suizidbeihilfe und einem »Sterbetourismus« entgegengewirkt werden, bei der bzw. bei dem die Gefahr, dass die bei einer Suizidbeihilfe erforderlichen Sorgfaltskriterien nicht beachtet würden, ungleich größer sei.¹⁵²

Befürworter der dritten Position, nach der die ärztliche Suizidbeihilfe zwar unter ein unbedingtes standesrechtliches Verbot gestellt werden soll, in einzelnen Ausnahmefällen aber von einer standesrechtlichen Strafe abgesehen werden können soll, versuchen ihre Auffassung mit dem Argument zu plausibilisieren, dass sich Normen aufzulösen drohten, sobald

¹⁵⁰ Zu dieser Argumentations-Trias Missbrauch, Heteronomisierung und Enthemmung vgl. insbesondere die Ausführungen im Abschnitt 4.2.5.1 des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁵¹ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 108; Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. 2004.

¹⁵² Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 108.

man generalisierende Ausnahmeregelungen zulasse,¹⁵³ die von den Anhängern der ersten Position auch schon für den Fall eines ausnahmsweisen Sanktionsverzichts behaupteten – abstrakten – gesellschaftlichen und standesbezogenen Risiken es aber *nicht* rechtfertigten, einem Einzelnen die einzig adäquate Linderung seines – konkreten – schwersten Leides zu versagen, indem man Ärzte auch in diesem Fall für eine Suizidbeihilfe standesrechtlich bestrafe.¹⁵⁴

5.2.4 Gesetzliche Regulierung der organisierten und der kommerziellen Suizidbeihilfe

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund kritischer Berichte über von Schweizer Sterhilfeorganisationen durchgeführte »Freitodbegleitungen« und über einen ansteigenden »Sterbehilfetourismus« in die Schweiz wird in den letzten Jahren zunehmend die Frage nach einer gesetzlichen Regulierung der organisierten Suizidbeihilfe diskutiert.

In ihrer 2005 vorgelegten Stellungnahme zur »Beihilfe zum Suizid« empfahl die Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK), Organisationen, die eine Beihilfe zum Suizid anbieten, »unter eine staatliche Aufsicht zu stellen«, um zu gewährleisten, dass die bei einer Suizidbeihilfe erforderlichen »Qualitätskriterien« eingehalten würden.¹⁵⁵

Welche »Mindestanforderungen [...] überprüft, erfüllt und dokumentiert« sein müssen, »damit aus ethischer Sicht Suizidbeihilfe geleistet werden darf«, hat die NEK 2006 in ihrer Stellungnahme »Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe« dargelegt.¹⁵⁶

Zu den von der NEK empfohlenen Mindestanforderungen gehört, dass keine Zweifel an der »Urteilsfähigkeit« des Suizidwilligen bestehen. Ferner muss der Suizidwunsch »aus einem schweren, krankheitsbedingten Leiden« entstanden sein. Der Suizidwunsch darf nicht »aus einem Affekt oder aus einer absehbar vorübergehenden Krise« resultieren oder Symptom einer psychischen Krankheit sein. Zudem ist erforderlich, dass der Suizidwunsch »frei von äußerem Druck« zustande gekommen ist und »alle alternativen Optionen« mit dem Suizidwilligen abgeklärt worden sind. Um das Vorliegen dieser Voraussetzungen zu überprüfen, seien »persönliche, mehrmalige Kontakte und intensive Gespräche« unabdingbar – ebenso

¹⁵³ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 107.

¹⁵⁴ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 108–109.

¹⁵⁵ Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK/CNE (Schweiz) 2005: 63.

¹⁵⁶ Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK/CNE (Schweiz) 2006: 4.

wie die Bestätigung durch eine unabhängige »Zweitmeinung [...] von einer dafür kompetenten Person«. Um Missbräuchen der straffreien Suizidbeihilfe in Sterbehilfeorganisationen vorzubeugen, empfahl die NEK überdies eine Kontrolle solcher Organisationen »durch organisationsinterne und -externe Personen«. ¹⁵⁷

Der NEK-Stellungnahme von 2006 vorausgegangen war eine Empfehlung des Schweizer Bundesrates aus demselben Jahr an das Parlament, auf den Erlass eines Gesetzes über die Zulassung und Beaufsichtigung von Sterbehilfeorganisationen zu verzichten. ¹⁵⁸ Die Empfehlung des Bundesrates gründete auf einem entsprechenden Bericht des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements. Der Bericht war zu dem Ergebnis gelangt, dass Missbräuche bei der Suizidhilfe »auf kantonaler und auf kommunaler Ebene [...] durch konsequente Anwendung und Durchsetzung des geltenden Rechts [...] sowie durch Erlass von Bestimmungen im Bereich des Spital-, Pflege- und Heimwesens« verhindert werden könnten. Bundesgesetzgeberische Maßnahmen, mit denen Sterbehilfeorganisationen einer besonderen staatlichen Aufsicht unterstellt würden, hatte der Bericht dagegen abgelehnt. ¹⁵⁹

In Deutschland hatten sich bereits 2004 die Mitglieder der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz dafür ausgesprochen, »dass die Mitwirkung bei einer Selbsttötung [...] gesetzlich generell verboten und unter Strafe gestellt werden [solle], wenn sie aus Gewinnsucht erfolgt«. ¹⁶⁰ Dem Gesetzgeber empfahl sie, »Kriterien zur Bewertung von Organisationen zu erarbeiten, die sich mit der Unterstützung der Selbsttötung befassen«. ¹⁶¹

Der Nationale Ethikrat plädierte in seiner 2006 vorgelegten Stellungnahme zwar einmütig »für ein strafbewehrtes Verbot einer gewinnorientiert betriebenen Beihilfe zum Suizid«; ¹⁶² in der Frage der gesetzlichen Regulierung einer organisierten Suizidbeihilfe, die ohne Gewinnabsicht erfolgt, konnte unter den Mitgliedern des Rates jedoch keine Einigkeit erzielt werden. Während der überwiegende Teil der Mitglieder »die Etablierung einer organisierten Vermittlung der Beihilfe zum Suizid in Deutschland« ablehnte und die Ansicht vertrat, dass »gegebenenfalls ein

¹⁵⁷ Zu den zitierten »Mindestanforderungen« vgl. insgesamt Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK (Schweiz) 2006: 4–6.

¹⁵⁸ Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement 2006b.

¹⁵⁹ Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement 2006a: 52.

¹⁶⁰ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 133.

¹⁶¹ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 133.

¹⁶² Nationaler Ethikrat 2006: 101.

strafrechtliches Verbot erwogen werden«¹⁶³ sollte, waren einige Mitglieder der Auffassung, dass – jedenfalls solange eine professionelle Suizidbeihilfe durch einen Arzt in Deutschland nicht zugänglich sei – es »nicht notwendig und auch nicht gerechtfertigt [sei], organisierte Beihilfe zum Suizid überhaupt zu verbieten«. ¹⁶⁴ Die Einhaltung der bei einer Suizidbeihilfe erforderlichen Regeln sei »durch staatliche Aufsicht zu gewährleisten«. ¹⁶⁵

Ebenfalls 2006 legten die Länder Saarland, Thüringen und Hessen einen gemeinsamen »Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung« vor. Der Entwurf sah die Schaffung eines neuen Straftatbestandes vor. Gemäß eines neuen § 217 StGB sollte mit einer »Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe« bestraft werden, »wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit vermittelt oder verschafft«. ¹⁶⁶

Dieser Gesetzesantrag wurde vom federführenden Rechtsausschuss und Gesundheitsausschuss aufgegriffen und 2008 in einer veränderten Fassung erneut vorgelegt. Entsprechend der veränderten Version soll abweichend von der Fassung aus dem Jahre 2006 nicht nur ein strafgesetzliches Verbot der kommerziellen Suizidbeihilfe, sondern überdies auch jeglicher – auch nicht-kommerzieller – organisierter Suizidbeihilfe eingeführt werden. Die mit dem neuen § 217 StGB formulierte Strafandrohung von »bis zu drei Jahren« oder einer Geldstrafe richtet sich nach der neuen Fassung gegen jeden, der »ein Gewerbe betreibt oder eine Vereinigung gründet, deren Zweck oder Tätigkeit darauf gerichtet ist, anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren oder zu verschaffen«. Ebenso soll bestraft werden, wer für eine solche Vereinigung »als Mitglied oder Außenstehender geistig oder wirtschaftlich eine maßgebende Rolle spielt«. ¹⁶⁷

Aus ethischer Sicht ist ein strafgesetzliches Verbot der organisierten oder der kommerziellen Suizidbeihilfe genau dann angezeigt, wenn entweder jegliche Suizidbeihilfe bereits *per se* ausnahmslos ethisch unzulässig ist oder aber die Selbstbestimmung oder das Leben von Menschen in unzulässiger Weise gefährdet sind, falls auf ein solches Verbot verzichtet wird.

Die in der Diskussion über die gesetzliche Regulierung der organisierten und der kommerziellen Suizidbeihilfe ausgetauschten Argumente

¹⁶³ Nationaler Ethikrat 2006: 100.

¹⁶⁴ Nationaler Ethikrat 2006: 90.

¹⁶⁵ Nationaler Ethikrat 2006: 90.

¹⁶⁶ Deutscher Bundesrat 2006: 1 (Anhang).

¹⁶⁷ Deutscher Bundesrat 2008: 4.

verlaufen – wie auch schon die Argumente, die in der Frage nach der standesethischen Handhabung der ärztlichen Suizidbeihilfe vorgebracht wurden,¹⁶⁸ – teilweise analog zu den im Zusammenhang mit der Regulierung der direkten aktiven Sterbehilfe vorgebrachten Begründungen.¹⁶⁹

Befürworter eines strafgesetzlichen Verbots *sowohl der kommerziellen als auch der organisierten Suizidbeihilfe* argumentieren entweder damit, dass es keine Situationen gebe, in denen Sterbehilfe durch Suizidbeihilfe auch nur ausnahmsweise ethisch zulässig sei, oder aber sie räumen zwar ein, dass eine Sterbehilfe durch eine – individuelle – Suizidbeihilfe unter bestimmten Umständen ethisch zulässig und gesetzlich zu erlauben sei,¹⁷⁰ verweisen aber darauf, dass eine strafgesetzliche Tolerierung der kommerziellen oder der organisierten Suizidbeihilfe mit der ethischen und rechtlichen Pflicht des Staates zum Schutz der Selbstbestimmung und des Lebens seiner Bürger unvereinbar sei.

Sowohl bei der kommerziellen als auch bei der organisierten Suizidbeihilfe sei die Gefahr, dass die Freiverantwortlichkeit, die Ernstlichkeit und die Alternativlosigkeit des Suizidwunsches nicht hinreichend sichergestellt würden, ungleich höher als bei der individuellen Suizidbeihilfe, bei der der Suizidbeihelfer und der Suizident in einem persönlichen Näheverhältnis zueinander stünden. Für die Vermittlung einer im Ausland durchgeführten Suizidbegleitung gelte dies im besonderen Maße, da in diesem Fall eine hinreichende Sorgfalt bei der Überprüfung des Suizidwunsches noch viel weniger zu gewährleisten sei.¹⁷¹

Zudem würden Menschen durch die Duldung einer institutionalisierten Suizidbeihilfe zu vorschnellen Suiziden verleitet, die sie andernfalls, ohne den erleichterten Zugang zu einem vermeintlich schmerzlosen Suizid, unterließen.¹⁷² Auch sei nicht auszuschließen, dass eine solche Duldung dazu führe, dass kranke oder schwache Menschen sich einem Erwartungsdruck ausgesetzt fühlten, von einer solchen Suizidbeihilfe auch

¹⁶⁸ Siehe dazu Abschnitt 5.2.3 des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁶⁹ Siehe dazu Abschnitte 4.2.5.1–4.2.5.3 des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁷⁰ Zur Kontroverse bezüglich der genuinethischen Zulässigkeit der Suizidbeihilfe vgl. die Abschnitte 5.2.1 und 5.2.2 des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁷¹ Deutscher Bundesrat 2006: 5.

¹⁷² Nationaler Ethikrat 2006: 89; ferner Nationaler Ethikrat 2006: 105: »Das öffentliche Angebot einer organisierten Suizidbeihilfe würde Handlungen, die auf die Auslöschung des eigenen Lebens gerichtet sind, den Anschein von Normalität und gesellschaftlicher Akzeptanz verleihen. Auf diese Weise würde die Schwelle erheblich herabgesetzt, die eine suizidgefährdete Person durch die gesellschaftliche Tabuisierung der Selbsttötung in zahlreichen Fällen davon abhalten würde, ihrer psychischen Disposition entsprechende Taten folgen zu lassen.«

Gebrauch zu machen¹⁷³ – oder dass sich in der Gesellschaft mit der Zeit sogar tatsächlich eine dahingehende Erwartungshaltung entwickle.¹⁷⁴

Befürworter eines Verbots *lediglich der kommerziellen Sterbehilfe* versuchen ihre Position mit der Begründung zu plausibilisieren, dass das Verbot einer organisierten Suizidbeihilfe, zumindest dann, wenn zugleich auch der Zugang zu einer eigentlich zu präferierenden ärztlichen Suizidbeihilfe verwehrt sei, zur Folge habe, dass Menschen allein gelassen und unter Qualen sterben gelassen würden, denen man eigentlich einen selbstbestimmteren und weniger schmerzhaften Tod ermöglichen könnte.¹⁷⁵

Auch könne sich innerhalb von Sterbehilfeorganisationen ein bedeutendes »Fachwissen und ein Erfahrungsschatz herausbilden, der für die Qualität der Durchführung von Suizidbeihilfe förderlich« sei.¹⁷⁶ Die behaupteten Risiken der Verführung Suizidgefährdeter zu vorschnellem Handeln und der Gesellschaft zur Entsolidarisierung mit Schwachen und Kranken im Falle einer gesellschaftlichen Akzeptanz der institutionalisierten Suizidbeihilfe seien auch bei der gesellschaftlichen Akzeptanz der passiven und der indirekten Sterbehilfe gegeben – und würden auch hier in Kauf genommen.

Angesichts der Möglichkeit, geeignete Kriterien zu formulieren und – gegebenenfalls auch durch die Einrichtung einer staatlichen Aufsicht – wirksam in die Praxis zu implementieren, durch die sich die Freiverantwortlichkeit, die Ernstlichkeit und die Alternativlosigkeit des Suizidwunsches in hinreichendem Maße sicherstellen lasse, sei ein strafgesetzliches Verbot der organisierten Suizidbeihilfe unverhältnismäßig und deshalb auch ethisch nicht zu rechtfertigen.¹⁷⁷

Vertreter einer *dritten Position* sind der Auffassung, dass die Frage nach der angemessenen strafgesetzlichen Regulierung der institutionalisierten Suizidbeihilfe nicht davon abhängig gemacht werden solle, ob die Suizidbeihilfe kommerziell oder in Form einer organisierten Suizidbeihilfe erfolge. Entscheidend sei vielmehr, ob der Suizidwunsch, zu dessen Umsetzung verholfen werde, valide sei oder nicht.

Stehe außer Frage, dass der Wunsch nach einem Suizid freiverantwortlich, ernstlich und alternativlos (und eine Suizidbeihilfe in diesem Fall ethisch und rechtlich zulässig) sei, sei es sowohl für die ethische Beurtei-

¹⁷³ Nationaler Ethikrat 2006: 89, 105; Deutscher Bundesrat 2006: 4; Deutscher Bundesrat 2008: 2.

¹⁷⁴ Deutscher Bundesrat 2006: 4; Deutscher Bundesrat 2008: 2.

¹⁷⁵ Nationaler Ethikrat 2006: 90.

¹⁷⁶ Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK (Schweiz) 2005: 63.

¹⁷⁷ Nationaler Ethikrat 2006: 90.

lung als auch für die rechtliche Wertung unbeachtlich, ob die Beihilfe zu eben diesem Suizid aufgrund kommerzieller Interessen oder in organisierter Form erfolge. Aus diesem Grund sei es angezeigt, statt pauschal die kommerzielle oder die organisierte Suizidbeihilfe mit einem strafbewehrten Verbot zu belegen, genau die Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen, die – ob kommerziell, organisiert oder auch individuell – zu Suiziden ver helfe, die nicht auf einem validen Suizidwunsch beruhen.¹⁷⁸

6. Sterbehilfe bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen

6.1 Begriff und allgemeine Diskussionslage

6.1.1 Begriff

Unter dem Titel »Sterbehilfe bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen« wird die Frage nach der ethischen Zulässigkeit einer mutmaßlich lebensverkürzenden Sterbehilfe bei Menschen diskutiert, die nicht in der Lage sind, sich selbst valide zur Durchführung einer solchen Sterbehilfe zu äußern.

6.1.2 Problemkreise

Im Zusammenhang mit dieser Frage werden vor allem drei – einander überschneidende – Problemkreise diskutiert: das Problem der ethischen Zulässigkeit eines *Behandlungsverzichts* bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen, das Problem der ethischen Zulässigkeit einer *direkten aktiven Sterbehilfe* bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen und das Problem der sogenannten »*Neugeborenen euthanasie*«.

Bei dem Problem der »Neugeborenen euthanasie« handelt es sich jedoch in systematischer Hinsicht nicht eigentlich um einen eigenen Problemkreis; geht es um die Frage nach der ethischen Zulässigkeit eines Behandlungsverzichts bei Neugeborenen, handelt es sich um einen Unterfall des erstgenannten Problemkreises, steht die Frage nach der ethischen Zulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe bei Neugeborenen zur Diskussion, handelt es sich um einen Unterfall des zweiten Problemkreises.

Die Auseinandersetzung um die Frage nach der ethischen Zulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen

¹⁷⁸ So etwa Hoerster 1998: 50–57, 169.

higen kreist vor allem um das Problem, ob eine direkte aktive Sterbehilfe überhaupt ethisch zulässig sein kann. Ist es stets und unter allen Umständen ethisch unzulässig, einen Menschen um willen eines selbstbestimmteren und weniger schmerzvollen Sterbens zu töten, dann ist es auch stets und unter allen Umständen ethisch unzulässig, einen entscheidungs- oder erklärungsunfähigen Menschen um willen eines selbstbestimmteren und weniger schmerzvollen Sterbens zu töten, auch wenn ihn zu töten seinem zuvor erklärten Willen entsprechen sollte. Hinsichtlich der Frage nach der ethischen Zulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen sei an dieser Stelle daher auf die Darstellung der Diskussion um die genuinethische Zulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe in den Abschnitten 4.2.1–4.2.4 verwiesen.

Entsprechend ist der Fokus im Folgenden auf die Auseinandersetzung bezüglich des ersten Problemkreises und der Frage nach der ethischen Zulässigkeit eines *Behandlungsverzichts* bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen zu legen.

Unbezweifelt ist, dass jeglicher Verzicht auf eine medizinisch indizierte Behandlung auch bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen ethisch unzulässig und gesetzlich zu verbieten ist, der *gegen* oder *ohne Rücksicht auf* den im Voraus erklärten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen erfolgt.

Umstritten ist die Frage nach der ethischen Zulässigkeit eines Verzichts auf medizinisch indizierte Maßnahmen bei einem Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen jedoch insbesondere in folgenden Situationen:

- wenn sich der Betroffene vor Eintritt seiner Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigkeit in einer formellen Willenserklärung gegen die Aufnahme oder Fortsetzung dieser Maßnahmen erklärt hat (*»vorausverfügter Wille«*) (6.2.1),
- wenn sich der Betroffene zwar nicht vor Eintritt seiner Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigkeit in einer formellen Willenserklärung gegen die Aufnahme oder Fortsetzung dieser Maßnahmen erklärt hat, aber es aufgrund anderweitiger, persönlicher Äußerungen Anhaltspunkte dafür gibt, dass er sich in der gegenwärtigen Entscheidungssituation gegen diese Behandlung entscheiden würde (*»mutmaßlicher Wille«*) (6.2.2), und
- wenn sich der Betroffene nicht vor Eintritt seiner Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigkeit in einer formellen Willenserklärung gegen die Aufnahme oder Fortsetzung dieser Maßnahmen erklärt hat, es aber auch keine Anhaltspunkte gibt, anhand derer sich ein individueller mutmaßlicher Wille ermitteln lässt (6.2.3).

6.2 *Zentrale Diskussionsfelder*

6.2.1 *Behandlungsverzicht bei Vorliegen einer Patientenverfügung*

Im derzeitigen Diskussionskontext wird die Frage nach der ethischen Zulässigkeit eines Behandlungsverzichts bei Vorliegen eines im Voraus verfügbaren Willens vor allem als Frage nach der ethischen Zulässigkeit eines Behandlungsverzichts bei Vorliegen eines im Rahmen einer *Patientenverfügung* erklärten Willens thematisiert.

Eine Patientenverfügung stellt – neben der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung – eines von mehreren Instrumenten zur Vorsorge in Gesundheitsangelegenheiten für den Fall einer etwaigen Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigkeit dar.

Mit einer Patientenverfügung ist es möglich, für den Fall einer späteren Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigkeit den eigenen Willen bezüglich der Aufnahme, der Nichtaufnahme oder des Abbruchs medizinischer Behandlungen zu erklären. Patientenverfügungen richten sich in erster Linie an den Arzt oder das Behandlungsteam. Sie können sich zusätzlich an einen bevollmächtigten oder gesetzlich bestellten Vertreter richten und Anweisungen zur Auslegung und Durchsetzung der Patientenverfügung enthalten. Auch kann in einer Patientenverfügung die Letztentscheidung darüber, wie diese Patientenverfügung auszulegen ist, einem selbst bestellten Gesundheitsbevollmächtigten, einem Betreuer oder einer anderen Person überantwortet werden.¹⁷⁹

Mit einer Vorsorgevollmacht kann eine Vertrauensperson benannt werden, die im Fall der Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigkeit des Vollmachtgebers als dessen (Gesundheits-)Bevollmächtigter zum Vertreter seines Willens wird und diesem Willen Ausdruck und Geltung verschaffen soll.¹⁸⁰ Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung einer Person für den Fall einer Anordnung der Betreuung. Eine Betreuung kann in Gesundheitsbelangen vom Amts- bzw. Vormundschaftsgericht angeordnet werden, wenn ein Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Belange selbst zu regeln, und eine Vorsorgevollmacht nicht vorliegt oder nicht ausreicht. In einer Betreuungsverfügung können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Handlungsanweisungen für den Betreuer zur Wahrnehmung seiner Aufgaben gemacht werden.¹⁸¹

¹⁷⁹ Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« 2004: 15.

¹⁸⁰ Bundesärztekammer 2007: A 892.

¹⁸¹ Bundesärztekammer 2007: A 893.

Im Unterschied zur Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung ist die Patientenverfügung gegenwärtig in Deutschland nicht spezialgesetzlich geregelt. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer von vielen als uneindeutig empfundenen Rechtsprechung¹⁸² werden die Fragen nach der Bindungswirkung, dem Geltungsbereich und den Wirksamkeitsvoraussetzungen einer Patientenverfügung ebenso wie die Fragen nach der Notwendigkeit einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung und dem angemessenen Ort für eine solche Regelung – Strafrecht oder Zivilrecht¹⁸³ – zurzeit kontrovers diskutiert.

Die im hiesigen Zusammenhang der Sterbehilfediskussion aus ethischer Sicht zentrale Frage lautet, ob es ethisch zulässig ist, auf die Aufnahme oder Fortführung medizinischer Maßnahmen zu verzichten, wenn dies vom Betroffenen zuvor in einer Patientenverfügung so gewünscht worden ist.

In dieser Frage werden grundsätzlich drei verschiedene Positionen vertreten. Nach der ersten Position ist die ethische Zulässigkeit, dem in einer Patientenverfügung erklärten Wunsch nach einem Behandlungsverzicht Folge zu leisten, ausschließlich daran gebunden, dass a) die zur Absicherung der Validität der Willenserklärung als erforderlich anzusetzenden Wirksamkeitsvoraussetzungen erfüllt sind, b) die Verfügung auf die konkrete Entscheidungssituation zutrifft und c) keine Anhaltspunkte für eine Willensänderung vorliegen. Sind diese drei Bedingungen erfüllt, ist ein Behandlungsverzicht nicht nur ethisch zulässig, sondern auch ethisch geboten und rechtlich zu gebieten.

Gemäß der zweiten Position ist die ethische Zulässigkeit, dem in einer Patientenverfügung erklärten Wunsch nach einem Behandlungsverzicht Folge zu leisten, nicht nur an die Bedingungen a), b) und c) gebunden, sondern zudem auch d) an die Diagnose und Prognose der Erkrankung des betroffenen Patienten. Nach der ersten Variante dieser Position ist die ethische Zulässigkeit nur dann gegeben, wenn das Grundleiden des Patienten einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat (d₁). Nach einer zweiten Variante ist die ethische Zulässigkeit auch dann gegeben, wenn der Patient zwar nicht im Sterben liegt, aber unter einer fortgeschrittenen Demenz leidet oder sein Bewusstsein irreversibel verloren hat (d₂). Sind die Bedingungen a), b) und c) sowie die Bedingung d₁) bzw. d₂) erfüllt, ist ein

¹⁸² Schöch / Verrel 2005: 555.

¹⁸³ Für eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung auch im Strafrecht z.B. Nationaler Ethikrat 2005: 30; Schöch / Verrel 2005: 564–565; für eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung im BGB z.B. das Sondervotum von Neuer-Miebach in Nationaler Ethikrat 2005: 35–36.

Behandlungsverzicht nicht nur ethisch zulässig, sondern auch ethisch geboten und rechtlich zu gebieten.

Entsprechend der dritten Position lässt sich die ethische Zulässigkeit bzw. Gebotenheit, dem in einer Patientenverfügung erklärten Wunsch nach einem Behandlungsverzicht Folge zu leisten, nicht aus einem Katalog allgemein formulierter Kriterien von der Art der oben genannten Bedingungen a), b), c) und d1) bzw. d2) automatisch deduzieren. Zwar stellen die Bedingungen a), b) und c) stets *notwendige* Bedingungen für die ethische Zulässigkeit dar, sie zugleich als *hinreichende* Bedingungen anzusetzen (wie dies in der ersten Position der Fall ist), kann aber in konkreten Einzelfällen zu einem ethisch unzulässigen Behandlungsverzicht führen. Ebenso kann die Ansetzung der Bedingungen d1) bzw. d2) als *notwendige* Zulässigkeitsbedingungen (wie dies bei der zweiten Position geschieht) in Einzelfällen zu einer ethisch unzulässigen Behandlungsvornahme führen.

In der aktuellen rechtspolitischen Diskussion wurde die erste Position unter anderem von der 2003 von der Bundesjustizministerin Zypries berufenen Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« (»Kutzer-Kommission«)¹⁸⁴ sowie von der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz in ihrer 2004 vorgelegten Stellungnahme »Sterbehilfe und Sterbebegleitung«¹⁸⁵ vertreten. Auf der Grundlage der Empfehlungen der Kutzer-Kommission ist im März 2008 ein unter Federführung des Bundestagsabgeordneten Stünker entwickelter »Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts« in den Bundestag eingebracht worden, der ebenfalls diese Position vertritt.¹⁸⁶

Die zweite Position wurde von der Mehrheit der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages »Ethik und Recht der modernen Medizin« in ihrem 2004 veröffentlichten »Zwischenbericht Patientenverfügung« vertreten.¹⁸⁷ Aus den Beratungen der Enquete-Kommission ist ein unter der Führung der Bundestagsabgeordneten Bosbach und Röspel erarbeiteter »Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht« hervorgegangen, in dem gleichermaßen die zweite Position formuliert wird.¹⁸⁸

Die dritte Position kommt in den »Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

¹⁸⁴ Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« 2004.

¹⁸⁵ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004.

¹⁸⁶ Deutscher Bundestag 2008.

¹⁸⁷ Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages 2004: 45.

¹⁸⁸ Deutscher Bundestag 2007.

zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis« von 2007 zum Ausdruck. Unter Punkt 8 der Empfehlungen heißt es unter der Überschrift »Verbindlichkeit einer Patientenverfügung«: »Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten ist *grundsätzlich* verbindlich; deshalb dürfen Ärzte sich nicht über die in einer Patientenverfügung enthaltenen Willensäußerungen hinwegsetzen«. ¹⁸⁹ Eine abschließende definitonische Auflistung von notwendigen und zugleich hinreichenden Bedingungen, unter denen einer Patientenverfügung über ihre *grundsätzliche* Verbindlichkeit hinaus eine *strikte* Verbindlichkeit zukommt, wird in den Empfehlungen – bewusst – nicht gegeben. ¹⁹⁰

Der Nationale Ethikrat votierte in seiner Stellungnahme »Patientenverfügung« von 2005 ebenso wie die Bioethik-Kommission Bayern in ihrer Stellungnahme »Sterben in Würde« von 2007 uneinheitlich. Während einige Mitglieder des Ethikrates unter der Voraussetzung weiterer Bedingungen für eine strikte Verbindlichkeit von Patientenverfügungen stimmten, lehnten andere Mitglieder eine strikte Verbindlichkeit ausdrücklich ab (dritte Position). ¹⁹¹ Die Mehrheit der Ratsmitglieder sprach sich dafür aus, »dass die Reichweite und Verbindlichkeit der Patientenverfügung nicht auf bestimmte Phasen der Erkrankung beschränkt werden sollten« (erste Position); einige Mitglieder waren hingegen der Auffassung, »dass Aussagen in Bezug auf die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen nur im Falle von einem irreversiblen, in absehbarer Zeit zum Tode führenden Krankheitsverlauf als bindend anzusehen sein sollten« (zweite Position, Variante d1); ¹⁹² andere Mitglieder wiederum schlossen »auch Krankheitssituationen ein, in denen die Wiederherstellung der eigenen Entscheidungsfähigkeit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist« (Zweite Position, Variante d2).

Die Mitglieder der Bioethik-Kommission Bayern kamen zwar darin überein, dass eine Patientenverfügung unter bestimmten Bedingungen strikt verbindlich sein solle; ¹⁹³ während jedoch die Mehrheit der Ansicht war, dass »die Wirksamkeit einer Verfügung, dass ärztlich indizierte lebensverlängernde Maßnahmen abgelehnt werden, [...] nicht auf bestimmte Phasen der Erkrankung beschränkt werden« solle (erste Position), ¹⁹⁴

¹⁸⁹ Bundesärztekammer 2007: A 895 (Hervorhebung durch den Verf.).

¹⁹⁰ Hoppe / Borasio 2007.

¹⁹¹ Nationaler Ethikrat 2005: 31.

¹⁹² Nationaler Ethikrat 2005: 31.

¹⁹³ Bioethik-Kommission Bayern 2007: 63.

¹⁹⁴ Bioethik-Kommission Bayern 2007: 64.

befürwortete eine Minderheit »eine Reichweitenbegrenzung auf Krankheitssituationen, die nach amtlicher Erkenntnis irreversibel in absehbarer Zeit zum Tod führen« (zweite Position, Variante d).¹⁹⁵

Die *Anhänger der ersten Position* argumentieren, dass sich die Frage der ethischen Zulässigkeit eines Behandlungsverzichts auch bei Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigen am Maßstab des Wohls des Betroffenen zu orientieren habe, das seinerseits wiederum nach Maßgabe des Willens des Betroffenen selbst zu bestimmen sei (»salus ex voluntate suprema lex«). Dies folge aus dem ethisch geforderten und rechtlich anzuerkennenden Anspruch jedes Menschen auf Selbstbestimmung und auf körperliche Unversehrtheit. Dieser in Art. 2 Abs. 1 und 2 des deutschen Grundgesetzes auch rechtlich anerkannte Anspruch auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit habe auch dann Bestand, wenn ein Mensch nicht – oder nicht mehr – selbst zur Ausübung dieses Anspruchs in der Lage sei.¹⁹⁶

Habe ein Mensch, solange er noch entscheidungs- und erklärungsfähig war, für den Fall einer späteren Entscheidungs- oder Erklärungsunfähigkeit die Nichtaufnahme oder den Abbruch einer in seine körperliche Unversehrtheit eingreifenden lebenserhaltenden Maßnahme verfügt, so müsse dieser Verfügung daher stets dann strikt entsprochen werden, wenn der verfügte Wille in freier Ausübung seines Anspruchs auf Selbstbestimmung zustande gekommen sei, die Verfügung auf die gegenwärtige Situation zutreffe und keine konkreten Anhaltspunkte für eine Änderung seines Willens vorlägen. Dies gelte auch dann, wenn der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen für eine Situation verfügt worden sei, in der der Betroffene *nicht* irreversibel tödlich erkrankt sei, da auch in diesem Fall eine Missachtung der Verfügung einen ethisch unzulässigen und rechtlich zu ahndenden Verstoß gegen den Anspruch auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit des Betroffenen darstelle.

Auch wenn die Ansichten darüber, unter welchen Voraussetzungen ein in einer Patientenverfügung erklärter Wille über einen Behandlungsverzicht hinreichend valide ist und woran sich die Validität der Willenserklärung von den Adressaten der Verfügung bemessen lässt,¹⁹⁷ unter den An-

¹⁹⁵ Bioethik-Kommission Bayern 2007: 64–65.

¹⁹⁶ Vgl. die Ausführungen zum »principle of informed consent« in Abschnitt 2.1.3 des vorliegenden Sachstandsberichts.

¹⁹⁷ Als Validitätskriterien sind – neben der Eindeutigkeit und Situationsbezogenheit sowie dem Fehlen konkreter Anhaltspunkte für eine zwischenzeitliche Willensänderung – unter anderem in der Diskussion: Schriftform, Fehlen konkreter Anhaltspunkte für Willensmängel (Einwilligungsunfähigkeit, Irrtum, Täuschung), Nachweis der vorherigen ärztlichen Aufklä-

hängern der ersten Position variieren, herrscht doch Einigkeit unter ihnen, dass sich Kriterien definieren lassen, anhand derer sich die Validität eines in einer Patientenverfügung erklärten Willens mit hinreichender Sicherheit feststellen lässt.

Verfechter der zweiten Position verweisen dagegen darauf, dass Patientenverfügungen »nicht als unmittelbare Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung angesehen werden könnten«. ¹⁹⁸ Auch dann, wenn der in einer Patientenverfügung erklärte Wille über einen Behandlungsverzicht zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügung wohlinformiert, freiverantwortlich und nach reiflicher Überlegung und damit vollkommen valide zustande gekommen sei, diese Validität gänzlich außer Zweifel stehe, der erklärte Wille auf die Situation zutrefe und sich keine *erkennbaren Anhaltspunkte* für eine Willensänderung ergäben, lasse sich nicht immer ausschließen, dass der aktuelle Wille des Betroffenen nun – in der Situation selbst – ein anderer sei.

Die Situation, im Hinblick auf die ein Behandlungsverzicht verfügt werde, lasse sich zu dem Zeitpunkt, zu dem die Verfügung getroffen werde, auch bei bestmöglicher ärztlicher Aufklärung oftmals gar nicht mit der Klarheit antizipieren, die erforderlich sei, um Aussagen darüber treffen zu können, wie man *in der Situation selbst* über einen Behandlungsverzicht denken würde. ¹⁹⁹ Zudem sei »gerade in Zeiten der Ressourcenknappheit [...] die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass Patientenverfügungen ohne Reichweitenbeschränkung zum Mittel der Kostensenkung instrumentalisiert« würden. ²⁰⁰ Wegen dieser Unsicherheiten und Risiken sei es aufgrund der ethischen und rechtlichen Verpflichtung des Staates zum Lebensschutz angezeigt, die Gültigkeit von Patientenverfügungen, in denen ein Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen verfügt werde, der zum Tode führen würde, auf solche Konstellationen zu beschränken, in denen das Grundleiden des Patienten einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen habe. ²⁰¹

Geen diejenigen, die die zweite Variante (d2) der zweiten Position ver-

zung, Aktualisierung oder Bestätigung innerhalb eines angemessenen Zeitraums. Vgl. Deutscher Juristentag 2006: 9–10.

¹⁹⁸ Nationaler Ethikrat 2005: 20. Vgl. Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages 2004: 38.

¹⁹⁹ Jox 2004: 409; Sahm 2005: 269–270.

²⁰⁰ Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages 2004: 38.

²⁰¹ Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages 2004: 38.

treten und von dieser Beschränkung eine Ausnahme machen wollen, wenn der Patient zwar noch nicht im Sterben liegt, aber unter einer fortgeschrittenen Demenz leidet oder sein Bewusstsein irreversibel verloren hat, wird von den Verfechtern der ersten Variante (d1) eingewendet, dass sie nicht nur das Instrumentalisierungsrisiko verkennten, sondern dass zudem das Antizipationsproblem gerade auch »für den Zustand der Demenz mit eventuell veränderten Erlebnisweisen und Empfindungen« virulent sei,²⁰² möglicherweise aber auch für die Situation eines Wachkomas, sofern nicht auszuschließen sei, dass der Betroffene weiterhin zumindest über rudimentäre Formen der Wahrnehmung und des Empfindens verfüge.²⁰³

Auch *diejenigen, die die dritte Position favorisieren*, machen in ihrer Argumentation geltend, dass der in einer Patientenverfügung im Voraus erklärte Wille nicht mit einem aktuell erklärten Willen gleichgestellt werden könne. Zur Begründung der Nicht-Äquivalenz-These verweisen sie zum einen darauf, dass auch bei Vorliegen aller erdenklichen Wirksamkeitsvoraussetzungen Restzweifel an der Validität einer vorausverfügten Willenserklärung nicht aus dem Weg geräumt werden könnten. Zum anderen führen sie ins Feld, dass aufgrund des bereits von den Anhängern der zweiten Position vorgebrachten Antizipationsproblems selbst im Falle einer unzweifelhaften Validität einer vorausverfügten Willenserklärung und auch dann, wenn keine merklichen Anzeichen für eine Willensänderung vorlägen, nicht auszuschließen sei, dass sich der Wille des Patienten doch geändert haben könnte.

Aufgrund dieser Überlegungen kommen die Vertreter der dritten Position in ihrer Abwägung zwischen der von der ersten Position betonten *Selbstbestimmung* des Patienten einerseits und der von der zweiten Position eingeklagten *Fürsorge* für den Patienten andererseits zu dem Schluss, dass es nicht nur ethisch unzulässig sei, den in einer Patientenverfügung erklärten Wunsch nach einem Behandlungsverzicht gleichsam »*automatisch*« als strikt bindend anzusehen (wie es sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Position der Fall sei), sondern auch, ihn in *den* Fällen *regelmäßig* und *gänzlich* zu ignorieren, in denen der Patient noch nicht im Sterben liege bzw. nicht an einer fortgeschrittenen Demenz leide oder sein Bewusstsein nicht irreversibel verloren habe (wie dies bei der zweiten Position geschehe).²⁰⁴

²⁰² Nationaler Ethikrat 2005: 20.

²⁰³ Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages 2004: 14.

²⁰⁴ Hoppe / Borasio 2007; Salm 2005: 270.

6.2.2 Behandlungsverzicht bei mutmaßlichem Willen

Häufig stellt sich die Frage nach der ethischen Zulässigkeit eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen auch in Situationen, in denen ein entscheidungs- oder erklärungsunfähiger Patient seinen Willen bezüglich des Verzichts auf diese Maßnahmen *nicht* formell vorausverfügt hat oder lediglich in einer Weise vorausverfügt hat, die nicht als strikt bindend erachtet werden kann. Oft lassen sich dann jedoch Anhaltspunkte finden, anhand derer sich der *mutmaßliche* Wille des Patienten ermitteln lässt.

Als Anhaltspunkte für die Ermittlung eines mutmaßlichen Willens kommen frühere – schriftliche oder mündliche – Äußerungen des Patienten in Frage. Dabei kann es sich um Patientenverfügungen ohne strikte Bindungswirkung handeln oder um mündliche Äußerungen insbesondere im Zusammenhang mit der eigenen Krankengeschichte, den eigenen religiösen Überzeugungen oder den eigenen ethischen Wertvorstellungen; diese Äußerungen können gegenüber dem behandelnden Arzt oder einer anderen Vertrauensperson getroffen worden sein. Solche Äußerungen gelten als um so gewichtiger, je kürzer sie zurückliegen und je konkreter die Bezogenheit auf die anstehende Entscheidungssituation ist.²⁰⁵

Wie der vorausverfügte Wille im Verhältnis zum aktuell geäußerten Willen, so stellt der mutmaßliche Wille im Verhältnis zum vorausverfügten Willen stets nur ein »Hilfskonstrukt« dar.²⁰⁶ War die ethische Zulässigkeit eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen bereits im Fall eines vorausverfügten Willens fraglich, so erscheint sie mithin im Fall eines mutmaßlichen Willens erst recht zweifelhaft.

Aus diesem Grund halten einige den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen – jedenfalls bei Patienten, die (noch) nicht im Sterben liegen – allein aufgrund eines bloß gemutmaßten Willens ausnahmslos für ethisch unzulässig. In diesem Zusammenhang wird unter anderem auch auf Studien verwiesen, mit denen anhand eines hypothetischen Fallszenarios untersucht worden sei, wie gut sich die Entscheidung eines Patienten mit der Einschätzung eines Angehörigen oder eines behandelnden Arztes bezüglich dessen mutmaßlichen Willens decke. Dabei sei die Kongruenz nicht wesentlich höher gewesen als es auch durch Zufall zu erwarten gewesen sei. Eine neuere Studie habe sogar zu dem Ergebnis geführt, dass Entscheidungen nach dem mutmaßlichen Patientenwillen besser mit den eige-

²⁰⁵ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 53.

²⁰⁶ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 52.

nen Präferenzen des stellvertretend Entscheidenden übereinstimmten als mit denen des Patienten.²⁰⁷

Andere betrachten den mutmaßlichen Willen demgegenüber als eine bereits für sich allein hinreichende Basis für die Legitimation eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen – und dies sogar *unabhängig* davon, ob der Patient im Sterben liegt oder nicht. In jüngerer Zeit wurde diese Auffassung unter anderem im »Alternativentwurf Sterbebegleitung« von 2005 und von der Mehrheit des 66. Deutschen Juristentages 2006 vertreten. So wird im Alternativentwurf Sterbebegleitung vorgeschlagen, in das Strafgesetzbuch einen neuen § 214 einzufügen, nach dessen Abs. 1 Satz 3 derjenige, der »lebenserhaltende Maßnahmen beendet, begrenzt oder unterlässt, [...] nicht rechtswidrig [handelt], wenn der Betroffene nach ärztlicher Kenntnis zu einer Erklärung über Aufnahme und Fortführung der Behandlung außerstande ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er im Hinblick auf Art, Dauer und Verlauf seiner Erkrankung diese Behandlung ablehnen würde«.²⁰⁸ Auf eben dieser Linie fasste auch der 66. Deutsche Juristentag 2006 den Beschluss, dass im StGB klarzustellen sei, »dass das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen straflose Behandlungsbegrenzung« sei, »wenn der Patient einwilligungsunfähig ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er diese Behandlung ablehnen würde«.²⁰⁹

Eine mittlere Position wird unter anderem von der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz formuliert. Ihr zufolge bildet der mutmaßliche Wille zwar – jedenfalls bei Patienten, die nicht im Sterben liegen – nicht schon für sich allein eine hinreichende Bedingung für die Zulässigkeit eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen; zumindest im Fall von Wachkoma-Patienten aber rechtfertige ein mutmaßlicher Wille einen solchen Behandlungsverzicht jedenfalls dann, »wenn nach der Stellungnahme der bzw. des behandelnden und einer weiteren unabhängigen Ärztin bzw. eines Arztes keine Chance einer Remission« bestehe.²¹⁰

²⁰⁷ Jox 2004: 407. Jox räumt jedoch an derselben Stelle zugleich ein, dass sich die »Konkordanzrate« in den Studien »durchgängig erhöht« habe, wenn zuvor »konkrete [...] Gespräche zwischen Patient und Stellvertreter über Entscheidungen am Lebensende« geführt worden seien; die von Jox angeführten Studien dürften sich daher nur sehr beschränkt dazu eignen, eine grundsätzliche Fragwürdigkeit eines auf konkreten Äußerungen des Patienten beruhenden mutmaßlichen Willens zu belegen.

²⁰⁸ Schöch / Verrel 2005: 384.

²⁰⁹ Deutscher Juristentag 2006: 7–8.

²¹⁰ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 85.

6.2.3 Behandlungsverzicht bei fehlenden Anhaltspunkten für einen mutmaßlichen Willen

Die Frage nach der ethischen Zulässigkeit eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen stellt sich in der Praxis mitunter auch in Situationen, in denen jedwede Anhaltspunkte für die Ermittlung eines individuellen mutmaßlichen Willens fehlen. Bei Neugeborenen ist das Fehlen solcher Anhaltspunkte regelmäßig der Fall, aber auch bei Erwachsenen kann der Fall eintreten, dass sich ein individueller mutmaßlicher Wille trotz größter Sorgfalt nicht ermitteln lässt.

Zur Klärung der Frage nach der Zulässigkeit eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen in Situationen, in denen sich auch ein mutmaßlicher Wille nicht ermitteln lässt, werden verschiedene, einander widersprechende Lösungsansätze vorgeschlagen. Nach dem *ersten* Ansatz ist in solchen Situationen stets nach dem Prinzip »in dubio pro vita« zu verfahren; demnach ist ein Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen in Fällen, in denen sich ein individueller Wille nicht ermitteln lässt, stets ethisch unzulässig.

Nach einem *zweiten* Ansatz ist nach der Maßgabe »allgemeiner Wertvorstellungen« zu entscheiden. Dieser Ansatz findet sich auch in der Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) zum sogenannten »Kemptener Fall« von 1994. Einer der Leitsätze, die dieser Entscheidung vorangestellt wurden, lautete: »Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen.«²¹¹

Der Ansatz, bei der Frage nach der ethischen bzw. rechtlichen Zulässigkeit eines Verzichts auf lebenserhaltende Maßnahmen in Ermangelung eines ermittelbaren mutmaßlichen Willens auf »allgemeine Wertvorstellungen« zu rekurrieren, wurde im Anschluss an das Urteil des BGH äußerst kritisch diskutiert. Auch von den Mitgliedern der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz wurde dieser Ansatz als problematisch erachtet. In ihrer Stellungnahme »Sterbehilfe und Sterbebegleitung« aus dem Jahr 2004 führten sie aus, dass der vom BGH vorgeschlagene Rekurs auf allgemeine Wertvorstellungen abzulehnen sei, wenn man darunter nur jene Vorstellungen verstehe, die als »gemeinhin normal und vernünftig« angesehen würden. Diese Kriterien eröffneten einen »großen Interpretations-

²¹¹ Bundesgerichtshof 1995. Vgl. auch die Ausführungen zum Urteil des BGH im »Kemptener Fall« im Teil I (Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe) Abschnitt 2.2.2.2 des vorliegenden Sachstandsberichts.

spielraum« und könnten »ökonomischen Überlegungen Vorrang vor dem Lebensschutz« einräumen, ein Abstellen auf allgemeine Wertvorstellungen bedeute ein »Einfallstor für Nützlichkeitsabwägungen«. ²¹²

Nach dem vor dem Hintergrund dieser Überlegungen auch von der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz favorisierten *dritten* Ansatz ist in Situationen, in denen sich ein individueller mutmaßlicher Wille nicht feststellen lässt, grundsätzlich davon auszugehen, dass der betroffene Patient »sein Leben erhalten will, wenn dies in Würde möglich ist«. ²¹³

Maßstab ist demnach das – subjektive – Wohl des Patienten, wie es sich auf der – objektiven – Grundlage der ärztlichen Diagnose und Prognose darstellt. Demzufolge entspricht eine angemessene *Pflege* stets dem Interesse des Patienten, die Durchführung *lebenserhaltender Maßnahmen* jedoch nur dann, wenn diese Maßnahmen keine unverhältnismäßige Belastung für den Patienten bedeuten. Unverhältnismäßig sei eine lebenserhaltende Maßnahme beispielsweise dann, wenn sie mit stärksten Schmerzen verbunden sei, ohne zugleich eine entsprechende Aussicht auf Besserung zu bieten. ²¹⁴

7. Zusammenfassung

Der Begriff »Sterbehilfe« fungiert in der gegenwärtigen Diskussion als Sammelbegriff für Maßnahmen, die darauf abzielen, einem Menschen zu einem möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterben zu verhelfen. Eine adäquate ethische Urteilsbildung bezüglich der Legitimität der Sterbehilfe kann nur dann gelingen, wenn sowohl die verschiedenen *Formen der Sterbehilfe* als auch die unterschiedlichen *Ebenen der Sterbehilfediskussion* hinreichend klar voneinander unterschieden werden. Hinsichtlich der Sterbehilfeformen ist zwischen der reinen Sterbehilfe, der passiven Sterbehilfe, der indirekten aktiven Sterbehilfe, der direkten aktiven Sterbehilfe und der Sterbehilfe durch Suizidbeihilfe zu unterscheiden (vgl. Abschnitt 1.1.1). Hinsichtlich der Ebenen der Sterbehilfediskussion gilt es, zwischen der genuinethischen, der rechtsethischen und der standesethischen Perspektive zu differenzieren (vgl. Abschnitt 1.2.1).

Innerhalb der ethischen Sterbehilfediskussion besteht Einigkeit darü-

²¹² Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 54. Zur Kritik am Ansatz der »allgemeinen Wertvorstellungen« vgl. auch Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« 2004: 49; Schöch / Verrel 2005: 566.

²¹³ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 54.

²¹⁴ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004: 54–55.

ber, dass sowohl die *reine Sterbehilfe* als auch die *passive Sterbehilfe* wie auch eine medizinisch indizierte *indirekte aktive Sterbehilfe* stets dann nicht nur genuinethisch geboten, sondern zugleich auch gesetzlich sowie standesethisch und standesrechtlich zu gebieten sind, wenn ein aktuell entscheidungs- und äußerungsfähiger Patient nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der sicheren oder wahrscheinlichen Folgen ausdrücklich und ernstlich nach einer solchen Sterbehilfe verlangt bzw. – im Falle der passiven Sterbehilfe – einer Einleitung oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen seine Zustimmung verweigert (vgl. Abschnitte 1.1.1, 2. und 3.).

Uneinigkeit herrscht dahingegen bezüglich der genuinethischen, rechtsethischen und standesethischen Beurteilung der *direkten aktiven Sterbehilfe* und der *Sterbehilfe durch Suizidbeihilfe*. Auf der *genuinethischen* Diskussions-ebene stehen vor allem zwei Fragen im Mittelpunkt: zum einen die Frage nach der Legitimität und der Validität des Verlangens, um willen eines möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterbens von einem anderen Menschen getötet zu werden bzw. Hilfe zur Selbsttötung zu erfahren, zum anderen die Frage nach der Legitimität, einem solchen Verlangen – gesetzt den Fall, dass es Umstände gibt, unter denen dieses Verlangen sowohl legitim als auch valide sein kann – zu entsprechen (vgl. Abschnitte 4.2.1–4.2.3 und 5.2.1–5.2.2). Im Rahmen der Diskussion über die genuinethische Beurteilung der direkten aktiven Sterbehilfe spielt außerdem die Frage nach der genuinethischen Relevanz der Aktiv-Passiv- und der Direkt-Indirekt-Unterscheidung eine zentrale Rolle (vgl. Abschnitt 4.2.4). Die Auseinandersetzung um die angemessene *rechts- und standesethische* Regulierung der direkten aktiven Sterbehilfe und der Sterbehilfe durch Suizidbeihilfe kreist insbesondere um die beiden Fragen danach, welche etwaigen Dammbrech- und Missbrauchsrisiken mit welcher Form der strafgesetzlichen bzw. standesrechtlichen Duldung dieser Sterbehilfeformen verbunden sind und ob und inwieweit sich diese Sterbehilfeformen mit den Zielen und Aufgaben des ärztlichen Berufsstandes normativ vereinbaren lassen (vgl. Abschnitte 4.2.5 und 5.2.3–5.2.4).

Ist der Patient *entscheidungs- oder erklärungsunfähig*, so ist unstrittig, dass ein Verzicht auf eine medizinisch indizierte Behandlung überhaupt nur dann ethisch zulässig sein kann und gesetzlich sowie standesrechtlich erlaubt werden darf, wenn dieser Verzicht dem im Voraus erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Kontrovers diskutiert wird jedoch vor allem die Frage, inwieweit die ethische, gesetzliche und standesrechtliche Zulässigkeit bzw. Gebotenheit, dem »subjektiven«, in einer vorausverfügten Willenserklärung niedergelegten oder mutmaßlichen Wunsch eines Patienten nach einem Behandlungsverzicht Folge zu leisten,

zusätzlich an »objektive« Kriterien der Diagnose und Prognose seiner Erkrankung rückzubinden und etwa auf Situationen einzuschränken ist, in denen das Grundleiden des Patienten einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat oder der Patient zwar nicht im Sterben liegt, aber sein Bewusstsein irreversibel verloren hat oder bereits unter einer unumkehrbaren fortgeschrittenen Demenz leidet (vgl. Abschnitte 6.2.1–6.2.2). Umstritten ist auch die Frage nach der Zulässigkeit eines Behandlungsverzichts im Falle von erklärungs- oder äusserungsunfähigen Patienten, *bei denen jegliche Anhaltspunkte zur Ermittlung eines individuellen Willens fehlen*. Während einige einen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen in einem solchen Fall kategorisch ablehnen, halten ihn andere auch in diesem Fall unter bestimmten – von ihnen jedoch teilweise unterschiedlich definierten – Umständen nicht nur für ethisch zulässig, sondern auch für ethisch geboten und gesetzlich und standesrechtlich zu gebieten (vgl. Abschnitt 6.2.3).

Sämtliche, auch zukünftigen Klärungsversuche der in der Sterbehilfediskussion noch offenen genuinethischen, rechtsethischen und standesethischen Fragen sind daran zu bemessen, inwieweit es ihnen gelingt, alle drei ethisch-normativen Bezugspunkte angemessen zu berücksichtigen, die für diese Diskussion als maßgeblich anzusetzen sind: den Anspruch auf *Selbstbestimmung*, den Anspruch auf *Leben* sowie den Anspruch auf *körperliche und seelische Unversehrtheit*. Maßgeblich für die ethische Beurteilung der Sterbehilfe und ihrer gesetzlichen und berufsständischen Regulierung sind dabei nicht nur die Selbstbestimmung, das Leben und die körperliche und seelische Unversehrtheit des Sterbehilfe-*Empfangenden*, sondern auch die Selbstbestimmung, das Leben und die körperliche und seelische Unversehrtheit des Sterbehilfe-*Leistenden* sowie aller, die als *Dritte* von den Folgen der Durchführung einer Sterbehilfehandlung bzw. den Folgen ihrer gesetzlichen oder berufsständischen Regulierung betroffen sind (vgl. Abschnitt 1.2.2).

Zitierte Gesetze

Grundgesetz: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100–1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. März 2009 (BGBl. I, 606).

Strafgesetzbuch: Strafgesetzbuch (StGB) vom 13. November 1998 (BGBl. I, 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 31. Oktober 2008 (BGBl. I, 2149).

Rechtssprechung

- Bundesgerichtshof (1995): Urteil vom 13. September 1994. 1 StR 357/94. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 40. Berlin: Carl Heymanns, 257–273.
- Bundesgerichtshof (1997): Urteil vom 15. November 1996. 3 StR 79/96. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 40. Berlin: Heymanns, 301–305.

Literatur

- Admiraal, Pieter (2006): Listening and helping to die. The dutch way. In: Kuhse, Helga / Singer, Peter (ed.): Bioethics. An anthology. 2. ed. Malden: Blackwell, 391–397.
- Antoine, Jörg (2004): Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung. Berlin: Duncker & Humblot (Schriften zum öffentlichen Recht 966).
- Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« (2004): Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe »Patientenautonomie am Lebensende« vom 10. Juni 2004. URL http://www.bmj.bund.de/files/-/695/Bericht_AG_Patientenautonomie.pdf [9. April 2009].
- Aristoteles: Nikomachische Ethik. Hg. von Günther Bien. 4., durchges. Aufl. Hamburg: Meiner 1985 (Philosophische Bibliothek 5).
- Auer, Alfons (1995): Art. Sterben, Sterbehilfe, II. Theologisch-ethisch. In: Görres-Gesellschaft (Hg.): Staatslexikon. Recht, Wirtschaft, Gesellschaft, Band 5, 7. Aufl. Freiburg i. Br.: Herder, 284–286.
- Aulisio, Mark P. (2004): Double effect, principle or doctrine of. In: Post, Stephen G. (ed.): Encyclopedia of Bioethics. 3. ed., 685–690. New York: Macmillan
- Battin, Margaret P. (1982): Ethical issues in suicide. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
- Battin, Margaret P. / van der Heide, Agnes / Ganzini, Linda / van der Wal, Gerrit / Onwuteaka-Philipsen, Bregje (2007): Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in »vulnerable« groups. In: Journal of Medical Ethics 33, 591–597.
- Baumann, Jürgen (Hg.) (1986): Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE Sterbehilfe). Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter. Unter Mitarbeit von Albin Eser, Gabriele Wolfsblast und Markus von Lutterotti et al. Stuttgart: Thieme.
- Beauchamp, Tom L. (1999): Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie. In: Sass, Hans-Martin (Hg.): Medizin und Ethik. Rev. und bibl. ern. Ausg. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek, 8599), 265–286.
- Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. (2001): Principles of biomedical ethics. 5. ed. Oxford: University Press.
- Beck, Dietmar (2004): Ist terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar? In: Ethik in der Medizin 16(4), 334–341.

Ethische Aspekte der Sterbehilfe

- Benzenhöfer, Udo (1999): Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. München: Beck (Beck'sche Reihe 1328).
- Bergdolt, Klaus (2003): Historische Reflexionen zur Sterbehilfe. In: Schumpelick, Volker (Hg.): Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde. Ein deutsch-niederländischer Dialog. Akten des Symposiums vom 5.–8. Oktober 2002 in Cadenabbia. Hg. i. A. der Konrad-Adenauer-Stiftung. Freiburg i. Br.: Herder, 97–119.
- Bioethik-Kommission Bayern (2007): Sterben in Würde. Patientenverfügung – Sterbehilfe – Sterbebegleitung. München. URL http://www.bioethik-kommission.bayern.de/stellungnahmen/doc/sterben_wuerde_bfrei.pdf [23. Februar 2008].
- Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (Hg.) (2004): Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten. URL <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/strbrlp.pdf> [10. Oktober 2008].
- Birnbacher, Dieter (1992): Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe. In: Hepp, Hermann (Hg.): Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben! Düsseldorf: Patmos, 50–73.
- Birnbacher, Dieter (1995): Tun und Unterlassen. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek 9392).
- Birnbacher, Dieter (2004): Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen. In: Ethik in der Medizin 16(4), 358–368.
- Birnbacher, Dieter (2005): Sterbehilfe. Eine philosophische Sicht. In: Thiele, Felix (Hg.): Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. München: Fink (Neuzeit und Gegenwart), 31–48.
- Birnbacher, Dieter (2006a): Besser, aber verbesserungswürdig. Unter ethischen Aspekten ist die niederländische Praxis der Sterbehilfe der deutschen vorzuziehen. In: Vorgänge. Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik 45(3), 108–116.
- Birnbacher, Dieter (2006b): Suizid und Suizidprävention aus ethischer Sicht. In: Birnbacher, Dieter (Hg.): Bioethik zwischen Natur und Interesse. Frankfurt a. M. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1772), 195–221.
- Bonelli, Johannes (2000): Sterbebegleitung und Palliativmedizin aus der Perspektive ärztlicher Praxis. In: Bonelli, Johannes / Prat, Enrique H. (Hg.): Leben – Sterben – Euthanasie? Fachtagung zum Thema Leben – Sterben – Euthanasie? Wien: Springer (Medizin und Ethik), 91–96.
- Bormann, Franz-Josef (2002): Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 48(1), 29–38.
- Bundesärztekammer (2006): (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf> [3. Juni 2009]
- Bundesärztekammer (1998): Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 95 (39) vom 25. September 1998. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=13331> [3. Juni 2009]
- Bundesärztekammer (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Vorabdruck aus: Deutsches Ärzteblatt 19. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegl2004.pdf> [5. März 2007].
- Bundesärztekammer (2007): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen

- Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis (8. März 2007). In: Deutsches Ärzteblatt 104(13), A 891–A 896. URL http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlungen_Vorversion.pdf [27. Juli 2007].
- Callahan, Daniel (1987): *Setting limits. Medical goals in an aging society*. New York: Simon & Schuster.
- Callahan, Daniel (2006): *When self-determination runs amok*. In: Kuhse, Helga / Singer, Peter (ed.): *Bioethics. An anthology*. 2. ed. Malden: Blackwell (Blackwell philosophy anthologies 9), 381–385.
- Chisholm, Roderick M. (1970): *The structure of intention*. In: *The Journal of Philosophy* 67(19), 633–647.
- Coscelluela, Victor (1995): *The ethics of suicide*. New York: Garland.
- Danish Council of Ethics (November 2003): *Euthanasie – legalizing killing on request?* URL <http://www.etiskraad.dk/sw2421.asp> [10. Oktober 2008].
- Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (2000): *Rechtspolitische Leitsätze und Vorschläge der DGHS zu einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe und -begleitung*. In: Wiesing, Urban / Ach, Johann S. (Hg.): *Ethik in der Medizin. Ein Reader*. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek 18069), 231–236.
- Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (2004): *Rechtspolitische Leitsätze der DGHS zu Patientenverfügungen und Sterbehilfe*. URL <http://www.dghs.de/typo3/index.php?id=66> [30. August 2008].
- Deutsche Hospiz Stiftung (2006): *Gesetz zur Verbesserung der palliativen und hospizlichen Leistungen (Palliativleistungsgesetz – PallLG)*. URL http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/gesetz_02.pdf [10. Oktober 2008].
- Deutscher Ärztetag (2006): *Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23.–26. Mai 2006 in Magdeburg: Sterbebegleitung, 1. Humane Sterbebegleitung*. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschluss109DAET.pdf>
- Deutscher Bundesrat (2006): *Gesetzesantrag der Länder Saarland, Thüringen, Hessen. »Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung«*. Bundesrats-Drucksache 230/06.
- Deutscher Bundesrat (2008): *Empfehlungen der Ausschüsse. Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung*. Bundesrats-Drucksache 436/08.
- Deutscher Bundestag (2007): *Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG)*. (»Bosbach-Entwurf«). URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1880> [4. August 2008].
- Deutscher Bundestag (2008): *Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts*. (»Stücker-Entwurf«) Bundestags-Drucksache 16/8442 (6. März 2008). URL <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/084/1608442.pdf> [4. August 2008].
- Deutscher Juristentag (2001): *Beschlüsse des 56. Deutschen Juristentages 1986*. In: Wolfslast, Gabriele (Hg.): *Textsammlung Sterbehilfe*. Berlin: Springer, 227–230.
- Deutscher Juristentag (2006): *Beschlüsse*. 66. Deutscher Juristentag 2006. Stuttgart 19. bis 22. September 2006. URL http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf [10. Oktober 2008].

Ethische Aspekte der Sterbehilfe

- Deutsches Ärzteblatt (2008): Ärztekammer fordert weiteren Ausbau der Palliativversorgung. URL <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=31010> [11. Januar 2008].
- Diderot, Denis (1961): Philosophische Schriften. Hg. von Theodor Lücke. Band 1. Berlin: Aufbau-Verlag.
- Düwell, Marcus / Feikema, Liesbeth / Mieth, Dietmar / Böckenförde, Ernst W. (2006): Über die niederländische Euthanasiepolitik und -praxis. Berlin: Institut Mensch Ethik und Wissenschaft (IMEW Expertise 5).
- Ebeling, Hans (1996): Einleitung: Das neuere Prinzip der Selbsterhaltung und seine Bedeutung für die Theorie der Subjektivität. In: Ebeling, Hans (Hg.): Subjektivität und Selbsterhaltung. Beiträge zur Diagnose der Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1211), 7–40.
- Eibach, Ulrich (2000): »Du sollst Menschenleben nicht töten!« – Zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. In: Medizinrecht, 18(1), 10–16.
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (2006a): Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund? Bern. URL http://www.ejpd.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0016.File.tmp/20060531_bersterbehilfe-d.pdf [2. März 2007].
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (2006b): Sterbehilfe: Geltendes Recht durchsetzen. Medienmitteilung zur Empfehlung des Bundesrates vom 31. Mai 2006 an das Parlament, auf den Erlass eines Gesetzes über die Zulassung und Beaufsichtigung von Suizidhilfeorganisationen zu verzichten. URL <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msgid=5336> [31. August 2008].
- Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages (2004): Zwischenbericht »Patientenverfügungen«. Bundestagsdrucksache 15/3700. URL http://www.bundestag.de/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik_med/berichte_stellg/04_09_13_zwischenbericht_patientenverfuegungen.pdf [23. Januar 2007].
- Feldhaus, Stephan (1998): Güter- und Übelabwägung. In: Korff, Wilhelm (Hg.): Lexikon der Bioethik, Band 2. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 181–190.
- Fletcher, Joseph F. (1969): The patient's right to die. In: Downing, Arthur B. (Hg.): Euthanasia and the right to death. The case for voluntary euthanasia. London: Owen (Contemporary Issues Series 2), 61–70.
- Foley, Kathleen M. (1997): Competent care for the dying instead of physician-assisted suicide. Editorial. In: New England Journal of Medicine 336(1), 54–58.
- Fuchs, Michael (2006): Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben. Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung (Zukunftsforum Politik 79).
- Fuchs, Thomas (1997): Was heißt »töten«? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie. In: Ethik in der Medizin 9(2), 78–90.
- Fuchs, Thomas / Lauter, Hans (1997): Kein Recht auf Tötung. In: Deutsches Ärzteblatt 94(5), 186–188.
- Gert, Bernard (1988): Morality. A new justification of the moral rules. New York: Oxford University Press.
- Gordijn, Bert (1997): Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid in den Niederlanden. In: Neumann, Gita (Hg.): Patientenautonomie und humanes Sterben. Kongress-

- bericht. Dortmund: Humanitas-Verl. (Berliner medizinethische Schriften 14/15), 67–74.
- Green, O. H. (1980): Killing and letting die. In: *American Philosophical Quarterly* 17(3), 195–204.
- Hoerster, Norbert (1998): Sterbehilfe im säkularen Staat. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1377).
- Hoerster, Norbert (1999): Tötungsverbot und Sterbehilfe. In: Sass, Hans-Martin (Hg.): *Medizin und Ethik. Rev. und bib. ern. Ausg.* Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek 8599), 287–295.
- Honnefelder, Ludger (1998): Philosophisch-ethische Überlegungen zur Sterbehilfe. In: Aulbert, Eberhard / Klaschik, Eberhard / Pichlmaier, Heinz (Hg.): *Palliativmedizin. Die Alternative zur Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland.* Unter Mitarbeit von Bert Gordijn. Stuttgart: Schattauer, 23–30.
- Hoppe, Jörg-Dietrich: Grenzen ärztlichen Handelns am Ende des menschlichen Lebens. Vortrag von Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe am 23. November 2006. URL http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Vortrag_Hoppe.pdf [5. März 2007].
- Hoppe, Jörg-Dietrich / Borasio, Gian Domenico (2007): »Sterben ist nicht normierbar«. In: *Der Spiegel* 61(13), 138–142.
- Hume, David: Über Selbstmord. In: Hume, David: *Die Naturgeschichte der Religion. Über Aberglaube und Schwärmerei. Über die Unsterblichkeit der Seele. Über Selbstmord.* Übers. u. hg. von Lothar Kreimendahl. 2., durchges. Aufl. Hamburg: Meiner 2000 (Philosophische Bibliothek 341), 89–99.
- Jakobs, Günther (1998): Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem. München: Beck.
- Bilsen, Johan / Cohen, Joachim / Deliens, Luc (2007): End of life in Europe. An overview of medical practices. In: *Population & Societies* 430, 1–4. URL http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1223/publi_pdf2_pop.soc.english.430.pdf [1. Februar 2008].
- Johannes Paul II. (1995): Enzyklika *Evangelium vitae* von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. 25. März 1995. Deutsche Bischofskonferenz (Hg.). Bonn: Sekretariat der Dt. Bischofskonferenz (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120).
- Jox, Ralf J. (2004): Bewusstlos aber autonom? Ethische Analyse stellvertretender Entscheidungen für einwilligungsunfähige Patienten. In: *Ethik in der Medizin* 16(4), 401–404.
- Kant, Immanuel: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.* Hg. von Karl Vorländer. 7., durchges. Aufl. Hamburg: Meiner 1994 (Philosophische Bibliothek 41).
- Kant, Immanuel: *Metaphysik der Sitten. Zweiter Teil. Metaphysische Anfangsgründe der Tugendlehre.* Hg. von Bernd Ludwig. Hamburg: Meiner 1990 (Philosophische Bibliothek 430).
- Katechismus der Katholischen Kirche (1997). URL http://www.vatican.va/archive/DEU0035/_INDEX.HTM [18. Januar 2008].
- Kettler, Dietrich (2005): *Palliativmedizin – eine Alternative zur Legalisierung der aktiven*

Ethische Aspekte der Sterbehilfe

- Sterbehilfe? In: Thiele, Felix (Hg.): *Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte.* München: Fink, 127–137.
- Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (2003): *In Würde sterben – in Hoffnung leben. Argumentationshilfe zur Woche für das Leben 1996. Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens: Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen. Mit einer Einführung des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (Gemeinsame Texte 17).* 30–35.
- Kongregation für die Glaubenslehre (1980): *Erklärung der römischen Glaubenskongregation zur Euthanasie.* URL http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_ge.html [8. Dezember 2008].
- Kongregation für die Glaubenslehre (2007a): *Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung.* URL http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_ge.html [19. September 2007].
- Kongregation für die Glaubenslehre (2007b): *Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung – Kommentar.* URL http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_ge.html [19. September 2007].
- Krämer, Hans (1995): *Integrative Ethik.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kübler-Ross, Elisabeth (2001): *Interviews mit Sterbenden.* Vollst. Taschenbuchausg., [Nachdr.]. München: Droemer Knaur (Knaur Mens sana, 87071).
- Kübler-Ross, Elisabeth (2004): *Über den Tod und das Leben danach.* 33. Aufl. Güllenheim: Silberschnur Verlag.
- Kuhse, Helga (1994): *Die »Heiligkeit des Lebens« in der Medizin. Eine philosophische Kritik.* Erlangen: Fischer.
- Kuitert, Harry M. (1991): *Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben.* Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Küng, Hans (1995): *Menschenwürdig sterben.* In: Jens, Walter / Küng, Hans (Hg.): *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung.* 2. Aufl. München: Piper, 13–85.
- Kutzer, Klaus (2003): *Aktive und passive Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen, assistierter Suizid.* In: Schumpelick, Volker (Hg.): *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde. Ein deutsch-niederländischer Dialog.* Hg. im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung, Freiburg i. Br.: Herder, 144–155.
- Löwith, Karl (1981): *Töten, Mord und Selbstmord: Die Freiheit zum Tode.* In: Löwith, Karl: *Mensch und Menschenwelt. Beiträge zur Anthropologie.* Hg. v. Klaus Stichweh u. Marc B. de Launay. (Sämtliche Schriften 1). Stuttgart: Metzler, 399–417.
- May, Arnd T. (2005): *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige.* Münster: Lit (Ethik in der Praxis 1).
- Merkel, Reinhard (1995): *Tödlicher Behandlungsabbruch und mutmaßliche Einwilligung bei Patienten im apallischen Syndrom.* In: *Zeitschrift für die gesamte Strafwissenschaft,* 107(3), 545–568.

- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK (Schweiz) (2005): Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme 9/2005. URL <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de> [8. Dezember 2008].
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK (Schweiz) (2006): Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme 13/2006. URL <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de> [8. Dezember 2008].
- Nationaler Ethikrat (2005): Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme. URL http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf [23. Januar 2007].
- Nationaler Ethikrat (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. URL http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf [23. Januar 2007].
- Niethammer, Dietrich (1995): Menschenwürdig sterben aus der Sicht eines Arztes. In: Jens, Walter / Küng, Hans (Hg.): Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. 2. Aufl. München: Piper, 133–146.
- Nürnberger Kodex (2000). In: Wiesing, Urban / Ach, Johann S. (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Reader. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek 18069), 130–132.
- Oduncu, Fuat S. (2007): In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petermann, Frank T. (Hg.) (2006): Sterbehilfe – grundsätzliche und praktische Fragen. Ein interdisziplinärer Diskurs; Referate der Tagung vom 13. Oktober 2005 im Kongresshaus Zürich. St. Gallen: Inst. für Rechtswiss. und Rechtspraxis (Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis 38).
- Pius XII. (1957/58): Über moralische Probleme der Wiederbelebung. Ansprache vom 24. November 1957 vor Ärzten, Klinikern, Chirurgen und Professoren aus verschiedenen Ländern. In: Herder Korrespondenz 12, 228–230.
- Platon (1989): Sämtliche Werke. Band 3. Hg. von Walter F. Otto u. Ernesto Grassi. Übers. von Friedrich Schleiermacher. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Pöltner, Günther (2000): Unantastbarkeit des Lebens – Grenzen der Selbstbestimmung. In: Bonelli, Johannes / Prat, Enrique H. (Hg.): Leben – Sterben – Euthanasie? Wien: Springer (Medizin und Ethik), 39–50.
- Quill, Timothy E. (1994): Das Sterben erleichtern. München: Droemer Knauer.
- Rachels, James (1999): Aktive und passive Sterbehilfe. In: Sass, Hans-Martin (Hg.): Medizin und Ethik. Rev. u. bib. ern. Ausg. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek 8599), 254–264.
- Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (2007): Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen.
- Reiter-Theil, Stella (Hg.) (2004): Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid. Die Situation in der Schweiz im Lichte internationaler Perspektiven. Bochum: Zentrum für Med. Ethik (Medizinethische Materialien 150).
- Ricken, Friedo (2003): Allgemeine Ethik. 4., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Urban-Taschenbücher 348).
- Rietjens, Heide Judith / van Delden, Johannes / Onwuteaka-Philipsen, Bregje / Buiting, Hilde / van der Maas, Paul / van der Heide, Agnes (2008): Continuous deep sedati-

- on in patients nearing death in the Netherlands. Descriptive Study. URL <http://www.bmj.com/cgi/reprint/bmj.39504.531505.25v2.pdf> [21. Oktober 2008].
- Rilinger, Lothar (1997): Das Recht auf Leben als unteilbares Menschenrecht. Eine Ab-sage an die Erlaubtheit der aktiven Sterbehilfe. In: Goldammer's Archiv für Straf-recht, 144(9), 418–430.
- Ruß, Hans Günther (2002): Aktive Sterbehilfe: Ungereimtheiten in der Euthanasie-De-batte. In: Ethik in der Medizin 14(1), 11–19.
- Sahm, Stephan (2005): Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patien-tenverfügung. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 51(3) 265–275.
- Schara, Joachim / Beck, Lutwin / Eser, Albin / Schuster, Josef (1998): »Sterbehilfe«. In: Korff, Wilhelm (Hg.): Lexikon der Bioethik. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 445–454.
- Schöch, Heinz / Verrel, Torsten (2005): Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB). In: Goldammer's Archiv für Strafrecht 152(10) 553–586.
- Schockenhoff, Eberhard (1992): Den eigenen Tod annehmen. In: Hepp, Hermann (Hg.): Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben! Düsseldorf: Patmos, 108–126.
- Schockenhoff, Eberhard (2000): Töten oder Sterbenlassen. Worauf es in der Euthanasie-diskussion ankommt. In: Gordijn, Bert (Hg.): Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog (Medizin und Philosophie 5).
- Schöne-Seifert, Bettina (1999): Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger, Adrian (Hg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizi-nischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht. Freiburg (Schweiz): Univ.-Verl. (Studien zur theologischen Ethik 80), 98–119.
- Schöne-Seifert, Bettina (2006): Ist ärztliche Suizidbeihilfe ethisch verantwortbar? In: Pe-termann, Frank Thomas (Hg.): Sterbehilfe. Grundsätzliche und praktische Fragen. Ein interdisziplinärer Diskurs; Referate der Tagung vom 13. Oktober 2005 im Kon-gresshaus Zürich. St. Gallen: Inst. für Rechtswiss. und Rechtspraxis (Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis 38), 45–67.
- Schopenhauer, Arthur (1988): Preisschrift über die Grundlage der Moral. In: Schopen-hauer, Arthur: Werke in fünf Bänden. Nach den Ausgaben letzter Hand hg. von Ludger Lütkehaus. Zürich: Haffmans, 463–631.
- Schroeder, Friedrich-Christian (1994): Beihilfe zum Selbstmord und Tötung auf Verlan-gen. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 106, 565–580.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004): Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. Vom Senat der SAMW genehmigt am 25. November 2004. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. URL http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Lebensende.pdf [30. Juli 2008].
- Sidgwick, Henry (1909): Die Methoden der Ethik. Leipzig: Klinkhardt.
- Siep, Ludwig / Quante, Michael (1999): Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Be-reich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen? In: Holderegger, Adrian (Hg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizi-nischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht. Freiburg (Schweiz): Univ.-Verl. (Studien zur theologischen Ethik 80), 37–55.
- Singer, Peter (2004): Praktische Ethik. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek 8033).

- Spaemann, Robert (1997): Es gibt kein gutes Töten. In: Spaemann, Robert / Fuchs, Thomas (Hg.): Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg i. Br.: Herder (Herder-Spektrum), 12–23.
- Spaemann, Robert (2000): Einzelhandlungen. In: Zeitschrift für philosophische Forschung 54(4), 514–531.
- Stoeckle, Bernhard (1995): Selbsttötung, IV. Moraltheologische Beurteilung. In: Görres-Gesellschaft (Hg.): Staatslexikon. Recht., Wirtschaft, Gesellschaft. Band 4. 7. völlig neu bearb. Aufl. Freiburg i. Br.: Herder, 1159–1160.
- Stoffell, Brian (1998): Voluntary euthanasia, suicide and physician-assisted suicide. In: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.): A companion to bioethics. Malden: Blackwell (Blackwell companions to philosophy), 272–279.
- Tännsjö, Torbjörn (Hg.) (2004): Terminal sedation. Euthanasia in disguise? Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Thomas von Aquin (1953): Summa Theologica. II. Teil des II. Buches (2–2), Frage 57–79. Recht und Gerechtigkeit. Graz: Styria / Kerle (Die deutsche Thomas-Ausgabe, Band 18).
- Tugendhat, Ernst (1994): Das Euthanasieproblem in philosophischer Sicht. In: Logos. Zeitschrift für systematische Philosophie 1. Tübingen: Mohr, 123–138.
- Van der Heide, Agnes / Deliens, Luc / Faisst, Karin / Nilstun, Tore / Norup, Michael / Paci, Eugenio / van der Wal, Gerrit / van der Maas, Paul (2003): End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. In: Lancet 362(9381), 345–350.
- Van der Heide, Agnes / Onwuteaka-Philipsen, Bregje / Rurup, Mette L. (2007): End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. In: New England Journal of Medicine 356(19), 1957–1965, URL <https://content.nejm.org/cgi/reprint/356/19/1957.pdf?ck=nck> [8. Dezember 2008].
- Vanderpool, Harold Y. (2004): Life-sustaining treatment and euthanasia, II. Historical aspects: Encyclopedia of Bioethics. 3rd ed., Vol. 3, 1421–1432.
- Verrel, Torsten (2006): Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung. Gutachten C für den 66. Deutschen Juristentag. München: Beck.
- Vollmann, Jochen (2003): Sterbebegleitung. Überarb. Aufl. Berlin: Robert-Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2).
- Vossenkuhl, Wilhelm (1995): Würde im Sterben. In: Hanns-Seidel-Stiftung (Hg.): Würde im Sterben. Sterben in Würde. München: Atwerb-Verl.
- Wils, Jean-Pierre (1999): Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Paderborn: Schöningh.
- Wittwer, Héctor (2003): Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Paderborn: Mentis.
- Wolf, Jean-Claude (1999): Der intendierte Tod. In: Holderegger, Adrian (Hg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht. Freiburg (Schweiz): Univ.-Verl. (Studien zur theologischen Ethik 80), 76–97.
- Zimmermann-Acklin, Markus (2002): Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. 2. Aufl. Freiburg (Schweiz): Univ.-Verl. (Studien zur theologischen Ethik 79).

Hinweise zu den Autoren und Herausgebern

Carlo Grimm, Ass. iur. LL.M., MA (phil.). Anschrift: Graurheindorfer Straße 102, 53117 Bonn.

Bert Heinrichs, Dr. phil., Leiter der Wissenschaftlichen Abteilung des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Bonn. Anschrift: DRZE, Bonner Talweg 57, D-53113 Bonn. URL <http://www.drze.de>

Ingo Hillebrand, MA (phil.). Anschrift: Kölnstraße 129, D-53111 Bonn.

Dirk Lanzerath, Dr. phil., Geschäftsführer des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Bonn. Anschrift: DRZE, Bonner Talweg 57, D-53113 Bonn. URL <http://www.drze.de>

Dieter Sturma, Prof. Dr. phil., Professor für Philosophie an der Universität Bonn sowie Direktor des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) und des Instituts für Wissenschaft und Ethik (IWE), Bonn. Anschrift: DRZE, Bonner Talweg 57, D-53113 Bonn. URL <http://www.drze.de>