

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/19150> holds various files of this Leiden University dissertation.

**Author:** Müller, Malte Johannes

**Title:** Der Freitod, der Arzt und das Recht : Juristische und andere Betrachtungen sowie Analysen zu Sterbewünschen von Menschen und ärztlichen Handlungsmöglichkeiten

**Date:** 2012-06-26

**Der Freitod, der Arzt und das Recht –  
juristische und andere Betrachtungen sowie Analysen zu  
Sterbewünschen von Menschen und ärztlichen  
Handlungsmöglichkeiten**



**Der Freitod, der Arzt und das Recht –  
juristische und andere Betrachtungen sowie Analysen zu  
Sterbewünschen von Menschen und ärztlichen  
Handlungsmöglichkeiten**

**Proefschrift**

ter verkrijging van  
de graad van Doctor aan de Universiteit Leiden,  
op gezag van Rector Magnificus prof. mr. P.F. van der Heijden,  
volgens besluit van het College voor Promoties  
te verdedigen op dinsdag 26 juni 2011  
klokke 13.45 uur

door

**Malte Johannes Müller**

geboren te Haltern am See (Duitsland)  
in 1983

## **Promotiecommissie**

Promotores: Prof. dr. A.C. Hendriks  
Prof. dr. D.P. Engberts

Overige leden: Prof. dr. H.M. Dupuis  
Prof. dr. H. Nys, Katholieke Universiteit Leuven (België)  
Prof. dr. K.F.G. Rabe  
Prof. dr. M.J. Trappenburg, Universiteit van Amsterdam

Der Freitod, der Arzt und das Recht – juristische und andere Betrachtungen  
sowie Analysen zu Sterbewünschen von Menschen und ärztlichen  
Handlungsmöglichkeiten

© Malte Johannes Müller, Leiden, the Netherlands, 2012.

ISBN ...

Printed by           Wissenschaftlicher Verlag Berlin, Berlin

## Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis	X
	Vorab	1
	Einleitung	4
1	Thema und Fragestellungen	4
2	Begriffsbestimmung und -begrenzung	9
3	Methodologie	11
	3.1 Kernanalyse Ländervergleich	12
	3.2 Schwerpunktliteratur	14
4	Aufbau der Arbeit und Argumentation	14
5	Zusammenfassung und Ziele	16
<b>I</b>	<b>Entscheidungen am Lebensende in Staat und Gesellschaft</b>	
1	Reichweite und Begrenzung	18
	1.1 Von Scheingestalten zum Kern der Betrachtung	25
	1.2 Autonomie – geeignetes Argument bei der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende?	27
	1.3 Autonomie und staatlicher Schutz	30
	1.4 Der Begriff der Menschenwürde	31
	1.4.1 Menschenwürde im internationalen Kontext	33
	1.5 Neutralität und das Spektrum zwischen Staat und Religion	35
2	Eine philosophische Betrachtung als Grundgerüst der interdisziplinären Arbeit	37
	2.1 Die deontologische Ethik	37
	2.2 Die utilitaristische Ethik	39
	2.3 Interdisziplinärer Ansatz	41
3	Geschichte und die Bedeutung für die heutige Zeit	42
4	Gesundheitliche Arbeit bei Entscheidungen am Lebensende	47
	4.1 Der Arzt als Exekutive	57

4.2	Der Arzt in anderer Verantwortung	52
4.3	Ergebnis	53
5	Entscheidungen am Lebensende und Staatspflicht	56
5.1	Schutzpflicht gegenüber dem Bürger	56
5.2	Europarechtliche Perspektiven – Herleitung der Straßburger Jurisprudenz zu Art. 2 und 8 EMRK	58
5.2.1	Grundlegendes zu Artikel 2 EMRK	59
5.2.2	Grundlegendes zu Artikel 8 EMRK	66
5.2.3	Recht auf Leben bis in den Tod und die Freiheit des Individuums	69
5.3	Zum Verhältnis der Schutzaufgabe des Staates und der Autonomie des Individuums	80
6	Der Freitod als juristisches Thema	85
6.1	Der Suizid	86
6.2	Beihilfe bei selbstbestimmten suizidalen Handlungen	89
6.3	Unterschiede der Selbst- und Fremdtötung	90
6.4	Aktives Handeln auf Verlangen eines Sterbewilligen	91
6.5	Ergebnis	92
7	Fazit zum ersten Teil	92

## **II Ländervergleich**

Methodik und Anwendbarkeit	95
----------------------------	----

### **Deutschland**

1.	Wort vorab	98
2.	Historische Herleitung	101
2.1	Aktuelle Entwicklungen	104
3.	Rechtliche Betrachtung	109
3.1	Verfassungsrecht	109
3.1.1	Überblick über das Deutsche Grundgesetz	109
3.1.2	Schutzpflicht kontra Autonomie beim Lebensrecht	110

3.1.3	Zum Umgang mit der Selbsttötung	113
3.2	Strafrechtliche Grundlagen zu Entscheidungen am Lebensende	114
3.3	Entwicklung in der Rechtsprechung	116
3.3.1	Vom Sterbenlassen, Beihilfe und einer maßgeblichen Entscheidung?	121
3.3.2	Instruktiver Überblick	124
3.3.3	Aktuelle Entwicklungen	125
4.	Die Rolle des Arztes	129
4.1	Ärztliche Möglichkeiten und Grenzen in der Praxis	129
4.2	Die Haltung der Deutschen Ärzteorganisation	132
4.3	Ärztliche Haltung zum Thema	133
5.	Gesellschaftlicher Umgang	137
5.1	Verkennen des Problems?	137
5.2	Statistiken	139
5.3	Ergebnisse	145
6.	Schlussbetrachtung der Landesposition	146

## **Niederlande**

1.	Wort vorab	149
2.	Historische Entwicklung und aktueller Stand	150
2.1	Instruktiver Überblick	153
2.2	Was das Gesetz umfasst	159
3.	Rechtliche Betrachtung	160
3.1	Voraussetzungen	160
3.1.1	Freiwilliges und überlegtes Verlangen	161
3.1.2	Leiden, die aussichtslos und unerträglich sind	163
3.1.3	Krankheits- und Heilungschancen müssen dargestellt werden	165
3.1.4	Keine Möglichkeit einer anderen vernünftigen Lösung	165
3.1.5	Ein weiterer unabhängiger Arzt muss konsultiert werden	166
3.2	Praktische Anwendung des Gesetzes	167

3.3	Schnittstelle palliative Sedierung?	170
3.4	Ergebnisse	173
4.	Ärztliche Handhabung	174
4.1	Qualität ärztlichen Handelns	174
4.2	Die Haltung der niederländischen Ärzteorganisation	176
4.3	Patientenrecht und Ärztepflcht	177
5.	Gesellschaftlicher Umgang	179
5.1	Statistiken und Meinungen	179
5.2	Von der Drion-Pille und der totalen Patientenautonomie	185
6.	Schlussbetrachtung der Landesposition	189

## **Kanada**

1.	Wort vorab	193
2.	Historische Entwicklung und aktueller Stand	195
2.1	Instruktiver Überblick	201
3.	Rechtliche Betrachtung	201
3.1	Die strafrechtliche Situation	205
3.1.1	Das Strafrecht und die Canadian Charter of Rights and Freedoms	207
3.2	Das Recht auf die Ablehnung ärztlicher Behandlung	208
3.3	Das Verfassungsrecht zum Recht auf Leben	211
3.4	Bill C-407 – Ein Gesetzesvorschlag im Detail	212
3.5	Wichtige Fälle der Judikative	214
3.6	Zusammenfassung	214
4.	Ärztliche Handhabung	215
4.1	Haltung der Kanadischen Ärzteorganisation	215
4.2	Haltung der Ärzteschaft	217
4.3	Ärztliche Gegenposition	218
4.4	Palliativmedizin in Kanada	220
4.5	Ergebnisse	221
5.	Gesellschaftlicher Umgang	222
6.	Schlussbetrachtung der Landesposition	226

## **Teil III Konklusion und Resümee**

1.	Wort vorab	231
2.	Aktive Reaktionen auf Sterbewünsche im rechtlichen Kontext	231
2.1	Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen	232
2.2	Ist der niederländische Weg rechtmäßig?	238
2.2.1	Zur Konformität des niederländischen Modells mit der Europäischen Menschenrechtskonvention	242
2.3	Zur generellen Möglichkeit einer Gesetzesänderung	244
2.3.1	Rechtfertigung eines Eingriffes durch Staat und Rechtsprechung	250
2.3.1.1	Legitimer Zweck des Eingriffes	250
2.3.1.2	Erforderlichkeit des Eingriffes	252
2.3.1.3	Zwischenergebnis	252
2.4	Potentielle Gefahren einer Legalisierung	253
3.	Der gesellschaftliche Umgang	256
3.1	Unter Einfluss des Rechts	256
4.	Zusammenfassung	257
4.1	Zur Gesetzeserweiterung bezüglich der Wahrung der Patientenautonomie am Lebensende	266
	Literaturverzeichnis	271
	Zusammenfassung	300
	Samenvatting	306
	Summary	312
	Informationen über den Autor	319

## Abkürzungsverzeichnis

a.A.	anderer Ansicht/ anderer Auffassung
AA	Akademie Ausgabe
a.a.O.	am angegebenen Orte
Abs.	Absatz
Ak-GG	Alternativkommentar zum Grundgesetz
ALS	Amyotropher Lateralsklerose
Am J Psychiatry	The American Journal of Psychiatry
AMRK	Amerikanische Menschenrechtskonvention
Ann Intern Med	Annals of Internal Medicine
Anmk.	Anmerkung
Appl. No	Application Number
ARSP	Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie
Art.	Artikel/ Article
Az.	Aktenzeichen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
Bd.	Band
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BR-Drs.	Drucksachen des Bundesrates
BT-Drs.	Drucksachen des Bundestages
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Sammlung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Strafsachen des Bundesgerichtshofes
ca.	circa
CMA	Canadian Medical Association
def.	Definition
d.h.	das heißt
CJPH	Canadian Journal of Public Health
DGHS	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben

Diss.	Dissertation
ebd.	ebenda
EC	European Communities
EG	Vertrag zu Gründung der Europäischen Gemeinschaft in der nach dem 1. Mai 1999 geltenden Fassung
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EHRC	European Human Right Cases
ELR	European Law Review
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaft
f./ff.	folgende Seite(n)
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
Fn.	Fußnote
FS	Festschrift
GG	Grundgesetz
GJ	Gezondheidszorg jurisprudentie
Hdb.	Handbuch
Hrsg.	Herausgeber
i.S.	im Sinne
JAMA	Journal of the American Medical Association
JUS/JS	Juristische Schulung
Jura	Juristische Ausbildung
JZ	Juristenzeitung

KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
law. rep.	law report
lit.	litera
LG	Landgericht
McGill Law	McGill Law Journal
Med Post	Medical Post
MedR	Zeitschrift für Medizinrecht
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
N Engl J Med	New England Journal of Medicine
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJCM	Nederlandse Juristen Comité voor de
Mensenrechten	
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
nlStGB	Niederländisches Strafgesetzbuch
No.	Number
Nr.	Nummer
NVVE	Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
OLG	Oberlandesgericht
ÖJZ	Österreichische Juristen Zeitung
Rdnr./Rn.	Randnummer
Rs.	Rechtssache
s.	section
S.	Satz, Seite
s.a.	siehe auch
SCEN	Steun en consultatie bij euthanasie
S.C.R.	Urteilssammlung des Supreme Courts of Canada

	(im französischen: R.C.S.)
Slg.	Sammlung der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften und des Gerichts erster Instanz
sog.	sogenannte(n)
st. Rspr.	ständige Rechtsprechung
Theor Med	Theoretical Medicine and Bioethics
u.a.	unter anderem / unter anderen
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel
ZfV	Zeitschrift für Verwaltung
Ziff.	Ziffer(n)
ZRP	Zeitschrift für Rechtspolitik

## **Vorab**

Ein Buch über den juristischen und nicht juristischen Umgang mit Sterbewünschen von Menschen erschien mir zu Beginn der Arbeit als rein dogmatische Angelegenheit. Ein Überprüfen von gerichtlichen Entscheidungen, das Einsehen von Rahmengesetzgebungen und das Suchen nach Lücken, ein Ordnen von statistischem Material, das Definieren von ärztlichen Aufgaben, deren Möglichkeiten und Grenzen – kurz, das normative analysieren aller, mit dem Thema verbundenen Bereiche.

Im Laufe der Arbeit an diesem Buch lernte ich jedoch eine Tiefe des Themas kennen, die über die dogmatisch wissenschaftliche Nüchternheit hinausging. Hinter juristischen Entscheidungen standen Personen, die es das ein oder andere Mal schwierig machten, die Vereinbarkeit einer höchstrichterlichen Rechtsprechung mit bestehenden Konventionen oder deren Umsetzbarkeit in nationale Gesetzgebungen zu überprüfen. Nicht, dass dieses nicht gelang, dennoch habe ich im Umgang mit dem Thema eine gewisse Sensibilität entwickelt, die zwingend notwendig ist, um ihm gerecht zu werden.

Für eine wissenschaftliche Arbeit benötigt man vor allem Neutralität, um Argumenten gerecht werden zu können, die sowohl in die eine, als auch in die andere Richtung führen, um im Ergebnis ein Produkt präsentieren zu können, das als Wegweiser, Ratgeber oder Empfehlung angewandt werden kann. Jedoch begegnete ich auf meinen Recherchen Menschen, deren Schicksale mehr waren als die bloße Untermauerung einer Fußnote. Und diese Menschen waren es, die meine wissenschaftliche Objektivität mal in die eine und mal in die andere Richtung versucht waren zu lenken. Da ist zum einen Ramón Sampredo (1943 – 1998), der in jungen Jahren (1968) von einer Klippe ins Meer sprang, im flachen Wasser mit dem Kopf auf den Grund schlug, das Bewusstsein verlor und ab diesem Unglück vom Hals abwärts querschnittsgelähmt war. Er kämpfte über Jahre vor spanischen Gerichten, um aus dem Leben scheiden zu dürfen, was ihm aufgrund seiner Lähmung selbst nicht möglich war. Zwei Jahre vor seinem Tod veröffentlichte Ramón das Buch „Carta desde el infierno“<sup>1</sup>, welches er

---

<sup>1</sup> Übersetzt: Briefe aus der Hölle.

zum größten Teil mit dem Mund aufschrieb, um das Leben in seiner Hölle, wie er es nannte, zu verarbeiten und die Öffentlichkeit darauf aufmerksam zu machen, dass ein Leben aus einer persönlichen selbstbestimmten Betrachtung nicht immer lebenswert sein muss. Seine Bemühungen, Gehör und Erfüllung seines Wunsches zu erlangen, blieben ihm verwehrt. Das oberste spanische Gericht versagte ihm, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben.

Auch im Kreise seiner Familie und Freunde fand er bis zu seinem vierundfünfzigsten Lebensjahr niemanden, der bereit war, ihm bei seinem Wunsch zu helfen.

Am 12. Januar 1998 löste seine engste Freundin, Ramona Maneiro, Zyankali in einem Glas mit Wasser auf, welches Ramón mit einem Strohhalm trank. Sein im Wortursprung zu verstehender „Todeskampf“ endete erst nach zwanzig Minuten und brachte ihm fast dreißig Jahre nach seinem Unfall den Tod. Ramón starb allein und unter der bekannten Wirkung von Zyankali äußerst schmerzvoll, was ihn nie von seinem Willen abbrachte.

Ramona Maneiro wurde in Spanien angeklagt. Es bekannten sich Dutzende von Freunden von Ramón zur Tat, so dass es unmöglich war, jemanden zweifelsfrei als „Gehilfen“ auszumachen. Am 12. Januar 2005, nachdem die Verjährungsfrist abgelaufen war, zum siebten Jahrestag nach Ramóns Tod, bekannte sich Ramona Maneiro öffentlich dazu, ihrem Freund beim Sterben geholfen zu haben.

Im Jahre 2011 ist aktive Lebensbeendigung in Spanien noch immer illegal. Allerdings haben Patienten das Recht medizinische Behandlungen zurückzuweisen, auch wenn dieses ihre Lebensbeendigung beschleunigen würde.

Zum anderen ist da ein Jean-Dominique Bauby, geboren am 23. April 1952, gestorben am 9. März 1997, ein französischer Journalist und Autor, der im Alter von 43 Jahren einen massiven Schlaganfall erlitt, bei dem der Hirnstamm geschädigt wurde. Jean-Dominique Bauby konnte in Folge nur noch ein Augenlid bewegen. Im Zustand des „locked-in-syndrom“ schrieb er ebenfalls ein Buch, welches er mithilfe von Blinzeln, Buchstabe für

Buchstabe, „diktierte“. Sein Buch „Le scaphandre et le papillon“<sup>2</sup> erschien am 6. März 1997, nur Tage später starb Bauby. Jean-Dominique Bauby war ein lebensbejahender Mensch, der zu Beginn seiner Lähmung jedoch den Wunsch äußerte, sterben zu wollen. Im Laufe der Zeit, in der er sein Buch schrieb, revidierte er allerdings den Wunsch und schrieb in seinem Buch von der Phantasie und den Erinnerungen in ihm, die neben seinem Augenlid das einzige waren, was funktionierte und ihm das Leben lebenswert machten.

Ramón Sampedro mit dem Wunsch zu Sterben auf der einen, Jean-Dominique Bauby mit dem Wunsch zu Leben auf der anderen Seite sind zwei Gesichter zu zwei Geschichten, die mich während meiner Arbeit geprägt, sensibilisiert und motiviert haben. Sie bilden Ausnahmefälle auf einem Gebiet, das Ausnahmefälle aufgrund ihrer Individualität geradezu konstituiert, deshalb geschieht im Laufe des Buches an einigen Stellen ein Rückgriff auf genannte und weitere Einzelfälle, die in meinen Augen besonders geeignet sind, um die Sensibilität zum Thema nicht aus den Augen zu verlieren. In der Überschrift des Buches heißt es „juristische und andere“ Betrachtungen zum Thema und gerade diese „anderen“ Betrachtungen umfassen nicht nur statistische Erhebungen, medizinische Betrachtungen oder ethische Darstellungen, sondern darüber hinaus auch den Umgang mit Moral und das Beachten und das mit Einfließenlassen von Einzelschicksalen. Gleichwohl stellen diese Fälle das Thema nicht repräsentativ dar, sie sind Ergänzung und Erweiterung zu dem allgemein gefassten Bereich, den dieses Buch behandelt, von Personen, die einen freiwillig explizit geäußerten Sterbewunsch erfüllt haben wollen, losgelöst jeglicher körperlicher Beeinträchtigung.

Im Folgenden nun aber mehr zum Menschen, der den Wunsch hat zu sterben, der Rolle des Arztes als möglicher Helfer und zum Freitod aus rein normativer Sicht, eine Konstellation, in der auch noch der Staat eine Rolle einnimmt, somit ein Konstrukt, welches an Komplexität umfassende Betrachtungen ermöglicht, denen ich mich widmen werde.

Leiden/ Münster, im März 2012

---

<sup>2</sup> Übersetzt: Schmetterling und Taucherglocke.

## Einleitung

### 1 Thema und Fragestellungen

*„If we have learnt anything from moral history, then it is this, that one should not cover up moral problems. Those cases in which life obliges us to choose the lesser of two evils should be grasped like stinging nettles: fully aware of what one is doing“<sup>3</sup>*

Das vorliegende Buch<sup>4</sup> befasst sich mit ärztlichen Reaktionen auf explizit geäußerte Bitten um Hilfe und Unterstützung bei Sterbewünschen von Menschen, genauer den Umgang aus Patienten- und Ärztesicht sowie das staatliche Vorgehen zum Thema.<sup>5</sup>

Es wird die Frage erarbeitet, inwieweit dieser Dreiklang aus Arzt, Patient und Staat zusammengebracht werden kann, wenn es um die Frage geht, auf einen Sterbewunsch hin zu reagieren, oder eben nicht. Des Weiteren wird die Frage geklärt, warum die Gesetze der Länder in der Welt in überwiegender Mehrheit die Lebensbeendigung eines Menschen durch eine andere Person verbieten, wobei es hierbei vordergründig um das Erfüllen von Schutzpflichten geht.

Die gewollte und selbstbestimmte Forderung nach dem Tod und deren Erfüllung stehen in aller Generalität im Kernbereich der Arbeit. Ein potentieller Regelungsbedarf, gleich welcher Art, erstreckt sich nicht ausschließlich auf die Gruppe von Menschen, die durch körperliche Beeinträchtigungen nicht der Lage sind, selbst ihren Tod herbei zu führen. Allerdings werden Verweise auf diese Gruppe exemplarisch angeführt, um ein Extrem zu verdeutlichen, und damit Klarheit und Verständnis schaffen.

---

<sup>3</sup> H.L.A. Hart, „Der Positivismus und die Trennung von Recht und Moral“, 1957.

<sup>4</sup> Stand dieses Buches ist der 01. Januar 2011, wobei ergänzend darüber hinaus auch aktuelle Entwicklungen beschrieben werden, die im Kontext des Themas zwingend Erläuterung finden mussten.

<sup>5</sup> Die Überschrift der Arbeit bedient sich der Wahl der Perspektive von „Menschen“ (kompetenten Erwachsenen) die im Kontext dieser Arbeit stehen. Jedoch ist zu beachten, dass im Folgenden „Menschen“ zu „Patienten“ werden, wenn es z.B. um die Durchführung der Euthanasie geht. Ob der Terminus „Patient“ tatsächlich zutreffend ist, oder nicht, wird an späterer Stelle eingehend Erläuterung finden. Festzuhalten ist aber, dass es in der Arbeit um Menschen geht, sie aber von Patienten handelt.

Im allgemeinen Fokus steht vielmehr die Frage, wie Selbstbestimmung einen würdigen Tod zu jedem Zeitpunkt des Lebens ermöglichen kann, bzw. sollte, oder eben nicht. Es behandelt unterschiedliche Formen des Sterbens und zielt in erster Linie darauf ab, die Gesamtproblematik zu würdigen, ohne eine spezielle Form der Entscheidung über das Lebensende in den Fokus zu rücken.

Mithilfe der Methodik eines Ländervergleichs zwischen Deutschland, den Niederlanden und Kanada wird der bestehende Umgang mit aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten beschrieben. Ziel ist es, sowohl Nutzen als auch potentielle Gefahren aufzuzeigen, die ein wunschgemäßes Erfüllen von Sterbewünschen mit sich bringen.

Hingearbeitet wird auf die zu klärenden Fragen<sup>6</sup>:

1. Gibt es Situationen, in denen der Wunsch eines Menschen, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben, gerechtfertigt sein kann?
  - a. Unter welchen Bedingungen?
  - b. Welche Kriterien bestehen diesbezüglich?
  - c. Warum wird ein Arzt in die Verantwortung genommen, was gibt es bezüglich seines Handelns zu beachten?
  
2. Wie ist die Frage der Umsetzbarkeit, Hilfe beim Sterben zu erlangen, in Deutschland, den Niederlanden und Kanada geregelt?
  - a. Wie gestaltet sich das Gesetz und die Praxis?
  - b. Welche Stellung beziehen einzelne Berufsgruppen und die Öffentlichkeit in den jeweiligen Ländern?
  
3. Lehren für das deutsche Recht
  - a. Sind der niederländische und kanadische Umgang des Rechts bezüglich des Themas ein Beispiel für Deutschland?
  - b. Auswirkungen der niederländischen und kanadischen Handhabung auf die Menschenrechte

---

<sup>6</sup> Die folgenden Fragen und im Teil III der Arbeit zu findenden Antworten setzen den Fokus der Betrachtungen auf die deutsche Situation im Umgang mit dem Thema, basieren in ihrem Aufbau allerdings auf einer internationalen und vergleichenden Perspektive des Rechts.

### c. Empfehlungen für Deutschland

4. Was ist der am Besten geeignete Weg für unmittelbar Betroffene sowie für die Ausgestaltung der Legislative – ermöglicht ein Querschnitt aus den Länderperspektiven „den geeigneten“ Weg? – Wie sieht dieser aus?

Gleich zu Beginn wird die Frage geklärt, was einen potentiellen Regelungsbedarf überhaupt begründen könnte und wie dieser Umsetzung finden würde. Als Begründung für den Regelungsbedarf liegt dieser Arbeit die freiheitsrechtlich garantierte Autonomie und Entscheidungsfreiheit im Leben zugrunde.

Aus dem Autonomieaspekt<sup>7</sup>, als normativer Ausgangspunkt der Untersuchung ergeben sich zahlreiche Fragen. So ist zu klären, welche Anforderungen an Autonomie beim Sterben gestellt werden. Muss eine Krankheit vorliegen, um Beihilfe beim Sterben in Anspruch nehmen zu können, so dass Krankheit zum Indikator einer Lebensbeendigungsentscheidung wird? Warum ist Krankheit ein immer wieder angeführtes Argument in der Diskussion, genügt es nicht, dass ein Individuum für sich entscheidet „genug vom Leben zu haben“? Und ist Autonomie im Falle der Entscheidung über das Lebensende überhaupt reglementierbar? Wenn ja, in welcher Form? – Besteht Regelungsbedarf für den Erlass eines Gesetzes oder gibt es andere Umsetzungsweisen?

Weiter widme ich mich in dieser Arbeit der Frage, wie das Verhältnis des höchstmöglichen Schutzes des Bürgers von Seiten des Staates geschaffen werden kann und ihm gleichzeitig ebenso ein Höchstmaß an autonomer und individueller Entscheidungsfreiheit garantiert ist. Aufgrund des staatstheoretischen Ursprungs und den der Bürger zugesicherten grundrechtlichen Entscheidungsfreiheit über das individuelle Tun, müsste es jedem einzelnen obliegen, frei über eben dieses zu entscheiden. Ob diese These mehr Theorie als Grundsatz einer demokratischen Rechtsordnung ist, wird in der Arbeit dargestellt.

---

<sup>7</sup> Autonomie ist als Zustand der Selbstbestimmung zu verstehen, der Selbstentfaltung, Selbstständigkeit und Selbstverwaltung sowie der Unabhängigkeit und Freiheit im Entscheidungsprozess.

Weiter wird erarbeitet, welche staatsrechtlichen Grundstrukturen Möglichkeiten für einen Regelungsbedarf eröffnen, als Beispiel das Erlassen eines Gesetzes oder einer Gesetzeserweiterung betreffend Entscheidungen am Lebensende und deren Auswirkungen auf die praktische Rechtslage im Land zu diskutieren, wobei auch auf gesellschaftliche, soziale und praktische Folgen für die Medizin eingegangen wird. Es wird hinterfragt, warum eine Lebensbeendigung medizinische Arbeit ist und in welcher Art und Weise medizinisch begleitetes Sterben funktioniert. Welche Rolle nimmt ein Arzt dabei ein und warum fällt eine Trennung von Medizin und Sterben so schwer?

Die ergebnisorientierte Arbeit bedient sich zur Manifestierung der methodischen Analyse und Auswertung eines Ländervergleiches der Länder Deutschland, als Gegner der Legalisierung von Hilfe beim Sterben durch andere, sowie den Niederlanden als Befürworter, woran exemplarisch dargestellt werden soll, wie die Diskussion über das Gleichgewicht im Staat geführt werden kann. Hinzukommt als drittes Land im Ländervergleich Kanada, welches eine Zwischenposition zwischen Deutschland und den Niederlanden einnimmt, da hier die Rechtsprechung konträr zur Gesetzgebung bereits in vielen Fällen ärztliche Hilfe beim Sterben in der Praxis zulässt.

Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang, besonders im Vergleich der Niederlande mit Deutschland, allerdings auch europarechtlich interessant, da Konventionen und konforme Umsetzungen von Richtlinien einen Zirkel um die mögliche Diskussion ziehen und diese auf den gleichen Nenner bringen.

Hieraus ergeben sich viele Fragen, so zum Beispiel, inwieweit staatlicher Schutz und individuelles autonomes Entscheiden am Lebensende gegeneinander wirken oder ineinander greifen. Wo bleibt Spielraum für eine der Komponenten? Welche überwiegt? Ist Freiheit im Leben nicht auch Freiheit im Tod oder ist hier ein Schutzgut betroffen, dessen Legalisierung staatlicherseits nicht bloße Enttabuisierung<sup>8</sup>, sondern vielmehr eine Vernachlässigung der Schutzaufgabe des Staates darstellen

---

<sup>8</sup> So u.a. M. Spieker in „Der verleugnete Rechtsstaat – Anmerkungen zur Kultur des Todes in Europa“ S. 50; F.S. Oduncu „Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht“ 2005 in MedR Vol. 23 Nr. 9.

würde? Sprechen Ehrfurcht vor dem Leben und Respekt nicht eine eindeutige Sprache sich gegen Hilfe beim Sterben auszusprechen oder sind sie vielleicht im Gegenteil Argument dafür, über Formen und Arten der Lebensbeendigung nachzudenken? Wenn wir zurück an den Fall Ramón Sampredo denken, liegt auf der Hand, wie er darüber entschieden hätte, er und andere Menschen in der gleichen Situation, für die Regelungsbedarf aus ihrem Zustand heraus definiert wird. Aber reicht dieses aus, um eben diesen Regelungsbedarf zu generalisieren? Entstehen hieraus Nachteile, so dass aus positiver Autonomie für die einen eine negative für die anderen wird, die Euthanasie nicht befürworten?

Losgelöst von einer rein juristischen Arbeit macht es das Thema erforderlich, rechtsvergleichend und interdisziplinär zu arbeiten. So erfolgt zu Beginn und auch im Verlauf der Arbeit ein Rückgriff auf philosophische und ethische Betrachtungsweisen, da diese bei der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende zwingend mit einzubeziehen sind, um den moralischen Kern zu wahren und erst im Anschluss daran, quasi aufbauend, fachspezifisch juristisch argumentiert werden kann.

## **2 Begriffsbestimmung und -begrenzung**

Moderne Medizin, gestiegene Lebenserwartung und ein Rückgriff auf Leidensverminderung und Lebensverlängerung als Beispiele einer modernen intensiv medizinischen Betreuung und Behandlung können nicht ausschließen, dass eine kritische Auseinandersetzung mit zu treffenden Entscheidungen am Lebensende unumgänglich sind.

Obwohl freies Entscheiden über das Sterben eines der höchsten autonomen Güter des Menschen sein könnte, ist eine Entscheidung am Lebensende an viele unterschiedliche Bedingungen, Überlegungen, Grenzen und Möglichkeiten gekoppelt, die es zu beachten gilt.

Das in dieser Arbeit behandelte Thema befasst sich mit den ärztlichen Reaktionen auf den explizit geäußerten freiwilligen Sterbewunsch eines Patienten. Das Einbeziehen medizinischen Handelns erscheint hier vielleicht zunächst unbegründet, da sich die Frage aufwirft, warum ausschließlich und gerade ein Arzt in Frage kommen muss, um den Sterbewunsch des Patienten zu erfüllen. Ebenso ist in diesem Sinne die

Bezeichnung des Sterbewilligen als „Patient“ streitig. Diese Fragen werden im Folgenden eingehend erläutert, es sei allerdings der Begriffsdefinition zugrunde gelegt, dass eine Einschränkung der Arbeit bezüglich Reaktionen auf einen explizit freien und selbstbestimmten Willen eines Menschen erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt geschieht das ungeachtet der Tatsache, ob er Patient ist, oder ob ein Arzt die Tötungshandlung vornimmt.

Diese Ausarbeitung befasst sich nicht mit einer speziellen Möglichkeit am Lebensende über eben dieses zu entscheiden. Die Möglichkeiten an dieser Stelle sind äußerst vielseitig, sie reichen vom Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen, über den Verzicht auf die Inanspruchnahme dieser, bis hin zu einer medizinischen Versorgung eines Sterbenden, der unter Umständen durch die vorgenommene Behandlung quasi als Nebenwirkung früher sterben könnte, der Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung. Eine Erörterung dieser Möglichkeiten findet in dieser Arbeit nicht statt, jedoch muss klar sein, dass Überschneidungen einzelner Formen durchaus nützlich sind, um eventuell mögliche Chancen der einzelnen Einstufungen zu nutzen, um die bestmögliche Form der Verwendung für die Praxis zu finden. In erster Linie bedient sich die Arbeit bei Entscheidungen am Lebensende einem Rückgriff auf die Form der Euthanasie. Euthanasie stellt dem griechischen Wortursprung nach den guten „eu“ Tod „thanatos“ dar und ist die „Tötung (..), also die gezielte Herbeiführung des Todes durch eine dem Körper fremde Substanz.“<sup>9</sup> Somit ist sie als eine Form des Sterbens anzusehen. Auf eine vielfach vorgenommene Unterscheidung von anderen Formen wie aktiver, passiver, direkter oder indirekter Sterbehilfe<sup>10</sup>, wie sie vor allem in der deutschen Diskussion häufig angeführt werden, wird in dieser Arbeit verzichtet, da eine derartige Diskussion oft irreführend am Thema über Entscheidungen am Lebensende vorbei argumentiert und nichts mit ihr gemein hat. Vielmehr lege ich dieser Arbeit die grundlegende Wortbedeutung von Francis Bacon und Thomas Morus aus dem Jahre 1605 zugrunde, die erstmalig Euthanasie auf eine „neue“ Art und Weise

---

<sup>9</sup> Vgl. T. Fuchs „Euthanasie und Suizidhilfe“, S. 34.

<sup>10</sup> Vgl. z.B. Urteil des OLG Frankfurt vom 5.7.1998, mit weiteren Anmk. v. J-C. Student „Tötungsverbot ausgehöhlt“, in Lebensforum Nr. 47 3/1998, S. 6-7; H. Thomas „Das Frankfurter Oberlandesgericht unterspült keinen Damm“, in Zeitschrift für Lebensrecht 7 (1998) 2, S. 22-26.

definierten, wobei sich der Begriff eines analogen Rückgriffs der historischen Wort- und Bedeutungsherkunft bedient, was vor allem am Beispiel Platos „Politeia“ erkennbar ist.

Keinesfalls wird in dieser Arbeit der Begriff im nationalsozialistischen Sinne betrachtet. Hiervon distanzieren mich vollends und schließe mich folgenden Worten Norbert Hoersters an:

*„Es ist, so meine ich, an der Zeit, dass die Problematik der Sterbehilfe in unserer Gesellschaft nicht länger unter dem Vorwand der Nazi-Euthanasie tabuisiert wird...“<sup>11</sup>*

Abgegrenzt wird die Arbeit von Sterbewünschen nicht entscheidungsfähiger Personen, die im Koma liegen oder nicht oder nur eingeschränkt autonom handeln können. Dieser zweifelsfrei wichtige Aspekt bei Entscheidungen am Lebensende würde den Umfang der vorliegenden Arbeit sprengen, daher wird dieser Themenkomplex, nicht näher behandelt. Obschon der Tatsache der Wichtigkeit und sicher auch Schwierigkeit dieser Themenkomplexe wende ich mich in dieser Arbeit nur einem Teilbereich zu, der meiner Ansicht nach genügend Erklärungsbedarf besitzt. Dieser Teilbereich umfasst Personen, die in der Lage sind ihren Willen kompetent zu äußern, in der entsprechenden Situation. Es wird nicht auf zukünftig angelegte Patientenwünsche, wie etwa Patientenverfügungen eingegangen, da hierbei neue Probleme, wie zum Beispiel die Bindungswirkungen derartiger Verfügungen, einen vollständig neuen Themenkomplex eröffnen.

Wichtig ist, an dieser Stelle aber noch einmal zu erwähnen, dass eine Auseinandersetzung mit einem einheitlichen Begriff „der Euthanasie“ nicht das Thema dieser Arbeit ist, sondern lediglich als Definitionshilfe herangezogen wird, zum einen des Verständnisses wegen und zum anderen, um das Spektrum der Thematik in eine Richtung hin, einzuschränken. Ein konkreter Rückgriff auf den Begriff Euthanasie, zum Beispiel auch bei der Wahl des Titels dieser Arbeit wird allerdings verzichtet, aus Gründen der Neutralität des Wortverstandes sowie der Unmöglichkeit das Spektrum der Entscheidungen am Lebensende auf nur

---

<sup>11</sup> N. Hoerster „Rechtsethische Überlegungen zur Sterbehilfe“, S. 69.

ein singuläres Betrachten zu stützen. Die subjektive Werthaltung allein der Begrifflichkeit gegenüber würde eine objektive Herangehensweise und Diskussionsgrundlage verhindern. Allerdings wird auch im Folgenden ein totaler Verzicht auf den Begriff Euthanasie nicht möglich sein, da er gerade in den Niederlanden gängige Praxis ist, aber auch in Kanada Anwendung findet. Ebenso wenig ist es nicht möglich ein Tangieren der übrigen bei Entscheidungen am Lebensende möglichen Arten und Formen des Sterbens oder Verlängern des Lebens in Gänze außen vorzulassen, ärztlich assistierter Suizid, Palliativmedizin oder das Mittel der palliativen Sedierung seien hierzu erwähnt. In manchen Bereichen kann es zu Überschneidungen im Abgrenzungsbereich gerade von palliativer Medizin und Euthanasie oder ärztlich assistierten Suizid, als Möglichkeiten der aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten, kommen. Es ist aber deutlich zu machen, dass zwischen diesen Bereichen ein großer Unterschied besteht, der auch im Folgenden der Arbeit klargestellt wird und einzige Gemeinsamkeit darin besteht, dass der Tod das Ende der jeweiligen Handlung ist.

Weiterer Klärungsbedarf entsteht bei der Frage, warum Ärzte in der Verantwortung stehen oder gesehen werden, auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren. Unter dem Gliederungspunkt „Gesundheitliche Arbeit bei Entscheidungen am Lebensende“ in Teil I wird dieses einer Prüfung unterzogen. Es ergibt sich die Frage, was gerade Ärzte vermeidlich dazu konstituiert, in der Diskussion eine zentrale Rolle einzunehmen und warum die Aufgabe, Hilfe beim Sterben zu leisten, nicht von anderen Personen erfüllt werden kann.

Es ist festzuhalten, dass der verwendete Begriff der Entscheidungen am Lebensende in dieser Arbeit jede Form von lebensbeendenden Maßnahmen umfasst, die durch das Handeln eines Arztes, auf explizit geäußerten Sterbewunsch eines Patienten, ausgeführt werden.

### **3 Methodologie**

Die Untersuchungsmethode dieser Arbeit ist in zwei Bereiche untergliedert.

1. Systematisieren und Analysieren von Literatur und Rechtsprechung über Entscheidungen am Lebensende, bezüglich
  - a. juristischer Handlungsansätze
  - b. Rechtsentwicklung
  - c. Rechtstheorie
  - d. Rechtsvergleichung.
  
2. Ausführungen zu philosophischen, ethischen und empirischen Darstellungen über
  - a. Medizinethik
  - b. sozialkritische Betrachtungen der Gesellschaft,

All dieses geschieht mit Hilfe einschlägiger Literatur, die sich gerade bei der ethischen Analyse einen Rückgriff zu den Anfängen in der Diskussion um Entscheidungen am Lebensende bedient. Weiter werden Rechtsprechungsübersichten einen Überblick über die Rechtsentwicklung ermöglichen und darüber hinaus werden aktuelles und herleitendes Kommentarwesen Einzelpositionen darlegen, die als Diskussionsgrundlage dienen. Statistische Erhebungen dienen im Verlauf der Arbeit besonders dazu, den potentiellen Regelungsbedarf einer gesetzlichen Fixierung, unabhängig wie diese aussehen mag, zu evaluieren.

Erwähnt werden sollte weiter, dass das Betrachten der einschlägigen Rechtsprechung die zentrale konzeptionelle Darstellung bildet, der es gemeinsam mit der wissenschaftlichen Basis in der Gesamtheit gelingen soll, umfassend den Themenkomplex darzustellen.

Ebenso werden Ergebnisse aus Interviews und Befragungen von Ärzten, die unmittelbar mit dem Themenkomplex beschäftigt sind, aufgezeigt und ausgewertet. Hieraus ergeben sich Aussagen über den Umgang und die Akzeptanz, der die Tötungshandlung ausführenden Ärzte, über Bedenken, Ängste und zukünftige Reaktionen und Aktionen auf Verhalten und Herangehensweisen.

### **3.1 Kernanalyse Ländervergleich**

Die eigentliche zentral beschriebene Methode dieser Arbeit bildet jedoch ein Ländervergleich. Hierbei habe ich mich dafür entschieden, die

Niederlande und Kanada in den Vergleich mit Deutschland als Ausgangspunkt der Betrachtungen einzubeziehen. Dies geschieht aus den Gründen der Vielseitigkeit im Umgang mit dem Thema in den einzelnen Ländern. So nehmen die Niederlande seit Jahren eine Rolle in der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende ein, die zum einen als Vorreiterrolle beschrieben wird<sup>12</sup>, zum anderen als unethischen Umgang mit dem Tod. Das Klären dieser Frage obliegt auch der subjektiven Einschätzung jedes einzelnen und kann nicht objektiver Ausgangspunkt eines Ländervergleiches sein. Vielmehr ist die Tatsache der klar normierten Gesetzeslage der Ausgangspunkt für den Vergleich und die sich anschließende Analyse. Allein die Klarheit, die durch das Euthanasiegesetz in den Niederlanden geschaffen wurde, ermöglicht Untersuchungen über die Entstehung und Gründe der Einführung in einem Land, in dem offensichtlich der Umgang mit dem Tod als Staatsaufgabe definiert ist.

Im Gegensatz hierzu nimmt Kanada, als weiteres Land in dem geführten Vergleich, in Teilen eher eine passive Rolle ein. So fehlt es hier im Vergleich zu den Niederlanden an einer eindeutigen Normierung eines Gesetzes, das im Umgang mit Lebensendeentscheidungen Klarheit schaffen könnte. Diese Klarheit zu schaffen dürfte gerade in Kanada notwendig sein, denn konträr zur herrschenden Gesetzeslage verhält sich die Rechtsprechung mit ihren Entscheidungen. In der zurückliegenden Zeit gab es eine Reihe von Entscheidungen, die über Lebensbeendigungen eine klare Ansicht vertraten, für einen liberaleren Umgang, hin zu einer Sicherung von prekären Entscheidungen über Leben und Tod. Eine Übernahme in Form einer gänzlichen Legalisierung fand jedoch bis jetzt nicht statt. Warum dieses so ist, wird versucht in der Arbeit zu ergründen. Festzuhalten und wichtig für den Ländervergleich ist aber die Tatsache der liberalisierten Rechtsprechung in Kanada und inwieweit Deutschland für die eigene Rechtsprechung, obschon der Unterschiedlichkeit der Rechtssysteme an sich, aber der Deckungsgleichheit der Problemlage, lernen kann. Dieser Vergleich ist gerade wegen der gegebenen

---

<sup>12</sup> Unter anderem in HLS (Humanes Leben – Humanes Sterben) 4/2001, S. 20 ff. sowie Schwerpunktthema in HLS 3/2001) der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS).

Deckungsgleichheit der Problemlage so entscheidend, da sich die Frage aufwirft, wo die detaillierten Unterschiede begründet liegen und wo diese entstehen. Ist es gesellschaftlich begründet oder aufgrund von unterschiedlichen Konventionen und den daraus resultierenden Rahmenbedingungen, im Detail, zwischen der europäischen und der amerikanischen Konvention?

Man könnte die Ansicht vertreten, dass Kanada, wie zuvor erwähnt, eine Zwischenposition bezieht, die nicht eindeutig in eine Richtung weist. Ebenso ist es aber vertretbar, dass die Position keine Zwischen-, sondern eine vollwertige Position einnimmt, da die Regelungen in Kanada, den im Land vorherrschenden Gegebenheiten im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende, genügend zu sein scheinen.

### **3.2 Schwerpunktliteratur**

Der Fokus der Arbeit liegt in der Betrachtung und wissenschaftlichen Manifestation auf Basis von Literatur und Rechtsprechung. Es finden keine Darstellungen empirischer Forschungsergebnisse oder Interviews als Methodik statt.

Das Spektrum der in der Arbeit angeführten Literatur ist breit gefächert, um einen rechtsvergleichenden und internationalen Charakter gewährleisten zu können und somit die Kernfragen der Arbeit geeignet zu beantworten.

Schwerpunktliteratur findet sich allerdings auch in der Jurisprudenz. Im Laufe der Arbeit wird deutlich, wie Gerichtsentscheidungen und Empfehlungen von Gerichten dazu beitragen eine fachspezifische juristische Diskussion zu führen, aber gleichwohl in der Lage sind, als Vorbildcharakter auch das Gesellschaftsbild mit zu prägen.

## **4. Aufbau der Arbeit und Argumentation**

Dieses Buch umfasst drei Teilbereiche, die sich unterteilen in Teil I, der sich mit Entscheidungen am Lebensende in Staat und Gesellschaft befasst. In Unterthemen wird die grundlegende Definition der Rolle des Staates, mit einem Rückgriff auf staatsrechtliche Vergleiche und die Frage inwieweit und ob überhaupt ärztliches Handeln auf Wunsch eines Patienten medizinische Arbeit ist, behandelt. Die Rolle des Arztes und

Änderungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses werden beschrieben. Hinzu kommt eine juristische Betrachtung zum Thema Sterben, so wird u.a. eine Abgrenzung von Fremd- und Selbsttötung vorgenommen. Insgesamt umfasst dieser Teil der Arbeit acht Gliederungspunkte. Er wird allgemeingültig formuliert und belegt, so dass die gewonnenen Ergebnisse anwendbar auf die Länder des Ländervergleichs sind.

Im Anschluss daran folgt Teil II, der sich ausschließlich mit dem Erarbeiten der Ländervergleiche befasst. Ergebnisse werden zusammengetragen und dargestellt, eine Analyse dieser, mit einer anschließenden Zusammenfassung und Wertung erfolgt in Teil III der Arbeit. Teil II gliedert sich in drei große Unterpunkte, wobei jeder Unterpunkt für ein Land aus dem Ländervergleich steht. Um überhaupt einen Vergleich zwischen den drei Ländern möglich zu machen, wird bewusst auf die identische Gliederung der drei Punkte bis in die einzelnen Unterpunkte Wert gelegt.

Neben der bereits beschriebenen Dreiteilung der Arbeit in die einzelnen Hauptbereiche, umfasst der darstellende Teil II der Ländervergleiche eine klare Argumentationslinie.<sup>13</sup>

Sie werden wie folgt gegliedert:

1. Historische Herleitung und aktuelle Entwicklungen
2. Rechtliche Betrachtung
3. Ärztliche Handhabung
4. Gesellschaftlicher Umgang

Diese Gliederung ist in jedem der Länder vorhanden und unterteilt sich in einzelne Unterabschnitte, die sich ebenfalls kongruent zu den jeweiligen Länderpositionen verhalten.

Im Detail ist ein Gleichgewicht jedoch nicht realisierbar, da unterschiedliche Handhabungen und Umgangsformen, z.B. durch gesetzliche Manifestierung oder auch in Ermangelung einer derartigen, dazu führen, dass Unterpunkte der Länderpositionen unterschiedlich sind.

Sehrwohl gilt eine Gleichheit, die der Vergleichbarkeit dient, um Ergebnisse und Resümees allgemeingültig zu deuten.

---

<sup>13</sup> Dies geschieht aus dem Grund, da eine allgemeine Darstellung es erübrigt, zu jedem Land entsprechend gleiche Einführungen anzuführen.

Argumentationstechnisch erfolgt, neben der chronologischen Darstellung der bisherigen und aktuellen Umgangssituation in den Ländern, eine rechtliche Betrachtung, die gleichzeitig den Kern der Länderpositionen bildet und in Teil III analysiert wird.

Grundlegend kommt Teil I in der Argumentationsstruktur ein einleitender Charakter zu, Teil II bildet den Kernbereich der darstellenden Arbeit, welche in Teil III wiederum einer Gesamtbetrachtung unterzogen wird, wobei dort die Erkenntnisse aus Teil I mit den gewonnenen Fakten aus II in einer Einheit Ergebnisse präsentieren sollen.

## **5 Zusammenfassung und Ziele**

Auch wenn es vom Standpunkt Deutschlands aus sowie einer ganzen Reihe weiterer Länder, noch eine lange Zeit dauern wird, bis unter Umständen ein Gesellschaftsbild geprägt ist, welches Manifestierung in der Rechtsordnung findet, wobei die Form der Umsetzung an dieser Stelle der Arbeit noch offen gelassen werden soll, so wird untersucht, welche Voraussetzungen hierfür grundlegend erfüllt werden müssen. Dies dient dem Zweck, das beste Verhältnis zwischen der autonomen Entscheidungsfreiheit und dem staatlichen Schutz zu finden, welche neben der essentiell notwendigen Freiheit am Lebensende auch die Schutzpflichten, der gerade bei diesem Thema entstehenden irreparablen Folgen unreglementierten Handelns, berücksichtigen.

Darüber hinaus ist es Ziel dieser Arbeit, eine Grundlage für eine objektive Diskussion zu schaffen, welche nicht nur einen philosophisch ethisch geführten Diskurs darstellt, der in der Theorie dem Anspruch an dem Thema zwar gerecht wird, den praktischen Umgang fachspezifisch aber nicht leisten kann und dieses auch nicht muss. Vielmehr kann auf dessen Basis die praktische interdisziplinäre Umsetzbarkeit der einzelnen Fachgebiete dazu führen, dass von allen Seiten, sei es von der juristischen, medizinischen oder sonstigen naturwissenschaftlichen, eine Annäherung an das Thema stattfindet. Hierzu soll mein Buch beitragen.



# I Entscheidungen am Lebensende in Staat und Gesellschaft

## 1 Reichweite und Begrenzung

Nach dem bereits zuvor erläuterten Wortursprung, soll im Folgenden darauf eingegangen werden, welche konkrete Bedeutung dem der Arbeit zugrunde liegende Begriff der „Entscheidungen am Lebensende“ zukommt, was es ist und was nicht.

Auf die Vielseitigkeit möglicher Entscheidungen am Lebensende ist bereits zu Beginn der Ausführungen eingegangen worden. An dieser Stelle sollen die unterschiedlichen Formen näher aufgezeigt werden, wobei die Aufzählung und Erklärung gleichzeitig als Abgrenzung gilt, die diese Arbeit tangiert, aber nicht eingehende Betrachtung findet.

Eine Form der Entscheidungen am Lebensende ist der Wunsch nach Euthanasie, worunter eine Hilfe beim Sterben durch andere Person zu verstehen ist. Gründe hierfür können vielfältige sein, z.B. eine unheilbare Krankheit, die ohne Zweifel zum Tod führen würde oder den Wunsch sich ein qualvolles Ende zu ersparen<sup>14</sup>. Bei der Verwendung des Begriffes Euthanasie wird häufig auf verschiedene Unterkategorien verwiesen. So gibt es zum einen die Tötung auf Verlangen, auch als aktive Euthanasie bezeichnet<sup>15</sup> sowie die Hilfe beim Sterben mit in Kauf genommener Lebensverkürzung, die dem Begriff der passiven Euthanasie zugeordnet wird<sup>16</sup>. Hinzu kommt der Begriff der indirekten Sterbehilfe, z.B. das Verabreichen von Medikamenten, die unter Umständen die Lebensverkürzung mit sich bringen könnten<sup>17</sup>. Diese Möglichkeiten bilden

---

<sup>14</sup> Vgl. u.a. N. Hoerster „Sterbehilfe im säkularen Staat“, S. 7 ff.

<sup>15</sup> So z.B. in den Niederlanden, allerdings mit unterschiedlicher Begrifflichkeit. Dazu aber im Folgenden mehr.

<sup>16</sup> Vgl. hierzu z.B. Def. des BGH „...Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten, sondern nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – ggf. unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen.“ (Vgl. BGHSt 37, 376).

<sup>17</sup> Vgl. hierzu z.B. Def. des BGH „...Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“ (Vgl.: BGHSt 42, 301; 46, 279, 284/285).

allerdings nicht den Kern der Arbeit und werden daher nur der Vollständigkeit halber an dieser Stelle erwähnt. Bereits anhand der Aufzählung verschiedener Formen der Euthanasie zu einer möglichen Entscheidung am Lebensende wird aber deutlich, wie unterschiedlich die Hilfe zum Sterben kategorisiert wird. Dieses führt zu Problemen, die nicht nur auf die Wortwahl Auswirkungen haben und damit auf eine potentiell missverständliche Argumentations- oder Diskussionsgrundlage, sondern darüber hinaus auch auf den Umgang des Themas<sup>18</sup>. Hierbei sollte bewusst werden, dass der Kern der Diskussion die aktive Sterbehilfe ausmacht, nicht eine Analyse der Formen, Arten und Herangehensweisen. So ist die passive Sterbehilfe als Begriff auch in ihrer Anwendung höchst umstritten, da sie ursprünglich nicht mehr meint als das „Sterbenlassen“ eines Patienten<sup>19</sup>. Da kein aktives Tun zudem benötigt wird, wird sie als passiv bezeichnet, was sie aber gleichzeitig dem Begriff der Euthanasie als Entscheidung am Lebensende nicht mehr zugehörig macht. Dies gilt ebenso für die indirekte Sterbehilfe, die unter der Verabreichung von schmerzstillenden Medikamenten den früheren Tod des Patienten in Kauf nimmt<sup>20</sup>. Hieran wird bereits sehr deutlich, dass die indirekte Sterbehilfe nicht den Tod des Patienten, sondern die Verabreichung von Medikamenten zur Schmerzlinderung verfolgt. Schmerzstillende Medikamente wie Morphin oder Benzodiazepin als Beispiele für häufig verwendete Mittel in der Praxis können u.U. dazu führen<sup>21</sup>, dass die Lebensdauer verkürzt wird. Schwierig hierbei ist, dass ein Nichtverabreichen von schmerzlindernden Medikamenten im Umkehrschluss den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen würde. Mit einer Auslegung dem Wunsch des Patienten zu sterben, hat dieses in dem Fall nichts mehr zu tun. Ebenso muss klar dargestellt werden, dass die

---

<sup>18</sup> Vgl. u.a. W. Jens/ H. Küng „Ein Plädoyer für Selbstverantwortung“, sowie W. Jens/ H. Küng „Menschenwürdiges Sterben“, S. 56; dazu a.A. A. Laufs „Selbstverantwortetes Sterben?“ in NJW 1996, 763 f.

<sup>19</sup> Zur Kontroverse des Verständnisses der Begrifflichkeiten siehe auch beispielhafte Befragung von Ärzten in: M. Weber, M. Stiehl, J. Reiter, C. Rittner „Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens – Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz“, Dt. Ärztebl. 98: A-3184 ff.

<sup>20</sup> BGHSt 42, 301, (305).

<sup>21</sup> Vgl. u.a. T. Suzuki „Modification of morphine dependence under chronic pain and its mechanism“, Yakugaku Zasshi (2001) 121:909-914. PMID 11766405

Handlung der indirekten Hilfe beim Sterben kein aktives und zielorientiertes Instrument bei Entscheidungen am Lebensende darstellt, sondern hiervon deutlich abzugrenzen ist.

Ein weiteres hier anzuführendes Thema befasst sich mit dem Behandlungsabbruch oder -verzicht auf eine Behandlung oder Weiterbehandlung. Ein Behandlungsabbruch oder -verzicht ist ethisch und juristisch dann zulässig, wenn die Behandlung ohne jeglichen Sinn auf Besserung des Zustandes des Patienten ist. Dieses kann anhand fachspezifischer Kenntnisse des Arztes beurteilt werden, wenn weder eine Heilung noch Lebensverlängerung möglich ist oder eine Weiterbehandlung aus Patientensicht unzumutbar wäre. Der Tod des Patienten ist somit unumgängliche Konsequenz. Allerdings wird weder der Behandlungsverzicht, noch der Behandlungsabbruch als Tötung gewertet, da davon auszugehen ist, dass auch die Form der Behandlungsfortsetzung keine Lebensverlängerung mit sich führen würde, die Folge also so oder so nicht abwendbar ist.

Konsequenz dessen ist die Einleitung palliativmedizinischer Versorgung des Patienten. Allerdings ergibt sich hierbei die Frage, warum ein Patient im Einklang mit Art. 8 EMRK<sup>22</sup>, eine Behandlung zurückweisen darf, mit der Konsequenz des zwar nicht mittelbar, aber dennoch unumgänglichen Todes, aber keine Wahlmöglichkeiten hat, bezüglich der Art der Beendigung seines Lebens? Der Tod könnte in derartigen Konstellationen durch Euthanasie herbeigeführt werden, wie in den Niederlanden möglich, ebenso wie er z.B. in Deutschland palliativ begleitet wird. Es ergibt sich die berechtigte Frage, inwieweit der Behandlungsverzicht von Seiten des Patienten überhaupt Sinn ergibt, wenn dieser Wunsch ansich zwar respektiert wird, nicht aber die Konsequenz, in der sich ein Patient bewusst gegen eine Behandlung entscheidet, wohl wissend der Tatsache, dass dieses seinen Tod als Folge haben wird? Die Alternativlosigkeit in Ländern ohne die Möglichkeit der Euthanasie stellt die Rechtmäßigkeit der generellen Entscheidungs- und Verfügungsfreiheit über das eigene Leben in Frage. Warum also ärztliche Hilfe als Autonomieargument – und nicht Euthanasie für Autonomie? Diese Frage stellt sich auch deshalb, weil Autonomie nicht immer in Eigenständigkeit erbracht werden kann, sondern

---

<sup>22</sup> EMRK –Europäische Menschenrechtskonvention.

manchmal die Hilfe von anderen Personen notwendig macht.

Als weitere Möglichkeit einer zu treffenden Entscheidung am Lebensende ist der assistierte Suizid als Beihilfe zur Selbsttötung, der z.B. im US Staat Oregon als „Death with Dignity Act“ verankert und legalisiert wurde<sup>23</sup>, oder auch in der Schweiz existiert, allerdings ohne eine gesetzliche Normierung und ohne die zwingende Inanspruchnahme eines Arztes. Hierunter ist die Selbsttötung einer Person gemeint, die sich als Mittel hierzu eines von einer anderen Person, in der Regel eines Arztes, bereitgestellten Medikamentes zur Selbsttötung bedient<sup>24</sup>. Grundsätzlich kommt diese Art einer Entscheidung am Lebensende im hier zu verstehenden Sinne dem eigentlichen Ursprung sehr nahe, da nicht nur der eindeutige zurechnungsfähige und bewusste Wunsch eines Patienten vorhanden sein muss, sondern darüber hinaus auch ein aktives Tun eines Anderen, in der Regel des zuvor genannten Arztes, wenn auch nicht direkt am Tod beteiligt, gegeben ist. Trotzdem gibt es auch hier Schwierigkeiten bei der Handhabung. So ist grundsätzlich die Beihilfe zur Selbsttötung in erster Linie eine strafrechtlich zu beurteilende Fragestellung mit sehr unterschiedlicher internationaler Auslegung<sup>25</sup>. Wichtiger ist aber, dass die praktische Anwendung des assistierten Suizids ungeeignet erscheint, um ihn in die Entscheidungen am Lebensende unter vorliegenden Gesichtspunkten mit einfließen zu lassen. So stelle man sich Patienten vor, die nicht in der Lage sind eigenständig zu handeln. Entscheidungsfähigkeit

---

<sup>23</sup> Death with Dignity Act vom 27.10.1997 – Oregon Revised Statute 127.800 – 127.897; vgl. gerichtliche Bestätigung des Gesetzes durch Gonzales vs. Oregon vom 17.01.2006 Az. 04-623.

<sup>24</sup> C. Fuhr in Ärzte Zeitung v. 29.09.2006 „Sollte ärztlich assistierter Suizid in Ausnahmefällen erlaubt werden – darüber streiten Ärzte und Juristen“.

<sup>25</sup> In Deutschland ist die Hilfe zur Selbsttötung straffrei, obwohl es schwierig ist, die Medikamente hierfür legal zu beschaffen, wodurch ein Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz nahe liegend ist. Ähnlich hierbei ist die Rechtslage in der Schweiz. Hilfe zur Selbsttötung ist hier nicht strafbar, solange kein egoistisches Motiv vorliegt (§ 115 SSG), was Organisationen wie Dignitas oder EXIT hervorbrachte, die Hilfe zur Verfügung stellen, um den Selbstmord zu begleiten. Anders ist es in den Niederlanden, wo die vorsätzliche Hilfe zur Selbsttötung nach Art. 294 nlStGB strafbar ist, allerdings mit der Einschränkung, dass Straffreiheit gegeben ist, wenn ein Arzt diese unter Einhaltung bestimmter Sorgfaltspflichten vornimmt und eine Meldung beim Leichenbeschauer erfolgt.

am Lebensende impliziert schließlich noch lange keine Handlungsfähigkeit und klammert daher auch die Verwendung des assistierten Suizids aus. Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Formen von möglichen Entscheidungen am Lebensende lässt sich resümieren, dass die Vielseitigkeit seinen Teil zur Unklarheit über die exakte Verwendung und den rechtlichen Umgang mit dem Thema beiträgt, was es besonders wichtig macht, dass durch rechtliche Normierungen, besonders strafrechtliche, eine exakte Definition geschaffen wird. Aufgrund diverser Interpretationen, die aus der Unterschiedlichkeit der praktischen und theoretischen Verwendung resultieren, wird oft die eigentliche Wortbedeutung und Form in Unterkategorien, je nach Bedarf und Nutzen abgewandelt. Festzuhalten bleibt, dass in dieser Art nur die Form der Entscheidung am Lebensende zu verstehen ist, die Tötung eines Menschen durch eine andere Person behandelt und Definitionsarbeit zum Beispiel von Handeln in Tun oder Unterlassen nicht geeignet ist die Kerndiskussion voranzutreiben, sondern vielmehr instrumentalisiert wird, um Probleme zu kaschieren. Dies soll allerdings nicht bedeuten, dass die zuvor genannten und erläuterten Begriffe der unterschiedlichen Formen bei am Lebensende zu treffenden Entscheidungen grundsätzlich falsch oder unsachlich wären, es erscheint in dieser Arbeit jedoch sinnvoll, aus der Reihe von Möglichkeiten eine Beschränkung vorzunehmen.

### **Exkurs – „Euthanasia and Law in Europe“ – Zwischen Konsens und Abgrenzung**

Maßgebliches Werk in der Diskussion über rechtliche Regularien am Lebensende ist das Buch „Euthanasia and Law in Europe“<sup>26</sup>. Hier stellt unter anderem der amerikanisch-niederländische Soziologe John Griffiths, zusammen mit Heleen Weyers und Maurice Adams, in einer umfassenden Analyse den gängigen Umgang zum Thema Sterbehilfe, in unterschiedlichen Ländern der Welt einander gegenüber. Hauptaugenmerk der Betrachtungen ist hierbei der europäische Umgang.

Die Kernthese des Buches liegt, neben der methodisch detaillierten Darstellung der einzelnen Länder, darin, dass der liberale Umgang der

---

<sup>26</sup> J. Griffiths/ H. Weyers/ M. Adams „Euthanasia and Law in Europe“, Hart Publishing; 2nd edition (22. Mai 2008).

Länder Niederlande und Belgien in absehbarer Zeit dazu führen dürfte, dass auch in anderen westeuropäischen Ländern wie England oder Frankreich, aber auch in den skandinavischen Ländern, wie Schweden und Dänemark, ein Wandel, hin zu einer liberalen Rechtslage, wahrscheinlich wird. Dieses wird angereichert mit einer klaren Abgrenzung zu weiteren europäischen Ländern, in denen ein derartiger Wandel von den Autoren ausgeschlossen wird, wie zum Beispiel in Deutschland oder Österreich. Zurückgeführt wird dieses auf die historische Vorbelastung. Auch in Ländern mit einer deutlich katholischen Prägung sehen die Autoren keine Möglichkeit zukünftiger Veränderung.

Dieses unterstützt zum einen die in dieser Arbeit dargestellte These, dass gerade die historische Vorbelastung in Deutschland eine neutrale Debatte nur schwerlich zulässt. Allerdings vollzieht sich diesbezüglich ein Wandel. Die dargestellte deutsche Literatur zum Thema bemüht sich, frei von jeglicher Vorbelastung, wissenschaftlich zu argumentieren. Historische Geschehnisse bilden vielmehr eine notwendige Vorsicht im Umgang mit dem Thema. Besonders im Jahre 2010 vollzog sich in Deutschland allerdings auch ein erkennbarer „Ruck“ in der Rechtsprechung bezüglich zu treffenden Entscheidungen am Lebensende. Trotz der gebotenen Vorsicht im Umgang, wurde höchstrichterlich der Weg hin zu einer liberaleren Haltung, wenn nicht geebnet, jedoch erkennbar. Historische Vorbelastungen spielen in Deutschland aber weiterhin eine entscheidende Rolle, gerade, wenn es zu politischen Entscheidungen, Beurteilungen oder Stellungnahmen kommt. Griffiths et al. These bezüglich einer Zurückhaltung in Ländern wie Deutschland, oder im Buch „Euthanasia and Law in Europe“ ebenfalls angeführten Österreich, ist demnach zuzustimmen, wengleich aktuellste Entwicklungen einen Ansatz erkennen lassen, dass es Zeit geworden ist, frei hiervon vorgehen zu können.

Griffiths et al. beschreiben weiter, dass religiöse Einflüsse in einigen Ländern, wie zum Beispiel Polen oder Irland, maßgeblich für die Entwicklung und Haltung bezüglich Entscheidungen am Lebensende sind. Im Detail wird die katholische Prägung beschrieben. Deckungsgleich mit den Argumenten dieser Arbeit fließen diese allerdings nur am Rande in die Betrachtungen mit ein, im Gegensatz zum Beispiel der Argumentationsstruktur des Buches „Death Talk“ von Margaret

Somerville, die eine Diskussion über Entscheidungen am Lebensende, losgelöst einer religiösen Betrachtung, für unmöglich hält.

Ein weiteres Kernargument aus dem Buch „Euthanasia and Law in Europe“, bezieht sich auf den niederländischen Umgang. Griffiths et al. leiten begründet her, dass die drohende Angst vor einem Dambruch, wörtlich bei Griffiths „Slithering up to the slippery slope“, unbegründet ist. Die Entwicklung in den Niederlanden offeriere vielmehr, dass durch die Gesetzeserweiterung im Jahre 2002, Rechtssicherheit geschaffen, nicht aber eine Tür zur unfreiwilligen Euthanasie aufgestoßen wurde.<sup>27</sup>

Desweiteren argumentieren Griffiths et al., dass Euthanasie überall existiert, aber in einigen Ländern offener und transparenter Anwendung findet. Im Laufe dieser Arbeit wird diese These ebenfalls untersucht. Fraglich hierbei ist, inwieweit sich die Praxis konträr zur entsprechenden Gesetzgebung der Länder verhält, da, nach der Feststellung Griffiths et al. Euthanasie auch in den Ländern stattfinden müsste, in denen es gesetzlich nicht normiert oder gar verboten ist. Gleichwohl erscheint die praktische Beweisbarkeit dieses Arguments zunächst schwierig, da das Erstellen einer These in einer vermeidlichen „Grauzone“, sowohl im Recht, als auch in der Praxis, schwer nachweisbar ist.

Es ergibt sich die berechtigte Frage, an welcher Stelle das hier vorliegende Buch sich von den Argumenten des Buches „Euthanasia and Law in Europe“ unterscheidet. Grundsätzlich besteht an vielen Stellen Konsens, wie zum Beispiel der erschwerten Debatte in Ländern mit einer historischen Vorbelastung, oder der kritischen Betrachtung des potentiell drohenden Dambruchs bei Gesetzeserweiterungen.

Abgegrenzt wird diese Arbeit von der Darstellung der gesellschaftlichen Bedingungen, die Griffiths et al. vorwiegend auf religiös motivierte Einstellungen und Grundhaltungen zum Thema Euthanasie liefern. Ein Rückführen auf religiöse Argumentationsstrukturen geschieht jedoch in der hier vorliegenden Arbeit nicht, vielmehr liegt der Fokus in diesem Buch auf der gesellschaftlichen Meinung, losgelöst einer religiösen Orientierung, und die Entwicklung dieser mit oder durch die nationale Jurisprudenz. Die

---

<sup>27</sup> So auch M.P. Batting im N Engl J Med 2009; 360:1915 in einer Buchbesprechung zum hier genannten Werk.

Wirkung der Rechtsprechung auf einen möglichen Entscheidungsfindungsprozess in der Gesellschaft ist der Meinung dieses Buches, entscheidender als bestehende religiöse Überzeugungen.

Des Weiteren projiziert diese Arbeit die Wichtigkeit einer interdisziplinären Umgangsweise mit dem Thema der Entscheidungen am Lebensende. Das Zusammenspiel von Ethik, Moral, Historie, gesellschaftlicher Akzeptanz, der ärztlichen Sicht sowie der rechtlichen Bewertung ist Grundlage dieses Buches. Gerade die rechtliche Betrachtung, im Besonderen, die Komparatistik zweier unterschiedlicher, aber dennoch gut vergleichbarer Konventionen, der europäischen und der kanadischen, eröffnen dem Thema neue Möglichkeiten, oder zeigen Grenzen auf, die in einer singulären Betrachtung untergehen könnten.

Der deutlichste Punkt der Abgrenzung findet sich jedoch in der Darstellung der Rolle der Ärzte bei Entscheidungen am Lebensende. So wird beschrieben warum und in welcher Form Beteiligungen von Ärzten maßgebliches Kriterium sind, um über aktives Entscheiden am Lebensende überhaupt zu diskutieren und was sie zu einem unverzichtbaren Teil des Gesamtsystems macht.

Resümierend lässt sich somit festhalten, dass Griffiths et al. ein Werk erstellt haben, welches an Detailstärke, besonders aufgrund der ausgeprägten Länderdarstellungen einen umfassenden Überblick über die bestehenden Gegebenheiten der einzelnen Länder ermöglicht. Darüber hinaus bedient sich die hier vorliegende Arbeit in vielen Punkten anderen Herangehensweisen an das Thema der Entscheidungen am Lebensende, ob in der Methodologie oder der resümierenden Zusammenfassung mit potentiellen Wirkungsweisen auf beteiligte Personen, wie die Bevölkerung, Ärzte oder der Jurisprudenz.

### **1.1 Von Scheingestalten zum Kern der Betrachtung**

Festzuhalten bleibt, dass in dieser Arbeit der aktiven Sterbehilfe als Form einer Entscheidung am Lebensende Beachtung geschenkt wird. Jegliche andere Formen erscheinen bei näherer Betrachtung als an der Diskussion

vorbeiführend, da sie den Kern nicht fassen, den Wunsch nach dem Tod direkt und kompromisslos zu erfüllen<sup>28</sup>.

Vielmehr erfüllen sie die Wirkung Scheingestalten des Themas zu sein, die unnötig zur Komplizierung der Sache beitragen und den objektiven Gehalt vermissen lassen. Es wird angemerkt, dass eine Unterteilung in einzelne auf dem ersten Blick vermeidlich unterschiedliche Formen bereits derart Verankerung in der Gesellschaft und in der Rechtsordnung gefunden haben, dass es nur schwer möglich ist, diese vollends zu ignorieren. So ist für strafrechtlichen Nutzen eine Kategorisierung wie folgt aufgrund der bloßen Unterscheidungsnotwendigkeit von Handeln und Unterlassen geboten<sup>29</sup>:

- Aktive Sterbehilfe* – *Gezielte Herbeiführung des Todes durch Handeln auf Nachfrage des Patienten*
- Indirekte Sterbehilfe* – *In Kauf genommene Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung gezielter Schmerzbekämpfung auf Nachfrage des Patienten*
- Passive Sterbehilfe* – *Herbeiführung des Todes durch Behandlungsverzicht auf Nachfrage des Patienten*<sup>30</sup>

Ungeachtet dieser Begrifflichkeiten bleibt aber festzuhalten, dass die in dieser Arbeit behandelte Form die Hilfe *zum* Sterben, nicht aber die Hilfe *beim* Sterben ist, was dazu führen würde, dass die Unterkategorien wie beschrieben in der Diskussion entgegen anderer Ansichten<sup>31</sup> auszuklammern wären.

---

<sup>28</sup> Vgl. J. C. Wolf „Aktive und passiv Euthanasie“, Archiv für Recht und Sozialphilosophie 1993, S. 393 ff.

<sup>29</sup> Generell dazu T.L. Beauchamp „Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie“, in: Sass (Hrsg.) „Medizin und Ethik“, S. 265.

<sup>30</sup> N. Hoerster „Sterbehilfe im säkularen Staat“, S. 11.

<sup>31</sup> So u.a. D. Birnbacher „Tun und Unterlassen“; T. Fuchs „Was heißt „töten“?, Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie“, Ethik in der Medizin 1997, S. 85; Parlamentarische Versammlung des Europarates im Jahre 1999 ([http://www.coe.fr/cp/99/370a\(99\).htm](http://www.coe.fr/cp/99/370a(99).htm)).

## 1.2 Autonomie – geeignetes Argument bei der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende?

Die Möglichkeit am Ende des Lebens selbstbestimmt über den Tod zu entscheiden, könnte einen Zugewinn an Autonomie darstellen. Fraglich ist, ob diese Autonomie als Grund angeführt werden kann, über eine Legalisierung von zum Beispiel einer Beihilfe beim Sterben zu sprechen. Bereits hier ist ein Blick auf die Niederlande hilfreich, wo der Grund für das eingeführte Euthanasiegesetz nicht die fehlende Entscheidungsfreiheit des Bürgers, sondern die Notlage des Arztes war, der mit der Entscheidung konfrontiert wurde, dem Wunsch des Patienten nachzukommen, gleichwohl keine rechtlich gesicherte Grundlage für diese vorhanden war.<sup>32</sup> Es liegt auf der Hand, dass der Schutz ärztlichen Handelns ein Gesetz nötig macht, da Sicherheit bei der Entscheidungsfindung dazu beiträgt, dass innerhalb bestimmter Normen zielgerichtet agiert wird und aus der Sicherheit für den Arzt, durch Kenntnis der Grenzen und Möglichkeiten seines Handelns, indirekt auch ein Patientenschutz entsteht. Ein konsequenter juristischer Arzt- und Patientenschutz kann bestmöglich durch eine gesetzliche Manifestierung erfolgen, was zur Einführung eines Euthanasiegesetzes als eine Möglichkeit der Entscheidungsfindung am Lebensende ausreichend sein müsste.

Ein wesentlich hinreichenderes Argument und damit Ausgangspunkt eine klare Regelung zu finden, die den Umgang mit dem Lebensende regelt, könnte sich aus der Autonomie des Bürgers ergeben. Dieses ist aufgrund der unmittelbaren Betroffenheit und Wirkung des Sterbewunsches auf sich selbst besser geeignet, wohin hingegen beim Schutz des Arztes und seines Handelns, trotz der Irreparabilität der Folge<sup>33</sup>, lediglich eine sekundäre Betroffenheit der Entscheidung beizumessen ist. Das Leben und der Wunsch, dieses beendet zu wissen, als das persönlichste und exklusivste Gut der autonomen Entscheidungsgewalt des Menschen kann unmöglich der staatlichen Regelungsbefugnis der Schutzaufgabe des Staates unterliegen. So ist der Wunsch eines unheilbar kranken, palliativversorgten

---

<sup>32</sup> Engberts D.P. „Leed met en zonder label: terugblik op motieven, argumenten en ontwikkelingen in het euthanasiedebat“. In: Antheunissen, T. et al. (Hrsg) „Psychiatrie“, Leiden (Boerhaave Commissie) 2010, S. 175-198; sowie Pans E. „De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht.“ Nijmegen 2006.

<sup>33</sup> Vgl. B. Pieroeth/ B. Schlink „Grundrechte Staatsrecht II“, Rn. 406.

Patienten, der sein Leben aus der Binnenperspektive heraus für sich selbst als nicht mehr lebenswert ansieht<sup>34</sup>, Teil der Entfaltung seiner Persönlichkeit, die ihm auch in diesem Zustand nicht zu untersagen ist. Nachweislich erleiden Patienten, besonders bei Erkrankungen wie AIDS, neurologischen Erkrankungen mit progressivem Fortschritt oder karzinomatösen Diagnosen, als Beispiele, große Qualen<sup>35</sup>, woraus nicht nur aus einem momentanen Zustand heraus<sup>36</sup>, sondern vielmehr aus dem Bilde der Gesamterkrankung und der Lebens- und Leidenssituation der Wunsch geäußert wird, den Sterbevorgang aktiv zu beschleunigen<sup>37</sup>. Hieran wird deutlich, welcher Stellenwert der Autonomie in der assistierten Sterbediskussion zukommt, wobei es wichtig ist festzuhalten, dass nicht nur der Wunsch nach einer Schmerzlinderung der Entscheidung des Sterbens Ausdruck verleiht, sondern auch Faktoren, wie ein Gefühl der Würdelosigkeit, der Angst nach Abhängigkeit, der Hilflosigkeit oder Entstellung<sup>38</sup>. Diese Faktoren, die oft angeführt werden in der Argumentationsstruktur gegen autonome Entscheidungen am Lebensende, besonders bei der des Wunsches nach Hilfe bei der eigentlichen zum Tode führenden Handlung, da sie nicht ausreichend seien, um den Wunsch zu Sterben zu äußern, können im Umkehrschluss aber auch ganz im Gegenteil fester Bestandteil einer Entscheidung eben für eine Regelungs- und Entscheidungsbefugnis des Betroffenen sein. Es ist aber an dieser Stelle darüber hinaus gleichwohl die Frage zu stellen, inwieweit Autonomie in Form einer klaren expliziten Entscheidung die Hilfe anderer benötigt, um Umsetzung finden zu können. Diese Frage ergibt sich aus der Tatsache, dass selbstbestimmtes Entscheiden nicht zwingender Weise auch selbstbestimmtes Handeln impliziert. Eine detaillierte Analyse diesbezüglich erfolgt dazu später.

---

<sup>34</sup> Vgl. P. Singer „Praktische Ethik“ sowie R. Hegelsmann/R. Merkel „Zur Debatte über Euthanasie“, S. 14 f.

<sup>35</sup> Vgl. z.B. M. Angell „The Supreme Court and physician-assisted suicide - the ultimate right“, N Engl J Med 336, S. 50-53.

<sup>36</sup> Im Gegensatz zu T. Fuchs „Euthanasie und Suizidhilfe“, S. 85.

<sup>37</sup> Vgl. R.D. Truog/ C.B. Berde/ C.D. Mitchell/ H.E. Grier „Barbiturates in the care of the terminally ill“, N Engl J Med 327, S. 1678-1681, sowie T.E. Quill/ D.E. Meier/ S.D. Block/ J.A. Billings „The debate on suicide: empirical data and convergent views“, Ann Intern Med 128, S. 552-558.

<sup>38</sup> T. Fuchs „Euthanasie und Suizidhilfe“ S. 57.

Gerade aufgrund des subjektiven Charakters der zuvor genannten Beispiele könnte die Meinung vertreten werden, dass nur die individuelle Ansicht des Einzelnen darüber zu entscheiden vermag, ob ein Grund hinreichend genug ist, um den Wunsch zu äußern, nicht länger leben zu wollen. Ob dieser Grund messbaren Ursprungs oder subjektiver Werterhaltung im Rahmen individuell geprägter Ethik und Lebensanschauung ist, kann daher ungeachtet bleiben. Festzuhalten bleibt an dieser Stelle folgendes Fazit nach Angell:

*„... one of the most important ethical principles in medicine is respect for each patient’s autonomy, and when this principle conflicts with others, it should almost always take precedence.“<sup>39</sup>*

Hierbei ist es darüber hinaus äußerst wichtig zu hinterfragen, ob die Autonomie nicht auch Nachteile für die Menschen mit sich bringt, für die eine Entscheidung am Lebensende nicht geprägt ist durch eine aktive Entscheidung, sondern durch passives Geschehenlassen. Wie diese im einzelnen aussehen, wird in der Arbeit erläutert.

Festgestellt werden sollte an dieser Stelle aber bereits auch die enge Verbindung zur menschlichen Würde, nicht nur rechtstheoretisch, sondern ebenfalls praktisch. So ist ein losgelöstes Betrachten nahezu keines Grundrechts ohne das Beachten der menschlichen Würde möglich<sup>40</sup> und auch Autonomie findet ihre Bewertung anhand dieses Maßstabes. Darüber hinaus ergibt sich die Bedeutung für Menschenwürde in diesem Kontext auch aus der Verhältnismäßigkeit zum Recht auf Leben, welches in dieser Arbeit einer grundlegenden Diskussion ausgesetzt wird. So ist das Recht auf Leben und die Menschenwürde in einem besonderen Spezialverhältnis zueinander zu bewerten,<sup>41</sup> wobei das Lebensrecht an sich weder die Menschenwürde begründet, noch umgekehrt. Nichtsdestotrotz besteht an dieser Stelle ein Achtungsanspruch, der sich auch auf die vorliegende Diskussion, bestehend aus aktiven Handeln, gemäß eines Sterbewunsches

---

<sup>39</sup> Vgl. Fußn. 30.

<sup>40</sup> Vgl. F. Hufen, in 2001, S. 849 (851) sowie L. Knopp, MedR 2003, S. 379 ff.

<sup>41</sup> W. Höfling, JuS 2000, S. 111 (114).

bezieht, was faktisch bedeutet, dass die Würde des Sterbenden stets und zu jedem Zeitpunkt der Entscheidungs- und Handlungsmomente zu beachten ist.

### **1.3 Autonomie und staatlicher Schutz**

Nach der somit bereits festgestellten Möglichkeit, Autonomie als Instrument der Untersuchung zugrunde zu legen, folgt die Auseinandersetzung mit dem Recht.

Es ist offensichtlich, dass der Staat durch seine Institutionen die Aufgabe innehat, darüber zu entscheiden, wie weit der Schutz der Bürger gehen muss und wo er zu begrenzen ist, da eine Kollision mit der negativen Autonomie besteht. Denkbar wäre zum einen, dass durch eine gesetzliche Fixierung, wie durch ein Gesetz, Richtlinien oder anderen Ausformungen die Balance zwischen den beiden Gütern hergestellt werden würde, mit der Konsequenz das jeder Bürger im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten frei über sein Tun entscheiden könnte. Hierzu ist es aber zunächst notwendig festzustellen, wie diese Balance aussehen könnte. Die selbstständige Prägung des Willens an dieser Stelle ist Zugewinn an Entscheidungsfreiheit und damit an Freiheit in Gänze. Im Gegensatz hierzu steht das Leben als absolutes vom Staate geschütztes Rechtsgut im Raume, ohne gesetzlich zugesicherte Entscheidungsfreiheit am Lebensende.

Ein Ungleichgewicht der beiden Güter Freiheit und Schutz zeichnet sich ab.

In der Arbeit wird bei diesem Kernelement untersucht, inwieweit dieses Gleichgewicht und Verhältnis zueinander überhaupt von Nöten ist, woraus es resultiert und was ein Nichtumsetzen zur Folge hätte. Die Balance zwischen Schutz und Freiheit des Individuums ist oberstes Kriterium für eine demokratische Grundordnung und entspricht den rechtsstaatlichen Prinzipien und der Theorie der Staatslehre, wonach ein Gleichgewicht geradezu konstituierend ist. Das Ungleichgewicht bei der Frage der Rechtmäßigkeit und ethischen Vertretbarkeit von jeglichen Formen über Entscheidungen am Lebensende kann aber daher resultieren, dass das Schutzgut höher gewertet werden muss, als die Freiheit des Einzelnen, mit der Konsequenz, dass die Verhältnismäßigkeit in keiner Gleichmäßigkeit verteilt sein müsste. Eine Abwägung dieser beiden Güter zueinander soll

an späterer Stelle ergeben, inwieweit die bestehende Unbalance vertretbar ist, oder nicht. Hierzu ist besonders eine Betrachtung und Analyse der Niederlande und Deutschland hilfreich, da die beiden beschriebenen Konstruktionen vom Verhältnis Freiheit und Schutz in den Ländern vorzufinden sind.

Wichtig ist an dieser Stelle bereits ebenfalls die Unterscheidung von Autonomie als positives und negatives Recht vorzunehmen.

#### **1.4 Der Begriff der Menschenwürde<sup>42</sup>**

Die Menschenwürde zu respektieren, bedeutet, den Menschen entsprechend seiner Art als Mensch, ohne jegliche Bewertung von z.B. Leistungen, Qualitäten oder Unrechtsein einer Abwägung zu unterziehen, sondern ihn gleichberechtigt zu akzeptieren. Menschenwürde setzt voraus, dass

- der Mensch Zugang hat, seine notwendigen existenziellen Bedürfnisse zu befriedigen
- sein Recht auf Selbstbestimmung und freie Entfaltung der Persönlichkeit gewahrt wird und, dass
- die notwendige Freiheit hierfür besteht.

Aus diesem Katalog an Voraussetzungen ergibt sich das Prinzip der Menschenwürde, welches mehr Abwehr- als Anspruchsrecht ist, sowie einen Schutz durch positives Tun als auch Unterlassen gebietet.<sup>43</sup>

Verankert ist Schutz der Menschenwürde in den Grundrechtsverfassungen der Länder, sowie in internationalen oder multinationalen Übereinkommen zwischen einzelnen Ländern. Die Achtung des Menschenwürdeprinzips findet hierzu in aller Regel bereits eine Nennung in der Präambel und im darauf folgenden ersten Artikel der Charta, um die Wichtigkeit des Grundsatzes zu verdeutlichen.<sup>44</sup> Eine umfassende Garantie der Wahrung

---

<sup>42</sup> Zur näheren Betrachtung in diesem Kontext siehe: A.C. Hendriks „In beginsel, de gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept“, in Tijdschrift voor GezondheidsRecht 2007, Vol. 31 Nr. 2; sowie A.C. Hendriks „Personal autonomy, good care, informed consent and human dignity – Some reflections from a european perspective“, Medicine and Law 2009, 28(3), S. 469-477.

<sup>43</sup> D. Birnbacher „Ambiguities in the concept of Menschenwürde“ in K. Bayertz „Sancity of life and human dignity“.

<sup>44</sup> Charter der Grundrechte in der Europäischen Union, nun Bestandteil des EU Vertrages, „Journal der Europäischen Gemeinschaft“ C 364/1 vom 18.12.2000.

der menschlichen Würde ergibt sich aber nicht nur aus diesem einen Artikel an sich, sondern setzt sich zudem aus anderen Menschen- und Bürgerrechten zusammen, wie z.B. der Wahrung des Sozialstaatsprinzips. Die Menschenwürdegarantie ist somit vielmehr die Essenz aus dem Katalog einer Reihe fundamentaler, verfassungsrechtlich geschützter Rechte des Menschen.

Die Menschenwürde zu achten und zu schützen beschreibt seinen subjektiv rechtlichen Gehalt, der darin besteht, dass der Staat zum einen in die Menschenwürde nicht eingreift und zum anderen interveniert, wenn es zu Verletzungen der Menschenwürde durch andere Personen kommt.<sup>45</sup> Der objektive Charakter der Menschenwürde besteht darin, dass die Menschenwürde das Fundament des Staates bildet.<sup>46</sup> Gerade das Gebot des Nichteingreifens des Staates könnte es nahe legen, dass würdiges Sterben ein Teil des Begriffes Menschenwürde ist.

Obschon der undiskutierbaren und fundamentalen Bedeutsamkeit der Menschenwürde stellt sie oft ein regulatives Prinzip in einem potentiellen Konfliktfall dar. So auch bei potentiellen Fragen über Entscheidungen am Lebensende. Das Menschenwürdeprinzip kann bei der Frage zum Verfahren mit einer potentiellen Legalisierung von Euthanasie sowohl von Gegnern dessen, als auch von Befürwortern angewandt werden. So verhält es sich z.B. mit der Frage, ob ein Arzt Euthanasie ausführen kann, bzw. darf, da dieses nicht mit dem Berufsethos, Leben zu retten, vereinbar ist, auf der anderen Seite aber zwingend die selbstbestimmte Entscheidungsfindung des Patienten im Rahmen seiner Autonomie zu wahren ist. In einer Diskussion hierüber, kann ein Argumentieren nach dem Menschenwürdeprinzip sowohl in die eine, als auch in die andere Richtung gehen. Eine einfache Lösung und eindeutige Antwort ist demnach nicht möglich. Gleichwohl ist das Argument der Menschenwürde im Kontext der Euthanasediskussion unmöglich außer Acht zu lassen, da die Funktion als regulatives Argument immer vor Missbrauch schützen kann.

Der Begriff der Menschenwürde beruht letztendlich auf Vernunft und der

---

<sup>45</sup> Unterscheidung zwischen abwehrrechtlicher Funktion der Menschenwürdegarantie und der Schutzdimension.

<sup>46</sup> Vgl. darüber hinaus W. Höfling in M. Sachs „Grundgesetz Kommentar“, Art. 1, Rdnr. 39, S. 93; sowie B. Pieroth/B. Schlink, Rdnr. 75, S. 20.

Autonomie des Menschen, wobei Würde aus der Vernunft resultiert und Autonomie aus Würde,<sup>47</sup> frei und selbstbestimmt über sein Leben zu entscheiden. Für die Arbeit ist gerade das Spannungsfeld zwischen Autonomie als Begriff der Menschenwürde und der Vernunft des Menschen entscheidend. Dieses ist nicht bloß ethische Diskussion, sondern findet Anwendung in der Umsetzung ins Recht.

Ein Mensch kann nur dann eine Entscheidung treffen, wenn er in Kenntnis alternative Möglichkeiten hat, um diese abzuwägen. Im Umkehrschluss ist aber jedes Wissen unnütz, wenn der Mensch keinen Willen mehr hat, eine Entscheidung zu treffen. Umsetzung ins Recht findet dieses Spannungsverhältnis durch das Erstellen von Institutionen des subjektiven Rechts auf der einen Seite und der Rechtspflicht des Einzelnen auf der anderen. Das subjektive Recht entspricht hierbei der Autonomie des Menschen, während die Rechtspflicht im Gegensatz hierzu die Umsetzung der Vernunft ins Recht darstellt. Auf Entscheidungen am Lebensende bezogen ergibt sich hieraus die Frage, inwieweit ein selbstbestimmtes Entscheiden am Lebensende vereinbar ist mit der Schutzpflicht des Staates, den Bürger vor unrechtmäßigen Einriffen zu schützen. Dieses findet in der Arbeit eingehend Erläuterung und stellt zugleich dar, wie das Verständnis des Begriffs der Menschenwürde im Folgenden Anwendung findet.

#### **1.4.1 Menschenwürde im internationalen Kontext**

Grundlegend wird nun dargestellt, wie der Begriff der Menschenwürde im internationalen Kontext verstanden und angewandt wird.

*„Die Anerkennung der allen Mitgliedern der menschlichen Familie innewohnenden Würde und ihrer gleichen und unveräußerlichen Rechte bildet die Grundlage der Freiheit, der Gerechtigkeit und des Lebens in der Welt.“*

So die Präambel der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948, mit der die Vereinten Nationen ein grundlegendes

---

<sup>47</sup> So I. Kant. Näheres dazu in P. Baumann „Kants Reflexion der Menschenwürde und die Bioethik. Ethische Aspekte des frühen menschlichen Lebens“ in „Normkultur versus Nutzenkultur - Über kulturelle Kontexte von Bioethik und Biorecht“, Hrsg: T. Hoffmann, W. Schwindler, S. 439 – 456.

Verständnis der Begrifflichkeit der Menschenwürde bildeten. Kategorisch wurde versucht auszuschließen, dass eine Wertungsmöglichkeit in der Definition zu finden ist, woraus derart allgemeine Formulierungen wie „Mitglied der menschlichen Familie“ resultieren. Dieses findet auch Festigung bei der Betrachtung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte in Artikel 1, wo dieses gestützt wird, da „alle Menschen (...) frei und gleich an Würde und Rechten geboren“ werden. Menschenwürde bedarf somit keinen Voraussetzungen, ist fundamental und vom Grunde her bestehend.

Konkretisierung erfährt die allgemeine Erklärung der Menschenrechte auf internationaler Ebene durch den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte aus dem Jahre 1966, sowie den Pakt über Internationale wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Diese „Zivilpakete“ erfüllten neben der Konkretisierung der Menschenrechte an sich auch die Aufgabe diese in das geltende Völkerrecht zu transferieren.<sup>48</sup>

Im Laufe der Jahre ergaben sich zunehmende Erweiterungen des Begriffes und der Definitionsauslegung der Menschenwürde. Bedeutend für den Bereich der Entscheidungen am Lebensende ist in aller erster Linie neben der Menschenrechtskonvention vom 4. November 1950, das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates von 4. Oktober 1997. Hier heißt es in der Präambel, wie wichtig es ist,

„überzeugt von der Notwendigkeit der Achtung des Menschen sowohl als Individuum als auch als Mitglied der menschlichen Gattung und in Anerkennung der Bedeutung der Wahrung der Menschenwürde“

zu sein, sowie darüber hinaus, dass Art. 1 des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin festlegt, dass

„Die Vertragsparteien dieses Übereinkommens schützen die Würde und die Identität aller Menschen und gewährleisten jedem ohne Unterschied die Wahrung seiner Integrität sowie anderer Rechte und Grundfreiheiten im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und

---

<sup>48</sup> Vgl. hierzu: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Aussenpolitik/Themen/Menschenrechte/Download/IntSozialpakt.pdf>

Medizin.

Jede Vertragspartei ergreift in ihrem innerstaatlichen Recht alle notwendigen Maßnahmen, um den Bestimmungen dieses Übereinkommens Wirkung zu verleihen.“<sup>49</sup>

Kern dieser Aussagen ist ein Schutz der menschlichen Würde, wobei der Begriff der Würde aus einem Innenbereich der Person entsteht, welcher zu schützen ist. So ist die Würde mit der Identität der Person verbunden, einem subjektiven Verständnisses des Entscheiden und Verfahren mit dem eigenen Leben nach individuellen Wünschen, Perspektiven und Ansichten. Dieses wird auch in der aktuellsten Manifestierung der Menschenwürde im internationalen Kontext aufgegriffen und in der EU-Grundrechtscharta in Artikel 1 formuliert, wo es heißt, dass die Würde der menschlichen Person respektiert und geschützt werden muss.

Auf Entscheidungen am Lebensende bezogen ergibt sich aus den unterschiedlichen Formulierungen eine klare Position in der Art und Weise, dass Würde als Anspruch zu verstehen ist, aber auch als Verpflichtung eines jeden Menschen, „Nein“ zu sagen, „Nein“ zum Leben und für einen freiwilligen Wunsch nach Euthanasie unter Respekt der Würde.

### **1.5 Die Neutralität des Staates und das Spektrum zur Religion**

Ein weiterer wichtiger Baustein der Methodologie dieser Arbeit ist die Grundlage der Annahme des neutralen oder auch säkularen Staates<sup>50</sup>. Viel wichtiger als die normative und dogmatisch stringente Trennung der Säkularisierung ist hier aber die Annahme der Neutralität des Staates in

---

<sup>49</sup> Vgl. weiterführend hierzu J. Taupitz „Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates -- taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung?“

<sup>50</sup> Begriff geprägt von F. Gogarten (1887-1967) in „Die Kirche in der Welt“, um eine Aussöhnung der christlichen Kirchen mit der Säkularisierung zu ermöglichen. Vgl. weiter auch B. Spinoza als Begründer der modernen Bibelkritik, so z.B. in seiner Schrift „Tractatus theologico-politicus“ von 1670 (später im Jahre 1974 verboten), über Kritik an der religiösen Intoleranz und dem Weg hin zu einer säkularen Gesellschaft, sowie sein postum veröffentlichtes Werk „Die Ethik – Ethica. Lateinisch – Deutsch“, nach der Edition von C. Gebhardts „Spinoza Opera“. Überarbeitung der Übersetzung von J. Stern.

seinen Handlungen und Entscheidungen.<sup>51</sup> Der hiermit implizierte Trennungsprozess von Religion und Staat entstand in den Ursprüngen unter der Bewegung der Säkularisation in Form der Immanenz und Verweltlichung der Gesellschaft<sup>52</sup>. Dieses ermöglicht eine objektivere, wissenschaftlich begründetere Argumentation, eben einer gewissen Neutralität<sup>53</sup>. Gerade bei einer Diskussion über Entscheidungen am Lebensende fehlt es hieran sehr häufig und Kernargumente wie die oft angeführte *Heiligkeit oder Unantastbarkeit des Lebens*<sup>54</sup>, bilden keinen geeigneten Nenner für eine Diskussionsgrundlage, vielmehr kann es der Wissenschaft nicht gelingen diese zu entkräften, da es an einer rationalen Basis fehlt. So fehlt es bereits, um das Beispiel der *Heiligkeit des Lebens* aufzugreifen, an der Möglichkeit das Wort „*heilig*“ zu definieren. Der Wortbedeutung nach ist „*heilig*“ ein religiöser Begriff, der die Zugehörigkeit zur göttlichen Sphäre beschreibt, gleichbedeutend mit dem Begriff sakral oder konträr zum profanen Weltlichen ist<sup>55</sup>. Was aber hieraus eine geeignete Diskussionsgrundlage für ein wissenschaftlich basiertes Thema bilden soll, ist fraglich. Um diesem aus dem Wege zu gehen, wird das Prinzip des neutralen Staates zur Religion für diese Arbeit indiziert.

Über die Neutralität hinaus, wird in einzelnen Bereichen die strikte Trennung von Staat und Religion in der Theorie nicht ausreichend sein. Daher wird der Arbeit eine generelle Trennung und Spektrumsbildung zugrunde gelegt, um jegliche Ansätze ungewollter Argumentationsstrukturen zu umgehen.

---

<sup>51</sup> Vgl. hierzu EGMR vom 26.10.2001 im Fall Hasan & Chaush vs. Bulgarien (GC), Nr. 30985/96;

EGMR vom 29.06.2007 im Fall Folgerø et al vs. Norwegen (GC), Nr. 15472/02;

EGMR vom 6.10.2009 im Fall Appel-Irrgang et al. vs. Deutschland (dec.), Nr. 45216/07.

<sup>52</sup> Vgl. hierzu u.a. H. Lübke „Säkularisierung. Geschichte eines ideenpolitischen Begriffs“; D. Nash „Secularism, Art and Freedom“.

<sup>53</sup> So auch N. Hoerster „Euthanasie im säkularen Staat“.

<sup>54</sup> Vgl. Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe von 1986, S. 36; Papst Johannes Paul II. in „Enzyklika Evangelium vitae“ v. 1995 S. 8 f, sowie S. 50 f. Dazu kritisch N. Hoerster „Sterbehilfe im säkularen Staat“, S. 16. Im Gesamtzusammenhang auch detailliert zur Theorie zu finden bei A. Schweitzer „Die Ehrfurcht vor dem Leben – Grundtexte aus fünf Jahrzehnten“, S. 32ff.

<sup>55</sup> O. Rudolf „Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen“ (1917). Nachdruck, München 1988.

## **2 Eine philosophische Betrachtung als Grundgerüst der interdisziplinären Arbeit**

Für die Grundlage einer Diskussion über zu treffende Entscheidungen am Lebensende erscheint es angebracht, die philosophischen Ausführungen zum Thema als Fundament zu nutzen, um darauf aufbauend eine fachübergreifende Diskussion zu führen. So ist es nur schwer möglich, Sterben und damit verbundenes Handeln ohne Ethik zu diskutieren und Ethik, als Bestandteil der Philosophie, kann gewährleisten, dass der Kern der Betrachtung, das Sterben unter Beachtung von Humanität und Selbstbestimmung durch Respektierung des Willens als subjektives Gut gewahrt ist. Erst hierauf aufbauend, mit dem gesicherten Gerüst der moralischen Vertretbarkeit, kann es zu einer gelungenen fachspezifischen Analyse kommen, ob nun juristisch, medizinisch oder sozialwissenschaftlich geführt, um drei wesentliche Fachgebiete zu nennen, die an späterer Stelle näher erläutert werden.

### **2.1 Die deontologische Ethik**

Die deontologische Ethik als Sollensethik ist ihrem Wortursprung nach vom griechischen Wort „to deon“ abzuleiten, was soviel wie das Schickliche oder die Pflicht bedeutet. Eine deontologische Ethik [Kant, Rawls] beurteilt die sittliche Richtigkeit einer Handlung danach, ob sie einem anerkannten moralischen Prinzip folgt, ungeachtet der Konsequenzen, die die Handlung verursacht<sup>56 57</sup>.

---

<sup>56</sup> Vgl. so z.B. I. Kant und J. Rawls.

<sup>57</sup> Sie wird in zwei wesentliche Bereiche unterteilt, den aktdeontologischen und regeldeontologischen Ansatz, die zum einen, als aktdeontologischen Ansatz auf Handlungstypen ausgerichtet ist, diese verbietet, erlaubt oder als geboten und umsetzbar ausweist und zum anderen in Form des regeldeontologischen Ansatzes eher auf die Moral abstimmt, die unmittelbar und kausal aus den entsprechenden situationsbedingten Handlungsweisen erwächst. Der gleiche Nenner findet sich aber in der Sichtweise der Grundlagen, Erlaubnisse, Verbote oder Gebote, die als Kern der deontologischen Ethik anzusehen sind und immer das menschliche Handeln in den Mittelpunkt setzen, so sind sie als „*moralische Konzepte, [zu sehen] für welche bestimmte Handlungstypen ohne Beachtung der weiteren Umstände immer verwerflich sind, also z. B. die absichtliche direkte Tötung eines unschuldigen Menschen...*“. (R. Spaemann: Christliche Verantwortungsethik. In Johannes Gründel (Hrsg.): Leben aus christlicher Verantwortung, 1. Grundlegungen, 1991, S. 122.)

Für die Betrachtung von Lebensendeentscheidungen legt die deontologische Ethik folgende Dinge zugrunde, die erlaubt, beziehungsweise nicht erlaubt sind:

**Deontologische Ethik contra aktiven Verhaltens bei Entscheidungen am Lebensende**

- Es liegt ein Verstoß gegen die Sicht der ärztlichen Standesethik vor
- Grundsatz der Heiligkeit des Lebens (Sancity of Life)
- Im Leiden liegt eine Sinnerfahrung

**Deontologische Ethik pro aktiven Verhaltens bei Entscheidungen am Lebensende**

- Die Qualität des Lebens ist immer zu wahren
- Ein Arzt muss der Pflicht nachkommen, Leiden zu mindern
- Jeder hat das Recht auf einen „eigenen“ Tod (Autonomie)

Grundsätzlich bildet die deontologische Ethik eine Position aktiven Tuns als Grundlage einer möglichen Entscheidung am Lebensende, da sie mit ihrem Grundgedanken nicht konform ist. Mit Ausnahme von wenigen Ländern, wie den Niederlanden, Belgien<sup>58</sup> und seit neuestem auch Luxemburg<sup>59</sup>, wird diese ethische Position in den übrigen Ländern dazu benutzt, sich gegen aktives Tun als Entscheidungsmöglichkeit auszusprechen, mit der Begründung, dass schwer kranke Menschen „so gut wie nie nach Euthansie“ verlangen<sup>60</sup>. Diese Schlussfolgerung aus den ethischen Prinzipien ist zwar konsequent, entspricht in ihrem Kern auch den Forderungen der deontologischen Ethik, lässt aber in der Praxis eine Zahl von Patienten außen vor, deren Wunsch nach Handeln konsequent verweigert wird, ohne Spielraum für eine individuelle Entscheidung an diesem Punkt.

Als besonderen Vertreter dieser Theorie wird an dieser Stelle auf Immanuel Kant eingegangen. Kant postulierte die Autonomie des Menschen als das entscheidende Kriterium anhand dessen sich

---

<sup>58</sup> Gesetz zur Sterbehilfe vom 28.5.2002.

<sup>59</sup> Parlamentsbeschluss vom 19.02.2008 nach Gesetzesinitiative aus dem Jahre 2001.

<sup>60</sup> M. Lutterotti „Der Arzt, das Tötungsverbot und die Kontroverse zwischen deontologischer und konsequentialistischer Ethik“, Zmed Ethik 40 (1994), S. 119-130.

Menschenwürde definieren lassen sollte.<sup>61</sup> Augenscheinlich suggeriert dieses zunächst einmal, dass ein Mensch demnach tun und lassen kann was er möchte. Im Gesamtzusammenhang zur deontologischen Ethik ist dieses aber keineswegs möglich, noch von Kant gewollt. Das Freiheitsrecht der Autonomie ist nach Kant keineswegs ein absolutes und striktes Verfügungsrecht über den eigenen Körper. Eine Verobjektivierung und Degradierung des menschlichen Körpers zu einer Art Objekt oder Besitzgut findet daher nicht statt, vielmehr fokussiert Kant Autonomie als ein allgemeines Sittengesetz, in dem das Individuum nicht losgelöst von der Gesellschaft isoliert ist, sondern ein Teil der Gemeinschaft ist.

Der heutzutage vorherrschende Pluralismus und die immer voranschreitende Individualisierung führen aber dazu, dass die Sittenlehre Kants nach der idealistischen Vernunft nur noch abgeschwächt und weniger Bedeutung findet. Selbstbestimmung und eigenverantwortliches Handeln in allen Lebenslagen, auch am Lebensende, führen zu dem Wunsch nach dem „freien Tod“ nach Nietzsche, „der kommt, weil ich will“ und nicht, weil die „Natur“ oder „Gott“ es will.

Es lässt sich somit zusammenfassen, dass aus der Zeit der Renaissance und Aufklärung hervorgegangenen Moral Kants, die Autonomie das entscheidende Kriterium ist, welches den Inhalt der Menschenwürde herausstellt. Hierunter ist allerdings wie angesprochen nicht die empirische Freiheit zu verstehen, sondern die praktische Vernunft, da ohne Freiheit keine Moralität und sittliches Verhalten zur Ordnung bestehen würde. Ein Missachten dieser sittlichen Gesetze und ein Herausstellen der Autonomie des Einzelnen in der Art und Weise, dass jegliches Handeln lediglich selbst bezogen gedacht ist würde dazu führen, dass das Freiheitsverständnis nach Kant verloren gehen würde.

Eine deontologische Ethik, welche die Heiligkeit des Lebens ansieht, wird zusammenfassend als Ethik angesehen, die das Töten daher prinzipiell verbietet, woraus sich wenig Rückendeckung für die Argumentation von positiven Tun bei Lebensendeentscheidungen schließen lässt.

## **2.2 Die utilitaristische Ethik**

Zu Beginn soll zunächst deutlich gemacht werden, warum gerade der

---

<sup>61</sup> Vgl. I. Kant: Reflexionen zur Metaphysik, Nr. 6070 AA Bd. 18, S. 433.

Utilitarismus als ethischer Ansatz verwendet wird, um aktives Tun bei Entscheidungen am Lebensende zu beurteilen und nicht das allgemeiner formulierte Gebiet des Konsequentialismus. Diese Entscheidung beruht zum einen auf der exakteren Formulierung der Theorie. Der Utilitarismus als normative Ethik beurteilt das entscheidende Moralkriterium unter dem Gesichtspunkt der Nützlichkeit, wie an späterer Stelle eingehend dargelegt. Dieses Folgeprinzip ist zweifelsfrei als ein Handeln nach ihrer Konsequenz anzusehen, dem Konsequentialismus daher zuzuordnen. Darüber hinaus geht es aber weiter ins Detail und ist ebenso durch Teleologie, der Ein-Gut-Axiologie, dem Maximierungsprinzip und dem Universalismus geprägt<sup>62</sup>. Besonders sticht hier die Bedeutung der Teleologie heraus, die als Konsequenz dazu führt, dass der Konsequentialismus als Begriff weiter gefasst werden muss als die Teleologie, was bedeutet, dass jede teleologische Theorie zwar konsequentialistisch ist, aber eine konsequentialistische Theorie nicht zwingend teleologisch sein muss<sup>63</sup>. Somit wird deutlich, dass der Utilitarismus geeigneter erscheint aufgrund des dualen konsequentialistischen und teleologischen Ethiksystems.

Der größte Unterschied der deontologischen Ethik, zum aus der Epoche der Aufklärung entstandenen Utilitarismus, liegt in der Folgeorientiertheit, auf den besonders der Utilitarismus abstimmt. Diese Folgeorientiertheit erscheint zunächst auf das Thema der autonomen Entscheidung am Lebensende, gleichgültig der Art und Form, projiziert, positiv für diese zu stimmen, da der erfüllte Wunsch nach dem Tod als positive Folge für den unmittelbar Betroffenen zu werten ist. Diesem Ansatz steht aber das Grundprinzip der Unverletzlichkeit fremden Lebens gegenüber, was eine Anwendung wiederum ausschließen würde. Dieses Prinzip des Utilitarismus findet seine Herleitung aus der Religion. Da die Religion in der heutigen Zeit aber neutral und getrennt zum Staate immer weniger Bindung für den Bürger besitzt, muss auch die Ethik diesem Wandel folgen und sich auf diese neue Situation einstellen, in der Form, Präferenzen aus den Ursprüngen zu formen<sup>64</sup>. Eine derartige Umformung geschieht anhand der Orientierung an rationalen Maßstäben, wobei in

---

<sup>62</sup> Vgl. D. Birnbacher „Utilitarismus“, M. Düwell/ C. Hübenthal/ M. H. Werner (Hrsg.) „Handbuch Ethik“, Verlag J. B. Metzler, Stuttgart/Weimar, 2006, S. 96.

<sup>63</sup> Vgl. F. Ricken „Allgemeine Ethik“ 1983, S. 284.

<sup>64</sup> Vgl. Präferenzutilitarismus nach P. Singer.

erster Linie eine Handlung nach den Folgen in Form des Nutzens aus dieser Handlung beurteilt wird, um so dem Ziel des größtmöglichen Glücks für das Individuum und eine möglichst große Zahl von Menschen zu gewährleisten<sup>65</sup>. Wenn somit ein Mensch den Wunsch hat, seine Entscheidung am Lebensende selbstbestimmt zu treffen und hierbei auf die Hilfe eines Anderen angewiesen ist, quasi als Teil seiner Autonomie, kann ihm dieses aus utilitaristischer Sicht nicht untersagt werden, weil es direkt seinen individuellen Vorstellungen nach Glück entsprechen würde.

Hieran wird deutlich, wie wichtig die utilitaristische Ethik für die Befürworter von mit aktiven Tun verbundenen Entscheidungen am Lebensende ist. Sie dient als Basis, ist jedoch nicht mehr oder weniger als eine Moral, ohne den Anspruch eines zu einer Umsetzung finden zu können.

## **2.2 Interdisziplinärer Ansatz**

Wozu ist nun das Beachten von philosophischen Ansätzen bei der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende gut? Zum einen dient sie der zuvor beschriebenen Wahrung von Ethik und Moral in Verbindung mit Humanität und überlegten Handeln, zum anderen dient dieses Grundgerüst als Fundament für fachspezifische Erläuterungen, die sich dem Thema im Detail besser widmen können als die reine Theorie mit halbweisendem Praxisanteil.

Um drei wesentliche fachspezifische Ansätze zu nennen, können die Rechtswissenschaft, die Medizin und die Sozialwissenschaft herangezogen werden, die hinsichtlich ihrer singulären Bedeutung für den Gesamtzusammenhang äußerst wichtig sind und somit ein weiteres Indiz dafür bilden, dass die Auseinandersetzung über Lebensendeentscheidungen nicht ausschließlich fachspezifisch sein können, sondern das Thema stets interdisziplinär und fächerübergreifend behandelt werden muss. So ist eine losgelöste medizinische Anschauung ohne juristische Rechtfertigung kaum haltbar, ebenso im Umkehrschluss eine juristische Ansicht ohne Wissen über die tatsächlichen Auswirkungen und Folgen auf den Menschen durch medizinische Praxis. Eine sozialpädagogische Arbeit ist ebenfalls essentiell notwendig und gerade für das Umfeld von Angehörigen, die Betreuung zur

---

<sup>65</sup> J.H. Burns/ H.L.A. Hart (Hrsg.) „Jeremy Bentham: An Introduction to the Principles of Morals and Legislation“.

Aufarbeitung des Geschehens benötigen, aber auch für den unmittelbar praktisch arbeitenden Arzt unter Umständen von großer Bedeutung. Im Laufe der Arbeit wird an mehreren Stellen ein Blick in andere Fachrichtungen vorgenommen, der vollen Verständlichkeit des Themas dessen Komplexität wegen.

### **3 Geschichte und Bedeutung für die heutige Zeit**

Anhand einer kurzen Aufzählung soll die geschichtliche Entwicklung der Diskussion über mögliche normative Entscheidungen am Lebensende erläutert werden, woran der Fortschritt erkennbar ist, von Grundgedanken der Antike zu einem „sanften Tod“ bis hin zu detaillierten Ausführungen über gesellschaftliche Zusammenhänge, rechtliche Rahmenbedingungen im Einklang mit medizinischer und ethischer Vertretbarkeit in der Neuzeit. Gerade für die Kategorisierung des in dieser Arbeit verwendeten Begriffes und die vertretenen Position der einzelnen Meinungen erscheint es an dieser Stelle angebracht, auf die bisherig bestehenden Verwendungen und Formen einzugehen.

- Der griechische Dichter Kratinos<sup>66</sup> verwendete zum ersten Mal um 500 – 420 v. Chr., den Begriff des „guten Tod“ und nutzte diesen als bloße Abgrenzung zum „schweren Tod“, woraus der „leichte Tod“ abgeleitet wurde, ohne Leiden und schnell einkehrend.
- „Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht wenn ich darum gebeten werde...“.<sup>67</sup> Diese Worte von Hippokrates beschreiben aus normativer Tradition heraus den Umgang mit Entscheidungen am Lebensende aus ärztlicher Sicht und stellen unmissverständlich die zu wahrende Handhabung mit dem Tode dar. Hippokrates begründete in seinem Eid einen Maßstab, der noch bis in die Neuzeit Gültigkeit für die Ärzteschaft besitzt, mittlerweile aber in der geschriebenen Form nicht mehr besteht.<sup>68</sup> Trotzdem wird

---

<sup>66</sup> Um 512 – 423 v. Chr.

<sup>67</sup> C. Lichtenthaeler „Der Eid des Hippokrates“ Hrsg. Deutscher Ärzte-Verlag.

<sup>68</sup> Vergleichend kann an dieser Stelle die Genfer Deklaration des Weltärztebundes herangezogen werden aus dem Jahre 1948, mehrfach verändert, u.a. im Jahre 1968, 1983, 1994, 2005 und 2006, welches die Wandlungsfähigkeit und Notwendigkeit deutlich macht, auf aktuellen Fortschritt einzugehen.

die Position des Hippokrates deutlich, der die Ärzte aus der Pflicht nimmt, bei Entscheidungen am Lebensende aktiv zu agieren.

- Sokrates<sup>69</sup> benutzte, als wesentlich bekanntere Person dieser Zeit, den Begriff Euthanasie, um die Vorbereitung des Menschen auf seinen Tod zu beschreiben. Für ihn war diese Form ein Resultat einer vernunftsbezogenen Lebensführung.
- Ein weiterer wegweisender Ansatz zur Definition stammt von Plato<sup>70</sup>, der sich sowohl für ein aktives Tun als auch für die passive Hinnahme als Möglichkeiten am Lebensende zu agieren aussprach<sup>71</sup>. Dieser philosophische Wegweiser in die Richtung der Ignoranz und Gleichgültigkeit vor dem Tod setzt Vernunft als oberstes Handlungskriterium hierfür fest, noch mehr, als Sokrates dies zuvor getan hatte. Es wäre nach Plato immer dann legitim aktive Maßnahmen am Lebensende zu ergreifen, wenn physische oder psychische Leiden, Krankheiten oder Einschränkungen jeglicher Art es einem Menschen nicht mehr ermöglichen, bewusst und gewohnheitsgemäß seiner Natur nach zu handeln<sup>72</sup>.

An dieser Stelle ist bereits ein Blick in die Neuzeit angebracht. So gab es zwar immer wieder Meinungen zu dem Thema und der begrifflichen Verwendung, jedoch keine den Fortschritt prägenden.

- Als jüngerer Vertreter einer positiven Haltung zum aktiven Eingreifen als Mittel der Lebensbeendigungsentscheidung ist Thomas Morus aus der Zeit der Renaissance zu nennen<sup>73</sup>. Seine Argumentation basiert im Wesentlichen auf den antiken Ansatz, ist aber gerade für diese Arbeit besonders bemerkenswert, da Morus zum ersten Mal die Autonomie und das selbstbestimmte Handeln als Argument anführte. Gleichzeitig begrenzte er die Verwendung des

---

<sup>69</sup> 469 – 399 v. Chr.

<sup>70</sup> 427 – 347 v. Chr.

<sup>71</sup> Vgl. die Staatsidee von Platos „Politeia“ verfasst ca. 370 v. Chr. Übersetzt und herausgegeben u.a. von K. Vretska, „Plato: Der Staat“, 409e – 410a.

<sup>72</sup> Vgl. hierzu diverse Texte des philosophischen Ansatz der „Stoa“, u.a. A. Long/ N. David/ N. Sedley (Hrsg.): „The Hellenistic Philosophers. Vol. 2: Greek and Latin Texts with Notes and Bibliography“, Cambridge University Press 1987.

<sup>73</sup> 1487 – 1535; Vgl. dazu „Utopia“ in der Üb. v. J. Laager aus dem Jahre 2004.

Begriffes und stimmte vollständig auf den Willen eines Menschen ab, der klar geäußert werden müsste. Somit versuchte er Missbrauch auszuschließen.

- John Donne<sup>74</sup>, ein englischer Dichter und späterer Prediger, äußerte seine Ansicht zum Umgang mit dem Tod in folgendem Satz: „No man is an island.“ Obschon der offensichtlichen Simplizität der Aussage manifestiert dies den Kern seiner Absichten, das Menschsein ein „In-Beziehung-Sein“ ist, womit er äußert, dass der Mensch weder autark noch autonom an sich ist, was seine Bedeutung für zu treffende Entscheidungen am Lebensende äußerst deutlich macht. Ebenso äußert sich Donne zur Würde des Menschen, die im Zusammenhang mit Lebensbeendigungsentscheidungen häufig diskutiert wird in der Form, dass Würde nicht aus den Fähigkeiten eines Menschen selbst resultiert, sondern aus der Bejahung des Lebens. Somit prägt er den Begriff und den Umgang mit dem Tod in der Form, dass ein aktiver Eingriff von Seiten eines Dritten keine Rechtfertigung erfährt.
- Ein weiterer nennenswerter Vertreter der Prägung einer Begriffsform ist Francis Bacon<sup>75</sup>, der zwischen *euthanasia interior* und *euthanasia exterior* unterschied, womit er die innere und äußere Vorbereitung und den Umgang des Menschen mit dem Tod beschrieb und ein Handeln nach positiven Tun unter Umständen humaner und sozialer sei, als die Form, lediglich auf den Tod zu warten.

Anzumerken ist an dieser Stelle die recht eindeutige Meinung, durchaus einen Rückgriff auf Handeln am Lebensende als Mittel zur Leidensminderung angebracht sei und zudem aufgrund der Autonomie des Menschen legitimes Mittel ist, um in den Tod zu führen. Erst im Folgenden erfährt der Begriff in seiner Verständlichkeit einen Wandel, so z.B. durch den Darwinismus oder die Eugenik, die wiederum eindeutig auf die Begrifflichkeit Euthanasie abstimmten, als Form der Entscheidung am Lebensende. Diesen Wandel aufzuzeigen verdeutlicht aber gleichwohl,

---

<sup>74</sup> 1572 – 1631.

<sup>75</sup> Bedeutender Wegbereiter des Empirismus 1561 – 1626.

warum dieser Arbeit die Begrifflichkeit Euthanasie zugrunde zu legen nicht dem eigentlichen Wert des Themas gerecht wird.

- Nach Christoph Wilhelm Hufeland<sup>76</sup> sei es stets eine der obersten Prioritäten des Arztes, das Leben, auch eines unheilbar kranken Menschen, zu schützen und um jeden Preis zu erhalten. Jeder Arzt, der an dieser Stelle eine Abwägungsentscheidung trifft, würde direkt über den Wert des Menschenlebens an sich entscheiden, was unzulässig sei.
- Bekanntester Vertreter einer Euthanasieansicht als Entscheidungsform am Lebensende der Neuzeit ist sicherlich Charles Darwin und der daraus resultierende Darwinismus mit dem Grundsatz der natürlichen Auslese<sup>77</sup>, der später von Ernst Haeckels „Einheitstheorie“ abgewandelt und ergänzt wurde. Dieser als *Monismus* bezeichnete Ansatz vertritt die Auffassung, dass ein Eingriff in die Natur durchaus positive Folgen mit sich bringen kann. Grundsätzlich spricht sich Haeckel ebenfalls deutlich für Euthanasie bei Kindern aus<sup>78</sup>.
- Ebenfalls dem Sozialdarwinismus zugehörig ist Alexander Tille<sup>79</sup>, seine Ansätze beinhalten Theorien über Fortpflanzungsbegrenzungen bei „Schwachen“, der radikalen natürlichen Auslese sowie Degradierung von „Schwachen“ auf eine niedrige gesellschaftliche Stufe<sup>80</sup>. Diese Ansicht teilte später auch Alfred Ploetz, der den Begriff der „Rassenhygiene“ als Synonym für Eugenik verwendete.
- Wesentlich abgeschwächter und objektiver nahm Adolf Jost später an der Diskussion teil. In seiner Arbeit „Das Recht auf den Tod“ von 1895 stellt er die individuellen Ansprüche des Einzelnen hinter das Interesse der Gesellschaft zurück, ohne sie gänzlich außer Acht zu

---

<sup>76</sup> 1762 – 1836.

<sup>77</sup> Vgl. C. Darwin „Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung begünstigten Rassen im Kampf ums Dasein“ von 1884 (Original „On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life“) 1859.

<sup>78</sup> Vgl. E. Haeckel „Die Lebenswunder“ 1904 S. 134ff.

<sup>79</sup> 1866 – 1912.

<sup>80</sup> Vgl. A. Tille „Darwin bis Nietzsche“.

lassen. Der utilitaristische Ansatz, durch ein Abstimmen auf den „Wert des Lebens“, ist hier bereits deutlich zu erkennen.

- Den Höhepunkt der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende bildeten im negativen Sinne gesehen sicherlich die Ansichten von Karl Binding und Alfred Hoche, die „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ einräumten und somit der nationalsozialistischen Propaganda in die Hände spielten, indem sie aktives Tun und Eingreifen nicht nur am Lebensende als „Heileingriffe“ verfälschten und so später dieser Ansatz der „Euthanasie“ als perfide Machenschaft durch Rassenmord der Nazis ersetzt wurde.<sup>81</sup>

An dieser Stelle soll der kurze geschichtliche Abriss beendet werden. Sicherlich gibt es eine Entwicklung der Diskussion über Entscheidungsfindungen, auch durch aktives Eingreifen am Lebensende, nach dieser Zeit, auf diese wird im Laufe der Arbeit aufgrund ihrer Aktualität näher eingegangen. Die geschichtliche Herleitung zeigt aber bereits sehr deutlich welchen Ursprung das eigentliche Verständnis innehatte. Vom antiken Ansatz und dem Wortursprung des „guten“ oder „sanften“ Todes bis hin zu einer unmenschlichen Verwendung war es ein langer Weg, dessen einzelne Entwicklungsstränge äußerst wichtig für die aktuelle Debatte sind, da sie nach wie vor Grundlage vieler Argumentationsstrukturen sind. Bemerkenswert ist aber, in welcher Eindeutigkeit in der heutigen Zeit negative Erfahrungen aus der Geschichte das Meinungsbild prägen und zu Ängsten führen, die zum Beispiel als Gegenargumente zur Frage der Legalisierung aktiven Handelns bei Lebensbeendigungsentscheidungen an späterer Stelle genauestens begutachtet werden.

Festzustellen ist weiter, dass sich für die Thematik nur schwerlich eine Grundlage, basierend auf medizinischen Fortschritt, juristischen Schutz, Autonomie des Einzelnen oder gesellschaftlichen Wandel, so zum Beispiel aufgrund des demografischen Wandels, findet. Die Objektivität weicht hier einem voreingenommenen Bild von Ängsten und Befürchtungen auf der

---

<sup>81</sup> In Taschenbücher der Juristischen Zeitgeschichte, K. Binding/ A. Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens – Ihr Maß und Ihre Form“ v. 1920.

einen Seite und dem Besinnen auf die eigentlich guten Absichten der Begriffsprägung<sup>82</sup>.

#### **4 Gesundheitliche Arbeit bei Entscheidungen am Lebensende**

Im Folgenden soll näher auf die praktische Verwendung von aktiven Eingriffen eines Arztes als Möglichkeit bei Entscheidungen am Lebensende eingegangen werden, um Verständnis zu schaffen, was dies wirklich ist und wie es vonstatten geht, um den Handlungsbereich an späterer Stelle besser juristisch beurteilen zu können. Damit dies gelingt sollte nun zunächst versucht werden, eine Kategorisierung vorzunehmen. Ist ein Rückgriff auf die Hilfe anderer Personen bei Lebensbeendigungsentscheidungen gesundheitliche Arbeit, für die die Medizin verantwortlich ist? Welche Rolle kommt dem Arzt hierbei zu und warum wird bei dem Gedanken eines Eingriffes häufig ein Arzt assoziiert?

##### **4.1 Der Arzt als Exekutive**

Fraglich erscheint an dieser Stelle, warum gerade ein Arzt in die Verantwortung genommen wird oder zumindest der Gedanke an die Inanspruchnahme eines Arztes bei jeglichem Hilfeersuchen so naheliegend ist, obwohl dem Arzt die ursprüngliche Aufgabe zu helfen zukommt, die ein Paradoxon zur geforderten oder gedachten Tätigkeit des Arztes wäre.

Dieses könnte auf der Tatsache beruhen, dass der Arzt in seiner Eigenschaft über eine umfassende Ausbildung mit hohem Kenntnisstand des menschlichen Körpers und seiner Physiologie verfügt und daher besonders gut über den Menschen, als auch über die Zusammenhänge der Wirkung von Medikamenten, die zur Tötung benötigt werden, auf den menschlichen Körper, weiß. Diese besondere Stellung sieht ihn gerade zu als Garant für professionelles, zielgerichtetes und möglichst fehlerfreies Handeln. Im Gegensatz hierzu steht aber der berechtigte Einwand, warum nicht auch Angehörige anderer Berufsgruppen geeignet wären, Hilfe zu leisten, so zum Beispiel ein Apotheker oder gar ein speziell dafür

---

<sup>82</sup> Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, dass der Begriff auch durch diverse religiöse Einflüsse mitgeprägt wurde. So u.a. von Augustinus von Hippo oder Thomas von Aquin, die die Verurteilung der Selbsttötung manifestierten, sowie durch jegliche Ablehnung des Begriffes aus der bereits zuvor aus dieser Arbeit ausgeklammerten Begründung aufgrund der Heiligkeit des Lebens.

ausgebildeter Experte auf diesem Gebiet. Wäre es denkbar eine praktische Ausführung der Tötungshandlung, falls erwünscht von der Medizin losgelöst, als eine „eigenständige Dienstleistung“ anzubieten?

Ein Arzt muss zum Wohle des Patienten, mit stetiger Erfurcht vor dem menschlichen Leben, als oberstes Gebot seines Handelns, alles für den Erhalt und die Wiederherstellung des Lebens tun, hierbei jedoch nicht im Widerspruch zur Menschlichkeit oder der ärztlichen Sitte agieren, worin insbesondere die Schwierigkeit liegt, dem Arzt generell eine Rolle bei zu treffenden Entscheidungen und Eingreifen am Lebensende zuzuweisen. Der Arzt, als unmittelbar mit dem Leid des Patienten konfrontierte Person, könnte in einen Rollenkonflikt geraten, zwischen seiner Pflicht zu heilen und Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen und den potentiellen an ihn herangetragenen Wunsch eine Tötungshandlung durchzuführen. Dieser Rollenkonflikt erscheint nachvollziehbar, wird aber durch den direkt geäußerten Wunsch des Patienten entkräftet, da dieses Verlangen zentral das Handeln des Arztes im Sinne des Patienten unmissverständlich in die Richtung lenkt, diesem Sterbewunsch auch nachzukommen. Ein weiterer Heileingriff gegen den Willen des Patienten könnte den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllen, ist aber im Kern ebenso wenig moralisch wie ethisch zu vertreten.<sup>83</sup>

Fraglich ist aber an dieser Stelle weiter, warum ein derartiger Eingriff überhaupt als Aufgabe des Arztes betrachtet wird. Das Ausführen einer zum Tode führenden Handlung ist in der Praxis ein Akt, der weder mittelbar noch unmittelbar einen Rückschluss auf ein reines medizinisches Handeln indiziert, warum also sollte gerade Ärzten ein „*Exklusivrecht/Pflicht*“ eingeräumt werden? Ganz im Gegenteil ist, wie bereits zuvor erwähnt, die Entscheidungsfindung am Lebensende kein Gebiet nur einer Fachrichtung, vielmehr ist es interdisziplinäre Arbeit, vielleicht nicht der Akt des Tötens an sich, aber der Weg zur Entscheidung hin darüber. Auch wenn der Patient als erstes dem Arzt gegenüber einen Sterbewunsche äußert, könnte er aufgrund der vielen zu beachtenden Indikatoren, die eine potentielle Legalisierung derartiger Eingriffe

---

<sup>83</sup> Vgl. zum Selbstbestimmungsrecht allg. W. Höfling/ H. Lang „Das Selbstbestimmungsrecht“, in G. Feuerstein/ E. Kuhlmann (Hrsg.) „Neopaternalistische Medizin“.

zwangsläufig mit sich bringen würde, unmöglich allein darüber entscheiden. Rechtliche, philosophische, ethische oder soziale Folgen allein von einem Mediziner beurteilen zu lassen, wäre der Sache undienlich. Somit hat ein Arzt der „normalen“ medizinischen Versorgung bei Handlungen des Lebens beendigenden Maßnahmen nicht den Status eines Sterbehilfeexperten, da er sowohl die Beratung des Patienten nicht alleine vollbringen könnte und darüber hinaus die aktive zum Tod führende Handlung keine medizinische sein dürfte.

Wichtig zu erwähnen an dieser Stelle wäre ebenfalls, dass durch die Inpflichtnahme des Arztes als unmittelbar die Tötungshandlung ausführende Person eine Verschiebung des klassischen Arzt-Patienten-Verhältnisses geschehen würde und Pflichten und Rechte anders verteilt werden müssten. Hierzu soll zunächst auf Grundlage des eingeführten Verfahrens von Johny Dewey<sup>84</sup>, das daraus aufgestellte Sechs-Stufen-Modell nach Gordon<sup>85</sup>, das ideale Arzt-Patienten-Verhältnis aufzeigen, um im Nachhinein ein modifiziertes Modell aufzustellen, das deutlich macht, inwieweit ein Einbeziehen des Arztes in aktives Handeln am Lebensende, auf Wunsch eines Patienten, das typische Verhältnis von Patient und Arzt bezüglich ihrer Konzentration auf andere Ziele und Arbeitsweisen verschiebt. Zu beachten ist hierbei, dass lediglich ein bilaterales Verhältnis zwischen Arzt und Patient beschrieben wird. Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit das Verhältnis um eine weitere Person, z.B. einem Richter, zu erweitern. Auf diese Möglichkeit, aus dem zweistufigen Beziehungskonstrukt Mehrgliedrigkeit zu erzeugen, zwischen Arzt, Patient und Jurist in Form eines Richters oder auch Mediators, soll an späterer Stelle eingegangen werden. Vorweg nun aber das Verhältnis zwischen Arzt und Patient:

---

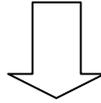
<sup>84</sup> Amerikanischer Philosoph und Pädagoge (1895 –1952).

<sup>85</sup> Vgl. T. Gordon „Patientenkonferenz: Ärzte und Kranke als Partner“. Anmerk.: Das Modell ist sehr praxisorientiert. Sicherlich gibt es darüber hinaus eine ganze Reihe wissenschaftlicher Ergänzungen, jedoch erscheint das Modell gerade aufgrund der besonderen Fokussierung von Erfahrungswerten und Auswertungen empirischen Materials als geeignet und findet daher Anwendung.

## **1. Stufe**

### Darlegung des Problems

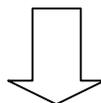
Beschwerden, Symptome und Empfindungen des Patienten werden genannt. Der Arzt hat hierbei die Pflicht zuzuhören und bei genügend Informationen eine Diagnose zu stellen. Er wartet passiv die Reaktion des Patienten ab.



## **2. Stufe**

### Entwicklung alternativer Lösungen

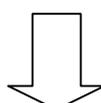
Je nach Diagnose kann es die verschiedensten alternativen Lösungen geben, wie etwa den Verzicht auf jede Form von Behandlungen, Verschreibung von Medikamenten oder zusätzlichen Tests, die zur Bestätigung der Diagnose hilfreich sind. Ebenso möglich sind Überweisungen an einen Spezialisten, das Einholen einer zweiten Meinung, eine physikalische Therapie, oder die Änderung persönlicher Angewohnheiten.



## **3. Stufe**

### Bewertung möglicher Lösungen

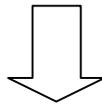
In dieser Stufe geht es darum, dass über die zweite Stufe hinaus Lösungsmöglichkeiten gefunden werden, zudem werden Kosten, Risiken oder der zeitliche Ablauf verschiedener Anwendungen oder Behandlungen erörtert.



#### **4. Stufe**

Entscheidung für eine beiderseitige akzeptable Lösung

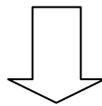
Hier ist beiderseitiges einvernehmliches Entscheiden von Arzt und Patient notwendig. Keinesfalls soll der Arzt dem Patienten eine Lösung aufzwingen, der Patient sollte einer angemessenen Lösung bereitwillig zustimmen.



#### **5. Stufe**

Praktische Umsetzung der Lösung

Der Arzt verpflichtet sich bestimmte Aufgaben, wie einen Termin für die Krankenhauseinweisung abzumachen, Röntgentermine anzusetzen, Rezepte auszustellen usw. Der Patient seinerseits verpflichtet sich, die Rezepte einzulösen, Termine einzuhalten, Medikamente einzunehmen oder zu tun, was immer notwendig ist.



#### **6. Stufe**

Überprüfung des Erfolgs

Es geht darum, dass der Arzt mit dem Patienten bespricht, wie die Behandlung verlaufen ist und ob die vorgenommenen Maßnahmen das Problem von Stufe eins gelöst haben. Darüber hinaus wird erarbeitet was unternommen werden kann, wenn die erhoffte Wirksamkeit nicht eingetreten ist, Alternativen werden aufgezeigt, unter Umständen durch weitere Termine zum Austausch neuer Informationen.

## 4.2 Der Arzt in anderer Verantwortung

Vielmehr erscheint es hier sinnvoll die Hilfe bei der Durchführung der Tötungshandlung auf Wunsch eines Patienten als ein losgelöstes Kapitel der Medizin zu betrachten. So wäre es denkbar, dass ein Arzt als Teil eines Teams zunächst den Patienten berät und später ebenso unabhängig von der reinen medizinischen Arbeit den Patienten seinem Wunsch gemäß töten würde.<sup>86</sup> Für diese Handlung wäre eine Legalisierung, die das Handeln des Arztes als Teil eines „Sterbehilfeteams“ straffrei lassen würde, ungleich ihrer Form, zwingend notwendig. Ebenso würde eine solche Handhabung ein Handeln auf Wunsch eines Patienten nur partiell, nicht aber generell erlauben, da die tatsächliche in der medizinischen Versorgung tätige Ärzteschaft nicht von der Strafbarkeit befreit wäre, derartige Handlungen vorzunehmen. Ein Mediziner mit diesen Aufgaben würde zudem noch den zuvor beschriebenen eventuell bestehenden Rollenkonflikt umgehen, da heilendes oder lebenserhaltendes Handeln von ihm zu keinem Zeitpunkt verlangt wird.

Einen Schritt weiter gedacht würde dieses aber auch bedeuten, dass ein Mediziner, losgelöst von seinen traditionellen Aufgaben, eventuell seiner eigentlichen Berufsgruppe entfallen würde, was grundsätzlich keine negativen Konsequenzen mit sich tragen würde. Gleichzeitig aber wiederum würden Personen anderer Berufsgruppen als „Medizinerersatz“ gefragt sein, wobei festzuhalten ist, dass ein Mediziner generell als „momentan“ am besten geeignete Person mit seinem unfassenden Wissen über den menschlichen Körper und die medikamentöse Wirkung auf diesen erscheint. Ein Rückgriff auf das erwähnte und an späterer Stelle ausführlicher beschriebene Konstrukt von interdisziplinären Ansätzen lässt im Ergebnis eine qualitätsgesicherte Arbeit ohne den Kenntnisstand eines Mediziners bis hierhin nicht zu. Gerade in Bezug auf die Kenntnis des

---

<sup>86</sup> So auch am niederländischen Beispiel J.H. van den Berg in „Medizinische Macht und medizinische Ethik“. Das Buch erschien im Jahre 1969, die Nachfrage war enorm, so erschien nur acht Monate später bereits die 10. Auflage des Buches. J.H. van den Berg vertrat in seiner Veröffentlichung die Auffassung einer „neuen Ethik“, um Probleme angehen zu können, die durch den modernen Fortschritt der Medizin entstehen. Er plädierte diesbezüglich, dass teure aber perspektivlose Behandlungen dem Patienten nicht immer zum Wohle dienen. Gleichwohl beschrieb er zum ersten Mal die Rolle von Ärzten und medizinischen Laien in einer Kommission, die über Sterbewünsche entscheiden sollten.

menschlichen Körpers, die Wirkung von Medikamenten, aber auch der Möglichkeiten der modernen Medizin, mit höchster Effizienz zu agieren, stellen den Arzt ins Zentrum der Betrachtung. Die Ergebnisse des ärztlichen Umgangs bei der Erfüllung von Sterbewünschen wird in Teil II der Arbeit mithilfe der niederländischen Erfahrungen verdeutlicht und in Teil III mit einem Rückgriff auf die gewonnenen Ergebnisse detailliert dargestellt und analysiert.

### **4.3 Ergebnis**

Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass aktives Handeln auf Wunsch eines Menschen zur Lebensbeendigung in geeigneter Weise von einem Arzt durchgeführt werden könnte. Ob dieses tatsächlich Bestandskraft hat, wird an späterer Stelle erläutert. Die Darstellung der niederländischen Landesposition, im Einklang mit den „neuen“ medizinethischen Werten, soll dieses im Folgenden aber noch näher belegen. Bis dato zeichnet sich ein solcher Weg aber bereits als potentieller Garant für Sicherheit durch Qualität und Verantwortung von einem medizinischen Gesichtspunkt her ab, ist aber deutlich zu unterscheiden von „normaler“ ärztlicher Arbeit, sondern beruht auf dem Grundsatz der Freiwilligkeit.

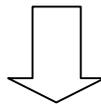
Die Konsequenzen für das Arzt-Patienten-Verhältnis müssten für Fälle, in denen ein Arzt eine Tötung vornimmt, voraussichtlich neu geregelt werden. Hierzu könnte es angebracht sein, eine Form der Arbeit zu definieren, in der ein Arzt tätig ist, die zwar medizinisch ist, aber nicht das Ergebnis der Besserung, Linderung oder dem Helfen des Patienten beinhaltet. Ein Ausklammern dieser Ziele, weg von Primärzielen hin zu sekundär wichtig zu beachtenden Nebenfolgen, würde dazu führen, dass das gesamte Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient neu geregelt werden müsste. Es erscheint aber dennoch angebracht, den Menschen, der um die Beendigung des Lebens gebeten hat, in diesem Zusammenhang als Patient zu bezeichnen. Hierbei muss klar werden, dass diese Bezeichnung weder zwingend eine Krankheit impliziert, noch ärztliches Handeln hinsichtlich einer Heilung gefordert ist, es wird aber erreicht, dass dem Patienten ein Status zukommt, der hilft seine Situation zu beschreiben, sowohl in der Wissenschaft als auch in der eigentlichen praktischen ärztlichen Handlung und Betreuung. Bewusst wird allerdings darauf

verzichtet von einer medizinischen Arbeit von Seiten des Arztes zu sprechen, da medizinisches Handeln weder erforderlich noch gewünscht ist und irreführend die Rechte und Pflichten durcheinander bringen würde. Festzuhalten ist aber, dass ein Arzt in die Diskussion über aktives Handeln bei Entscheidungen am Lebensende mit einbezogen werden sollte, solange keine andere Disziplin ersichtlich ist, die dieses Handeln, gleich geeignet mit der entsprechenden Sicherheit durch Wissen, vornehmen könnte. Die neue Rolle des Arztes und die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis könnten sich dadurch wie folgt verlagern:

### **1. Stufe**

#### Formulieren des Sterbewunsches

Der Patient konsultiert seinen Arzt<sup>87</sup>, erörtert und konkretisiert seinen Sterbewunsch und bittet den Arzt um ein aktives Tun.



### **2. Stufe**

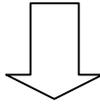
#### Bewertung der Situation

Dem Arzt kommt hier die Pflicht zu, die Situation umfassend zu deuten und zu werten, hierzu müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein, wie etwa die absolute Freiwilligkeit des geäußerten Sterbewunsches des Patienten. Hinzu kommt, dass der Arzt prüfen muss, ob der Sterbewunsch nach reiflicher Überlegung getroffen wurde und keine Kurzschlussreaktion, z.B. aufgrund eines nur temporären Leidens oder von Schmerzen ist.<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> Voraussetzung ist ein bereits bestehendes Behandlungsverhältnis über einen gewissen Zeitraum. Die Kenntnis des Arztes über seinen Patienten birgt auf der einen Seite Vertrauen und auf der anderen eine gesteigerte Sicherheit über die zu treffende Entscheidung. Gleichwohl wird so verhindert, dass ein Patient nach „nur“ einmaligem Kontaktieren eines Arztes, umgehend Hilfe beim Sterben erhält. Dieses schließt Kurzschlussentscheidungen aus.

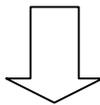
<sup>88</sup> Fraglich ist hier, ob die Bilateralität der Beziehung Arzt und Patient ausreichend für die Bewertung der Situation ist, oder ob eine andere Person, z.B. in Form eines Richters darüber entscheiden, bzw. mitentscheiden sollte. Dazu mehr in Teil III.



### **3. Stufe**

Sicherheit und ultima ratio

Zur Sicherheit der getroffenen ärztlichen Entscheidung könnte es an dieser Stelle angebracht sein, eine zweite Meinung einzuholen. Hierdurch werden sowohl Arzt als auch Patient in ihrer Entscheidung erneut bewertet, wodurch sie ein Höchstmaß an Sicherheit erhalten. Ebenso sollte dem Patienten erneut klar gemacht werden, welche Konsequenzen sein Wunsch nach sich zieht. Der Patient sollte vom Arzt in die Pflicht genommen werden, zweifelsfrei zu erkennen, dass der von ihm geäußerte Wunsch letztes Mittel ist und zugleich irreversibel.



### **4. Stufe**

Praktische Umsetzung

Der Arzt führt den Todeswunsch aus, wodurch das Arzt-Patienten-Verhältnis endet.

Anhand dieser Skizze, dessen Modifizierung auf Basis des Sechs-Stufen-Modells geschieht, ist deutlich erkennbar, dass eigentliche Kernpunkte aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis nicht mehr vorhanden sind, bzw. an Bedeutung verloren haben. Der gesamte Ablauf der Konsultation von Patient und Arzt ist wesentlich kürzer, was nicht bedeutet, dass er gleichzeitig auch einfacher wird. Die grundlegendste Gemeinsamkeit zum bisherigen Modell des Verhältnisses besteht darin, dass bei jeder Stufe die höchst mögliche Sorgfalt von Seiten des Arztes erbracht wird, wobei diese Pflicht hinsichtlich des gewünschten Ergebnisses differiert, da eine Heilung oder Linderung von Schmerzen im Gesamtablauf keine Zielsetzung mehr definiert, sondern einzig und allein das Erfüllen des Sterbewunsches.

Resümierend lässt sich sagen, dass ein Verschieben und neu Definieren von Rechten und Pflichten, sowohl ärztlicherseits, als auch vom Patienten, dazu führt, dass die typische Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Arzt und Patient bei einem aktiven Handeln eines Arztes aufgrund des Sterbewunsches eines Patienten nicht mehr besteht. Es sollte daher deutlich werden, dass das singuläre Verhältnis zwischen Arzt und Patient eine grundlegend neue Definition nötig macht. So kann es gelingen, den Arzt von dem eigentlichen medizinischen Heilauftrag freizusprechen, ihm gleichzeitig eine neue Aufgabe zukommen zu lassen, mit klaren Vorgaben was er tun darf und wo Grenzen sind, um den Patientenschutz durch Wissen und Kenntnisstand eines Arztes in bestem Maße zu gewährleisten.

## **5 Entscheidungen am Lebensende und Staatspflicht**

Im Folgenden ist zu klären, welche Pflicht dem Staat bei möglichen Entscheidungen am Lebensende zukommt. Besonders wird auf die Schutzaufgabe gegenüber dem Bürger abgestimmt und dem staatlich garantierten Freiheitsschutz der leiblich-seelischen Integrität des Einzelnen mit einer generellen Gültigkeit, für die in der Arbeit behandelten Länder, im später anschließenden Ländervergleich. Ebenso wird unter diesem Punkt der Arbeit Grundlegendes zum Verhältnis dieser beiden Güter erläutert, die Verhältnismäßigkeit als mögliche Balance oder Unbalance gedeutet, sowie staatstheoretische Ursprünge der Länder aus dem Ländervergleich als eine Basis schaffende Ausgangslage beschrieben.

### **5.1 Schutzpflicht gegenüber dem Bürger**

Die Notwendigkeit von Schutzpflichten des Staates gegenüber dem Bürger ist in vielen Fällen unbestritten<sup>89</sup> und begründet sich aus der „Pflicht der staatlichen Organe, sich schützend und fördernd vor die (...) Rechtsgüter zu stellen und sie insbesondere vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten

---

<sup>89</sup> Vgl. u.a. als Beispiele hierzu Schutzpflicht um des Lebens willen bei Schwangerschaftsabbruch: E 39, 1/42; 88, 203/251 ff; bei terroristischer Bedrohung: E 46, 160; Schutzpflicht vor der technischen Entwicklung bei atomaren Gefahren: E 49, 89/ 140 ff; 53, 30/57 ff; Flug- und Straßenverkehrslärm: E 56, 54; 79, 174/201 f; Schädigung von Luft und Wald: BVerfG, NJW 1996, 651; 1998, 3264; Schutzpflicht zur Religionsausübungsfreiheit: E 93, 1/16; BVerfG, NVwZ 2001, 908.

anderer zu bewahren<sup>90</sup>, wobei eine staatliche Schutzpflicht umso wichtiger genommen werden muss, je höher die Bedeutung des betroffenen Rechtsgutes wiegt. Auf das bei Entscheidungen am Lebensende betroffene Rechtsgut des menschlichen Lebens wird in diesem Sinne besonders abgestimmt, da es „die vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung aller anderen Grundrechte“ ist<sup>91</sup>. Zudem ist Irreversibilität der Folge, also des Todes, ein Grund, der eine besondere Schutzpflicht begründet<sup>92</sup>. Ein Rückgriff auf die Inanspruchnahme einer anderen Person bei einer Lebensbeendigungsentscheidung in der Form eines selbstbestimmten Todes durch medizinische Hilfe wird daher ausgeschlossen<sup>93</sup>, obwohl andererseits am Beispiel Deutschlands der Suizid zur Lebensbeendigung straffrei ist, da er der allgemeinen Handlungsfreiheit zugeordnet wird<sup>94</sup>. Diese Indifferenz, einen Eingriff in den Schutzbereich des betroffenen Grundrechts<sup>95</sup> zu begründen, erlaubt die Frage nach dem grundsätzlichen Verbot dieser Möglichkeit anhand einer strafrechtlichen Norm, die die Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt<sup>96</sup> und darüber hinaus im utilitaristischen Sinne sogar das Hinterfragen der Eingriffsbefugnis in Gänze. Könnte an dieser Stelle durch das Verbot, selbstbestimmt über das eigene Leben zu entscheiden, eine schädliche Wirkung auf das individuelle Glück und Wohlergehen des Einzelnen bestehen, da dieses paternalistische Handeln die Entfaltungs- und Entscheidungsfreiheit des Menschen einschränkt oder aufhebt?

Die Schutzpflicht des Staates ergibt sich aufgrund der objektiv-rechtlichen Funktion der Grundrechte im Allgemeinen<sup>97</sup> und entsprechenden

---

<sup>90</sup> BVerfGE 53, 30, 57.

<sup>91</sup> BVerfGE 39, 1, 42 u.a. auch in NJW 1975, 573.

<sup>92</sup> K. Hesse, in: Festschrift Mahrenholz, 1994, S. 541; P. Kunig, „Grundrechtlicher Schutz des Lebens“ Jura 1991, 415/19 f.

<sup>93</sup> Vgl. F. Hufen „In dubio pro dignitate“ NJW 2001, 849.

<sup>94</sup> Vgl. W. Lorenz, „Handbuch Strafrecht“ VI, S. 37f.

<sup>95</sup> In Deutschland: Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG.

<sup>96</sup> So als Beispiel § 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.

<sup>97</sup> B. Pieroth/B. Schlink: Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 76; W. Lorenz, Hdb. StR VI, § 128 Rn. 43 ff sowie U. Di Fabio, JZ 2004, 1ff.

Normierungen in der Verfassung der einzelnen Länder<sup>98</sup> und wird durch den Gesetzgeber praktisch formuliert und gestaltet, woraus sich für diesen aber keine eindeutige Handlungspflicht ergibt, sondern im Gegensatz ein breiter Spielraum für Entscheidungen bezüglich der Schutzpflicht besteht.<sup>99</sup> Einer in diesem Sinne vorgenommenen Schutzmaßnahme muss es gelingen, möglichst jedes Rechtsgut zur Geltung zu bringen<sup>100</sup>, ohne dabei unverhältnismäßig oder einseitig zu wirken, gleichwohl aber die Bedeutung der Rechtsgüter hinsichtlich der Schwere von Folgen oder der Wahrscheinlichkeit des Eintrittsfalls gegeneinander abzuwägen.<sup>101</sup> Hierbei spielt erneut der Rang des Grundrechts Leben an sich sowie die Endgültigkeit der Wirkung<sup>102</sup> auf dieses Grundrecht eine zentrale Rolle bei Entscheidungen am Lebensende und macht die subjektiv-rechtliche Wirkung<sup>103</sup> besonders dominant, zum Beispiel in der möglicherweise vorliegenden Beschränkung der Autonomie des Einzelnen bei der Entscheidungsfindung, was die Freiheit zu einer Pflicht werden lassen würde<sup>104</sup>.

## **5.2 Europarechtliche Perspektiven – Herleitung der Straßburger Jurisprudenz zu Art. 2 und 8 EMRK**

Vorab soll an dieser Stelle eine kurze Darstellung der Art. 2 und Art. 8 EMRK erfolgen, da diese Artikel im Folgenden im Zentrum der Arbeit stehen. Dieses geschieht, weil Art. 2 EMRK eine Pflicht zum Schutz impliziert, während Art. 8 EMRK ein umfassendes Recht auf persönliche Autonomie interpretiert.

---

<sup>98</sup> Am Beispiel Deutschlands wäre Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG einschlägig, vgl. hierzu B. Pieroth/B. Schlink: Grundrecht Staatsrecht II, Rn. 406; Stern: Staatsrecht III/1, S. 940.

<sup>99</sup> BVerfGE NJW 2006, 751 (760); B. Pieroth/B. Schlink: Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 97, 407; Jarass, in Jarass/Pieroth, Art. 2 Rn. 71; H. Schulze-Fielitz, in Dreier, Art. 2 II Rn. 86.

<sup>100</sup> Vgl. F. Hufen, NJW 2001, 849 (855).

<sup>101</sup> BVerfGE 39, 1 (42); H. Schulze-Fielitz, in Dreier, Art. 2 II Rn. 80.

<sup>102</sup> Vgl. dazu Fußn. 64.

<sup>103</sup> J. Antoine „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“, § 9 II 2 c, S. 205 f.

<sup>104</sup> R. Merkel, JZ 1996, 1145 (1151); A. Hollenbach „Grundrechtsschutz im Arzt-Patienten-Verhältnis“, S. 288 f.

## Art. 2 EMRK - Recht auf Leben

(1) Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden, außer durch Vollstreckung eines Todesurteils, das ein Gericht wegen eines Verbrechens verhängt hat, für das die Todesstrafe gesetzlich vorgesehen ist.

(2) Eine Tötung wird nicht als Verletzung dieses Artikels betrachtet, wenn sie durch eine Gewaltanwendung verursacht wird, die unbedingt erforderlich ist, um

- a. jemanden gegen rechtswidrige Gewalt zu verteidigen
- b. jemanden rechtmäßig festzunehmen oder jemanden, dem die Freiheit rechtmäßig entzogen ist, an der Flucht zu hindern,
- c. eine Aufruhr oder Aufstand rechtmäßig niederzuschlagen.

## Artikel 8 EMRK - Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens

(1) Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.

(2) Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.

### 5.2.1 Grundlegendes zu Art. 2 EMRK

- In Art. 2 Abs. 1 S. 1 EMRK ist der Schutzbereich des Staates gegenüber den Bürgern umfasst, was zum einen den Schutz vor Eingriffen von Seiten des Staates, als auch vor Eingriffen Dritter beinhaltet.
- Art. 2 Abs. 1 S. 2 EMRK umfasst das ausdrückliche Verbot der absichtlichen Tötung einer anderen Person. Die fahrlässige Tötung ist hiervon nicht umfasst, soll aber nach ständiger Rechtsprechung des EGMR durch die Verpflichtung des Staates, fahrlässige Tötungen durch Gesetz zu verhindern, geschützt werden.

- Art. 2 Abs. 2 EMRK beinhaltet Rechtfertigungsgründe für den Eingriff in das Recht auf Leben.
- Der Schutzbereich des Art. 2 EMRK umfasst das geborene Leben, unabhängig von Geschlecht, Alter oder anderen Kriterien. Wie im Pretty Fall anschließend erläutert wird, umfasst dieses allerdings nicht die negative Freiheit, in der Form, das Leben im Einklang mit Art. 2 EMRK zu beenden.

Um diesen Bereich darzustellen, hilft ein Erläutern der Frage, ob das Recht auf Leben ein veräußerliches oder unveräußerliches Rechtsgut ist. Hierzu wird in Art. 2 Abs. 1 S. 1 EMRK noch keine Aussage getroffen.<sup>105</sup> Satz zwei trifft sodann eine negative Abgrenzung, in dem definiert wird, wann das Recht auf Leben verletzt wird, u.a. wenn eine Person eine andere Person tötet.

Dieses wird durch die Literaturmeinung nicht in jeder Hinsicht bestätigt und gerade in Bezug auf aktives Reagieren auf Entscheidungen am Lebensende ist die Sachlage meist komplizierter, da niemand dessen beraubt werden kann, was er versucht auf- bzw. wegzugeben. Bereits nach den Ausführungen von J. Locke und W. Blackstone als Rechtstheoretiker, kann ein Recht zwar verwirkt, aber nicht veräußert werden.<sup>106</sup> Wenn ein Recht verwirkt sei, ist dieses das Ergebnis eines Fehlverhaltens des Rechteinhabers selbst, wohingegen die Veräußerung eines Rechts wie ein Geschenk angesehen werden könnte.<sup>107</sup> Warum aber kann eine Person nun nicht auf sein Recht verzichten?

Bereits in den ersten Dokumenten bezüglich der Menschenrechte im 18. Jahrhundert findet sich die Formulierung von „inalienable rights“, die im Jahre 1984 auch Einzug in die Erklärung der Menschenrechte erhalten hat und in sämtlichen Dokumenten, Texten und Schriften der UN-

---

<sup>105</sup> Vgl. hierzu über die Schutzpflicht des Staates: Osman vs. Vereinte Königreich, Reports 1998-VII, 3214 ff., Rn. 115 ff; sowie EGMR, 1995, Serie A, Bd. 324 Nrn. 146-147 - McCann u.a. /Vereinigtes Königreich; und Slg. 2000.III Nrn. 62, 76 – Kilic/Türkei.

<sup>106</sup> Vgl. J. Feinberg „The Rights, Justice, And the Bounds of Liberty“, S. 239.

<sup>107</sup> Vgl. Fn. zuvor.

Menschenrechtskonventionen<sup>108</sup> in der Einleitung wieder zu finden ist und darüber hinaus in den nationalen Verfassungen demokratischer Länder. Kern dieser Festsetzung ist, den Unterschied deutlich zu machen, dass in der Unveräußerlichkeit des Rechts auf Leben eine Abgrenzung zu derartigen Rechtspositionen vorgenommen wird, über die ein Mensch nach eigenem Ermessen selbstbestimmt entscheiden kann. Dieses beruht auf der grundlegenden Annahme, dass ein Mensch durch den Verzicht auf sein Lebensrecht seine Stellung als Subjekt eigener Verantwortung aufgeben würde. Dieses aber ist kein rechtmäßiger Akt von selbstverantwortlichem Handeln. Um dieses ethisch zu diskutieren und zu überprüfen, ob das Recht auf Leben veräußerbar ist oder nicht, nimmt z.B. Kant die Ansicht an, dass ein Vertrag,

„durch den ein Teil zum Vorteil des anderen auf seine ganze Freiheit Verzicht tut, mithin aufhört, eine Person zu sein, folglich auch keine Pflicht hat, einen Vertrag zu halten“

und der Vertrag sich selbst widersprechen und somit im Ergebnis null und nichtig sein würde. Somit gebe es nach Kant Rechte, die „unverlierbar“ seien und die ein Mensch „nicht aufgeben kann, selbst wenn er auch wollte.“<sup>109</sup> So auch Ludwig Wittgenstein, der im Jahre 1917 zur Unveräußerlichkeit des Lebens festhielt, dass

„Wenn der Selbstmord erlaubt ist, dann ist alles erlaubt. Wenn etwas nicht erlaubt ist, dann ist der Selbstmord nicht erlaubt. Dies wirft ein Licht auf das Wesen der Ethik. Denn der Selbstmord ist sozusagen die elementare Sünde.“<sup>110</sup>

Demnach besteht der ethische Anspruch des Rechts auf Leben im Respekt vor der eigenen Würde und der Verantwortlichkeit gegenüber sich selbst als Subjekt, aber auch der Mitverantwortlichkeit gegenüber anderen.

---

<sup>108</sup> Zu finden z.B. in im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 16. Dezember 1966 oder dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte, ebenfalls vom 16. Dezember 1966, sowie in regionalen Menschenrechtsabkommen, z.B. in der EMRK, der europäischen Sozialcharta oder AMRK.

<sup>109</sup> I. Kant „Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis“ Akademie-Ausgabe, Bd. VIII, S. 304.

<sup>110</sup> Entnommen den Tagebuchaufzeichnungen von L. Wittgenstein, angefertigt von 1912 – 1927 über logisch philosophische Abhandlungen.

### **Exkurs:**

Die Unveräußerlichkeit des Rechts auf Leben ist sicher auch zwingend notwendig, denn ohne dieses Konstrukt wäre die Gefahr des Missbrauchs kaum auszudenken, zudem basiert jeder zivilisierte gesellschaftliche Umgang auf diesem Grundsatz der Menschenrechte. Dennoch ist die Situation bei aktiven Reaktionen gemäß eines Sterbewunsches eines Menschen, der an einer Krankheit leidet, die ihn unter Leiden und Schmerzen zum sicheren Tode führt, und er sein Recht auf Leben nicht mehr wahrnehmen möchte, anders. Denn es gibt ebenso wenig, wie es das Recht zu sterben, eine Pflicht zu leben. Dieses gilt allgemein, aber im Besonderen für die Fälle, in denen keine Aussicht auf Heilung und Besserung des Zustandes besteht. Kommt hierbei noch hinzu, dass diese Personen, aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen, nicht in der Lage sind, sich selbst zu töten, so muss es einen Weg geben, hierauf reagieren zu können. Im Allgemeinen ist das Recht auf Leben und das Recht auf Sterben der eigentliche Kern der Selbstbestimmung, was wie zuvor hergeleitet ein unveräußerliches Recht ist, aber dennoch im Rahmen der Autonomie die Freiheit umfasst, selbst zu entscheiden, wann und wie man sterben möchte.

Diesem steht jedoch Folgendes entgegen:

„Gesetze werden nicht für bestimmte Fälle, sondern für Menschen im Allgemeinen gemacht. Die Erlaubnis, ein Gesetz nach Ermessen zu verändern, bedeutet, die Gemeinschaft ohne Gesetz zu lassen. Es bedeutet, die Führung der öffentlichen Weisheit zu widerrufen, durch welche die Mängel privaten Verständnisses ausgeglichen werden sollen.“<sup>111</sup>

Aus diesem Zitat ergibt sich die Frage, ob bestehende Einzelfälle eine Grundlage bilden können, eine Grundsatzentscheidung, zum Beispiel in Form einer Gesetzesänderung oder -erweiterung herzuführen, deren Konsequenzen allgemeingültige Bindungswirkung entfalten. Somit ist also zu bewerten, inwieweit zum Beispiel das niederländische Modell der Legalisierung von Euthanasie durch eine gesamtgesellschaftlich wirkende Gesetzeserweiterung überhaupt der richtige Weg ist, dem angeführten Zitat zur Folge also nicht nur dem Bedürfnis einer ganz bestimmten Gruppe von

---

<sup>111</sup> Übersetztes Zitat von J. Boswell, „Life of Johnson“, S. 735, 496 in Oxford Standard Authors, 3. Aufl., 1970.

Menschen dient, sondern eben der Allgemeinheit.

Resümierend lässt sich an dieser Stelle zu Art. 2 EMRK, folgendes festhalten:

Artikel 2 der Europäischen Konvention der Menschenrechte und Grundfreiheiten schützt das Recht auf Leben. Dieses Recht ist eine der grundlegenden Bestimmungen der Konvention.<sup>112</sup>

Das Recht auf Leben umfasst, kurz gesagt, zwei Arten von staatlichen Verpflichtungen: Das Verbot, Menschen absichtlich zu töten (negative Pflicht), und das Gebot, das menschliche Leben jedes Einzelnen, im Rahmen der nationalen Rechtsordnung zu schützen (positive Verpflichtung).<sup>113</sup> Diese letzte Forderung bringt es auch mit sich, dass geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die Qualität der Versorgung und der Sicherheit zu gewährleisten und zu verbessern.<sup>114</sup>

Neben der Gewährleistung dieser materiellen Verpflichtung, enthält Art. 2 EMRK auch ein prozessuales Recht auf Leben sowie eine positive Verpflichtung der staatlichen Organe, in der Form, der Pflicht, jeden Todesfall sorgfältig zu prüfen.<sup>115</sup> So zum Beispiel auch im Falle des Todes eines Häftlings in einem Gefängnis, indem das Gericht festgestellt hat, „dass die Autopsie von entscheidender Bedeutung war, bei der Bestimmung der Fakten rund um Herrn Carabuleas Tod.“ Dieses sei

---

<sup>112</sup> Urteil des EGMR vom 27. September 1995 im Fall *McCann vs. Vereinte Königreich*, Nr. 18984/91; NJCM-Bulletin 1996, S. 537 (m.w.N. von R.A. Lawson).

<sup>113</sup> Urteil des EGMR vom 30. September 2010 im Fall *Korogodina vs. Russland*, Nr. 33512/04, GJ 2010, 152 (m.w.N. von A.C. Hendriks);

Urteil des EGMR vom 9. April 2009 im Fall *Silih vz. Slowenien (GC)*, Nr. 71463/01, EHRC 2009, 83 (m.w.N. von J. van der Velde) sowie EGMR vom 16. Februar 2010 zum Fall *Lazar vs. Rumänien* Nr. 32146/05.

<sup>114</sup> Urteil des EGMR vom 1. Januar 2002 im Fall *Calvelli & Ciglio vs. Italien (GC)*, Nr. 32967/96, EHRC 2002, 22 (m.w.N. von J. van der Velde) sowie Urteil des EGMR vom 14. November 2002 im Fall *Mouisel vs. Frankreich*, Nr. 67263/01, EHRC 2003, 2 (m.w.N. von G. de Jonge).

<sup>115</sup> Siehe auch Urteil des EGMR vom 27. September 1995 im Fall *McCann vs. Vereinte Königreich*, Nr. 18984/91, NJCM-Bulletin 1996, S. 537 (m.w.N. von R.A. Lawson) sowie EGMR vom 15. Mai 2007, *Ramsahai vs. Niederlande (GC)*, Nr. 52391/02, NJ 2007, 618 (m.w.N. von T.M. Schalken); NJCM-Bulletin 2007, S. 1177 (m.w.N. von J. NaeyÈ).

notwendig, um kritisch die Bedeutung der Fakten bewerten zu können.<sup>116</sup> Diese Verpflichtung gilt in ständiger Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, unabhängig davon, ob Angehörige um eine Untersuchung gebeten haben.<sup>117</sup>

Ein bereits zu Beginn der Arbeit angesprochener aktueller Fall, mit einer bedeutenden Tragweite für das Thema ist das vor dem EGMR verhandelte Anliegen des Schweizers Haas, der auf die Verabreichung verschreibungspflichtiger Medikamente klagte.<sup>118</sup> Die Schweiz versagte ihm dieses, mit der Begründung, dass die Rezeptpflichtigkeit es nicht erlaube, ein Medikament zum Suizid zur Verfügung zu stellen, mit welchem der an einer bipolaren Störung leidende Mann, seine Krankheit zu einem schmerzfreien Tod in Würde führen könnte.

Trotz der Tatsache, dass in der Schweiz die Suizidbeihilfe rechtmäßig ist und von Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas oder EXIT durchgeführt wird, ist es notwendig, dass dem Ersuchen des Sterbewilligen, ein ärztliches Rezept den Zugang zu den entsprechenden Medikamenten assistiert. Dieses Rezept lag im Falle der aktuellen Verhandlung nicht vor. Nach der Untersagung der Schweiz, ihm dieses Medikament zur Verfügung zu stellen, rief der Kläger den EGMR an und berief sich auf eine Verletzung von Art. 8 Abs. 1 EMRK. Zur Begründung gab er an, dass die Möglichkeit, das Medikament zu Erlangen, der einzige Weg sei, um einen würdigen, sicheren, schnellen und vor allem schmerzfreien Tod herbeizuführen. Das Verbot, das ihm dieses Medikament nicht verabreicht werde, sei ein Eingriff in seine aus Art. 8 Abs. 1 EMRK begründeten Rechte zum Schutz seines Privatlebens. Der hier ergangene Eingriff wäre nach Ausführungen des Klägers ein nicht zu rechtfertigender Eingriff, auch nicht obschon der Tatsache, dass der Staat die Aufgabe besitzt, sein Leben, gemäß Art. 2 EMRK zu schützen, auch im Sinne der allgemeinen Sicherheit und Volksgesundheit, gemäß Art. 8 Abs. 2 EMRK.

---

<sup>116</sup> Vgl. Urteil des EGMR vom 13. Juli 2010 im Fall Carabulea vs. Rumänien, Nr. 45661/99.

<sup>117</sup> Vgl. auch Urteil des EGMR vom 28. Juni 2007 im Fall Canan vs. Türkei, Nr. 39436/98 und EGMR vom 27. Mai 2008 im Fall N. vs. Vereinte Königreich, Nr. 26565/05.

<sup>118</sup> Urteil des EGMR v. 20.01.2011, Nr. 31322/07 im Fall E. Haas gegen die Schweiz.

Dem entgegnete die Schweiz, dass der Kläger nicht an der Ausübung seiner aus Art. 8 EMRK garantierten Rechte behindert werden würde. Eine Einschränkung würde nicht vorliegen, weil genügend andere Maßnahmen und Möglichkeiten bestehen würden, die den Kläger zu seinem Recht kommen lassen würden, keineswegs sei die Herausgabe eines verschreibungspflichtigen Medikaments der alleinige Weg, sein Begehren erfüllt zu bekommen. Außerdem beinhalte Art. 8 EMRK in keiner Weise einen Rechtfertigungsgrund, der ein Recht auf Hilfe beim Sterben garantiere.

Im Januar 2011 kam es zur Rechtsprechung durch den EGMR, der das Begehren des Klägers abwies, mit der Begründung, dass es in dem Fall nicht darum geht, ob der Kläger sterben dürfe, sondern, ob ein Anrecht auf einen würdigen Suizid bestehen würde. Parallelen zum Pretty Fall ergaben sich daraus, dass das generelle Anliegen des Klägers in den Rechtsraum des Art. 8 EMRK gehöre, allerdings unterscheide sich das aktuelle Begehren von dem im Fall Pretty darin, dass es eben nicht um Straffreiheit gehe, die nach einer ausgeübten Tat gewährleistet werden solle, da sich diese Frage aufgrund der Tatsache, dass sie Suizidbeihilfe in der Schweiz legitim sei, nicht stelle. Der EGMR legte darüber hinaus fest, dass der Kläger sich nicht in einem Stadium seiner Krankheit befinde, indem es ihm nicht mehr möglich sei, seinen Suizid auszuüben, der Zugang zu diesem Recht sei ihm von daher auch nicht unmöglich. Der Schutz der Gesellschaft aber mache es notwendig, dass Begehren des Klägers abzuweisen.

So wird auch in diesem Fall deutlich, dass der EGMR eine klare Auffassung darüber vertritt, dass ein Recht auf Hilfe beim Sterben, besonders eine staatliche Hilfe, nicht existiere. Art 2 und Art. 8 Abs. 2 EMRK legitimieren den Eingriff des Staates in die Privatsphäre, wonach es nicht unverhältnismäßig sei, z.B. im nationalen Recht die Suizidbeihilfe zu verbieten. Die von den Klägern im Fall Pretty und Haas angeführten potentiellen Verletzungen aus Art. 8 Abs. 1 EMRK<sup>119</sup> seien zwar grundsätzlich legitim, die ergangenen Eingriffe aber auch stets unter Art. 8 Abs. 2 EMRK zu rechtfertigen. Erneut wurde bestätigt, dass ein Recht auf

---

<sup>119</sup> Auch im aktuellen Fall Koch der vor dem EGMR verhandelt wird, geschieht ein Rückgriff auf eine mögliche Verletzung des Art. 8 Abs. 1 EMRK.

Hilfe beim Sterben nach Auffassung des EGMR nicht bestehe.

### 5.2.2 Grundlegendes zu Artikel 8 EMRK

Grundsätzlich liegen laut Rechtsprechung des EGMR in den Garantien des Art. 8 EMRK die Prinzipien der persönlichen Selbstbestimmung zu Grunde,<sup>120</sup> was gerade für das Thema der Entscheidungen am Lebensende auch die Frage der körperlichen Unversehrtheit aufwirft. Konträr zu Art. 2 EMRK, ist dieses Recht aber nicht gesondert und im Speziellen garantiert, sondern fällt in Teilen unter den Schutz des Art. 3 EMRK<sup>121</sup>. Darüber hinaus zählt die körperliche Unversehrtheit zum Privatleben.

Art. 8 Abs. 1 EMRK deklariert, dass die Vertragsstaaten dafür Sorge zu tragen haben, dass das Recht eines jeden Menschen auf Privat- und Familienleben respektiert werden müsse. Es bildet somit einen Schutzparagrafen für das Recht auf Selbstbestimmung. Zu der Entscheidungs- und Willensautorität gehört auch die Möglichkeit „gegenüber sich selbst- nicht aber gegenüber Dritten- auf das eigene Leben zu verzichten, solange man in der Lage ist, darüber verantwortlich zu urteilen und danach zu handeln.“<sup>122</sup>

Grundsätzlich beschreibt Art. 8 Abs. 1 EMRK vier Schutzbereiche, den Schutz des Privatlebens, des Familienlebens, der Wohnung und der Korrespondenz. Von Bedeutung für das Thema der Entscheidungen am Lebensende ist aber der Schutzbereich des Privatlebens, parallel z.B. zu dem Schutzbereich des Art. 2 Abs. 1 GG, auf nationaler Ebene, mit der Ausnahme, dass die EMRK kein lückenloses Freiheitsrecht gegen staatliche Eingriffe vermittelt.<sup>123</sup>

---

<sup>120</sup> EGMR, NJW 2002, 2851, Rn 61 zum Pretty Fall, so auch EGM NJW 2004, 2505, Rn 69 zum Fall Van Kück.

<sup>121</sup> Art. 3 EMRK „Verbot der Folter“ – „Niemand darf Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden.“

<sup>122</sup> IntKomm EMRK zu Art. 8 EMRK Nr. 268.

<sup>123</sup> Näheres hierzu auch in X und Y v. Niederlande (positive Pflicht des Staates verletzt Art. 8, Privatsphäre, wegen fehlender wirksamer Strafgesetzgebung), Series A 91 (1985), Rn 23; sowie EGMR, Slg. 1997-I - Laskey, Jaggard und Brown/Vereinigtes Königreich.

Sowie zur allg. körperlichen und sozialen Identität vgl. EGMR v. 7. 2. 2002, Beschw. Nr. 53176/99 Nr. 53 - Mikulic/Kroatien.

Dieses wird auch in der Rechtsprechung des Haas Falles deutlich. Der EGMR äußerte sich diesbezüglich, dass

1. jeder kompetente Erwachsene, das Recht besitzt, über das Ende seines Lebens zu entscheiden;
2. aber weder der Staat noch jemand anderes dazu verpflichtet werden können, Hilfe dabei zu leisten, diesen Wunsch zu beschleunigen, oder auszuführen.

Um den Stellenwert der Autonomie an dieser Stelle zu verdeutlichen, ist ebenfalls ein Betrachten des Pretty Falls angebracht, der weiteren Aufschluss liefern kann. Dieser wird im Detail im Folgenden dargestellt. Vorweg zu dieser Thematik jedoch bereits diese Zitate:

„Obwohl bisher noch in keinem Fall ein Recht auf Selbsttötung als Bestandteil des Art. 8 EMRK festgestellt worden ist, ist der Gerichtshof der Auffassung, dass die Anerkennung persönlicher Autonomie ein wichtiges Prinzip ist, das der Interpretation seiner Garantien zugrunde gelegt werden muss.“<sup>124</sup> Weiter heißt es:

„Grundlage und durchgehendes Motiv der Konvention ist der Respekt vor der Würde des Menschen und vor seiner Freiheit. Ohne in irgendeiner Weise die Unantastbarkeit des Lebens in Frage zu stellen, ist der Gerichtshof der Meinung, dass die Frage der Lebensqualität unter dem Gesichtspunkt des Art. 8 relevant ist. In einem Zeitalter der wachsenden medizinischen Möglichkeiten, verbunden mit langer Lebenserwartung, machen sich viele Menschen Sorgen, dass sie gezwungen werden könnten, in hohem Alter oder in einem Zustand fortgeschrittenen körperlichen oder geistigen Verfalls weiterzuleben, der ihren Grundüberzeugungen und Vorstellungen von eigener persönlicher Identität widerspricht.“<sup>125</sup>

Der Schutzbereich des Art. 8 Abs. 1 EMRK schützt somit das Selbstbestimmungsrecht über das eigene Leben, im Gegensatz zu der Auslegung des Europäischen Gerichtshof zu Art. 2 Abs. 1 S. 1 EMRK, der nicht die negative Freiheit umfasst, nicht zu leben.<sup>126</sup> Trotz des Selbstbestimmungsrechts über das eigene Leben, kann der Staat somit jedoch den Wunsch Hilfe beim Sterben zu erlangen gem. Art. 8 Abs. 2

---

<sup>124</sup> Pretty Fall Abschnitt 61.

<sup>125</sup> Pretty Fall Abschnitt 62.

<sup>126</sup> EGMR, NJW 2002, 2851 zum Pretty Fall, H. Otto JK, StGB § 216/5, Rn. 39f.

EMRK<sup>127</sup> unter dem Schutz des Lebensrechts der anderen Person beschränken, da dieses Recht unverzichtbar ist. Daraus resultiert auch, dass der Staat sich über den Sterbewunsch hinwegsetzen dürfte.

Unter Privatleben ist in diesem Kontext der Lebensbereich des Einzelnen zu verstehen, der im Gegensatz zum öffentlichen Leben steht, sich somit durch Vertraulichkeit und Selbstbestimmung auszeichnet, so die Definition der EGMR. Diese Kriterien sind ebenfalls anwendbar bei der Definition des Familienlebens, welches sich auch durch das Verhalten und Agieren in einem privaten Bereich umfassen lässt, einem Bereich, der nach Auffassung des Gerichts als privat zu definieren ist, wenn es für andere nur mit der Einwilligung des Einzelnen möglich ist, Zugang dazu zu erlangen.<sup>128</sup>

Die in Art. 8 EMRK umfassten Schutzpflichten müssen sicherstellen, dass der Schutz des Einzelnen durch Eingriffe Dritter oder durch Eingriffe des Staates geschützt ist, wobei hierbei auf das Glück der Gesellschaft genauso abgestimmt werden muss, wie auf das Glück des Einzelnen, was ausdrücklich in Art. 8 Abs. 1 EMRK definiert ist. Dieser „Spagat, beiden Seiten gerecht zu werden, stellt auch den EGMR vor Entscheidungsfragen, was die Rechtsprechungsentwicklung, auch und gerade in Bezug auf Entscheidungen am Lebensende deutlich machen. Der EGMR bekräftigt in seiner ständigen Rechtsprechung den Anspruch des Einzelnen auf „Achtung“ seiner Freiheits- und Intimsphäre.<sup>129</sup>

Beschränkt wird das in Art. 8 Abs. 1 EMRK normierte durch Art. 8 Abs. 2 EMRK, worin formelle und materielle Schranken umfasst sind, die zum einen jegliche Art der Einschränkung durch ein Gesetz umfasst, im formellen Sinne und zum anderen einen Katalog von sechs materiellen Schranken, die sich nach Auffassung des Gerichts anhand der „Notwendigkeit in einer demokratischen Gesellschaft“ messen lassen

---

<sup>127</sup> Zur Vereinbarkeit eines Eingriffs in Art. 8 Abs. 2 vgl. EGMR, 1981, Serie A, Bd. 45, S. 19 Nr. 43 - Dudgeon/Vereinigtes Königreich.

<sup>128</sup> Zu verstehen ist dieser „Bereich“ nicht nur als räumliche Abtrennung, sondern ebenso sehr als Achtung der Privatsphäre in Gänze, was viele weitere Bereiche umfasst, wie z.B. das Entscheiden am Lebensende.

<sup>129</sup> Jedoch ist festzustellen, dass Art. 8 Abs. 1 EMRK weder eine Vorschrift in Form von Verboten normiert, wie es z.B. in Art. 2 EMRK zu finden ist, oder eine explizite Formulierung enthält, die den Schutz einer Freiheit klar und direkt beschreibt, wie es in Art. 5 oder 9 EMRK umfasst ist.

müssen. Gerade diese Abstimmung auf die Beachtung des Kerns einer demokratischen Gesellschaft macht es auch notwendig, dass sich die Rechtsprechung zu Art. 8 EMRK stets reformiert und mit dem gesellschaftlichen Fortschritt „wächst“.

### **5.2.3 Recht auf Leben bis in den Tod und die Freiheit des Individuums**

Bei allem medizinischen Fortschritt ist heutzutage eine Situation nicht ausgeschlossen, in der Möglichkeiten zur Heilung an ihre Grenzen stoßen. Lediglich das Lindern von Schmerzen unter starken medikamentösen Behandlungen ist möglich<sup>130</sup>. Obschon der geringen Anzahl dieser Fälle, ergibt sich hieraus eine potentiell allgemein gültige Situation, dass ein nicht kranker Mensch einen Punkt im Leben erreicht, an dem er nicht mehr weiter leben und mithilfe einer anderen Person sterben möchte. Es könnte nahe liegen, an dieser Stelle, der Auffassung Peter Singers zu folgen, nachdem es in einer solchen Situation daher gerade zu konstituierend für die Vernunft zu sprechen erscheint, eigenverantwortlich aus einer Binnenperspektive heraus zu entscheiden, ob das eigene Leben für sich selbst noch lebenswert erscheint<sup>131</sup> oder ob aus der Freiheit der Verfügbarkeit über das eigene Leben die Äußerung des Wunsches nach dem Tod gerechtfertigt wäre. Allerdings könnte diese Auffassung auch problematisch sein.

Neben den grundlegend konstituierenden Argumenten für Autonomie wird die Frage nach der Entscheidungsbefugnis anhand der deutschen Grundrechtsslage vorgenommen<sup>132</sup>. Dies geschieht zum einen exemplarisch und ist bis auf Ausnahme von Details transferierbar auf eine Vielzahl anderer Länder, besonders aber auch auf die Verfassungen der Niederlande oder Kanada, andererseits soll diese Herangehensweise Deutschland, wie

---

<sup>130</sup> Vgl.: In re C (a minor). Court of Appeal: Lord Donaldson MR. Balcombe and Nichols LJJ, April 20, 1989, sowie dazu: In re B (1981) WLR 421; W.St. C. Symmers, Sr.: „Not Allowed to Die“, British Medical Journal, Vol. 1, 1968, S. 442; Marcie Angell, M.D.: „Prisoner of Technology – the Case of Nancy Cruzan“, New England Journal of Medicine, Vol. 322, April 1990, S. 1226-1228, sowie hierzu: Richard A. McCormick, S.J.: „The Cruzan Decision: The case of Ms. Nancy Cruzan“, Midwest Medical Ethics, vol. 5, Nos. 1 & 2, Winter/Spring, 1989, S. 3-6.

<sup>131</sup> So auch P. Singer „Praktische Ethik“ sowie R. Hegselmann/ R. Merkel (Hrsg.) „Zur Debatte über Euthanasie“, S. 14f.

<sup>132</sup> Anmk.: Die entsprechenden Normen werden als Fußnoten im Fließtext eingefügt.

bereits erwähnt, näher in den Fokus der Diskussion als Ausgangspunkt dieser Arbeit rücken.

Dass die biologisch-physische Existenz des Menschen grundrechtlichen Schutz besitzt, ist unfraglich. Schwieriger wird es aber bei der Frage, ob auch die Lebensaufgabe, respektive die Lebensbeendigung, diesem Bereich zugeordnet werden kann, was einer negativen Gewährleistung durch das Grundrecht gleichkommen würde.

An dieser Stelle wird zunächst auf einen der wohl wichtigsten Fälle, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, eingegangen, die an späterer Stelle bei weiteren Fallanalysen noch detailliert erläutert und bewertet werden.

### **Diane Pretty**

Der Fall Pretty wurde im Jahre 2002 vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verhandelt. Die Britin Diane Pretty litt an einer Nervenerkrankung, einer Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Sie war vom Hals abwärts vollständig gelähmt und es gab keine Möglichkeiten einer Besserung ihres Gesundheitszustandes. Ihr drohte ein Erstickungstod. Im November des Jahres 2001 klagte Diane Pretty vor dem obersten britischen Zivilgericht ein, dass ihr Ehemann straffrei bleiben sollte, wenn dieser ihr, ihrem eigenen expliziten Wunsch gemäß, beim Sterben helfen würde. Das Gericht versagte ihr dieses.

Auch der von Pretty eingeschlagene Rechtsweg zum EGMR blieb ohne Erfolg. Im Urteil vom 29.04.2002 lehnte der EGMR das Ersuchen Prettys ab.

In der Begründung wurde angeführt, dass die Europäische Menschenrechtskonvention kein Recht auf aktive Hilfe beim Sterben umfasst. Das in Art. 2 EMRK verankerte Grundrecht auf Leben impliziere nicht ein Recht auf Sterben. Ein Staat sei im Gegenteil verpflichtet, nicht nur den Einzelnen vor unrechtmäßigen Eingriffen zu schützen, sondern ist auch verpflichtet, dass Leben als Gut generell zu schützen und zu erhalten. Folglich lässt sich nach Auffassung des EGMR kein Recht auf Sterben durch das Recht auf Leben ableiten, noch „ein Recht auf Selbstbestimmung in dem Sinn, dass es jedem Individuum das Anrecht gibt, eher den Tod als das Leben zu wählen“.

Darüber hinaus entschied der EGMR auch, dass die Klägerin Pretty nicht in ihrem Recht aus Art. 14 EMRK eingeschränkt werde. Eine Diskriminierung von Personen, die sich selber töten können und denen, die dieses nur mithilfe einer anderen Person ermöglicht bekommen könnten, läge deshalb nicht vor, weil es bereits grundsätzlich an der sachlichen und vernünftigen Rechtfertigung scheitere, zwischen Personen die physisch Zugang zum Suizid haben und denen, für dieses nicht möglich ist, zu unterscheiden.

Kurze Zeit nach dem EGMR Urteil verstarb Diane Pretty.<sup>133</sup>

### **Die Entscheidungen des Fall Pretty im Überblick**

Der EGMR zur potentiellen Verletzung des Art. 2 EMRK

Pretty behauptet, dass eine Verletzung von Art. 2 EMRK vorliegen würde, da dieser nicht nur das Recht auf Leben schütze, sondern auch das Recht zu entscheiden, ob man weiterleben möchte oder nicht. Geschützt würde nicht das Leben ansich, sondern das Recht auf das Leben. Das Verbot der Tötung bezwecke zudem den Schutz des Individuums vor Eingriffen durch andere, wie den Staat, nicht aber den Schutz des Einzelnen vor sich selbst. Art. 2 EMRK beinhalte daher das Recht des Einzelnen zu entscheiden, ob er leben oder sterben wolle und gewährleiste daher als Pendant zum Recht auf Leben, ein Recht zu sterben.

Der EGMR legte hierzu fest, dass Art. 2 EMRK den Staat verpflichtet, das Leben des Einzelnen zu schützen. Dies beinhaltet zum einem die Pflicht, entsprechende Strafgesetze zu erlassen und für ihre Durchsetzung zu sorgen sowie darüber hinaus weitere, gegebenenfalls präventive Maßnahmen, zum Schutz einzelner Individuen zu treffen, deren Leben

---

<sup>133</sup> Ergänzend sei an dieser Stelle ein Blick auf den aktuellen englischen Umgang als Erweiterung und Exkurs genannt. Beachtung findet hierbei der Gesetzesentwurf aus dem Jahre 2005: Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill „Assisted Dying for the Terminally Ill Bill“ Vol. 1 Rep. 2005: <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/86i.pdf> Der Vorschlag wurde im Jahre 2006 durch das House of Lords gestoppt und nicht zur zweiten Lesung zugelassen. Vgl. auch House of Lords, Hansard, 12 May 2006, col. 1295.

Die neueste Entscheidung des House of Lords ist aus dem Jahre 2009, in dem eine Gesetzesinitiative der Abgeordneten Lord Falconer and Baroness Jay gestoppt wurde, die das Ziel hatte, Straffreiheit für die Personen zu erwirken, die Beihilfe bei Suizid leisten (194 zu 141 Stimmen).

durch kriminelle Handlungen anderer Personen bedroht sind.

Art. 2 EMRK bietet zusammenfassend somit keine Grundlage für ein Recht zu sterben, weder durch die Hilfe einer anderen Person, noch durch eine mögliche Unterstützung staatlicher Organe. Im Pretty Fall lag demnach nach Auffassung des EGMR keine Verletzung von Art. 2 EMRK vor.

### **Der EGMR zur potentiellen Verletzung des Art. 3 EMRK**

#### Art. 3 EMRK – Verbot der Folter

„Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden.“

Zur möglichen Verletzung des Art. 3 EMRK argumentiert Pretty, dass das ihr bevorstehende Leiden erniedrigend sei und daher ein Verstoß gegen Art. 3 EMRK darstellen würde. Obschon der Staat nicht verantwortlich ist, für die zukünftige, bzw. gegenwärtig bestehende Lage von Pretty, schütze Art. 3 EMRK darüber hinaus positiv vor erniedrigenden „Behandlungen“. Durch die Verweigerung der Zusicherung von Straffreiheit für die Beihilfe zum Selbstmord durch ihren Mann, würde der Staat diese Verpflichtung jedoch verletzen.

Der EGMR kam zu dem Ergebnis, dass das Vorbringen von Pretty eine neue und erweiterte Interpretation der „Behandlung“ beinhaltet, die über die gewöhnliche Bedeutung des Begriffes hinausgehen würde. Der EGMR muss die EMRK stets als lebendiges Instrument dynamisch und flexibel interpretieren, dabei jedoch die grundsätzlichen Ziele der Konvention und ihre Kohärenz als System des Menschenrechtsschutzes zwingend beachten. Der Art. 3 EMRK muss hierbei in Zusammenhang und enger Verbindung zu Art. 2 EMRK ausgelegt werden, der wie beschrieben, keinen Anspruch eines Individuums gegen den Staat ableiten lasse, in der Form, seinen Tod zuzulassen oder zu erleichtern.

Im Pretty Fall bestehe die geforderte positive Maßnahme nicht in einer Minderung von Leid, sondern in der Billigung von Handlungen, die auf die Beendigung von Leben gerichtet sind. Derartige Handlungen können dem Gericht nach nicht aus Art. 3 EMRK abgeleitet werden, es liegt demnach auch keine Verletzung von Art. 3 EMRK vor.

### **Zur potentiellen Verletzung des Art. 8 EMRK**

Pretty sieht eine Verletzung in Art. 8 EMRK, da das hierdurch garantierte Recht auf Selbstbestimmung, auch das Recht umfasse, über den eigenen Körper zu verfügen, losgelöst des Zeitpunktes oder der Art. Somit schütze es in aller Konsequenz auch, über den eigenen Tod entscheiden zu können. Der generelle und weit gefasste Schutz des Art. 8 EMRK beinhaltet auch das Recht, Aktivitäten nachzugehen, die schädlich oder gefährlich für das Individuum sind. Nach ständiger Rechtsprechung des EGMR bedürfen Eingriffe in das Recht auf Privatleben sogar dann einer Rechtfertigung nach Art. 8 Abs. 2 EMRK, wenn sie dem Schutz des Lebens des Betroffenen dienen.

Im vorliegenden Fall wird Pretty durch ein Gesetz daran gehindert, frei darüber zu entscheiden, wie sie aus dem Leben scheidet. Der EGMR kann hierbei nicht ausschließen, dass dadurch in ihr durch Art. 8 Abs. 1 EMRK gewährleistetes Recht auf Privatleben eingegriffen wird.

Dieser Eingriff ist gesetzlich vorgesehen und dient gemäß Art. 8 Abs. 2 EMRK einem legitimen Zweck, nämlich dem Schutz des Lebens anderer. Auch die behördliche Versagung der Straflosigkeit des Ehemanns von Pretty sei nach Auffassung des EGMR im konkreten Fall in Anbetracht der Schwere der Handlung nicht unverhältnismäßig gem. Art. 8 Abs. 2 EMRK. Demnach läge auch keine Verletzung des Art. 8 EMRK vor.

Festzuhalten ist, dass die Frage, ob das Recht auf Leben auch ein Recht auf Sterben umfasst, nicht ohne weiteres in eine Richtung hin zu definieren ist. Der Fall Pretty zeigt eine Haltung auf, die nicht zuletzt aufgrund des Stellenwertes der Instanz des Europäischen Gerichtshofes maßgeblich für die gesamte Diskussion ist. Allerdings soll im Folgenden zunächst dogmatisch analysiert werden, wie das Konstrukt zwischen dem Recht auf Leben und dem Recht zu sterben aufgebaut ist.<sup>134</sup>

---

<sup>134</sup> Vgl. hierzu auch folgende weitere Fälle:

Dudgeon/GB v. 22.10.1981, A/45 (= EuGRZ 1983, 488);

McCann ua./GB v. 27.9.1995, A/324 (= NL 1995, 219 = ÖJZ 1996, 233);

Laskey, Jaggard & Brown/GB v. 19.2.1997 (= NL 1997, 47);

D./GB v. 2.5.1997 (= NL 1997, 93 = ÖJZ 1998, 354);

L.C.B./GB v. 9.6.1998 (= NL 1998, 105 = ÖJZ 1999, 353);

Zu Beginn soll durch eine grammatikalische Auslegung versucht werden festzustellen, ob das Recht auf Leben auch die Lebensbeendigung umfasst. So auch die Argumentation Prettys vor dem EGMR. Dieser legte hierzu fest, dass das Recht auf den Tod nicht aus dem Recht auf Leben abzuleiten ist. Betrachtet man hierbei weiter die Handhabung anderer Freiheitsgrundrechte, wie die Meinungs- oder Versammlungsfreiheit, ist unstreitig, dass ein negativer Gebrauch hier möglich ist, da aufgrund hinreichender Begründung diese Rechte beschränkt werden können<sup>135</sup> und grundsätzlich niemand dazu gezwungen werden kann, sie wahrzunehmen. Sogar das Freiheitsgrundrecht der körperlichen Unversehrtheit muss nicht zwingend bestätigt werden. Ein Raucher, der sich im Klaren über sein Handeln ist, kann nicht aufgrund des Grundrechtes in eine Pflicht zur gesundheitsmäßigen Lebensführung genommen werden.<sup>136</sup> Daher ist nach dem Wortlaut eine negative Auslegung hinsichtlich der Lebensbeendigung im Recht auf Leben umfasst.<sup>137</sup>

Eine historische Analyse kann indes wenig Klarheit verschaffen. Dass das Recht auf Leben als Abwehrrecht gegen den Staat verfasst wurde, ist unstreitig, woran seine Individualwirkung noch unterstützt und der Gemeinschaft übergeordnet wird. Ob aber eine negative Auslegung des Rechts auf die selbstbestimmte Lebensbeendigung umfasst wird, ist grundlegend nicht geklärt und ist einer Analyse daher undienlich.

Sachdienlicher kann aber eine Gesamtbetrachtung des Rechts auf Leben und des Rechts auf Freiheit sein, da eben dieses Recht auf Freiheit eine Handlungsfreiheit beinhalten könnte, die auch das Recht auf Selbsttötung umfasst.<sup>138</sup> Obwohl die Handlungsfreiheit zunächst eine generelle Handlungsfreiheit umfasst und subsidiär zu anderen Freiheitsrechten steht, muss die vom Recht auf Leben umfasste geistige persönliche Freiheit im Gesamtzusammenhang mit der körperlichen Freiheit betrachtet und auch

---

Osman/GB v. 28.10.1998 (= NL 1998, 221);

Keenan/GB v. 3.4.2001 (= NL 2001, 65).

<sup>135</sup> So u.a. K. Stern, Staatsrecht III/1, S. 629.

<sup>136</sup> Vgl. H. Schulze-Fielitz, in Dreier, Art. 2 II Rn. 84; U. Di Fabio in T. Maunz/G. Dürig/R. Herzog, Kommentar zu GG, Art. 2 II Rn. 61 ff.

<sup>137</sup> J. Antoine, „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“ § 10 II 3, S. 224.

<sup>138</sup> H. Schulze-Fielitz, in Dreier, Art. 2 II Rn. 17; D. Jarass, in D. Jarass/B. Pieroth, Art. 2 Rn. 8, 61; Hufen NJW 2001, 849; Lidner JZ 2006, 373.

als Gesamtfreiheit im Zusammenhang geschützt werden.<sup>139</sup> Dieses schließt zudem eine Unterscheidung der eigentlichen Gattung nach, als Handlungs- bzw. Abwehrrecht, aufgrund der zuvor genannten Individuumszugehörigkeit, die sich wiederum aus der Tatsache ergibt, dass sie vorstaatliche Rechte bilden und *vom* Staat und nicht *durch* den Staat<sup>140</sup> begründet werden, aus. Aus diesem systemischen Zusammenhang heraus, der eine Analyse der Entscheidungsfreiheit bei dem Thema Euthanasie ermöglicht, kann nun die Freiheit und Autonomie des Einzelnen näher betrachtet werden.

Die Freiheit, garantiert durch die Verfassung, ist ein Teil des Selbstbestimmungsrechts des Menschen über seinen Körper,<sup>141</sup> der in diesem Bereich die Maßstäbe für sein Handeln frei und selbstbestimmt festlegen kann.<sup>142</sup> Hieraus wird endgültig klar, dass „die Befugnis zur selbstbestimmten Lebens- und Sterbensgestaltung verfassungsrechtlich verbürgt ist“<sup>143</sup> und somit eine geeignete Grundlage zur Frage der generellen Erlaubnis oder dem Versagen von Euthanasie nicht nur in der verfassungsrechtlichen Theorie, sondern darüber hinaus auch in der Praxis möglich macht. Fraglich ist hierbei, welche Möglichkeiten es gibt, diese Freiheit gewissenhaft herzustellen. Denkbar wäre hier ein Rückgriff auf Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten, wie sie in Deutschland häufig Anwendung finden, die wiederum die Hospizbewegung mit in den Fokus setzen<sup>144</sup>. Auf der anderen Seite ist aber die Frage legitim, ob nicht auch ein Gesetz das klar normierte grundrechtliche Schutzgut ausreichend und umfassend schützen kann.<sup>145</sup>

Festzuhalten bleibt, dass ein Recht auf Leben zu jedem Zeitpunkt des Lebens, entscheidungsfähiges und entscheidungslegitimes Gut des Menschen ist und somit auch den Tod impliziert.

---

<sup>139</sup> So auch Antoine „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“, § 10 III 4 a, S. 230.

<sup>140</sup> Vgl. B. Pieroth/ B. Schlink: Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 57 ff.; J. Antoine „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“ § 10 III 6 S. 242.

<sup>141</sup> Vgl. u.a. BGHSt 11, 111 (114).

<sup>142</sup> Vgl. BVerfGE 52, 131.

<sup>143</sup> W. Höfling: „Sterbehilfe“ zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz.

<sup>144</sup> Vgl. Deutsche Hospiz Stiftung: Medizinische Patientenrechtsanwaltschaft und Betreuungsverfügung, 1999.

<sup>145</sup> Dazu näheres im letzten Teil dieser Arbeit im Anschluss an den Ländervergleich.

Der Pretty Fall war das erste Urteil indem der EGMR zu der Interpretation der Empfehlungen der Parlamentarischen Versammlung des Europarates zum „Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden“, bezüglich aktiver Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten entschied. Im Ergebnis ließ die Haltung des Gerichts keine definitiv eindeutige Aussage über den Rechtsraum des Art. 2 EMRK und dem Thema erkennen.

Zuvor wurde im Fall Keenan gegen das Vereinte Königreich<sup>146</sup> entschieden, dass der Staat dazu verpflichtet ist, den Bürger nicht nur vor unrechtmäßigen Tötungen zu schützen, sondern darüber hinaus geeignete Maßnahmen ergreifen muss, um einen generellen Schutz des Lebens nach Art. 2 Abs. 1 EMRK herzustellen. Dies enthält nach Meinung des Gerichts eine positive Verpflichtung des Staates dem Bürger gegenüber, sein Recht auf Leben durch eine wirksame strafrechtliche Bestimmung ausreichend zu schützen, damit genügend Schutz vor strafbaren Handlungen, die gegen Leib und Leben gerichtet sind, gewährleistet werden kann. Auch wenn der Sachverhalt keine direkte Nähe zum Thema zeigt, so wird anhand des Urteils deutlich, dass der Staat in bestimmten Situationen dazu verpflichtet sein können, Maßnahmen zu ergreifen, die darauf gerichtet sind eine Person davon abzuhalten, Suizid zu begehen, wonach das Recht auf Leben ein ungehindertes Recht, über dem Recht der individuellen Autonomie steht. Auf die Debatte über die Rechtmäßigkeit von aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten übertragen, würde dieses bedeuten, dass der Staat kein Gesetz oder eine Gesetzeserweiterung schaffen dürfte, wonach es einer Person erlaubt ist, einer anderen zum Tode zu verhelfen. Der Staat müsste sich an dieser Stelle schützend vor den Bürger stellen.<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> M. Keenan, ein 28-jähriger, seit dem 21. Lebensjahr psychisch erkrankter Mann, wurde im April 1993 wegen eines tätlichen Angriffs auf seine Freundin zu einer viermonatigen Freiheitsstrafe verurteilt, die er in der Krankenabteilung einer Justizvollzugsanstalt verbüßen sollte verurteilt. Aufgrund seines Zustands war eine Unterbringung unter normalen Haftbedingungen zunächst nicht möglich. Zum Mai des Jahres kam es bei einem Haftverlegungsgespräch erneut zu einem tätlichen Angriff gegen zwei Wärter. Keenan erhängte sich später in Isolationshaft am 15.05.1993 in seiner Zelle. Der Beschwerdeführer war der Vater, er sah eine Verletzung der Art. 2, 3 und 13 EMRK. Das Gericht verneinte dieses.

<sup>147</sup> So auch der Fall Mikayil Mammadov vs. Azerbaijan über die Verletzung des Art. 2 EMRK vom 17.12.2009, 4762/05. Bestätigt wurde dieses u.a. auch im Haas Fall des EGMR.

Im Pretty Fall nahm der Ankläger dieses Argument des Keenan Falls auf, um es zu relativieren. Demnach sei der Staat nur dann verpflichtet sich schützend vor den Bürger zu stellen, wenn dieser nicht in der Lage ist, eigenständig und rational über sein eigenes Leben zu entscheiden<sup>148</sup>. Dieses sei bei voll zurechnungsfähigen Personen nicht notwendig, sie könnten autonom entscheiden und aus dem Recht auf Leben ihr Recht auf den Tod ableiten. Wie erläutert urteilte das Gericht anders:

„Article 2 cannot, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor can it create a right to self-determination in the sense of conferring on an individual the entitlement to choose death rather than life.“<sup>149</sup>

Zudem wurde in der Urteilsbegründung auf die Stellungnahme 1418 der Parlamentarischen Versammlung des Europarates zum „Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden“ Bezug genommen. Im Ergebnis äußerte sich das Gericht nicht zu der Frage, ob ein Staat durch ein Gesetz oder eine Gesetzeserweiterung aktiv auf Sterbewünsche von Patienten reagieren darf, oder nicht. Es legte lediglich fest, dass Art. 2 EMRK nicht als negatives Recht ausgelegt werden kann. Soweit bestimmte das Gericht zwar eine Richtung, trug aber nicht dazu bei, eindeutig den Umgang mit dem Thema „Recht auf Leben“ hinsichtlich der Grenzen und Möglichkeiten zu fixieren.

Weiter nahm das Gericht zu Art. 8 EMRK Stellung. Zum Schutzbereich des Art. 8 EMRK zählen neben der gesamten Integrität der Person<sup>150</sup> auch Aspekte der körperlichen und sozialen Integrität,<sup>151</sup> worunter u.a. auch die Entwicklung der Persönlichkeit verstanden wird<sup>152</sup>. Hieraus könnte sich die Frage ergeben, ob die „Entwicklung der Persönlichkeit“ auch das Recht auf Selbstbestimmung umfasst, was wiederum dazu führen würde, dass Selbstbestimmung ein Recht auf Hilfe beim Sterben implizieren könnte. Dieses erscheint zunächst gleichbedeutend mit einer Negation des

---

<sup>148</sup> European Court of Human Rights: Case of Pretty v. Vereinigte Königreich, Application no. 2346/2002, Strasbourg, 29 April 2002. Im Folgenden kurz: „Fall Pretty“, 2346/02 EGMR; Hier Rdnr. 35.

<sup>149</sup> Fall Pretty, 2346/02 EGMR Rdnr. 39.

<sup>150</sup> EGMR, 1985, Serie A, Bd. 91, S. 11 Nr. 22 - X u. Y/Niederlande

<sup>151</sup> EGMR v. 7. 2. 2002, Beschw. Nr. 53176/99 Nr. 53 - Mikulic/Kroatien

<sup>152</sup> EGMR, 1994, Serie A, Bd. 280 Nr. 47 - Burghartz/Schweiz; Serie A, Bd. 305, Bericht der EKMR Nr. 45 - Friedl/Österreich

Schutzes.

Der EGMR vertritt hierzu die Auffassung, dass ein freies und selbstbestimmtes Leben auch Handlungen impliziert, die „schädlich oder gefährlich“ für das eigene Leben sind.<sup>153</sup> So kann z.B. eine ärztlich gebotene Handlung zur Lebensrettung oder Lebensverlängerung von einer Person abgelehnt werden, auch wenn diese Weigerung zum Tod führen würde. Dieses fällt unter den Schutzbereich des Art. 8 Abs. 1 EMRK. Fraglich ist allerdings, inwieweit auch die Hilfe beim Sterben geschützt sein kann.

Dieses erscheint auf den ersten Blick ausgeschlossen, da die Konvention den Grundsatz der Unverletzlichkeit des Lebens garantiert. Konkurrieren könnte dies aber mit der Achtung der Menschenwürde, in der Form, eines frei gewählten Todes in Würde. Der EGMR kommt hierbei zu der Auffassung, dass wenn überhaupt eine derartige Frage unter Art. 8 EMRK diskutiert werden kann.<sup>154</sup> So ergibt sich die Frage, ob ein bestehendes Gesetz die Freiheit der Person dahingehend einschränkt, einem unwürdigen und qualvollen Ende des Lebens entgegenzuwirken. Die Rechtsprechung des Fall Pretty ergibt hierzu, dass dieses unter Bezugnahme des Art. 8 Abs. 1 EMRK nicht ausgeschlossen werden kann, was es notwendig macht, Art. 8 Abs. 2 EMRK dahingehend zu prüfen.

Hierzu müsste der Eingriff in Art. 8 Abs. 2 EMRK „gesetzlich vorgesehen“ sein, um berechtigte Ziele zu verfolgen, die „notwendig“ sind, für eine „demokratische Gesellschaft“.<sup>155</sup> Jedoch ist die Notwendigkeit des gesetzlichen Schutzes der Beihilfe zum Suizid unstreitig, auch wenn der Begriff der Notwendigkeit stets mit Beurteilungsspielraum anzusehen ist. Und gerade dieser Beurteilungsspielraum wirft die Frage auf, warum das Verbot der Beihilfe zum Suizid so restriktiv, ohne Ausnahmen, geschützt wird. So wäre es durchaus denkbar, dass eine erwachsene Person, im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte, frei und ohne Druck, in Kenntnis der

---

<sup>153</sup> Hieraus ergibt sich die Frage, inwieweit der Einsatz von Zwangsmitteln staatlicherseits gerechtfertigt ist, um eben dem negativen Einwirken auf sein Leben entgegen zu wirken. Vgl hierzu z.B. erneut EGMR, Slg. 1997-I - Laskey, Jaggard und Brown/Vereinigtes

Königreich; weiter EKMR, 1984, DR 40, 251.

<sup>154</sup> So der EMRK im Fall Pretty.

<sup>155</sup> EGMR, 1981, Serie A, Bd. 45, S. 19 Nr. 43 – Dudgeon vs. Vereintes Königreich

Sachlage, darüber zu entscheiden vermag, ob der Weg der Lebensbeendigung für sie geeignet erscheint.

Der EGMR gibt an dieser Stelle im Fall Pretty zu bedenken, dass Ausnahmen stets im Hinblick auf potentielle Missbräuche zu prüfen sind, die Gefahr des Missbrauchs zwar grundsätzlich nie ausgeschlossen werden kann, aber bei derart wichtigen Entscheidungen, wie der gesetzlichen Normierung von Ausnahmen bei der Beihilfe zum Suizid, so eng wie möglich gehalten werden müssen. Dieses gelte dem Schutze des Einzelnen sowie der Allgemeinheit. Resümierend urteilt der EGMR, dass es nicht willkürlich sei, ein Gesetz mit der Bedeutung des Schutzes des Rechts auf Leben, in Form der Beihilfe zum Suizid, zu manifestieren. Dieses Gesetz sei ein Eingriff, das „notwendig“ für eine „demokratische Gesellschaft“ sei.

Auch wenn dieses Urteil unmissverständlich deutlich macht, welche Bedeutung der Schutz des Rechts auf Leben besitzt, so wird auch klar, dass Ausnahmen bestehen, die ein Auseinandersetzen mit diesem restriktiven Schutz notwendig machen. So ergibt sich die berechtigte Frage, warum ein absoluter Lebensschutz bei Entscheidungen am Lebensende, z.B. in der Form der ärztlichen Hilfe beim Sterben, endet? Zu klären ist daher im Folgenden, ob gerade die Form der ärztlichen Inanspruchnahme von Hilfe beim Sterben neue Sicherheit geben würde, die ausreichend ist, den Schutzbereich des Art. 8 EMRK zu gewährleisten.<sup>156</sup>

---

<sup>156</sup> Weitere aktuelle Urteile zu Art. 2 und Art. 8 EMRK:

Lautsi und andere gegen Italien EGMR Nr. 30814/06 v. 18.03.2011;

Wasmuth gegen Deutschland EGMR Nr. 12884/03 v. 14.02.2011;

Sporer gegen Österreich EGMR Nr. 35637/03 v. 03.20.2011;

Obst gegen Deutschland EGMR Nr. 425/03 v. 23.09.2010;

Schüth gegen Deutschland Nr. 1620/03 v. 23.09.2010.

Zudem sei an dieser Stelle nochmals der Rückgriff auf den Haas Fall erlaubt, in welchem der EGMR klar festlegte, dass eben diese beschriebenen Ausnahmen, in der Form, Hilfe beim Sterben durch eine andere Person zu bekommen, vom Staate unterbunden werden müssen. Niemand könne in die Pflicht genommen werden, bei Tod einer anderen Person „Hilfe“ zu leisten. Demnach erweitert der Haas Fall den Pretty Fall um eine eindeutige Aussage und zieht den Rahmen in der Gesamtdiskussion um Entscheidungen am Lebensende enger. Gleichwohl sei erwähnt, dass die grundsätzliche Freiheit des einzelnen auf einen Selbstbestimmten Tod auch im Haas Fall vom EGMR anerkannt wurde, die Grenzen der Möglichkeiten in diesem Rahmen zu agieren, sind nur wesentlich enger gehalten.

### **5.3 Zum Verhältnis der Schutzaufgabe des Staates und der Autonomie des Individuums**

Fraglich ist zunächst, ob überhaupt eine Verhältnismäßigkeit zwischen der Schutzaufgabe des Staates und der Entscheidungsfreiheit des Bürgers am Lebensende besteht und im Weiteren, wie dieses Verhältnis auszusehen hat, ist es gleichgewichtig, muss es dies sein, oder ist ein Ungleichgewicht gerade hinsichtlich einer drohenden Gefahr notwendig? Diese beiden letzten Fragen zu klären kann allerdings erst gegen Ende der Arbeit gelingen, da auch hier, wie beim Unterpunkt zuvor, der Ländervergleich wichtige Indikatoren zur Beantwortung dieser Frage liefern kann. Zunächst erscheint es daher klärungsbedürftig, ob und wie die beiden Güter einander bedingen, oder eben nicht.

Ausgangspunkt bei dieser Betrachtung soll grundsätzlich die zuvor ausgearbeitete These sein, dass Freiheit nur dann bestehen kann, wenn sie nicht gleichzeitig eine Pflicht ist. In diesem Zusammenhang wird darauf abgestimmt, dass eine Unterscheidung zwischen Handlungs- und Abwehrrechten ihrem Schutzniveau nach nicht stattfindet, so dass es ausschließlich darauf ankommt, ob die Freiheit des Bürgers vom Staate oder durch den Staat zugesichert wurde<sup>157</sup>. Das Recht zu Leben ist in diesem Zusammenhang ein vorstaatliches Recht, das unabhängig vom Staat besteht und nicht erst durch ihn entsteht<sup>158</sup>, so dass die Verfügung über das Recht auf Leben dem Einzelnen und seiner Entscheidungsfreiheit obliegt, was ebenso bedeutet, dass eine angesprochene Unterscheidung zwischen Handlungs- und Abwehrrecht nicht zutreffend ist, sondern irreführend.

Schwieriger ist die Klärung der Frage, ob die Freiheit selbstbestimmt über sein Leben zu entscheiden im Ursprung mit dem Zweck der Schutzpflicht des Staates über den Bürger vereinbar ist, also ob eine staatstheoretische Notwendigkeit oder ein Ziel formuliert ist, dem Individuum diese Entscheidungsfreiheit zu offerieren. Es wird daher auf den objektiven Zweck der Autonomie des Bürgers und der Schutzaufgabe des Staates abgestimmt, welcher besagt, dass die Basis der Verfassung eine Garantie

---

<sup>157</sup> Vgl. B. Pieroth/B. Schlink, Grundrechte Staatsrecht 2 (Aufl. 21), Rn. 57 ff.; J. Antoine „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“ § 10 III 6, S. 242 m.w.N.

<sup>158</sup> Anmk.: Mit Ausnahme eventueller staatlicher Schutzpflichten.

auf Grund- und Menschenrechte umfasst<sup>159</sup> und ein Eingriff von Seiten des Staates in die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen nicht legitim ist, da der generelle Zweck den Schutz des Bürgers vor Eingriffen bildet. Diesem Schutz kann jeder Bürger nachkommen, allerdings nur soweit keine Rechte von Anderen verletzt werden, was einen Eingriff von Seiten des Staates rechtfertigen würde, dessen Aufgabe es wäre, das Gleichgewicht zwischen Freiheit der Betroffenen wieder herzustellen, was zu dem Grundsatz führt, dass

*jeder Mensch über die gleichen „Startbedingungen“ der Freiheit verfügen muss.*<sup>160</sup>

Dieser Formulierung, die das Verhältnis zwischen staatlichem Schutz und individueller Entscheidungsfreiheit sehr deutlich macht, ist zu entnehmen, dass auch bei der Frage nach Euthanasie dem Bürger Freiheit garantiert sein müsste. Ein Verbot und damit eine Einschränkung der Autonomie würde dazu führen, dass gerade diese äquivalenten Bedingungen nicht gegeben wären, da der Zugang zur Hilfe beim Sterben durch einen Eingriff reglementiert wird, der denjenigen schützt, der von Grund auf kein Interesse an Euthanasie hat, der Person, die diese aber wünscht, den Zugang dazu versagt. Die „Startbedingungen“ zum Zugang zur

---

<sup>159</sup> K. Stern, Staatsrecht III/1, S. 18f.

<sup>160</sup> U. Di Fabio, in JZ 2004, 1 (6); So auch die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948. Hier heißt es in Artikel 1 – 3:

*Artikel 1*

Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.

*Artikel 2*

Jeder hat Anspruch auf alle in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand.

Des weiteren darf kein Unterschied gemacht werden auf Grund der politischen, rechtlichen oder internationalen Stellung des Landes oder Gebietes, dem eine Person angehört, gleichgültig ob dieses unabhängig ist, unter Treuhandschaft steht, keine Selbstregierung besitzt oder sonst in seiner Souveränität eingeschränkt ist.

*Artikel 3*

Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Inanspruchnahme von Hilfe beim Sterben wären folglich nicht gleich, der Eingriff von Seiten des Staates somit nicht gerechtfertigt. Ein derartiger Eingriff wäre nur dann rechtfertigt, wenn der Tötungswunsch nicht dem tatsächlichen Willen einer Person entsprechen würde, also ein Handeln aus Schutzzwecken begründet wäre. Dieses anhand einer Norm zu pauschalisieren erscheint aufgrund der stark differierenden Einzelfälle in der Praxis unmöglich und wirft die Frage auf, woran dieses messbar wäre. Ein Abstimmen auf die Vernunft des Einzelnen als Beispiel würde einem generellen Staatsprinzip widersprechen, dass der Staat eine Handlung nicht ihrem Wert nach beurteilen sollte. Rechtfertigung für einen Eingriff von Seiten des Staates würde lediglich ein Zweifel an der Eigenverantwortlichkeit der Handlung einer Person begründen, so dass der Eingriff gemessen an der Folge der bevorstehenden Handlung das geringe Übel sein würde.

Es bleibt daher festzuhalten, dass das Recht auf Leben als konstituierender Maßstab der Verfassung eines Rechtsstaates den Einzelnen vor Eingriffen des Staates und anderer vor Verletzungen schützt. Einen Eingriff als Schutzpflicht des Staates darzustellen bedarf hinreichender Begründung, womit fraglich ist mit welcher Rechtfertigung der Staat sein Eingreifen in das Recht auf selbstbestimmtes Sterben am Lebensende unter notwendiger Hilfe einer anderen Person begründet und welcher der involvierten Personen Adressat dieses Schutzes ist. Die menschliche Würde könnte hierbei eine zentrale Position einnehmen. Wird die Person geschützt, die den Wunsch äußert zu sterben oder die Person, die dieser dabei hilft, oder liegt der Schutzzweck bei der Allgemeinheit?

Nachdem bei Personen, die um Hilfe bei der Lebensbeendigung bitten, ein staatlicher Eingriff in die Autonomie bei der Entscheidung über die Lebensbeendigung nicht gerechtfertigt ist, ist aber weiter fraglich, ob ein Eingriff von Seiten des Staates durch die Verletzung eines anderen der beiden potentiellen Schutzgüter, dem Schutz der die Tötungshandlung vornehmenden Person und des Allgemeinwohls, gerechtfertigt wird. Der Schutz der die Tötungshandlung ausführenden Person lässt hier bereits Schwierigkeiten erkennen. So ist zunächst festzustellen, ob der Wunsch, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben, eine Eigenverfügung darstellt oder eine Fremdverfügung, die dann vorliegen würde, wenn die Tötung

ohne den eindeutigen Willen des Betroffenen durchgeführt werden würde. Dass dem Staate in diesem Falle eine Schutzpflicht zukommt, um die Tötung als irreversible Folge abzuwenden, wurde bereits eingehend erläutert, unklar ist aber nun, ob bei der Tötung auf Verlangen diese Schutzpflicht neu definiert werden muss, oder ob sie in gleicher Form weiter besteht. Eine Unterscheidung könnte sich aus der unterschiedlichen Motivation der Handlung ergeben. So tötet ein Mörder oder Totschläger unter anderen Motiven und Absichten als jemand, der eine andere Person, ohne eigene Interessen zu verfolgen, den Wunsch zu sterben erfüllt,<sup>161</sup> woraus sich eine Differenzierung dem Unrechtsgehalt nach ergibt, der im Falle der Tötung auf Wunsch oder Verlangen geringer eingestuft wird, aber nicht in Gänze straffrei ist, da das Schuldprinzip nach wie vor als strafrechtliche Grundannahme bestehen bleibt.

Abgestimmt auf die Frage des Schutzgutes wird anhand dieser Ausführungen deutlich, dass die Differenzierung der Handlung darauf beruht, dass nur dem Wunsch des Betroffenen entsprochen wird *und* dieser zu jedem Zeitpunkt das alleinige und absolute Bestimmungsrecht über sein Leben innehat.<sup>162</sup> Eine Zuwiderhandlung würde automatisch das Motiv oder die Absicht ändern und somit auch die strafrechtliche Klassifizierung und Folge.<sup>163</sup> Diesem Bestimmungsrecht über das Leben steht aber wiederum nicht das Bestimmungsrecht der die Handlung ausführenden Person gegenüber, die ebenfalls zu jedem Zeitpunkt der Ausführungen autonom darüber entscheidet, ob sie die Tötung ausführen will oder nicht. Als drittes in Frage kommendes Schutzgut kann die Verletzung des Allgemeinwohls in Betracht kommen. Eine absichtliche Gefährdung der Gesellschaft kann gleich zu Beginn ausgeschlossen werden, da der Tötende nur im Sinne des Sterbewunsches agiert, die direkte Konsequenz somit im Binnenverhältnis bestehen bleibt, obschon die Handlung auch im generellen Interesse besteht. Fraglich ist aber, ob diesem eine ungewollte

---

<sup>161</sup> Vgl. dazu den deontologischen Ethikansatz, sowie darüber hinaus A. Eser, in Schönke/ Schröder StGB, § 216 Rn. 1; B. Jähnke, in B. Jähnke/H.W. Laufhütte/ W. Odersky, StGB Kommentar, § 216 Rn. 2 m.w.N.

<sup>162</sup> So aber Correll, in AK-GG, Art. 2 Abs. 2 Rn. 66. So aber Correll, in AK-GG, Art. 2 Abs. 2 Rn. 66.

<sup>163</sup> B. Jähnke, in B. Jähnke/H.W. Laufhütte/W. Odersky, StGB, § 216 Rn. 5; Vgl. auch Correll, in AK-GG, Art. 2 Abs. 2 Rn. 66 sowie Wilms/Jäger, in ZRP 1988, 41 (45).

Außenwirkung für die Gesellschaft zukommt, weil die Gefährdung eines Schutzgutes vorliegt. Möglicher Rechtfertigungsgrund des Allgemeinwohlschutzes ist das oft angeführte Argument der Gefahr des Dammbrochs, worunter zu verstehen ist, dass ein Einzelfall eine generelle Detabuisierung nach sich ziehen könnte<sup>164</sup> und hierdurch eine Bewusstseinsänderung der Gesellschaft im Hinblick auf den Umgang mit Sterben entstehen könnte.

Das Argument des „Dammbrochs“ resultiert aus der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland. Nachdem Karl Binding und Alfred Hoche im Jahre 1922 die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“<sup>165</sup> propagierten, wurde dies in abgewandelter und stark erweiterter Form als Legitimationsargument für die Eugenik der Nationalsozialisten missbraucht.<sup>166</sup> Gerade im Hinblick dieses „Dammbrochs“ erscheint es sehr angebracht und notwendig ein regulierendes Instrument zur Verhinderung einer derartigen Gefahr zu etablieren.

Ein Blick auf aktuelle Entwicklungen in der Debatte zeigt weiter, dass Argumente im Zusammenhang mit der Diskussion bei der Entscheidung am Lebensende falsch verstanden und vor allem falsch benutzt werden, so zum Beispiel die Ansichten des Utilitaristen Peter Singer. Auch er befasste sich in seiner Forschung mit der Tötung lebensunwerten Lebens<sup>167</sup> und geht regelmäßig mit den Ausführungen Bindings konform, speziell beim Abstimmen auf den Lebenswillen einer Person, von dem abhängig sei, ob dieser der Wunsch zu Sterben erfüllt wird oder nicht.<sup>168</sup> Hieran wird erneut deutlich, dass der Wert Singers Argumentationen falsch aufgefasst werden könnte und die Gefahr besteht, dass das Leben als absolut zu schützendes Gut im Recht und im Sinnverständnis der Menschen seinen Stellenwert verliert und zur Diskussion, Debatte und Veränderung im Raum steht. In einem solchen Fall würde das zur Disposition stehende Gut des Lebens den anderen Tendenzen von Werthaltungen im gesellschaftlichen Wandel

---

<sup>164</sup> So u.a. Poscher, in JZ 2004, 756 (758 ff.).

<sup>165</sup> K. Binding/A. Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ , Freiburg i. Br. 1920.

<sup>166</sup> Beispielhaft ist hier die sog. Aktion T-4 bei der unter dem Decknamen der Euthanasie über 100.000 Menschen mit Behinderung getötet wurden.

<sup>167</sup> Singer, S. 233, spricht hier direkt von Leben, das nicht Lebenswert ist.

<sup>168</sup> Singer geht hier sogar soweit einem Menschen der sich nicht seiner „destinkten Entität“ bewusst, ist die Menschlichkeit abzusprechen sei (vgl. Singer S. 123).

folgen, eine Tendenz die unstreitig ungewünscht und inakzeptabel ist. Somit bleibt festzuhalten, dass das Dammbrechargument zwar auf zukünftige potentielle Entwicklungen, Werteverfall oder andere Gefahren abstimmt, an dieser Stelle aber nicht endgültig geklärt werden kann, ob dieses Abstimmen auf Tendenzen und mögliche aber nicht definitive Entwicklungen ausreichend ist, um einen Eingriff in die Autonomie des Einzelnen staatlicherseits zu rechtfertigen.

Das Verhältnis zwischen der Freiheit und des notwendigen Schutzes von Seiten des Staates an dieser Stelle abschließend zu klären, ist somit nicht möglich. Es ist aber grundrechtlich gegeben, dass eine Balance zwischen den beiden Gütern bestehen muss und ein Eingreifen staatlicherseits einen Grund der Rechtfertigung benötigt. Dieser Grund besteht, wie geklärt, jedoch nicht aus der Schutzbedürftigkeit, der um Beihilfe beim Sterben bittenden Person, noch aus Schutzgründen der die Tötungshandlung durchführenden Person. Im Gegenteil besteht sogar ein Verstoß gegen den Grundsatz der gleichen „Startbedingungen“ in die Freiheit der Menschen, da der um Beihilfe beim Sterben bittenden Person ihre Freiheit nicht gewährt wird oder nur in der Form, sich selbst zu töten.

## **6 Der Freitod als juristisches Thema**

Im Anschluss an die Schutzgüterdiskussion und die Verhältnismäßigkeit dieser, soll im Folgenden detaillierter auf die juristischen Probleme eingegangen werden, die das Thema Sterben und Entscheidungsfindung am Lebensende mit sich bringt. Hierbei wird herausgearbeitet, ob die Verfügung über das eigene Leben, also im Absatz zuvor behandelte Autonomie, zum Beispiel in Form eines Suizides grundsätzlich zulässig ist, oder ob an dieser Stelle ebenfalls eine Schutzpflicht des Staates greift. Dieser Punkt ist deshalb besonders interessant, da im Anschluss hieran eine Diskussion aufgebaut wird, der es gelingen kann, die Frage zu klären, ob aktives Tun einer anderen Person bei Entscheidungen am Lebensende, im Vergleich zur Selbsttötung, eine Fremdverfügung darstellt. Erneut ergeben sich bereits an dieser Stelle der Einleitung in den Bereich zwei weitere zu prüfende Schutzgüter, die staatliches Eingreifen rechtfertigen könnten.

## 6.1 Der Suizid

An dieser Stelle sei noch einmal erwähnt, was den Suizid in der hier geführten Diskussion so wichtig macht. Dies resultiert aus der Frage der Rechtmäßigkeit einer Selbsttötung und dem daraus resultierenden Verhältnis zur eventuellen Fremdtötung. Wenn demnach ein Suizid bereits verfassungsrechtlich nicht legitim ist, weil dem Menschen untersagt ist, frei und selbstbestimmt über sein Leben zu entscheiden, dann wäre eine Fremdtötung ebenfalls konsequent von vorne herein auszuschließen.

Eine Möglichkeit den Suizid zu rechtfertigen, könnte durch das Erklären eines Grundrechtsverzichts von Seiten des Betroffenen gelingen. Demnach würde eine die Selbsttötung vornehmende Person ihr Tun dadurch legitimieren, indem sie das Recht auf Leben zurückweisen würde. Da dieses Rechtsgut den Bürgern jedoch nicht durch den Staat gegeben wurde, wie bereits zuvor erläutert, sondern zu den vorstaatlich zugesicherten Rechten zählt, kann auf dieses auch nicht verzichtet werden. Die Möglichkeit auf etwas zu verzichten, was man nicht wirklich „bekommen“ hat, da es garantiert ist, ist nicht möglich. Ein Grundrechtsverzicht auf das Recht auf Leben ist daher ausgeschlossen, um den Suizid zu rechtfertigen.

Fraglich ist, wie es sich mit dem Verzicht auf die Wahrung staatlichen Schutzes dieses Rechtsguts verhält.<sup>169</sup> Dieses resultiert daher, dass ein Recht auf Etwas nicht die Pflicht einschließt, es auch wahrnehmen zu müssen. Ein Zwang, Rechte auszuüben ist daher nicht gegeben, die Alternative des Unterlassens aber sehr wohl.<sup>170</sup> Dies würde dazu führen, dass eine Person, die einen Suizid vornehmen möchte, nicht das eigentlich Recht zu Leben aufgibt,<sup>171</sup> sondern lediglich im Umkehrschluss dazu sein Recht wahrt, nicht Leben zu müssen.<sup>172</sup> Dieses Resultat wirft aber erneut die Frage nach der Schutz Aufgabe des Staates auf, den Bürger vor dieser Rechteunterlassung zu schützen, aus dem Grund, dass auch der einmalige Grundrechtsnichtgebrauch des Rechts auf Leben zum zwar gewünschten,

---

<sup>169</sup> BVerfGE 9, 194 (199), hierzu s.a. FS W.S. Glaeser, S. 61 sowie grundlegend dogmatisch hierzu Stern, Staatsrecht III/2, S. 898 f., 926 ff.

<sup>170</sup> K. Stern, Staatsrecht III/2, S. 905.

<sup>171</sup> Merkel, JZ 1996, 1145 f.

<sup>172</sup> Merten, in FS W.S. Glaeser, S. 59f.

aber nicht mehr rückgängig machenden Tode führen würde.<sup>173</sup>

Dass die Schutzpflicht des Staates darin besteht, den Bürger auch vor Eingriffen Anderer zu schützen, wurde bereits erläutert, jedoch ist klärungsbedürftig, inwieweit ein Schutz des Bürgers vor sich selbst, also vor der suizidalen Handlung, ebenfalls diese Schutzbedürftigkeit und damit den Eingriff staatlicherseits rechtfertigen würde. Abzustimmen ist hier auf die Freiheit der Entscheidungsfindung, auf die Durchführung des Suizids aus klarem Verstand heraus, vernunftbezogen und ohne Einflüsse anderer Personen oder anderer äußerer Umstände. Wenn diese Voraussetzungen gegeben wären, würde ein Eingreifen durch den Staat keine Rechtfertigung besitzen, jedoch ist es schwierig diese Eindeutigkeit der Entscheidungsfindung und des klaren Willens zu belegen, was zweifelsfrei gegeben sein muss, damit der Staat seiner Garantenrolle frei gesetzt ist, aufgrund der erörterten Irreversibilität der Folge der Tat. So unterscheidet man unterschiedliche Arten des Suizids, z.B. den Bilanzsuizid oder den ambivalenten Suizid. An dieser Stelle sei nur kurz auf die Unterscheidungskriterien einzugehen, um die Schwierigkeit der Unterschiedlichkeit der Beweggründe für einen Suizid zu erläutern und somit auch die Frage, ob der Suizid staatlich gewährt werden, oder ein Eingreifen als Schutzpflicht vorgenommen werden muss. Der Bilanzsuizid unterscheidet sich vom ambivalenten Suizid durch die Reiflichkeit der im Vorfeld angestellten Überlegungen und Abwägungen der Handlung. So ist der Bilanzsuizid eine bewusst vorgenommene Ausübung von Freiheit, wohin hingegen der ambivalente Suizid eher aufgrund von Ängsten, quasi als Hilferuf, geschieht.<sup>174</sup> Es erscheint auf den ersten Blick angebracht an dieser Stelle eine Unterscheidung nach Suizidfolgen vorzunehmen, was nicht nur praktisch unmöglich, sondern darüber hinaus dazu führen würde, für den Fall einer Eingriffsrechtfertigung von Seiten des Staates im Falle eines ambivalenten Suizids in Form einer Verhinderungspflicht ex ante nicht offenkundig wäre.<sup>175</sup> Eine eindeutige Beurteilung der Lage nach den entsprechenden Gründen ist objektiv nur schwer möglich, so dass es unter Umständen dazu führen könnte, dass ein falsches Einschätzen der

---

<sup>173</sup> Vgl. hierzu erneut Mikayil Mammadov gegen Azerbaijan über die Verletzung des Art. 2 EMRK vom 17.12.2009, 4762/05.

<sup>174</sup> So auch Hirsch in ZRP 1986, 239 (242).

<sup>175</sup> Zur Verhinderungspflicht vgl. B. Jarass, in B. Jarass/B. Pieroth, Art. 2 Rn. 27, 78.

suizidalen Lage ein rechtswidriges staatliches Eingreifen nach sich ziehen würde. Bereits hier wird sehr deutlich, wie schwer es ist, eine eindeutige Antwort auf die Frage zu finden, ob der Suizid staatlichen Schutzes unterliegt oder nicht.

Dieses manifestiert sich weiter, wenn man die vermeintlich autonom getroffene Entscheidung für den Suizid strafrechtlich beurteilt und in die Verhältnismäßigkeit zum Verfassungsrecht setzt. Bewusst wird im Satz das Wort „vermeintlich“ verwendet, da es nachweislich bei Suizidhandlungen an einer rationellen, klaren und eindeutigen Basis der Entscheidungsfindung- und Verantwortlichkeit fehlt,<sup>176</sup> zum Beispiel aufgrund des Vorliegens von psychischen Erkrankungen. Eventuelle Krankheiten beeinflussen aber nicht die eigentliche Grundautonomie der Handlung. So haben zum Beispiel psychische Erkrankungen nicht zwingend einen Einfluss darauf, ob jemand voll verantwortlich einem Anderen gegenüber handelt. Daher kann auch nicht darauf abgestimmt werden, dass er nicht autonom und selbstbestimmt gegenüber sich selbst handelt, wonach der Suizid unzulässig wäre.

Fraglich ist nun noch, ob ein Gesetz in der Form eines grundsätzlichen Verbotes der Lebensbeendigungsfreiheit verfassungsgemäß wäre. In Bezug auf den Bilanzsuizid wäre wie bereits angesprochen ein Verbot der suizidalen Handlung eine Hinderung der Ausübung der Freiheit der betreffenden Person.<sup>177</sup> Schwierig ist es einen staatlichen Eingriff bei ambivalenten Selbsttötungshandlungen zu versagen, da ein Eingreifen, der Suizidforschung nach, im ursprünglichen Interesse des Betroffenen geschehen würde. Demnach wäre ein Eingriff durch ein Gesetz grundsätzlich möglich, findet aber in der Umsetzung in die Praxis keine Grundlage, nicht zuletzt, weil das eigentliche Überlebensinteresse der einen ambivalenten Suizid durchführenden Person konträr zum Freiheitsinteresse derselbigen steht, aber ein Gesetz beide Interessen berücksichtigen muss.

---

<sup>176</sup> So auch B. Jähnke, in B. Jähnke/H.W. Laufhütte/W. Odersky, StGB, Vor § 211 Rn. 27.

<sup>177</sup> H. Dreier, in H. Dreier „Grundgesetzkommentar“ Art. 1 I Rn. 157.

## 6.2 Beihilfe bei selbstbestimmten suizidalen Handlungen

In Bezugnahme auf den Absatz zuvor sollte gleich zu Beginn nochmals festgehalten werden, dass die Beihilfe<sup>178</sup> bei einem freiverantwortlichen Suizid aufgrund des Fehlens einer rechtswidrigen Haupttat in der Regel strafrechtlich keine Konsequenzen mit sich führt. Problematisch ist hierbei allerdings die Abgrenzung der Handlung, also die Frage inwieweit diese bei Entscheidungen am Lebensende von Seiten Anderer in ein aktives Tun übergeht, welches als rechtswidrige Haupttat anzusehen wäre. So wird die zum Tode führende letzte Handlung beim Suizid, auch bei der Beihilfe zum Suizid, immer vom Sterbewilligen ausgeführt, wohin hingegen eine Übernahme dieser letzten Handlung durch einen Anderen, diesen zu der Person machen würde, die die Tötung durchgeführt hätte.

Gerade dieses Abstimmen auf die letzte unmittelbar zum Tode führende Handlung ist interessant hinsichtlich der Gesamtproblematik der Entscheidungen am Lebensende unter notwendiger Inanspruchnahme der Hilfe eines Dritten, aber gleichwohl auch ein Problem. So ist ein Beurteilen einzelner Handlungen oft nur schwer möglich. Betrachtet man den zu Anfang dieser Arbeit skizzierten Fall von Ramón Sampedro, so wären unterschiedlichste Einzelhandlungen, die zum Tode führen, möglich. Ist demnach das Hinstellen des Glases mit Zyankali an das Bett Ramóns eine strafbare Handlung? – Im engeren Sinne reicht dieses zunächst nicht, aber wie sieht es mit dem zum Mund führen des Trinkhalms aus oder einer Hilfestellung beim Trinken, die notwendig ist, da im Falle Ramons ein eigenständiges Handeln aufgrund der Lähmung nicht möglich ist? Auf welche Handlung ist hier also als die Letzte abzustimmen? Diese Klärung ist nur schwerlich zu vollbringen, da ein Anwenden objektiver Maßstäbe keine Grundlage aufgrund der Einzelfallsituation besitzt. Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass gleich welche Handlung nun als eigentlich Letzte zu definieren ist, ein Handeln von Anderen als notwendige Hilfe bei Entscheidungen am Lebensende in Gänze unterbleibt, um der Gefahr eine rechtswidrige Handlung vorzunehmen, aus dem Weg zu gehen. Hieraus resultierten im Übrigen die

---

<sup>178</sup> Unter Beihilfe ist hier eine Teilnahmeform an einer Handlung gemeint. Eine Beihilfe liegt dann vor, wenn jemand einen anderen vorsätzlich bei der Begehung einer Handlung unterstützt – quasi jede Handlung, die geeignet ist (somit kausal), die Tat zu fördern.

Anträge im zuvor skizzierten Fall Pretty. Ebenso wird durch diese Grauzone der Kern der Arbeit zum ersten Mal deutlicher skizziert, in der Form, dass Menschen, die den Wunsch haben zu sterben, in ihrer Möglichkeit einen Suizid selbstbestimmt vorzunehmen, eingeschränkt werden. Dieses gilt nicht nur allein aufgrund der mangelnden körperlichen Fähigkeit den Suizid ausführen zu können, sondern ist auch deswegen ein besonders klärungsbedürftiger Punkt, da Unsicherheiten im Umgang der Handlung entstehen könnten, was sich aus einer mangelnden hinreichenden Grundlage, zum Beispiel in Form eines Gesetzes, ergeben würde. Geklärt werden muss folglich, ob für den Gesetzgeber eine Pflicht besteht, hier klare Bestimmungen zu schaffen. Im späteren Verlauf der Arbeit, nach der Auswertung des Ländervergleichs, wird hierauf detailliert eingegangen.

Resümierend bleibt aber an dieser Stelle, dass voraussetzungsgemäß das Recht auf Leben, vom verfassungsrechtlichen und staatstheoretischen Ursprung aus, auch ein Recht auf Lebensaufgabe umfassen könnte. So ist ein Eingreifen staatlicherseits bei einer bewussten selbstbestimmten Tötungshandlung, als Schutzpflicht deklariert, nicht rechtmäßig, im Gegensatz zur der Fallkonstellation, wenn der Suizident im Unbewusstsein seiner Handlung und der Konsequenz agiert, hier wäre ein Eingriff durch die bevorstehende Verletzung der Rechtsgüter des Lebens und der Würde des Menschen unumgänglich. Es wird deutlich, dass eine Balance zwischen staatlichen Schutzpflichten und der Gewährung der Autonomie des Bürgers an dieser Stelle schwer möglich erscheint.

### **6.3 Unterschiede der Selbst- und Fremdtötung**

An dieser Stelle schließt sich der Kreis der Selbsttötung bei der Frage, inwieweit es sich bei der von einem Dritten ausgeführten Tötungshandlung auf Wunsch eines Betroffenen tatsächlich um eine Selbsttötung handelt, oder ob darüber hinaus vielleicht eine Fremdverfügung vorliegt, was dann der Fall wäre, wenn der Andere, die Tötungshandlung ausführende Person, ohne ein vorhergehendes Einverständnis agieren würde. Schwieriger ist aber hierbei, ob sich die Tötung nach ausdrücklichem Äußern eines Sterbewillens anders bemessen lassen muss, also, ob dem Staat eine Pflicht zukommt, reglementierend einzugreifen, oder eben nicht. Die Tötung auf

Verlangen ist im Gegensatz zur Tötung ohne einen ausdrücklichen Willen ein Tatbestand, der nicht nur strafrechtlich gesondert bewertet wird, sondern darüber hinaus auch eine Handlung in Form einer unselbstständigen Privilegierung, was sich aufgrund des minderen Handlungswertes im Gegensatz zur Fremdtötung rechtfertigt. Somit ist die Tötung auf Verlangen zwar vom Staat sanktioniert, es findet in der Theorie und Praxis allerdings eine Unterscheidung dem Unrechtsgehalt der Tat nach statt.

Festzustellen ist daher, dass das Verfügungsrecht über potentiell und geplantes Handeln bei einer Tötung auf Verlangen, ebenso wie beim Suizid, immer beim Sterbewilligen selbst verbleibt, womit er die letzte Entscheidung der Gesamthandlung selbst bestimmt, und die die Tötung ausführende Person lediglich ein Ausführungswerkzeug ist, keinesfalls aber ein Verfügungsrecht über den Sterbewilligen innehat.<sup>179</sup>

#### **6.4 Aktives Handeln auf Verlangen eines Sterbewilligen**

Auf Basis der zuvor erörterten Tatsache, dass bei einer Tötung auf Verlangen und nach ausdrücklichem Wunsch eines Menschen die Ausführungshandlung ohne jegliche Verfügungsgewalt besteht, ergibt sich nun die Frage, inwieweit dem Staat die Aufgabe zukommt, ein Schutzgut durch einen Eingriff zu schützen.

Im Folgenden wird hierzu zunächst geklärt, ob dem Sterbewilligen gleichzeitig auch das Recht obliegt, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben. Die systematische Betrachtung des Problems könnte hierüber Aufschluss geben, da die Handlung der Tötung durch einen Dritten auf Verlangen eines Sterbewilligen durch den negativen Funktionsgebrauch des Grundrechtes auf Leben geschützt ist. Dies ergibt sich, weil das Recht auf Lebensaufgabe auch ein Recht auf die Tötungshandlung umfasst und diese somit auch vom Freiheitsbereich geschützt werden müsste.<sup>180</sup> Die Tötungshandlung ist wiederum durch das Recht der allgemeinen Handlungsfreiheit geschützt. Somit würde in der Theorie die Tötungshandlung auf Verlangen eines Sterbewilligen am Lebensende

---

<sup>179</sup> Vgl. hierzu auch A. Hollenbach „Grundrechtsschutz im Arzt-Patienten-Verhältnis“, S. 290.

<sup>180</sup> So auch J. Lindner in JZ 2006, 373 (377).

rechtmäßig sein und müsste vom Staat geschützt werden.

Die Bewertung des Rechts auf Leben muss weiterhin stets unter ständiger Beachtung der Menschenwürde geschehen, so dass sich ein staatliches Eingreifen auch aufgrund der Tatsache ergeben könnte, dass eine Tötung auf Verlangen bei Entscheidungen am Lebensende nicht menschenwürdig wäre. Für den Sterbewilligen ist eine Verletzung der Menschenwürde auszuschließen, wenn sein Sterbewunsch Ausdruck einer reiflichen, klaren und autonomen Überlegung und Entscheidung ist. Fraglich ist, ob die Tötungshandlung eines Anderen ein Verletzen der Menschenwürde mit sich bringen und mit Auswirkungen auf andere Menschen haben könnte, die sich in ähnlichen Situationen befinden. Dies wäre dann gegeben, wenn der Sterbewunsch und die Ausführungshandlung, die zum Tode führen würde, ein Werturteil mit Außenwirkung ist, die auch für andere Konsequenzen mit sich bringt, in der Form, dass eine Geringachtung jeglicher Menschen zur Disposition stehen würde. Diese Überlegung scheitert aber bereits daran, dass nicht einmal ein Verletzen der Würde des Sterbewilligen vorliegt, sondern im Gegenteil ein Nutzen dieser Würde und Autonomie besteht,<sup>181</sup> was sich auf das Gesamtbild so auswirkt, dass eine generelle Würdeverletzung Sterbender durch aktives Tun anderer Personen ebenfalls ausgeschlossen ist, da die Motivation gerade in der Achtung dieser begründet liegt.

## **6.5 Ergebnis**

Festzuhalten bleibt als Ergebnis, dass das Erfüllen des Sterbewunsches durch eine andere Person Ausdruck seiner Autonomie und Würde sein kann. Es verstößt in seiner Theorie weder gegen das Recht auf Leben noch gegen das Recht auf Menschenwürde. Inwieweit diese theoretischen Gegebenheiten allerdings Anwendung im Recht finden ist fraglich und wird im dritten Teil der Arbeit erneut aufgegriffen.

## **7 Fazit zum ersten Teil**

Zum Ende dieses Abschnittes lassen sich verschiedene Ergebnisse herausarbeiten, die für den folgenden Aufbau wichtig sind.

---

<sup>181</sup> Vgl. J. Antoine in „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“ § 10 III 4 d, S. 267.

So wurde zunächst durch eine ethische philosophische Betrachtung der Argumentation und einer historischen Herleitung verschiedener Begrifflichkeiten sowie des Umgangs und Verständnisses von Entscheidungen am Lebensende im Allgemeinen und dem aktiven Handeln auf Wunsch eines Menschen im Speziellen, eingegangen. Hieraus ergab sich das philosophische Grundgerüst von deontologischer und konsequentialistischer bzw. utilitaristischer Ethik, auf denen sich die im Ländervergleich aufbauenden unterschiedlichen Ansichten über das Thema fundieren können.

Darüber hinaus wurde die Frage geklärt, ob ein aktives Tun aufgrund eines Sterbewunsches zur ärztlichen oder medizinischen Arbeit gehört. Hierbei ist festzuhalten, dass ein Arzt bislang als die am besten geeignete Person in Frage kommen dürfte, um in die praktische Verantwortung genommen zu werden. Daraus resultiert die Konkretisierung des in der Arbeit behandelten Themas hin zum Hinterfragen „ärztlicher Reaktionen auf Sterbenswünsche von Patienten“. Sowohl dem Arzt als auch dem Patienten kommt in diesem Zusammenhang allerdings eine neue Rolle zu und das Arzt-Patienten-Verhältnis wird grundlegend verändert, nicht nur hinsichtlich der Zielsetzung des gewünschten Erfolges, sondern auch in anderen wahrzunehmenden Rechten und Pflichten.

Die gesammelten Ergebnisse zeichnen die geänderte Rolle des Arztes bereits ab. Er könnte in geeigneter Weise als ausführende Person auf den Sterbewunsch eines Patienten reagieren, wegen der Effektivität der Medizin allgemein und aufgrund der Kenntnisse der Physiologie des menschlichen Körpers. Sicherheit zeichnet sich ab, eine Sicherheit die garantiert sein müsste, um z.B. über eine potentielle Gesetzeserweiterung diskutieren zu können, allein aufgrund der Verpflichtungen des Staates, diese stets zu gewährleisten. Teil II im Folgenden erläutert diesbezüglich den Umgang des Arztes mit dem Thema der Hilfe beim Sterben, sowohl in den Ländern, in denen sie bereits involviert sind, als auch in den Ländern, in denen sie einen anderen Standpunkt einnehmen.

Darüber hinaus wurden die Aufgaben und Pflichten des Staates definiert und die Frage geklärt, inwieweit Sterben juristisch ein Thema ist. Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Selbst- und Fremdtötung wurden erkennbar, was besonders Auswirkung auf die Frage hat, ob die Beihilfe

zum Suizid verfassungsrechtlich gerechtfertigt sein könnte. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass jedem Menschen das Recht obliegt, selbstbestimmt über sein Leben und seinen Tod zu entscheiden. Ihm obliegt das Recht einen Suizid zu begehen, problematisch ist es aber dann, wenn einem Menschen, aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen, dieses nicht möglich ist. Es wurde deutlich, dass dieser Mensch durch den staatlichen Eingriff in Form eines Gesetzes, welches die Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt, daran gehindert wird, dieses Recht wahrnehmen zu können. Der Rechtfertigungsgrund des Dambrucharguments durch eine potentielle Gefahr für die Gesellschaft wurde angesprochen, fand aber noch keine abschließende Beurteilung, da auf die Erfahrungen der Länder im Ländervergleich zurückgegriffen werden soll. Festgestellt wurde aber bereits, dass eine Rechtfertigung für den Eingriff von Seiten des Staates in aller Regel besteht, aber im Besonderen eben eine Ausnahme bei den Menschen macht, die nicht in der Lage sind, ihr Recht wahrzunehmen, wie es der Exkurs zeigte. Das generelle Verbot der Tötung auf Verlangen stellt hierbei zwar einen ungerechtfertigten Eingriff in die Autonomie des Sterbewilligen dar, der Norm an sich kann aber ihr eigentlicher Schutzzweck nicht aberkannt werden. Es bleibt zu klären, inwieweit ein Grundrechtsschutz durch Verfahren angestrebt werden kann, welcher individuell und der aufgrund von Gebotenheit einer Entscheidung agiert. Dieser Teil der Arbeit hat Grundlagen herausgestellt, auf Basis derer es möglich ist, die Ergebnisse der Auswertungen aus dem Ländervergleich zu diskutieren, in Frage zu stellen oder zu stützen.

## **II. Ländervergleich**

### **Methodik und Anwendbarkeit**

Der nun folgende Ländervergleich enthält eine Darstellung der Länder Deutschland, der Niederlande und Kanada. Diese bewusste Auswahl soll alle Positionen und Haltungen bezüglich Entscheidungen am Lebensende verdeutlichen.

Der liberale niederländische Umgang mit einer gesetzlichen Erweiterung des Normtatbestandes auf der einen Seite, steht im Kontrast zur eher ablehnenden deutschen Haltung dem Thema gegenüber. Argumente werden einander gegenübergestellt und verglichen. Dieses ist auch deshalb besonders gut anwendbar, da gleiche europarechtlich normierte Grundbedingungen für eine gelungene Komparatistik bestehen.

Die Frage ergibt sich, welche Rolle Kanada, als drittes Land des Ländervergleichs inne hat? Kanada bezieht bei der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende einen Part zwischen Deutschland und den Niederlanden, mit einer tendenziell liberalen Grundhaltung zum Thema, aber einer ggf. angebrachten Vorsicht bei der Umsetzung in geltendes Recht. Der kanadischen Haltung gelingt es somit eine offene Diskussion über das Thema zu führen, bei der jegliche Elemente einer ausführlichen und fairen Debatte unterzogen werden. Zudem lassen sich die europäischen Konventionen sehr gut mit denen Kanadas, grundlegend normiert in der Charter of Rights and Freedoms, vergleichen und dienen somit zudem als Ansatzpunkt, über Möglichkeiten und Grenzen im Recht zu diskutieren.

Bei Betrachten des Themas ergibt sich weiter die Frage, warum der Ländervergleich sich nicht weiteren Länderdarstellungen bedient. So erscheint z.B. der medial häufig mit in den Kontext gebrachte Umgang der Schweiz bezüglich Entscheidungen am Lebensende als erwähnenswert. Die Sterbehilfepraxis, in Form der Suizidbegleitung, bedient sich dort Unternehmen, namens „Dignitas“ oder „Exit“, bei Sterbewünschen von Menschen assistieren. Rechtlich ist die Suizidbegleitung in der Schweiz ein Umkehrschluss aus Art. 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches, indem die Beihilfe zum Suizid einer anderen Person, unter Strafe gestellt ist. Die Strafbarkeit gilt demnach als dann erfüllt, wenn die beihilfeleistende Person aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ agiert.

Demnach ergibt sich konträr dazu, dass Straffreiheit stets dann vorliegt, wenn diese selbstsüchtigen Beweggründe nicht Grundlage der Handlung sind. Ein weiterer Grund für die Strafflosigkeit der die Hilfe ausführenden Person ist das Vorliegen der Urteilsfähigkeit des potentiellen Suizidenten. Wichtig ist zudem auch noch, dass die Handlung, die unmittelbar zum Tode führt, von dem Suizidenten selbst ausgeführt wird.

Ohne an dieser Stelle auf Einzelheiten des schweizerischen Systems einzugehen, wird deutlich, dass sich die Schweiz einem Umgang mit dem Thema bedient, das als „Variante“ durchaus diskutabel erscheint, aber dennoch losgelöst von der Themenstellung dieser Arbeit ist. Besonders die fehlende Aktivität eines Arztes ist hierfür als Grund zu nennen sowie die Tatsache, dass der Umgang auf die bloße Form der Hilfe beim Suizid beschränkt ist, und somit eine ganze Reihe der in dieser Arbeit behandelten Kriterien ausschließt.

Im Übrigen versteht sich der in dieser Arbeit beschriebene Ländervergleich als Methode zur Bildung einer Argumentationsstruktur, um im Anschluss daran Vor- und Nachteile im Umgang einander gegenüber stellen zu können. Die angeführten Länder sind repräsentativ für eine Art und Weise des herrschenden Umgangs mit dem Thema. Verzichtet wird daher auch auf potentiell andere nahe liegende Umgangsweisen mit dem Thema, wie etwa dem „Loi relative à l'euthanasie“ (Gesetz über Sterbehilfe) aus Belgien, aus dem Jahre 2002, dem „Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide“ (Gesetz über Euthanasie und assistiertem Suizid) aus Luxemburg aus dem Jahre 2009, dem seit 1997 existierenden „Death with Dignity Act“ (Sterben in Würde) aus Oregon, oder den 2009 in Kraft getretenen Gesetzes des Bundesstaates Washington in den Vereinigten Staaten, manifestiert im Washingtoner „Death with Dignity Act“.

Verwiesen sei an dieser Stelle auf das Buch „Euthanasia and Law in Europe“ von John Griffiths, Heleen Weyers und Maurice Adams, die in einer exakten Ausarbeitung eine Vielzahl von Länderpositionen darstellen und vergleichen. Ebenso nennenswert in Bezug auf den methodischen Umgang der Rechtsvergleichung ist das Buch von M. Groenhuijsen und F. van Laanen (eds.) „Euthanasia in international and comparative perspective“.

Die drei hier aufgeführten Länder bilden zur methodischen Komparatistik

aber eine geeignete Darstellung bestehender Situationen, Grenzen und Möglichkeiten im Recht, den Umgang in der Gesellschaft und der Ärzteschaft.

## Deutschland<sup>182</sup>

*„In absehbarer Zukunft, ja vielleicht noch für lange Zeit, werden Argumente für die Euthanasie im Keime erstickt werden, indem mit anklagenden erhobenen Zeigefinger – und vielleicht übereifrig – auf Parallelen aus der nicht allzu fernen Vergangenheit hingewiesen wird.“<sup>183</sup>*

### 1. Wort vorab

Obschon der beschriebenen Deckungsgleichheit der einzelnen Länderpositionen, ist es notwendig, an einigen Stellen vermeidlich abweichende Gebiete des Rechts zu beschreiben, die vom Verständnis und aus der Sicht des jeweiligen Landesrechts als selbstverständlich erscheinen, dennoch klärungsbedürftig sind und unter diesem Gliederungspunkt gefasst werden sollen. Aus der folgenden Länderposition ergeben sich, wie später deutlich wird, unterschiedliche Begriffe, die den Umgang mit dem Thema bei Entscheidungen am Lebensende beschreiben. Dies ergibt sich insbesondere aus der über die Patientenverfügung geführten Debatte. Gerade die beteiligten Personen in diesen Konstellationen tragen durch ihre differierenden Rechte und Pflichten zur

---

<sup>182</sup> Die Ausarbeitung zur deutschen Länderposition bezieht sich bis zum Oktober 1990 ausschließlich auf Westdeutschland. Die DDR, vom 7. Oktober 1949 bis zur Wiedervereinigung mit Westdeutschland, unter sozialistischem Regime findet in der Bearbeitung keine Beachtung, aufgrund der unmöglichen Anwendung des bestehenden Rechts. Das BGB wurde zur Gründung der DDR zunächst noch erhalten, fand im Jahre 1976 allerdings eine deutliche Abwandlung durch das „Zivilgesetzbuch der Deutschen Demokratischen Republik“, wobei Eigentums- und Besitzrechte streng limitiert wurden, zugleich wurde das gesamte Vertragsrecht der Planwirtschaft zugeordnet.

Rechtlich gab es zum Thema Euthanasie oder dem assistierten Suizid keine Vorgaben in der DDR. Es fehlte sowohl an judikativen als auch legislativen Bestimmungen zum Thema. Allerdings bestand ein Bestreben, bezüglich Sterbebegleitung zu agieren. Dieser Bereich wurde eher theoretisch auf einer philosophischen Ebene diskutiert, als rechtlich. Dieses fand zeitlich gegen Ende der 70er Jahre statt. Maßgeblich ist hier die Rede von Kurt Hager bei einem Philosophiekongress zu benennen. Dort betitelte er mögliche Grenzsituationen, sowie neu aufkommende Probleme von Krankheit, Gesundheit und Sterben, als eine „Herausforderung“ an die marxistisch-leninistische Philosophie. Rechtliche Manifestierung fand das Thema hingegen nicht.

<sup>183</sup> M.H. Kottow, 1988 in „Report aus Deutschland“ mit dem Titel „Euthanasie nach dem Holocaust – Ist dies möglich?“

Klärungsbedürftigkeit bei. Deshalb vorab folgende Erläuterungen, die im folgenden Text von Bedeutung sind.

Grundlegend sollte erwähnt werden, dass im späteren Verlauf über Patientenrechte geschrieben wird. Diese sind in Deutschland dem Rechtsgebiet des Privatrechts zugehörig, welches Beziehungen von rechtlich gleichgestellten Rechtssubjekten, gleich ob natürliche oder juristische Personen, untereinander regelt. Die Bezeichnungen Zivilrecht oder Bürgerliches Recht sind Teile des Privatrechts, jedoch fälschlicherweise, nicht wie oft angenommen, ein Synonym für das Privatrecht.

Folgende Begrifflichkeiten spielen im Kontext der deutschen Länderdarstellung ebenso eine wichtige Rolle und bedürfen einer kurzen Definition vorweg:

### **Betreuer**

Ein Betreuer wird zur Regelung der Rechtsstellung von psychisch Kranken, körperlich, seelisch oder geistig Kranken oder sonstigen gehandikapten volljähriger Personen herangezogen.<sup>184</sup> Maßgeblich ist § 1896 Abs. 1 BGB<sup>185</sup> für die Befugnisse eines Betreuers zu nennen. Demnach kann einer volljährigen Person mit den genannten Krankheiten und Beeinträchtigungen von einem Vormundschaftsgericht oder von Amts wegen<sup>186</sup> ein Betreuer bestellt werden. Entscheidendes Kriterium der Zumessung ist die Hilfsbedürftigkeit des Betroffenen. Zu den Aufgaben eines bestellten Betreuers zählen das Erledigen der persönlichen Angelegenheiten, z.B. jede Form von Ämtergängen, Vermögensbetreuung und jegliche andere Art der Verrichtung, die der Betroffene nicht mehr selbstständig ausführen kann, um seine Rechtsstellung zu wahren. Die Dauer der Betreuung richtet sich hierbei nach der Notwendigkeit im Einzelfall, die jeweils vom Gericht bestimmt wird.

---

<sup>184</sup> Die Betreuung durch den Betreuer ersetzt die ehemalige Entmündigung von Personen, die Gebrechlichkeitspflege und die Vormundschaft über Erwachsene.

<sup>185</sup> Zu Wortlaut des Gesetzes in der Fassung aufgrund des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts (Zweites Betreuungsrechtsänderungsgesetzes - 2. BtÄndG) vom 21.4.2005 (BGBl. I S. 1073) m.W.v. 1.7.2005 siehe Anhang.

<sup>186</sup> Diese Zuweisung von Amts wegen beruht vor allem aufgrund von geistigen Gebrechen.

Rechtlich zu erwähnen ist weiter, dass der Betreuung keinerlei Außenwirkung auf die Geschäftsfähigkeit zukommt, welche sich weiterhin nach allgemeinen Grundsätzen bemisst. Bei schwerwiegenden Entscheidungen, wie der Zustimmung zu einer Gefahr mit sich bringenden Heilbehandlung, bedarf es der erneuten Zustimmung des Vormundschaftsgerichts.

### **Vormundschaftsgericht, Vormund und Vormundschaft**

Das Vormundschaftsgericht ist Teil des Amtsgerichts, mit einer Entscheidungsbefugnis im Familienrecht und befasst sich insbesondere mit der Bestimmung eines Vormunds, eines Betreuers oder eines Pflegers, mit Entscheidungen über die Güterverteilung in Scheidungsfällen und Adoptionen von Kindern. Grundlage der Entscheidungsbefugnis des Vormundschaftsgerichts ist die freiwillige Gerichtsbarkeit.<sup>187</sup>

Eine vom Vormundschaftsgericht bestimmte Person gilt als Vormund, wenn die Voraussetzungen für eine Vormundschaft vorliegen. Vormundschaft wird vom Gericht angeordnet, wenn ein zum Beispiel auch nicht geborenes Kind, oder ein minderjähriges Kind nicht unter „elterlicher Sorge“ stehen.<sup>188</sup> Wichtig zu beachten ist, dass die Vormundschaft über Volljährige durch die Betreuung ersetzt wurde.

### **Bevollmächtigter**

Ein Bevollmächtigter ist durch eine Vollmacht zur im Rechtsgeschäft notwendigen Vertretungsmacht bestimmt. Die zentrale Norm hierzu ist § 166 II BGB. Es gibt unterschiedliche Formen in denen ein Bevollmächtigter tätig werden kann.

1. Außen- und Innenvollmacht
2. Vom Wirkungskreis abhängige Vollmachten (z.B. Spezial- oder Generalvollmacht, Gattungs- oder Artvollmacht)
3. Einzelvollmacht und Gesamtvollmacht (Stellvertretung)
4. Haupt- und Untervollmacht
5. Art der unwiderruflichen Vollmacht (über den Tod hinaus)

---

<sup>187</sup> Nach den §§ 35 ff. FGG.

<sup>188</sup> Elterliche Sorge umfasst sowohl die Personensorge, als auch die Vermögenssorge, wenn entsprechende Angelegenheiten zur Vertretung des Minderjährigen nicht unternommen werden können.

## 6. Anscheins- und Duldungsvollmacht

Grundsätzlich bedeutet eine Vollmacht die Ermächtigung zum Handeln im fremden Namen, somit das Außenverhältnis zum jeweiligen Geschäftspartner. Eine Vollmacht wird dem Bevollmächtigten durch eine einseitige Erklärung übertragen,<sup>189</sup> oder gegenüber dem von dem Rechtsgeschäft betroffenen Dritten, bzw. der Allgemeinheit.<sup>190</sup>

### **Stellvertreter**

Man unterscheidet zwei Arten der Stellvertretung, die aktive und die passive. Eine Stellvertretung im aktiven Sinne liegt dann vor, wenn eine Willenserklärung abgegeben wird, eine passive dann, wenn ein Empfang der Willenserklärung für einen anderen in dessen Namen vorliegt. Somit ist Grundvoraussetzung ein eigenverantwortliches, unmittelbares Handeln im fremden Namen mit einer dazugehörigen Vertretungsmacht. Eine Stellvertretung liegt nicht vor, wenn zwar im Interesse des Vertretenen gehandelt wird, diese Handlung aber im eigenen Namen geschieht (sog. mittelbare Stellvertretung).

### **Verfügung**

Unter Verfügung ist das unmittelbare Einwirken auf den Bestand eines Rechts durch Übertragung, Aufhebung, Belastung oder im inhaltlichen Sinne zu verstehen. Die Verfügung steht konträr zum Verpflichtungsgeschäft (wie z.B. Kauf), was eine direkte Auswirkungen auf den unmittelbaren Bestand des Rechts beinhaltet.

## **2. Historische Herleitung**

Eine historisch orientierte Betrachtung des Umgangs bei Entscheidungen am Lebensende in exakter und vollständiger Dogmatik an dieser Stelle zu beschreiben, erscheint in Anbetracht der Dehnbarkeit der Begrifflichkeiten äußerst schwierig. Im Folgenden soll jedoch eine grundlegende historische Entwicklung beschrieben werden, aufgrund derer es möglich ist, im

---

<sup>189</sup> Daher gelten die hierfür allgemeinen Vorschriften, z.B. bezüglich der Geschäftsfähigkeit oder einer möglichen Anfechtung der Willenserklärung, etc.

<sup>190</sup> Diese Unterschiede beziehen sich auf das Außen- bzw. Innenverhältnis der jeweiligen Vollmacht. Eine nähere Erläuterung ist hierzu jedoch nicht notwendig, ebenso wie zu den einzelnen Unterarten der aufgelisteten Vollmachten.

Anschluss den gesellschaftlichen Umgang bezüglich Verständnis und Ablehnung jeglicher Reaktionen auf explizite und voluntäre Sterbenswünsche zu analysieren. Die geschichtliche Prägung des Umgangs mit dem Thema Tod in Form von Beihilfe beim Suizid oder der Tötung auf Verlangen ist besonders für Deutschland, als ersten Teil des Ländervergleichs von Bedeutung, um der Sensibilität des Themas durch vorausgegangenen Missbrauch gerecht zu werden.

Beginnend im 19. Jahrhundert entstand eine nachhaltige Auseinandersetzung mit dem Thema. Natürlich gab es auch vor dieser Zeit Diskussionen über Entscheidungen am Lebensende. Diese sind an dieser Stelle allerdings außen vorgelassen, da die gesellschafts- und geschichtsprägende Entwicklung erst ab dieser Zeit bedeutungsvoller wirkt.<sup>191</sup>

Im Jahre 1871 wurde im Reichstrafgesetzbuch verankert, dass die Tötung einer anderen Person auf deren Verlangen strafbar sei.<sup>192</sup> Die hier verankerte Strafbarkeit der Handlung findet in gleicher Form bis in die heutige Zeit Gültigkeit. Dies allein begründet jedoch noch nicht die vehemente Ablehnung jeglichen aktiven Tuns bei Entscheidungen am Lebensende. Dieses Ergebnis ist Resultat einer sozialdarwinistischen Diskussion über die „Ausscheidung der Schwachen“ aus der Gesellschaft.<sup>193</sup> Diese Ideologie folgte dem Ziel der optimalen Fortpflanzung der Rasse. So erschien es angebracht geistig und körperlich behinderte Menschen in Heime einzuliefern, wobei Darwin darauf verwies, dass es zum Nachteil der Gesellschaft führen könnte, da so „die schwachen Individuen der zivilisierten Völker ihre Art fortpflanzen“ könnten, was „äußerst nachteilig für die Rasse sei.“<sup>194</sup> Dieser Meinung schlossen sich

---

<sup>191</sup> Erwähnt sei an dieser Stelle, dass die historische Darstellung Deutschlands zeitlich gesehen früher beginnt als in den anderen Ländern. Dieses liegt nicht daran, dass es in den Niederlanden oder in Kanada gänzlich keine Überlegungen zu dem Thema gab, sondern vielmehr an der Tatsache, dass die geschichtliche Entwicklung der beiden Länder zu dieser Zeit nicht derart prägend war, wie es in Deutschland der Fall war. Gerade die Herleitung der Vorkriegs- und Kriegsgeschichte zu Zeiten des Dritten Reiches wirken nachhaltig auf die aktuelle Auseinandersetzung mit dem Thema.

<sup>192</sup> Genauer Wortlaut des § 216 StGB: „Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Gefängnis nicht unter drei Jahren zu erkennen.“

<sup>193</sup> Vgl. U. Benzenhöfer „Der gute Tod“ 1999, S. 77.

<sup>194</sup> U. Benzenhöfer „Der gute Tod“ 1999, S. 79.

bekannte Personen an, die ebenso wie Darwin der Auffassung waren, Menschen mit einer Behinderung psychischer oder physischer Natur, nicht am Leben zu erhalten, aufgrund der durch Fortpflanzung entstehenden Verbreitung der entsprechenden Krankheit.<sup>195</sup> Ob diese Ansichten der Zeit gemäß angemessen gewesen sind, soll an dieser Stelle unbeantwortet bleiben. Fest steht jedoch, dass die Ausführungen zum Sozialdarwinismus in der folgenden Zeit des Nationalsozialismus missbraucht wurden, um den Zielen der Rassenpolitik des Regimes zu nützen. So wurde die Tötung von Menschen mit Behinderung aufgrund von finanzieller und nationalökonomischer Notwendigkeit und Ressourcenknappheit gerechtfertigt<sup>196</sup> und somit zu einem Programm zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.<sup>197</sup> Dieses wurde zunächst im Jahre 1912 vom deutschen Ärztetag abgelehnt<sup>198</sup> und fand noch keine Anwendung, was sich allerdings in den Folgejahren änderte und durch den Missbrauch ein nationalsozialistisches Programm ins Leben gerufen wurde, welches systematisch nicht zur Ideologie passende Menschen<sup>199</sup> unter dem Begriff der „Euthanasie“ töten ließ.<sup>200</sup> In der Zeit des Nationalsozialismus wurden unter diesem Programm<sup>201</sup> 250.000 bis 350.000 Menschen getötet. Diese Grausamkeiten prägten die Diskussion über jegliche Art von Entscheidungsverhalten am Lebensende in Deutschland, besonders aber

---

<sup>195</sup> Unter anderem sind hier als Vertreter der Tötung unwerten Lebens E. Häckel und F. Nietzsche zu nennen, die federführend in der Diskussion waren. So vertraten sie die Meinung, dass Eltern ein Recht zustehen würde behinderte Kinder zu töten. (Vgl. hierzu U. Benzelhöfer, 1999, S. 89).

<sup>196</sup> Dazu auch Große-Vehne „Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), „Euthanasie“ und Sterbehilfe. Reformdiskussion und Gesetzgebung seit 1870“, 2005, S. 86.

<sup>197</sup> Als maßgeblicher Vertreter dieser Auffassung ist Karl Binding zu nennen. Er stellte in Frage, ob die Lebensvernichtung nur auf eine bis dato bestehende Selbsttötung zu beziehen wäre, oder auch Erweiterung durch eine Legitimation von Fremdtötung finden könnte.

<sup>198</sup> Dieses ist für die bereits skizzierte Diskussion über die Rolle eines Arztes bei Entscheidungen am Lebensende interessant, da bereits zu dieser Zeit ohne eindeutige Gründe ein Arzt als die Person angesehen wurde, der es obliegen sollte, aktiv auf geäußerte Sterbewünsche zu reagieren.

<sup>199</sup> Namentlich als „lebensunwertes Leben“ betitelt.

<sup>200</sup> In den Jahren 1940 und 1941 wurde von den Nationalsozialisten offiziell das „Euthanasieprogramm“ verfolgt, ohne gesetzliche Grundlage besessen zu haben.

<sup>201</sup> Hinzu kamen weitere „Programme“, so u.a. ein Programm der Kindereuthanasie indem 5.000 bis 8.000 Kinder getötet wurden.

die Diskussion über aktives Reagieren auf Sterbewünsche.<sup>202</sup> Nach dem zweiten Weltkrieg fand keinerlei Umgang mit diesem Thema statt. Erst um die Jahre 1970 kam die Überlegung auf, über eine Legalisierung bei aktiven Eingriffen nach Sterbewünschen von Patienten zu reagieren. Ergebnis dieser Diskussion war die Gründung der Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) im Jahre 1980. Erstmals wurde hier die Auffassung vertreten, dass todkranke Menschen ein Recht auf den Tod haben, in Form einer freiwilligen und aktiv geleisteten Hilfe zum Sterben. Allerdings fand, obschon immer wiederkehrender Diskussionen über die Notwendigkeit einer rechtlichen Fixierung, gleich welcher Art, kein Bemühen einer Umsetzung statt. Dieses ist bis zur aktuellen Zeit unverändert. Im Gegensatz dazu besteht aber für den Patienten die Möglichkeit eine Behandlung zu verweigern, unabhängig der Gebotenheit oder Dringlichkeit. Dieser Grundsatz ist juristisch anerkannt, so kann ein Patient auch vitale Behandlungen verweigern oder zurückweisen, sogar, wenn dieses eine unmittelbare Lebensgefahr zur Folge haben könnte.<sup>203</sup>

## **2.1 Aktuelle Entwicklungen**

Im Folgenden sollen aktuelle Entwicklungen beschrieben werden, um Aufschluss darüber zu geben, wie der momentane Stand der Haltung zum Thema Entscheidungen am Lebensende ist. Die Auflistung und Erörterung bezieht sich größtenteils auf Beratungskommissionen der Politik oder der Ärzteschaft in Deutschland und stellt Empfehlungen dar, die ein zukünftiges Verhalten normieren sollen. Gleichwohl schafft der Blick auf diese Entwicklungen Möglichkeiten, zu erkennen, wo der Fokus im Umgang und Verständnis mit und zum Thema liegt.

Am 10. Juni 2004 legte die vom Bundesjustizministerium eingesetzte Arbeitsgruppe "Patientenautonomie am Lebensende" ihren Abschlussbericht "Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen" vor. Die Arbeitsgruppe konstatiert darin

---

<sup>202</sup> So auch B. Fittkau, 2006. S. 39.

<sup>203</sup> Häufige Anwendung findet diese Prinzip im Übrigen bei der Zurückweisung von Bluttransfusionen, so z.B. aus religiösen Motiven. Vg. Hierzu Malecky „Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung“ in ÖJZ 1994, 681 (685).

Regelungs- bzw. Klarstellungsbedarf in den Fragen nach der "Erforderlichkeit einer Vertreterentscheidung bei Vorliegen einer Patientenverfügung", der "Bindung des Vertreters an den Patientenwillen" sowie der "Erforderlichkeit einer Zustimmung des Vormundschaftsgerichts zu Vertreterentscheidungen". Sie empfiehlt mehrheitlich, durch eine Ergänzung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), das Rechtsinstitut der nicht formbedürftigen Patientenverfügung, einzuführen.

Gemäß neu einzufügendem § 1901b BGB hätte der Betreuer „den in einer Patientenverfügung geäußerten Willen des Betreuten“ zu beachten. Liegt eine Patientenverfügung über die Einwilligung oder die Verweigerung der Einwilligung in bestimmte ärztliche oder pflegerische Maßnahmen vor, die auf die konkrete Situation zutrifft, so gilt diese nach Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit fort. Dem Betreuer obliegt es, diese Entscheidung durchzusetzen, soweit ihm das zumutbar ist“. Dies soll auch dann gelten, „wenn die Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat“. Die Durchsetzung des Patientenwillens ist dem Betreuer nicht zuzumuten, wenn der Patientenwille „auf ein gesetzlich oder arztrechtlich verbotenes Tun gerichtet ist“.

§ 1904 BGB soll nach Meinung der Arbeitsgruppe dahingehend geändert werden, dass die Einwilligung des Betreuers in eine ärztliche Maßnahme grundsätzlich der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf, „wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet“. Ebenso grundsätzlich genehmigungspflichtig ist die Verweigerung der Einwilligung des Betreuers in eine ärztliche Maßnahme, wenn diese „medizinisch angezeigt und anzunehmen ist, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt“. Eine Genehmigung ist jedoch nicht erforderlich, wenn zwischen Arzt und Betreuer Einvernehmen darüber besteht, dass die in Frage stehende Maßnahme bzw. deren Unterlassung dem Patientenwillen entspricht. Ein Bevollmächtigter, dem die Vertretungsmacht nicht wie die eines Betreuers durch einen staatlichen Akt, sondern durch einen privatrechtlichen Auftrag verliehen wird, kann in Maßnahmen der o.g. Art einwilligen oder diese verweigern, wenn die Vollmacht dies ausdrücklich vorsieht und schriftlich erteilt ist. Eine

Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht ist dann nicht erforderlich. Die Arbeitsgruppe unterstreicht, „dass die Tötung auf Verlangen (sog. aktive Sterbehilfe oder Euthanasie) weiterhin strafbar bleiben muss“.

Darüber hinaus spricht sie sich dafür aus, die sog. passive und indirekte Sterbehilfe durch eine entsprechende Ergänzung von § 216 StGB explizit für straffrei zu erklären. Damit würden bestehende Rechtsgrundsätze in Gesetzesform umgesetzt, außerdem werde Rechtsklarheit geschaffen und die Rechtssicherheit für Ärzte, Patienten und Patientenvertreter erhöht.

In ihrem am 13. September 2004 veröffentlichten Zwischenbericht „Patientenverfügungen“ empfiehlt die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ dem Deutschen Bundestag (15. Wahlperiode) mehrheitlich eine gesetzliche Regulierung von Patientenverfügungen durch die Ergänzung des BGB um einen neuen Paragraphen 1901b (Patientenverfügungen). Demnach soll jede entscheidungsfähige Person in einer Patientenverfügung schriftlich niederlegen können, welche medizinischen Maßnahmen sie im Falle eines Verlustes ihrer Einwilligungsfähigkeit wünscht, oder ablehnt. Diese Patientenverfügung ist von dem Betreuer umzusetzen, sofern sie auf die vorliegende Situation zutrifft und es keine Anhaltspunkte dafür gibt, „dass der Betreute seinen Willen geändert hat oder bei Kenntnis der vorliegenden Umstände zu einer anderen Entscheidung gekommen wäre“. Sieht die Patientenverfügung „den Verzicht oder Abbruch einer medizinisch indizierten oder ärztlich vorgeschlagenen lebenserhaltenden Maßnahme“ vor, darf der Betreuer diese nur dann umsetzen, „wenn das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tode führen wird“, er zuvor die Beratung eines Konsils eingeholt hat und der Verzicht oder der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen durch das Vormundschaftsgericht genehmigt wird.

Am 2. Juni 2005 hat auch der Nationale Ethikrat das Thema „Patientenverfügung“ in einer Stellungnahme bearbeitet, vertritt jedoch unterschiedliche Meinungen. Die Mehrheit der Mitglieder plädiert dafür, Voraussetzungen und Reichweite von Patientenverfügungen gesetzlich zu

regeln. Ebenfalls mehrheitlich spricht sich der Ethikrat für Ergänzungen im Bürgerlichen Recht und im Strafrecht aus, die die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen festlegen. Diese Verbindlichkeit soll nicht auf bestimmte Phasen der Erkrankung beschränkt sein. Eine Minderheit ist jedoch wie die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ der Meinung, dass Patientenverfügungen, in der die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen festgelegt sind, nur „im Falle von einem irreversiblen, in absehbarer Zeit zum Tode führenden Krankheitsverlauf als bindend anzusehen sein sollten“. Der Ethikrat schlägt die Schriftform (oder „eine vergleichbar verlässliche Form“, zum Beispiel eine Videoaufnahme) als Voraussetzung für die Gültigkeit von Patientenverfügungen vor, davon abweichende Formen, beispielsweise eine mündliche Verfügung, sollen nicht als bindend gelten, jedoch bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens berücksichtigt werden. Einen ständigen Nachweis der Aktualität der Verfügung durch erneute Unterschrift erachtet die Mehrheit nicht als notwendig. Zudem möchte der Ethikrat die Kompetenzen von Betreuern und Bevollmächtigten gesetzlich präzisieren. Das Vormundschaftsgericht soll nur bei Meinungsverschiedenheiten oder bei missbräuchlicher Verwendung einer Verfügung eingeschaltet werden.

Das Verbot der aktiven Sterbehilfe soll laut Ethikrat nicht in Frage gestellt werden.

In seiner am 13. Juli 2006 veröffentlichten Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ beschäftigt sich der Nationale Ethikrat schwerpunktmäßig mit Problemen des derzeitigen Sprachgebrauchs im Zusammenhang von Sterbebegleitung, der als „missverständlich und irreführend“ beurteilt wird, sowie mit Fragestellungen im Kontext der Selbsttötung, insbesondere werden die ethische Bewertung der Selbsttötung angesichts unheilbarer Krankheiten, die Aufgaben und Pflichten von Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf die Suizidintervention, der Beihilfe zum Suizid und der Frage nach Tötung auf Verlangen thematisiert. Im Rahmen seiner Stellungnahme stellt der Nationale Ethikrat unterschiedliche Positionen dar: Einige Mitglieder machen geltend, dass die Suizidbeihilfe dem beruflichen Auftrag des Arztes widerspreche und die Schwierigkeit bestehe, festzustellen, ob dem

Suizidwunsch eines Patienten tatsächlich ein frei verantworteter und ernsthaft bedachter Entschluss und nicht nur eine temporäre seelische Krise oder depressive Verstimmung zugrunde liege. Dem entgegen steht die Auffassung einer zweiten Gruppe, die betont, dass Ärzte verpflichtet seien „ihre medizinischen Kompetenzen zum Besten ihrer Patienten einzusetzen und deren Selbstbestimmung zu akzeptieren“. In der Situation unheilbarer Krankheit könne dies auch die Beihilfe zum Suizid beinhalten. Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eines Patienten gehöre überdies tagtäglich zum Aufgabenbereich von Ärzten. Eine dritte Position sieht in der Entscheidung des Arztes für oder gegen eine Beihilfe zum Suizid eine höchst persönliche Entscheidung, die zu billigen sei und berufsrechtlich nicht geahndet werden solle. Auch die Frage nach organisierter Vermittlung von Suizidbeihilfe ist im Nationalen Ethikrat umstritten. Mehrheitlich bestehen grundlegende Bedenken gegen sie und auch ihre eigentlichen Befürworter bewerten sie gegenüber einer professionellen Suizidbeihilfe durch den behandelnden Arzt als nicht wünschenswert. In der Frage der Tötung auf Verlangen besteht im Nationalen Ethikrat Übereinstimmung darin, dass das entsprechende Verbot nach § 216 StGB Bestand haben soll, wobei in Einzelfällen das Absehen von Bestrafung ermöglicht werden solle.<sup>204</sup>

Deutlich wird, dass das Hauptaugenmerk in Deutschland auf einer Patientenverfügung am Lebensende liegt.<sup>205</sup> Die Frage nach aktiver

---

<sup>204</sup> Vgl. hierzu weiterführend die aktuellsten Entwicklungen unter Punkt 3.3.2 dieser Länderdarstellung.

<sup>205</sup> Erneut bestätigt wurde dies durch weitere Entwicklungen in der Politik. So hat der Deutsche Bundestag vom 29.03.2007 eine Neuregelung der Patientenverfügung angeregt. Nach diversen Gesetzesentwürfen wurde am 06.03.2008 ein Gruppenantrag in den Bundestag eingebracht (BT-Drs.: 16/8442), mit dem Ziel endgültige Verbindlichkeit des Wunsches in jeder Krankheitsphase für den Patienten gesetzlich verbindlich zu machen, um dessen Wille immer eindeutig zu wahren. Dem folgte am 21. Oktober 2008 ein weiterer Antrag, der zudem gewährleisten sollte, dass die Äußerung des Patientenwunsches an hohe Maßstäbe zu knüpfen sei und der vorausgehenden Beratung einen maßgeblichen Stellenwert zukommt. Im folgenden Punkt der Arbeit „Patientenverfügung“ wird detaillierter die deutsche Lösung im Umgang mit Sterbehilfe durch Patientenverfügung mit Vor- und Nachteilen behandelt. An dieser Stelle sei die Nennung, der Vollständigkeit der aktuellen Situation halber, ausreichend.

Sterbehilfe wird aus sämtlichen Diskussionen so gut wie ausgeklammert und umgangen. Passive Sterbehilfe nimmt in der Gesamtdiskussion ebenfalls eine untergeordnete Rolle ein.

Was weiterhin festzustellen ist, ist dass die gesetzlichen Regelungen der Straf- und Zivilgerichtsbarkeit jegliches Handeln in Form eines aktiven Tuns bei einer Lebensbeendigung unter Strafe stellen und sanktionieren. Es existiert somit nicht der geringste Spielraum im Umgang mit dem Thema.

### **3. Rechtliche Betrachtung**

Im Folgenden soll auf Basis der historischen Herleitung des Umgangs mit dem Thema eine rechtliche Betrachtung stattfinden, um zu erläutern wie die gesetzlichen als auch rechtsprechenden Haltungen begründet sind. Hierzu wird ein instruktiver Überblick über die aktuelle Situation des Verfassungsrechts sowie des Strafrechts als praktische Ausformung Aufschluss geben, die an einen Punkt gelangt, an dem deutlich wird, dass sowohl Verfassungsrecht als auch Strafrecht an Grenzen stoßen und die Rechtsprechung als regulierendes Organ gefragt ist.

#### **3.1 Verfassungsrecht**

Zu Beginn sollte der Blick in den Bereich des Verfassungsrechts erläutern, welche Herangehensweise in Form von aktuellen Bestimmungen im Grundgesetz<sup>206</sup> verankert sind, wie sich die staatliche Schutzpflicht gegenüber dem Bürger zu seiner Autonomie verhält und die Handlung der Selbsttötung verfassungsrechtlich gehandhabt wird, welches gleichzeitig wegen einiger Parallelen, Übergangspunkt zum Strafrecht bildet.

##### **3.1.1 Überblick über das Deutsche Grundgesetz**

Entscheidungen am Lebensende, im speziellen Reaktionen auf Sterbewünsche, umfassen rudimentär zunächst drei einschlägige Artikel des Grundgesetzes: die Menschenwürde<sup>207</sup>, das Recht auf Leben<sup>208</sup> und das Recht auf die freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit<sup>209</sup>.

---

<sup>206</sup> Gemeint ist das Grundgesetz, im folgenden GG, der Bundesrepublik Deutschland.

<sup>207</sup> Art. 1 Abs. 1 GG (zum genauen Wortlaut siehe jeweils Anhang).

<sup>208</sup> Art. 2 Abs. 2 GG.

<sup>209</sup> Art. 2 Abs. 1 GG.

Die Achtung der Menschenwürde, die auch ein Recht auf einen würdigen Tod gewährleisten soll, ist als Rechtsgut unantastbar. Sie nimmt den Staat in die Pflicht, den Bürger zu schützen, ungeachtet einer Bewertung oder Sondierung von Kriterien wie Krankheit, Schwäche, Alter oder der Art und Weise eines ausgesprochenen Sterbewunsches. Dem Schutz des Staates muss es gelingen, die Subjektqualität des einzelnen Bürgers zu bewahren, ohne dabei in seine Autonomie einzugreifen, was die Schwierigkeit bei jeglichen am Ende des Lebens zu treffenden Entscheidungen bildet. Fraglich ist, wie Menschenwürde bei Sterbenden zu gewährleisten ist. Neben einer optimalen Betreuung des Betroffenen sowie der Sicherstellung aller medizinischen Möglichkeiten sollte in erster Linie der Schutz vor Eingriffen Anderer bestehen, die in die Sterbephase eingreifend zu einer Verobjektisierung beitragen würden, welches Würdeverlust zur Folge hätte. Dieser Schutz wird explizit durch das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gewährleistet und schützt den Bürger zum einen vor einem Eingriff in seine biologisch-physische Existenz durch einen Dritten und zum anderen vor der Beeinträchtigung seiner physischen sowie psychischen Integrität. Dies ist besonders einschlägig bei dem Thema einer ärztlich vorgenommenen Handlung mit dem eigentlichen Ziel der Herbeiführung einer Heilung und der damit verbundenen Verletzung der unfreiwilligen körperlichen Integrität, was besonders bei der Art und Weise der Ausgestaltung des Sterbeprozesses eine wichtige Rolle spielt und an späterer Stelle eingehend erläutert wird.

Als weiteres im Grundgesetz verankertes Recht ist das auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit. Dieser Artikel, der der allgemeinen Handlungsfreiheit zugehörig ist, ist äußerst breit gefächert und schützt somit faktisch gesehen die gesamte Bandbreite menschlicher Handlungsmöglichkeiten, ebenso und erneut wie zuvor auch ohne selektive Kriterien.

### **3.1.2 Schutzpflicht kontra Autonomie beim Lebensrecht**

Das Recht auf Leben ist unter anderem als Abwehrrecht gegenüber staatlichen Eingriffen funktionalisiert, welches bei allen denkbaren Entscheidungen am Lebensende Relevanz besitzt und den Einzelnen grundlegend davor schützt, dass sein Leben gegen seinen Willen entzogen

wird. Neben staatlichen Eingriffen trifft dieses auch auf Eingriffe von Einzelpersonen zu. Der Staat wird hierbei seiner Schutzpflicht gerecht, indem er strafrechtliche Normen zur Sanktionierung einer Handlung beschreibt, wie im Falle des deutschen Strafrechts die §§ 211 ff. StGB darstellen. Probleme ergeben sich in diesem Zusammenhang aber dann, wenn ein Mensch vor sich selbst geschützt werden muss, was in Deutschland dazu führt, dass einem Menschen aus der Pflicht zu Leben, auch gegen den ausdrücklichen Willen, ein Verbot zu Sterben auferlegt wird. Diese Sicht bestätigt sich wie im Folgenden genauer erläutert in der Rechtsprechung und resultiert aus einer ethischen aber auch nicht theologiefreien Anschauung und Auslegung des Fixums „Recht auf Leben“. Das Recht der freien Entfaltung der Persönlichkeit, individuelles Entscheiden und autonomes Handeln verhält sich somit grundsätzlich subsidiär zum Rechtsgut Leben, ist verfassungsrechtlich aber nicht unbedenklich, da eine Pflicht zum Weiterleben entgegen des geäußerten Wunsches eines Menschen dazu führen würde, dass die subjektiven Grundrechte der Entscheidungsverfügung und Autonomie konträr zu einer objektiven Pflichtenordnung umgewandelt werden. Objektive Pflichtenordnung wiederum ist Bildnis eines totalitären Staatssystems, entspricht aber nicht einem freiheitlich demokratischen Staatssystem. Eine Wahrung dieses Grundsatzes würde aber dazu führen, dass dem Staat nicht die Pflicht obliegt in jeglicher Situation „sich schützend (...) vor dieses Leben“<sup>210</sup> eines Menschen zu stellen, um seine Schutzpflichten zu erfüllen, da ein Schutz des Rechts auf Leben nicht in der staatlichen Pflicht liegt, dem Träger eine Pflicht zum Weiterleben aufzuerlegen. Vielmehr zielt das zuvor genannte „Schützen des Lebens“ durch den Staat auf „vor allem“ darauf ab, den Bürger „vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten anderer zu bewahren.“ Die Wortwahl „vor allem“ impliziert an dieser Stelle aber wiederum eine Ausnahmekonstellation, die Situationen umfasst, in denen ein Mensch z.B. daran gehindert wird, eine suizidale Handlung vorzunehmen. Dem Staate ist es hier durchaus auferlegt, intervenierend einzugreifen, um den Betroffenen von seiner lebensbeendenden Handlung abzuhalten, was gerade in den Schwierigkeiten der unterschiedlichen zum Suizid führenden Beweggründe begründet liegt, wie

---

<sup>210</sup> BVerfGE 39, 1, 42; 160, 164.

bereits im Kapitel zuvor eingehend erläutert wurde. Ein generelles Versagen der Selbsttötung wäre aber wiederum ein Übermaßeingriff und nicht verfassungslegitim.

Schlussfolgernd lassen sich nun folgende Grundsätze des Umgangs mit Entscheidungen am Lebensende in Deutschland skizzieren:

1. Das Sterbenlassen eines Menschen, gemäß dessen explizit geäußerten Wunschs, ist verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Voraussetzung ist eine Situation, in der eine Krankheit unweigerlich zum Tode führen würde, eine gebotene medizinische Maßnahme, die den Prozess des Sterbens verlängern würde, aber aufgrund der Patientenautonomie nicht stattfindet, der Tod somit kausal zur Krankheit bleibt und die Nichtvornahme der gebotenen Handlung daher nur mittelbar das Sterben beeinflusst.<sup>211</sup>
2. Dem expliziten Wunsch eines Patienten gemäß darf ein Arzt eine medizinische Behandlung, z.B. die Verabreichung schmerzlindernder Medikamente vornehmen, auch wenn diese unter Umständen den früheren Eintritt des Todes zur Folge hat. Dieses findet verfassungsrechtlich Rechtfertigung aus Gründen der Humanität, des hohen Ranges der Patientenautonomie, sowie ethischen Gesichtspunkten<sup>212</sup>.

---

<sup>211</sup> Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass dieser Grundsatz als Konsequenz den Schutz des Patienten vor nicht gewünschten ärztlichen Heilbehandlungen beinhaltet. Dies wiederum führt dazu, dass dem Arzt kein Recht auf eine aufgrund seines Berufes hergeleitete Heilbehandlung obliegt. Jedoch wird der Arzt bei Entscheidungen am Lebensende als die Person gesehen, die am Besten geeignet erscheint dem Sterbewunsch eines Patienten zu entsprechen. Zum einen wird also dem Arzt verboten eine gebotene medizinische Handlung vorzunehmen, zum anderen wird von ihm verlangt eine nicht medizinische Tötungshandlung als potentielle Pflicht durchzuführen. Hier entsteht eine Unbalance und es droht die Gefahr, dass sich der Arzt in einer Grauzone aus Patientenwünschen, die es als ein Grundsatz deren Autonomie zu Beachten gilt und staatlich obliegenden Pflichten befindet – Heilen wenn es geboten ist - nein, Töten wenn es erwünscht - ja. Fraglich ist, wo die Autonomie des den ärztlichen Beruf mit sich bringenden Entscheidungsverhalten eines Arztes bleibt? Dieses wird an späterer Stelle eingehend bewertet.

<sup>212</sup> Zu beachten ist auch hier eine nicht eindeutig zu verstehende Begründung. So werden ethische Gründe angeführt, die dazu führen, dass zum früheren Tode führende Schmerzbehandlungen bei einem Patienten verfassungsrechtlich gerechtfertigt sind. Dies resultiert daraus, dass dem Patienten nicht auferlegt werden kann ein Leben

3. Die Tötung auf Verlangen als eine weitere Variante bei Entscheidungen am Lebensende ist strafrechtlich gemäß des § 216 StGB sanktioniert. Diese strafrechtliche Norm verfolgt den Zweck Allgemeinwohlinteressen zu schützen, wie etwa der Gefahr vom missbräuchlichen Gebrauch. Dieses Allgemeinwohl wird höher gewertet als die Autonomie des Einzelnen, die somit an ihre Grenzen stößt. Inwieweit die Gründe für eine generelle Versagung bestand haben, wurde im vorhergehenden Kapitel bereits dogmatisch erläutert und findet im Absatz IV eine ausführliche Bewertung.

### **3.1.3 Zum Umgang mit der Selbsttötung**

Im deutschen Staatsrecht ist das Recht auf Selbsttötung der negative Gebrauch der Freiheit und wird aus dem Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG als quasi Lebensbeendigungsrecht hergeleitet, wobei ein Widerspruch darin besteht, wenn ein Grundrechtsträger seine Grundrechte beendet. Daher erscheint es angemessener den Suizid der allgemeinen Handlungsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG zuzuordnen. Dogmatisch gesehen bedeutet diese Zuordnung zur Handlungsfreiheit allerdings das Vorhandensein einer vom Staat eingeräumten Freiheit sich selbst zu töten. Dies ist aber nicht der Fall. Der Suizid wird staatlicherseits lediglich toleriert.

Ein solcher Eingriff wäre aber grundsätzlich denkbar, bei einer berechtigten Handlungsnotwendigkeit und könnte in Form des Erlassens eines Gesetzes geschehen, welches formellen und materiellen Recht genügen müsste. Die Annahme einer strafrechtlichen Norm zur Sanktionierung suizidalen Handelns impliziert allerdings zum einen bereits

---

weiterzuführen, welches aus interner Sicht der Zwecklosigkeit, obendrein noch mit Schmerzen verbunden und des Werteverlustes des Lebens generell mit sich bringt. Dieses ist eine humane Ansicht, aus der sich aber die Frage ergibt, warum es Menschen nicht gestattet ist mit Hilfe einer anderen Person zu sterben? Zwecklosigkeit und das subjektive Gefühl eines nicht mehr werten Lebens sind als Motivationen einerseits anerkannt, werden aber andererseits nicht immer unmittelbar, von dem den Tode bevorstehenden Menschen als Legitimation ihres Wunsches angeführt. „In-Kauf-Genommene“ Tötung als Konsequenz einer Handlung aufgrund eines Sterbewunsches ist somit gerechtfertigt, eine Selbsttötung aufgrund einer eigenen Motivation des Sterbewunsches ebenfalls, jedoch findet ein exakt gleich motivierter Sterbewunsch eines Menschen der nicht in der Lage ist suizidal zu handeln und auch nicht vom unmittelbaren Tode bedroht ist keine Rechtfertigung – eine Grenze der Ethik?

die Tatsache, dass sich der Staat über die freiheitlich und autonom getroffene Entscheidung des einzelnen Bürgers erheben würde. Dieses ist aufgrund des staatlichen Subsidiarverhältnisses gegenüber dem Bürger staatsrechtlich nicht möglich. Des Weiteren würde die Norm gegen die Menschenwürde aus Art. 1 Abs. 1 GG verstoßen, da eine Reglementierung des Zeitpunktes oder der Art des Todes gegen die freie Willensentschließung verstoßen würde. Letztendlich wäre eine strafrechtliche Norm somit eine Pflicht des Bürgers, die der Menschenwürdegarantie zuwider laufen und zudem keine Rechtfertigung findet, da die generelle Begründung einer Pflicht den Bürger im Rangverhältnis unter den Staat setzen würde, mit der Konsequenz des Weiterlebens ohne damit zum notwendig vorhandenen Schutz und Zweck der Wahrung des Allgemeinwohls beizutragen. Ein Eingriff ohne Notwendigkeit und daher Rechtfertigung liegt somit vor und schließt eine mögliche Sanktionierung eines Suizides strafrechtlicherseits oder anderer Intervenierungsmöglichkeit per Gesetz oder Erlass in Deutschland aus.

### **3.2 Strafrechtliche Grundlagen zu Entscheidungen am Lebensende**

Jegliche Art der zuvor beschriebenen unterschiedlichen Möglichkeiten, Entscheidungen am Lebensende zu treffen, sei es der Suizid, die Schmerzbehandlung mit Inkaufnahme eines früheren Todes, das Unterlassen eines lebensverlängernden Eingriffs oder letztendlich die Tötung auf Verlangen sind im deutschen Recht nicht nur staatsrechtlich normiert, sondern finden ebenfalls Verankerung im Strafrecht. Während der verfassungsrechtlichen Analyse der staatlichen Grundstrukturen im Umgang mit dem Thema eher fundamental und theoretisch die Richtung vorgibt, ist die strafrechtliche Ausformung praxisorientierter, nicht zuletzt wegen der unmittelbaren Konsequenz durch Sanktionierung fehlerhaften Handelns. Die zentrale Norm, die das Thema umfasst, ist hierbei neben den allgemeinen Tötungsverbotsgesetzen<sup>213</sup> der § 216 StGB, der die Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt.

---

<sup>213</sup> So z.B.: §§ 211 StGB (Mord), 212 StGB(Totschlag).

## § 216 StGB

### Tötung auf Verlangen

- (1) Ist jemand durch das ausdrückliche 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.

Voraussetzung für den § 216 StGB ist, dass die Tötung auf Verlangen des Getöteten geschehen ist. Dieses Verlangen muss ausdrücklich erfolgen, eine bloße Anregung oder Annahme des Todeswunsches genügt hierbei nicht.<sup>214</sup> Das Nachweisen des tatsächlich Willens ist daher zwingende Voraussetzung und setzt der Norm eine strikt zu beachtende Grenze zum Mord oder Totschlag. In der anderen Richtung gewährt sie aber dem Straffreiheit, der nur als Gehilfe bei der Selbsttötung beteiligt war und nicht direkt ausführende Person.<sup>215</sup> Wichtig ist auch noch anzuführen, dass der geäußerte Sterbewunsch neben der Ausdrücklichkeit auch ernstlich geäußert wird, wobei darunter zu verstehen ist, dass Ernsthaftigkeit das Äußern des Wunsches aus einer bestimmten Augenblicksstimmung oder Geisteslage heraus ausschließt, wozu auch Depressionen, Trunkenheit oder Drogeneinfluss zählen.<sup>216</sup>

Es wird bereits sehr deutlich, welche Konstrukte der § 216 StGB umfasst und welche er ausklammert. Im allgemeinen ist festzustellen, dass er an enge Voraussetzungen gebunden ist, die einen Nachweis von Motivation, Ausdrücklichkeit oder Ernsthaftigkeit in der Praxis eventuell schwierig machen könnten, im Grunde des Rechtsgrundsatzes des Freispruches im Zweifel aber wohl auch diese Lücke zu schließen vermögen.

Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen stellt die einzige Norm im deutschen Strafrecht dar, welche sich mit einer der beschriebenen Möglichkeiten der Lebensbeendigung befasst. Sämtliche andere Alternativen werden nicht behandelt, was in gewissen Maße zum Kernproblem des deutschen Umgangs mit dem Thema der Entscheidungen am Lebensende im Allgemeinen und der Reaktion auf einen Todeswunsch

---

<sup>214</sup> RG 68, 307.

<sup>215</sup> Vgl. RG 70, 313; JW 21, 579.

<sup>216</sup> RG 72, 400.

im Speziellen führt, das Vorhandensein einer Unsicherheit über den Umgang mit dem Thema. Dem § 216 StGB kann es nicht gelingen, abschließend und erschöpfend sämtliche Entscheidungsmöglichkeiten am Lebensende zu normieren, da es keinen direkten Bezug hierzu gibt. Andere Normen sieht das deutsche Strafrecht nicht vor, was als Konsequenz hat, dass der Rechtsprechung die Aufgabe des entscheidungstreffenden bzw. -regulierenden Organs zukommt. Im Folgenden soll ein Blick auf die vergangenen relevanten Entscheidungen Aufschluss darüber geben, wie die Jurisprudenz mit dem Thema umgegangen ist, bzw. umgeht.<sup>217</sup>

### **3.3 Entwicklung in der Rechtsprechung**

Wegweisend für die Entwicklung der Haltung zum Thema Sterbehilfe in Deutschland waren maßgeblich zwei Gerichtsentscheidungen. Im sogenannten „Kemptener Urteil“<sup>218</sup> des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 13.09.1994 stimmte das höchste deutsche Gericht für Strafsachen unter bestimmten Kriterien einem Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen bei Patienten zu, die noch nicht unmittelbar vom Eintritt des Sterbeprozesses betroffen waren. Hierbei stimmte der BGH auf den mutmaßlichen Willen des Patienten für diese Entscheidung ab. Das verfolgte Ziel des Gerichts, die Patientenautonomie zu stärken, auch hinsichtlich im „gesunden“ Zustand zukunftsgerichteter Entscheidungen über ein Verhalten im Falle notwendig gemachten Entscheidungen über das Lebensende durch schriftlich festgehaltene Verfügungen, wurde allerdings nicht erreicht. Vielmehr führte die Wortwahl des Urteils zu Verwirrungen hinsichtlich der Bedeutung und im Besonderen der praktischen Umsetzung. Das Abstimmen auf den mutmaßlichen Willen wurde an „allgemeine Vorstellungen menschenwürdigen Lebens“ geknüpft und in Bedingung an „allgemeine Wertvorstellungen“<sup>219</sup> gesetzt. In Ermangelung an einem objektiven und anwendungsorientierten Urteil

---

<sup>217</sup> Bereits anzumerken sei an dieser Stelle, dass es äußerst schwierig ist Entscheidungen anzuführen und zu diskutieren, da in der zurückliegenden Zeit kaum eine Auseinandersetzung mit dem Thema stattfand und die behandelten Probleme in den meisten Fällen zu speziell waren, um allgemeine Gültigkeit herzugeben, die einer generellen Bewertung des Themas dienlich wären.

<sup>218</sup> BGHSt 40, 257 ff.

<sup>219</sup> BGHSt 40, 257 (263).

bezüglich der Definitionsgrundlage kam es vermehrt zu Kritik in der Bevölkerung, die durch Medieneinfluss gelenkt wurde, sowie in rechtlichen Diskussionen über Verhaltensweisen bei Entscheidungen am Lebensende.<sup>220</sup>

Bedeutung für die weitere Rechtsprechung hatte das Kemptener Urteil dann wenige Jahre später. Am 15.07.1998 beschloss das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt am Main, dass bei Patienten mit irreversiblen Hirnschädigungen, bei denen der unmittelbare Sterbeprozess allerdings noch nicht eingetreten ist, ein Abbruch der Ernährung durch eine Magensonde gerechtfertigt sei.<sup>221</sup> Dieser Beschluss des Zivilsenates des OLG wurde rechtlich begründet, in dem der Abbruch der lebensnotwendigen Ernährung durch die Magensonde durch den § 1904 BGB<sup>222</sup> gerechtfertigt wurde. Diese Norm stimmt auf eine vormundschaftsgerichtliche Handhabung der Entscheidungsbefugnis ab, die in dem Urteil des OLG an den Maßstab der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten geknüpft wurde, woraus die Analogie zu dem Kemptener Urteil des BGH offensichtlich wird. Obschon aus dem Wortlaut des § 1904 BGB eine Anwendung auf die zu entscheidende Situation nicht deutlich wird<sup>223</sup> und die Norm den Entscheidungsbestand nicht berührt, setzt das Gericht diese in eine Analogie. Für den Fall eines Abbruchs von lebenserhaltenden Maßnahmen, bei denen die zeitliche Spanne zum vermeintlichen Todeseintritt noch groß ist, wird der Betreuer des nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten in die Verantwortung genommen,

---

<sup>220</sup> So folgten diverse Aufsätze und Beiträge der Kritik an dem Urteil und wiesen auf daraus resultierende Gefahren hin. So u.a. K. Dörner, „Hält der BGH die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wieder für diskutabel?“ in ZRP 1996, 93 ff.

<sup>221</sup> OLG Frankfurt, NJW 1998, 2747.

<sup>222</sup> Wortlaut des § 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 Maßnahmen 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.

<sup>223</sup> So auch das Urteil des OLG. Vgl. hierzu OLG Frankfurt, NJW 1998, 2747 (2749).

anhand des „mutmaßlichen Willens“ oder einer eventuell vorhandenen Patienten- oder Betreuungsverfügung im Sinne des Betroffenen zu entscheiden.

Ungeachtet der an dieser Stelle weiter im Unklaren gelassenen exakten Definition und besonders der rechtlichen Begründung eines Verhaltens am Lebensende, welches bestenfalls in Analogie zu einer Norm des BGB gesehen wurde, ergaben sich weitere Bemühungen mit dem Thema umzugehen. So folgte ebenfalls im Jahr 1998, mutmaßlich als Folge der richterlichen Entscheidung des BGH und zeitlich näher liegend des OLG-Urteils, eine Stellungnahme der Bundesärztekammer.<sup>224</sup> Bemerkenswert hieran ist, dass die Entscheidung zu dieser Stellungnahme in Form von Richtlinien im Umgang mit zu treffenden Entscheidungen am Lebensende aus einer freiwilligen Inpflichtnahme der Ärzteschaft beruhte, die sich selbst in der Verantwortung zur Vornahme der zum Tode führenden Handlung sahen. Dieses ergibt sich aus der in den Urteilen ohne exaktere Begründung implizierten Aufgabe des Arztes. Zu diskutieren ist dies an späterer Stelle. Festzuhalten ist aber, dass besonders die von der Bundesärztekammer aufgestellten Leitlinien dazu führten, dass Bewegung in die gesamte Diskussion kam, da neben Patienten- und Betreuungsverfügungen auch das Thema des potentiell möglichen Verfahrens mit Patienten geregelt wurde, die lebensbedrohliche Krankheiten haben und die trotz dieser negativen Prognose nicht zwingend unmittelbar vom Eintritt des Todes betroffen sind.<sup>225</sup> So wurde die ärztliche Aufgabe in bestimmten Situationen auf die Herbeiführung eines Sterbeprozesses erweitert, was bemerkenswert ist und den Arzt in eine Pflicht nimmt, die nach Meinung der Bundesärztekammer Rechtfertigung durch eine „Änderung des Therapieziels und der Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen“ finden sollte.<sup>226</sup>

---

<sup>224</sup> Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 11.09.1998 mit dem Titel „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“, erneuert und erweitert im Jahre 2011, online unter: [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf).

<sup>225</sup> Hier entwickelten sich die Richtlinien zum ersten Mal seit deren Bestehen in eine neue Richtung. Siehe hierzu die Vorgängerrichtlinien der Bundesärztekammer, die dieses Themenfeld nicht behandelten. (Deutsches Ärzteblatt 1979, 957, sowie 1993, B-1791 f.).

<sup>226</sup> NJW 1998, 3406 (3407).

Obschon der Unverbindlichkeit dieser Richtlinien und der mangelnden Anwendung und Weiterentwicklung einer eindeutigen in eine Richtung angelegten Position der Jurisprudenz, beschäftigt sich im Anschluss an die Publikation der Leitlinien und der Gerichtsurteile die Politik auf nationaler Ebene ebenfalls mit dem Themengebiet,<sup>227</sup> mit dem Ergebnis, dass die zuvor beschriebenen Entscheidungen einer weiteren detaillierten Definition bedürfen und in der Form, wie sie bestehen, nicht umsetzbar erscheinen. Gleichwohl wurde kein Handlungsbedarf für die Politik gesehen.

Nach einer Beurteilung der zuvor aufgelisteten Entscheidungen sollen zur Vollständigkeit des Überblicks nun weitere die Diskussion und Entscheidung beeinflussende Rechtsprechungen instruktiv dargestellt werden:

- Im Jahre 1987 entschied das Landgericht Ravensburg<sup>228</sup> bezüglich eines Falles, in dem ein Ehemann seiner im Endstadium an amyotropher Lateralsklerose erkrankten Frau, auf ausdrücklichen Wunsch, die künstliche Beatmung einstellte. Das Gericht entschied, dass das Umsetzen des ausdrücklich geäußerten Patientenwunsches, keine weitere Behandlung in Anspruch zu nehmen, straflos sei. Dieses wäre sogar dann als gegeben anzusehen, wenn dieses nicht von einem Arzt durchgeführt werden würde.
- Im selben Jahr entschied das Oberlandesgericht München im so genannten „Hackethal-Fall“<sup>229</sup>, dass die aktiv geleistete ärztliche Beihilfe zu einem Suizidvorhaben eines Patienten, der im vorliegenden Falle an einem schweren Krebsleiden litt, straflos bleiben soll. Diese Entscheidung muss sich allerdings der höchstrichterlich getroffenen Rechtsansicht des BGH stellen, dass ein Arzt stets eine Rettungspflicht besitzt, auch gegenüber einem wie im Hackethal-Fall vorhanden handlungsunfähigen Suizidpatienten<sup>230</sup> und auch im Allgemeinen, da der aktuellsten Entscheidung gemäß, ein Suizid von der Rechtsordnung

---

<sup>227</sup> Vgl. hierzu BT-Drucksache 13/11411 vom 11.09.1998.

<sup>228</sup> LG Ravensburg, in NStZ 1987, 229 m. Anm. von Roxin, in NStZ 1987, 348.

<sup>229</sup> OLG München, NJW 1987, 2940.

<sup>230</sup> Vgl. hierzu BGHSt 32, 367, 379 f.

- missbilligt würde und damit rechtswidrig sei<sup>231</sup>.
- Das zuvor eingehend Erläuterung gefundene Kemptener Urteil aus dem Jahre 1994 als derzeit Maßgeblichstes, sei an dieser Stelle der Vollständigkeit halber erneut erwähnt<sup>232</sup>.
  - Eine weitere Entscheidung die anzuführen ist, stammt aus dem Jahre 1996 und ist der Dolatinfall.<sup>233</sup> In diesem Fall bestätigte der BGH, dass in Kauf genommene Sterbehilfe als Konsequenz einer eigentlich beabsichtigten Leidensminderung straffrei bleiben soll. Gleichzeitig wurde in dieser Entscheidung die Aufgabe der Strafgerichtsbarkeit als erfüllt angesehen und die weitere zukünftige Verantwortung bei den Zivilgerichten gesehen, um den Schutz der Patientenautonomie weiter zu gewährleisten.

Bemerkenswert ist, dass in der zurückliegenden näheren Vergangenheit in Deutschland keine weiteren prägenden oder in eine Richtung weisenden Gerichtsentscheidungen mehr ergangen sind.<sup>234</sup> Es findet keine rechtliche Auseinandersetzung mit dem Thema in der Jurisprudenz statt. Inwieweit dieses Auswirkungen, aufgrund des fehlenden Vorbildcharakters der Gerichte auch z.B. auf das deutsche Gesellschaftsbild hat, wird an späterer Stelle erörtert.

Zusammenfassend ergibt sich an dieser Stelle zunächst folgendes Ergebnis. Obschon es strafrechtlicherseits Bemühungen gibt, sich dem Thema der Entscheidungen am Lebensende anzunähern, bleibt der eigentliche Kern hierbei außen vor. Zudem führt die Ansicht der Strafgerichtsbarkeit, das Notwendige in der Entwicklung getan zu haben und die Verantwortung an die Zivilgerichtsbarkeit abzugeben dazu, dass Rechtsunsicherheit entsteht, da offensichtlich ein bloßes Skizzieren der vorhandenen Probleme

---

<sup>231</sup> BGHSt 46, 279, 284 m. krit. Anm. Duttge, NStZ 2001, 546. In der Tat wurde bereits zuvor das Konstrukt der Selbsttötung verfassungsrechtlich überprüft mit dem Ergebnis, dass das Recht zu Sterben Ausdruck der Autonomie ist. Demnach ist das Ergebnis des Gerichts auf den zu entscheidenden Sachverhalts bezüglich eines Sterbehelfers aus der Schweiz und den Umgang mit zum Tode führenden Medikamenten sicher gerechtfertigt, findet aber allgemeingültig meiner Ansicht nach keine Bestandskraft.

<sup>232</sup> Siehe hierzu im Kapitel zuvor die Ausführungen zu BGHSt 40, 257.

<sup>233</sup> BGHSt 42, 301.

<sup>234</sup> Soweit zutreffend, bis zum Sommer 2010, in dem es zu einer weiteren wegweisenden Entscheidung kam. Auf diese wird an späterer Stelle detailliert eingegangen.

ausreichend sein müsste, um objektiv erkennen zu können, dass grundlegende Entscheidungen und das Aufzeigen von Grenzen aber auch Möglichkeiten zwingend erforderlich sind, um die Entwicklung dieses Themengebietes voranzutreiben.

### **3.3.1 Vom Sterbenlassen, Beihilfe und einer maßgeblichen Entscheidung**

Einen Menschen sterben zu lassen kann strafrechtlich als Tötung durch Unterlassen<sup>235</sup> gewertet werden, bzw. als unterlassene Hilfeleistung<sup>236</sup>. Maßgeblich für die Bemessung und Strafbarkeit des Sterbenlassens ist nicht wie vermeidlich offensichtlich der Zeitpunkt der Herbeiführung des Todes, also ob der eigentliche Sterbeprozess bereits eingetreten ist und durch den Tod nur erleichtert oder verkürzt wird, sondern ein Abstimmen darauf, ob der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme oder die Nichtvornahme eben dieser vom Patienten ausdrücklich oder mutmaßlich erwünscht ist,<sup>237</sup> da wie bereits zuvor erläutert wurde, die endgültige Entscheidung des Betroffenen als ein Teil dessen Selbstbestimmungsrechts gilt, auch wenn daran strenge Reglementierungen geknüpft sind.<sup>238</sup> Allerdings bleibt hierbei offen, ob objektive Maßstäbe gelten, wie die Vernunft einer Entscheidung, aufgrund objektiver Gegebenheiten. Diese Merkmale werden vom BGH als subjektiv und wertend, als nicht in die Entscheidung mit einfließend, gewertet.<sup>239</sup> Dem entspricht auch die Meinung des in Deutschland Werte vertretenden und maßgeblich bestimmenden Ethikrates, der die Auffassung vertritt, dass der Wille des Patienten zwar zu beachten sei, aber letztendlich nicht maßgebend ist für eine Entscheidung zu einer Maßnahme auch gegen dessen Willen, obwohl die eigentliche grundlegende Möglichkeit der Versagung weiterer medizinischer Maßnahmen, gleich welcher Art, verfassungsrechtlich

---

<sup>235</sup> §§ 212 ff., 13 StGB.

<sup>236</sup> § 323 c. StGB.

<sup>237</sup> So maßgeblich der BGHSt 40, 257 (Leitsatz 1), 262 f. im bereits dargestellten Kemptener Fall.

<sup>238</sup> Siehe hierzu die Entscheidung des Kemptener Urteil zuvor, die auf die Eindeutigkeit des Willens und die sorgfältige Abwägung der Entscheidung usw. abstimmen.

<sup>239</sup> BGHSt 40, 257, 263.

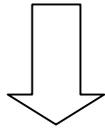
gegeben ist.<sup>240</sup> Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings, dass somit auch der Wunsch zu sterben eine Maßnahme nach sich ruft, die vernunftsbedingt getroffen ist, was unstreitig ist, die eine Gegenmaßnahme, in Form eines nicht Befolgens des eigentlichen Willens ist, ärztlicherseits vom Staat verboten wird, mit reglementierenden Konsequenzen, die sich auf das Strafrecht beziehen. Fraglich ist daher, welche Auswirkungen dies für Menschen hat, die den Willen äußern zu sterben, dies aber nicht aus einer Krankheit heraus tun, aber dennoch von dem ursprünglich von höchstrichterlicher Stelle zu entscheidenden Sachverhalt außen vor gelassen werden? Demgemäß ist das Urteil und die Wirkung dessen zwar eindeutig, aber nicht umfassend für vermeidliche „Nischengebiete“, die ein Entscheiden am Lebensende mit sich bringt. Bemerkenswert ist weiter auch die Diskrepanz zwischen dem Verbot der Tötung auf Verlangen nach dem Strafrecht und der Straflosigkeit der bloßen Beihilfe zum Suizid<sup>241</sup>, wenn die tatbestimmende und endgültige Handlung von dem Suizidenten selbst vorgenommen wird. Hier wird erneut ein Personenkreis ausgeklammert, der nicht in der Lage ist aus einer körperlichen Verfassung heraus sich selbst zu töten und dem das Recht aberkannt wird, einen Anderen zu bestimmen, der diese Handlung stellvertretend übernimmt.

---

<sup>240</sup> Eine Zuwiderhandlung wäre ein strafrechtlicher Verstoß gem. §§ 223 ff. StGB.

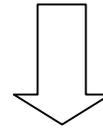
<sup>241</sup> Vgl. dazu 2.1.2 zuvor.

**Mensch mit der Bitte um Beihilfe  
beim Sterben**

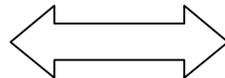


Kann sich bei der Tötungshandlung durch einen Dritten helfen lassen und stirbt durch dessen Beihilfe.

**Mensch mit körperl. Beeinträchtigung  
mit der Bitte um Hilfe beim Sterben**



Kann keinen Dritten zur Hilfe bestimmen – Der Zugang zum Tod und die Verfügung über sein Leben bleiben ihm versagt.



**Ergebnis**

Der Rechtsprechung ist das Problem bekannt. Sie entzieht sich aber der Verantwortung, indem sie die Aufgabe an den Gesetzgeber verweist, handelnd tätig zu werden<sup>242</sup>. Dieses blieb bislang ohne Ergebnis – Das Problem bleibt demgemäß erkannt, aber nicht behoben.

Das skizzierte Problem erkennt, neben der Rechtsprechung, auch die einschlägige Literatur. Der herrschenden Literaturmeinung nach muss für die beschriebenen Fälle der Tatbestand des § 216 StGB gelockert werden. Dies wäre gerade wegen unerträglichen und kaum zu rechtfertigenden Härten der Konsequenz des Weiterlebens zwingend notwendig. So wäre eine mögliche Lösung, die an späterer Stelle eingehender Bewertung findet genannt, die die Tötung durch einen Dritten im Falle einer vollständigen Hilflosigkeit gemäß eines rechtfertigenden Notstands mildert, oder gänzlich straflos werden lässt, bei der Annahme eines übergesetzlichen Notstands.<sup>243</sup>

<sup>242</sup> So das Urteil des BGH, in NJW 2003, 2326, 2327.

<sup>243</sup> Auf diese Rechtfertigungs- bzw. Straflosigkeitsgründe wird an späterer Stelle eingehend als mögliche Lösung Bezug genommen, der Vollständigkeit halber und der Herleitung dieser Möglichkeiten sind sie an dieser Stelle bereits genannt.

### 3.3.2 Instruktiver Überblick<sup>244</sup>

Entscheidungen/ Maßnahmen/ Entwicklungen

für eine liberalere Haltung zum Thema

aktiver Reaktionen auf Sterbewünsche:

Gründung der Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) und damit Beginn der Debatte. 1980

Das Landgericht Ravensburg entschied, dass das Umsetzen des ausdrücklich geäußerten Patientenwunsches, keine weitere Behandlung in Anspruch zu nehmen, straflos sei. 1987

Das OLG München entschied, dass die aktive geleistete ärztliche Beihilfe zu einem Suizidvorhaben eines Patienten, der im vorliegenden Falle an einem schweren Krebsleiden litt, straflos bleiben soll (Hackethal Fall). 1987

Der Bundesgerichtshofs (BGH) stimmte unter bestimmten Kriterien einem Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen bei Patienten zu, die noch nicht unmittelbar vom Eintritt des Sterbeprozesses betroffen sind (Kemptener Urteil). 1994

Entscheidungen/ Maßnahmen/ Entwicklungen

gegen eine liberale Haltung zum Thema

aktiver Reaktionen auf Sterbewünsche:

Der Fall wurde letztinstanzlich vom BGH entschieden, der die Entscheidung des OLG München dahingehend revidierte, dass ein Arzt immer Rettungspflicht besitzt, auch wenn es um handlungsunfähige Suizidpatienten geht.

<sup>244</sup> Ausgelassen werden in der Aufzählungen einige vom Ethikrat erlassenen Entscheidungen (z.B. 2004, 2005) sowie eine ganze Reihe weiterer Entscheidungen der Rechtsprechung, da diese das Themengebiet der aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten nur am Rande tangieren und Entscheidungsinhalte in erster Linie auf Patientenverfügungen bezogen sind.

In diesem Fall bestätigte der BGH, dass in Kauf genommene Sterbehilfe als Konsequenz einer eigentlich beabsichtigten Leidensminderung straffrei bleiben soll (Dolatin Fall).	1996	Der Dolantin Fall ergab zudem die Feststellung, dass die Aufgabe der Strafgerichtbarkeit mit der bisherigen Urteilsfindung erfüllt sei. Die zukünftige Aufgabe läge nun bei den Zivilgerichten.
Das Oberlandesgericht Frankfurt a. Main beschloss, dass bei Patienten mit irreversiblen Hirnschädigungen, bei denen der unmittelbare Sterbeprozess allerdings noch nicht eingetreten ist, ein Abbruch der Ernährung durch eine Magensonde gerechtfertigt sei.	1998	
Der Ethikrat skizziert Möglichkeiten bei denen u.U. ein Behandlungsabbruch gerechtfertigt sein kann.	2006	Der Ethikrat veröffentlicht zudem in der Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“, dass das aktive Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten nicht gerechtfertigt ist.

### 3.3.3 Aktuelle Entwicklungen

In Deutschland ergingen in der letzten Jahreshälfte 2010 zwei wegweisende Entscheidungen bezüglich Entscheidungen am Lebensende. Sie betreffen nicht die in dieser Arbeit beschriebene aktive Form der Lebensbeendigung, müssen aber dennoch zwingend an dieser Stelle dargestellt werden, da die Bindungs-, Symbol- und Zukunftswirkung den Prozess, hin zu einem autonomen Entscheiden am Lebensende, bestimmen könnte.

Der erste Fall behandelt den Sachverhalt eines Rechtsanwalts, der seiner Mandantin riet, ihre totkranke Mutter in Würde sterben zu lassen. Diese durchtrennte, seinem Anraten gemäß, den Schlauch einer Magensonde zur künstlichen Ernährung, damit es zum Tode der Patientin kommen sollte, was jedoch vom verantwortlichen Pflegepersonal unterbunden wurde. Die künstliche Ernährung wurde fortgesetzt. Zwei Wochen später starb die

Patientin eines natürlichen Todes. Vor dem komatösen Zustand der Patientin hatte diese mehrmals erklärt, dass im Falle einer schweren Krankheit und einer möglichen künstlichen Ernährung, sämtliche lebenserhaltende Maßnahme abgebrochen werden sollten.

Die zu klärende Frage bezog sich darauf, ob bei einem Wachkomapatienten, ohne jegliche Aussicht auf Besserung des Zustandes, die medizinische Versorgung abgebrochen werden darf, oder eben nicht.

Der Gang des Verfahrens brachte erstinstanzlich wenig Erfolg in dieses Anliegen. Das Landgericht in Fulda verurteilte den Rechtsanwalt, der seiner Mandantin den Rat zur Durchtrennung des Schlauches der Magensonde gegeben hatte, zu einer Bewährungsstrafe von neun Monaten und einer Geldstrafe von 20.000 Euro.

Der weitere Gang des Verfahrens endete beim Bundesgerichtshof, der höchstrichterlich über die Strafbarkeit der Handlung zu entscheiden hatte. Der BGH entschied, dass bei dieser Handlung lediglich auf den mutmaßlichen Willen der komatösen Patientin abzustimmen sei.<sup>245</sup> Diesem Willen habe das Handeln des Rechtsanwaltes entsprochen, der seiner Mandantin daraufhin geraten hatte, den Schlauch zu durchtrennen. Es kam zu einem Freispruch, die Klage auf versuchten Totschlag wurde abgewiesen. Das Pflegepersonal, in welchem die Mutter der Mandantin betreut wurde, habe laut Gericht „kein Recht, sich über das Selbstbestimmungsrecht der Patientin hinwegzusetzen“, so die Vorsitzende Richterin Ruth Rissing - van Saan. Weiter kommt es, wie das Gericht ausführte, nicht darauf an, ob eine lebensverlängernde Maßnahme abgebrochen werden dürfe oder nicht, oder ob die Grunderkrankung einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat. Der Wille der Patientin allein sei entscheidend hierfür, in Form einer Patientenverfügung, oder auch in Form einer mündlichen Äußerung des Wunsches.

Somit ebnete das Gericht den Weg hin zum selbstbestimmten Entscheiden am Lebensende, im Falle komatöser Patienten, die keine Aussicht auf Besserung ihres Zustandes haben, wenn diese im Vorfeld eine eindeutige Willenserklärung bezüglich der Lebensbeendigung abgegeben haben.

Diese Entscheidung rückt den Arzt erneut ins Zentrum der Betrachtungen, dem es obliegt, festzustellen, ob ein Zustand irreversibel ist, oder nicht.

---

<sup>245</sup> BGH Az. 2 StR 454/09.

Fraglich ist in der Praxis, ob es jemals einfach sein wird, den Willen eines komatösen Patienten glaubhaft machen zu können, welche Voraussetzungen somit an die im Vorfeld abgegebene Willenserklärung geknüpft sind, ob Patientenverfügungen regelmäßig erneuert und mündliche Äußerungen zeitlich unmittelbar getroffen werden müssen.

Die in Folge des Urteils viel diskutierte Bindungswirkung des Urteils, oder gar der Weg hin zu einer liberaleren Handhabung der Entscheidungen am Lebensende allgemein, ist jedoch nicht zu erkennen, da das Urteil in engen Grenzen gehalten wurde. Jedoch trug und trägt es seinen Teil dazu bei, dass bestehende Grenzen neu gezogen wurden. Im Allgemeinen sei hier angemerkt, dass das Ziehen neuer Grenzen, eine Weiterentwicklung, nicht nur im Recht, sondern auch in der Gesellschaft darstellt. Fraglich hierbei ist aber, warum es notwendig ist, dass bestehende Grenzen hierfür zunächst überschritten werden müssen. In diesem konkreten Fall bestand ein klar definierter Unrechtstatbestand, der von dem Rechtsanwalt, der seiner Mandantin riet, den Schlauch der Magensonde zu durchtrennen, überschritten wurde. Erstinstanzlich kam es zu einer Verurteilung, der Unrechtstatbestand wurde bestätigt, aber dann letztendlich doch erweitert, indem bestehende Grenzen erweitert wurden. Im Prinzip ergibt sich hiermit ein neuer, weiter gefasster Unrechtstatbestand. Die Entwicklung des Recht, dass die Gesellschaft prägt, sollte sich nie einer Methodik bedienen, in der es Menschen geben wird, die bestehende Grenzen überschreiten, um neue ziehen zu lassen.

Neben diesem Urteil ist der Fall Koch zu nennen, der in Deutschland die Diskussion über Entscheidungen am Lebensende vorantrieb, auf deutscher Rechtsebene allerdings erfolglos blieb. Nun wird der Fall vor dem EGMR<sup>246</sup> verhandelt, voraussichtlich im Sommer 2011 wird es zu einer Entscheidung kommen.

Der Fall handelt von einer Frau B. Koch, die in Folge eines Sturzes eine sensomotorische Querschnittslähmung vom Hals abwärts erlitt, was zum vollständigen Bewegungsverlust führte und sogar eine künstliche Beatmung notwendig machte. Zudem hatte die Patientin starke Schmerzen, begleitet von Krämpfen, woraufhin sie sich entschied, beim Bundesamt für

---

<sup>246</sup> Appl. No. 497/90

Arzneimittel und Medizinprodukte 15 Gramm Natrium-Pentobarbital für ihren Suizid zu beantragen, ein Medikament, welches zur Bewusstlosigkeit und Atemlähmung führt. Dieses Begehren wurde von der Behörde unter Hinweis auf die bestehende Rechtslage verweigert, da Betäubungsmittel nur herausgegeben werden dürfen, um Patienten medizinisch zu versorgen, nicht aber für eine „lebensvernichtende Anwendung“. Daraufhin entschied sich die Patientin zur Inanspruchnahme der Leistungen der Organisation Dignitas und wurde im Jahre 2005 zum Tode begleitet.

Im Anschluss an ihren Tod entschied sich ihr Mann, mit dem vorher abgegebenen Einverständnis seiner Frau, gegen die Vorenthaltung des Medikaments zu klagen. Der Klageweg in Deutschland selber, der letztinstanzlich vor dem Bundesverfassungsgericht endete, hatte keinen Erfolg. Die Ausführungen der Gerichte sind deckungsgleich und beziehen sich darauf, dass das bestehende Arznei- und Betäubungsmittelrecht es nicht erlaube, Medikamente zur Selbsttötung herauszugeben. Die Lebensbeendigung an sich sei in Deutschland nicht strafbar, ebenso wenig wie die Beihilfe zum Suizid. Allerdings könne hieraus keine „Verpflichtung“ zur Suizidhilfe des Staates abgeleitet werden.

Der Fall wurde im November 2010 erstmalig zur Anhörung vor den EGMR gebracht. Die Richter betonten hierbei die Wichtigkeit des Falles, gaben allerdings wenige Informationen bezüglich eventueller Tendenzen frei. Richter Rait Maruste aus Estland ließ erkennen, dass der EGMR das Anliegen des Klägers äußerst ernst nehme. In Deutschland habe der Schutz der Menschenwürde eine überragende Bedeutung, wobei Maruste die Frage aufwirft, ob es demnach vereinbar sei, einem Menschen ein qualvolles, vielleicht auch unmenschliches und würdeloses Leben zuzumuten.

Wenngleich der Ausgang des Verfahrens natürlich nicht vorhergesagt werden kann, könnte dem Urteil, anders als dem zuvor beschriebenen Urteil, eine richtungsweisende Wirkung zukommen, da essentielle Fragen bezüglich der Würde eines Menschen, seiner Autonomie und Selbstbestimmung zu erwarten sind. Ebenso ist die Frage interessant, ob das Gericht auf die in dieser Arbeit ins Zentrum gerückte Rolle des Arztes eingehen wird. Die Freigabe von Medikamenten zum Suizid würde dem Arzt in einer Vielzahl an Fällen der Entscheidungen am Lebensende die zu

treffende Entscheidung entbehrlich machen. Jedoch sollte seine Wichtigkeit unbestritten sein. Es bleibt also abzuwarten, welchen Weg der EGMR einschlagen wird.

#### **4. Ärztliche Handhabung**

Im folgenden Kapitel soll die Rolle des Arztes, die Aufgaben und das Verhalten bei Entscheidungen am Lebensende diskutiert werden. Es wird beschrieben, welche Möglichkeiten Ärzten zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland gegeben sind und wo Grenzen ärztlichen Handelns liegen. Im Anschluss daran wird das ärztliche Meinungsbild anhand von Zahlen und Fakten dargestellt, welches im Nachhinein Bewertung findet.

##### **4.1 Ärztliche Möglichkeiten und Grenzen in der Praxis**

Zu Beginn soll beschrieben werden, welches ärztliche Handeln in Deutschland legal möglich ist und als tatsächlich zugehörige ärztliche Behandlung gefasst werden kann.

Grundsätzlich sei zunächst erwähnt, dass die reine Art der Sterbebegleitung, die ein Arzt leisten kann und muss, in der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung liegt. Dies ist der natürliche und allgemeine Inbegriff ärztlichen Handelns und bedarf bei einer Diskussion über besondere Verhaltensweisen, Möglichkeiten und Grenzen bei Entscheidungen am Lebensende keine besondere Betrachtung. Ebenso einfach verhält es sich mit dem Umgang der so genannten Art der „aktiven Sterbehilfe“ in Deutschland. Ungeachtet jeglicher Kritik an der Verwendung dieses Begriffes, ist diese wie bei der rechtlichen Darstellung erläutert, nicht rechtmäßig. Ebenso verhält es sich mit der Beihilfe zur Selbsttötung, welche gleichfalls nicht als ärztliche Behandlung begriffen werden kann. Bis zu diesem Punkt ist die Rolle des Arztes somit zunächst klar und eindeutig formuliert. Fraglich ist das Verhalten eines Arztes in Fällen der in Deutschland diskutierten Art der „indirekten“ und „passiven“ Sterbehilfe, bei der im erstgenannten Fall die Leidensminderung im Fokus des ärztlichen Agierens steht, mit der Inkaufnahme des früher eintretenden Todes und im zweiten Fall eine Behandlungsbegrenzung den Mittelpunkt bildet.

Zur beabsichtigten Leidensminderung mit Inkaufnahme eines früher

eintretenden Todes ist festzuhalten, dass auch diese Problemstellung erneut nicht mehr ist, als eine weitere nicht notwendig zu führende Debatte. Dies resultiert daher, dass eine wirksame Schmerztherapie heutzutage in nahezu allen Fällen ohne eine lebensverkürzende Nebenfolge einhergeht.<sup>247</sup> In den Einzelfällen, in denen Schmerzmittel einen verfrühten Todeseintritt zur Folge haben, herrscht zudem Klarheit in der Rechtsprechung sowie der herrschenden Literaturmeinung<sup>248</sup>, dass diese Art von Fällen strafrechtlich nicht sanktioniert wird.<sup>249</sup> Dieser Konsens im Umgang mit der Variante einer Entscheidung am Lebensende führt somit dazu, dass auch an dieser Stelle ärztliches Handeln normiert ist, Unklarheiten nicht existieren und das Verhalten des Arztes keine Fragen und Probleme aufwirft.

Als letzten zurzeit in Deutschland normierten Handlungsspielraum ist zu hinterfragen, inwieweit eine Nichtvornahme oder die Einstellung einer medizinisch indizierten Maßnahme zur Lebenserhaltung des Patienten den Arzt beansprucht. Diese Entscheidung wird zu einer Entscheidung am Lebensende, nicht erst bei Patienten bei denen der Sterbeprozess bereits eingetreten ist oder der Tod unmittelbar bevorsteht, sondern bezieht sich ebenso auf Patientengruppen, wie z.B. schwerstbehindert geborene Kinder, Wachkomapatienten oder weitere körperlich beeinträchtigte Menschen, zu denen u.a. Menschen zählen, die nicht in der Lage sind über ihren eigenen Körper durch eigene Kräfte zu verfügen, wie Ramon Sampedro. Jedoch muss man in diesem Punkt bereits unterscheiden, so hatte Ramon Sampedro zwar eine körperliche Beeinträchtigung, die ihn daran hinderte sich selbst das Leben zu nehmen, die in Deutschland notwendige Voraussetzung die ärztliches Handeln in einem solchen Fall rechtfertigen würde, ist aber immer und zwangsläufig an eine Krankheit geknüpft. So darf ein Arzt nur tätig werden, wenn ein Patient durch seine Krankheit medizinische Behandlung benötigt und es steht nur zur Entscheidung, ob

---

<sup>247</sup> Vgl hierzu u.a. die Stellungnahme von Gian Domenico Borasio im Sitzungsbericht über die Verhandlungen der Abteilung Strafrecht zum Thema „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“. Veröffentlicht in „Ständige Deputation des Deutschen Juristentages“ (Hrsg.), vom 66. Deutschen Juristentag in Stuttgart 2006, Band II /1, München 2006, N 55, N 58 f.

<sup>248</sup> Obschon das reine empirische Vorgehen hier nicht streitfrei geklärt ist, besteht Einigkeit bei der endgültigen Bewertung und im Ergebnis.

<sup>249</sup> Vgl. A. Eser, in: A. Schönke/H. Schröder, Strafgesetzbuch Kommentar, 27. Auflage 2006, Vorbemerkung zu §§ 211 ff., RdNr. 26. mwN.

diese unterlassen werden kann, oder nicht. Das ärztliche Handeln beschränkt sich somit auf ein Unterlassen als Resultat eines Krankheitszustandes. Ein Handeln im Falle eines Patienten, dessen Lage seinem geäußerten Sterbewunsch gemäß nicht mehr lebenswert ist, somit also deckungsgleich zu der Lage, in der sich die Patienten befinden, die mit einer Krankheit medizinisch betreut werden müssen, wird somit mit zweierlei Maß gemessen und als Unterscheidungskriterium einzig und allein auf eine Krankheit abgestimmt. Der Wunsch des Patienten ist identisch, falls eindeutig normiert, was an dieser Stelle als gegeben indiziert sein soll, dem einem wird entsprochen, dem anderen nicht. Medizinethisch wird dieses in Deutschland so begründet, dass die Tötung eines Patienten ohne Krankheit, also auf Wunsch und direkt, schlicht der aktiven Sterbehilfe beigemessen wird. Dadurch gerät der Fall in das beschriebene tabuisierte „Deutsche-Konstrukt“ und eine weitere Auseinandersetzung findet nicht mehr statt. Im Gegensatz dazu besteht in Deutschland aber eine Debatte über gebotenes ärztliches Verhalten in den Fällen, in denen ein Arzt, aufgrund einer Krankheit, einen Menschen sterben lassen kann. Um hier sämtliche anderen eventuell in diese Kategorie gehörenden Fälle auszuschließen, wird argumentiert, dass an die Stelle der eigentlichen medizinisch indizierten Maßnahme zur Lebenserhaltung eine palliativmedizinische Behandlung rückt, mit dem Ziel die Einleitung des Sterbevorganges *natürlich* herbeizurufen. Gänzlich fehlt es hier an der Berücksichtigung des Patientenwillens in der praktischen Anwendung. Dieses jedoch würde dazu führen, dass das Abstimmen auf den konkret angesprochenen Zeitpunkt und auf die sich daran anschließende letzte Lebensphase beschränkt wird. Erneut würde somit ein breites Spektrum von Betroffenen außer Acht gelassen werden. Es ist daher notwendig, die Grundvoraussetzungen ärztlichen Handelns und Entscheidens eindeutig zu normieren.

Obschon in den zuvor beschriebenen anderen Fällen bei Entscheidungen am Lebensende Klarheit bei dem Verfahren ärztlichen Handelns besteht, so ist an dieser Stelle eine grobe Unstimmigkeit gegeben, die auch Auswirkungen auf die anderen Bereiche hat, insbesondere auf das im Fokus dieser Ausarbeitung gefasste Thema der ärztlichen Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten, ohne diese an das Vorliegen einer Krankheit

zu knüpfen. Dass bis dato bestehend Unterschiede gemacht werden, welcher Patient die entsprechenden Maßnahmen, die zum Tode führen, in Anspruch nehmen darf, ist ein Element, welches Diskrepanz im Umgang ärztlicherseits fördert. Klarheit zu schaffen, würde der Rechtsprechung oder Politik zukommen. Dies soll in Deutschland durch die Anwendung einer Patientenverfügung gelingen, die den fragwürdig zu beachtenden tatsächlichen Patientenwillen bestmöglich berücksichtigen soll.<sup>250</sup> Dieses in Deutschland diskutierte Thema regelt zwar spezielle Fragen der Verbindlichkeit und Durchsetzbarkeit eines fixierten Willens im Falle einer Krankheit, ist aber hinsichtlich der Möglichkeit des Durchsetzens eines verfügbaren Willens, der nicht an Krankheit oder einen bestimmten Geisteszustand gebunden ist, wenig hilfreich.<sup>251</sup>

#### **4.2 Die Haltung der Deutschen Ärzteorganisation**

In den "Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" von 2004<sup>252</sup> wird die "gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen" als "aktive Sterbehilfe" und somit als "unzulässig und mit Strafe bedroht" abgelehnt. Hingegen heißt es dort, dass bei Sterbenden die "Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen" kann, "dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf". Lebensverlängernde Maßnahmen können nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen

---

<sup>250</sup> Am Rande sei erwähnt, dass dieses auch Klarheit im Umgang mit nicht entscheidungsfähigen Personen gewährleisten soll, die keinen eindeutigen Wunsch zu der fortführenden Behandlung äußern können, so z.B. Komapatienten.

<sup>251</sup> In Deutschland werden Fragen über die Ausgestaltung der Patientenverfügung und die Verbindlichkeit erörtert. Zuletzt wurde ein Gesetzentwurf im Bundestag diskutiert, der u.a. vorsieht, eine Patientenverfügung notariell beurkunden zu lassen, mit vorheriger Absprache eines Arztes. Zudem soll eine Verfügung zur Sicherheit der Willenentschließung regelmäßig erneuert werden. An dieser Stelle findet keine Bewertung statt. Obschon in Deutschland die Patientenverfügung der maßgebende Umgang mit Entscheidungen am Lebensende ist, so ist der zwingend notwendige Fakt, dass u.a. eine Krankheit vorliegen muss, oder ein Dritter über den Willen des Patienten entscheiden müsste, ein zu eindimensionales Kriterium, das dem eigentlichen Thema dieser Arbeit nur am Rande zugehörig ist. Es unterstreicht den deutschen Umgang, womit an dieser Stelle genüge getan sei, liefert im detaillierten Betrachten aber keine neuen Erkenntnisse.

<sup>252</sup> Deutsches Ärzteblatt Heft 19 vom 7. Mai 2004.

Willen des Patienten abgebrochen oder ihre Anwendung unterlassen werden, wenn sie "nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann". Bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt hierzu eine Erklärung der gesetzlichen Vertreter, die ggf. von einem Vormundschaftsgericht bestellt werden müssen, einzuholen. Im Wortlaut besagt die Stellungnahme hierzu:

„Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.“

Auch bezüglich der Tötung auf Verlangen nimmt die Bundesärztekammer eine ablehnende Haltung ein:

„Auch Tötung auf Verlangen ist eine Scheinlösung und darf keinesfalls akzeptiert werden. Sie verweigert die wirklich gebotene Hilfe für todkranke Patienten. Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass Ärzte ihnen beistehen und alles dafür tun, Leiden zu lindern und Angst zu nehmen. Aktive Sterbehilfe – in anderen Ländern auch Euthanasie genannt –, etwa durch Einschläfern wie in der Tiermedizin, darf es nicht geben.“<sup>253</sup>

### **4.3 Ärztliche Haltung zum Thema**

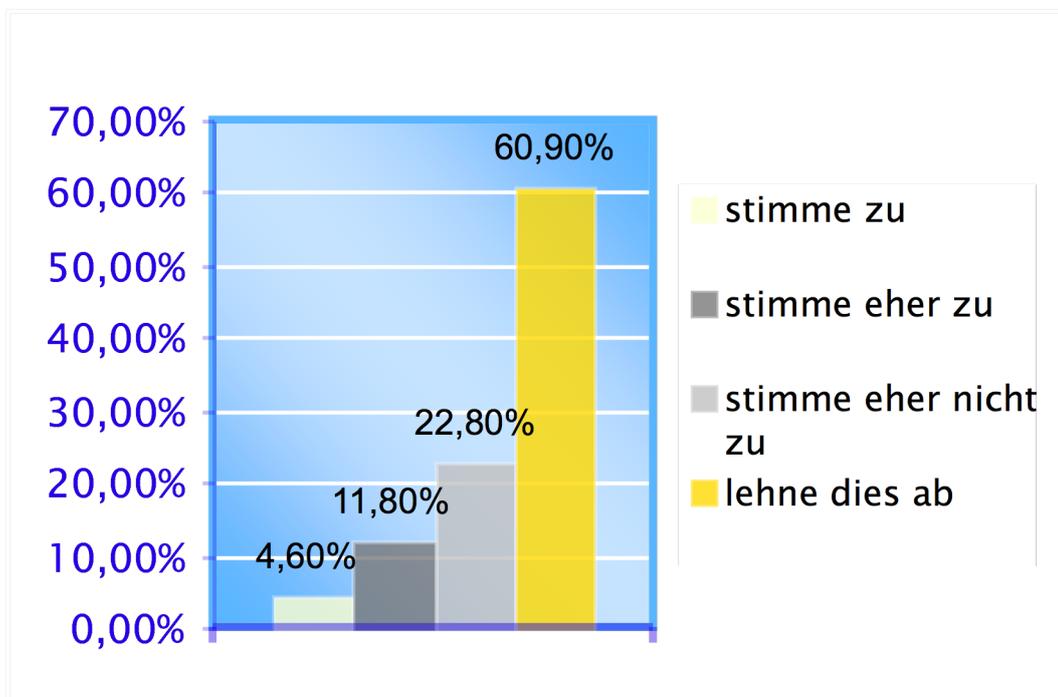
Abschließend soll nach der Betrachtung der in Deutschland gegebenen ärztlichen Möglichkeiten, auf Sterbewünsche und in Situationen am Lebensende zu reagieren dargestellt werden, welche Ansichten die Ärzteschaft hierzu vertritt. Dies ist daher wichtig zu betrachten, um herauszufinden, inwieweit eine Bereitschaft vorhanden ist, um den Arzt tatsächlich als ausführende Person anzusehen, Sterbewünsche zu

---

<sup>253</sup> Bundesärztekammer-Präsident J-D. Hoppe; Homepage der Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.5877.6540.6560&all=true>.

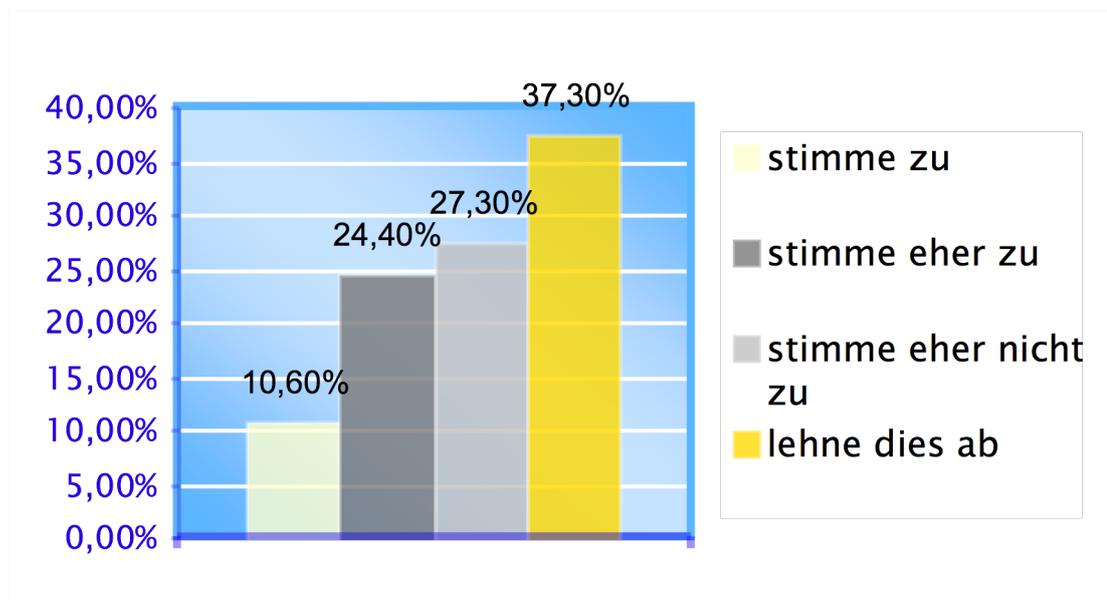
realisieren. Der Arzt als Teil eines neuen Arzt-Patienten-Verhältnisses müsste hierzu die Bereitschaft zu dieser Aufgabe anerkennen, sein Handeln als notwendig gegeben ansehen und dies mit der ärztlichen Standesethik vereinbaren können. Hier zunächst einige Fakten zum aktuellen Meinungsbild deutscher Ärzte:

Ein Patient mit fortgeschrittener, schwerer und unheilbarer Erkrankung bittet seinen Arzt, ihm ein Medikament zu injizieren, das sein Leben beendet – „Ich unterstütze eine Regelung, die dem Arzt eine solche aktive Sterbehilfe in Deutschland erlaubt“.<sup>254</sup>

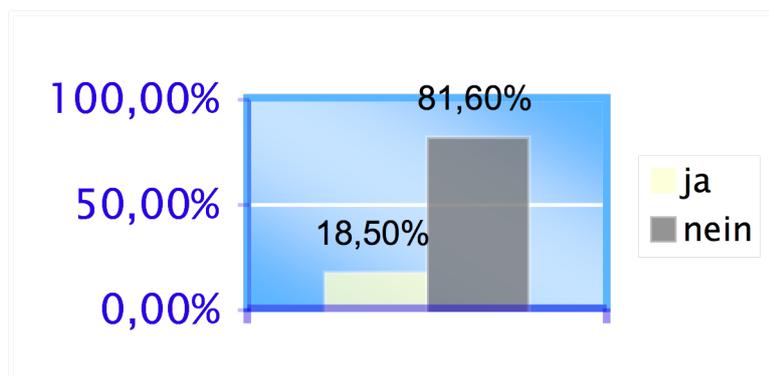


<sup>254</sup> Quelle: „Der Spiegel“ Nr. 48 vom November 2008, S. 164 ff., 165 nach einer Umfrage von TNS-Healthcare vom 11. Bis 19. November 2008, 483 Befragte.

Ein Patient mit fortgeschrittener, schwerer und unheilbarer Erkrankung bittet seinen Arzt, ihm beim Suizid zu helfen, zum Beispiel, indem er ihm ein tödlich wirkendes Medikament bereitstellt, das der Patient selbst einnimmt – „Ich unterstütze eine Regelung, die einen solchen ärztlich assistierten Suizid in Deutschland ermöglicht.“<sup>255</sup>



„Haben Sie schon einmal von Fällen ärztlicher Beihilfe zum Suizid in ihrem Umfeld erfahren?“<sup>256</sup>

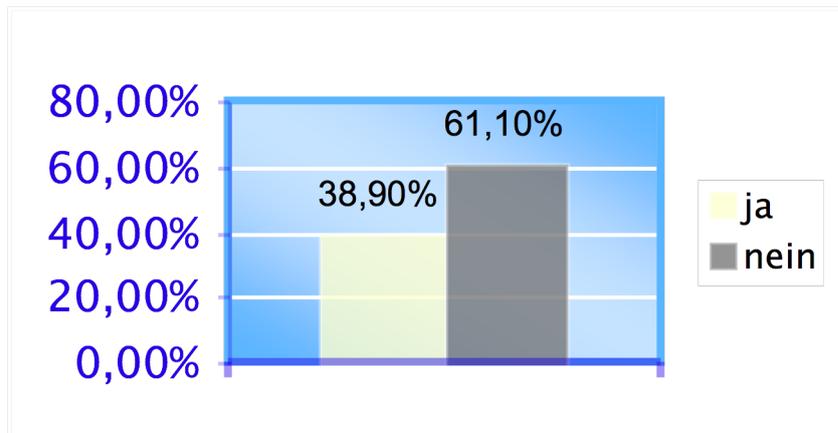


„Können Sie sich vorstellen, selbst aus humanitären Gründen einem

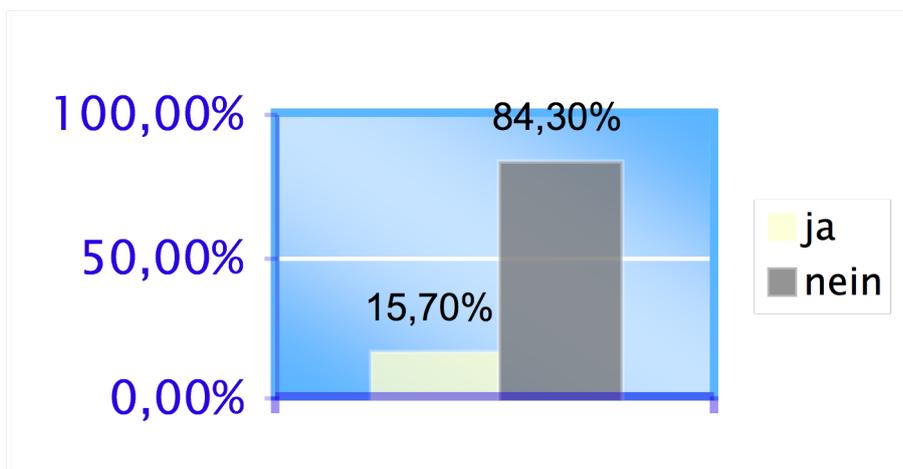
<sup>255</sup> Vgl. Fn. 69; „Der Spiegel“ S. 164 ff., 166.

<sup>256</sup> Vgl. Fn. 69; „Der Spiegel“ S. 164 ff., 168.

Patienten beim Suizid zu helfen?<sup>257</sup>



„Können Sie sich vorstellen, selbst aus humanitären Gründen einem Patienten auf seinem Wunsch hin eine tödliche Medikamentendosis zu verabreichen?“<sup>258</sup>



Für aktive Sterbehilfe ist laut der Umfrage jeder sechste Mediziner (16,4 Prozent). Nahezu jeder fünfte Arzt gab an, bereits ein- oder mehrmals in seinem Umfeld von Suizidbeihilfefällen erfahren zu haben. Fast 40 Prozent der Befragten können sich sogar vorstellen, selbst Patienten beim Suizid zu assistieren. Der Form der „aktiven Sterbehilfe“ stimmen 16 Prozent der befragten Ärzte zu. Beachtenswert ist auch die Zahl von 3,3 Prozent der Ärzte allgemein und 4,4 Prozent der Hausärzte, die zugeben, bereits ein-

<sup>257</sup> Siehe Fn. zuvor.

<sup>258</sup> Siehe Fn. 71.

oder mehrmals einem Patienten beim Suizid geholfen zu haben.

Diese Zahlen offenbaren, dass unter der deutschen Ärzteschaft durchaus eine Bereitschaft besteht, dem Thema offen gegenüber zu stehen und eine Rolle einzunehmen, in der ein Arzt Sterbewünsche von Patienten unterstützen würde. Ein nicht geringer Teil der Mediziner wäre somit bereit eine Aufgabe zu übernehmen und versteht seine Verantwortung in der aktuellen Zeit über den Begriff der Heilbehandlung hinaus, als neu definierte Rolle, die in Zukunft für ein Voranbringen der Debatte besetzt werden muss und nach den Erhebungen des statistischen Materials durch eben einen Arzt besetzt werden kann. Nichtsdestotrotz ergeben sich auch hieraus Konsequenzen, die zu beachten sind. So könnte man anführen, dass der Teil der Ärzte, die bereit sind bei Entscheidungen am Lebensende, Patientenwünsche durch aktives Tun zu erfüllen, als eine Art „Sterbehelfer“ eingesetzt werden könnten, der andere Teil der Mediziner, die ihre Aufgabe nicht mit einem derartigen Tun erweitern wollen, aus ethischen, moralischen oder sonstigen Aspekten, auch nicht hierfür eingesetzt werden. So würde allerdings ein Keil in die Ärzteschaft getrieben werden und das Verständnis medizinischer Standesethik dürfte zweigeteilt ausgelegt werden, mit der Gefahr des daraus potentiell resultierenden Missbrauchs durch Unklarheiten. Dieses sei resümierend an dieser Stelle zunächst ausreichend und soll im Anschluss an den aus den weiteren Ergebnissen des Ländervergleichs gewonnenen Fakten endgültig bewertet werden

## **5. Gesellschaftlicher Umgang**

### **5.1 Vom Verkennen des Problems**

In Deutschland gestaltet sich, nicht zuletzt aufgrund der historischen Vorbelastung, der Umgang und die Auseinandersetzung mit Entscheidungen jeglicher Art am Lebensende als schwierig. Dieses beginnt bereits bei der Findung einer eindeutigen Wortwahl, die dem Umgang mit dem Thema dienlich ist. In der Diskussion in Deutschland werden häufig vier Formen von Sterbehilfe im Sinne einer "Hilfe *zum* Sterben"

unterschieden<sup>259</sup>:

1. "Sterbenlassen" / "Passive Sterbehilfe": Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (unter Beibehaltung von "Grundpflege" und schmerzlindernder Behandlung)
2. "Indirekte Sterbehilfe" / "Indirekte aktive Sterbehilfe": Schmerzlindernde Behandlung unter Inkaufnahme eines (nicht intendierten) Lebensverkürzungsrisikos
3. "Beihilfe zur Selbsttötung" / "Freitodbegleitung": Hilfeleistung zur Selbsttötung z.B. durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Medikaments
4. "Aktive Sterbehilfe" / "Direkte aktive Sterbehilfe" / "Tötung auf Verlangen": Absichtliche und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todeseintritts: im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe ist der Tod nicht nur in Kauf genommen, sondern beabsichtigt, im Gegensatz der Beihilfe zur Selbsttötung liegt die letztentscheidende Tatherrschaft nicht beim Betroffenen selbst, sondern bei einem Dritten.

Anhand dieser kurzen Auflistung wird bereits deutlich, wie undurchsichtig der deutsche Umgang mit Entscheidungen am Lebensende ist. Es mangelt an einer eindeutigen und klaren Begriffsbestimmung. Die genannten „Formen“ decken zwar größte Teile des Themengebietes ab, schaffen aber gleichzeitig eine gewisse Undurchsichtigkeit, die zu Diskussionen führt, an einer Stelle, an der diese nicht zwingend notwendig sind und lenken somit nicht nur den Fokus auf die falsche Präferenz im Umgang, sondern tragen maßgeblich zu Unsicherheiten in der Bevölkerung bei.<sup>260</sup>

---

<sup>259</sup> An dieser Stelle sei erwähnt, dass eine genauere Auseinandersetzung mit den Begriffen, z.B. mit der Darstellung unterschiedlichster Literaturmeinung usw., nicht erfolgt. Dies würde das eigentliche Thema zu weit verlassen.

<sup>260</sup> Zum Abweichen der Meinung, sowie zur Differenzierung auch in Deutschland, vgl. u.a.: G. Duttge in „Rechtliche Typenbildung: Aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe“, in: D. Kettler/A. Simon/R. Anselm/V. Lipp/G. Duttge (Hrsg.), „Selbstbestimmung am Lebensende“, Göttingen 2006, S. 36, 63 ff. mwN.

## 5.2 Statistiken

Die zuvor erwähnten Unklarheiten zum Thema, beginnend bei der Begriffsdefinition, tragen dazu bei, dass das Auswerten und bereits das Recherchieren von statistischem Material nicht einfach ist.<sup>261</sup> Dennoch wird deutlich, dass auch in Deutschland ein Auseinandersetzen über Arten von Entscheidungen am Lebensende stattfinden. Im Folgenden werden Daten und Umfrageergebnisse der Bevölkerung, von Ärzten und die Haltung der Politik und Interessenverbänden zu dem Thema dargestellt und im Anschluss erörtert.

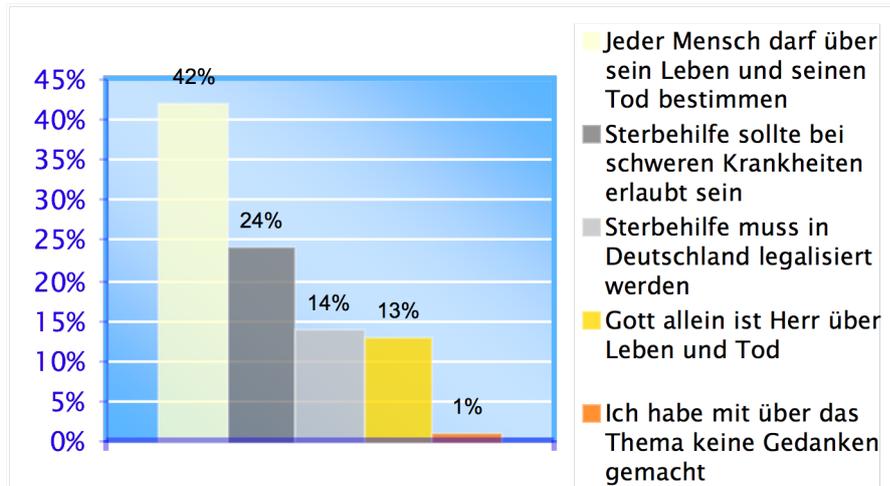
Die zurzeit aktuellste Umfrage befasst sich mit dem Thema „Sterbehilfe“. Bezüglich der Fragestellung „Was halten sie von Sterbehilfe?“ wurde versucht zu einem allgemeingültigen Meinungsbild beizutragen. Nachteilig hieran ist, dass der Begriff der Sterbehilfe auf unterschiedlichste Art und Weise definiert werden kann, so dass subjektive Faktoren die Objektivität beeinflussen könnten und das endgültige Ergebnis in ebenso viele unterschiedliche Richtungen ausgelegt werden könnte. Hier zunächst die Zahlen<sup>262</sup>:

---

<sup>261</sup> So gibt es unterschiedlichste Statistiken über die gesellschaftliche Akzeptanz oder ärztliche Bereitschaft zur passiven, aktiven, direkten oder indirekten Sterbehilfe. Gesamt statistisches Material ist allerdings nur selten vorhanden. Die hier getroffene Auswahl an Material spiegelt aber ein Ergebnis aus vielen weiteren Statistiken wieder, deren Kernaussage mit den hier aufgeführten Deckungsgleich ist.

<sup>262</sup> 10.964 abgegebene Stimmen am 20.11. 2008 aus einer Umfrage der Zeitung „Die Welt“; Quelle:  
[http://www.welt.de/politik/article2182072/Warum\\_uns\\_mehr\\_fehlt\\_als\\_ein\\_Gesetz.html#vote\\_1338297](http://www.welt.de/politik/article2182072/Warum_uns_mehr_fehlt_als_ein_Gesetz.html#vote_1338297).

## Was halten Sie von Sterbehilfe?



Obschon der Uneindeutigkeit des gewählten Begriffes, der dieser Statistik zugrunde liegt, geben die differenzierten Antwortmöglichkeiten Aufschluss über die Haltung der geäußerten Meinung. Die Antwort auf die Frage, ob jeder Mensch das Recht haben sollte frei über sein Leben und seinen Tod zu entscheiden wird von nahezu von der Hälfte der Befragten positiv beantwortet. Diese Antwortmöglichkeit impliziert unterschiedliche Schlussfolgerungen. So sind 42% zunächst eine vermeintlich hohe Zahl, die den Befürwortern bei einer freien Wahl bei Entscheidungen am Lebensende, gleich welcher Form, so sogar der Tötung auf Verlangen und Verlangen durch einen Arzt, in ihrer Argumentation Recht gibt, dass es jedem selbst überlassen ist über seinen Tod zu entscheiden. Im Umkehrschluss allerdings muss ebenso festgestellt werden, dass der Großteil der Befragten deutschen Bevölkerung aber nicht diese Meinung teilt, fraglich ist, mit welchem Ergebnis? Sind sie generell gegen freie Entscheidungen am Lebensende oder knüpfen sie eine Entscheidung an bestimmte Bedingungen, wie zum Beispiel unheilbaren Krankheiten, bei denen 24% der Befragten die Meinung vertraten, dass in diesen Fällen dem ohnehin Sterbenden der Wunsch zu sterben durch einen Dritten erfüllt werden darf? Es ist hierbei, auf die Statistik bezogen, davon auszugehen, dass die erwähnten 24% ein Teil der 42% sind, die freie Entscheidung grundsätzlich zugrunde legen, da die übrigen 58%, die bereits ein freies Entscheiden in einer Lebenslage dem Menschen absprechen, obschon nichts näheres darüber bekannt ist, logischer Weise nicht der Tötung durch einen Dritten im Speziellen zustimmen würden. Festzustellen ist daher,

dass ein Viertel der Befragten eine aktive Reaktion auf einen Sterbewunsch hin für gerechtfertigt hält, wenn dieser aus einer Krankheit heraus entsteht. Angaben über die generelle Haltung einem Menschen seinen Sterbewunsch stattzugeben, bei Menschen, die nicht aufgrund einer Krankheit diesen äußern und zu einer Selbsttötung nicht in der Lage sind, werden nicht gegeben. Bemerkenswert an der Statistik ist zudem noch der Einfluss der Religion zu Entscheidungen am Lebensende, woran deutlich wird, dass die Trennung zwischen Staat und Religion für ein Siebtel der Befragten nicht zwangsläufig in ihr Entscheidungsverhalten mit einfließt. Ein Bewerten dieses Einflusses hinsichtlich der Bedeutung, des Ausmaßes und der Konsequenzen ist an dieser Stelle zu hinterfragen und wird in der Gesamtbeurteilung des deutschen Gesellschaftsbildes im Folgenden wieder aufgegriffen.

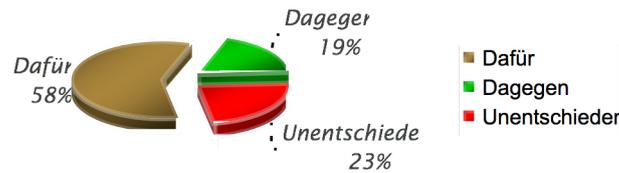
Eine weitere Statistik soll Aufschluss darüber geben, ob die vorausgehende Meinungsbildung repräsentativ ist und mit dem Ergebnis übereinstimmt. Auffällig bei dieser Statistik ist, dass die Fragestellung präziser ist und die Antwortmöglichkeiten dafür allgemeiner gehalten werden. Ebenso wird deutlich, welchen Stellenwert eine Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe in Deutschland zukommt, was bei einem Betrachten der Fakten hier besonders wichtig ist.<sup>263</sup>

**Frage:** „Zurzeit wird ja viel über aktive Sterbehilfe diskutiert. Das bedeutet, dass man das Leben schwerkranker Menschen, die keine Chance mehr zum Überleben haben und große Schmerzen erdulden müssen, auf deren eigenen Wunsch hin beendet. Sind Sie für oder gegen die aktive Sterbehilfe?“<sup>264</sup>

---

<sup>263</sup> Statistik aus den „Allensbacher Berichten“ vom Institut für Demoskopie Allensbach, veröffentlicht in der Ausgabe Nr. 14/ 2008 mit Umfrageergebnissen aus dem Jahre 2008; [http://www.ifd-allensbach.de/pdf/prd\\_0814.pdf](http://www.ifd-allensbach.de/pdf/prd_0814.pdf).

<sup>264</sup> Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 10023, Juli 2008 bei 1.786 Befragten. Da die Umfrage repräsentativen Charakter hat, ist sie auf das Gesamtbevölkerungsbild übertragbar.

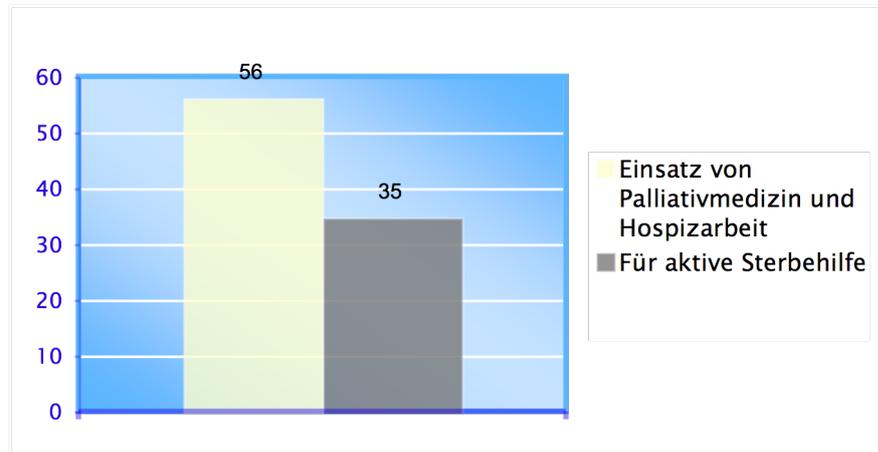


Dieser Statistik wird der Begriff der aktiven Sterbehilfe zugrunde gelegt, der bereits zum besseren Verständnis in der Frage definiert wird. Im Vergleich zur ersten Statistik ist erkennbar, dass der Anteil der Befürworter, die einem schwerstkranken unheilbaren Menschen Hilfe beim Sterben, auch durch einen Dritten zustimmen, wesentlich höher ist. Ein Grund hierfür mag in der Fragestellung liegen, die dem Befragten durch eine adjektivlastige und damit subjektive Wortwahl wie „schwerkrank“, „keine Chance zu überleben“ oder „große Schmerzen“ kaum Spielraum lässt, diesem nicht zuzustimmen. Im Gegensatz dazu könnte aber die Argumentation stehen, dass eben durch diese Wortwahl versucht wurde, Präzision zu erzielen, obschon dieses sicher durch eine weniger wertende Wortwahl ebenfalls hätte erzielt werden können. Ungeachtet dieser Problematik bleibt im Ergebnis zu dieser Statistik aber die grundlegende Aussage, dass in diesen Fällen Sterbewünsche zu respektieren sind und durch einen Anderen erfüllt werden sollen, wenn die Voraussetzung der unheilbaren Krankheit gegeben ist und zudem der Sterbeprozess bereits eingetreten ist.

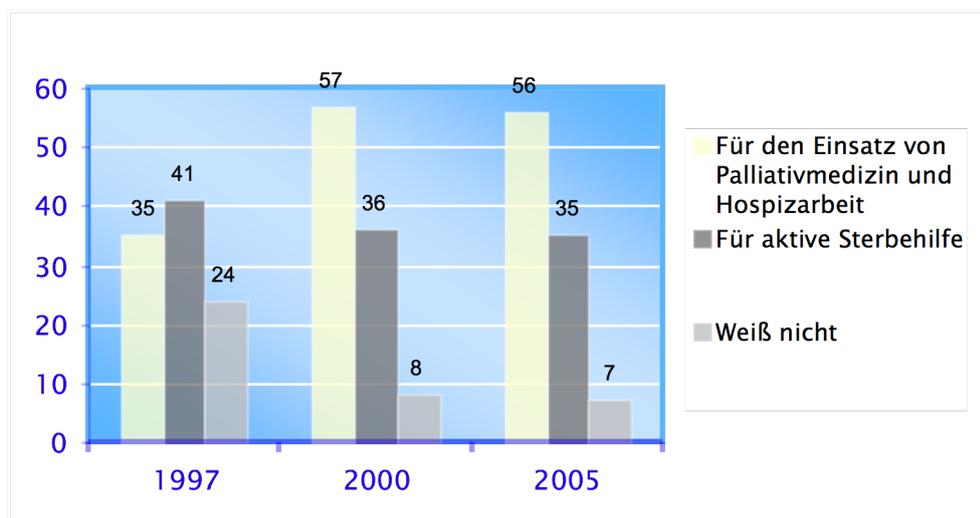
An dieser Stelle ist es angebracht als Zwischenfazit festzuhalten, dass die deutsche Bevölkerung zweigeteilt der grundlegenden freien Entscheidung am Lebensende gegenüber steht. Eine Bereitschaft ist zu erkennen dieses zu befürworten, die Ablehnung grundlegend freien Entscheidens steht aber dagegen und wird nur in geringem Maße durch das Vorliegen einer unheilbaren Krankheit, verbunden mit starken Schmerzen gerechtfertigt.

Im Folgenden soll betrachtet werden, wie der bei dem Thema maßgebliche Interessenverband der deutschen Hospizstiftung das Meinungsbild in Deutschland prägt und wie dieses zu bewerten ist. Die Daten wurden im Rahmen einer Umfrage der deutschen Hospizstiftung durch das Meinungsforschungsinstitut TNS Infratest am 14./15.10.2005 erhoben und sind repräsentativ verwendbar. Gleichzeitig bilden sie in diesem

Zusammenhang das aktuellste zur Verfügung stehende Material.



Diese Aussage bestätigt sich auch beim Betrachten einer Langzeitanalyse:



Es ist zu erkennen, dass die Deutschen eine hospiziale Betreuung gegenüber der Sterbehilfe bevorzugen würden. Diese Hospizarbeit als Teil der Palliativmedizin ist das führende Argument bei der Suche nach Möglichkeiten für zu treffende Entscheidungen am Lebensende. Hospizarbeit in diesem Sinne ist zu verstehen als eine spezielle Pflegeeinrichtung, die Sterbende im Sinne der Palliativpflege<sup>265</sup> pflegt. Hierbei wird unterschieden zwischen ambulanten, teilstationären und

<sup>265</sup> Die Palliative Medizin (Palliative Care) ist die Sorge nach Schmerzfremheit und Lebensqualität für den Betroffenen. Sie steht im Gegensatz zur medical care, die auf die Heilung bzw. Lebensverlängerung des Patienten abzielt. In der Konsequenz geht es somit um die Lebensqualität, ohne hierbei die Lebensquantität zu vernachlässigen.

stationären Einrichtungen. Unter der Begrifflichkeit Hospiz versteht man heute aber nicht nur eine „konkrete Institution“, sondern vielmehr eine Art Konzept, welches Sterbe- und Trauerbegleitung unter einem Dach vereint und diese als Institution darstellt. Hierfür gelten folgende Kriterien:

- Im Zentrum des Dienstes stehen der Kranke und dessen Angehörige
- Die Unterstützung erfolgt durch ein Team, welches interdisziplinär auf die unterschiedlichen Bedürfnisse eingeht
- Das System wird vervollständigt durch freiwillig arbeitende Begleiter

Es erscheint bis hierhin, ohne eine Wertung über Vor- und Nachteile von Hospizarbeit abzugeben, was an späterer Stelle eingehend geschehen wird, grundlegend der Fall zu sein, dass eine Mehrheit der deutschen Bevölkerung dieser Möglichkeit als eine Variante bei Entscheidungen am Lebensende den Vorzug gibt. Folgende Zahlen begründen allerdings einen Zweifel an der praktischen Anwendbarkeit dieser Alternative, da gemessen an der Gesamtbevölkerung Deutschlands nur etwa 1% der Menschen die Möglichkeit einer palliativen Versorgung in Anspruch nehmen könnten.

Demnach findet sich ein Bestand von stationären Hospizplätzen von 1.130 Plätzen<sup>266</sup> für eine Gesamtbevölkerung von 82.000.000 Menschen in Deutschland. Zweifelsfrei benötigt nur ein Teil dieser Gesamtmenge einen Hospizplatz, reduziert man dieses allerdings auf die Zahl der möglichen Inanspruchnehmenden, so ergibt sich, dass die Anzahl der vorhandenen Plätze nicht im Ansatz den potentiell vorhandenen Bedarf deckt. Solange diese Voraussetzung nicht vorliegt, ist das Argument, bei einer Entscheidung am Lebensende auf die alternative Möglichkeit der Hospizversorgung zurückzugreifen, in der Praxis wenig anwendbar. Es kann kein Rückgriff auf diese Alternative geschehen, solange ein funktionierendes Netz dieser Möglichkeit noch nicht ausreichend und flächendeckend gegeben ist. Wie dieses Argument in der Zukunft ausgeweitet werden kann und somit zu einem „vollwertigen“ Argument in der Diskussion wird, soll im Anschluss an die Länderdarstellung

---

<sup>266</sup> Nach Angaben der Deutschen Angestellten-Krankenkasse.

Deutschlands in der endgültigen Bewertung analysiert werden. An dieser Stelle soll der Hinweis auf eine mögliche Diskrepanz genügen.

### **5.3 Ergebnisse**

Das Meinungsbild in Deutschland bezüglich der Zustimmung oder dem Versagen von Entscheidungen am Lebensende ist differenziert zu betrachten. Es erscheint in Anbetracht der aufgelisteten Statistiken nur schwer möglich eine Gesamtmeinung mit einer Allgemeingültigkeit zu formulieren. Dies ist allein deshalb nicht möglich, weil es zum einen an einer eindeutigen, jeglichen Zweifel über die Bedeutung ausräumenden Definition fehlt, worum es bei der entsprechenden Entscheidung tatsächlich geht. Zum anderen können statistische Erhebungen durch entsprechend verfolgte Absichten einzelner Interessenverbände fehlgeleitet werden. So bedarf es einem exakten Hinterfragen der Auftraggeber der Erhebung, um Objektivität zu gewährleisten.

Diese unterschiedlichen Ergebnisse, zuzüglich des uneindeutigen Verständnisses der Begrifflichkeiten an sich, sind die prägenden Faktoren, die das Gesellschaftsbild in Deutschland bestimmen. Fest steht im Ergebnis, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema zwar stattfindet, diese aber nicht klar definiert und zielgerichtet agiert. Die einzelnen Meinungsbilder, geprägt durch repräsentative Umfragen tragen zur Unsicherheit über den Umgang mit dem Thema generell bei. Im Detail muss stets auf die entsprechend zu entscheidende Situation verwiesen werden, so gibt es große Unterschiede zwischen einer Akzeptanz des Begriffes der „passiven“ Hilfe zum Sterben, im Gegensatz zur in Deutschland verstandenen „aktiven“ Hilfe. Es wird hieran nicht nur deutlich, dass dem Laien eine Entscheidung über aktives oder passives Verhalten auferlegt wird, um sein und das gesellschaftliche Meinungsbild zu prägen, sondern ebenso, dass die eigentlich zu führende Diskussion, nämlich über die Art der Hilfe und die Konsequenz in Form des Todes nicht zur Debatte steht, sondern eine Auseinandersetzung über eine bestimmte Handlungsqualität. Im Grundsatz aber kann festgehalten werden, dass weniger als die Hälfte der Befragten für eine generelle freie Entscheidung bei Fragen am Lebensende sind. Weniger als ein Viertel der Befragten sind zudem nur bereit, einen Menschen auch mit Hilfe eines

anderen, sterben zu lassen. Diese Bedingung knüpft aber stets an eine vorausgehende Krankheit und dem Beginn des Sterbeprozesses an. Von einer allgemeinen Freiheit über das eigene Leben und daran angeknüpft über den Tod zu entscheiden, losgelöst von Krankheit und entstehend aus dem Wunsch heraus, sterben zu wollen, ist in Deutschland keine Rede.

## **6. Schlussbetrachtung der Landesposition**

Die Ergebnisse aus der Betrachtung Deutschlands zur Haltung zum Thema der Entscheidungen am Lebensende sind vielseitig und müssen hinsichtlich ihres Nutzens stark differenziert betrachtet werden. Dies beginnt bereits bei dem Versuch das Gesellschaftsbild näher zu analysieren. Eine geschichtliche Vorbelastung zuzüglich unterschiedlichster aktueller Meinungsbilder, geprägt durch statistische Erhebungen, Umfragen und das populistische Verstellen von Fakten in den Medien tragen dazu bei, dass es den deutschen Bürgern nicht leicht gemacht wird, selbst ein objektives, überlegtes Meinungsbild zu prägen.

Hinzu kommt eine falsche Positionierung zum Problem selbst, durch von dem Thema betroffene fachspezifische Stellungnahmen. Anstelle einer Auseinandersetzung über den Kern der Betrachtung wird der Fokus auf das Auslegen und Definieren der Begrifflichkeiten gelegt. Eine Unterscheidung in „aktiv“, „passiv“, „direkt“ oder „indirekt“ ist missverständlich und irreführend, weil es bei jeglicher Art der Entscheidungen am Lebensende in der Konsequenz darum geht das Hauptaugenmerk auf das Herbeiführen und das Resultat der beabsichtigten Folge zu legen. Sterbebegleitung, Therapien am Lebensende, Sterbenlassen oder der Suizid als Möglichkeiten einer Entscheidung zur Beendigung des Lebens sind hierbei sicher vielschichtig bewertbar und haben auf den ersten Blick keine Nähe zur hier behandelten Fragestellung, jedoch sind sie momentan das prägende Gesellschaftsbild der deutschen Bevölkerung. Nicht allein deshalb müssen sie sich einer Bewertung auch in diesem Kontext unterziehen, im Besonderen geschieht dieses aber, weil aus jeglichen dieser Arten einzelne Punkte extrahiert werden können, die erkennen lassen, dass der eigentliche Kern der Diskussion doch erkannt wurde, aber nicht gewertet wird. Eine Menge Details fallen auf, z.B. beim Erarbeiten der Rechtsprechungsübersicht. So finden sich auf

Entscheidungen mit einer Länge von über hundert Seiten zu einem qualifizierten Einzelfalldelikt ein paar wenige Sätze mit einer Allgemeingültigkeit zum Thema des Verfahrens bei Entscheidungssituationen am Lebensende. Aufgaben werden in Halbsätzen aufgeteilt und Pflichten einer bestimmten Berufsgruppe auferlegt. Allerdings geht dieses im Einzelfallkontext unter, obschon das Bemühen auf Seiten der Jurisprudenz zu erkennen ist, sich dem Thema allgemeinverwertbar zu nähern. Eine immer andauernde Differenzierung von Handlungsqualitäten im Zentrum der deutschen Diskussion trägt aber gerade entscheidend dazu bei, dass sich die Verständigungsprobleme nicht lösen werden, so dass auch eine gesamtgesellschaftliche Betrachtung auf nationaler Ebene nicht gesichert eindeutig beschrieben werden kann.

Die Unsicherheit im Gesellschaftsbild weitet sich aus auf Rechtsprechung. Rechtsunsicherheit trägt zu Zurückhaltung aller situationsbedingt Betroffener aus, so führt sie sich in der ärztlichen Herangehensweise fort, ebenso wie bei Patienten. Hieraus wiederum resultiert ein nicht ideales Verständigungsverhältnis im Arzt-Patienten-Verhältnis, um eine weitere Konsequenz aufzuzählen, was verdeutlichen soll, welche Auswirkung ein nicht eindeutig geregeltes Umgehen mit dem Thema im Grunde nach sich zieht.

Bemerkenswertes Ergebnis bei der Länderbetrachtung Deutschlands ist die Bemühung, eine gelungene palliative Versorgung und Hospizarbeit zu leisten. Dieses ist allerdings kein Argument für die Autonomie des Individuums, da die Frage dadurch nicht geklärt wird, inwieweit ein Patient seinen Sterbewunsch erfüllt bekommen kann. So ist fraglich, ob dieses vermeintliche Alternativargument tatsächlich als vollwertig in die Diskussion mit einfließt. Diese wird nach Auswerten der anderen Länder des Ländervergleichs in einer Gesamtbetrachtung bewertet. Es ist aber bis dahin festzuhalten, dass das verfolgte Ziel der Aufrechterhaltung der Lebensqualität durch gezielte Pflege ein sehr guter Weg ist, um mit Entscheidungen am Lebensende in einer humanen Qualität umzugehen. Allerdings soll der Einwand an dieser Stelle genügen, dass dies zwar einem Patientenwillen entsprechen kann, aber nicht unbedingt muss. Ein singuläres Beschränken auf Pflege in den Tod, ist somit aber als Alternative zwingend zu diskutieren. Eine Vorbildfunktion auch im

internationalen Vergleich nimmt hierbei Deutschland ein und ist daher als Maßstab dienlich.

Weiter ist die Haltung der deutschen Ärzteschaft herausstellenswert. Wenngleich in der Bevölkerung die Skepsis für das Erfüllen eines Sterbewunsches, losgelöst von dem Vorliegen einer Krankheit und ausschließlich auf Basis des freien Willens, groß ist, so vertritt ein Teil der Ärzte die Auffassung, dass ein wunschgemäßes Handeln durchaus gerechtfertigt ist. Sie sind darüber hinaus sogar bereit als exekutives Instrument tätig zu werden, fordern aber Rechtssicherheit zum Schutze ihres Handelns. Erwähnt werden muss an dieser Stelle unbedingt der Fakt, dass ein einstelliger Prozentsatz von befragten Ärzten in Deutschland bereits einen Patienten auf expliziten Wunsch sterben haben lassen. Dies zeigt, dass auch in einem Land, in dem das Thema gerne einer Tabuisierung unterliegt und über falsche Gestaltung, Arten und Formen von zum Tode führenden Handlungen geredet wird, das Thema bereits längst in der Gesellschaft angekommen ist, jedoch keine Akzeptanz findet.

## Niederlande

### 1. Wort vorab

Am 10. April 2001 verabschiedete die 1. Kammer des niederländischen Parlamentes ein Gesetz, in dem „Euthanasie“ unter Beachtung von bestimmten Bedingungen und Umständen gestattet ist. Das Gesetz<sup>267</sup> trat am 1. April 2002 in Kraft. Die Entscheidung einer gesetzlichen Normierung in den Niederlanden beruht auf einer seit Jahren andauernden Tolerierung der Euthanasiepraxis, in dessen Folge mit der gesetzlichen Fixierung Klarheit im Umgang mit dem Thema gefunden werden sollte. Das Gesetz bildet lediglich eine Erweiterung zum bestehenden Straftatbestand in Art. 293 Abs. 2, 294 Abs. 2 nStGB, der nach wie vor die Tötung eines anderen Menschen auf dessen Verlangen hin unter Strafe stellt und strafrechtlich sanktioniert.

Im folgenden Punkt der Länderbetrachtung der Niederlande wird neben einer Herleitung zum aktuellen Zustand, ein Blick auf die Rechtslage geworfen und untersucht, welche Akzeptanz das Recht hat und wie die Umsetzung in die Praxis geschieht. Im Anschluss daran wird die Haltung der Ärzte beschrieben und die Frage gestellt, ob das Euthanasiegesetz für sie als Pflicht dazu führt, einen Menschen auf dessen expliziten Wunsch hin zu töten, bzw. ihm die Mittel dazu zur Verfügung zu stellen oder lediglich die Erweiterung des medikamentösen Handlungsspektrums darstellt.

Im Vorfeld sollten die im Laufe dieses Ländervergleichs immer wieder aufkommenden Begriffe definiert werden, wie Euthanasie oder ärztliches Handeln in den Niederlanden verstanden und ausgelegt wird.

Seit dem Jahre 1985 definiert die Niederlande Euthanasie als ein „das Leben vorsätzlich beendendes Handeln durch einen anderen als den Betroffenen auf dessen Verlangen“. Diese Definition stammt von der zu der Zeit einberufenen Staatskommission Euthanasie und wurde als allgemeingültige Auslegung auch der Gesetzesinitiative zugrunde gelegt.

---

<sup>267</sup> Wet van 12 april 2001, Staatsblad 194, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging.

Zudem spiegelt sie auch den aktuellen Stand des Wortverständnisses der Euthanasie wieder.

Darüber hinaus existiert in den Niederlanden auch eine erweiterte Definition „normalen ärztlichen Handelns“, welches nicht unter der Definition von Euthanasie subsumiert wird. Hiernach ist normales ärztliches Handeln:

- das Nichteinleiten oder auch Beenden einer medizinisch betrachtet sinnlosen Behandlung
- das Nichteinleiten oder auch Beenden einer ärztlichen Behandlung gemäß des eindeutigen Verlangens des Patienten oder seines bestimmten Vertreters hin, sowie
- die ärztliche Symptombekämpfung, auch wenn hieraus ein verfrühter Todeseintritt resultiert.
- 

Hieraus ergibt sich, dass in den Niederlanden eine Unterscheidung zwischen aktiver, passiver oder auch direkter und indirekter Sterbehilfe nicht existiert. Die Begriffsprägung ist eindeutig auf einen bestimmten Bereich normiert.

## **2. Historische Entwicklung und aktueller Standard**

Anders als in vielen anderen Ländern, so u.a. Deutschland, hat es bis zum zweiten Weltkrieg in den Niederlanden keine Debatte über Euthanasie gegeben. Die nationalsozialistischen Besetzer in den Niederlanden versuchten die dortigen Ärzte in das deutsche „Euthanasieprogramm“ zu integrieren, scheiterten allerdings an der in den betreffenden Jahren<sup>268</sup> vorherrschenden allgemeinen Solidarität der Niederländer.<sup>269</sup> Diese Gegenposition legte nach Ansicht der Ärzte in gewisser Weise einen positiven Grundstein und trug mit dazu bei, dass es gerade aufgrund der Tatsache, „dass es keine Euthanasie-Debatte“<sup>270</sup> in den Niederlanden

---

<sup>268</sup> Dieses galt insbesondere für die Jahre 1940/1941.

<sup>269</sup> Vgl. G.E. Kimsma/ E. van Leeuwen „Euthanasie in den Niederlanden: Historische Entwicklung, Argumente und heute Lage“ in: A. Frewer/ C. Eickhoff (Hrsg.) als Beitrag zu „Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte“.

<sup>270</sup> Anmk.: Mit der „Euthanasie-Debatte“ ist in diesem Zusammenhang das Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten gemeint.

gegeben hat, (...) eine solche Entwicklung nur wenig wahrscheinlich gewesen oder sogar unmöglich<sup>271</sup>, in Form des heutigen Resultats bestehen würde.

In den Folgejahren herrschte wenig Interesse an dem Thema, was sich Mitte der 1970er Jahre durch den „Postma-Fall“<sup>272</sup> änderte. Auf Wunsch ihrer schwerkranken, gelähmten und vollständig auf Hilfe angewiesenen Mutter, verabreichte deren Tochter, eine Ärztin, auf eindeutigen und mehrmaligen Wunsch hin eine Injektion mit einer Dosis von 200mg Morphinum, die unmittelbar zum Tode führte. Nach Bekanntwerden durch ein freiwilliges Aufmerksammachen der die Tötung ausführenden Frau, kam es zu einem Gerichtsverfahren, welches die Konsequenz mit sich brachte, dass das Thema der Hilfeleistung auf expliziten Wunsch hin zum Bestandteil einer öffentlichen Diskussion wurde, mit dem Ergebnis, dass dieses Handeln als „Befreiung“ akzeptiert wurde. Weitere Ärzte bekannten sich dazu, in ihrer Praxis bereits Euthanasie geleistet zu haben und unterstützten das neu gefundene Gesellschaftsbild und -verständnis zum Umgang mit dem Thema. Weiter untermauert wurde dieses durch das Urteil des mit dem „Postma-Fall“ betrauten Gerichts in Leeuwarden<sup>273</sup>, welches das Strafmaß von einer Woche, ausgesetzt auf Bewährung, als Konsequenz der Tat angemessen erachtete. Gleichzeitig wurden mit diesem eher als symbolisch zu verstehenden Akt vom Gericht erstmals allgemeingültige Bedingungen formuliert, die eine Reaktion auf Sterbewünsche straflos lassen würden. Dieses ergab sich aufgrund der von dem Gericht an einen Gutachter gestellten Frage, wann ein „durchschnittlicher holländischer Arzt“ es für richtig halten würde, das Leben eines Patienten nicht bis zum Äußersten zu verlängern. Diese Voraussetzungen waren:

- **eine unheilbare Krankheit als Ausgangslage,**
- **das Vorliegen eines unerträglich Leidens, sowie**
- **der Wunsch nach einer Lebensbeendigung und**

---

<sup>271</sup> Vgl. G.E. Kimsma/ E. van Leeuwen, S. 177.

<sup>272</sup> Vgl. Fn. zuvor, S. 283.

<sup>273</sup> In Nederlands Jurisprudentie, 1973, Nr. 183; Leeuwarden, 21. Feb. 1973. Näher hierzu auch „Euthanasia Case Leeuwarden – 1973“ (1988) 3 Issue of Law & Med. 439.

**- die Vornahme der Handlung durch einen Arzt.**

Im Anschluss an dieses Urteil und die Wegvorgabe der Jurisprudenz kam es zu einem Handeln der Politik und der niederländischen Ärztereinigung KNMG<sup>274</sup>, die sich dem Thema widmeten und auf dem Urteil basierend weitere Bedingungen formulierten, die in diesem Falle konkreter und strenger formuliert waren. So sei es zu den zuvor genannten Punkten notwendig, dass

- **der betreffende Arzt den Wunsch nach Euthanasie beim Gerichtsmediziner melden muss, dass darüber hinaus**
- **nachher eine rechtliche Untersuchung stattfinden würde, die sowohl die Entscheidungsfähigkeit, als auch das Vorhandensein eines unerträglich Leidens bestimmen sollte und dieses**
- **nach Konsultation eines weiteren, unabhängigen Arztes geschehen soll und zudem auch schriftlich begutachtet wird.**<sup>275</sup>

In den folgenden Jahren nahm die Zustimmung der Bevölkerung, als auch die Akzeptanz der Ärzteschaft, vermehrt zu. Im Jahre 1989 wurden als Reaktion hierauf zwei Gesetzesentwürfe in das Parlament eingebracht. Aufgrund von innerpolitischen Gründen fanden diese Entwürfe noch keine Umsetzung.<sup>276</sup> Im Anschluss wurden allerdings breit angelegte Berichte verfasst, um den Weg zu einem erneuten Gesetzentwurf zu ebnen. So war gerade der „Remmenlink-Bericht“ wesentlicher Bestandteil hierfür, dessen Erhebung unter anderem ergab, dass von 130.000 gesamten Todesfällen, 1,8%, somit 2.300 Euthanasiefälle beinhaltet waren. Ein Handlungsspektrum wurde somit zunehmend prägnanter formuliert. Dies endete am 10. April im Jahre 2001, indem die 1. Kammer des niederländischen Parlaments die im Jahre 1994 verfassten Richtlinien und

---

<sup>274</sup> Königlich Niederländische Gesellschaft für Medizin. Bis zum Jahre 1973 vertrat diese noch eine strenge Ansicht gegen Euthanasie, erst in einer Stellungnahme im Jahre 1984 erklärte sie, dass sie unter bestimmten Voraussetzungen das Reagieren auf Sterbewünsche für akzeptabel hielte.

<sup>275</sup> KNMG 1984 S. 994-995. Im Jahre 1992 wurde der Katalog ergänzt, durch das Erfordernis einer ausführlichen schriftlichen Dokumentation.

<sup>276</sup> Auslöser hierfür was das Auflösen der damaligen Regierung.

Voraussetzungen zu Reaktionen auf Sterbewünsche in einem „Euthanasiegesetz“ verankerte, um Rechtssicherheit zu gewährleisten.

## **2.1 Instruktiver Überblick**

Im Folgenden soll der Vollständigkeit halber die Gesamtentwicklung hin zu dem geltenden Euthanasiegesetz detailliert in einer Auflistung dargestellt werden:

**1969:** Der Arzt Jan Hendrik van den Berg veröffentlichte das Buch „Ärztliche Macht und ärztliche Ethik“<sup>277</sup>, in dem er die zukünftigen Aufgaben moderner Medizin definierte und diese auch in der Beendigung sinnloser Lebens- und Leidensverlängerung sah. Er sprach sich auch für die Euthanasie bei missgebildeten Kindern aus. Die Debatte war hiermit eröffnet.

**1973:** Eine Ärztin wird lediglich zu einer Woche Haft auf Bewährung verurteilt, nachdem sie ihre unheilbar erkrankte Mutter auf deren Wunsch hin tötete. („Postma-Fall“).<sup>278</sup> Der Sachverhalt datierte aus dem Jahre 1971, indem Dr. G. Postma ihre tödlich kranke Mutter durch eine Morphiuminjektion tötete. Sie wurde vom zuständigen Gericht wegen Tötung aus Mitleid nach Art. 293 nlStGB zu einer symbolischen Strafe verurteilt. Nach diesem Urteil bekannten sich viele andere Ärzte dazu, bereits ähnlich gehandelt zu haben. Aus diesem Grunde wurde die „Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie“ gegründet.

**1981:** In diesem Jahr kam es zu einer Verurteilung wegen Beihilfe zum Suizid durch eine nicht ärztliche Person. Das Gericht in Rotterdam legte in dieser Entscheidung Richtlinien fest, nach denen dieses dem Wunsch eines anderen entsprechende Handeln straffrei bleiben könne, wenn dieses durch einen Arzt ausgeführt werden würde, zudem ein unerträgliches Leiden bestehe, der Entschluss freiwillig sei und Alternativen durch die Konsultation eines weiteren Arztes ausgeschlossen seien.<sup>279</sup>

**1982:** Ein Arzt tötete in diesem Jahre eine 95-jährige schwerkranke Frau.

---

<sup>277</sup> Englische Übersetzung von J.H. van den Berg aus dem Jahre 1973.

<sup>278</sup> In Nederlands Jurisprudentie, 1973, Nr. 183; Leeuwarden, 21. Feb. 1973, zu finden in W. Lagerway, 3 Issues in Law and Medicine 429, 439-42 (1988).

<sup>279</sup> „Wertheim Fall“ in Nederlandse Jurisprudentie 1982 Nr. 63.

Das zuständige Gericht in Alkmaar<sup>280</sup> sprach den Arzt frei und entließ ihn straffrei, woraufhin es zu einem Berufungsverfahren vor einem Gericht in Amsterdam<sup>281</sup> kam, welches den Arzt schuldig sprach. Als Begründung wurde die Verletzung geltenden Rechts angeführt, sowie ein Nichtvorliegen einer Legitimation seines Handelns wegen einer höheren Gewalt. Der Arzt legte Berufung dagegen beim Hogen Raad<sup>282</sup> in Den Haag ein. Hier kam es zu einem das Berufungsgericht bestätigenden Urteil, dass geltendes materielles Recht verletzt sei, dennoch aber nicht ausgeschlossen werden könnte, dass eine nach Art. 40 nStGB vorliegende höhere Gewalt den Arzt zu seinem Handeln veranlasst hat. Der Fall musste vor dem Berufungsgericht neu verhandelt werden, welches eine Stellungnahme der KNMG einholte, die sich im Jahre 1986 äußerte, dass es durchaus Fälle geben kann, in denen ein Arzt dem Sterbewunsch eines Patienten entsprechen musste. Es kam zu keiner weiteren Strafverfolgung.<sup>283</sup>

**1985:** Die zuvor gegründete staatliche Kommission zur Euthanasiefrage veröffentlichte ihren ersten Bericht, der vorsah, dass der Art. 293 nStGB eine Ausnahmeregelung für Ärzte enthalten sollte, die unter bestimmten Auflagen den Sterbewunsch ihrer Patienten erfüllen dürften.

**1985:** Das Akademische Krankenhaus in Utrecht erlässt als erste Klinik Euthanasie-Richtlinien für seine Ärzte.

**1987:** Die KNMG erlässt zusammen mit der niederländischen Krankenpflegevereinigung eine Richtlinie zur praktischen Anwendbarkeit von Euthanasie.

**1989:** Die Regierung ernennt eine neue Kommission, die einen strafrechtlichen Bericht über die Euthanasiepraxis in den Niederlanden

---

<sup>280</sup> „Schoonheim Fall“ Nederlandse Jurisprudentie 1983, Nr. 407.

<sup>281</sup> Nederlandse Jurisprudentie 1984 Nr. 43.

<sup>282</sup> Der Hoge Raad ist das oberste zivile und strafrechtliche Gericht der ordentlichen Gerichtsbarkeit in den Niederlanden. Durch ein königliches Dekret werden die Mitglieder des Gerichts ernannt, welches sich aus einem Dreivorschlag der zweiten Kammer des Parlaments ergibt, was wiederum auf einem Vorschlag des Hogen Raad selbst basiert. Der Gerichtshof setzt sich zusammen aus einem Präsidenten, sieben Vizepräsidenten und einer Zahl von dreißig ordentlichen und fünfzehn außerordentlichen sog. raadsheren. Der Hoge Raad ist letzte Instanz und somit Rechtsweg nach der Rechtsbank und dem Gerechthof.

<sup>283</sup> „Schoonheim Fall“ v. 16.07.1982 vor dem Hoge Raad verhandelt; in Nederlandse Jurisprudentie 1985 Nr. 106.

erheben soll. Dieser sog. Remmelink-Report wird an späterer Stelle eingehend erläutert. Ergebnis dieses Reports, der im September 1991 veröffentlicht wurde, war, dass von einer Legalisierung von Euthanasie Abstand genommen werden sollte. Der Report kam zu dem Ergebnis, dass das Bestattungsgesetz zu ändern sei, hinsichtlich einer unter Beachtung bestimmter Verfahrensregeln strafrechtlich nicht verfolgten Handlung eines Arztes.

**1990/91:** Die Niederländische Ärztevereinigung KNMG schafft gemeinsam mit dem Ministerium der Justiz ein freiwilliges Meldeverfahren zu Euthanasie und medizinisch assistierten Suizid für den zuständigen Gerichtsmediziner, der wieder einen Bericht über den Fall an die zuständige Staatsanwaltschaft leitet.<sup>284</sup>

**1993:** Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht. Nach der Gesetzesreform des Bestattungsrechts dürfen Ärzte nur Sterbehilfe an todkranken Patienten leisten, wenn diese an unerträglichen Schmerzen leiden und ausdrücklich mehrfach um Euthanasie gebeten haben. Noch immer ist es möglich, dass ein Ermittlungsverfahren gegen den Mediziner eingeleitet wird.

**1994:** Ein im Jahre 1992 ins Parlament eingebrachter Gesetzesentwurf, der im Februar 1993 verabschiedet wurde, tritt im Juni 1994 nach der erforderlichen Senatszustimmung in Kraft. Demnach sind Art. 293 und Art. 294 nStGB weiterhin gültig, ein Arzt bleibt aber dann straffrei, wenn die Staatsanwaltschaft zu der Auffassung gelangt, dass die vorgeschriebenen Bedingungen der Sorgfaltspflicht eingehalten wurden, welche aus dem im Anhang des Bestattungsgesetzes abgedruckten Fragebogen hervorgehen, den ein Arzt auszufüllen hat. Zudem muss er einer detaillierten Dokumentationspflicht nachkommen.<sup>285</sup>

**1995:** Eine erste Bilanz wird vorgelegt. 1995 sterben rund 3600 Personen durch Euthanasie und medizinisch assistierten Selbstmord. In 36 Fällen werden Ermittlungen aufgenommen, weil beispielsweise unklar ist, ob die Betroffenen zugestimmt hatten. Den Anklagen folgte nur ein Gerichtsverfahren.

**1998:** Nach Schätzungen sterben jährlich 4.000 Niederländer durch

---

<sup>284</sup> KNMG 1992: 30.

<sup>285</sup> 1. Kammer des Niederländischen Parlaments 1992-1993, 22 572, Nr. 275a.

medizinisch assistierten Suizid. Es werden Pläne vorgelegt, um das Verfahren zu ändern und die Meldebereitschaft der Ärzte zu erhöhen.

**1998:** Königliches Dekret als weiterer Schritt in der Diskussion. Das Bestattungsrecht wird geändert, bevor es zu einer Einführung des Euthanasiegesetzes kommt. Die oberste Staatsanwaltschaft hatte festgelegt, dass im Rahmen einer Halblegalisierung Euthanasie nicht strafrechtlich verfolgt wird, gestützt auch durch eine verwaltungsrechtliche Erweiterung und das Einhalten strikter Sorgfaltskriterien. Ergebnis: Praxis und Gesetzgebung sind unterschiedlich.

**1999:** Das niederländische Kabinett legt einen entsprechenden Gesetzentwurf vor, nach dem Staatsanwälte in Euthanasiefällen nur noch ausnahmsweise tätig werden und Ärzte Euthanasiefälle nur noch an die dafür eingerichteten Kommissionen melden müssen.

**November 2000:** Die Zweite Kammer des niederländischen Parlaments stimmt diesem zu und beschließt, dass jeder Fall von Euthanasie einer Meldung und Examination bedarf.

**10. April 2001:** Auch die Erste Kammer stimmt zu. Das Gesetz kann damit in Kraft treten.

Entscheidungen/ Maßnahmen/ Entwicklungen  
**für** das Recht Hilfe beim Sterben zu bekommen:

Das Buch „Ärztliche Macht und ärztliche Ethik“  
von dem Arzt Jan Hendrik van den Berg eröffnete  
die Debatte über die Zulässigkeit von Euthanasie

1969

Im „Postma Fall“ wird eine Ärztin symbolisch  
zu einer Woche Haft verurteilt. Sie verabreichte  
ihrer Mutter eine tödliche Dosis Morphinum

1973

Entscheidungen/Maßnahmen/Entwicklungen  
**von Grenzen** Hilfe beim Sterben zu bekommen:

Das Gericht in Rotterdam erließ im Rahmen eines Urteils die ersten unverbindlichen Richtlinien für den gesicherten Umgang mit Euthanasie	1981	Nichtärztliche Person wurde durch das Gericht in Rotterdam wegen Beihilfe zum Suizid verurteilt
Erstinstanzlicher Freispruch eines Arztes der eine 95-jährige Frau deren Wunsch entsprechend tötete	1982	In der ersten Instanz wurde der Arzt von einem Gericht in Alkmaar verurteilt. Dieses wurde vom Hoge Raad bestätigt.
Hoge Raad spricht von möglicher höherer Gewalt bei Euthanasie	1982	
KNMG spricht sich dafür aus, dass es denkbar ist, dass ein Arzt Euthanasie leistet	1982	
Staatlich gegründete Organisation zur Euthanasiefrage spricht sich für eine Ausnahmeregelung aus	1985	
Krankenhaus in Utrecht erlässt Euthanasierichtlinien.	1985	
KNMG und Krankenpflegevereinigung erlassen Richtlinien zur praktischen Anwendbarkeit von Euthanasie	1987	
Regierung ernennt eine Kommission zur Überprüfung.	1998	
Königliches Dekret als Wendepunkt in der Diskussion - Praxis und Gesetzgebung waren unterschiedlich.	1998	
Niederländische Ärztevereinigung und Justizministerium einigen sich über ein freiwilliges Meldeverfahren für Euthanasie	1990	

	1991	Der Rimmelink-Report der Kommission aus dem Jahre 1998 kam zu dem Ergebnis, dass von einer Legalisierung von Euthanasie Abstand genommen werden sollte
Rimmelink-Report rät zur Änderung des Bestattungsgesetzes	1991	
Einführen einer gesetzlichen Meldepflicht für Euthanasie	1993	
Gesetzesentwurf lässt §§ 293, 294 des Strafgesetzbuchs unangetastet, Euthanasie sollte aber unter bestimmten Bedingungen straffrei bleiben	1994	
Erneuter Gesetzesentwurf wird vom Kabinett vorgelegt.	1999	
Die zweite Kammer des Parlaments beschließt Freigabe der Euthanasie	2000	
Auch die erste Kammer stimmt dem Gesetz zu	2001	

Beim Betrachten dieser Auflistung wird deutlich, dass sich die Entwicklung zwar frühzeitig in eine bestimmte Richtung entwickelte, aber dennoch Schritt für Schritt vonstatten ging, somit keineswegs übereilt oder unausgereift geschah. Dieses basierte auf einer historisch eindeutigen Haltung gegen die nationalsozialistische „Euthanasie“ der Deutschen bei der niederländischen Ärzteschaft und der Bevölkerung und setzte sich über die Jahre mit stetig steigender Zustimmung zur Euthanasie, in der Form einer durch einen Arzt vorgenommenen Tötung auf expliziten Wunsch eines Menschen gemäß, durch.

## 2.2 Was das Gesetz umfasst

Die Verwendung des Begriffes Euthanasie zielt in den Niederlanden auf eine ausdrücklich verlangte und absichtlich herbeigeführte lebensbeendende Handlung einer anderen Person ab.<sup>286</sup> Abzugrenzen ist dieser Begriff von dem ärztlich assistierten Suizid, bei dem lediglich ein Arzt einem Patienten das zum Tode führende Medikament zur Verfügung stellt. Der Unterschied liegt in der mangelnden direkten Beteiligung.<sup>287</sup> Die Gemeinsamkeit der beiden Handlungsmöglichkeiten liegt darin begründet, dass sie von der im Jahre 2002 eingeführten Gesetzeserweiterung umfasst sind und somit unter Beachtung der gegebenen Voraussetzungen unter Umständen straffrei sein können. Im Gegensatz hierzu gibt es in den Niederlanden eine Reihe von Handlungsweisen, die nicht von dem Gesetz umfasst und daher strafbar sind, wie z.B. die Tötung einer anderen Person ohne deren ausdrückliche vorherige Einwilligung<sup>288</sup>. Im medizinischen Kontext ist diesbezüglich das Einstellen einer lebensverlängernden Behandlung umfasst, aber ausdrücklich nur ohne eine medizinische Indikation. Hierbei findet stets ein Abstimmen auf die Intention des Arztes statt. Zu bemerken ist daher bereits an dieser frühen Stelle der Definitionsarbeit, dass ein Abstimmen auf eine ärztliche Intention ex ante Aufgabe der Rechtswissenschaft ist, die in der Praxis über Verfehlungen oder regelkonformes Handeln eines Arztes dessen Handeln beurteilt.<sup>289</sup> Hierzu schafft das geänderte Gesetz unter Art. 293 Abs. 2, 294 Abs. 2 nIStGB einen neuen Rechtsraum, der einen Katalog von Sorgfaltskriterien umfasst, die aktives wunschgemäßes zum Tode führendes Handeln sowie

---

<sup>286</sup> H.J.J. Leenen/ J.K.M. Gevers, *Handboek gezondheidsrecht. Deel I – Rechten van de mensen in de gezondheidszorg*, 2007, S. 312.

<sup>287</sup> H.J.J. Leenen/ J.K.M. Gevers aus Fn. zuvor, auf S. 313. Zur Abgrenzung auch noch J. Legemaate, „De juridische context van euthanasie en de inhoud van de zorgvuldigheidseisen“, in: J. Legemaate/R.J. M. Dillmann (Hrsg.), *Levensbeeindigend handelen door een arts*, Houten 2003, S. 118-133.

<sup>288</sup> Zur Rechtswirklichkeit dieser Form der Lebensbeendigung G. van der Wal „Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen“, 2003; sowie die Zusammenfassung der Ergebnisse bei Finger „Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung in den Niederlanden für das Jahr 2001 in *MedR* 2004, S. 379.

<sup>289</sup> Vgl. C. Kelk, „Een nieuwe koers inzake de euthanasie, Delikt en Delinkwent“ 1999, 93; Ter Kuile, „Nederlandse Euthanasie-wetgeving – Een juridische beschouwing“, Rotterdam 2002, S. 24, Fn. 33, sowie S. 31.

die Beihilfe zum Selbstmord straffrei lassen können.<sup>290</sup>

### **3. Rechtliche Betrachtung**

Im Anschluss an das Inkrafttreten des Gesetzes soll die aktuelle Situation zum gesellschaftlichen Umgang, zur Akzeptanz aber vor allem der juristischen Ausformulierung beschrieben werden.

#### **3.1 Voraussetzungen**

Um diese Frage zu klären, bedarf es zunächst einer genaueren Betrachtung des eigentlichen Gesetzes.

Am 1. April 2002 trat das Gesetz „Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“ in Kraft. Es sieht Änderungen des Strafgesetzbuches dahingehend vor, dass die in Artikel 293 (Tötung auf Verlangen) und Artikel 294 Absatz 2 (Beihilfe zum Selbstmord) beschriebenen Tatbestände nicht als strafbar gelten, wenn sie von einem Arzt begangen und an einen Gerichtsmediziner gemeldet werden, wobei besondere Sorgfaltskriterien beachtet werden müssen, die „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 ist,
- 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 befindet, keine angemessene andere Lösung gibt,
- e.** mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten a)

---

<sup>290</sup> Zur strafrechtlichen Verantwortung einer an aktiver Sterbehilfe beteiligter weiteren Person vgl. J. Griffiths et al., „Euthanasia & law in the Netherlands“, Amsterdam 1998, S. 108ff.; J. Griffiths, „Euthanasie: een verlanglijst voor de wetgever“, NJB 1998, 941; C. Kelk 1997, S.104; H.J.J. Leenen/ J.K.M. Gevers, S. 347; J. Legemaate, S. 31. Zur Problematik der Beurteilung palliativmedizinischer Versorgung durch das Pflegepersonal, welche schnell die Grenze zur Strafrechtsrelevanz überschreiten kann, vgl. Ter Kuile, S. 26f.

bis d) bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und  
f. die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.“

Die Sorgfaltskriterien sind Konsequenz der Rechtsprechung und ergeben sich aus der Summe der in der zurückliegenden Zeit getroffenen Entscheidungen. Sie bilden somit einen Katalog von Erfahrungswerten aus einer ganzen Reihe von Einzelfallentscheidungen.

Anhand der Formulierung wird zudem deutlich wie Sterbehilfe in den Niederlanden überhaupt verstanden und definiert wird, nämlich als eine lebensbeendende Handlung, die ein Arzt auf Verlangen eines Patienten durchführt.

Aus dem Wortlaut des Gesetzes ergibt sich, dass ausschließlich ein Arzt<sup>291</sup> die Kontrolle über eine Tötungshandlung aufgrund eines Sterbewunsches einer anderen Person haben kann. Hinzu kommt die Spezifizierung, dass dieser Arzt in einem länger andauernden Behandlungsverhältnis zum Patienten stehen muss. Außerdem obliegt nicht jedem Arzt eine Pflicht, Euthanasie vorzunehmen. Es besteht die Möglichkeit der Wahl der freien Entscheidung, mit der Auflage, dass der behandelnde Arzt den um Hilfe beim Sterben bittenden Patienten an einen Kollegen weiter vermittelt, der diesem Wunsch entsprechen kann.

Neben diesen Grundbedingungen müssen weitere Sorgfaltskriterien erfüllt sein.

### **3.1.1 Freiwilliges und überlegtes Verlangen**

Der Wunsch des Patienten zu sterben muss zunächst frei und ausdrücklich erfolgen. Hierbei ist weiter zu beachten, dass diese freie und ausdrückliche Äußerung zudem inhaltlich überprüfbar sein muss. So sind von Patienten geäußerte Beweggründe, wie z.B. der Wunsch der Familie nicht zur Last fallen zu wollen, vom Arzt zu überprüfen. Dies dient der Schaffung von Klarheit der Äußerung und Sicherung der Entscheidungsfindung. Der an den Arzt herangetragene Wunsch ist zudem an eine Form gebunden. So kann er entweder schriftlich selbst erfolgen oder aufgrund von Protokollen

---

<sup>291</sup> Unter dem Gliederungspunkt 4.1 bis 4.3 wird darauf eingegangen, warum gerade ein Arzt in die Euthanasiepraxis in Niederlanden einbezogen wird und nicht eine ähnlich qualifizierte Person eines anderen Berufsstandes.

der Äußerungen belegt werden. Die letztere Möglichkeit wird aus Gründen der Beweissicherheit jedoch selten bis nie vertreten, eine schriftliche Fixierung ist in aller Regel Grundlage der Äußerung und kann somit dienlich an späterer Stelle auch z.B. als Grundlage für Entscheidungen von Überprüfungskommissionen herhalten.<sup>292</sup> Dieser Aufgabe einer schriftlichen Fixierung eines Wunsches kann auch eine Patientenverfügung nachkommen. Hierbei wird das Konstrukt der Patientenverfügung entgegen der deutschen Handhabung wesentlich verbindlicher behandelt, nicht jedoch, ohne hohe Sorgfaltsansprüche an die Aktualität des manifestierten Wunsches zu stellen. So dienen Patientenverfügungen im Falle der Tatsache, den eigenen Wunsch nicht mehr äußern zu können als Rückgriff auf eben diesen. Allerdings ist es hierbei nur schwer möglich auf den entsprechenden Krankheitsverlauf und die damit ändernde Motivation der Beweggründe des Sterbewunsches einzugehen.<sup>293</sup> So kann einem auch schriftlich fixierten Wunsch nicht entsprochen werden, der aufgrund eines besonderen nicht vorher abzusehenden Verlaufes einer Krankheit, nicht mehr begründet erscheint. Dies macht es notwendig, Patientenverfügungen stets den aktuellen Umständen anzupassen.

Besondere Voraussetzungen sind auch an den Umgang von Sterbewünschen von psychiatrischen Patienten geknüpft, bei denen als zusätzliche Sicherheit ein weiterer Psychiater hinzugezogen werden soll.<sup>294</sup> Weitere sich hieraus ergebene Diskussionen über die Gefahr der Zuziehung eines weiteren Psychiaters und der generellen Gefahr der fehlenden eindeutigen Entscheidungsfindungen bei der Involviertheit eines psychisch kranken Patienten bei Entscheidungen am Lebensende sollen an dieser Stelle nicht angeführt werden. Obschon der Brisanz dieses

---

<sup>292</sup> Vgl. Regionale toetsingscommissies euthanasie, Jaarverslag 2002, S. 21.

<sup>293</sup> Nach B.E. Chabot, „Sterven op drift – Over doodsverlangens en onmacht“, Nijmegen 1996, S.99 ergibt sich für die Betroffenen eine Art Catch 22-Situation: Es ist entweder zu früh für den Todeswunsch, da das Leiden noch nicht schwer und unerträglich genug ist, oder zu spät, da das Verlangen wegen mangelnder Willensfähigkeit als unwirksam behandelt wird.

<sup>294</sup> Vgl. Hoge Raad, Urteil vom 21.06.1994, Nederlandse Jurisprudentie 1994, Nr. 656. (B.E. Chabot-Urteil); Anmerkungen dazu: “ H.J.J Leenen/ J.K.M. Gevers, S. 332f.; J. Legemaate, „Hulp bij zelfdoding door patienten met een psychiatrische stoornis; richtlijnen voor de psychiater“, in: Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2009, 48, 750-769.

Teilgebiets, würde es zu weit an der eigentlichen Fragestellung der Arbeit vorbeiführen. Festzuhalten ist der Vollständigkeit halber jedoch, dass besondere Voraussetzungen an diese spezielle Konstellation gestellt werden, welches als Indiz einer möglichst hohen Sicherheitsfindung gewertet werden kann.

### **3.1.2 Leiden, die aussichtslos und unerträglich sind**

Weiteres Kriterium, welches erfüllt sein muss, um den Sterbewunsch eines Patienten zu entsprechen, muss ein aussichtsloses und unerträgliches Leiden sein, gem. Art. 2 Abs. 1 Var. 2 des Gesetzes zur Kontrolle der Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Selbstmord. Hierbei kommt einer exakten Definition besondere Bedeutung zu. So kann ein Leiden zwar durchaus anhand von objektiven Maßstäben gemessen aussichtslos sein, wenn keine Aussicht auf eine Verbesserung des Zustandes abzusehen ist. Wann Leiden aber nicht mehr erträglich und aushaltbar sind, ist an hohe subjektive Maßstäbe geknüpft, was zur Uneindeutigkeit der Begriffsauslegung führen kann.<sup>295</sup> Der Begriff Leiden ist allerdings nicht als Synonym für Schmerzempfindung zu verstehen, da die Erwartung drohender Nachteile für das Ausmaß des Leidensdrucks in der Regel eine wesentlich größere Rolle spielen kann, als der akute Schmerz an sich. Trotzdem ist er schwerlich zu objektivieren. Um dies zu schaffen, muss ein Arzt bei Entscheidungen beim Lebensende ein möglichst hohes Maß an Empfindsamkeit für den Patienten und für dessen Lage aufbringen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird in einer derartigen Konstellation an die Bedingung des Perspektivwechsels des Arztes aus Sicht des Patienten gebunden, jedoch nicht, ohne hierbei kritisch die eigentliche Rolle zu verlassen und bedingungslos mitfühlend dem Wunsch des Patienten zu entsprechen, als Resultat des Versuches Leiden möglichst nachempfindsam zu objektivieren.

Mithilfe eines Fallbeispiels soll an dieser Stelle das Problem aus einer praktischen Sicht heraus deutlich gemacht werden.<sup>296</sup>

---

<sup>295</sup> R.J.M. Dillmann „Euthanasie: De morele legitimatie van de arts“, in: J. Legemaate/ R.J.M. Dillmann 2003, S. 11; Ebenso legt der Stadtpunkt der Überprüfungscommissionen immer wieder deutlich fest, dass gerade im Punkt dieser Definitionsarbeit Schwierigkeiten begründet liegen.

<sup>296</sup> Vgl. folgende Anmerkungen zum Fall: Blad/Bogert, „Beschikbarstelling van

Im Jahre 1998 leistete ein niederländischer Hausarzt einem Patienten Beihilfe beim Selbstmord. Gegenstand des eingeleiteten Gerichtsverfahrens war eine Auseinandersetzung über die Auslegung des Begriffes des unerträglichen und aussichtslosen Leidens des Patienten, wenn weder eine körperliche noch schwerwiegend geistige Erkrankung vorliegt. In der ersten Instanz wurde vom Bezirksgericht Haarlem geurteilt, dass der Hausarzt sich keinem Verschulden durch Sorgfaltspflichtverletzungen schuldig gemacht hatte, was jedoch in den darauf folgenden Instanzen anderes bewertet wurde.<sup>297</sup> Das höchste Gericht der Niederlande<sup>298</sup> legte fest, dass ein wie in diesem Fall vorherrschender bloßer Lebensüberdruß kein ausschlaggebender Grund sei, eine lebensbeendende Handlung vorzunehmen. In Anbetracht der Gewichtigkeit dieser Entscheidung sei es zwingend notwendig, darüber hinaus an den Wunsch zu sterben weitere Anforderungen zu stellen, in Form des Vorliegens einer ausgiebigen und eindeutigen somatisch oder psychiatrisch getroffenen Diagnose. Dieses sei nach Ansicht des Gerichts einzuhaltendes Sorgfaltskriterium bei jeglicher Art von Entscheidungen am Lebensende und begründet darüber hinaus des Weiteren auch den Grund, warum gerade ein Arzt in die Verantwortung der Handlungsvornahme gezogen wird, eben aufgrund der Möglichkeit sorgfaltsgemäß aus einer wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnis heraus Entscheidungen treffen zu können. Außerdem wird an dieser Stelle festgelegt, dass das Fachwissen des Mediziners nicht auf Fragen der Diagnostik und im Falle einer normalen Heilbehandlung, der Behandlung des Patienten beschränkt sein sollte, sondern darüber hinaus auch in nicht-medizinischen Bereiche Anwendung finden kann. Somit wird das Risiko einer Entscheidungsfindung auch in derartigen Fallkonstellationen und Grenzfällen auf den Arzt übertragen. An dieser Stelle ist ein erneuter Blick auf die bereits zuvor angeführte Studie von Van der Wal dienlich, aus der hervorgeht, dass jährlich etwa 400 alte Menschen einen Arzt mit einem Sterbewunsch konsultieren, ohne ernsthaft krank zu sein und das

---

zelfdodingsmiddelen – Kan Drions wens veilig vervuld worden?“, Delikt en Delinkwent 2002, 455ff.; J.H. Hubben, „Kroniek van het gezondheidsrecht“, Nederlands Juristenblad 2003, 548.

<sup>297</sup> Zur Begründung siehe: Nederlandse Jurisprudentie 2003, Nr. 167.

<sup>298</sup> De Hoge Raad.

Altersleiden als Grund für den Wunsch zu Sterben anführen. In fünf bis fünfzehn Fällen pro Jahr, entspricht ein Arzt diesem Ersuchen,<sup>299</sup> nach Ermessen der Auslegung des Begriffs.

### **3.1.3 Krankheits- und Heilungschancen müssen dargestellt werden**

Weiteres Sorgfaltskriterium ist das umfassende Aufklären eines Patienten in jegliche Richtung, sei es das Aufklären über die Krankheit selbst, über Prognosen eines Krankheitsverlaufs, Aussichten auf Besserung oder Diagnosen, gem. Art. 2 Abs. 1 Var. 3 des Gesetzes zur Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zum Suizid. Diesem kann ein Arzt in angemessener Art und Weise nachkommen, indem er sämtliche Gespräche und den Verlauf der Gesamtkonsultation genau protokolliert und zur Niederschrift bringt.

### **3.1.4 Keine Möglichkeit einer anderen vernünftigen Lösung**

Nach Art. 2 Abs. 1 Var. 4 des Gesetzes zur Prüfung der Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid darf es keine anderen Behandlungsalternativen geben, die ausgeschöpft werden könnten. Die Sterbehilfe muss somit auswegloses Kriterium sein und als ultima ratio Anwendung finden.<sup>300</sup> An dieser Stelle wird neben traditionellen medizinischen Handlungen auch geprüft, ob es Möglichkeiten der Palliativmedizin gibt, die dem Sterbewunsch widersprechen könnten. Nach herrschender Auffassung gilt hierbei allerdings, dass diese nicht als wirksam anzusehen seien, wenn sie als Nebenwirkung für den Patienten nur schwer erträglich wären.

Grundsätzlich gilt, dass Behandlungsalternativen nicht zwingend Anwendung finden müssen. Es besteht aber die Pflicht diese Alternativbehandlungen ärztlicherseits aufzuzeigen.

---

<sup>299</sup> G. van der Wal et al., S. 186, vertiefend S. 102ff.

<sup>300</sup> Memorie van Toelichting, Kamerstukken Tweede Kamer 1998–1999, 26691, Nr. 3, S. 9.

### 3.1.5 Ein weiterer unabhängiger<sup>301</sup> Arzt muss konsultiert werden

In Art. 2 Abs. 1 Var. 5 sieht das Gesetz zur Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid vor, dass mindestens ein anderer, unabhängiger Arzt dem Fall hinzugezogen werden muss, der den Patienten gesehen und schriftlich seine Auffassung und Würdigung über den Sachverhalt unter Beachtung der Einhaltung jeglicher Sorgfaltskriterien des behandelnden Arztes festzuhalten hat. Dieser nimmt die Position eines Beraters ein, dem der andere Arzt nicht zwingend folgen muss.<sup>302</sup>

Als ein ins Leben gerufenes Kriterium zur Schaffung einer erhöhten Sicherheit und Überprüfbarkeit hat die „Königlich Niederländische Gesellschaft für Medizin“ (KNMG) ein Netzwerk aus Beratern geschaffen, welchen die Aufgabe zukommt, das gesamte Verfahren um die zu treffende Entscheidung am Lebensende beraterisch zu begleiten. Im Jahre 1997 wurde von einer Gruppe Hausärzte in Amsterdam ein Projekt ins Leben gerufen, welches einen geregelten Beratungsdienst für Euthanasie von Ärzten für Ärzte etablierte.<sup>303</sup> Dieses Projekt wurde für Hausärzte in den Jahren 1999 bis 2003 auf das gesamte Land ausgeweitet unter dem

---

<sup>301</sup> Die Unabhängigkeit des Arztes ergibt sich aus der Tatsache, dass er im Vorfeld nicht in den zu entscheidenden Fall involviert war und nicht in einer freundschaftlichen, hierarchischen oder verwandtschaftlichen Beziehung zum anderen Arzt oder dem Patienten steht.

<sup>302</sup> Im Jahre 2009 kritisierte das UN Komitee für Menschenrechte die niederländische Praxis im Umgang mit Euthanasie. Es wurde empfohlen, dass nicht nur ein Arzt, bzw. ein weiterer Arzt, sondern darüber hinaus auch ein Richter in den Entscheidungsprozess über die Erfüllung und Durchführung eines Sterbewunsches mit eingeschlossen werden solle. Hierzu die Kommission: „*Under the law on the Termination of Life on Request and Assisted Suicide, a physician can terminate a patient's life without any independent review by a judge or magistrate to guarantee that this decision was not the subject of undue influence or misapprehension. Though a second physician must give an opinion, (...). So, too, there is no prior judicial review of a physician's decision to terminate a patient's life in circumstances where the patient is not able to make the request for termination. (art. 6).*“ An dieser Stelle genügt der Verweis auf die Empfehlung, die in Teil III Bewertung findet, in wie weit tatsächlich ein Richter in das eigentlich bilaterale Verhältnis zwischen Arzt und Patient eingreifen sollte, oder vielleicht sogar müsste.

<sup>303</sup> SCEA - Steun en consultatie bij euthanasie in Amsterdam. (Übersetzung: Unterstützung und Konsultation bei Euthanasie in Amsterdam).

Namen SCEN - Steun en consultatie bij euthanasie in Nederland.<sup>304</sup> In den Jahren 2003 bis 2006 wurde das SCEN Projekt dann auf die übrigen Ärzte in Krankenhäusern und Pflegeheimen ausgeweitet. In den Niederlanden arbeiten ca. 500 Ärzte als SCEN Berater außerhalb ihrer normalen Arbeitszeit, zudem gibt es einen Bereitschaftsdienst um ständige Erreichbarkeit gewährleisten zu können.

Die im SCEN Netzwerk tätigen Berater sind speziell ausgebildete Ärzte, die selbst Erfahrungen auf dem Gebiet der Entscheidungen am Lebensende mitbringen. Zudem werden sie in Disziplinarverfahren eingesetzt, um eine gutachterliche Meinung zu äußern. Allerdings besteht keine Pflicht die Auffassung der SCEN Ärzte zu teilen, sie ist lediglich eine qualifizierte Meinung ohne Bindungswirkung.

Aus den SCEN Netzwerken werden Ergebnisse extrahiert, die zukünftig Anwendung finden sollen, Fehler zu vermeiden und zur Qualitätssteigerung beitragen. Dieses Netzwerk umfasst eine Vielzahl von Projekten, die bei der Schulung von Medizinern im Umgang mit dem Thema beginnen und bis zum Austausch von Erfahrungswerten reichen, wodurch eine Begleitung des Arztes in seiner Rolle als gesetzlich verankerten Sterbehelfer besteht.

### **3.2 Praktische Anwendung des Gesetzes**

Ausschlaggebender Punkt für die Einführung eines Gesetzes, war neben dem Ziel Klarheit und Sicherheit im Umgang mit dem Thema zu gewährleisten auch die Tatsache, dass das Vorhandensein einer, eine Handlung bedürftigen, Problemlage erkannt wurde. Allerdings wurde dieses nicht wie vielleicht annehmbar, primär als Zeichen des Rechtsgutes der Autonomie durchgeführt, sondern ist Resultat einer Vielzahl anderer Überlegungen. So wird das Gesetz als Reaktion auf eine offene und zwingend zu schließende „Lücke“ gesehen, die wichtigen Entscheidungen am Lebensende einen hohen Stellenwert beimisst.

Die Hauptgründe eines Patienten, Hilfe beim Sterben zu erbitten sind u.a. Schmerz oder die Angst vor einem möglichen Würdeverlust, aber auch der

---

<sup>304</sup> Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass für den den Euthanasiefall betreuenden Arzt keine Pflicht besteht einen SCEN Arzt nach dessen Meinung zu fragen. Auch jeder andere nicht SCEN Arzt kann konsultiert werden.

Wunsch einen „menschwürdigen Tod“ zu haben. Diese Ausformungen von Wünschen am Lebensende, die entsprechend an die Ärzte oder das Umfeld weitergegeben werden, bedürfen einer präzisen Beurteilung, die nach Ansicht der Niederlande am bestmöglichen durch ein Gesetz geschaffen werden kann. Hinzukommt, dass die Niederlande bei der Entscheidungsfindung, ob ein Gesetz der aktuellen Lage angebracht sei, auf den demographischen Wandel sowie den Fortschritt der lebensverlängernden Technologie, als auch auf die steigende Zahl von Krebserkrankungen als Todesursache reagiert. Diese Gründe tragen nach Ansicht der Niederlande dazu bei, dass Klarheit durch Gesetz geschaffen wurde.

Allerdings sind weitere formelle Begebenheiten an das Euthanasiegesetz geknüpft. So werden zur Überprüfung der Meldung von Euthanasiefällen regionale Überprüfungskommissionen<sup>305</sup> eingesetzt, die gem. Art. 3 Abs. 2 „aus einer ungeraden Zahl von Mitgliedern, zu denen in jedem Fall ein Jurist zählt, der gleichzeitig Vorsitzender ist, ein Arzt und ein Spezialist in ethischen Fragen“ bestehen. Zur Aufgabe dieser Überprüfungskommissionen zählt die Überprüfung der Sachlage und das Hinterfragen, „ob der Arzt, der die Lebensbeendigung auf Verlangen ausgeführt oder Hilfe bei der Selbsttötung geleistet hat, in Übereinstimmung mit den in Artikel 2 bezeichneten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.“<sup>306</sup> Ist dieses der Fall, ist die Handlung des Arztes entsprechend rechtmäßig. Im negativen Fall und bei Verletzen der ärztlichen Sorgfaltspflicht kommt es zu einer Meldung des Sachverhalts

---

<sup>305</sup> In den Niederlanden gibt es fünf Überprüfungskommissionen (Nordholland, Südholland mit Seeland, Limburg mit Nordbrabant, Friesland mit Drente und Groningen, sowie die Region Overijssel, Geldern, Utrecht und Flevoland) die das sorgfaltspflichtgemäße Verfahren bei Euthanasiefällen beurteilen. Die Kommission setzt sich aus einer ungeraden Zahl von Mitgliedern zusammen, die sich aus einem Juristen, einem Arzt und einem Ethiker, gem. Art. 3 des Gesetzes zusammensetzt. Der Jurist ist gleichzeitig Vorsitzender der Konstellation. Eine derartige Zusammensetzung wird als ideal angesehen, da ein höchst mögliches Maß an interdisziplinärer Urteilsfähigkeit erzielt werden kann. Die Mitglieder der Kommission werden vom Gesundheitsministerium bestimmt und bekleiden ihr Amt für sechs Jahre.

Die fünf genannten Kommissionen sind bereits seit dem 1.11.1998 tätig, zu ihren Aufgaben gehört neben der Bewertung des Sachverhalts weiter die Registrierung der einzelnen Fälle.

<sup>306</sup> Vgl. Art. 8 Abs. 2.

bei der zuständigen Staatsanwaltschaft.<sup>307</sup> Neben diesen negativen Fällen sei aber darüber hinaus erwähnt, dass jeder Fall von durch die Überprüfungscommission bewerteter Euthanasie einer Meldung beim Ministerium bedarf, was allerdings anonym geschieht und lediglich der zahlenmäßigen Erhebung dient. Dieses geschieht jährlich, wobei die Meldepflicht folgende Punkte beinhaltet:

- die Anzahl der gemeldeten Fälle von Lebensbeendigungen auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötungen.
- die Art der geäußerten Sterbewünsche und das Verfahren
- eine Begründung der zum Urteil führenden Entscheidung.

Im Anschluss an die Bewertung der Kommission kommt es in den Fällen, in denen ein Arzt den gegebenen Anforderungen nicht gerecht wird, zu einem Urteilsspruch, welcher an die Staatsanwaltschaft und die Inspektion des Gesundheitswesens beim Gesundheitsministerium weitergeleitet wird. Jedoch ist diese Art von „Urteilsspruch“ eher selten. In der Regel ist er zudem zurückzuführen auf das Nichteinhalten formaler Anforderungen und nicht Grund einer inhaltlichen Bestandslosigkeit, welche zu Überprüfen oberstes Sicherheitskriterium der Kommission ist.

Weitere Sicherheit wird durch die Schaffung der SCEN Netzwerke verfolgt, wie bereits zuvor erwähnt.

Mit diesen zusätzlichen Überprüfungskriterien wird das Erreichen von Vorsicht und Sicherheit im Umgang mit Entscheidungssituationen am Lebensende beabsichtigt. Eine Überprüfbarkeit eines Entscheidungsverhaltens führt zur dauerhaften Möglichkeit, Missbrauchsgefahren auszuschließen und diesen zukünftig vorzubeugen.

308

---

<sup>307</sup> Vgl. Art. 9 Abs. 1 a, b. Letztendlich entscheidet aber das Gericht, nicht die Staatsanwaltschaft.

<sup>308</sup> In wie weit dieses „abfragen“ von Informationen allerdings mit der Europäischen Menschenrechtskonvention vereinbar ist, könnte umstritten sein (Nemo tenetur se ipsum accusare – Grundsatz). Das Meldeverfahren an sich erscheint zunächst lediglich als ein verwaltungsrechtliches Verfahren zur Kontrolle des Systems und wäre somit nicht direkt Bestandteil eines strafprozessualen Verfahrens, wodurch die Zugehörigkeit zu Art. 6 EMRK ebenfalls ausgeschlossen wäre (Das Prinzip der strafrechtlichen Anklage für eine Eröffnung des Rechtsraums des Art. 6 EMRK muss

### 3.3 Schnittstelle palliative Sedierung?

Grundlegend ist zu klären, warum überhaupt die palliative Sedierung in den Kontext des Themas passt. Dies beruht auf der Annahme einer potentiell drohenden Gefahr des Missbrauchs einer Sedierung. Einschlägige Meldungen aus den Niederlanden<sup>309</sup> sowie aus Deutschland<sup>310</sup> haben die palliative Sedierung mit der Lebensbeendigung in Verbindung gebracht.<sup>311</sup> Hinzukommen die Ergebnisse der bereits angeführten Studie

---

erfüllt sein. Vgl. dazu auch den R Emmelink Report, S. 367 f. oder neuer dazu Bijlage Handelingen Tweede Kamer, 1991–1992, 22572, Nr. 6, S. 3; Bijlage Handelingen Eerste Kamer, 1992–1993, Nr. 275a (Memorie van Antwoord), S. 23.). Jedoch ist dem zu entgegnen, dass das Meldeverfahren ein wichtiger und zentraler Bestandteil des Gesamtsystems ist und für eine eventuell folgende strafrechtliche Beurteilung eines Verstoßes gegen Art. 293, 294 nStGB Quelle der Information ist. Demnach wäre eine Zugehörigkeit zu Art. 6 EMRK gegeben, da ein Arzt der eine Lebensbeendigung auf Wunsch eines Patienten vornimmt, diese der Überprüfungscommission melden muss (Einfluss hierauf hat ebenfalls die Entscheidung Saunders gegen das Vereinte Königreich (EGMR, Urteil vom 17.12.1996, Entscheidungssammlung 1996-VI, S. 2044ff), wonach kein Beweisverwertungsverbot aus Art. 6 EMRK vorliegt. Das Schweigerecht des verdächtigen Arztes, im Falle einer strafrechtlichen Überprüfung, bezieht sich hierbei ausschließlich auf mündliche Erklärungen). Im Falle einer nach der Überprüfung der Überprüfungscommission vorliegenden Verfehlung des Arztes, durch einen eventuellen Verstoß gegen die im Gesetz verankerten Sorgfaltskriterien, wird somit auch der internationalrechtlich verankerte Grundsatz der Selbstbelastungsfreiheit tangiert, da der Arzt davon ausgehen muss, durch das ordnungsgemäß durchgeführte Meldeverfahren des Sachverhalts der Prüfungscommission Informationen über eine potentielle Strafbarkeit seinerseits geliefert zu haben. Daraus ergibt sich nun das Problem, dass das gesamte Meldeverfahren niederländischer Ärzte und daraus resultierende Informationen dem Beweisverwertungsverbot unterliegen müssten. Dem wirkt aber das Verfahren in der Praxis entgegen, dass die Überprüfungscommissionen ausschließlich die Fälle an die Staatsanwaltschaften weiterleiten, die eine Verfehlung gegen die niederländische Gesetzeslage beinhalten. So werden die Fälle ausgeklammert, die positiv verlaufen, womit man einem Verstoß gegen die Anforderungen des Art. 6 EMRK entgegen wirkt.

Eine Vereinbarkeit in diesem Punkt mit der europäischen Konvention ist daher nicht unumstritten, letztendlich aber als gegeben anzusehen. Ebenso ist das Vorgehen der Niederlande gänzlich alternativlos.

<sup>309</sup> Kofschoten van F. (2003) „Dutch television report stirs up euthanasia controversy“. *Lancet*, 361, 1352-1353.

<sup>310</sup> Dahlkamp J, Fröhlingdorf M & Ludwig U (2003) „Tiefschlaf bis zum Tod“ in: „Der Spiegel“, 41, 206-208.

<sup>311</sup> Erwähnt werden sollte aber auch, dass das vermeidliche „Problem“ der palliativen Sedierung in den Niederlanden eher eine untergeordnete Rolle spielt und als

von Van der Maas und Van der Wal et al.<sup>312</sup>, die belegen, dass die palliative Sedierung in den Niederlanden als eine Art Ausweg angesehen wird, um der Kontrolle der Prüfungskommission zu umgehen. So ergab die Studie, dass in den Niederlanden, nahezu die Hälfte der Ärzte bereits eine palliative Sedierung durchgeführt haben, in jedem sechsten Fall mit der Absicht das Leben des Patienten gezielt zu verkürzen. Diese Argumente sind Grund genug, um diesen Punkt auch im Kontext einer aktiven Entscheidung am Lebensende in diesem Zusammenhang der Vollständigkeit halber mit anzuführen und zu erläutern.

Unter der palliativen Sedierung ist die Behandlung eines Patienten mit Sedativa zu verstehen.<sup>313</sup> Sedierende Medikamente führen dazu, dass eine Verminderung von Schmerzempfinden und Vigilanz eintritt, bis hin zu einem u.U. zeitlich beschränkten Verlust des Bewusstseins. Sedativa finden in der medizinischen Heilbehandlung Anwendung bei intensivmedizinischen Operationen oder in der Notfallmedizin. Als Sedativa kommen hierbei Substanzen aus der Gruppe der Benzodiazepine zur Anwendung sowie Barbiturate oder Opiate. Die palliative Sedierung liegt nicht in der endgültigen Entscheidungsgewalt des Patienten, sondern ist Teil des ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsspektrums. Der Begriff „terminal“ bezieht sich hierbei auf die Endgültigkeit eines irreversiblen Zustandes eines Patienten, also das Verabreichen der entsprechenden Substanz in einem Zustand vor Eintritt des Todes, ohne eine Aussicht auf Änderung dieser Situation. Trotz des Vorliegens eines terminalen Zustandes des Patienten wird in den Niederlanden der Terminus der palliativen Sedierung verwendet, weil die Handlung der palliativmedizinischen Betreuung zugeordnet wird, und findet somit auch im Folgenden Anwendung.

Eine palliative Sedierung findet bewusst und absichtlich bei 15 bis 36

---

„Problem“ in Verbindung mit Euthanasie nicht existiert. Besonders ausländische Literaturmeinungen tragen zu Forcierung dieses Punktes bei, der der Vollständigkeit halber daher einer Ausführung bedarf.

<sup>312</sup> J.A.C. Rietjens/ A. van der Heide/ A. Vrakking/ B.D. Onwuteaka-Philipsen/ P.J. van der Maas/ G. van der Wal (2004): Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands. *Ann of Int Med*, 141, 178-185.

<sup>313</sup> Vgl. hierzu und zum aktuellen Verfahren mit der Sedierung die Richtlinien zur palliativen Sedierung der KNMG „KNMG-richtlijn palliatieve sedatie“ Utrecht 2009.

Prozent aller Palliativpatienten in stationärer Behandlung statt,<sup>314</sup> was verdeutlicht, welche Bedeutung diesem Verfahren beizumessen ist. Voraussetzung für die palliative Sedierung ist eine Lebenserwartung des Patienten von unter 14 Tagen. In den Niederlanden liegt die Zahl der Fälle, in denen ein Arzt einem Patienten, ohne die Absicht das Leben direkt zu beenden, durch Sedativa zum Tode verholfen hat, sogar bei um die fünfzig Prozent.<sup>315</sup> Grundlage zur Anwendung dieser Praxis in den Niederlanden sind erlassene, landesinterne Richtlinien. Eine Stellungnahme zur palliativen Sedierung auf europäischer Ebene und der damit verbundenen möglichen Klärung hinsichtlich juristischer oder ethischer Probleme gibt es bislang nicht.<sup>316</sup>

Diese möglich problematisch wirkenden Schnittstellen finden sich unter anderem bei der Kategorisierung und Einordnung einer sedativen palliativzugehörigen Maßnahme zur Beendigung des Lebens. Abzustimmen ist hierbei auf die mit der Sedierung verfolgte Intention der Maßnahme,<sup>317</sup> also, wozu dient die Sedierung und welches Ziel soll damit verfolgt werden? Im Ursprung des Verständnisses ist diese Frage leicht zu beantworten, die Intention einer Sedierung liegt in der Linderung und dem Beseitigen von Schmerzen, wobei eine Begleitkonsequenz in Form des früheren Todeseintritts durchaus in Kauf genommen wird.<sup>318</sup> Voraussetzung für die Vornahme einer palliativen Sedierung ist zudem eine schwere Erkrankung mit refraktionären Symptomen für die es keine Heilungschancen gibt.

Grundsätzlich kann die Sedierung nur dann gerechtfertigt erscheinen, wenn die Bedeutung der Aufklärungspflichten durch den Arzt klar normiert sind,

---

<sup>314</sup> Fainsinger, Waller, Bercovici, Bengtson, Landman, Hosking et al (2000); „A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients“; Palliative Medicine No. 14, S. 275-265.

<sup>315</sup> B.D. Onwuteaka-Philipsen, P.J. van der Maas, G. van der Wal (2004) „Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nurtriton for Patients Nearing Death in the Netherlands“ Ann Intern Med 141, S. 178-185.

<sup>316</sup> „Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying“ Recommendation 1418, Official Gazette of the Council of Europe, Juni 1999.

<sup>317</sup> Vgl. Boyle (2004), „Medical Ethics and Double Effect: The case of Terminal Sedation“, Theor Med No. 25 S. 51-60.

<sup>318</sup> Ergänzend und mit Rückblick auf die deutsche Länderposition sei an dieser Stelle der Einwand gestattet, diese Form als indirekte Form der Sterbehilfe zu charakterisieren.

da dieser nur so seiner „Rolle“ als Arzt und der damit verbundenen Vertrauensbeziehung zum Patienten nachkommen kann. Nur so kann ein möglichst objektives Entscheidungsverhalten und eine gänzliche Freiwilligkeit der Patientenautonomie verfolgt werden.<sup>319</sup> Im Ergebnis ist aber festzuhalten, dass die palliative Sedierung als ein Teil der Palliativmedizin anzusehen ist, demnach somit eine medizinische Therapieoption, die darauf abzielt, unerträgliche Leiden in einem aussichtslosen Zustand eines Patienten zu mindern. Die Europäische Association of Palliative Care (EAPC) nimmt dazu eindeutig Bezug und weist darauf hin, dass palliative Sedierung von Euthanasie deutlich zu unterscheiden ist, da dieser eine grundlegend andere Definition zugrunde liegt. So zielt die Euthanasie darauf ab, einen Patienten seinem Willen gemäß beim Sterben zu helfen, die Absicht der palliativen Sedierung im Gegensatz beabsichtigt lediglich die Leidensminderung in einem aussichtslosen Zustand, bestehende Symptome zu lindern, nicht aber, um einen verfrühten Todeseintritt zu beabsichtigen. Zudem trägt die Schaffung von eindeutig formulierten Richtlinien in den Niederlanden dazu, Missbrauch zu verhindern und Sicherheit zu schaffen.

Im Ergebnis existiert somit auch keine gemeinsame Schnittstelle mit aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten, auch wenn diese in der Diskussion besonders von Gegnern der niederländischen Euthanasiepraxis angeführt wird.

### **3.4 Ergebnisse**

Hinsichtlich der rechtlichen Handhabung des Themas lässt sich zusammenfassen, dass in den Niederlanden der Umgang mit einem aktiven Handeln bei Entscheidungen am Lebensende klar normiert ist. Verschiedene, ineinander greifende Kriterien sind bei der Entscheidungsfindung einzuhalten, die gerade dadurch ein hohes Maß an Sicherheit gewährleisten können.

Jedoch gibt es auch Gefahren im niederländischen Umgang mit dem Thema. So ist die Grauzone zwischen der palliativen Sedierung als eine

---

<sup>319</sup> Wobei in den meisten Fällen in denen palliative Sedierung Anwendung findet, der Patient in einem nichteinwilligungsfähigen Zustand ist, was auch den Zweck und den Zeitpunkt verdeutlicht, in dem palliative Sedierung überhaupt in Frage kommt.

weitere hinzugewonnene Alternativmöglichkeit der Entscheidungsmöglichkeiten am Lebensende und der Palliativmedizin zu nennen, die im Anschluss eine detaillierte Bewertung hinsichtlich potentieller Gefahren notwendig macht. Das gleiche gilt für die Vereinbarkeit mit der europäischen Menschenrechtskonvention, die sich im Anschluss an den Ländervergleich als Negativargument einer genauen Prüfung unterziehen muss.

Festzuhalten sei an dieser Stelle aber bereits die festgestellte Eindeutigkeit und vor allem Einigkeit im Umgang mit dem Thema in der Rechtsprechung, materialrechtlich als auch verfahrensrechtlich sowie in der Literatur, welche eine Außenwirkung entwickelt, die wiederum zu Akzeptanz in der Gesellschaft führt, was im Folgenden näher betrachtet wird.

#### **4. Ärztliche Handhabung**

Im Folgenden erfolgt die Darstellung der Haltung der niederländischen Ärzte zu dem Thema der Entscheidungen am Lebensende sowie deren Ärzteorganisation KNMG, einer privatrechtlichen Vereinigung. Im Vorfeld werden hierzu die Häufigkeit und die Art der ärztlichen Konsultationen bezüglich eines Sterbewunsches dargestellt. Zum Ende dieses Gliederungspunktes wird zudem hinterfragt, ob das aktive Reagieren auf Entscheidungen am Lebensende ein Patientenrecht und damit eine Ärztepflcht ist, oder nicht.

##### **4.1 Qualität ärztlichen Handelns**

Um dahingehend Verständnis zu schaffen, wie die Euthanasiepraxis in den Niederlanden Umsetzung in die Praxis findet, wird zunächst dargestellt, wie die Reaktionen auf Sterbewünsche im Detail ausgeführt werden, um sie hinsichtlich ihrer Handlungsqualität zu beurteilen.

Grundlage der nachfolgenden Betrachtung ist eine statistische Erhebung von Gerrit van der Wal aus dem Jahre 2003.<sup>320</sup> Van der Wal untersuchte hierzu stichprobenartig Todesfälle, mit Ausnahme von plötzlichen Todesfällen durch Unfall oder Schlaganfall. Durch zielgerichtete

---

<sup>320</sup> G. van der Wal, A. van der Heide et al.: „Medische Besluitvorming aan het einde van het leven.“ Utrecht 2003.

Befragungen des zuständigen Arztes hinsichtlich des Todes des Patienten ergab sich, wie Euthanasie in den Niederlanden nachgefragt wird und wie die Auffassung dazu ist. Dazu nutzte Van der Wal folgende drei an den Arzt gerichtete Fragen:

1. Haben Sie dem Patienten ein Mittel verabreicht, welches unter Umständen sein Leben verkürzt haben könnte?
2. War es bei dieser Entscheidung ihr Hauptaugenmerk darauf gerichtet, dieses Leben zu verkürzen?
3. Hat der Patient von Ihnen verlangt, sein Leben zu verkürzen?

Anhand dieser Fragen ergab sich folgende Klassifikation:

1. Bejahte der Arzt alle drei Fragen wurde dies als Fall von Sterbehilfe gewertet.
2. Falls der Patient das zum Tode führende Mittel selbst einnahm, lag ein Fall von Beihilfe zur Selbsttötung vor.
3. In Fällen in denen das gefragte „Hauptaugenmerk“ des Arztes bei der Verabreichung eines Medikaments, wie z.B. Morphin, nicht auf der gezielten früheren Herbeiführung des Todes, aber daraus resultierte, wurde dieses als Palliativbehandlung mit lebensverkürzender Nebenwirkung bewertet.
4. Wenn der Arzt Mittel wie Valium oder Dormicum verabreichte und parallel dazu entschieden hatte, z.B. die künstliche Ernährung einzustellen, so wurde dies als palliative Sedierung angesehen.<sup>321</sup>

Erstes Ergebnis dieser Befragung war es, dass in den Fällen, in denen Morphin oder Benzodiazepine zur Behandlung eingesetzt wurden, keine Meldung dessen erfolgte, dass das Verabreichen dieser Substanzen nicht als Mittel der Sterbehilfe gezählt werde. Für den Fall des herbeigeführten Todes eines Patienten mit derartigen Substanzen wären zudem die Sorgfaltspflichtauflagen des Arztes nicht erfüllt. Hingegen ist das Verabreichen muskelschwächender Substanzen, das in den Niederlanden eingesetzte Mittel, um auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren. Nach der Studie von Van der Wal lag die Nachfragequote der Ärzte, die dieses verabreicht haben, bei achtzig Prozent.

Einem Drittel aller Bitten um Sterbehilfe von Patienten wird entsprochen, ein weiteres Drittel wird abgelehnt. Beim letzten Drittel kommt es

---

<sup>321</sup> Vgl. Fßn. zuvor.

lediglich zur Äußerung des Sterbewunsches, der Patient verstirbt aber in der Zwischenzeit, ohne dass eine Entscheidung getroffen werden konnte.

#### **4.2 Die Haltung der niederländischen Ärzteorganisation**

Neben denen in den anderen Ländervergleichen an dieser Stelle aufgeführten Stellungnahmen der ärztlichen Landesverbände soll bei der niederländischen Betrachtung zusätzlich die Auffassung von Leenen dargestellt werden, der die gesamte Disziplin des Gesundheitsrechts in den Niederlanden grundlegend definiert und darüber hinaus das Euthanasiegesetz maßgeblich mitgestaltet hat.

Leenens Auffassung nach ist das Gesundheitsrecht eine Disziplin, der die Aufgabe zukommen soll, die grundlegenden Menschenrechte, wie das Recht auf Leben oder der körperlichen Unversehrtheit, umzusetzen, welche rudimentär auf dem Grundsatz der Autonomie basieren. Es geht demnach um die Wahrung der beiden genannten Rechte an sich, aber primär eher um die Wahrung der eigenständigen individuellen Entscheidungsgewalt über diese Rechte. Demnach übt eine um Hilfe beim Sterben bittende Person nur ihr Recht aus, autonom über ihr Recht auf Leben zu entscheiden. Die Inanspruchnahme der Hilfe eines Arztes hierbei ist somit keine Verletzung des Rechts auf Leben des Patienten durch den Arzt. Diese Auffassung ist obschon ihrer Nachvollziehbarkeit durch die internationale Jurisprudenz nicht bestätigt. Nichtsdestotrotz gibt es in den Niederlanden eine Reihe von Befürwortern dieser Theorie. So folgt auch die Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde - NVVE) diesem Argument.<sup>322</sup>

Der gegenteiligen Ansicht ist hingegen die Landesvertretung der niederländischen Ärzte (KNMG), die zwar direkt zu Beginn der aufkommenden Diskussion über aktive Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten einen liberalen Standpunkt einnahm und die Entkriminalisierung

---

<sup>322</sup> Ergänzende Anmerkung zur NVVE: Anlässlich des Postma-Falls ist die NVVE gegründet worden (Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie). Nach der Einführung des niederländischen Euthanasiegesetzes hat dieser Verein den Namen geändert und heißt seitdem: Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, aber präsentiert sich noch immer mit der 'alten' Abkürzung NVVE. Es gibt also noch immer die NVVE.

als zukünftigen Prozess für nicht abwendbar hielt, dennoch aber bis heute nicht die zuvor erläuterte Auffassung von Autonomie teilt. Zudem erklärt die KNMG, dass Sterbehilfe niemals ein Bestandteil der ärztlichen Berufspraxis ist, oder zu einem solchen gemacht werden könne. Das ärztliche Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten stehe im Widerspruch zu der jeden Arzt verpflichtenden Achtung des Lebens. Hingegen sehen sie den Prozess der ärztlich involvierten Reaktion auf Sterbewünsche von Patienten als eine „Erweiterung“ der eigentlichen ärztlichen Aufgabe, bestehende Leiden zu mindern. Ausschließlich aufgrund der Zugehörigkeit der Erfüllung von Sterbewünschen zur Leidensminderung sei diese zu rechtfertigen. Trotzdem erkennt die KNMG einen Interessenskonflikt, der wohl auch aufgrund des Schoonheim-Urteils aus dem Jahre 1984 resultiert, in dem der Hoge Raad zum Thema der Sterbehilfe entschied, dass trotz der damaligen Rechtswidrigkeit eine Rechtfertigung bestehe, dass ein Arzt den Sterbewunsch eines Patienten erfülle, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt seien und zudem eine Notwendigkeit erkennbar ist. Diese Notwendigkeit begründete das Gericht anhand einer höheren Gewalt, die im Falle der beschriebenen Pflichtenkollision über zu treffende Maßnahmen entscheiden kann.

*Die force majeure rechtfertigte dem Urteil gemäß die ärztliche Pflicht Leiden zu mindern, im Gegensatz zur Verpflichtung vor der Achtung des Lebens.*

Dieser Grundsatz prägte nicht nur das später erlassene Gesetz, sondern ebenso die dargestellte Haltung der KNMG die somit anerkennt, dass ärztliches Handeln zur Erfüllung eines Sterbewunsches am Lebensende geboten sein kann, aber trotzdem niemals zur ärztlichen Pflicht wird, sondern lediglich eine Erweiterung des ärztlichen Handlungsspektrum ist.

### **4.3 Patientenrecht und Ärztepflcht**

Unerträgliches Leiden, ein aussichtsloser Zustand sowie die Tatsache, dass für die Situation des Patienten keine andere akzeptable Lösungsmöglichkeit besteht, sind gesetzlich klar normierte Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, um einen Sterbewunsch

gesetzlich zu rechtfertigen. Allerdings streben viele Menschen in den Niederlanden darüber hinaus einem Ziel entgegen, welches sich abseits dieser Norm gegebenen Bedingungen befindet, in Form der Patientenautonomie als Grund eines Sterbewunsches.

Hierbei besteht die Gefahr, dass Autonomie als eine Wahlmöglichkeit angesehen wird, die einem Menschen zu jedem Zeitpunkt seines Lebens die Möglichkeit offeriert, autonom seine Wahl für den assistierten Tod zu treffen. Dies spiegelt auch eine repräsentative Umfrage wieder. Hiernach ist Schmerz allein selten der einzige Grund für die Bitte nach Sterbehilfe.<sup>323</sup> Zudem belegte Van der Wal in einer Studie, dass 56% der Patienten Sterbehilfe in Anspruch nahmen, weil sie ihr Leiden als sinnlos einschätzten. 46% äußerten ihren Sterbewunsch aufgrund der Angst vor dem drohenden Verfall und körperlicher Gebrechlichkeit.<sup>324</sup> Dieses Meinungsbild deckten ebenfalls die weiteren im Jahre 1995 und 2001 durchgeführten Studien, die eindeutig zu dem Ergebnis kamen, dass die Bitte um Sterbehilfe daraus resultiert, weitere Qualen zu umgehen.<sup>325</sup> Dieses zeigt, dass eine Motivation in der Praxis aufkommt, die ethisch begründbar erscheint, juristisch aber fraglich sein dürfte. Resultieren würde ein Sterbewunsch aufgrund der reinen Autonomie in einem Recht zu sterben, welches sich am Willen des Patienten bemisst. Dieses wiederum kollidiert mit der Aufgabe der die Sterbehilfe durchführenden Ärzte, die nicht verpflichtet sind im Sinne der Selbstbestimmung des Patienten zu handeln, sondern zu dessen Wohle. Wenn Sterbehilfe allein aufgrund von Autonomie der Entscheidungsbefugnis des Patienten zugehörig ist, so ist dieses zweifelsfrei ein hohes Maß an Freiheit, jedoch besteht hierbei die Gefahr, dass diese Freiheit auch die Gefahr eines potentiellen Missbrauchs erhöht. Womit die zweite Ansicht, die auch im Gesetz Verankerung findet, dass ein Arzt aufgrund anderer Maßstäbe, in Form von Leiden oder einem aussichtslosen Zustand des Patienten, Sterbehilfe leistet, dem Argument der Autonomie überwiegt. Diese Herangehensweise gewährleistet ein

---

<sup>323</sup> So auch die Ergebnisse von G. van der Wal, P.J. van der Maas „Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde“.

<sup>324</sup> G. van der Wal „Medische besluitvorming aan het einde van het leven; de praktijk en de toetsingsprocedere euthanasie“.

<sup>325</sup> G. van der Wal, P.J. van der Maas, „Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde“.

gewisses Maß an Schutz bei der Entscheidungsfindung, schränkt aber gleichzeitig die Freiheit des Patienten ein.

Es ist festzuhalten, dass Euthanasie kein Patientenrecht ist, sondern vielmehr ein Handeln des Arztes zum Wohle des Patienten. So sieht es auch das niederländische Gesetz vor. Allerdings ist eine Entwicklung in der niederländischen Bevölkerung festzustellen, die stetig mehr in die Richtung der Wahrung der Patientenautonomie auch bei Entscheidungen am Lebensende tendiert, die Entscheidung zu sterben, über die Art und Weise somit der Wahl den Patienten überlässt. Konsequenz dessen wäre ein Patientenrecht, ein Handeln des Arztes aufgrund einer definitiven Entscheidung des Patienten. Dieses dürfte ein hohes Maß an Willkür mit sich bringen und darüber hinaus dazu führen, dass die Rolle des Arztes als geeignete Person auf Sterbewünsche von Patienten am Lebensende zu reagieren in Frage gestellt werden würde. Denn was macht es in einem derartigen Fall notwendig überhaupt einen Arzt zu konsultieren?

## **5. Gesellschaftlicher Umgang**

Hierzu soll analog zu den anderen Länderpositionen zunächst das Darstellen von Statistiken und Meinungen zum niederländischen Umgang mit Entscheidungen am Lebensende Aufschluss über das gesellschaftliche Meinungsbild geben.

### **5.1. Statistiken und Meinungen**

Wenn man statistisches Material in den Niederlanden anführen möchte, so beginnt dieses zweifelsfrei bei dem auch bereits zuvor erwähnten Rimmelink-Report vom 19. September 1991<sup>326</sup>, benannt nach Prof. J. Rimmelink, einem ehemaligen (Vize)-Generalstaatsanwalt. Das statistische Material lieferte Aussagen zu sämtlichen Bereichen der Entscheidungen am Lebensende und kam zu dem Ergebnis, dass die

---

<sup>326</sup> Medical Decisions About the End of Life, I. Report of the Committee to Study the Medical Practice Concerning Euthanasia. II. The Study for the Committee on Medical Practice Concerning Euthanasia (2 vols.), The Hague, September 19, 1991. Im Folgenden werden die Teile als Report I und Report II bezeichnet. Die aktuellste Version des Reports datiert aus dem Jahre 2003. Die Zahlen dieser Erhebung werden im Folgenden erwähnt, zunächst sollen die Ergebnisse aus der Zeit vor einer gesetzlichen Normierung Aufschluss über Handlungsbedarf und -willen darstellen.

tolerierende Haltung der niederländischen Gerichtsbarkeit bezüglich aktiv vorgenommener Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten nicht das geeignete Instrument sind, um dieses Thema zu Handhaben. Die wichtigsten Ergebnisse des Reports waren folgende:

- Es starben 2.300 Personen durch die aktive Reaktion des Arztes gemäß eines geäußerten Sterbewunsches<sup>327</sup>
- 400 Personen erhielten von ihrem Arzt ein Mittel, mit dem sie sich selbst töteten<sup>328</sup>
- 1.000 Menschen starben ohne die explizite Zustimmung, Hilfe beim Sterben in Anspruch nehmen zu wollen, wurden durch ärztliche Handlungen dennoch getötet.<sup>329</sup> Darunter sollen
  - 14% dieser Personen völlig zurechnungsfähig gewesen sein,<sup>330</sup>
  - 72% hatten im Vorfeld ihrem Arzt gegenüber geäußert, dass ein Sterbewunsch durchaus bestehe, diesen aber nicht direkt geäußert<sup>331</sup>,
  - in weiteren 8% der Fälle sollen die Ärzte entschieden haben den Patienten zu töten, obschon alternative Handlungsmöglichkeiten vorlagen.<sup>332</sup>
- 8.100 Personen starben durch das Verabreichen einer überdosierten Menge von Schmerzmitteln, die nicht den primären Zweck Schmerzen zu lindern, sondern den Tod des Patienten beschleunigen sollten.<sup>333</sup> In 61% dieser Fälle, in Zahlen 4.941 Personen, soll es zu der Verabreichung gekommen sein, ohne eine explizite Äußerung des Patienten.<sup>334</sup>
- Insgesamt ergab sich aus dem Rimmelink-Report die Zahl von 11.840 Personen, die durch sämtliche das Leben beendenden Maßnahmen durch einen Arzt, ob aktiv oder passiv, getötet wurden. Dies sind 9,1% der Gesamttodesfälle von 130.000 im Jahr.
- Gründe die angeführt wurden, warum ein Arzt unfreiwillig

---

<sup>327</sup> Vgl. Report I, S. 13.

<sup>328</sup> Vgl. Report I, S. 9.

<sup>329</sup> Vgl. Report I, S. 15.

<sup>330</sup> Vgl. Report II, S. 49, Tabl. 6.4.

<sup>331</sup> Vgl. Report II, S. 50, Tabl. 6.6.

<sup>332</sup> Vgl. Report II, S. 50, Tabl. 6.5.

<sup>333</sup> Vgl. Report II, S. 58, Tabl. 7.2.

<sup>334</sup> Vgl. Fn. Report II, S. 72.

Euthanasie durchgeführt hatte, waren eine niedrige Lebensqualität des Patienten, keine Aussicht auf Besserung des aktuellen Zustandes und die Tatsache, dass die Familie mit der Situationen nicht mehr umgehen konnte.<sup>335</sup>

Diese Zahlen machen die Situation in den Niederlanden deutlich, die vor einer gesetzlichen Fixierung im Jahre 2002 bestand. Trotz der einheitlichen Meinung zu dem Thema in der Jurisprudenz, gelang es durch die Vielzahl der Gerichtsentscheidungen nicht, Klarheit im Umgang mit dem Thema zu schaffen. Grenzen wurden nicht aufgezeigt, sondern lediglich Möglichkeiten, was dazu beitrug, dass unsicheres Verhalten was erlaubt war und was nicht auf Seiten der Patienten und Ärzte bestand. Mithilfe der gesetzlichen Normierung wurde dieser Zustand beseitigt und Handeln klar und eindeutig als legitim oder strafbar fixiert. Im Vergleich des letzten Jahres vor der Gesetzeserweiterung kam es im Jahre 2001 noch zu 3.500 Fällen von aktiven Reaktionen eines Arztes auf Entscheidungen am Lebensende eines Patienten. Im Jahre 2005 waren es lediglich 2.325. In Bezug auf die Gesamtzahl aller Todesfälle sank die Zahl von 2,6% auf 1,7%.

Hinsichtlich der Wertung eines Gesellschaftsbildes, der praktischen Effizienz und Rechtssicherheit ist es weiter notwendig die Akzeptanz, die Erfolge und Verfehlungen zu evaluieren. Hierzu soll an dieser Stelle ein Rückgriff auf eine aktuelle Studie von Van der Wal geschehen, die im Unterschied zum Rimmelink-Report vor der Gesetzeserweiterung, die aktuelle Entwicklung aufzeigt.<sup>336</sup> Van der Wal untersuchte 5.617 Sterbefälle und vervollständigte seine Auswertungen durch Interviews mit Fach- und Allgemeinärzten sowie Meinungen von Ansichten von unmittelbar an einem Euthanasiefall beteiligten Ärzten und Angehörigen. Hinzu kam eine repräsentative Bevölkerungsumfrage unter 1.390 Personen sowie die Auswertung von Fragebögen von Mitgliedern der Überprüfungscommissionen.

Es lässt sich direkt zu Beginn festhalten, dass die Zahl der gemeldeten

---

<sup>335</sup> Vgl. Fn. Report II, S. 52, Tabl. 6.7.

<sup>336</sup> G. van der Wal et al. „Medische besluitvorming aan het einde van het leven – De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie“.

Euthanasiefälle in den Niederlanden vor Schaffung der gesetzlichen Erweiterung im Vergleich zur Zeit danach rückläufig ist, von 2.123 Fällen im Jahre 2000 auf 1.815 Fälle im Jahre 2003. Bei einer genauen Differenzierung der Zahl aus dem Jahre 2003 Fälle wird zudem deutlich, dass besonders schwere Krankheiten Grund für die Äußerung des Sterbewunsches waren. So ergeben sich die 1.815 Fälle von Euthanasie aus

- 1.605 Krebserkrankungen,
- 19 Herz- und Gefäßerkrankungen,
- 34 Erkrankungen des Nervensystems,
- 34 Lungenkrankheiten,
- 3 Aidskrankheiten und
- 79 sonstigen Krankheiten.

Dieses spiegelt die eindeutige Tendenz wieder, dass die aktive Reaktion auf einen Sterbewunsch in den Niederlanden durchaus als Mittel der ultima ratio gerade bei schwersten, unheilbaren Krankheiten in Betracht gezogen wird und keinesfalls ein routinemäßiges Mittel der oder Bestandteil der ärztlichen Versorgung ist. Die folgenden Zahlen belegen darüber hinaus, dass zu dieser Feststellung die Zahl der tatsächlich folgegeleisteten ärztlichen Hilfen beim Sterben nicht etwa ansteigend ist, sondern im Gegenteil nahezu stagniert.<sup>337</sup> Das zuvor angeführte Argument, dass die Gefahr der Willkür bestehe, wenn ein aktives Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten erst einmal legalisiert werden sollte, trifft somit in der Generalität nicht zu. Ausgeschlossen ist hierbei aber nicht die Gefahr, die droht, einzelne ärztliche Handlungen voneinander abzugrenzen und zu definieren. Auf diese wird an späterer Stelle eingegangen.

---

<sup>337</sup> Hinzu kommt, dass in knapp der Hälfte sämtlicher zu entscheidender Fälle der Patient vor Erfüllung des Sterbewunsches im Vorfeld verstarb (G. van der Wal et al. (Anm. 6).

	1990	2001	2005
<b>Anzahl der Sterbefälle in den Niederlanden gesamt:</b>	129.000	140.500	136.402
<b>Patientenbitten um Sterbehilfe<sup>338</sup>:</b>	8.900 (7,0%)	8.700 (6,9%)	8.400 (6,2%)
<b>Tatsächlich durchgeführte Euthanasie:</b>	2.300 (1,8%)	3.600 (2,6%)	2.325 (1,7%)
<b>Ärztliche Suizidbeihilfe geleistet:</b>	400 (0,3%)	300 (0,2%)	100 (0,1%)
<b>Lebensbeendigung ohne ausdrückliche Zustimmung:</b>	1.000 (0,8%)	1.000 (0,7%)	550 (0,4%)

339

Es ist zu erkennen, dass die Maßnahme der palliativen Sedierung im Vergleich zu den Gesamttodesfällen im Jahre 2005, relativ betrachtet, sehr hoch ausfällt und somit vor der direkten Patientenbitte um Sterbehilfe steht.

Logischer Weise ergibt sich zudem, dass durch die Gesetzeserweiterung im Jahre 2002 die Anzahl der Reaktionen auf Sterbehilfe leicht zurückgehend ist, da Euthanasie zu einer normalen medizinischen Handlung wurde. Die palliative Sedierung bleibt hierbei als der Entscheidungsbefugnis des Arztes zugehörig außen vor. Diese Zahlen entkräften das Argument des

<sup>338</sup> Die Zahl ist auf den Zeitpunkt der Befragung bezogen und bedeutet nicht, dass diese Gruppe von Menschen jetzt zur Zeit den Wunsch nach Euthanasie haben.

<sup>339</sup> A. van der Heide et al. „End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act“, sowie vertiefend dazu: P.J. van der Maas et al. „Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life“ Lancet 1991;338:669-674; B.D. Onwuteaka-Philipsen et al. „Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001“ Lancet 2003;362:395-399; P.J. Van der Maas et al. „Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands“ 1990-1995. N Engl J Med 1996;335:1699-1705.

Dammbruchs oder der Gefahr des Missbrauchs und manifestieren vielmehr die gesellschaftliche Akzeptanz einer Möglichkeit autonom zu entscheiden. Die geringe Zahl der tatsächlich ausgeführten Sterbewünsche, die Patienten gegenüber ihren Ärzten äußerten, belegt außerdem die Tatsache, dass Euthanasie in den Niederlanden kein Patientenrecht ist, da in der Mehrzahl der Fälle dem Sterbewunsch nicht entsprochen wird. Dieses ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass eine Vielzahl der Menschen in den Niederlanden einen Euthanasiewunsch für die Zukunft zwar aussprechen, vorher aber an einer anderen Todesursache sterben.

Obschon der Rummelink-Report Missstände aufgedeckt hat, so lässt sich dieses auf eine gesellschaftliche, rechtliche und medizinische Unklarheit zu der Zeit der Erhebung zurückführen. Dieses verdeutlicht daher die Gefahr, die entsteht, wenn ein Agieren bei Entscheidungen am Lebensende nicht hinreichend lückenlos definiert ist. Nach dem Jahre 2002 und der Gesetzeserweiterung lässt sich aber deutlich erkennen, dass die gewonnene Rechtssicherheit auch den Umgang mit dem Thema vereinfacht hat und somit Sicherheit in der Praxis geschaffen wurde. Aber auch in der Gesellschaft, die den Statistiken nach Euthanasie als Möglichkeit, nicht als Recht, akzeptiert und im angemessenen Maße wahrnimmt. Eine Umfrage aus den Jahren 2005/2006<sup>340</sup> beschreibt in diesem Kontext den Umgang mit aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten nach der Gesetzeserweiterung im Jahre 2002. Ziel dieser statistischen Erhebung war es, das Meldeverfahren der Ärzte zu evaluieren, um herauszufinden, inwieweit der gesetzliche Sorgfaltspflichtenkatalog faktisch Umsetzung findet.

Das Ergebnis beinhaltet, dass die Zahl der Meldungen der Ärzte auf ca. 80% gestiegen ist. Die in der Statistik zuvor angeführte palliative Sedierung, die im Jahre 2001/2002 noch zu der Zahl der Euthanasiefälle gezählt wurde, fand hingegen in der aktuellen Statistik keine Berücksichtigung mehr. Hieraus ergibt sich, dass die Zahl der Fälle, in denen Euthanasie Anwendung gefunden hat, in der Summe tatsächlich niedriger war, als in der statistischen Erhebung zuvor. Dies resultierte daher, dass sie Abgrenzung zu anderen Arten des Eingriffs, wie der

---

<sup>340</sup> Vgl. A van der Heide/ P.J. van der Maas/ G. van der Wal et. al „End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act“ NEJM Vol 356:1956-1965.

angesprochenen palliativen Sedierung, deutlicher abgegrenzt wurde und die Zahl der Meldungen daher höher ausfiel.

Weiter ergab die Erhebung aus den Jahren 2005/2006, dass Euthanasie häufig bei Patienten Anwendung fand, die an Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium erkrankt waren<sup>341</sup>. In den letzten Jahren ist die Zahl der Meldungen bei den Überprüfungskommissionen stetig gestiegen, in den Jahren 2007 und 2008 um jeweils etwa 10%.

Die Gesamteldequote liegt demnach bei rund 90%, einem sehr hohen Wert, anhand dessen es möglich ist, die gemeldeten Euthanasiefälle einer Überprüfung durch die entsprechenden Überprüfungskommissionen zu unterziehen, mit dem Ergebnis der hinzugewonnenen Transparenz für das Gesamtsystem.

Erwähnt sei in diesem Kontext auch noch die Zahl der palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten in den Niederlanden. So stehen 241 Pflegeheime, Pflegestationen im Krankenhausbereich oder sog. Hospizheime in den Niederlanden zur Verfügung, mit einer Gesamtbettenzahl zur palliativen Versorgung von 953. Dies verdeutlicht wie schwierig es ist, die Palliativpflege als eine Alternative zu aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende in der Praxis anzuerkennen, da die Quantität nicht ausreichend ist, um den Bedarf zu decken.

Resümierend zu den statistischen Angaben und der gesellschaftlichen Wahrnehmung soll noch beachtet werden, dass über 90% der in den Niederlanden durchgeführten Euthanasiefälle und ärztlich begleitete Suizidhilfe Krebspatienten betreffen.

## **5.2 Von der Drion-Pille und dem Argument der totalen Patientenautonomie**

Violdiskutiertes Mittel auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren, die des Lebens müde sind, ist die Debatte über die so genannte „Drion-Pille“, nach einem ehemaligen Richter vom Hogen Raad, benannt, wobei es um den Sachverhalt geht, dass es älteren Menschen durchaus gestattet sein

---

<sup>341</sup> Vgl hierzu auch Abarshi, E./Onwuteaka-Philipsen, B.D./ Van der Wal, G. „Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: Is there a relationship?“ Health Policy 2009, Volume 89, Issue 2, Pages 168-173.

müsste, um Hilfe beim Sterben zu bitten, auch wenn sie nicht eindeutige somatische oder psychische Erkrankungen aufweisen würden. Dies sollte geschehen, um ihnen Sicherheit zu geben, dass sie keinen Prozess des Verfalls und des Leidens auf sich nehmen müssten, vor dem sie Furcht und Angst hätten. In solchen Fällen sollte nach Drion, dem Arzt die erweiterte Aufgabe seines Handelns zukommen, die Zurechnungsfähigkeit des Patienten auch hinsichtlich des Sterbewunsches im Konkreten auf ihre Eindeutigkeit hin zu überprüfen.

Umfragen zu dieser Auffassung ergaben, dass ein größerer Teil der Bevölkerung dieser Auffassung nach Drion nicht zustimmt, was bedeutet, dass das Argument der Autonomie nicht primär Beweggrund ist, bei Entscheidungen am Lebensende zu verfahren.

Tatsächlich ergeben sich bei dieser Argumentation Bedenken. So besteht die Gefahr, dass abseits aller gesetzlichen und verfahrensrechtlichen Normierungen im Umgang bezüglich des Entscheidungsverhaltens am Lebensende eine weitere wesentlich unklarer gehandhabte Praxis der Entscheidung über Sterbewünsche entsteht, die auch in der Praxis wenig Eindeutigkeit und Sicherheit beweist – ein undefiniertes System im definierten Rechtsraum somit entstehen könnte. Um hier ebenfalls die Quintessenz aus dem Chabot Urteil aufzugreifen, dass die Art und die Schwere des Leidens zu berücksichtigen seien, nicht aber die Ursache, so wird deutlich, dass dieses in der Praxis zu Schwierigkeiten führt, da Alter oder Lebensmüdigkeit als Ursachen zu kategorisieren sind, um Hilfe beim Sterben zu erbitten, allerdings keine zu charakterisierende Art besteht, ebenso wenig wie die Schwere von Leid vom Alter allein zu bestimmen ist. Dem ist aber entgegenzusetzen, dass auch im Falle einer schweren Krankheit mit einer definitiven Todesprognose für die Zukunft, aufgrund der Krankheit, der Beweggrund des Patienten um Sterbehilfe zu bitten, nicht zwingend aufgrund der medizinischen Lage beruhen muss, sondern ebenso gut auf einer Lebensmüdigkeit und Resignation im Umgang mit der Krankheit beruhen kann. Diesem dürfte schlussfolgernd nicht entsprochen werden. Damit besteht die Gefahr, dass somatisches Leiden durch den Arzt als Gutachter überbewertet wird, um für sich selbst und die eigene Entscheidung Sicherheit zu schaffen. Man könnte festhalten, dass je eindeutiger und schwerwiegender eine Krankheit ist, das Leiden ebenso

eindeutig zu definieren ist und somit Sicherheit für den Arzt entsteht. Ein Abstimmen auf diesen Grund des Vorliegens einer Krankheit und des damit verbundenen Leidens als Motivation für Sterbewünsche des Patienten ist somit keine Entscheidung aufgrund reiner Autonomie des geäußerten Wunsches, sondern eine Entscheidung auf nahezu rational messbaren Indikatoren, die Willkür an einer Stelle des Entscheidungsverhaltens ausschließen, die sich zur Gefahr entwickeln könnte.<sup>342</sup>

Dass es darüber hinaus nicht möglich ist, sich bei Entscheidungen am Lebensende ausschließlich auf das Argument der Autonomie zu verlassen, ergibt sich zudem aus der bestehenden Grundstruktur der niederländischen Gesetzeslage, dass einer zustimmenden Person kein Unrecht zugefügt werden kann. Nach diesem *volenti non fit iniuria* Grundsatz, dessen Ursprung im „Guten Glauben“ des Vertragsrechts verankert ist, dass ohne ausdrückliche Zustimmung im „Guten Glauben“ kein Vertrag geschlossen werden kann, wird die Person geschützt, die nicht eindeutig handelt. Überträgt man dieses theoretisch auf die Diskussion der Entscheidungen am Lebensende, so ergibt sich, dass dieses Konstrukt nicht eins zu eins umsetzbar ist, besonders dann nicht, wenn Menschenrechte, wie das Recht auf Leben oder der körperlichen Unversehrtheit damit in Konflikt stehen, da diese als absolute Rechtsgüter geschützt sind. So verbietet Artikel 293 des niederländischen Strafgesetzbuches die Tötung einer Person gemäß dessen ausdrücklichem Verlangen. Das Euthanasiegesetz reglementiert dieses in Form einer Ausnahme, die an die bekannten strengen Bedingungen geknüpft ist. Vom Grundsatz her ist es aber auch hier nicht möglich einer Person, auch mit der definitiven Zustimmung, Unrecht zuzufügen.

Im Folgenden wird ein Fall aus dem Jahre 1997 näher betrachtet, der Anlass und Aufschluss über den moralischen Umgang und daraus resultierenden Problemen bei dem Thema des aktiven Handelns auf Wunsch eines Patienten zu sterben, geben soll.

---

<sup>342</sup> Vergleichend sei hier der Umgang in Schweiz erwähnt, in dem das Entscheiden am Lebensende aufgrund totaler Patientenautonomie und der Achtung des Willens des Patienten beruht, ohne hierbei Einschränkungen zu machen. So sind Gründe der Lebensmüdigkeit dort als durchaus wertbarer Grund für eine Art „Gnadenhandlung“ anerkannt.

Im Fokus des hier beschriebenen Falles steht der Arzt Sutorius, der einem Mann im Alter von 88 Jahren bei der Selbsttötung half. Soweit lässt sich noch keine sonderlich „neue“ Thematik erkennen, bemerkenswert war allerdings die Motivation, dem Sterbewunsch des Patienten namens Brongersma nachzukommen.<sup>343</sup> Dieser lag in einer gewissen Lebensmüdigkeit begründet, so äußerte sich der Patient dahingehend, dass er das Gefühl habe, „der Tod habe ihn vergessen“. Hinzu kamen der Verlust von Angehörigen oder Freunden und die dadurch immer mehr zunehmende Isolation und Einsamkeit durch das Alter. Aus diesen Beweggründen heraus konsultierte Brongersma Sutorius mit der Bitte, ihm beim Sterben behilflich zu sein. Sutorius holte ein psychologisches Gutachten ein, welches Brongersma als voll und uneingeschränkt zurechnungsfähig testierte und somit den Wunsch Brongersma aus der Sicht Sutorius deutlich konkretisierte und ernsthafter erscheinen ließ. Auf dieser Basis verhalf Sutorius, der davon ausging, dass auch in diesem Falle des aktiven zum Tode führenden Handelns auf Wunsch eines Patienten, die medizinische Sorgfalt mit sämtlichen Erfordernissen als erfüllt anzusehen sei, Brongersma beim Sterben.

Die Konsequenz dieser Haltung war ein langer folgender Prozessweg. Erstinstanzlich gab das Gericht in Haarlem Sutorius Recht<sup>344</sup>, es folgte allerdings eine Berufung auf dieses Urteil. Das nun mit dem Fall betraute Gericht in Amsterdam holte zwei Meinungen zu dem Sachverhalt ein, von einem Experten für Gesundheitsrecht und für Allgemeinmedizin. Das Ergebnis dieser Gutachten war deckungsgleich und eindeutig und besagte, dass ein Arzt vom Grundsatz her nicht dazu da sei, einem Patienten dabei zu helfen sich zu töten, wenn das Leiden des Patienten keine somatische oder psychische Ursache habe. Das Gericht folgte diesem in seiner Entscheidung und legte fest, dass ein Arzt nicht das Beurteilungsvermögen darüber besitzt, festzustellen, wie schwer das Leiden oder auch die Möglichkeiten einer Leidensminderung in der Zukunft seien. Bestätigung erhielt diese Entscheidung später letztinstanzlich vom Hogen Raad.

---

<sup>343</sup> Als Anmerkung sei erwähnt das Brongersma ein ehemaliger Politiker der Sozialdemokratischen Partei der Niederlande, sowie als Senator für eben diese tätig war.

<sup>344</sup> Was eine Konsequenz aus der Rechtsprechung und Rechtshaltung im bereits beschriebenen Chabot Fall aus dem Jahre 1995 war.

Hieraus könnte allerdings ein mögliches Dilemma entstehen, hinsichtlich der Bedeutung und Wahrung des Autonomieprinzips bei Entscheidungen am Lebensende. Demnach liegt dem Fall Brongersma sehr wohl ein eindeutig und zweifelsfrei formuliertes Tötungsverlangen von Seiten des Patienten vor, was auf das Autonomieargument gestützt ausreichend sein müsste, um den Wunsch zu äußern Hilfe beim Sterben zu erlangen und diese aus rechtmäßig zu bekommen. Daher müsste es zulässig gewesen sein, dass Sutorius Brongersma beim Sterben assistiert hat. Jedoch wurde diesem widersprochen, weil dieses nicht Aufgabe des Arztes sei. Es stellt sich daher also die Frage, ob es dann möglicherweise vielleicht die Aufgabe eines „Nicht-Arztes“, also eines Laien sein könnte, aktiv auf Sterbewünsche am Lebensende zu reagieren? Dieses ist sicher aber keine Konklusion mit praktischer Tragkraft oder Umsetzbarkeit aus den auch bereits zuvor angeführten Gründen, die den Arzt als geeignete Person ins Zentrum der niederländischen Euthanasiepraxis stellen. Nur so kann vorsichtiges Vorgehen zur Qualitätssicherung beitragen und steht im Einklang mit allen vorausgegangenen politischen aber auch ärztlichen Bemühungen, wie z.B. den Richtlinien der KNMG, sich dem Thema zu nähern.

## **6 Schlussbetrachtung der Landesposition**

Die Schlussbetrachtung der Landesposition fällt entsprechend der einzelnen Zwischenergebnisse aus, zunächst einmal dahingehend, dass der niederländische Umgang mit dem Thema tatsächlich ein gesamtgesellschaftlicher Umgang ist, der von der Rechtsprechung über die Politik bis hin zur Gesellschaft liberal eindeutig betrachtet wird.

Das Gesetz aus dem Jahre 2002 war logische Konsequenz eines zielgerichteten Handelns und Verhaltens zum Thema des freien Entscheidens am Lebensende und des aktiven Eingreifens aufgrund von Patientenwünschen durch Ärzte. Das Gesetz beabsichtigte Klarheit im Umgang und schaffte diese auch, mit Ausnahme einiger weniger Bereiche. Zu nennen sind hier die Vereinbarkeit mit der europäischen Menschenrechtskonvention hinsichtlich des Meldeverfahrens für Ärzte oder die Schwierigkeit Kriterien wie „Leiden“ eindeutig zu definieren, aber auch die zwingend zu hundert Prozent auszuschließenden Gefahr vor

Missbrauch und Willkür.

Bei der Schlussbetrachtung der Landesposition fallen weiterhin eine Vielzahl von Punkten ins Gewicht, die in der Diskussion sowohl als für und wider verwendet werden. Dies beginnt bereits bei der Schaffung des Gesetzes im Jahre 2002, was von Teilen aller involvierten Personen negativ als „Bergrutsch“ bezeichnet wurde, statistisch gesehen aber durch die Schaffung von Kontrollverfahren und die gesetzliche Vereinheitlichung von aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende zu einer Steigerung der Meldebereitschaft der Ärzte geführt hat und es somit ermöglichte, eine neue Form der Sicherheit durch Transparenz zu schaffen. Weitere Instrumente dieser Transparenz sind die in den letzten Jahren gestiegene Zahl der veröffentlichten Entscheidungen der Überprüfungskommissionen sowie die Bildung der SCEN Projekte, die eine ganz Reihe von Neuerungen von der Schulung junger Ärzte an bis zum Umgang mit dem Thema geschaffen haben.

Nichtsdestotrotz gibt es einen Punkt, der gerade von den Gegnern einer aktiven Reaktion auf Sterbewünsche angeführt wird. Dieser Meinung nach sei die Zahl der Fälle, in denen ein Arzt das Leben eines Patienten beendet, ohne dessen eindeutige Zustimmung, viel zu hoch, um von einem sicheren Umgang zu sprechen.<sup>345</sup> Dem ist entgegen zu halten und wird von Van der Wal auch angeführt, dass in diesen Konstellationen der Grad zwischen der lebensbeendenden Handlung und einer intensivierten Schmerztherapie oder auch zur Bekämpfung von Symptomen derart gering ist, dass im Zweifelsfall nicht eindeutig festgestellt werden kann, welche Handlungsqualität die Handlung des Arztes nun im Endeffekt bezwecken sollte. Hinzukommt neben der fraglich feststellbaren Intention des Arztes die Tatsache, dass in 82% der Fälle, in denen ein Arzt durch eine Maßnahme zur Lebensverkürzung des Patienten beigetragen hat, diese Lebensverkürzung aus medizinischen Gesichtspunkten heraus, unter einer Woche lag. Zudem handelt es sich hierbei um Patienten in komatösen Zuständen, die mit dem Arzt im Vorfeld dieses Zustandes über das Infragekommen einer Lebensbeendigung gesprochen haben. Allerdings ist der Kern der Diskussion durchaus nachvollziehbar, denn so sehr das

---

<sup>345</sup> G. van der Wal et al., Medische besluitvorming aan het einde van het leven – De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie“.

niederländische System von einem einheitlichen Umgang, auch bezüglich der Wortwahl und der Auslegung der einzelnen Begrifflichkeiten und Definitionen ausgeht, so steht doch fest, dass dieses nicht der Fall ist.<sup>346</sup> Es gibt eine Reihe von Diskussionen, wie auch diese hier, in denen unterschiedliche Auslegungen und Verständnisse zur Verkomplizierung beitragen, da nicht alle Arten und Details ärztlichen Handelns eindeutig klar sind, was gerade auf Abgrenzungsfragen zutrifft. Festzuhalten bleibt aber, dass das Szenario, dass ein Patient, der bei Bewusstsein ist und trotz einer potentiell tödlich verlaufenden Krankheit von einem Arzt, ohne sein Einverständnis getötet wird, nicht existiert, was den Ausgangsfakt der These, dass die große Gefahr im niederländischen System gerade darin liegt, dass ein Patient einem willkürlichen ärztlichen Verhalten ausgesetzt ist, nicht bestätigt.

Die Praxis zeigt allerdings, dass diese Probleme erkannt sind und der eingeschlagene niederländische Weg darauf bedacht ist, Verfehlungen in diese Richtung zu vermeiden, durch Kontrollinstanzen oder einer hohen Transparenz des Gesamtverfahrens. Fraglich ist aber, ob dieses ausreicht um Missbrauch zu verhindern und Sicherheit zu gewährleisten. Funktionalität und praktische Umsetzbarkeit kann dem System nicht abgesprochen werden, aber eine mögliche Fehlerquote bei irreversiblen Entscheidungen, so gering diese auch sein mag, könnte das Gesamtsystem oder zumindest Teile dessen in Frage stellen.

Im Kern setzt der niederländische Umgang den Arzt ins Zentrum des Systems, aus dem Grund der Qualitätsgarantie durch fundierte Kenntnisse des menschlichen Körpers und der Wirkung der zur Anwendung kommenden Substanzen, unterstützt durch Schulungen und Begleitungen sowie der Netzwerkseingliederungen durch die SCEN Projekte. Er erscheint daher als geeignete Person, um auf Sterbewünsche von Patienten entsprechend reagieren zu können. Dieses schafft zudem ein gewisses Maß an Vertrauen für die Bevölkerung durch eine sorgfältiges und vorsichtiges Vorgehen seitens der Ärzte. Diese Sicherheit wird von der Bevölkerung erkannt und wahrgenommen, was statistisch gesehen eine breite

---

<sup>346</sup> Auch die KNMG stelle aus Gründen der Transparenz und des Verständnisses einen Antrag beim zuständigen Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport im Jahre 2004 aus dem hervorgeht, dass die beschriebene Klarheit auch in Definitions- und Auslegungsfragen nicht besteht.

Zustimmung zum Umgang des Themas mit sich bringt.

Die Möglichkeit der Erfüllung eines Sterbewunsches für diejenigen, die dieses in Anspruch nehmen wollen, vermittelt nicht nur ein hohes Maß an Entscheidungsfreiheit für Patienten, sondern wird im niederländischen System von vorsichtiger Sicherheit durch die Gesetzeserweiterung geschützt, die, kein bloßer legislativer politisch begründeter Akt war, sondern einzig und allein auf Verlangen der Bevölkerung hin im Recht, Gesellschaft und Medizin Einzug erhalten hat.

## Kanada

### 1. Wort vorab

Im Wort vorab der Landespostition Kanadas werden kurz alle für die Arbeit relevanten Punkte des Rechtssystems erläutert, um den Verständnisszusammenhang im fließenden Text zu gewährleisten.

In Kanada ist Euthanasie und die Beihilfe zum Suizid im Strafrecht geregelt. Das Strafgesetzbuch umfasst mehrere potentielle Tatbestände, die im Falle eines Handelns als Reaktion auf einen Sterbewunsch in Frage kommen. Allen voran ist die zentrale Norm in Sektion 14 des Strafgesetzbuches verankert, wonach

*keine Person dazu berechtigt ist, sich bereit zu erklären, sich den Tod zufügen zu lassen. Auch wenn dies in der Bestimmung der anderen Person selber liegt, ist hiervon die kriminelle Verantwortlichkeit der zum Tod verhelfenden Person nicht betroffen.*<sup>347</sup>

Grundsätzlich besteht eine Dreiteilung von Privatrecht, Staats- und Verwaltungsrecht und Strafrecht, in Anlehnung an das englische Common Law. Dieses aus der Kolonialzeit übernommene Modell findet mit Ausnahme von der Provinz Québec in Kanada Anwendung, wo aufgrund der ehemaligen Zugehörigkeit zu Frankreich, gerade im Bereich des Privatrechts, das römische Recht Anwendung findet. Das kanadische Recht basiert auf der Interpretation von Gesetzen und bezieht hierzu gesellschaftliche Gegebenheiten und Veränderungen in die Entscheidungsfindung mit ein.

Das Strafrecht ist Angelegenheit des Bundesstaates und somit in allen kanadischen Provinzen einheitlich geregelt. Die Strafverfolgung aber ist provinzial geregelt, wird aber vor allem in den ländlichen Provinzen, mit Ausnahme von Québec und Ontario, von der Royal Canadian Mounted Police übernommen, die föderalistisch strukturiert ist.

Die Constitution of Canada ist das höchste kanadische Gesetz. Es beinhaltet eine Reihe von Gesetzen und unkodifizierten Traditionen und

---

<sup>347</sup> Originaler Wortlaut der Sektion 14: „No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.“

Vereinbarungen. Die Kernteile wurden im Jahre 1867 vereinbart und gehen aus dem früheren britischen Gesetz für Nordamerika hervor. Hauptinhalt ist die Regelung der grundlegenden Staatsstrukturen für das System der Regierung sowie aller föderalistischen Gebiete und Provinzen Kanadas. Wichtiger Bestandteil der Constitution ist die Canadian Charter of Rights and Freedoms, die Grundsätze zur Verfassung enthält. Von diesem Teil des Verfassungsrechts wird im Folgenden häufiger die Rede sein.

Kurz erwähnt sei auch die Gesetzgebung in Kanada. In erster Linie ist hierfür das kanadische Parlament zuständig, in provinziellen Angelegenheiten auch die entsprechende Gesetzgebung der Provinzen, die im Falle der Entscheidungen am Lebensende aber außer Acht gelassen werden kann. In diesem Bereich ein Gesetz zu erlassen wäre Aufgabe des Parlaments, welches nach der Canadian Constitution „Gesetze (...) für den Frieden, die Ordnung und eine gute Regierung Kanadas (...)“ erlassen kann. Ein nach diesen Bestimmungen erlassenes Gesetz würde in der Folge in der „Canada Gazette“ angekündigt werden, was einer Veröffentlichung im Amtsblatt der europäischen Regierungssysteme gleichkommt. Im Anschluss erfolgt die finale Veröffentlichung und Verkündung des Gesetzes in der Annual Statute of Canada.

Die Courts of Appeal sind in den Provinzen die oberste gerichtliche Instanz. Die hier gesprochenen Urteile haben allerdings nur eine auf die entsprechende Provinz bezogene Gültigkeit und sind in den anderen Provinzen nicht bindend. Im Gegensatz hierzu steht die Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs in Ottawa, dem Supreme Court of Canada, dessen Urteile für sämtliche Provinzen Kanadas Gültigkeit besitzen. Wichtige Rechtsquellen sind aber nach wie vor auch die englischen Gerichte, vor allem der Londoner Court of Appeal und das House of Lords. Alle vor dem Jahre 1867 dort getroffenen Entscheidungen sind in Kanada geltendes Recht, mit Ausnahme der vom kanadischen Supreme Courts widerrufenen Urteile. Dieses gilt auch für Entscheidungen welche die Rechtsstellung der indigenen und frankophonen Bevölkerung betreffen, über die ein entsprechender Ausschuss, der Privy Council<sup>348</sup>, zu urteilen

---

<sup>348</sup> Her Majesty's Most Honourable Privy Council. Ist ein im Mittelalter und der frühen Neuzeit in England bestehendes Beratungsgremium der britischen Monarchen mit legislativen und judikativen Aufgaben. Die Befugnisse sind in der heutigen Zeit stark

hat. Hier sind sogar alle bis 1994 getroffenen Entscheidungen nach wie vor geltendes Recht.

## **2. Historische Entwicklung im Recht und aktueller Stand**

Zu Beginn soll auch in diesem Teil des Ländervergleichs die strafrechtliche Entwicklung aufgezeigt werden, die der Debatte um Entscheidungen am Lebensende in Kanada zugrunde liegt. Es bietet sich an dieser Stelle an, aufgrund der Vielzahl der nennenswerten gerichtlichen oder parlamentarischen Entscheidungen einen instruktiven Überblick in der Form einer stichpunktartigen Aufzählung voranzustellen.

**1983** – Die Law Reform Commission of Canada<sup>349</sup> spricht sich gegen eine Legalisierung oder Entkriminalisierung von freiwilliger Hilfe als Reaktion auf den Todeswunsch eines Patienten aus.<sup>350</sup>

**1987** – Erneut spricht sich die Law Reform Commission of Canada gegen die Legalisierung von Sterbehilfe aus. Konkretisiert wird dieses durch einen Gesetzesentwurf, der vorsieht, dass derjenige, der einer anderen Person aus Mitleid beim Sterben hilft, als ein Mörder zweiten Grades (second-degree murder) nach dem kanadischen Strafgesetzbuch verurteilt werden soll.

**1991** – Im Abgeordnetenhaus (House of Commons) wird ein Gesetzesentwurf zu ersten Lesung eingebracht, der das Strafgesetzbuch hinsichtlich einer Besserstellung von terminal kranken Patienten ändern soll.<sup>351</sup> Dieser Gesetzesentwurf erhielt die zweite Lesung im September des selben Jahres und wurde der zuständigen Gesetzgebungskommission zur Prüfung übergeben.

**1991** – Zum ersten Mal wurde ebenfalls im Jahre 1991 ein Gesetzentwurf im House of Commons eingebracht, der die Beihilfe zum Sterben unter bestimmten Bedingungen straffrei machen sollte.<sup>352</sup> Bei der zweiten

---

eingeschränkt und werden vom Regierungskabinett, dem Premierminister und dem Judicial Committee übernommen.

<sup>349</sup> Eine unabhängige von der Regierung ins Leben gerufene Kommission zur Überprüfung neuer Gesetzesinitiativen und bestehender Gesetze.

<sup>350</sup> „Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment“, Working Paper 28, 1982 im Report 20, 1983.

<sup>351</sup> Private Members's Bell C-203 vom 16. Mai 1991.

<sup>352</sup> Private Member's Bell C-261 vom 19. Juni 1991.

Lesung wurde der Entwurf abgelehnt.

**1992** – Der Strafgerichtshof von Quebec (The Quebec Superior Court - La Cour supérieure du Québec) entschied in diesem Jahr über den Fall einer unheilbar kranken Frau, die darum bat, ihr lebensnotwendiges Beatmungsgerät abzuschalten, damit sie sterben könne, dass das Abschalten des Geräts dazu führen würde, dass die Natur ihren Lauf nehmen würde und dieses kein strafbarer Eingriff sei.<sup>353</sup> Das Gericht urteilte, dass der Wunsch der Patientin rechtmäßig sei.

**1992** – In Ontario wurde ein Chirurg vom Gericht als Mörder zweiten Grades verurteilt und zur Verantwortung gezogen, da er einem an Krebs im Endstadium erkrankten Patienten mithilfe von Morphium zum Tod verhalf.

**1992** – Nach der Verurteilung eines Krankenpflegers zu einem Mörder ersten Grades, erhob dieser Einspruch gegen das Urteil mit der Begründung, dass er einem terminal kranken Patienten lediglich ein Mittel zum Sterben verabreicht habe, dieses aber nicht ausreichend sei, um als Mörder verurteilt zu werden. Das Gericht entschied in diesem Sinne und erließ als Urteil eine Suspendierung und Rückgabe seiner Krankenpflegererlaubnis, sprach ihn aber von der ursprünglichen Strafe frei.

**1993** – Ein Arzt aus Ontario verabreichte einem im Endstadium erkrankten Krebspatienten eine Substanz, die zum Tode führte. Er wurde als Mörder zweiten Grades verurteilt. Der Einspruch gegen dieses Urteil führte zu einer Aufhebung dieser Strafe und zu einer Verurteilung in Form eines dreijährigen Berufsverbots.

**1993** – Die Klage von Sue Rodriguez bezüglich der Unvereinbarkeit des Verbots des assistierten Selbstmords nach dem kanadischen Strafgesetz mit dem Freiheitsgrundrecht wurde vom Supreme Court of Canada mit vier zu fünf Stimmen abgewiesen.<sup>354</sup>

**1993** – Das Gesundheitsministerium von British Columbia gab Richtlinien heraus, wie mit Menschen zu verfahren sei, die aktiv auf Wunsch eines Patienten eine zum Tode führende Handlung durchführen.

**1994** – Sue Rodriguez beging mithilfe eines Arztes Selbstmord. Es kam zu

---

<sup>353</sup> Nancy B vs. Hôtel-Dieu de Quebec (1992), 86 D.L.R. (4th) 385 (Que. S.C.).

<sup>354</sup> Rodriguez vs. British Columbia (Attorney General) (1993), 24 C.R. (4th) 281 (S.C.C.). Dieser Fall wird an späterer Stelle eingehend erläutert.

keiner strafrechtlichen Verfolgung des Arztes.

**1994** – Der damalige föderale Justizminister Allan Rock sprach sich dafür aus, dass das Parlament über den Umgang mit Menschen entscheiden müsste, die anderen beim Selbstmord assistierten. Nur einen Tag nach der Äußerung des Justizministers sprach sich auch der damalige Premierminister Chrétien dafür aus, dass das Parlament objektiv und frei über den ärztlich assistierten Selbstmord entscheiden solle. Es kam zu einer Lesung im House of Commons die allerdings ergebnislos blieb. Der Vorschlag einer Erweiterung des Strafgesetzes hinsichtlich einer Strafflosigkeit beim assistierten Suizid wurde abgewiesen.<sup>355</sup>

**1994** – Nur eine Woche nach dem Scheitern im House of Commons wurde ein Senatskomitee gegründet, das untersuchen sollte, welche rechtlichen, sozialen und ethischen Voraussetzungen gegeben sein müssten, um über eine Legalisierung von Euthanasie und Beihilfe beim Selbstmord zu diskutieren. Das Ergebnis dieses Reports wurde im Jahre 1995 veröffentlicht.

**1994** – Robert Latimer, der Vater einer zwölf Jahre alten Tochter, wurde als Mörder zweiten Grades verurteilt, weil er seine an unterschiedlichen Behinderungen erkrankte Tochter tötete. Im Jahre 1997 entschied der Supreme Court of Canada, dass das Verfahren erneut eröffnet werden soll. Die Verurteilung zu einem Mörder zweiten Grades wurde erneut bestätigt. Allerdings wurde das Strafmaß von der gesetzlich vorgesehenen Zeit von mindestens zehn Jahren Gefängnis, auf zwei Jahre hinuntergesetzt. Dieses fand im Anschluss beim zuständigen Berufungsgericht keine Anwendung. Das Strafmaß müsse aufgrund der gesetzlichen Vorschriften mindestens zehn Jahre betragen.<sup>356</sup>

**1997** – Dr. Nancy Morrison wurde als Mörder ersten Grades verurteilt, weil sie einem terminal kranken Patienten die lebensnotwendige maschinelle Versorgung abstellte. Später wurde dieses Urteil widerrufen, weil es keine eindeutigen Beweise für die Tat gab.

**2000** – Ein Unterkomitee des Senats veröffentlichte einen neuen auf den 1995 erlassenen „Of Life and Death“ Report zum Thema der Qualität der Versorgung am Lebensende.

---

<sup>355</sup> Member's Bell C-215 vom 16. Februar 1994.

<sup>356</sup> R. v. Latimer, (2001) 1 S.C.R. 3.

**2005** – Ein Gesetzentwurf zum menschenwürdigen Sterben wurde von Francine Lalonde in das Parlament eingebracht.<sup>357</sup> Die Lesung des Entwurfs im Oktober des Jahres ergab keine eindeutige Entscheidung.

**2006** – Raymond Kirk bekannte sich vor dem Ontario Court of Justice schuldig, seiner kranken und leidenden Frau beim Selbstmord assistiert zu haben. Er wurde vom Gericht zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt.

**2007** – Eine Studie fand heraus, dass nur sechs Prozent der Patienten in palliativer Behandlung überleben, was der Studie nach zur Folge hätte, dass eine Legalisierung von ärztlich assistierten Selbstmord dazu führen würde, dass das Verlangen hiernach steigen könnte.

**2007** – Der Arzt Dr. Ramesh Kumar Sharma wurde wegen der Beihilfe zum Selbstmord an einer 93 jährigen herzkranken Frau zu zweijähriger gemeinnütziger Arbeit verurteilt.

**2007** – Eine Umfrage in der kanadischen Bevölkerung ergab, dass sich 76% der Befragten dafür aussprachen, dass Beihilfe zum Suizid für unheilbarkranke Menschen legalisiert werden sollte.

**2007** – Im Falle der Beihilfe zum Suizid durch die Schweizer Organisation Dignitas an Elizabeth MacDonald, einer an multiple Sklerose erkrankten Frau, wurde keine Anklage erhoben.

**2007** – Ein Ethikkomitee der kanadischen Ärzteorganisation entschied, dass die bisherige Stellungnahme der Organisation, den ärztlich assistierten Selbstmord unter Strafe zu stellen, aufgehoben werden müsse. Der neue Standpunkt müsse eindeutig für dieses Vorgehen formuliert werden.

**2008** – Francine Lalonde brachte erneut einen Gesetzesentwurf in das Parlament ein, welches das Strafgesetz hinsichtlich eines Rechts auf Sterben in Würde erweitern sollte.<sup>358</sup>

Die Rolle des Arztes als Exekutive des Sterbewunsches, scheint in Kanada von Vorne herein als notwendig zu bestehen, was durch die ins Parlament eingebrachten Gesetzesentwürfe bestätigt wird. Warum dieses so ist, wird an späterer Stelle beschrieben.

---

<sup>357</sup> Members's Bill C-407 vom Juni 2005 mit dem Titel „Right to Die with Dignity.“

<sup>358</sup> Member's Bill C-562 vom Juni 2008.

Weiterhin fällt auf, dass sich die Zahl der Fälle, in denen Gerichte über die Hilfe beim Sterben zu entscheiden hatten, in zurückliegender Zeit stetig vermehrt. Dieser Trend resultiert in einem weiteren Gesetzesentwurf, der im Jahre 2008 ins Parlament eingebracht wurde. Hinsichtlich der Vielzahl der milden und unter dem eigentlichen Strafmaß gebliebenen gerichtlichen Entscheidungen, unterstützt durch statistische Erhebungen, die den Wunsch der Bevölkerung nach einer gesetzlichen Regelung unterstützen, liegt die These nahe, dass Kanada in naher Zukunft mit einer Gesetzesänderung zu rechnen haben könnte. Fakt ist, dass der bisherige Umgang mit dem Thema eindeutig in eine Richtung zeigt. Dieses belegt auch die folgende Grafik, die überschaubar und instruktiv das Verhältnis von für und wieder zum Thema der Entscheidungen am Lebensende wiedergeben:

## 2.1 Instruktiver Überblick

Entscheidungen/ Maßnahmen/ Entwicklungen <u>für</u> das Recht Hilfe beim Sterben zu bekommen:		Entscheidungen/Maßnahmen/Entwicklungen <u>gegen</u> das Recht Hilfe beim Sterben zu bekommen:
	1983	Law Reform Commission gegen Euthanasie
	1987	Law Reform Commission gegen Euthanasie
Gesetzesentwurf wird eingebracht	1991	Gesetzesentwurf scheitert (2. Lesung)
Neuer Gesetzesentwurf	1991	Gesetzesentwurf scheitert (2. Lesung)
Nancy B v. Hôtel-Dieu de Quebec/ Sterbenlassen ist der Lauf der Natur	1992	
	1992	Chirurg verurteilt als Mörder 2. Grades
Krankenpfleger wird vom Mord freigesprochen und erhält mildes Berufsverbot	1992	

Arzt wird von Mord freigesprochen und erhält mildes Berufsverbot	1993	
Erste Richtlinien (staatlich) werden veröffentlicht	1993	
Arzt wird nicht wegen Beihilfe zum Suizid im Rodriguez Fall angeklagt	1994	
Justizminister spricht sich für freie Entscheidung aus	1994	
Premierminister spricht sich für eine freie Entscheidung aus	1994	
	1994	Gesetzentwurf scheitert (2. Lesung)
Senatkommission wird gegründet	1994	
Fall des Robert Latimer	1994	
Freispruch vom Mordverdacht von N. Morrison	1997	
Neuer Bericht des Senatkomitees	2000	
Gesetzentwurf eingebracht	2005	
	2005	Gesetzentwurf scheitert
R. Kirk wurde wg. Assistiertem Suizid zu einer Bewährungsstrafe verurteilt	2006	
Studie belegt Nachfrage nach Euthanasie	2007	
Studie belegt gesellschaftliche Zustimmung	2007	

Keine Anklage wg. Beihilfe beim Suizid	2007
Ärzteorganisation bekennt sich zur Hilfe beim Sterben unter strengen Auflagen	2007
Gesetzentwurf eingebracht	2008

### 3. Rechtliche Betrachtung

Vorangestellt wird diesem Punkt zum Wortverständnis halber die diesem Abschnitt zugrunde liegende Definition des immer wieder genannten Wortes Euthanasie. Der Gebrauch unterscheidet sich nicht von der Wortbedeutung der anderen Länderpositionen. Speziell im kanadischen Kontext sei aber die erarbeitete Definition des Senatskomitees aus dem Jahre 1995 erwähnt, wonach unter Euthanasie ein von einer Person vorgenommener Akt zu verstehen ist, der darauf abzielt, das Leben einer anderen Person zu beenden, um diese vom Leid zu befreien.<sup>359</sup> Unterschieden wird in Kanada weiter zwischen der freiwilligen und unfreiwilligen Form der Beendigung des Lebens auf Wunsch einer anderen Person. Geschieht die Tötung auf direkten Wunsch eines Anderen spricht man von „voluntary euthanasia“, im Gegensatz zur unfreiwilligen, ohne den direkten Wunsch und den Willen, aber im Sinne des Patienten handelnden Tötung, der „non-voluntary euthanasia“, die bei komatösen Patienten häufig Anwendung findet. Das Verständnis des assistierten Selbstmordes ist ebenso wie in den anderen Ländern als Beihilfe zu verstehen.

#### 3.1 Die strafrechtliche Situation

Allein der Wortlaut der bereits angeführten Sektion 14 lässt vermeidlich wenig Spielraum für eine Diskussion, Bewertung oder Analyse über eine potentielle Erweiterung des Gesetzes hinsichtlich assistierten Suizids oder jeder anderen Form der Reaktion auf einen Sterbewunsch am Lebensende. Dies umfasst ebenso den Ausschluss ärztlichen Handelns, gemäß eines an

---

<sup>359</sup> Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide (*Of Life and Death*, 1995).

den Arzt herangetragenen Sterbewunsches. Der Arzt ist per Gesetz durch Sektion 45 dazu verpflichtet, medizinische Behandlungen stets mit der gebotenen Sorge und Sachkenntnis durchzuführen<sup>360</sup> und ihm kommt die Aufgabe zu, nach Sektion 217 des Strafgesetzbuches, keine Behandlungen abubrechen oder zu intervenieren, wenn dieses das Leben des Patienten gefährden würde.<sup>361</sup> Dieses erweitert im Zusammenhang der Reaktionen auf Entscheidungen von Patienten am Lebensende, die oben genannte Sektion 14 auf das Verbot dieses Handelns als medizinisch zu deklarieren. Je nach Art und Weise des geäußerten Sterbewunsches und der darauf folgenden Reaktion durch eine Handlung können zudem weitere Straftatbestände erfüllt sein.<sup>362</sup>

Dem kanadischen Strafgesetzbuch nach, ist derjenige der einen anderen tötet, auch aus der eigentlichen Motivation heraus, diese Person von Leiden zu befreien oder gar ihrem Wunsch zu sterben zu entsprechen, strafbar eines Mordes ersten Grades. Zum einen, weil er mit einer klaren und eindeutig zielgerichteten Tötungsabsicht handelt, zum anderen, weil die Tat im Vorfeld einer Planung und Absprache unterlag, was weitere Voraussetzung für die Klassifikation als Mörder ersten Grades ist.<sup>363</sup> Bemerkenswert ist diese eindeutige Definitionsauslegung allerdings

---

<sup>360</sup> Originaler Wortlaut der Sektion 45: „Everyone is protected from criminal responsibility for performing a surgical operation on any person for the benefit of that person if (1) the operation is performed with reasonable care and skill; and (2) it is reasonable to perform the operation, having regard to the state of health of the person at the time the operation is performed and to all the circumstances of the case.“

<sup>361</sup> Originaler Wortlaut der Sektion 217: „Everyone who undertakes an act is under a legal duty to do it if an omission to do the act is or may be dangerous to life.“

<sup>362</sup> Sektionen 215 und 216 über die Aufgabe einer Person; Sektion 219 über die kriminelle Nachlässigkeit und außer Acht lassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, bis zum Tod einer Person durch dieses, geregelt in Sektion 220 oder der körperlichen Beeinträchtigung in Sektion 221; Totschlag gem. Sektion 222; Mord gem. Sektion 229 ff.

<sup>363</sup> Zur Klassifikation des Mörders nach dem kanadischen Strafgesetzbuch:

(1) Murder is first degree murder or second degree murder.

(2) Murder is first degree murder when it is planned and deliberate.

(3) Without limiting the generality of subsection (2), murder is planned and deliberate when it is committed pursuant to an arrangement under which money or anything of value passes or is intended to pass from one person to another, or is promised by one person to another, as consideration for that other's causing or assisting in causing the death of anyone or counselling another person to do any act causing or assisting in causing that death.

hinsichtlich der Tatsache, dass in Kanada in der zurückliegenden Zeit viele Urteile gefällt worden sind, die diese Voraussetzungen der Strafbarkeit zwar erfüllten, dennoch in milden Urteilen resultierten, oder gar in einer Herabsetzung der Straftat zu einem Mörder zweiten Grades. Dieses liegt daran, dass der Akt der Tötung auf Wunsch eines anderen hin, oder um diese Person von Leiden zu befreien, eine andere Motivation zugrunde lag, als der klassische Begriff des Mörders ersten Grades hergibt. Allen voran ist hier die der Tötung unterliegende Intention zu sehen, Leiden zu nehmen, als primäres Ziel der Handlung. Hinzukommt, dass die Entscheidungen der Gerichte beeinflusst werden von weiteren Faktoren, die die praktische Beweisbarkeit der Tat angehen. So ist es in vielen Fällen nicht möglich objektiv darüber zu entscheiden, inwieweit eine schwerkranke Person wirklich durch eine final verabreichte Dosis an Medikamenten zum Tode kam, oder dieser allein Konsequenz der ohnehin tödlich verlaufenden Krankheit war. Es kam in den zuvor aufgelisteten und beschriebenen Fällen zu den unterschiedlichsten Klassifizierungen von Taten, die in ihrer Motivation und ihrem Handeln nach gleich waren, der Täter aber als Mörder, Totschläger oder aufgrund des Verabreichens einer tödlichen Substanz verurteilt wurde. Dieses soll im Folgenden anhand zweier Fälle genauer dargestellt werden. Der Fall Sue Rodriguez und der Fall Robert Latimer sind zwei der wohl bekanntesten und kontroversesten Entscheidungen, die im Kontext der Entscheidungen am Lebensende in Kanada getroffen wurden.

Der Latimer Fall handelt von einem Mann, Robert Latimer, der seine zwölfjährige Tochter Tracy, die an verschiedensten schwersten Behinderungen litt und nicht in der Lage war selbstständig zu laufen, zu essen oder zu sprechen im Jahre 1993 durch die in den Innenraum des Autos umgeleiteten Abgase tötete. Als Begründung für sein Handeln führte Latimer an, dass er seine Tochter vom Leid befreien wollte („put her out of pain“).

Latimer wurde als Mörder ersten Grades angeklagt. In dem Jurygerichtsverfahren kam es zu einer Verurteilung wegen Totschlags zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe, ohne die Möglichkeit der Strafaussetzung für eine Zeit von zehn Jahren. Latimer legte Berufung gegen dieses Urteil

beim zuständigen Gericht in Saskatchewan ein, die abgewiesen wurde. Ein erneuter Berufungseinspruch im Jahre 1996 beim obersten Gericht Kanadas wurde jedoch zugelassen. Die Berufung wurde zum Verfahren zugelassen, es kam allerdings erneut zu einer Verurteilung wegen Totschlags. Latimers Verteidigung zielte darauf ab, nicht den Totschlag an sich, sondern das Strafmaß zu verändern. Dem Gesetz nach ist Totschlag in Kanada als mit nicht weniger einer Freiheitsstrafe von zehn Jahren zu belegen. Latimer argumentierte, dass dieses anhand der Tat unverhältnismäßig sei, auch im Hinblick auf seine grundrechtlich garantierten Rechte und Freiheiten und er nicht gleich bestraft werden könnte, wie eine in voller Motivation des Totschlags handelnde andere Person. Das Gericht folgte dieser Auffassung und gab der Berufung statt, dass Latimer zwar wegen Totschlags zu verurteilen sei, das Strafmaß aber auf zwei Jahren herabgesetzt werden müsse, wovon er ein Jahr im Gefängnis, das andere auf der eigenen Farm verbringen sollte.

Das Verfahren ging mit diesem Beschluss zurück an das zuständige Gericht in Saskatchewan, welches das Urteil über Latimer im Sinne des Beschlusses des obersten kanadischen Gerichts sprechen sollte. Somit kam es zwar zu einer Verurteilung Latimers wegen Totschlags, das Gericht sah es aber als nicht rechtmäßig an, das gesetzlich vorgesehene Strafmaß in diesem Einzelfall einfach herabzusetzen und verurteilte Latimer zu einer Strafe von erneut zehn Jahren Gefängnis, reichte aber gleichzeitig beim Parlament einen Antrag ein, der darauf abzielte den Totschlagparagrafen des Strafgesetzes mit einem Zusatz der „Tötung aus Gnade“ zu erweitern, um das Strafmaß herabsetzen zu können. Dieses blieb bisweilen erfolglos. Latimer erhob erneut Einspruch beim Obersten Gericht. Im Februar 2008 erkannte der nationale Strafaussetzungsausschuss erstmal Tagesstrafaussetzungen für Latimer an, wegen einer ungerechtfertigten Verurteilung, was Latimer dazu bewegte erneut gegen das Urteil in Gänze Berufung einzulegen.

Der Fall Latimer macht das Wechselspiel zwischen dem eigentlichen Willen deutlich, ein mildes Urteil für die Tat zu verhängen, dieses aber nicht mit dem Strafgesetzbuch vereinbaren zu können. So kam sowohl das oberste Gericht als auch das zuständige Berufungsgericht in Saskatchewan zu der Ansicht, dass es nicht gerechtfertigt sei, Latimer wegen seiner Tat

mit Freiheitsstrafe zu verurteilen, die äquivalent mit negativ motivierten Totschlagstaten ist. Dies macht deutlich, dass der Wille, auch höchstrichterlich bestätigt, an der legislativen Gewalt scheitert.

### **3.1.1 Das Strafrecht und die Canadian Charter of Rights and Freedoms**

Der andere viel diskutierte und kontroverse Fall bezüglich des Handelns bei Entscheidungen am Lebensende betrifft Sue Rodriguez<sup>364</sup> und die Sektion 241 des kanadischen Strafgesetzbuchs. Hierunter ist ein Vergehen gemeint, wonach sich derjenige strafbar macht, der einer anderen Person zum Selbstmord rät, bei der Tat hilft oder begünstigt mitwirkt. Das Strafmaß für dieses Vergehen beträgt nicht mehr als vierzehn Jahre.

Sue Rodriguez litt über Jahre an der Lou Gehrig<sup>365</sup> Krankheit, einer Lateralsklerose und wollte mit ihren Bemühungen erreichen, dass durch das Gericht bestätigt werden würde, dass es nicht mit den grundrechtlichen Rechten und Freiheiten (Canadian Charter of Rights and Freedoms) vereinbar sei, dass es einem unheilbar kranken Menschen, der nicht in der Lage ist sich selbst zu töten, versagt ist, unter der Mithilfe und Aufsicht eines Arztes assistierten Selbstmord zu begehen. Sie führte dazu an, dass ihr Recht auf Leben und Freiheit, auch die freie Entscheidung über die Art und Weise sowie den Zeitpunkt des Todes beinhaltet und somit die Sektion 241 des Strafgesetzbuches nicht mit der Charter of Rights and Freedoms vereinbar sei. Das Oberste Gericht von British Columbia entschied dazu, dass die Sektion 241 des Strafgesetzbuches eben nicht das Recht auf Leben und die Freiheit der Person nimmt, oder es die Freiheit der Wahl oder der Entfaltung einschränke, auch hindere es nichts an der Möglichkeit grundsätzliche Entscheidungen über das Leben zu treffen. Dem Gericht nach ist die Natur verantwortlich für die Sue Rodriguez Krankheit und damit verbundene Situation der Eingeschränktheit, nicht aber das gesetzliche System. Demnach sehe Sektion 241 keine Ausnahmen für Menschen vor, die nicht in der Lage sind sich selbst zu töten.<sup>366</sup>

---

<sup>364</sup> Rodriguez vs British Columbia. *Dominium Law Rep (4th)* 1993; 107: 342.

<sup>365</sup> Die Lou Gehrig Krankheit ist auch bekannt als Amyotrophe Lateralsklerose (kurz: ALS) ist eine degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems.

<sup>366</sup> Vgl. zum Rodriguez Fall allg. auch Freedman B. The Rodriguez case: sticky questions and slippery answers. *McGill Law* 1994; 39: 644-56 .

Gegen dieses Urteil legte Sue Rodrigues Berufung beim zuständigen Gericht in British Columbia ein. Das Gericht kam zu der Ansicht, dass es nicht Aufgabe der Gerichtsbarkeit sei in diesem Fall zu entscheiden, ob Sektion 241 des Strafgesetzes mit der Charter of Rights and Freedoms vereinbar sei, sondern Aufgabe des Parlaments. Der Fall wurde aber dennoch an den Supreme Court of Canada weitergeleitet. Hier kam zu einer denkbar knappen Entscheidung von vier zu fünf Richterstimmen, gegen das Vorbringen von Sue Rodriguez. Sektion 241 sei demnach durchaus vereinbar mit sämtlichen in Frage kommenden Abschnitten der Canadian Charter of Rights and Freedoms.<sup>367</sup> Dies wurde begründet mit der Auffassung, dass Menschen, die nicht in der Lage sind sich selbst zu töten, zwar auch keinen Zugang zu diesem Recht haben, es ihnen sogar durch Sektion 241 untersagt ist, aber dies dennoch mit der grundsätzlichen Gerechtigkeit des Systems vereinbar sei und harmoniert. Es wäre darüber auch im Sinne der kanadischen Gesellschaft und Aufgabe des Rechtssystems, Personen vor einem assistierten Suizid zu schützen, weil dieses nach Auffassung des Richters Sopinka nicht mit der Heiligkeit des menschlichen Lebens vereinbar sei, diese gar untergraben würde. Hinzukomme die Gefahr von Missbrauch und die Schwierigkeit Schutz zu gewährleisten. Ein weiterer Richter, Lahmer, vertrat hingegen die Auffassung, dass die Sektion 241 sehr wohl eine Verletzung und Ungleichbehandlung von Personen sei, die physisch nicht in der Lage sein, sich aus eigener Kraft heraus zu töten. Dieser Personenkreis werde daran gehindert, ihr Recht auszuüben. Lahmer erkannte aber ebenfalls eine potentielle Gefahr von Manipulationen und Missbrauch, verwies dieses aber als unbestätigt und spekulativ und daher als nicht wertbar.

Die zwei beschriebenen Fälle zeigen deutlich, wo die Probleme im rechtlichen Rahmen zu finden sind. So besteht zwar eine klare gesetzliche Normierung hinsichtlich des Verbots einen anderen Menschen auf dessen

---

<sup>367</sup> § 7 Everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived thereof except in accordance with the principles of fundamental justice.

§ 12 Everyone has the right not to be subjected to any cruel and unusual punishment.

§ 15 (1) Every individual is equal before and under the law and has the right to equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability.

Wunsch gemäß zu töten, um z.B. Leiden zu mindern, dieses ist aber durchaus strittig. Besonders der Rodriguez Fall macht deutlich, dass auf der einen Seite mit Argumenten diskutiert wird, die bereits in der deutschen Landespostion zu finden sind, die der Heiligkeit des Lebens, oder der Gefahr vom Missbrauch oder Dammbruch. Dem entgegen herrscht in der kanadischen Jurisprudenz aber eine Zweiteilung, womit es auch eine Strömung gibt, welche den assistierten Selbstmord durchaus als legitimes Mittel ansieht, damit eine Gruppe von Menschen die physisch nicht in der Lage sind sich selbst zu töten, die Möglichkeit und der Zugang zum Recht gewährt wird. Dieser Zugang wird im bestehenden kanadischen Recht untersagt.

### **3.2 Das Recht auf die Ablehnung ärztlicher Behandlung**

Eine weitere wichtige Kategorie der Entscheidungen am Lebensende bezieht sich auf das Ablehnen ärztlicher Behandlungen. Nach dem kanadischen Recht ist jede erwachsene und zurechnungsfähige Person dazu berechtigt eine ärztliche Behandlung zu unterbrechen oder diese abzulehnen. Hervorzuheben hiervon ist aber der Fall Nancy B.<sup>368</sup> Das Gericht in Quebec entschied im Falle der unheilbar Kranken, die durch eine Beatmungsmaschine am Leben erhalten wurde, dass diese das Recht habe, ihren Arzt darum zu bitten, die Maschine zur Beatmung abzuschalten. In der Entscheidung hieß es, dass die Menschenwürde der Person unverletzlich sei und es keinerlei Behandlungen ohne deren Zustimmung geben darf, um diesem Willen und Recht gerecht zu werden. Hinzu kam die Überprüfung der Strafbarkeit des Nancy B. behandelnden Arztes, für den Fall, dass er die Behandlung aufgeben würde. Geprüft wurde eine Verletzung der Sektionen 216, 217, 45 und 219 sowie des Totschlags gemäß dem Strafgesetzbuch. Das Gericht entschied, dass es weder ein unvernünftiges, noch mutwilliges oder rücksichtsloses Verhalten des Arztes sei, wenn er der expliziten Bitte der Patientin gemäß, das Beatmungsgerät abschalten würde. Hierdurch würde er der Patientin die Möglichkeit geben frei über ihren Willen zu entscheiden und entsprechend der Natur somit ihren freien Lauf lassen. Somit würde der Arzt keinem Selbstmord assistieren, der dem Strafgesetzbuch nach mit Totschlag zu

---

<sup>368</sup> Nancy B. vs Hotel-Dieu de Quebec. *Dominium Law Rep (4th)* 1992; 86: 385.

bestrafen wäre, weil die Krankheit kausal zum Todeseintritt stehe, nicht aber das Handeln des Arztes.<sup>369</sup>

Bemerkenswert hieran ist, dass die Jurisprudenz ähnlich wie bei weiteren Fällen<sup>370</sup> den Tod in einem Kausalverhältnis zur Krankheit sieht, nicht aber zur Handlung. Fraglich ist daher, inwieweit die Handlung des Abschaltens eines Gerätes nicht auch bloße Reaktion auf einen Sterbewunsch ist und vor allem wo sich dieses Handeln von dem Handeln im Falle zu Sue Rodriguez unterscheidet. Sicher ist hier anzuführen, dass die Handlungskonsequenz zwar die Gleiche ist, ebenso wie Handlungsqualität und die explizite Handlungsbefugnis des Patienten an den Arzt. Ein Unterschied besteht allein darin, dass die Krankheit nicht unmittelbar kausal zum Todeseintritt steht, im Falle Sue Rodriguez. Hier kommt es zum verfrühten Tod durch den assistierten Selbstmord des Arztes und zu einer Lebensverkürzung. Fest steht allerdings auch, dass dieses lediglich zeitliche Qualität beinhaltet, denn im Grunde bleibt auch in diesen Fällen die unheilbare Krankheit ausschlaggebend für den Todeswunsch und damit ausschlaggebend für den früher oder später sicher eintretenden Tod.

### **3.3 Das Verfassungsrecht zum Recht auf Leben**

Zentrale Norm dieser Betrachtungen ist die Sektion 7 der Canadian Charter of Rights and Freedoms, die das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person schützt. Das Rodriguez Urteil gibt an dieser Stelle Anlass, dazu nicht nur die strafrechtliche Sicht zu würdigen, sondern ebenso zu überprüfen, inwieweit das kanadische Recht der Charter of Rights and Freedoms tatsächlich den Schutz einer Gruppe von Menschen gewährleisten kann, die aufgrund ihrer körperlichen Konstitution nicht in der Lage sind, ihr Leben selbstständig zu beenden.

Das Rodriguez Urteil legt im Fazit eine Definition fest, welches die

---

<sup>369</sup> Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, dass es in Kanada ebenfalls das Konstrukt der Patientenverfügung gibt, damit nicht entscheidungsunfähige Personen ihr vorher deklariertes Recht wahrnehmen können. Unterschieden wird zwischen einer instruktionsdirektiven Art der Willensfestsetzung, in der eine Person darlegt, welche Art von Behandlungen sie nicht will, falls sie unfähig wird, darüber zu entscheiden und einer proxydirektiven Festlegung des Willens, wonach eine Person festlegt, welche andere Person für sie entscheiden soll im Falle einer bestehenden eigenen Entscheidungsunfähigkeit.

<sup>370</sup> Malette vs Schulman. *Ontario Rep (Id)* 1990; 72: 417.

getroffene Entscheidung maßgeblich rechtfertigen soll, in der Form, dass das Urteil ein Schutz der „grundsätzlichen Gerechtigkeit“<sup>371</sup> ist, also ein Schutz, der in gesellschaftlicher Einigkeit darüber entscheidet, was lebenswichtig für den Erhalt des gesellschaftlichen Begriffes der Gerechtigkeit ist. Dies erscheint vermeidlich vage, ist aber dennoch als Definition von grundsätzlicher Gerechtigkeit angemessen, wobei die Frage offen bleibt, wer darüber entscheidet was die Einigkeit der Gesellschaft ist. Eine grundsätzliche Gerechtigkeit kann nur von der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung getroffen werden, was aber macht die Richter im Rodriguez Fall glauben, dass die Entscheidung, dass Sue Rodriguez nicht mit Hilfe eines Arztes sterben darf, im Sinne der gesellschaftlichen Meinung getroffen wurde? Gleichwohl wird durch das Konstrukt der grundsätzlichen Gerechtigkeit die potentielle gesellschaftliche Meinung über die des Individuums gestellt, was Gefahren hervorbringt, denn die Meinung und Ansicht, der vom Fall betroffenen Person, wird einer Meinung untergeordnet, die im Lichte der Gesellschaft zwar mehrheitsfähig erscheint, aber die dennoch nicht davor geschützt ist, eine Meinung zu sein, die aus Böswilligkeit oder Unerfahrenheit im Umgang mit dem Thema oder auch Teilnahmslosigkeit getroffen wurde.<sup>372</sup> Dieses liegt nahe, da spezifisch zu entscheidende Fälle, wie auch der Rodriguez Fall ein Hintergrundwissen notwendig machen. Fraglich ist, ob die Bevölkerung dieses leisten kann. Hinzu kommt der Fakt, dass die grundsätzliche Gerechtigkeit auch anhand anderer Landespositionen zu dem Thema begründet wird. So wurde auch im Rodriguez Fall der internationale Umgang mit dem Thema betrachtet und floss mit in die Entscheidung des Gerichts ein. Auch hier ist es fraglich, inwieweit grundsätzliche gesellschaftliche Gerechtigkeit aus der Binnenperspektive Kanadas heraus durch den Blick in andere Länder gefunden werden kann. Dies untergräbt der Literaturmeinung nach die Eigenständigkeit der

---

<sup>371</sup> Dieser Terminus ist in Kanada häufig in der Rechtsprechung zu finden. Er wird sogar als „kanadische gesetzliche Tradition“ anerkannt (Thompson-Zeitungen v. Canada, (1990) 1 S.C.R.). Vgl. auch dazu Jones v. Die Königin (1986) 2 S.C.R. 284; R. v. Beare (1988) 2 S.C.R. 387; Cunningham v. Canada (1993) 2 S.C.R. 143; Kindler vs. Minister of Justice of Canada (1991) 2 S.C.R. 779.

<sup>372</sup> L.E. Weinrib, “The Body and the Body Politic: Assisted Suicide Under The Canadian Charter of Rights and Freedoms” (1994) 39 McGill L.J. 618 at 629.

eigentlichen Entscheidung und wird auch der selbstaufgelegten Rolle Kanadas, als führender Vertreter von Menschenrechten, nicht gerecht.<sup>373</sup>

Neben dem Argument, dass es nicht der grundsätzlichen gesellschaftlichen Gerechtigkeit entsprechen würde, dass ein schwerkranker suizidunfähiger Mensch mit Hilfe eines Arztes sterben darf, wird im Rodriguez Urteil und der allgemeinen Diskussion die Gefahr vom Missbrauch<sup>374</sup> angeführt, vor dem die Gesellschaft im Sinne der Sektion 7 der Charter of Rights and Freedoms geschützt werden müsse. Ein derartiger Schutz könne nur dann gewährleistet werden, wenn das Recht auf Beihilfe beim Sterben in seiner Gesamtheit verboten werden würde, weil es nicht möglich ist, Richtlinien oder eine gesetzliche Formulierung zu finden, die es zwar einer Gruppe von Menschen die bislang kein Zugang zum Recht haben, ermöglicht, mithilfe eines Arztes zu sterben, aber gleichzeitig die Gesellschaft vor Missbrauch und Willkür schützt. Insbesondere gelte es Personen vor der nicht selbstständig bestimmten „non-voluntary“ Euthanasie zu schützen, die drohen würde, da die Praxis unkontrollierbar werden würde.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass die Argumentationen hinsichtlich des Versagens einer Reaktion auf einen Sterbewunsch anhand der Canadian Charter of Rights and Freedoms nachvollziehbar erscheinen. Allerdings bestehen in einigen Punkten erhebliche Auslegungsschwierigkeiten, so muss im Anschluss beurteilt werden, inwieweit Argumente wie die drohende Gefahr vor Missbrauch überhaupt in der Praxis zu verifizieren sind, oder ob das gesellschaftliche

---

<sup>373</sup> Es gibt eine Vielzahl von Entscheidungen anhand derer Kanada seine Rolle als internationales Vorbild für Menschenrecht festmacht, vgl. z.B. B. Wallace, "The Battle to Ban Land Mines: Support Grows for Canada's Crusade" *Macleans* 110:26 (1997) 34.

Vgl. auch I. Cotler, "Can the Center Hold? - Federalism and Rights in Canada" in I. Cotler, ed., *Canadian Charter of Rights and Freedoms* [unpublished, archived at McGill University, Faculty of Law, 1998, Law Library Casebook Section].

Vgl. weiter Chief Justice A. Lamer, "Canada's Legal Revolution" Canada/Israel Law Conference 1992.

<sup>374</sup> Erwähnt sei hier, dass das „slippery slope“ Argument vor dem Abrutschen zum Missbrauch zu schützen auch Hauptargument war, warum in Australien der Antrag der Northern Territory's auf das Recht terminal kranker Patienten mithilfe eines Arztes sterben zu dürfen (*Rights of the Terminally Ill Act*). Vgl. dazu auch C. Zinn, "Australian Voluntary Euthanasia Law is Overturned" (1997) 314 *Brit. Med. J.* 994.

Meinungsbild tatsächlich in diesem Fall als Indikator gegen den Wunsch, einer unheilbar kranken und körperlich beeinträchtigten Person zu sterben, spricht. Vor allem aber, inwieweit der gesellschaftlichen Ansicht Vorrang gegenüber dem Individuum gegeben werden kann, da schließlich das einzig kontrollierbare, der freiwillige Wunsch einer unheilbar kranken Person ist, nicht aber der moralische Glaube oder die Meinung von anderen<sup>375</sup>.

### **3.4 Bill C-407 – Ein Gesetzesvorschlag im Detail**

Im Folgenden soll anhand des im Jahre 2005 ins Parlament eingebrachten Gesetzesentwurfs beschrieben werden<sup>376</sup>, in welche Richtung sich das Recht entwickeln würde, wenn es zu einer Legalisierung von aktiver Inhilfenahme bei Entscheidungen am Lebensende kommen würde. Der Gesetzesentwurf bezieht sich auf Bill C-407, vom Juni des Jahres 2005, zum Thema „Sterben mit Würde“.

Im Kern des Gesetzesentwurfes geht es um die Erlaubnis, straffrei Hilfe beim Suizid zu leisten oder Euthanasie durchzuführen. Dieses ist an strenge Bedingungen geknüpft. So wäre es ausschließlich

- unheilbar kranken sowie
- unter schweren physischen oder geistigen Krankheiten leidenden Patienten
- ohne die Aussicht auf Besserung

möglich, Hilfe beim Sterben in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren muss die ausführende Person der vorzunehmenden Handlung ein

- praktisch tätiger Mediziner oder
- eine Person sein, die von einem praktisch tätigen Mediziner

---

<sup>375</sup> Vgl. dazu D. Orentlicher, “The Legalization of Physician Assisted Suicide” (1996) 335 N. E. J. Med. 663.

M.A. Drickamer, M.A. Lee & L. Ganzini, “Practical Issues in Physician-Assisted Suicide” (1997) 126 Ann. Intern. Med. 146.

M. Angell “The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide: The Ultimate Right” 336 N Eng J Med. 50.

T.E. Quill/ B. Lo/ D.W. Brock “Palliative Options of Last Resort. A Comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia” 278 J.A.M.A. 2099.

<sup>376</sup> Nach dem Positionspapier von Francine Lalonde (Partei des Bloc Québécois) zu Bill C-407 „An Act to amend the Criminal Code (right to die with dignity).

unterstützt wird.

Zu einer rechtmäßigen Entscheidung über den Tod einer Person kann es nur kommen, wenn die Meinung von mindestens zwei oder mehr Medizinern übereinstimmend getroffen wurde. Zudem muss die Person, welche Hilfe beim Sterben erbittet, mindestens achtzehn Jahre alt sein.

In dem Gesetzentwurf wird detailliert begründet was das Erweitern des bestehenden Gesetzes notwendig macht, ebenso wie auf Argumente der Gefahr vor Missbrauch (slippery slope) eingegangen wird. Hierzu wird auf das Beispiel der Niederlande oder auch des amerikanischen Staates Oregon verwiesen, wo es strenge Kontrollmechanismen gibt, die eine lückenlose Aufklärung jedes einzelnen Falles zulassen und deshalb vor Missbrauch schützen. Zudem müsse neben der Gesetzeserweiterung zur Legalisierung von Hilfe beim Sterben ein weiteres Gesetz erlassen werden, welches eventuell spezifisch daraus resultierende Straftaten sanktioniert.

Soweit die Ausführungen zum Gesetz. Es fällt auf, dass sich das Gesetz in einer deckungsgleichen Art und Weise am Beispiel der bestehenden Rechtslage in den Niederlanden orientiert. Demnach wird das niederländische Vorgehen als eine Art „Vorbild“ herangezogen, mit Entscheidungen am Lebensende umzugehen. Interessant ist dieses besonders daher, weil gerade das Beispiel der Niederlande auch für Argumentationen der Gegenposition Verwendung findet. Es ist somit unumgänglich, im Folgenden herauszuarbeiten, für welche der beiden Seiten der niederländische Umgang nun Beispiel sein kann, oder nur missverständlich für ein solches gehalten wird.

### **3.5 Wichtige Fälle der Judikative**

Im Folgenden soll ein instruktiver Überblick der wichtigsten Gerichtsentscheidungen verdeutlichen, wie der Umgang in Form von Toleranz oder Sanktionierung einer auf das Beenden des Lebens eines anderen gerichteten Handlung in Kanada von statten geht. Die Begriffe freiwillig und nicht freiwillig beziehen sich auf die Umstände des Herbeiführens des Todes, wie in etwa auf die Unterscheidung zwischen aktiven Tun, Unterlassen, oder stimmen ab, auf eine vorhandene Einwilligung des Patienten oder dessen einwilligungsunfähigen Zustand:

<b>Freiwillig</b>	<b>Nicht freiwillig</b>
<p>1. Sue Rodriguez v. British Columbia (Attorney General) (1993), 24 C.R. (4th) 281 (S.C.C.). – Wunsch auf Hilfe beim Sterben wurde <b><u>abgelehnt</u></b>.</p>	<p>1. R. v. Latimer, (2001) 1 S.C.R. 3 – Töten einer anderen schwerkranken und schmerzmittelresistenten Person ist <b><u>nicht rechtmäßig</u></b>, aber bestehendes <b><u>Strafmaß</u></b> sei <b><u>zu hoch</u></b>.</p>
<p>2. Nancy B v. Hôtel-Dieu de Quebec (1992), 86 D.L.R. (4th) 385 (Que. S.C.). – Wunsch das lebensnotwendige Beatmungsgerät abzustellen ist <b><u>rechtmäßig</u></b>.</p>	<p>2. Couture-Jacquet v. Montreal Children’s Hospital (1986), 28 D.L.R. (4th) 22 (Que. C.A.) – Eltern entschieden für ihr schwer krebskrankes Kind, das es keine weitere Chemotherapie erhalten solle, um Schmerzen in einer aussichtslosen Krankheit zu vermeiden, dieses sei <b><u>rechtmäßig</u></b>.</p>
<p>3. Malette v. Shulman (1990) 72 O.R. (2d) 417 (C.A.) – Der Wunsch eines Patienten keine lebensnotwendige Bluttransfusion zu bekommen, wurde von einem Arzt nicht befolgt, dies sei <b><u>rechtswidrig</u></b>, Patient hätte Sterben dürfen.</p>	

### 3.6 Ergebnisse

Die kanadische Gesetzeslage ist trotz der unterschiedlichen Gerichtsbarkeit in den einzelnen Provinzen bundesweit einheitlich geregelt. Es ist strafrechtlich verboten, einen Menschen aus Mitleid, aus Gründen der Leidensminderung oder anderen Motiven zu töten, noch ihm beim Suizid zu assistieren.<sup>377</sup> Allerdings ist es Ärzten erlaubt, eine Behandlung zu unterbrechen, was nicht gleich einer Hilfe beim Suizid gewertet wird, da es Ärzten nicht immer zugemutet werden kann, eine Behandlung gegen den direkten Willen des Patienten durchzuführen,<sup>378</sup> sondern auf die Verhältnismäßigkeit abzustimmen ist.

Bemerkenswert ist allerdings die unterschiedliche Handhabung der Gerichte in Bezug auf den Terminus der grundsätzlichen Gerechtigkeit. Dieser Begriff wurde des Öfteren in der Rechtsprechung angewendet, um ein stichhaltiges Argument gegen einen Freispruch einer Person in der Hand zu haben, die einer anderen beim Sterben geholfen hat, oder einer Person die Zustimmung auf das Ersuchen nach Hilfe beim Sterben zu verweigern. Allerdings ist dieser Begriff durchaus auch gegensätzlich auslegbar und würde im Fall einer potentiellen Gesetzesänderung zu einem Argument eben für dieses neue Gesetz werden, welches nach kanadischem Recht zwingend im Einklang mit der grundsätzlichen Gerechtigkeit aus der Charter of Rights and Freedoms stehen müsste. Daher erscheint gerade der Rodriguez Fall, der maßgeblich vor allem die öffentliche Debatte, auch über die Grenzen Kanadas hinaus angeregt hat, vom verfassungsrechtlichen Standpunkt her zwar wegweisend über die Richtung des dogmatischen Herangehens an das Problem zu sein, aber rechtlich nicht lückenlos konsequent. Eine Änderung des Strafrechts würde konform sein mit der

---

<sup>377</sup> Auch wenn die Reformkommission zur Gesetzesänderung dieses mittlerweile als zu relativieren anerkennt und den Vorschlag unterbreitet, dass Töten aus Gnade an ein erheblich milderes Strafmaß geknüpft werden sollte. Vgl. Law Reform Commission of Canada. *Working Paper 28: euthanasia, aiding suicide and cessation of treatment*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1982; sowie neuer dazu *Report of the Special Senate Committee on euthanasia and assisted suicide: of life and death*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1995.

<sup>378</sup> Vgl. einen ähnlich angelegten Fall, in dem ein Gericht in British Columbia entschied, dass ein Gefängnisinsasse auch nicht gegen dessen expliziten Willen zwangsernährt werden darf. *British Columbia (AG) vs Astaforoff*. *British Columbia Law Rep* 1983; 47: 217.

Charter of Rights and Freedoms, da dadurch gerade eben die grundsätzliche Gerechtigkeit hergestellt werden würde.

#### **4. Ärztliche Handhabung**

Im Folgenden wird neben einer statistischen Erhebung der Haltung von Ärzten zu ihrer Rolle als Sterbehelfer auch die Stellungnahme der Ärzteorganisation Kanadas dargestellt. Diese zeigt gleich zu Beginn eine neue durchaus neutrale Haltung zum Thema, die aber unter der daraufhin dargestellten Meinung der Ärzte keine Umsetzung in die Praxis findet. Interessant sind die Motive der Ärzte, die sich gegen ein aktives Handeln bei zu treffenden Entscheidungen am Lebensende aussprechen, die im Ergebnis einer Begutachtung unterzogen werden.

##### **4.1 Haltung der kanadischen Ärzteorganisation**

Die kanadische Ärzteorganisation (Canadian Medical Organisation, kurz: CMA) benutzt in ihrer Haltung zum Thema der Entscheidungen am Lebensende den Terminus Euthanasie und assistierter Suizid.<sup>379</sup> Unter Euthanasie versteht die CMA das bewusste Herbeiführen der Lebensbeendigung für eine unheilbarkranke Person durch eine andere aus Gründen wie Mitleid, Mitgefühl oder Empathie. Den assistierten Suizid definiert die CMA unter der bewussten und absichtlichen Hilfe einer Person, eine andere beim Sterben zu unterstützen.

Im Anschluss an die Klärung des Verständnisses der Begrifflichkeiten äußert sich die CMA mit folgendem Kernsatz zu dem Thema:

Die CMA sieht Ärzte nicht als die geeigneten Personen an, einer anderen Person beim Sterben behilflich zu sein, oder sie darin zu unterstützen, aufgrund der grundlegend geltenden Moralgrundsätze für Ärzte. Diese schließen folgendes ein:

- Ärzte müssen zuerst über das Wohlergehen des Patienten nachdenken

---

<sup>379</sup> Stellungnahme auf der offizielle Homepage:  
[http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/3214/la\\_id/1.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/3214/la_id/1.htm).

- Sie müssen für den Patienten die passende Versorgung gewährleisten, selbst wenn eine Behandlung mit Heilmittel nicht mehr erfolgversprechend erscheint
- Sie müssen den Patienten mit allen notwendigen Informationen versorgen und Fragen nach ihren besten ärztlichen Fähigkeiten beantworten
- Ärzte müssen die Entscheidung einer entscheidungsfähigen Person respektieren, die darauf abzielt eine ärztliche Behandlung zurückzuweisen oder abubrechen
- Ärzte sollen im Sinne des Gemeinwohls agieren und müssen sich ihrer Verantwortung für die Gesellschaft bewusst sei
- Die CMA stellt weiterhin fest, dass Ärzte nicht an Euthanasie im oben definierten Sinne teilnehmen oder Beihilfe zum Selbstmord leisten sollen. Es sei Aufgabe der Gesellschaft darüber zu entscheiden, ob Gesetze betreffend Euthanasie und des assistierten Suizids geändert werden sollen, oder nicht. Dieses erkennt die CMA eindeutig an und macht folgende Vorschläge was bei einer Gesetzesänderung zu beachten sei:
  - Die Linderungssorge steht im Mittelpunkt des Handelns
  - Laufende Programme zur Prävention vom Suizid sollen aufrechterhalten, bzw. zukunftsweisend gestärkt werden
  - Der Öffentlichkeit sollten ausreichend Möglichkeiten gegeben werden, um sich zu einer geplanten Gesetzesänderung zu äußern
  - Eventuell Schutzbedürftige, von einer Gesetzesänderung betroffene Gruppen, müssen ausreichend hiervor geschützt werden

Weiter stellte die CMA fest, dass es Gruppen von Menschen geben kann, die leidend und unheilbar krank sind, die nicht ausreichend von der Canadian Charter of Rights and Freedoms geschützt werden und über eine Erweiterung der gesetzlichen Vorschriften daher nachgedacht werden könnte, wobei dieses Gefahren birgt. Dazu zählt nach Ansicht der CMA

besonders das „Groningen Protokoll“<sup>380</sup> in den Niederlanden, welches als negatives Beispiel angeführt wird.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die CMA ihren Standpunkt geändert hat und den assistierten Suizid unter bestimmten Bedingungen anerkennt. Bestehen bleibt allerdings, dass das gezielte Herbeiführen des Todes, sowohl durch Handeln als auch durch Unterlassen von der CMA nicht unterstützt wird.<sup>381</sup>

## 4.2 Haltung der Ärzteschaft

Eine große Studie zum Thema stammt von Kinsella und Verhoef<sup>382</sup>. Ergebnis dieser Erhebung war, dass 28% der kanadischen Ärzte Euthanasie, im Verständnis der am Anfang dieses Ländervergleichs gelieferten Definition als Hilfe beim Sterben, durchführen würden. Dieses wäre allerdings nur dann der Fall, wenn eine eindeutige Gesetzeslage den Ärzten Sicherheit in ihrem Handeln garantieren würde.<sup>383</sup> 51% der Ärzte wären allerdings grundsätzlich dazu nicht bereit.

Generell glauben 44% der befragten Ärzte, dass es richtig sein kann, Euthanasie auszuführen, aufgrund der Krankheit des Patienten und dessen zukünftigen negativen Genesungsaussichten, 46% gaben an, dass es nie richtig sein kann, unter egal welchen Umständen einer anderen Person beim Sterben zu helfen oder diese auf direktem Wunsch hin, zu töten.

Weiter gaben 19% der befragten Ärzte an, bereits schon mal eine Bitte von Patienten hinsichtlich des Wunsches sterben zu wollen erhalten zu haben, darunter waren 78%, die insgesamt weniger als fünf dieser Bitten entgegen genommen haben.

Es ist daher festzuhalten, dass die Zustimmung unter der kanadischen

---

<sup>380</sup> Das Groningen Protokoll bezog sich auf eine Umfrage von Neonatologen, der Schwerpunkt lag demnach auf der Lehre der Pathologie und Physiologie von Neugeborenen und dem entsprechend angewandten Zweig der Kinderheilkunde, die sich mit Neugeborenenmedizin und Neugeborenenversorgung befasst.

<sup>381</sup> Stellungnahme vom CMA Board of Directors vom 19. Juni 1998, erweitert und bestätigt im Jahre 2007: <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD07-01.pdf>.

<sup>382</sup> T. D. Kinsella and M. J. Verhoef „Physicians' opinions about the morality and legalization of active euthanasia“; Canadian Medical Association Journal, Vol 148, Issue 11 1921-1926.

<sup>383</sup> So auch Wysong P, „Doctors divided on euthanasia acceptance: preference is to refer euthanasia to another doctor.“ Med Post 1996; 32:1, 90.

Ärzterschaft eher negativ ausfällt. Bei der Studie fällt hierzu insbesondere auf, dass Gründe für die Entscheidungen der Ärzte häufig auf einer persönlichen religiösen Einstellung beruhen. Vom Grundsatz her ist die Haltung der Ärzte aber darauf angelegt, dass Sicherheit im Recht auch zu Sicherheit im Handeln führt und solange dieses im kanadischen Recht nicht gegeben ist, auch die Bereitschaft auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren gering ist.

### 4.3 Ärztliche Gegenposition

Die folgende Position<sup>384</sup> verdeutlicht die Ansicht derjenigen Ärzte, die gegen eine Legalisierung in Form einer Gesetzeserweiterung zum aktiven Eingreifen durch einen Arzt gemäß des Sterbewunsches eines Patienten sind. Es ist keine Einzelposition, sondern die Meinung einer großen Gruppe von Mitgliedern<sup>385</sup>, welche die Gegenposition der Ärzteschaft zu der Haltung ihrer Standesorganisation ist.

Folgende Argumente sprechen nach Ansicht der Ärzte gegen eine Legalisierung. Hierbei fällt auf, dass sich die Argumente anhand der niederländischen Erfahrungswerte orientieren:

- Es besteht die Gefahr, dass das Verfahren nicht lückenlos kontrollierbar ist. Hierbei wird als Beispiel auf die Niederlande verwiesen, wo nach der hier wiedergegebenen Ansicht „mindestens 1000 Patienten jedes Jahr durch Euthanasie ohne Zustimmung (...) getötet werden“.<sup>386</sup> Zudem sollen niederländische Ärzte nur etwa die Hälfte der Fälle von Euthanasie den Behörden melden. Dieses ergebe sich aus einer

---

<sup>384</sup> „Euthanasia and Assisted Suicide - A Joint Statement by Doctors and Lawyers“ aus dem Jahre 2005. Digital zu finden auf der Homepage: [http://www.lifesitenews.com/ldn/2005\\_docs/StatementEuthanasiaandPAS.pdf](http://www.lifesitenews.com/ldn/2005_docs/StatementEuthanasiaandPAS.pdf)

<sup>385</sup> Namen dieser und die Berufsbezeichnungen, welche die Sicht des internen Standpunktes verdeutlichen soll, sind angehängt.

<sup>386</sup> Anmerkung: Das entspricht 0,8% der Gesamttodesfälle. Vgl. dazu auch Van der Maas P.J. et al.: „Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life“ Lancet 1991; 338: 669-74. Van der Maas P.J. et al.: „Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands“, 1990-1995. NEJM 1996; 335: 1699-705. Onwuteaka-Philipsen B.D. et al.: „Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001“, Lancet online 17 June 2003.

aktuellen Statistik.<sup>387</sup>

*„Dutch doctors have gone from killing the terminally ill who asked for it, to killing the chronically ill who ask for it, to killing the depressed who had no physical illness who ask for it, to killing newborn babies because they have birth defects, even though, by definition, they cannot ask for it.“<sup>388</sup>*

- Eine Legalisierung würde den Druck auf diejenigen erhöhen die krank sind.<sup>389</sup>
- Aktives Reagieren auf Sterbewünsche führe zu einem Verfälschen der sozialen Meinung über Krankheit, Alter und Tod sowie des medizinischen Berufes. „Euthanasie drohe zur Behandlungsoption zu werden“.
- Ein Sterbewunsch entspricht nicht der tatsächlichen Autonomie des Patienten. Faktoren wie Depression oder die Angst vor der Zukunft beeinflussen die Entscheidung, die meist nicht gut überlegt sei.
- Die Heiligkeit des Lebens spreche dagegen, dass ein Arzt zur ausführenden Person wird.<sup>390</sup>
- Das praktische Verfahren von Euthanasie sei unter Umständen sehr schmerzhaft für den Patienten und dauere in 18% der niederländischen Fälle sehr lange, weil ein Patienten plötzlich aus dem Koma erwache, weil Schwierigkeiten beim Zuführen der Medikamente entstehen können, oder weil Patienten vor der Verabreichung der gesamten Menge eines Medikamentes einschliefen.<sup>391</sup>

---

<sup>387</sup> Onwuteaka-Philipsen, BD et al. „Dutch experience of monitoring euthanasia“, British Medical Journal 2005; 331: 691–3.

<sup>388</sup> Wesley J. Smith. „Forced exit“, Dallas 2003. p 111.

<sup>389</sup> Emanuel E.J. et al. „Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers.“ Annals of Internal Medicine. 2000; 132: 451-9.

<sup>390</sup> Der Grund der Heiligkeit des Lebens ist hier ausschließlich der Vollständigkeit halber mit angeführt.

<sup>391</sup> Groenewoud JH et al. „Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands“, New England Journal of Medicine 2000; 342: 551-6.

#### **4.4 Palliativmedizin in Kanada**

Eine aktuelle Studie aus dem Jahre 2007<sup>392</sup>, die unter 379 Befragten durchgeführt wurde, die palliativ aufgrund einer schweren Krebserkrankung versorgt wurden, hat herausgefunden, dass 63% der Patienten die Idee von einem Arzt beim Suizid unterstützt zu werden, befürworten. Tatsächlich in Anspruch nehmen würden es aber dann lediglich 6% dieser Gruppe, da es bislang noch nicht hinreichend Sicherheit auf dem Gebiet gebe. Durchaus zu erkennen ist an dieser Stelle aber bereits, dass auch eine gute palliative Versorgung den Wunsch zu sterben nicht ausschließt. Allerdings müssen eine Reihe von persönlichen Gründen hinzukommen, um auch auf diese Hilfe in der Praxis zurückzugreifen. Der Studie nach sind ein niedriges Religionsbewusstsein, die starke Beeinträchtigung funktioneller körperlicher Funktionen, Depressionen und eine gesteigerte, durch die Krankheit hervorgerufene Qual, Faktoren, die mitverantwortlich sind, dass auch palliativ versorgte Personen den Wunsch äußern, mit ärztlicher Hilfe, zu sterben. Somit steht fest, dass Schmerz nicht der alleinige Grund für den Sterbewunsch ist, sondern noch eine Reihe anderer Gründe hinzukommen. Dies beweist, dass das allgemeine Bild der Öffentlichkeit, dass Schmerz alleiniger Grund für den Wunsch zu sterben ist, nicht zutrifft, sondern die getroffenen Erwägungen eine Entscheidung am Lebensende zu treffen, wesentlich komplexer sind.

Wie wichtig der Faktor Zeit bei Entscheidungen am Lebensende ist, zeigt die Statistik dadurch, dass 10% der Befragten in einem früheren Stadium ihrer Krankheit um die Hilfe beim Sterben gebeten hätten, wenn dieses zu der Zeit möglich gewesen wäre. Im aktuellen Verlauf ihrer Krankheit würden sie sich nun gegen eine Beendigung des Lebens entscheiden. Es lässt sich daher feststellen, dass ein zwingend in die Diskussion mit einzubringender Faktor die Zeit und der Verlauf der Krankheit ist sowie das Abfinden mit der Situation. Denn auch unter den angegebenen 10% kam es in vielen Fällen nie zu einer Verbesserung des Zustandes, lediglich der Prozess des Auseinandersetzens mit der Krankheit brachte den

---

<sup>392</sup> K.G. Wilson et al. „Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care.“ in Health Psychology. Vol 26(3), May 2007, 314-323.

Entschluss, von dem eigentlichen Sterbewunsch Abstand zu nehmen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Palliativmedizin in Kanada, ähnlich wie bei den Länderbetrachtungen zuvor, nicht die aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende ersetzen kann, dieses aber auch nicht will. Die kanadische Studie hat ergeben, dass eine umfassende Unterstützung im Leidensprozess bei einem Teil der Befragten dazu führen kann, dass sie von dem Sterbewunsch Abstand nehmen und sich mit ihrer Situation abfinden. Demnach würde es helfen, Leben zu fördern, auch in einem Zustand der palliativen Betreuung, anstatt es durch eine Legalisierung von ärztlich assistiertem Suizid zu einer Entscheidung zu drängen, die im Nachhinein als individuell falsch getroffen erscheint, aber anhand ihrer Irreversibilität nicht mehr diskutiert werden kann.

#### **4.5 Ergebnis**

Die Diskrepanz zwischen der offensichtlichen Annäherung der Standesorganisation der Ärzte und dem Denken der Ärzte selbst, über die Rolle des Arztes bei Entscheidungen am Lebensende, ist auffällig. So kommen beide überein, dass es durchaus Situationen geben kann, in denen ein Mensch zu Recht um die Beendigung seines Lebens bitten kann, Unterschiede werden aber daraufhin in der Zuständigkeit gemacht, wer diesem Wunsch entsprechen soll. Die CMA sieht den Arzt als durchaus geeignete ausführende Person an, aufgrund seiner fundierten Kenntnisse über den menschlichen Körper und der Wirkung der eingesetzten Medikamente, Sicherheit zu gewährleisten. Die Ärzte selbst entsprechen dieser Auffassung in der Praxis nicht. Der vermeidliche Punkt, dass dieses mit ihrem Standesrecht und Verhaltenskodex nicht vereinbar ist, ist hierbei nicht maßgebliches Kriterium. Vielmehr spielt ein personenbezogener Hintergrund bezüglich des Glaubens in den meisten Fällen eine Rolle, der durchaus wertbar ist. Nicht zu verwechseln ist dieses mit allgemein religiösen Motivationen, die als Argumente in dieser Arbeit keine Bewertung erfahren.

Es bleibt weiter festzuhalten, dass die Auswertung der Umfrage von Ärzten ergeben hat, dass Ärzte als aktiv ausführende Personen bei Entscheidungen am Lebensende in der Praxis mit einbezogen werden könnten. So sind zwar lediglich 28% der Ärzte bereit zu helfen, diese Zahl

würde aber genügen, um eine potentielle Nachfrage decken zu können. Ein einheitliches Vorgehen ist in der Praxis keine Bedingung, so ist auch in den Niederlanden keine flächendeckende Zustimmung unter den Ärzten vorhanden, wenngleich die ärztliche Zustimmung zur Inanspruchnahme des Arztes bei Entscheidungen am Lebensende deutlich höher ausfällt. Die Zahl der kanadischen Ärzte, die diese Ansicht teilen, erhalten zudem Rückendeckung ihrer Standesorganisation, worin ein Unterschied z.B. zu Deutschland besteht, wo dieses nicht der Fall ist. Diese Unterstützung macht es möglich, zusammenfassend festzuhalten, dass eine Rolle des Arztes in Kanada gebildet wurde, die das ärztliche Handeln auf Sterbewünsche von Patienten positiv beurteilt, wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dass dieses einer gesicherten gesetzlichen Grundlage entsprechen würde.

## 5. Gesellschaftlicher Umgang

Der Wunsch zu sterben durch die Inanspruchnahme der Hilfe einer anderen Person liegt in der kanadischen Bevölkerung nicht allein darin begründet, bei einer ausweglosen Erkrankung keine Schmerzen ertragen zu müssen. Eine Vielzahl anderer Gründe kommen zudem in Betracht. Weiter können klinische Depressionen<sup>393</sup> Grund für den Sterbewunsch sein sowie das Aufrechterhalten der Kontrolle über seinen eigenen Körper<sup>394</sup>, die Angst davor, in eine Abhängigkeit zu geraten oder als Last angesehen zu werden<sup>395 396</sup>.

Die Zustimmung der kanadischen Bevölkerung zur freien Entscheidungen einer Person am Lebensende über die Art und Weise seines Todes ist sehr eindeutig. So erklären mehr als 75% der Öffentlichkeit, dass sie für den

---

<sup>393</sup> Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Mowchun N., Lander S., Levitt M., et al. „Desire for death in the terminally ill“. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1185 -91.

<sup>394</sup> Ogden R, „Euthanasia, assisted suicide and AIDS. Vancouver: Perrault/Goedman Publishing, 1994: 58.

<sup>395</sup> Emanuel E.J., Fairclough D.L., Daniels E.R., Clarridge B.R., „Euthanasia and physician-assisted suicide - attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public“ *Lancet* 1996; 346:1850 -10.

<sup>396</sup> Im Gesamtzusammenhang hierzu neuer zu finden in: Kluge, Eike-Henner W. (2000), "Assisted Suicide, Ethics and the Law: The Implication of Autonomy and Respect for Persons, Equality and Justice, and Beneficence.", in Prado, C.G., *Assisted Suicide: Canadian Perspectives*, Ottawa, Canada: University of Ottawa Press

ärztlich assistierten Suizid als Reaktion auf den Sterbewunsch eines Patienten sind, wenn dieser kaum Aussicht hat von seiner Krankheit geheilt zu werden.<sup>397</sup>

Im Folgenden werden diese Zahlen durch eine exakte Fragestellung allerdings revidiert. Diese Statistik ist das Ergebnis einer aktuellen Befragung von 991 Personen. Zu den Zahlen sei angemerkt, dass die Gruppe, die keine Meinung zum Thema hatte, und mit „ich weiß nicht“ geantwortet hat, oder die Antwort verweigerte, zu der Gruppe von „Das ist falsch“ Antworten gerechnet wurde, da das Bild der Unentschlossenheit als Zeichen einer negativen Haltung gewertet wurde. Die Umfrage unterschied durch die Fragestellung die verschiedenen Arten, Entscheidungen am Lebensende zu treffen, von Euthanasie über den assistierten Suizid bis hin zum Behandlungsabbruch bzw. dessen Verweigerung und der Inkaufnahme des Todes. Folgende Ergebnisse haben sich herausgestellt:

#### Euthanasie:

Eine im Sterben befindliche Person fragt ihren Arzt, ob er ihr eine tödliche Injektion geben kann, weil er die Schmerzen nicht mehr aushalten kann. Der Arzt stimmt diesem zu, wodurch der Tod der Person resultiert.<sup>398</sup>

Das ist richtig: **798 (79,7%)**

Das ist falsch: **193 (20,3%)**

#### Assistierter Suizid:

Ein Arzt gibt einer terminal kranken Person ein Mittel mit dem sie sich selbst umbringen kann.<sup>399</sup>

Das ist richtig: **278 (28,1%)**

Das ist falsch: **713 (71,9%)**

---

<sup>397</sup> Singer P., Choudhry S., Armstring J., Meslin E.M., Lowy F., „Public opinion regarding end-of-life decisions: influence of prognosis, practice and process“, in *Social Science Medicine* 1995; 41:1517-21.

<sup>398</sup> „A dying person asks his doctor to give him a lethal injection because he can no longer stand suffering from his illness. The doctor agrees and this causes the patient’s death“.

<sup>399</sup> „A doctor gives a terminally ill person medication the person can take to kill himself“.

### Behandlung zurückziehen:

Auf die Bitte eines Patienten entsprechend trennt der Arzt diesen von der Maschine die ihm am Leben hält, wie z.B. einer Lungenmaschine.<sup>400</sup>

Das ist richtig: 335 (34,0%)

Das ist falsch: **656 (66,0%)**

### Behandlung zurückziehen:

Auf die Bitte eines Patienten hin verzichtet ein Arzt auf die das Leben verlängernde Weiterbehandlung des Patienten.<sup>401</sup>

Das ist richtig: **618 (61,9%)**

Das ist falsch: 373 (38,1%)

### Indirekter Tod:

Ein Arzt verabreicht einem Patienten Medikamente, die sein Leiden mindern, aber gleichzeitig seinen Tod beschleunigen.<sup>402</sup>

Das ist richtig: **508 (51,2%)**

Das ist falsch: 483 (48,8%)

Die folgende Umfrage überprüft die Fähigkeit der Bevölkerung, zwischen Euthanasie und anderen Entscheidungen am Lebensende zu unterscheiden (Gesamtbefragte: 940 Personen). Die Angaben zu „akzeptabel“ und „inakzeptabel“ geben an, inwieweit die Befragten zustimmend oder ablehnend reagieren, zum Wortverständnis und zur Unterscheidbarkeit zwischen den einzelnen Arten der Entscheidungen am Lebensende und ob eine Änderung hinsichtlich neuer Klarheit geschaffen werden sollte:<sup>403</sup>

---

<sup>400</sup> “At the request of a patient, a doctor disconnects machines which keep the person alive, for example, an artificial lung”.

<sup>401</sup> “At the request of a patient, a doctor respects the person’s decision to refuse treatment which would prolong his life”.

<sup>402</sup> “A doctor gives a dying person drugs to relieve his suffering, but the drugs hasten his death”.

<sup>403</sup> Marcoux I.; Mishara B.L.; Durand C. „Confusions between Euthanasia and other End-Of-Life Decisions“, CJPH Mai/Juni 2007 Vol. 98 Nr. 3.

Euthanasie	Anzahl	Akzeptabel	Inakzeptabel
Korrektes Wortverständnis	789	77%	23%
Inkorrektes Wortverständnis	172	57%	43%
Assistierter Suizid			
Unterscheidbar von Euthanasie	264	69%	31%
Verwirrend zu Euthanasie	676	75%	25%
Behandlungsabbruch			
Unterscheidbar von Euthanasie	321	65%	35%
Verwirrend zu Euthanasie	619	78%	22%
Inkaufnahme des Todes			
Unterscheidbar von Euthanasie	490	71%	29%
Verwirrend zu Euthanasie	450	76%	24%

Die Studie liefert im Ergebnis zum einen dahingehend Klarheit, dass in der Bevölkerung ein Unverständnis der Begriffe, Euthanasie, assistierter Suizid oder indirekt beeinflusstes Sterben besteht.<sup>404</sup> Die Art der Entscheidungen am Lebensende ist vielfältig wie somit auch undurchsichtig für größte Teile der Bevölkerung.<sup>405</sup> Gerade die Unterscheidung der in Kanada nicht rechtmäßigen Hilfe beim Suizid durch einen Arzt und das aktive Handeln auf Wunsch eines Patienten hin, ist für die Bevölkerung nicht offensichtlich zu erkennen, da keine Informationen über das Vorgehen in der Praxis bestehen und somit auch keine Informationen welche Handlung zu welcher Konsequenz führt. Ähnlich verhält es sich bei der Unterscheidung von aktivem Handeln gemäß des Sterbewunsches eines Patienten und dem in Kauf genommenen Tod bei ursprünglich beabsichtigter Leidensminderung.<sup>406</sup> Dieses Teilergebnis hätte

<sup>404</sup> So auch Somerville M. „Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-assisted Suicide.“ Montreal, QC: McGill-Queen’s University Press, 2001.

<sup>405</sup> Vgl. Silveira M.J., DiPiero A., Gerrity M.S., Feudtner C. „Patients’ knowledge of options at the end of life: Ignorance in the face of death.“ JAMA 2000; 284:2483-88; sowie auch weiter dazu Gallagher R. „Using a trade-show format to educate the public about death and survey public knowledge and needs about issues surrounding death and dying.“ J Pain Symptom Manage 2001; 21:52-58.

<sup>406</sup> Z.B. Canadian Medical Association. „Euthanasia and assisted suicide“; Homepage:

auch Konsequenzen für den Rodriguez Fall gehabt, denn die dort getroffene richterliche Entscheidung, im Lichte der gesellschaftlichen Gerechtigkeit, kann unter Berücksichtigung, der in der Bevölkerung vorherrschenden Verwirrung überhaupt kein einheitliches Ergebnis hervorgebracht haben. Dieses verdeutlicht, um an dieser Stelle einen Rückgriff auf das Instrument der ganzheitlichen Gerechtigkeit zu machen, die These, dass Fälle von Entscheidungen am Lebensende, die individuelle Betrachtung der gesellschaftlichen, vorziehen müssten.

Des Weiteren wird deutlich, dass die eigentliche Haltung der kanadischen Bevölkerung zum Thema der aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende, auf Wunsch einer schwerkranken Person, deutlich positiv eingestellt ist. Eine eindeutige Ablehnung besteht allerdings, wenn ein Arzt einem Patienten lediglich die Mittel zum Suizid zur Verfügung stellt. Dieser Art und Weise der Reaktion auf einen Sterbewunsch soll nach Wunsch der Bevölkerung nicht entsprochen werden, sehr wohl aber dem des ärztlich vollzogenen Todes aufgrund des Sterbewunsches eines unheilbar kranken Patienten. Die Bedingungen des Arztes als ausführende Person, wie auch das Vorhandensein einer unheilbaren Krankheit sind aber als Voraussetzung hieran gebunden.

## **6. Schlussbetrachtung der Landesposition**

Beginnend bei dem geschichtlichen Verlauf lässt sich ein Trend für Kanada in allen hier beschriebenen Bereichen wie folgt erkennen. So verstärkten sich im Laufe der Jahre die Bemühungen von Seiten der Politik, aber auch der Rechtsprechung, eine Möglichkeit zu schaffen, mithilfe derer unheilbar kranke Menschen Erfüllung ihres Strebewunsches, durch ärztliches Handeln erhalten können. Besonders trägt aber die Jurisprudenz Kanadas zu diesem Schritt bei, nicht zuletzt auch durch eine Einigkeit im milden Umgang und der Suche nach Rechtfertigungsmöglichkeiten, für die der Hilfe bei der Tötung, assistierenden Person. Dies unterscheidet das Vorgehen von dem politischen Engagement, denn hier muss gesagt werden, dass es in aller Regel stets die Bemühungen ein und desselben politischen Vertreter sind,

die Gesetzesentwürfe ins Parlament einbringen.<sup>407</sup> Somit kann von einer gestärkten einheitlichen politischen Basis für eine Legalisierung in Kanada noch nicht die Rede sein, eben im Gegensatz zur rechtlichen Sicht. Auch hier gibt es zweifelsfrei andere Auffassungen, aber die herrschende Meinung, gerade im Hinblick auf die herrschende Rechtsprechungsmeinung deutet einen einheitlichen Weg. Dieser Weg ist aber kein bloßes rechtliches Bemühen, um den Umgang mit einem schwierigen Thema verfahrensrechtlich oder materiellrechtlich zu vereinfachen, sondern eine Reaktion auf die Bevölkerungsmeinung, die eindeutig für aktive Reaktionen auf berechnigte Sterbewünsche von Patienten steht. Allerdings fällt hierbei auf, dass die nicht nur länderinterne, sondern mittlerweile globale Diskussion über die Arten von Euthanasie und der Hilfe beim Sterben zu Verwirrungen der Bevölkerung führt. Die kanadische Bevölkerung ist geprägt davon, Verständnis aufzubringen für eventuell bestehende Unterscheidungskriterien oder Handlungsqualitäten. Dieses aufzuklären, kann der Rechtsprechung aufgrund der Komplexität und ihrer in gewissen Maßen „eigenen Sprache“ nicht gelingen, dennoch könnte dies der Ansatzpunkt sein, an dem die Politik ihrer Aufgabe öffentlich Klarheit, für ein einfaches Verständnis und damit einen gesicherten Umgang mit dem Thema, zu schaffen, durch Definitionsarbeit, nachkommen könnte.

Neben der Gesellschaft, der Politik und der Rechtsprechung sind es die Ärzte, die in Kanada direkt zu Beginn der aufkommenden Diskussion als die geeigneten Personen angesehen wurden<sup>408</sup>, die auf Sterbewünsche von Patienten aktiv reagieren sollten. Somit wurde das Thema in Kanada zugleich zum gesundheitsrechtlich relevanten Thema gemacht. Hierbei ist zu prüfen, ob diese in allen drei Ländervergleichen einheitliche Zugehörigkeit zum Gesundheitsrechtssektor überhaupt angebracht erscheint, da gesundheitsrechtliches Arbeiten vom Grundsatz her anders definiert wird als das aktive Reagieren auf Sterbewünsche. Auch wenn ein Arzt in diese Handlung involviert ist, ist fraglich, ob dieses ausreicht, um

---

<sup>407</sup> Francine Lalonde ist hier stellvertretend zu nennen. Sie ist Politikerin im „Block Québécois“.

<sup>408</sup> Bereits die ersten ins Parlament eingebrachten Gesetzesentwürfe (1991 ff.) haben den Arzt in die Verantwortung gezogen. In der Literaturmeinung bestand diese Ansicht aber bereits sogar schon zehn Jahre zuvor.

eine Zugehörigkeit zu dieser „Disziplin“ zu schaffen. Diese Frage ergibt sich auch aus der kanadischen Landesposition und muss im Folgenden detailliert behandelt werden.

Zurück zu der Haltung der kanadischen Ärzte, so bleibt festzuhalten, dass der Großteil dieser den Arzt nicht in der Pflicht eines „Sterbehelfers“ sieht. Dieses wird anhand der bekannten Gründe, die bereits an dieser Stelle in den anderen Ländervergleichen auftauchen, festgemacht, wie der Unvereinbarkeit mit der eigentlichen ärztlichen Profession und dem Standesrecht. Darüber hinaus ist die Rolle der Religion, den Umfragen nach, aber mindestens gleichbedeutend für eine ablehnende Haltung der Ärzte. Dieses ist interessant und eröffnet Fragen einer ganz anderen Diskussionsebene in dem Sinne, in der Art und Weise, ob Säkularismus nicht eigentlich auch eine Religion ist. Auch wenn dieses überspitzt erscheinen mag, so muss im Anschluss an den Ländervergleich eine Auseinandersetzung auch mit diesem Punkt erfolgen. Unabhängig dieser Tatsache, besteht aber bei einem Drittel der Ärzteschaft durchaus Bereitschaft auf berechnete Sterbewünsche von Patienten zu reagieren, aus der Überzeugung heraus, dass dieses Leiden mindert und Autonomie schafft. Diese Ansicht wird durch die Haltung der kanadischen Ärzteorganisation gedeckt. Somit wäre im Falle einer Legalisierung eine ausreichende Grundlage geschaffen, um in der Praxis auf Sterbewünsche reagieren zu können.

Angeführt werden soll an dieser Stelle noch die weitere aktuelle Entwicklung in Kanada in den letzten Jahren. Dieses verdeutlicht noch einmal instruktiv den sich vollziehenden Prozess.

Die letzten Entwicklungen hier im Überblick<sup>409</sup>:

- Dezember 2008 – Stéphan Dufour wurde von der Jury des Supreme Court of Canada freigesprochen, nachdem er seinem Onkel beim Suizid half.
- Mai 2009 – Erneute Gesetzesinitiative von F. Lalonde, Bill C-384, der identisch zum letzten, im September 2008 eingebrachten Gesetzesvorschlag, formuliert war. Der Vorschlag wurde vom Parlament mit 228 zu 59 Stimmen abgelehnt.

---

<sup>409</sup> Weiterführend von 2.1 der Landesdarstellung Kanadas.

- Mai 2010 – Peter Fonteece bekannte sich vor Gericht der fahrlässigen Tötung seiner Frau für schuldig, da er es bewusst unterließ, Hilfe zu rufen, nachdem seine Frau einen Suizidversuch mit Tabletten unternahm, an dem sie verstarb. Das Gericht urteilte, dass keine Unterstützung beim Suizid vorliegen würde.
- Juni 2010 – Senator Sharon Carstairs verfasste einen Bericht zur Palliativmedizin in Kanada, auch, um der Euthanasiediskussion entgegenzuwirken.
- November 2010 – Der beschriebene Fall des Robert Latimers kam zu einem Ende. Latimers Strafe wurde vollständig zur Bewährung ausgesetzt.
- Zudem kam es in zurückliegender Zeit zu Anhörungen des Komitees „Dying with Dignity“, welches einen neuen Versuch unternimmt, Euthanasie zu legalisieren. Diese Initiative ist ähnlich angelegt, wie die Versuche des „Bloc Quebecois“, die in zurückliegender Zeit stets keine Zustimmung auf politischer Ebene fanden.<sup>410</sup>

Neueste Umfragen aus Kanada zeigen, dass zunehmend Zurückhaltung in der Bevölkerung aufkommt. Der in dieser Arbeit beschriebene Versuch des liberalen Umgangs, besonders in der Region Quebec, führt offensichtlich zu Bedenken. Grundsätzlich ist aber noch eine Mehrheit der Befürworter gegeben. Von 2.025 befragte Kanadiern sprechen sich nach wie vor 59% für Euthanasie aus, in Quebec sind es zehn Prozent mehr. Allerdings liegt dort auch die Zahl der Bedenken bei 75% der Befragten, dass, z.B. ältere Menschen sich dazu genötigt fühlen könnten, Hilfe beim Streben in Anspruch nehmen zu müssen. Die Zahl der befragten Personen mit Bedenken dieser Art im übrigen Land liegt im Vergleich hierzu bei 63%. Dieses mag darauf zurückzuführen sein, dass die Gesetzesinitiativen der letzten Jahre in Quebec dazu beigetragen haben, dass die öffentliche Diskussion ein Meinungsbild mit drohenden Risiken aufgezeigt hat.<sup>411</sup> Festzuhalten ist aber, dass auch die aktuellen Entwicklungen, trotz der

---

<sup>410</sup> Gewarnt wurde diesbezüglich u.a. durch die „Euthanasia Prevention Coalition“, die einen „Dominoeffekt“ für gesamt Kanada befürchtet, falls Quebec Euthanasie legalisieren würde.

<sup>411</sup> Umfrage von Environics Research, im Auftrag von Life Canada vom September 2010.

aufkommenden Bedenken, bezüglich der Grenzen der Hilfe beim Sterben, noch immer Zustimmung in der Bevölkerung finden.

## **Teil III**

### **1. Wort vorab**

Im Folgenden wird mithilfe der Informationen aus den vorangehenden Teilen das Thema einer Analyse und Bewertung unterzogen. Hierzu fließen sowohl die grundlegenden Fakten des Teil I, wie auch die detaillierten Erkenntnisse aus dem Ländervergleich des Teil II mit ein. Besonders die Daten, Fakten und Umgehensweisen der Länderpositionen sind aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit geeignet, Konklusionen und Bewertungen zu erzielen und liefern zudem aufgrund ihrer Deckungsgleichheit in anderen Punkten Informationen aus einem Konsens von Ansichten und Herangehensweisen.

Aufgrund einer Vielzahl von Überschneidungen in den einzelnen Themenbereichen, liegt diesem Teil nicht die stringente Gliederung der Ländervergleiche zugrunde. Vielmehr kann es gelingen, das Thema anhand fließender Übergänge darzustellen, so wird als Beispiel das Gesellschaftsbild vom Vorbildcharakter der Rechtsprechung beeinflusst, daher wäre es in diesem Punkt sowie in einer Reihe anderer Punkte nicht sinnvoll, sie per Gliederung, voneinander zu trennen. Um der Chronologie der Methodik der Bearbeitungsweise der anderen Teile zu entsprechen, wird aber auch im Folgenden zunächst eine rechtliche Betrachtung erfolgen, mit besonderem Hauptaugenmerk auf eine rechtsvergleichende Darstellung, in welche im Anschluss gesellschaftliche, philosophisch-ethische und medizinische Konklusionen mit einfließen.

### **2. Aktive Reaktionen auf Sterbewünsche im rechtlichen Kontext**

Um aus der deckungsgleichen Gliederung und Herangehensweise zum Thema aus den Ländervergleichen profitieren zu können, geschieht auch an dieser Stelle zunächst ein Rückgriff auf die rechtlichen Gegebenheiten. Der EGMR äußerte sich diesbezüglich, wie bereits unter Punkte 5.2.2 in Teil 1 der Arbeit dargestellt, im Haas Fall dahingehend, dass

1. jeder kompetente Erwachsene, das Recht besitzt, über das Ende seines Lebens zu entscheiden;

2. Aber weder der Staat noch jemand anderes dazu verpflichtet werden können, Hilfe dabei zu leisten, diesen Wunsch zu beschleunigen, oder auszuführen.

Dieses Zitat stützt das bereits in Teil I und Teil II Erörterte dahingehend, dass europarechtlich betrachtet jedem Menschen das Recht zustehen müsste, selbstbestimmt über seinen Tod zu entscheiden. Dieses gilt zumindest in der Theorie, wenngleich die Praxis hier wiederum Grenzen zieht, da auch vom EGMR wörtlich die Inanspruchnahme fremder Hilfe ausgeschlossen wird.

Inwieweit dieses tatsächlich zutreffend ist, soll im Folgenden auch mithilfe der aus den Ländervergleichen gewonnenen Erkenntnissen dargestellt werden.

## **2.1 Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen**

Wenn man den Suizid als ethisch vertretbar hält, so könnte dieses sicher auch für die Beihilfe zum Suizid gelten.<sup>412</sup> Schwieriger ist die Abgrenzung warum diese Beihilfe zur Selbsttötung von einem Arzt durchgeführt werden soll, da nicht nur ethische und berufsrechtliche Gegebenheiten dem gegenüberstehen könnten, sondern auch die Frage seiner ausschließlichen Befähigung in Gänze.<sup>413</sup> Im Folgenden wird somit auf die Klärung der ersten Kernfragestellung der Arbeit hingearbeitet:

**Gibt es Situationen in denen der Wunsch eines Menschen, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben, gerechtfertigt sein kann?**

**a. Unter welchen Bedingungen?**

**b. Welche Kriterien bestehen diesbezüglich?**

**c. Warum wird ein Arzt in die Verantwortung genommen, was gibt es bezüglich seines Handelns zu beachten?**

Nicht nur aufgrund der Kompetenzen über die Kenntnis des menschlichen Körpers und der Wirkungsweisen von zum Tode führenden Substanzen, sondern darüber hinaus auch des Zugangs zu den Medikamenten und das

---

<sup>412</sup> Vgl. Teil I 6.1 und 6.2.

<sup>413</sup> Vgl. hierzu Teil I 4.1

u.U. im Vorfeld bestehende Behandlungsverhältnis zum Patienten tragen dazu bei, dass Ärzten wie selbstverständlich, die als die Todeshandlung durchführenden Personen angesehen werden.

Allerdings widerstrebt es vielen Ärzten, Suizidbeihilfe zu leisten. Im Beispiel Deutschland ist die Ablehnung der Ärzte am Größten und findet zudem Rückendeckung durch die Bundesärztekammer als Standesvertretung der Ärzte. Es sei nicht mit dem Auftrag des Arztes vereinbar, dessen eigentliche Arbeit darin bestehe, Krankheiten und Schmerzen zu heilen oder zu lindern und sie in jedem Falle mit allen denkbaren Mitteln zu bekämpfen. Die Bundesärztekammer führt zudem an, dass die Gefahr bestehe, dass ein Patient seinen behandelnden Arzt dahingehend unter Druck setzen könnte, dass dieser sich zur Suizidbeihilfe genötigt fühle. Die Haltung der kanadischen und niederländischen Ärzteorganisationen ist weniger rigoros, wenn sie ihre Wandlung und positive Haltung zum Thema der Suizidbeihilfe von Ärzten so lange wie eben möglich zurückgehalten hat.

Zur Diskussion in der Debatte steht weiter, dass die Hemmschwelle der Patienten, Hilfe beim Suizid in Anspruch zu nehmen, geringer werden würde, wenn erst einmal eine Legalisierung dessen bestehe. Zudem sei die Abgrenzung schwierig, ob ein Suizidwunsch tatsächlich dem Willen des Patienten entspricht oder nur als Ausdruck einer temporären Überdrüssigkeit des Zustandes resultiert. Zuletzt wird die mangelnde Möglichkeit der Kontrolle der Praxis angeführt, die gegen einen ärztlich assistierten Suizid spricht. Zusammenfassend sind folgende Gegenargumente zu diskutieren:

- Es widerspreche der Aufgabe des Arztes Leben zu beenden
- Ärzte setzen sich dem Druck der Patienten aus, die fixiert auf Suizidbeihilfe resistent für Alternativen sind
- Hemmschwelle der Patienten zum Tode sinke
- Schwierigkeiten den tatsächlichen Patientenwillen eindeutig festzustellen
- Schwierige Kontrolle der Praxis

Dem wird eine Reihe von Argumenten entgegengesetzt, die den Arzt als die am besten geeignete Person ansehen, im Falle einer Gesetzeserweiterung, auf Sterbewünsche von Patienten, zu reagieren. So

hat ein Arzt die Pflicht im besten Sinne seines Patienten zu handeln und hierbei stets seine Selbstbestimmung zu respektieren. Unter Umständen kann dieses auch das Herbeiführen des Todes des Patienten bedeuten, wenn dieser unheilbar krank ist und an starken Schmerzen leidet. In einem derartigen Fall wäre es denkbar, dass es ein Gebot des Arztes sein könnte, zum Wohle und im Sinne des Patienten zu handeln, was zudem auch der Erfüllung des ärztlichen Ethos genüge tun würde, indem er dem Patienten beim Suizid oder dem Ersuchen nach Euthanasie hilft. Ein weiteres Argument wird analog zum Gegenargument verwendet, welches die Arzt-Patienten-Beziehung, im Besonderen das Vertrauensverhältnis beeinträchtigt sieht. Dieses sei gar konträr, wenn ein Patient davon ausgehen kann, dass sein behandelnder Arzt ihn auch im Todesfall bis zum Ende begleitet. Ein Arzt ist darüber hinaus durchaus in der Lage zu beurteilen, ob der Sterbewunsch des Patienten rational begründet ist, oder aus einer emotionalen Situation entstehe. Dieses Entscheidungsvermögen ist eine täglich abgefragte Aufgabe ärztlichen Alltags. Zusammenfassend werden folgenden Argumente angeführt:

- Der Arzt ist aufgrund seiner Befähigung die am besten geeignete Person Hilfe beim Sterben zu leisten
- Der Arzt muss den Wunsch des Patienten im Rahmen der Selbstbestimmung und der Patientenautonomie respektieren
- Das Handeln zum Wohle des Patienten kann auch dessen Tod einschließen
- Das Vertrauensverhältnis wird gestärkt
- Ein Arzt kann am besten beurteilen, ob der Sterbewunsch des Patienten aus einer emotionalen Lage heraus resultiert, oder ernsthaft überlegt ist.

Stellt man die Argumente einander gegenüber, so findet sich eine Reihe von Aussagen die unverifiziert auf bloßen Vermutungen und potentiellen Annahmen beruhen. So zum Beispiel, dass die Hemmschwelle des Patienten zum Tode sinken würde, wenn Suizidbeihilfe legalisiert werden würde. Dieses ist nicht mehr als eine Annahme, die sich nicht aus Erfahrungswerten der Niederlande, in der dieses Handeln Praxis ist, herleiten lässt. Im Gegenteil ist die Zahl der Patienten, die ärztliche Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen, rückläufig. Auch das Argument, dass

durch eine Legalisierung Druck auf den Patienten ausgeübt werden würde, ist faktisch nicht zu belegen. Dem ist entgegenzuhalten, dass eine Gesetzeserweiterung einen Raum für Patientenentscheidungen schafft. Neue Möglichkeiten und Grenzen werden aufgezeigt, durch hinzugewonnene Freiheit im individuellen Entscheidungsvermögen wird aber niemals Druck erzeugt. Unter Umständen kann es zu einer Überforderung durch die neu eingeführte Praxis kommen. An dieser Stelle wird aber deutlich, dass die Kompetenz der Suizid ausführenden Person, dieses kompensieren muss. Dieses kann einem Arzt am Besten gelingen, der aufgrund seiner Fähigkeiten dem Patienten nahezu täglich neue Operations- oder Behandlungsmethoden erklären und nahe bringen muss. Er wird dahingehend ausgebildet und sensibilisiert, die Lage des Patienten so einzuschätzen, dass dieser von der Masse der neuen Informationen nicht überfordert wird. Dieses ist eine normale Aufgabe des Arztes. Wenn sie in ähnlicher Weise Anwendung bei der Beratung des Patienten bezüglich zu treffender Entscheidungen am Lebensende angewandt wird, so wird keineswegs Druck auf den Patienten ausgeübt, sondern alles unternommen, um diesen Druck zu nehmen. So gelangt man zu einem durchaus verifizierbaren Fakt in der Reihe der Argumentation, dass nämlich der Arzt die fähigste Person ist, um auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren. Fraglich ist aber, ob dieses überhaupt mit seinem Standes- und Berufsrecht vereinbar ist, wobei gleichzeitig auch die zweite Kernfrage eine Antwort findet:

**Wie ist die Frage der Umsetzbarkeit, Hilfe beim Sterben zu erlangen, in Deutschland, den Niederlanden und Kanada geregelt?**

**a. Wie gestaltet sich das Gesetz und die Praxis?**

**b. Welche Stellung beziehen einzelnen Berufsgruppen und die Öffentlichkeit in den jeweiligen Ländern?**

Die Entscheidung, ob ein Arzt Beihilfe zum Suizid einer unheilbar kranken und unter starken Schmerzen leidenden Person leistet, und damit in Differenz zum „normalen“ ärztlichen Handeln agieren sollte, oder nicht, sollte in erster Linie eine persönliche Entscheidung des betroffenen Arztes sein. So obliegt dem Arzt zweifelsfrei die Verpflichtung auf den Erhalt des

Lebens, die aber mit der Selbstbestimmung des Patienten kollidiert. Für den Fall, dass ein Arzt einen Patienten während einer Krankheit begleitet und zu dem Schluss kommt, dass dessen Sterbewunsch, in einem vollzurechnungsfähigen Zustand, das Nachvollziehbarste ist, so kann dieses durchaus Rechtfertigung dadurch erfahren, dass ein Arzt ebenso bestrebt ist, im Sinne und Wohle des Patienten zu handeln. Und es kann durchaus legitim sein, das Wohl des Patienten in der Beendigung des Leidens, der Schmerzen und der Krankheit zu sehen. Wenn die einzige Möglichkeit dadurch gegeben ist, dieses durch den Tod zu vollziehen, dann ist das Herbeiführen des Todes auch zum Wohle des Patienten. In einem derartigen Fall könnte ein Arzt die persönliche Verantwortung dafür übernehmen, die Handlung durchzuführen. Eine solche Entscheidung muss aber standesethisch vertretbar sein, da sie mit der grundsätzlichen Ethik des guten Handelns vereinbar sein muss. Berufsrechtlich muss zudem gewährleistet sein, dass ein Arzt, der auf Sterbewünsche von Patienten reagiert, keine Sanktionen erfährt. Dies könnte durch eine Erweiterung des ärztlichen Handlungsspektrums gelingen, wohl bemerkt nicht durch eine Ausweitung der medizinischen Aufgabe, da das Reagieren auf Sterbewünsche niemals als medizinisches Handeln definiert werden kann. Juristisch ist es aber schwierig, das Handeln des Arztes bei einer Beihilfe zum Suizid, von einer Tötung auf Verlangen abzugrenzen. Da es anders kategorisiert wird, liegt bei der Beihilfe zum Suizid die Tatherrschaft beim Suizidenten selbst, mit einer nur mittelbaren Beteiligung des Arztes, bei der Tötung auf Verlangen liegt die Tatherrschaft aber unmittelbar bei der die Tötung ausführenden Person. Dieses führt dazu, dass hierbei eine gesteigerte Verantwortung der Handlung gegenüber entsteht, natürlich auch der damit verbundenen Folge. Wenn ein Arzt somit auf den Sterbewunsch des Patienten reagiert, stellt er eine laufende Behandlung oder Therapie ein, handelt daher aktiv. Dieses aktive Handeln geht bei der Suizidbeihilfe in bloße passive Sterbebegleitung über, somit anders als bei der Tötung auf Verlangen, wo weiter aktives Handeln gefordert wird. Dieses trägt im Ergebnis zu einer gesteigerten Verantwortung des Arztes bei, dem aber entgegenzuhalten ist, dass gleich ob der Arzt aktiv oder passiv eingreift, nichts an der Tatsache ändert, dass er im Sinne und Wohle des Patienten handelt. Wenn man daher begründet, dass die Beihilfe zum

Suizid gerechtfertigt ist, weil sie dem Wohle des Patienten dient, dann ist diese Sachlage nicht anders bei der Tötung auf Verlangen. Lediglich die Handlungsqualität ist eine andere, die Bewertung der Handlung an sich und die Konsequenz ist ethisch gleich zu bewerten. Die Kausalität der Handlung ist aber stets gleich und endet im Tod, ob nun durch das Beschaffen und Bereitstellen eines tödlichen Medikaments oder der Verabreichung dessen.

Es ist aber deutlich zu machen, dass eine klare Abgrenzung zum „normalen“ Arzt-Patienten-Verhältnis bei medizinisch indizierten Eingriffen vorzunehmen ist<sup>414</sup>. Die Sorgfaltspflichten sind hierbei anderer Natur, so muss z.B. in einem persönlichen Gespräch, welches sich zunächst noch nicht grundlegend von dem normalen ärztlichen Tätigkeitsbereich unterscheidet, der Arzt herausfinden, ob der Sterbewunsch des Patienten tatsächlich besteht, ob der Patient urteils- und entscheidungsfähig ist, oder ob Druck von außen auf ihn einwirkt. Das Herausfinden und Abklären der Motivation ist hier wichtiges Indiz für die Begründetheit des Sterbewunschs. Ebenso sind Alternativmethoden und Behandlungen zwingend mit dem Patienten abzuklären, wozu auch das Aufzeigen von bislang nicht versuchten Therapien gehört, die zwar mittelbar nicht den Sterbewunsch gänzlich aufheben, aber ihn aufschieben könnten. Es gilt hierbei somit nicht ein „Alles oder Nichts“ Prinzip, wonach ein Arzt einen Patienten entweder beim Sterben hilft, oder dieses versagt. Gerade der Mittelweg der reiflichen Überlegung und des Aufschiebens einer Entscheidung durch das Aufzeigen von Alternativen ist Teil der „neuen“ Sorgfaltspflichten des Arztes.

Die Haltung der Ärzteschaft bezüglich des Themas der Hilfe beim Sterben ist vielschichtig und nicht einheitlich. Unterschiede zwischen einzelnen Ländern sind auszumachen, aber auch zwischen einzelnen Regionen innerhalb von Ländern, so z.B. eine grundlegende Bereitschaft der Ärzte in Quebec und einer eher ablehnenden Haltung der Ärzte Ontarios in Kanada.

---

<sup>414</sup> Der Unterschied bezieht sich hierbei lediglich auf die Art der Notwendigkeit der medizinischen Maßnahme. Das Beachten grundlegender Sorgfaltspflichten, wie die Aufklärungs- und Informationspflicht, als Beispiele, bleiben davon unberührt und gelten sowohl bei „normalem“ ärztlichen Handeln, als auch bei Euthanasie oder ärztlich assistierten Suizid.

In Deutschland ergibt sich ein ähnliches Phänomen in einem Nord-Südgefälle. Im Allgemeinen erklären sich in Deutschland, als Beispiel der ablehnenden Gesamthaltung zum Thema, ein Drittel der Ärzte dazu bereit, Hilfe beim Sterben durchzuführen, wenn Bedingungen wie eine unheilbare Krankheit, oder Leiden eines Patienten vorhanden sind. Dieses bildet eine breite Basis, um auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren. Ein einheitliches Zustimmung der Ärzteschaft ist weder notwendig, um das System in die Praxis umzusetzen, noch ist es dienlich hinsichtlich der bekannt positiven Wirkung oppositionellen Denkens und Agierens.

## **2.2 Ist der niederländische Weg moralisch vertretbar und rechtmäßig?**

Im Folgenden findet die vierte Kernfrage der Arbeit eine eingehende Erläuterung.

Aus der geschichtlichen Entwicklung der Niederlande geht hervor, dass nicht nur in dem Bereich der Entscheidungsfindung am Lebensende ein besonders ausgeprägter Individualismus herrscht und das Selbstbestimmungsrecht vermeidlich über allem anderen steht. Hinzukommt ein hohes Maß an Toleranz, hervorgerufen durch das Egalitätsprinzip und die Klassengleichheit, die gar keine andere Wahl lässt, als Toleranz auszuüben. So auch im Fall der Gesetzeserweiterung bezüglich Entscheidungen am Lebensende. So könnte sich die These ergeben, dass eine eigentlich illegale Tat im Rahmen des Liberalismus quasi gesetzlich umschrieben wird, um sie besser kontrollieren zu können. Der Liberalismus müsste demnach einen offensichtlichen Erfolg mit sich bringen, um gerechtfertigt zu sein. Trotzdem bleibt aber die Art und Weise fraglich, wenn man so mag, mit einem neu geschaffenen Gesetzesraum bestehendes Recht zu umgehen oder zu erweitern. Hierbei ist es notwendig zu hinterfragen, ob es tatsächlich ein Umgehen ist, denn dieses muss verneint werden, vielmehr ist es eine Erweiterung eines bestehenden Straftatbestands hinsichtlich einer positiven Abgrenzung der Handlung. Die negative Abgrenzung des ursprünglichen Gesetzes bleibt davon aber gänzlich unberührt, was bedeutet, dass die „eigentlich illegale Tat“ auch nach wie vor illegal bleibt. Zur Art und Weise ist zu sagen, dass dieser niederländische Weg alternativlos ist und außer der positiven Erweiterung

eines notwendiger Weise bestehenden Straftatbestands keine andere Möglichkeit offeriert, aktuelle gesellschaftliche Veränderungen und Wünsche umzusetzen. Die Gesetzeserweiterung bezüglich des aktiven Reagierens auf Sterbewünsche von Patienten ist ein gesellschaftlich initiiertes Akt und der niederländische Weg der Erweiterung des Gesetzes macht es möglich, dass die Bevölkerung diese Möglichkeit wahrnehmen kann, ohne von ihr in Form eines Rechtes Gebrauch machen zu können, um eine Behandlung zu erwirken. Der Zweck rechtfertigt in diesem Punkt also die eingesetzten Mittel. Fraglich ist, ob dieses legitim ist.

„Wenn der Zweck recht ist, so sind es auch die Mittel, ist insofern ein tautologischer Ausdruck, als das Mittel eben das ist, was nicht für sich, sondern um eines Anderen willen ist, und darin, in dem Zwecke, seine Bestimmung und wert hat – wenn es nämlich in Wahrheit ein Mittel ist.“<sup>415</sup>

Nach Hegel erscheint somit offensichtlich der Zweck die Mittel zu rechtfertigen, wenn der verfolgte Zweck gutes Recht ist, er relativiert dieses aber direkt, indem er der formellen Deutung einer tiefer gehende hinzufügt. Demnach würde für die Erfüllung eines guten Zwecks ein Mittel benutzt werden, welches darauf abzielt etwas zu verletzen was eigentlich heilig ist, womit das Mittel zum Verbrechen werden würde. Demnach bestimme sich die Handlung aus einer subjektiven Überzeugung, wobei man schnell übersehen kann, dass dieses eigentlich ein Verbrechen ist. Dieses macht es kaum möglich, das den Zweck heiligende Mittel zu rechtfertigen. Dieses bestätigt auch Machiavelli, der sagt, dass ein Zweck niemals das Mittel heiligt, sondern der Zweck bestimme überhaupt erst welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit normale moralische Gesetze gebildet werden können, die festlegen, was ein gutes Mittel sei.<sup>416</sup> Dieses wird vereinfacht aber deutlicher von der modernen Adaption des Utilitarismus beschrieben, der feststellt, dass der Zweck, der die Mittel heiligt, die Maxime des Amoralismus ist, wonach jeder, der Ethik betreiben möchte, nicht darum herum kommt sich dieser Aussage zu verweigern und sie als undiskutierbar anzuerkennen. Dieses erscheint im

---

<sup>415</sup> G.W.F. Hegel „Grundlinien der Philosophie des Rechts“ § 160.

<sup>416</sup> N. Machiavelli, „Der Fürst“ (Original: Il Principe). In Deutsch übersetzt von R. Zorn, 1955, Kapitel XV S. 63.

Hinblick der utilitaristischen Grundtheorien als konträr, findet aber Relativierung, wenn man beachtet, dass die Suche nach der Art von Moral den Utilitarismus prägt und somit „gutes“ Handeln von „schlechtem“ Handeln abgegrenzt wird. Handlungen haben unabhängig der Folge, die sie bewirken, keine objektive moralische Identität, sie sind somit Abläufe der Psyche, die darauf Abzielen, etwas zu bewirken. Die Handlung erhält die Moral erst durch die Bilanzierung der Folge, demnach kann ein guter Zweck nicht durch schlechte Mittel geheiligt werden. Der Zweck bestimmt also was richtig und was falsch ist. Was man für einen guten Zweck tut, ist utilitaristisch betrachtet nun mal das Richtige. Folgt man dieser These und Grundannahme und überträgt sie auf die niederländische Gesetzeserweiterung hinsichtlich der Tatsache, ob dieses ein rechtmäßig zu gehender Weg ist, so kommt man zu dem Ergebnis, dass der Zweck, den Wunsch der Bevölkerung zu erfüllen,<sup>417</sup> eine Möglichkeit der Erfüllung ihrer Sterbewünsche zu haben, durch das eingesetzte Mittel durchaus gerechtfertigt ist. Der verfolgte Zweck ist gut und somit ist es auch modallogisch gesehen das Mittel der Gesetzeserweiterung. Von der Ausgangsthese, dass die Gesetzeserweiterung einfach nur eine illegale Tat umgeht ist daher Abstand zu nehmen, da sie diese zunächst erweitert und dieses zudem ethisch begründbar ist.

Hinzukommt die Vertretbarkeit mit dem niederländischen Rechtssystem auf nationaler Ebene, welches es in der Praxis ermöglicht, eine derartige Gesetzeserweiterung anzuwenden. Fraglich ist nun, ob dieses auch europarechtlich vertretbar ist.

Vor der Gesetzeseinführung im Jahre 2002 reagierte die Parlamentarische Versammlung des Europarates auf den Gesetzgebungsvorschlag der niederländischen Regierung bezüglich der geplanten nationalen Gesetzeserweiterung und schloss sich hierzu der Empfehlung 1418 des Europarates aus dem Jahre 1999 an, betreffend des Schutzes der Menschenrechte und der Dignität unheilbar kranker und im Sterben befindlicher Personen<sup>418</sup>. In diesem Zusammenhang erklärte das Parlament

---

<sup>417</sup> Zu beachten gilt, dass der Wunsch der Bevölkerung zwar in einer Gesetzeserweiterung normiert ist, aber kein Recht für das Individuum darstellt – es existiert weder ein Patientenrecht oder eine darauf kausale Arztspflicht.

<sup>418</sup> Die Empfehlung 1418 ist zu finden auf der Homepage: <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/erec1418.htm>.

einheitlich, dass Euthanasie und die Hilfe zur Selbsttötung ein klarer Verstoß gegen Art. 2 EMRK sei.

Es sei eine der Hauptaufgaben die menschliche Würde zu schützen, so heißt es zu Beginn der Erklärung<sup>419</sup>, gefolgt von einer kurzen Diskussion über die möglichen Probleme, die bei der Behandlung von Menschen durch neue Technologien und den medizinischen Fortschritt entstehen können. Kern der Stellungnahme ist aber eine Empfehlung für die Mitglieder des Europarates, die Würde kranker und im Sterben befindlicher Personen zu schützen<sup>420</sup> durch:

1. Anerkennung des Rechts auf eine umfassende Linderungsvorsorge
2. Wahrung des Patientenrechts auf Selbstbestimmung
3. Verbot unheilbar kranke und sterbende Personen auf deren Wunsch hin zu töten
4. Keiner Person darf das Recht auf Leben absichtlich genommen werden, im Besondern sind hier kranke und im Sterben befindlichen Personen zu schützen
5. Es darf keinen Rechtsanspruch auf Sterbewünsche geben, ein Recht auf Sterben ist unter keinen Umständen mit Art. 2 EMRK vereinbar
6. Ein Sterbewunsch ist keine Rechtfertigung um den Tode herbeiführende Handlungen zu schützen
7. Das Recht auf Selbstbestimmung kann keine gesetzliche Rechtfertigung für Euthanasie sein

Auf die Empfehlung 1418 erfolgte am 07.11.2000 zunächst eine Zwischenantwort<sup>421</sup>, gefolgt von einer endgültigen Stellungnahme am 08.04.2002<sup>422</sup>, die nicht die beabsichtigte Übereinstimmung hinsichtlich der Interpretation der Unvereinbarkeit des Art. 2 EMRK mit einem generellen Verbot von aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende brachte. Hierzu bedürfe es einer eindeutigen Fallstudie des EGMR hinsichtlich der Handhabung des Themas und der Rolle des Art. 2

---

<sup>419</sup> Empfehlung 1418 §1 „The vocation of the Council of Europe is to protect the dignity of all human beings and the rights which stem there from.“

<sup>420</sup> Empfehlung 1418 § 9.

<sup>421</sup> Vereinbarung der 728. Ministerkonferenz am 30.10.2000; veröffentlicht in Dok. Nr. 8888.

<sup>422</sup> Vereinbarung der 790. Ministerkonferenz am 27.03.2002; veröffentlicht in Dok. Nr. 9404.

EMRK im Hinblick auf Entscheidungen am Lebensende. Es sei in keinem Fall möglich ohne dessen der Interpretation des Art. 2 EMRK und der Empfehlung zu folgen.

### **2.2.1 Zur Konformität des niederländischen Modells mit der Europäischen Menschenrechtskonvention**

Der folgende Punkt befasst sich mit der Frage, ob das niederländische Gesetz und der damit legalisierte aktive Umgang bei Entscheidungen am Lebensende mit dem in der Europäischen Menschenrechtskonvention vereinbarten Lebensschutz vereinbar ist. Diese Frage stellt sich aufgrund einer möglichen Diskrepanz zwischen diesen Gütern.<sup>423</sup> Dargestellt wird hier die fünfte Kernfrage der Arbeit erläutert:

Zunächst fällt hierzu auf, dass durch die bereits beschriebenen Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) im Fall Pretty und Haas, eine tendenziell eher ablehnende Haltung zu einem aktiven Eingreifen bei Entscheidungen am Lebensende besteht.<sup>424</sup> Dem EGMR nach ist der Sinngehalt des Rechts auf Leben aus Art. 2 EMRK dahingehend auszulegen, dass ein Recht zum Leben bestehe, nicht aber ein Recht auf Selbstbestimmung über die Beendigung des eigenen Lebens. Dieses ergibt sich u.a. aus dem Urteil im Fall Haas des EGMR, wonach die Schutzfunktion des Menschenrechts auf Leben die abwehrrechtliche Tragweite des Rechts nur erweitert, nicht aber durch eine die Freiheit zerstörende Handlung ersetzt werden kann. Allerdings entsteht hierbei ein Konflikt, weil das Recht auf Leben ein zuerkanntes Recht ist, was die Konsequenz hat, dass dieses Recht auch eine Wahlmöglichkeit impliziert, dieses Recht auch tatsächlich wahrzunehmen, oder nicht. Demnach ist das vom EGMR ausgesprochene Verbot, autonom über seinen Tod zu entscheiden gerade ein Bestandteil des Art. 2 EMRK und nicht wie

---

<sup>423</sup> Das Gebot des effektiven Lebensschutzes leitet sich aus Art. 2 EMRK und der ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofs für Menschenrechte ab.

<sup>424</sup> Dieses ergibt sich aus der Gesamtentscheidung. Das Gericht ließ aber gleichzeitig offen, wie die einzelstaatlichen Systeme mit derartigen Entscheidungen am Lebensende umgehen können.

das Gericht im Pretty Fall angeführt hat, ein Trugschluss.<sup>425</sup> Besonders wenn man diesem Konstrukt noch Art. 8 EMRK hinzuzieht, in dem verankert ist, dass ein Patient durchaus die Wahl hat im Rahmen eines Arzt-Patienten-Verhältnisses autonom darüber zu entscheiden, eine Behandlung wahrzunehmen, oder abzubrechen, bzw. unter Umständen sogar auf diese zu verzichten. Ihm obliegt das Recht frei über dieses zu entscheiden, mit der Konsequenz, dass der Patient auch über seinen eigenen Tod entscheiden kann, sein Gestaltungsrecht quasi zur Anwendung kommt, wenn er ärztliche Behandlungen zurückweist. In einem derartigen Fall würde es somit legitim sein, dass das Recht auf Leben auch die freie Verfügbarkeit über den Tod impliziert<sup>426</sup> und analog auf Art. 2 EMRK auch Anwendung finden. Die Schwierigkeit liegt aber darin begründet, inwieweit dem Individuum das Recht obliegt, eine andere Person dazu zu bestimmen, im Sinne seiner Autonomie, sein Leben aktiv zu beenden.

Zudem ergibt sich eine weitere mögliche Überprüfbarkeit des Art. 2 EMRK. Nach Art. 2 EMRK ist eine teilweise Straflosigkeit einer aktiven Tötung auf Verlangen nur dann möglich, wenn die entsprechende Länderregierung im Einklang mit dem Gesetzgeber dafür Sorge trägt, dass ein Befolgen und striktes Einhalten der Grenzen und Möglichkeiten der entsprechenden Norm eingehalten wird.<sup>427</sup> Dieses kann ausschließlich durch eine lückenlose strafrechtliche Kontrolle geschehen, ein System, welches Sicherheit garantieren muss. Dieser Punkt ist zwingend zu erfüllen. Im Allgemeinen ist hierzu anzuführen, dass der EGMR im Bezug auf bioethische Fragen ein großes Spektrum von Entscheidungs- und Verhaltensspielräumen in Europa offen lässt. Die Niederlande selbst sind

---

<sup>425</sup> Zu Beachten ist aber zwingend, dass der Pretty Fall klar von dem niederländischen Vorgehen zu trennen ist.

<sup>426</sup> Bis hierhin auch konform mit dem Haas Fall, vgl. näheres dazu unter Punkt 5.2.2 in Teil 1 der Arbeit.

<sup>427</sup> Die Vereinbarkeit der geltenden niederländischen Gesetzeslage mit Art. 2 EMRK wird bejaht von Leenen/Gevers, S. 305f. und unter Hinweis vor allem auf die bestehenden Kontrolldefizite verneint von Buijsen, „Euthanasiewet & artikel 2 EVRM, Nederlands Juristenblad“ 2001, 1082 f.; sowie in „De betekenis van Pretty v. Verenigd Koninkrijk voor de Nederlandse euthanasiepraktijk“, Nederlands Juristenblad 2002, 1151ff. Vgl. dazu auch A.C. Hendriks „De betekenis van het EVRM voor het gezondheidsrecht“ in „Gezondheidszorg en Europees Recht“ 2009, S. 48 ff.

darüber hinaus der Auffassung, dass das Gesetz aus dem Jahre 2002 sogar den Einzelnen vor Eingriffen in das Leben schützt, da die darin verankerten Bestimmungen nicht dazu bestimmt sind unerträgliches Leiden oder einen möglichen Zustand der Aussichtslosigkeit zu verlängern, sondern genau das Gegenteil beabsichtigen. Zudem sei generell unklar, wann ein derartiger Verstoß vorliegen würde. Aus den internationalen Vereinbarungen gehe zudem hervor, dass kein grundlegendes Verbot der Sterbehilfe bestehe<sup>428</sup> und die niederländische Regelung darauf abzielt, eben eine Achtung vor dem Leben zu gewährleisten, was oberster Grundsatz der niederländischen Regelung sei.

### **2.3 Zur generellen Möglichkeit einer Gesetzesänderung**

Wie bereits ausgeführt, ist es nicht möglich eine Gesetzesänderung bezüglich des Kernstrafatbestands hinsichtlich der Tötung einer anderen Person auf deren Verlangen hin durchzuführen, wenn gleich der niederländische Weg der Erweiterung und Ausnahmenbildung durchaus legitim erscheint. Hieraus klären sich nun folgende Kernfragen der Arbeit:

#### **Lehren für das deutsche Recht**

**a. Sind der niederländische und kanadische Umgang des Rechts bezüglich des Themas ein Beispiel für Deutschland?**

**b. Auswirkungen der niederländischen und kanadischen Handhabung auf die Menschenrechte**

**c. Empfehlungen für Deutschland**

Es würde zunächst geboten sein, wenn die Rechte und Interessen des Patienten einer neuen Gesetzeserweiterung positiv gegenüber stehen

---

<sup>428</sup> Wortlaut Art. 2 EMRK: (1) Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt. Abgesehen von der Vollstreckung eines Todesurteils, das von einem Gericht im Falle eines mit der Todesstrafe bedrohten Verbrechens ausgesprochen worden ist, darf eine absichtliche Tötung nicht vorgenommen werden.

(2) Die Tötung wird nicht als Verletzung dieses Artikels betrachtet, wenn sie sich aus einer unbedingt erforderlichen Gewaltanwendung ergibt:

a) um die Verteidigung eines Menschen gegenüber rechtswidriger Gewaltanwendung sicherzustellen;

b) um eine ordnungsgemäße Festnahme durchzuführen oder das Entkommen einer ordnungsgemäß festgehaltenen Person zu verhindern; (...)

würden. Obschon der Tatsache, dass statistische Erhebungen und Mehrheitsverhältnisse in Menschenrechtsbelangen wenig Anwendung finden, da das Individuum im Zentrum der Betrachtung steht, kann die Bevölkerungsmeinung an dieser Stelle Trends offerieren. Sowohl die statistische Auswertung der Niederlande, wo die durchgeführte Legalitätserweiterung auf ausdrücklichen Willen der Bevölkerung von statten ging, als auch die überwiegende Mehrheit in Deutschland, obschon der grundlegenden Negativität zum Thema, sind der Ansicht, dass es in bestimmten Situationen möglich sein muss, aktive Hilfe auf Sterbewünsche zu erhalten. Die Zahlen aus Kanada belegen zusätzlich diese Tendenz. Geknüpft wird diese Ansicht an die bekannten Gründe, wie unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung, Schmerzen oder eine Entwürdigung der Lebensumstände. Zweifelsfrei steht fest, dass die Motivationen ausreichend sind, um eine Schutzbedürftigkeit des Patienten anzuerkennen, denn keinem Patienten kann ein Leben ohne Würde und mit Schmerzen als Last auferlegt werden. Dieses Recht in Verbindung mit dem klaren Patienteninteresse und Wunsch hinsichtlich der Schaffung einer Möglichkeit den Patientenwunsch auf Hilfe beim Sterben erfüllt zu bekommen, sind ausreichend, um eine Gesetzeserweiterung zu diskutieren, wobei dieser Einstiegspunkt direkt mit der als nächstes dargestellten Aufgabe der staatlichen Schutzpflicht kollidiert.

Aus den jeweiligen Grundrechten der Länder aus dem Ländervergleich ergibt sich nicht nur ein Abwehrrecht gegenüber dem Staat, sondern überträgt diesem auch die Verpflichtung den Bürger ungefragt vor Eingriffen anderer zu schützen. Hierdurch wird demnach Autonomie geschützt, aber auch seine physische Existenz. Und welches dieser beiden Güter hat nun mehr Gewicht, besteht ein Gleichgewicht, oder muss zu Lasten eines der beiden zu schützenden Rechte das andere geringer bewertet werden? Diese Fragen sind zu klären, wenn man die potentiellen Gefahren, die eine Gesetzeserweiterung mit sich bringen würde, dahingehend überprüft, ob diese zu gravierend das Recht auf Leben einschränken würde. Wäre dies gegeben, so ist es nicht möglich über eine Erweiterung des Gesetzes zu diskutieren und das Recht der Autonomie müsste sich dem höher zu bewertenden Schutzinteresse der physischen Existenz unterordnen, um den optimalen Schutz des Bürgers/ Patienten zu

gewährleisten.

In diesem Zusammenhang häufig angeführtes Argument gegen eine Gesetzeserweiterung ist die drohende Gefahr des Dammbrochs. Dieses Argument resultiert aus der deutschen Betrachtung des Themas und führt zurück auf die Zeiten des Nationalsozialismus, ist aber gleichwohl das Hauptargument der aktuellen Gegenmeinung zur Legalisierung bestimmter zum Tode einer Person führenden Handlungen. Auch in Kanada wird dieses Argument als das Hauptargument angesehen sich gegen Hilfe beim Sterben auszusprechen. Die Praxis sei nicht kontrollierbar und die neu geschaffene Möglichkeit öffne Tür und Tor für Missbrauch und Willkür, so dass das allgemeine Tötungstabu, durch eine Bewusstseinsveränderung der Gesellschaft gegenüber dem Tod gebrochen werden würde.

Eine Relativierung des menschlichen Daseins und das Knüpfen dieses Daseins an bestimmte Bedingungen ist sicher schwerlich möglich bis unmöglich. Die Reaktionen auf die „Singer Diskussion“ zeigen, wie falsch Argumente aufgenommen werden können, die aus dem Zusammenhang seiner „Praktischen Ethik“ entnommen werden. Die sicher zweifelhaft bleibenden Äußerungen Singers bezüglich Embryonen können an dieser Stelle nicht diskutiert werden, dennoch aber die Tatsache des Vorwurfs an Singers Theorie, dass er unberechtigt einem Menschen seine Menschlichkeit absprechen würde. Dieses ist falsch. Singer argumentiert wörtlich, dass es aus der „Binnenperspektive“ eines Menschen denkbar ist, dass dieser für sich entscheidet, dass sein Leben nicht mehr lebenswert ist. Und an dieser Auffassung ist nichts Verwerfliches zu finden. Ein Mensch, der an einem Punkt in seinem Leben unter vollem Verstand über sein vergangenes Leben nachsinnt und zu dem Schluss kommt, dass seine momentane Situation diesem nicht mehr entspreche, darf durchaus von seinem Leben behaupten, es sei nicht mehr lebenswert, da ein direkter Vergleich zum lebenswerten Leben für ihn möglich ist. Dieses Argument als ein drohendes Dammbrochargument anzuführen, da es aufzeigen würde, dass die Gefahr bestehe, dass einem Menschen seine Menschlichkeit abgesprochen wird, ist nicht logisch begründet. Es zeigt keine drohende Gefahr des Missbrauchs, auch allein deshalb nicht, weil es nicht mehr als eine Schlussfolgerung einer Moralansicht ist, die auch nicht mehr sein will als dieses, eine Moral und eine These der Theorie.

Allgemein ist es äußerst schwierig, derartige Argumente in eine rationale Prüfung einzuflechten, da sie nicht verifiziert werden können, ob sie tatsächlich zutreffend sind. Eine Diskussion über die realen Fakten kann nur anhand des Beispiels der Erfahrungswerte der Länder geschehen, in denen die Gesetzeserweiterung bereits eingeführt wurde, in diesem Fall, den Niederlanden.

Hier kommt man nicht umhin, erneut die Studienergebnisse vom Rummelink Report und von Van der Wal et al. aus den Jahren 1990 und 1995 zu Anfang anzuführen, die ergaben, dass im Jahre 1990 zweitausenddreihundert und im Jahre 1995 dreitausendzweihundert Menschen durch Euthanasie in den Niederlanden getötet wurden, davon im Jahre 1990 eintausend Menschen und im Jahre 1995 neunhundert Menschen ohne explizierten Wunsch, somit also keine Euthanasie Grundlage der Handlung war. Diese Zahlen verdeutlichen, dass aufgrund der mangelnden Kontrolle ohne gesetzliche Grundlage auch kein wirksamer Patientenschutz bestand. Dieses kann allerdings nicht als ein Argument des Missbrauchs gewertet werden, vielmehr bestand ein Problem der mangelnden gesetzlichen Fixierung als ein Problem in der Praxis. Hierauf wurde durch die Gesetzeserweiterung im Jahre 2002, die Schaffung der Überprüfungskommissionen und die SCEN Projekte aber vieles unternommen, um diesem entgegenzuwirken. Aber es treten neue Probleme auf, so in etwa die Bewertung der palliativen Sedierung, die als Möglichkeit der Handlung eines Arztes nicht an die entsprechenden Überprüfungskommissionen gemeldet werden muss. Allerdings besteht diese Gefahr auch in allen anderen Ländern. Es ist nicht ersichtlich, warum dieses Mittel des ärztlichen Handlungsspektrums als Gefahr in den Niederlanden bewertet wird und nicht in Deutschland oder Kanada. Hierzu wird angeführt, dass die Hemmschwelle aufgrund des gebrochenen Tötungstabus es notwendig macht, die palliative, oder in Deutschland genannte terminale Sedierung, als Gefahr zu bewerten.<sup>429</sup>

Abgesehen von der palliativen oder terminalen Sedierung zeigen die neusten statistischen Erhebungen, dass die Gesetzeserweiterung der Niederlande nicht zu einer Steigerung der Zahlen der in Anspruch

---

<sup>429</sup> Vgl. dazu J. Antoine, „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“ § 14 III 2, S. 296.

genommenen Hilfe beim Sterben in Form der ärztlichen Suizidbeihilfe oder der Euthanasie geführt haben. Ebenso ist die Zahl der gemeldeten Fälle deutlich gestiegen, was der besseren Kontrolle dient. Alles in allem hat sich die „Nachfrage“ nach einer aktiven Reaktion auf den Sterbewunsch nach der Gesetzeserweiterung im Vergleich zurzeit davor relativiert und rückläufig entwickelt. Das Eingrenzen in einen klar normierten gesetzlichen Rahmen, begleitet durch neue zusätzliche Sicherheit schaffende Mechanismen und Projekte führt dazu, **dass sich die Niederlande so vorsichtig wie möglich zum Thema verhalten.**

Dass Missbräuche in der Vergangenheit bestanden haben ist nicht von der Hand zu weisen, ist aber dahin gehend völlig irrelevant, da die Gefahr des Missbrauchs und der Willkür zu prüfen ist, die durch eine Gesetzeserweiterung entstehen würde, nicht die davor bestand. In diesem Punkt ist eindeutig und unmissverständlich deutlich zu machen, **dass diese Gefahr, basierend auf verifizierbaren Fakten nicht besteht.**

Anders verhält es sich mit dem kanadischen Umgang zum Thema, wo die Rechtmäßigkeit einer aktiven Reaktion auf den Sterbewunsch eines Patienten hin, anhand der Rechtsprechung in vielen Fällen Überprüfung gefunden hat. Hier ist es fraglich, ob ein derartiges Vorgehen in geeigneter Weise vor Missbrauch schützt. Es ist durchaus vergleichbar mit dem vor 2002 in den Niederlanden bestehenden Umgang. Fraglich ist, ob der Staat seiner Schutzpflicht ausreichend nachkommt und verfahrensrechtlich Vorkehrungen getroffen sind, um dieses in der Praxis umzusetzen. Verfahrensrechtliche Vorkehrungen würden dann bestehen, wenn der Staat präventive und organisatorische Vorkehrungen zum Schutz des Lebens aufstellen würde. Dieses geschieht in Kanada nicht, somit ist die rechtliche Lage dort letztendlich identisch mit der in den Niederlanden vor 2002. Sicherlich muss dieses mit Einschränkungen betrachtet werden, da die liberale Grundeinstellung der Bevölkerung nicht so weit reichend ist, wie in den Niederlanden. Demnach ist Kanada in der Gesamtdiskussion in etwa auf dem Stand, den die Niederlande um 1980 einnahm, mit einigen Grundsatzurteilen, keiner klaren politischen Äußerung, aber bereits mit dem Vorliegen und positiven, an bestimmte Bedingungen geknüpftes, Befürworten der nationalen Ärzteorganisation, jedoch ohne die exklusive Rolle der Ärzte dort.

Auch wenn in Kanada kein Grundrechtsschutz durch Verfahren besteht, da es an den notwendigen präventiven und organisatorischen Vorkehrungen mangelt, so ist dieses Konstrukt als ein potentielles zukünftiges Vorgehen grundsätzlich zu prüfen. Fraglich ist also, wie diese Vorkehrungen aussehen, die ausreichend Schutz herstellen können? Sicherlich muss die Freiwilligkeit des Patientenwunsches zu sterben bestehen, Missbrauch müsste ausgeschlossen werden und der Ausnahmecharakter dieser Maßnahme zudem deutlich sein und es müssten konkrete Bedingungen formuliert werden, wie unerträgliche Leiden oder eine aussichtslose Situation. Dieses wäre Voraussetzung, um den Schutz auch präventiv und organisatorisch zu gewährleisten. Darauf aufbauend, wenn dieses erfüllt wäre, kommt es zu einer Einzelfallentscheidung bezüglich der individuellen Sachlage. Hierbei wird ganz deutlich, dass die gleichen Voraussetzungen notwendig sind, um ausreichenden Patientenschutz herzustellen, die eine Gesetzeserweiterung im Normbestand auch aufnehmen würde, um Schutz zu gewährleisten. Das Argument des Grundrechtsschutzes durch Verfahren ist daher bezüglich des Themas ad absurdum geführt, denn wenn die Mechanismen hierbei Sicherheit leisten können, dann können sie dieses auch in einer grundlegenden Manifestierung im Normtatbestand der Gesetzeserweiterung. An die notwendigen Vorkehrungen sind daher die gleichen Maßstäbe geknüpft, wie bei der Prüfung des Eingriffsgesetzes.

Demnach besteht die Möglichkeit einer Gesetzeserweiterung und ist im Vergleich dem Mittel des Grundrechtsschutzes durch Verfahren vorzuziehen. Ebenso ist die Gefahr des Dammbrochs, des Missbrauchs oder der Willkür anhand der Erfahrungswerte der Niederlande als gering einzuschätzen. Grundsätzlich besteht sicherlich kein absoluter Schutz vor Missbrauch, aber das ist kein neues Phänomen dieser Diskussion. Solange aber das Möglichste getan wird, um dem entgegen zu wirken, kann nicht von einer Einschränkung des Rechts auf Leben durch eine Gesetzeserweiterung gesprochen werden.

### **2.3.1 Rechtfertigung eines Eingriffes durch Staat und Rechtsprechung<sup>430</sup>**

Als Ausgangspunkt an dieser Stelle steht das Verbot der Tötung auf Verlangen und die Frage nach den Rechtfertigungsgründen dieses staatlichen Eingriffs, welches unter Umständen unverhältnismäßig in die Rechte des jeweils Betroffenen eingreifen könnte. Als Prüfung hierzu seien dogmatisch zunächst die Fragen zu klären, ob der Eingriff einen legitimen Zweck verfolgt, der gleichzeitig als legitimes Mittel anzusehen ist und ob überhaupt eine Erforderlichkeit vorliegt.

#### **2.3.1.1 Legitimer Zweck**

Durch ein gesetzlich normiertes Verbot vonseiten des Staates, eine andere Person durch eine Handlung aktiv am Sterbeprozess zu beteiligen, bedient sich der Staat der Einschränkung durch das Strafrecht, welches als angemessen anzusehen ist, da strafrechtliches Sanktionieren als Mittel zum Zweck üblich ist, um das potentielle Schutzgut des Rechts auf Leben umfassend und restriktiv schützen zu können.<sup>431</sup> Allerdings kann ein Eingreifen aufgrund drohender Verletzung einer Schutzpflicht nicht gleichzeitig aus Freiheitsschutz und andererseits aufgrund einer Freiheitsbeschränkung begründet werden und eine Pflicht einen Menschen, der den Wunsch äußert zu sterben, dieses zu untersagen und ihn quasi vor sich selbst zu schützen, ist nicht legitim. Einziger Rechtfertigungsgrund wäre eine potentielle Gefährdung des Gemeinwohlinteresses der Gesellschaft. Dieses wurde zuvor bereits angesprochen, nicht aber endgültig geklärt.

Festzuhalten ist hier zunächst, dass das Leben generell kein Gemeinschaftsgut darstellt, sondern ein in seiner Art nach frei verfügbares und bestimmbares Gut individueller Entscheidungsfreiheit. Da aber die Tötungshandlung durch eine andere Person vorgenommen wird, könnte eine Schutzbedürftigkeit begründet werden aufgrund der Tatsache, dass im Gegensatz zur Selbsttötung, eine Abwägung von Für und Wider nicht objektiv genug geschieht und der Sterbewillige seine

---

<sup>430</sup> Dieser beschriebene Punkt der gesetzlichen Normierung setzt darüber hinaus voraus, dass auch Ärzte dazu bereit sind, innerhalb des neu geschaffenen Handlungsspielraums zu agieren.

<sup>431</sup> Vgl. BVerfGE 39, 1 (46); 27, 18 (29); 45, 187 (253).

Entscheidungsbefugnis unter Umständen sogar nur defizitär ausüben kann.<sup>432</sup> Somit bezieht sich die Schutzbedürftigkeit nicht nur auf den Schutz des Lebens generell, sondern auf den ungewünschten aber drohenden Verlust des Lebens, aufgrund der potentiell eingeschränkten Entscheidungsfreiheit durch die Abgabe der Verantwortung für die zum Tode führenden Handlung an eine andere Person und damit zum möglichen Missbrauch. Dieser Missbrauch könnte zum Beispiel die Gefahr sein einen strafrechtlich klar normierten Mord oder Totschlag zu einem Akt des aktiven Handelns auf Wunsch des Patienten zu machen. Ebenso besteht die Gefahr, dass aus Ausnahmen, in denen die Tötung aufgrund ausdrücklichen Verlangens legitim wäre, eine Ausweitung auf weniger eindeutige Entscheidungen geschieht.<sup>433</sup> Hierzu ist festzuhalten, dass eine Einschätzung staatlicherseits, ob die Gefahr besteht, dass Einzelfälle zu generellen Verhalten führen, wodurch die Gefahr eines Missbrauchs bestehen könnte, da ein strafrechtliches Delikt unter dem Deckmantel der Beihilfe beim Sterben im Sinne und nach dem Wunsche des Patienten umgewandelt wird, überhaupt nicht möglich ist. Für eine objektive Einschätzung dieser Aussagen vor eventuellen Missbrauch müssen Informationen vorhanden sein, um hieraus ein staatliches Eingreifen zu rechtfertigen. Fraglich ist, ob die potentielle Verletzungsgefahr einer Handlung die Normierung eines Gesetzes als Möglichkeit diesem vorzubeugen, ausreichend ist.<sup>434</sup> Für ein Eingreifen spricht sicherlich, dass dem Gesetzgeber ein Einschätzungsspielraum zukommt, der nicht zuletzt durch die hohe Schutzbedürftigkeit des Rechtes auf Leben durchaus als legitim angesehen werden könnte. Gegen einen Eingriff spricht die zum Teil recht subjektiv wirkende Begründung einer Missbrauchsfahr.

---

<sup>432</sup> So auch Rixen, in „Lebensschutz am Lebensende“, S. 374 zur Abtretung des Willens an den Arzt.

<sup>433</sup> Hier rückt das in der Literatur viel zitierte und diskutierte Argument der „Dammbruchgefahr“ erneut in den Fokus.

<sup>434</sup> Als weiteres Argument zur Vervollständigung seien noch Befürchtungen angeführt, dass eine Aufhebung eines generellen Fremdtötungsverbotes dazu führen könnte, dass Patienten in der gleichen Situation ängstlich reagieren könnten, in Zwangslagen führen, wodurch finanzieller Druck hervorgerufen werden könnte oder eine gesamtgesellschaftliche Irreführung des Begriffes Autonomie geschehen könnte (Vgl. hierzu u.a. Antoine, „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“, § 19 III 7, S. 380). Eine Störung und das Aufhebens des Vertrauens des Arzt-Patienten Verhältnisses werden ebenfalls genannt.

Es wird im Ergebnis aber verständlich warum unter anderem ein Verbot der Tötung auf Verlangen in den entsprechenden strafrechtlichen Vorschriften verankert ist und warum der Europäische Gerichtshof im Fall Diane Pretty dieses bestätigte.

Eine endgültige Klärung der eventuellen Objektivität der Gründe soll hier aber nicht weiter geführt werden, da dies in einer Flut von Argumenten ersticken würde. Interessanter ist aber die Frage inwieweit ein generelles Verbot der Tötung aufgrund ausdrücklichen Verlangens überhaupt erforderlich ist.

### **2.3.1.2 Erforderlichkeit des Eingriffs**

Die Frage der Erforderlichkeit beruht auf der These, dass der Staat nicht derart restriktiv eingreifen muss, wenn andere, mildere Mittel zur Zweckverfolgung ebenfalls vorhanden wären, die die gleiche Effektivität besäßen.<sup>435</sup> Ein generelles und absolut wirkendes Verbot gegen ein aktives Eingreifen auf Wunsch eines Menschen durch ein Gesetz, unterstützt durch eine in diese Richtung bestätigende Rechtsprechung, wirkt restriktiv. Andere Mittel, ohne überhaupt auf die Frage der Gleichwertigkeit der Effizienz abzustimmen, sind auf dem ersten Blick nicht ersichtlich und würden daher eine Erforderlichkeit einer gesetzlichen Manifestierung eines Tötungsverbotes durch medizinisches Handeln auf Wunsch eines Patienten genügen.<sup>436</sup>

### **2.3.2 Zwischenergebnis**

Ungeachtet der zuvor aufgeworfenen Schwierigkeiten kann aber an dieser Stelle festgehalten werden, dass das Aufheben eines generellen Verbotes der Tötung auf Verlangen negative Konsequenzen nach sich ziehen könnte und nicht zuletzt staatstheoretisch eine Verletzung darstellen würde.

Das generelle Verbot der Tötung auf Verlangen durch eine andere Person, stellt zwar einen ungerechtfertigten Eingriff in die Autonomie des

---

<sup>435</sup> Pieroth/Schlink, Grundrechte Staatsrecht 2 (Aufl. 21), Rn. 285.

<sup>436</sup> Dieses ergibt sich u.a. auch aus der dem Staat obliegenden Einschätzungsprärogative, die eine Entscheidungsfindung über die Erforderlichkeit im Zweifel immer auf Seiten des Gesetzgebers sieht (was einen Bestandteil der Gewaltenteilung darstellt). Vgl. hierzu auch Pieroth/Schlink, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 287.)

Sterbewilligen dar, der Norm an sich kann aber nicht ihr eigentlicher Schutzzweck aberkannt werden, dessen Aufrechterhaltung zwingend notwendig ist, so dass die Erforderlichkeit zwar grundsätzlich gegeben ist, eine Rücksichtnahme auf Einzelfälle aber auch der menschenwürdigen Durchführung der Autonomie in Form der praktischen Umsetzbarkeit des Sterbewunsches bei allen übrigen Menschen, nicht geschieht.

#### **2.4 Potentielle Gefahren einer Legalisierung**

Fraglich ist, inwieweit auch gesetzlich normierte Ausnahmen zu immer weiteren Ausnahmen und zu einem allgemeinen Verwischen von Grenzen führen können. Dieses Argument ist das wohl wichtigste Argument der Gegner von aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende.

Es wird argumentiert, dass eine auch im sehr engen Rahmen gehaltene Legalisierung von aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche, z.B. beim Vorhandensein einer unheilbaren Krankheit, unter Umständen dazu führen könnte, dass diese Ausnahmefälle Anwendungsbeispiele für wieder andere Ausnahmen bilden.

In den Niederlanden ist die Tötung auf Verlangen durch einen Arzt straffrei, soweit die benannten Kriterien und Sorgfaltspflichten eingehalten werden. Ein hier beschriebenes Kriterium ist die Unerträglichkeit von Leiden, ein Argument, welches durchaus subjektive Bewertungen zulassen könnte. Die Einstufung der Leidensintensität soll zudem laut dem Gesetzeswortlaut von einem Arzt begründet werden. Ein Arzt wiederum, der zwar in Kenntnis der Krankheit und deren Symptomen ist, ist allein deshalb aber nicht direkt befähigt, über ein Stadium von Leiden zu entscheiden. So wird in der Regel eine subjektive Patientenaussage zum Maßstab der Entscheidung des Arztes, um den Normtatbestand des Gesetzes zu erfüllen.<sup>437</sup> Verwiesen sei hier auf den im Ländervergleich dargestellten Brongersma Fall, indem der Entscheidungstatbestand des Gerichts darin begründet lag, festzulegen, ob Lebensmüdigkeit eine Form des unerträglichen Leidens war. Der Hoge Raad verneinte dies zwar und

---

<sup>437</sup> Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Gefahr einer Ausweitung auch dahingehend besteht, dass in den Niederlanden potentielle alternative Behandlungsmöglichkeiten, nicht aber Behandlungsmöglichkeiten mit realen Erfolgsaussichten, von vorne herein ausgeschlossen werden, wenn der Patient dieses nicht will.

forderte eine klare medizinische Definition. Die KNMG jedoch nahm dies zum Anlass eine Kommission einzuberufen, die das Thema „Leiden am Leben“ einer erneuten Prüfung unterziehen sollte. Es wird hieraus deutlich, dass ein bestehender Tatbestand, der in vermeintlich festen Grenzen verläuft, auch in seiner besonderen Garantenstellung als Ausnahmetatbestand immer Definitions- und Argumentationsspielraum in eine andere, nicht bezweckte Richtung, ermöglicht. Hierzu ist festzustellen, dass jede strafrechtliche Norm einen Ausnahmetatbestand darstellt, in der Form, dass sie Handeln sanktioniert was nicht regelkonform ist. Zudem sind Gesetzeserweiterungen zum Erfassen immer neuer Ausnahmetatbestände keine Seltenheit. Natürlich darf dieses nur dann geschehen, wenn die notwendige Sicherheit stets berücksichtigt wird. Neben einer präzisen Formulierung des Tatbestandes und dessen Sanktionen, kommt diese Aufgabe der Jurisprudenz zu. So kann eine Ausnahmesituation durchaus auf dem Rechtswege gerichtlich und damit im Einklang mit dem Normtatbestand des Gesetzes stehen, dies verleiht der getroffenen Entscheidung aber noch lange keine allgemeingültige Bindungswirkung. Selbstverständlich können aus Einzelfällen Präzedenzfälle werden, aber nur dann, wenn die gleichen Voraussetzungen und Bedingungen im Sachverhalt vorliegen. Bei Entscheidungen am Lebensende sind diese aber äußerst facettenreich und eine Krankheit kann nicht mit anderen Krankheiten verglichen werden. Sogar beim Vorliegen des gleichen Krankheitsbildes kann es zu unterschiedlichen Verläufen der Krankheit kommen, die immer zwingend individuell behandelt, aber im Falle eines geäußerten Sterbewunsches, auch unterschiedlich beurteilt werden müssen. Ebenso wichtig ist die Annahme, dass jedes Individuum in seinem individuellen Kontext unterschiedlich ist und somit auch unterschiedlicher Betrachtungsweisen bedarf.

Angenommen das Strafrecht sieht nun einen Ausnahmetatbestand für aktives Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten vor und der vorliegende Fall ist nicht eindeutig durch das Gesetz geregelt, so dass der Rechtsweg beschritten würde und es zu einer höchstrichterlichen Entscheidung in der Form kommt, dass ein Patient mit einer bestimmten Krankheit sterben darf und sein Wunsch konform mit dem Gesetzestatbestand ist, dann heißt dieses nicht, dass jeder Patient mit dieser

Krankheit das gleiche Recht besitzt, auch sterben zu dürfen. Eine Ausnahme bildet daher noch lange keinen Präzedenzfall und muss auch nicht zwingend zu einer immer weiter gefassten Ausnahme führen, da ein Kerntatbestand gesetzlich normiert ist, den es zu beachten gilt und je enger die Grenzen dieses Tatbestandes gefasst sind, desto weniger individuelle Entscheidungsspielräume bilden sich darum.

Fraglich ist, ob die Tatsache, dass ein Arzt in die Verantwortung bei aktiven Entscheidungen am Lebensende gezogen wird, eine Gefahr für den Standesethos der Ärzteschaft bildet und damit einhergehend eine Gefahr für das Arzt-Patienten-Verhältnis.

In den Niederlanden hat die Ärzteschaft unter Federführung der KNMG, nach ersten Urteilen, das aktive Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten als vereinbar mit dem Berufsbild und den Handlungsaufgaben des Arztes gesehen. In Kanada sehen 37 % der Ärzte dieses als generell gegeben an und ein weiterer Großteil in Ausnahmesituationen. In Deutschland sprechen sich 25 % der Ärzteschaft für ärztliches Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten aus, in Einzelfällen können es sich 30 % der befragten Ärzte vorstellen, aus menschlichen Gründen Hilfe beim Sterben zu leisten.<sup>438</sup> Diese Zahlen zeigen, dass eine Grundbereitschaft in der Ärzteschaft bestehen dürfte, auf Sterbewünsche zu reagieren und somit das Berufsbild eines Arztes als nicht gefährdet sehen. Eine absolute Meinungsgleichheit aller Ärzte ist in dieser Frage sicherlich auch undenkbar, aber auch nicht notwendig. Auch in den Niederlanden ist nicht jeder Arzt dazu bereit, Hilfe beim Sterben zu leisten, ob aus persönlicher Überzeugung oder Motivation, oder weil er diese Aufgabe als nicht vereinbar mit dem ärztlichen Ethos sieht. Es ist hierbei trotzdem ausreichend, dass ein nicht geringer Teil der Ärzteschaft das Modell der Hilfe beim Sterben stützt, um die praktische Umsetzbarkeit gewährleisten zu können. Es erscheint aber angebracht, in jeder Diskussion in diesem Kontext, darauf aufmerksam zu machen, dass aktives Reagieren auf Entscheidungen am Lebensende keine normale medizinische Handlung ist, nur weil ein Arzt diese durchführt. Diese Abgrenzung würde dazu

---

<sup>438</sup> Kirschner, R.; Elkeles, Th. (1998). Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. Eine Repräsentativbefragung unter Ärzten. Gesundheitswesen 60: 247-253.

beitragen, dass Missverständnisse in der Bevölkerung bezüglich ärztlicher Aufgaben vermieden werden. Im Allgemeinen sieht die Bevölkerung in diesem Zusammenhang nur wenige Probleme, so sind am Beispiel von Deutschland aus dem Jahre 2001 5,3 % der Bevölkerung für die Beihilfe zur Selbsttötung und 61,3 % für aktive Sterbehilfe auf Verlangen von unheilbar kranken Patienten.<sup>439</sup> Demnach scheint auch hier der ärztliche Standesethos als nicht verletzt, was auch am Beispiel der Niederlande gestützt wird, in denen es nach der Einführung der Gesetzeserweiterung im Jahre 2002 zu keinem mess- und wertbaren Vertrauensverlust der Patienten zu ihren Ärzten gekommen ist.

### **3. Der gesellschaftliche Umgang**

Der gesellschaftliche Umgang in den drei Ländern ist bestimmt durch den von Rechtsprechung und Politik und Geschichte geprägten Umgang mit dem Thema. In Deutschland kommt hierzu eine Meinungsposition der Kirchen, da die Neutralität der Gesellschaft zur Religion nicht derartige Bestandkraft hat, wie z.B. in den Niederlanden oder Kanada. Obschon in Kanada religiöse Gründe von Seiten der Ärzteschaft angeführt werden, sich gegen aktive Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten auszusprechen, so bezieht sich dieses eher auf eine subjektiv ethische Frage der Vertretbarkeit sowie den Glauben an sich, losgelöst von einer durch die Kirche geprägten eigenen Positionen, wie in Deutschland.

#### **3.1 Unter Einfluss des Rechts**

Die Prägung des Meinungsbildes durch die Rechtsprechung erfolgte in den Niederlanden durch eine eindeutige Position der Gerichte. So wird beim Blick auf die Rechtsprechungsübersicht deutlich, dass sich eine Tendenz bereits in den späten sechziger Jahren entwickelte, dessen die im Folgenden getroffenen Gerichtsentscheidungen sich stetig weiter entwickelten. Dieser mit Beständigkeit in die gleiche Richtung entwickelten Haltung zum Thema, kam eine gesellschaftsrelevante Außenwirkung zu, aufgrund derer sich eine Strömung entwickelte, die

---

<sup>439</sup> Schröder, C.; Schmutzer, G. et al. (2003). Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. Psych Med 53: 334-343.

positiv dem aktiven Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten gegenüberstand. Die Sogwirkung der Gerichtsentscheidungen führte gesellschaftlich zu einer Enttabuisierung des Themas. Eine liberale fanden der Gerichte symbolisierte gleichzeitig Sicherheit und Bestätigung in einer Meinung zu finden, da juristisch vertretbare und durch die Jurisprudenz verifizierte Ansichten grundsätzlich hohe Akzeptanz und Rückendeckung der Bevölkerung finden. Gleichwohl hätte dieses auch positive Auswirkungen auf die Festigung der Rolle des Arztes im Gesamtkonstrukt, welche er in einer demokratischen Gesellschaft einnehmen und Hilfe beim Sterben in einem gesetzlichen Ausnahmetatbestand normieren würde.

Ähnlich verhält sich dieses auch in Kanada. Allerdings ist es dort nicht so deutlich ausgeprägt wie in den Niederlanden. Zurückführen lässt sich dieses auf die autonome Gerichtsbarkeit der einzelnen Provinzen. Unterschiedliche Urteile gründen hier auf unterschiedlichen „provinzialen“ Ansichten zum Thema. Als Beispiel sei hier die deutlich liberalere Haltung des obersten Gerichts der Provinz Quebec im Gegensatz zu der Ontarios angeführt. Hinzukommt, dass eine provinzialisch getroffene Entscheidung wenig Sog- oder Bindungswirkung für die Bevölkerung einer anderen Provinz innehat.<sup>440</sup> Allerdings erging vom Supreme Court of Canada in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Entscheidungen mit ganzheitlicher Wirkung für Kanada und damit auch für die Gesellschaft. Das liberale Entscheidungsverhalten der Gerichte in Kanada kommt denen in den Niederlanden allerdings noch nicht gleich. Der Entwicklungsprozess ist deutlich langsamer, somit folglich auch der Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft. Grundsätzlich ist aber eine Neigung in der Gesellschaft hinsichtlich einer positiven Haltung zum Thema zu erkennen. Es wird erneut deutlich, welchen Vorbildcharakter einer liberale Rechtsprechung im gesellschaftlichen Kontext zukommt.

#### **4. Zusammenfassung**

Zusammenfassend sollen die Ergebnisse, der in der Arbeit behandelten Thematik, nochmals betrachtet werden. Dieses wird ergänzt durch einen

---

<sup>440</sup> Zu erwähnen sie hier am Rande die Bestrebungen Quebecs nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit, „Je me souviens“. Eine Ansicht die in den übrigen Provinzen Kanadas umstritten ist. Somit wird eine vom Supreme Court of Quebec ergangene Entscheidungen auch wenig Vorbildwirkung auf die anderen Provinzen besitzen.

ausgearbeiteten Vorschlag zu einer potentiellen Gesetzeserweiterung. Aufgrund der Informationen aus dem Ländervergleich ist es möglich zwischen der bestehenden niederländischen Regelung und den Nichtregelungen bezüglich Gesetzeserweiterungen in Deutschland und Kanada Erfahrungen im Umgang einander gegenüber zu stellen und abzuwägen, so dass sich im Endeffekt ein Beispiel bildet, welches Vorteile vereint und Nachteile, besonders in Form von Gefahren, vermeidet. Dargestellt wird im Folgenden die Antwort auf die neunte Kernfrage der Einleitung:

**Was ist der am Besten geeignete Weg, für unmittelbar Betroffene, sowie für die Ausgestaltung der Legislative – ermöglicht ein Querschnitt aus den Länderperspektiven „den geeigneten“ Weg? – Wie sieht dieser aus?**

Ein selbstbestimmtes Entscheiden über den eigenen Körper ist grundlegendes Recht des Menschen und wird durch den grundrechtlich verankerten Schutz der Würde und der Freiheit des Menschen gewährleistet. Bezüglich Entscheidungen am Lebensende gilt hierbei, dass das Recht auf autonomes Entscheiden eines Patienten im Leben, als auch am Lebensende gesichert sein muss. Gerade bei Entscheidungssituationen am Lebensende, gewährt die Autonomie sogar einen Schutz vor Eingriffen anderer. Zu beachten hierbei ist aber zwingend, dass ärztliche Eingriffe stets einer Einwilligung bedürfen, in Annahme eines voll einwilligungsfähigen und aufgeklärten Patienten. Dieses gilt für medizinisch indizierte und notwendige Eingriffe, ebenso wie für potentielle Eingriffe bezüglich Entscheidungen über Lebensverlängerungen oder Sterbehilfe. Hinzu kommt das Vorhandensein der Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Die Einwilligungsfähigkeit versteht sich hierbei als Entscheidungsfähigkeit, geknüpft an natürliches Urteils- und Einsichtsvermögen, zudem wäre die Aufklärungspflicht des Arztes zwingend zu erfüllen, der nicht nur den aktuellen Zustand des Patienten umfasst, sondern zudem alternative Behandlungsmöglichkeiten und vor allem Konsequenzen eines Sterbewunsches aufzeigen und verdeutlichen muss. Der Widerruf des Patientenwunsches muss jederzeit

möglich sein.

Resümierend hat sich weiter ergeben, dass der Patientenwunsch nach Euthanasie an sich, wie zuvor beschrieben, als solches akzeptiert werden muss. Hieraus lässt sich aber nicht ableiten, dass aus dem Wunsch auch ein Recht des Patienten und damit gleichzeitig eine Pflicht des Arztes entsteht. Es gibt kein Recht auf Euthanasie in den Niederlanden, auch nicht auf die Hilfe bei der Selbsttötung aus Sicht des Patienten, ebenso wie keine ärztliche Pflicht existiert, weder gesetzlich noch standesethisch, dass Ärzte zu Euthanasie zwingend bereit sein müssen. Dieses ergab die Darstellung des Ländervergleichs. Dort wird ebenso ergänzt, dass dieses auch mit der Darstellung der KNMG deckungsgleich ist, die Euthanasie klar vom normalen ärztlichen Handeln abgrenzt.

Für den Dreiklang zwischen Patient, Arzt und Staat bedeutet dies eine eindeutige Verteilung der Aufgaben und Befugnisse, eben derart, dass ein Patient im Innenverhältnis mit dem Arzt Euthanasie nicht einfordern kann. Es ist Aufgabe des Staates dafür zu sorgen, wie in den Niederlanden geschehen, dass kein Recht entsteht, lediglich ein klar normierter auf Freiwilligkeit des Arztes begründeter Ausnahmezustand. Wie erwähnt in der Landesposition der Niederlande würden nach Van der Wal ungefähr 10 % der niederländischen Ärzte niemals Euthanasie oder Hilfe bei der Selbsttötung leisten sowie ein weiterer Prozentsatz an Ärzten, die sogar eine Überweisung des Patienten mit geäußertem Sterbewunsch an einen Kollegen, nicht vornehmen würden.

Die Freiwilligkeit in der Entscheidungsfreiheit des Patienten sollte demnach ebenso selbstverständlich sein, wie die Freiwilligkeit der Entscheidung des Arztes, Euthanasie durchzuführen oder nicht. Es verdeutlicht zudem die Sonderstellung des Erfüllens von Sterbewünschen, dass der Arzt stets die am besten geeignete Person darstellt, nicht aber in dieser Stellung als Garant für einen Durchführungszwang dazu verpflichtet werden kann. Dieses würde zum einen die Folge haben, dass die Entscheidungskompetenz des Arztes vom Patienten untergraben und er lediglich eine ausführende Person wäre. Zum anderen würde es darüber hinaus bedeuten, dass Euthanasie als „normale“, durchaus von einem Arzt einzufordernde Leistung angesehen werden könnte, ebenso wie das Ausstellen eines Rezeptes. Schutz hiervoor bietet ein staatlicher Eingriff in

Form einer exakten gesetzlichen Formulierung, es empfiehlt sich sogar eine Nennung dessen in einer potentiellen gesetzlichen Erweiterung, um Missverständnissen vorzubeugen.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass ein Patient nicht das Recht hat, Hilfe beim Sterben oder Beihilfe zum Sterben zu verlangen. Jedoch besteht die Möglichkeit einem Arzt unter gewissen Umständen Straffreiheit zu gewähren, wenn er dazu bereit ist, freiwillig und unter exakter Achtung der Qualitätsstandards und Sorgfaltspflichten, dieses durchzuführen.

Obschon der Tatsache, dass Euthanasie weder Patientenrecht noch Arztpflicht ist, um die notwendige Freiwilligkeit beidseitig zu erhalten, so hat die Analyse des Ländervergleichs und die medizinethische Darstellung ärztlichen Handelns ergeben, dass der Arzt die geeignete Person ist, um auf Sterbewünsche zu reagieren. Er ist aufgrund seiner fachlichen Qualifikation gleichfalls geeignet, höchstmögliche Sicherheit gewährleisten zu können. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient orientiert sich allerdings an anderen Standards als eine medizinisch notwendige Maßnahme. Eine medizinisch gebotene Maßnahme ist demnach eindeutig von Euthanasie und der Hilfe beim Sterben abzugrenzen. Darüber hinaus sollte die Bilateralität des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient bestehen bleiben und nicht durch eine weitere Person, z.B. in Form eines Richters, erweitert werden. Das zweiseitige Verhältnis zwischen Arzt und Patient sollte in aller Generalität aber unberührt bleiben. Die Beurteilungsmöglichkeiten des Arztes sind ausreichend, um Sicherheit zu gewährleisten und fördern das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Dieses steht konträr zur Stellungnahme und Empfehlung des UN Komitees für Menschenrechte aus dem Jahre 2009, die die Einbeziehung eines Richters anraten, um zusätzlichen Patientenschutz zu gewährleisten. Fraglich ist, ob ein Richter überhaupt geeignet erscheint, Sicherheit zu gewährleisten, auf einem Gebiet, in dem eine rein medizinische Beurteilung eines Patientenzustandes gefordert wird. Sicherlich ist es die übliche Aufgabe eines Richters in sämtlichen Sachlagen, auch auf komplizierten und fremden Fachgebieten, eine Entscheidung zu treffen, warum aber sollte ein Richter den Leidens- bzw. Schmerzzustand eines Patienten im Falle einer

Entscheidung am Lebensende anders beurteilen als ein dafür fachspezifisch besser ausgebildeter Arzt, der zudem Beratung von einem weiteren Arzt erfährt? Im Gegenteil könnte eine weitere Person eher eine störende Wirkung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben, in der ein Vertrauensverhältnis Grundlage für informierte und einvernehmliche Entscheidungen bildet. Ein Richter als prüfende Instanz, der im Nachhinein an ein durchgeführtes Verfahren tätig wird, ist sicherlich angebracht, in Fällen, die dazu Anlass geben, dass gegen bestehendes Recht verstoßen wurde, so wie es auch in anderen Rechtsbereichen geregelt ist. Jedoch sollte seine Kompetenz nicht als regulierendes Element in die bilaterale Beziehung zwischen Arzt und Patient eingreifen. Dieses erscheint weder förderlich noch notwendig.

Um an das zuvor Gesagte anzuknüpfen, muss auf das im Ländervergleich beschriebene Problem eingegangen werden, inwieweit der Arzt als geeignete Person den Wunsch nach Euthanasie erfüllen muss, gegen seinen eigentlich obliegenden Heilauftrag verstoßen würde. Der Heilauftrag des Arztes, jeden Patienten pflichtgemäß zu behandeln, um das Leben und die Gesundheit zu schützen resultiert aus der Tatsache, dass Menschen ein eindeutiges Interesse an ihrem Leben und ihrer Gesundheit haben. Wenn ein Arzt einem Patienten aber nicht mehr helfen kann, weil dieser entschieden hat, nicht mehr Leben zu wollen, so geht auch der ursprüngliche Heilauftrag verloren, weil nicht geholfen werden kann, wo keine Hilfe erwünscht ist. Gleichwohl ist das Argument der Unvereinbarkeit mit dem Heilauftrag kein Ausschlussargument der Ärzte in der Diskussion, da sie, wie bereits eingehend erläutert, aufgrund ihrer fundierten Ausbildung und der damit gewonnenen fachlichen Kenntnis der Materie und ihren Erfahrungen, der am besten geeignete Personenkreis ist, um Hilfe beim Sterben zu leisten. Hinzugefügt zum ärztlichen Heilauftrag sei noch, dass der Heilauftrag in einer ganzen Reihe anderer Fälle ebenfalls nicht besteht und die Handlung dennoch ärztlicherseits vorgenommen wird, wie z.B. die Sterilisation, die gesetzmäßige Abtreibung oder auch die Schönheitsoperation ohne erkennbaren medizinischen Grund. Insbesondere sei hier das zuletzt Genannte in den Fokus zu nehmen und ergänzend erwähnt, die Präskription von Contraceptiva, die Schönheitsoperation ohne medizinischen Grund, woraus resultieren würde, dass kosmetische

Chirurgie ohne medizinisch-legitimierte Indikation stattfinden würde. Hier erklären sich Ärzte bereit im Sinne des Patienten seinen Wunsch zu erfüllen, Autonomie zu gewährleisten und ärztliches Handeln als vereinbar mit dem Heilauftrag anzuerkennen.

Unabhängig dessen wurde im Verlaufe der Arbeit deutlich, dass es keine flächendeckende Übereinkunft der Ärzte gibt, Hilfe beim Sterben zu leisten. Persönlich motivierte Gründe müssen hierbei akzeptiert werden, um die Freiwilligkeit des Systems weiter gewährleisten zu können. Grundsätzlich ist es zudem nicht notwendig, eine einhundertprozentige Zustimmung der Ärzteschaft zur Euthanasie zu verfolgen.

Nachdem die Rolle des Arztes, des Patienten und die Beziehung der beiden zueinander bei Entscheidungen bezüglich der Lebensbeendigung geklärt wurden, muss abschließend noch betrachtet werden, welchen Einfluss und welche Position der Staat in diesem Verhältnis einnimmt. Hierzu ist besonders auf die Rechtsprechung des EGMR abzustellen, der auf der einen Seite das Recht auf Selbstbestimmung, auch bei Lebensbeendigungsentscheidungen, als vertretbar mit der EMRK ansieht, zum anderen aber deutliche Grenzen zieht, bei der Aufgabe der staatlichen Eingriffsmöglichkeiten. Allem voran ist auch bei dieser Betrachtung erneut der Patient in den Fokus zu rücken und seine Autonomie, seinen Sterbewunsch erfüllt zu bekommen. Die Achtung der Autonomie ist wie bereits gesagt, das Recht der Person, Entscheidungen zu treffen, die nach seinem subjektiven Wertegehalt begründet erscheinen. Inwieweit also sind Selbsttötung, Beihilfe zur Selbsttötung oder der Tötung auf Verlangen, alles Ausdrücke der Patientenautonomie, vereinbar mit staatlichen Schutzpflichten?

Dass der Suizid rechtlich vertretbar ist, wurde bereits eingehend geprüft. Dieses reicht aber nicht aus, um über Entscheidungen am Lebensende zu diskutieren, da ein Suizid keine adäquate Wahlmöglichkeit für einen Patienten bildet. Gleichsam ist es äußerst fraglich, ob der Suizid die notwendige Würde impliziert. Daher rückt die Tötung durch eine andere Person, den Arzt, ins Zentrum. Und hier entsteht die Diskussion über die Schutzpflicht des Staates, da jede Hilfe beim Sterben immer eine Fremdtötung darstellt. Somit ist es unumgänglich, dass die Hilfe beim Sterben stets dem Fremdtötungsverbot unterliegt. Allerdings liegt die

Lösung dieses Problems auf der Hand, betrachtet man den niederländischen Umgang mit dem Thema. Denn auch dort ist die Tötung einer anderen Person nach wie vor strafrechtlich sanktioniert, lediglich ein Ausnahmetatbestand ermöglicht es, dass auf der einen Seite die Patientenautonomie gewahrt ist und auf der anderen Seite auch der Staat seine Schutzpflichten erfüllt, das Leben zu schützen, indem er eine Fremdtötung in aller Generalität unter Strafe stellt. Die Rolle des Staates ist und bleibt im niederländischen System gewahrt und der formierte Ausnahmetatbestand obliegt wiederum auch einer Schutzbedürftigkeit, welche durch das Einrichten von Sicherheitsmechanismen und das Achten höchstmöglicher Sorgfalt, um Missbrauch zu vermeiden, erfüllt wird. Dort wird ein Weg aufgezeigt, wie ein Euthanasiesystem funktionieren kann, jedoch nicht ohne Schwierigkeiten. Größte Schwierigkeit hierbei ist die Gewährleistung ausreichender Sicherheit und die Kontrollierbarkeit des Systems, was zu erneuten Problemen z.B. hinsichtlich Meldepflichten von Ärzten und dessen Vertretbarkeit mit internationalen Bestimmungen führen kann. Der Weg der Gesetzeserweiterung ist aber nicht grundsätzlich rechtswidrig, er verdrängt zudem den Weg der Einzelfallentscheidung durch Verfahren, da dieses obschon der gleichen Ausgestaltung und des Ergebnisses, schwieriger umsetzbar ist.

Die Patientenautonomie, die zu Beginn der Arbeit als Ausgangspunkt dargestellt wurde, erscheint nun als Ziel. Ein Ziel, welches durchaus vereinbar erscheint mit staatsrechtlichen Schutzpflichten. Immer wieder tauchte hierzu das Wort des Dammbrochs bei Kritikern der niederländischen Gesetzeserweiterung oder bei Gegnern der Grunddiskussion in Deutschland oder Kanada auf. Wie bereits ausführlich im dritten Teil der Arbeit hergeleitet, illustriert das Beispiel der Niederlande kein Dammbrochargument, im Gegenteil entkräftet es dieses, durch statistische Erhebungen, die hinzugewonnene Sicherheit eben durch das neue Gesetz begründet. Es muss aber auch festgehalten werden, dass mögliche Gefahren immer entstehen können und kein neues Phänomen dieser Diskussion sind, wenngleich es ernst genommen werden muss. Dieses zu beachten und hinzuweisen auf mögliche Lücken und Engstellen im System und eine konstruktive Vorsicht jedoch, sind mehr positiver

Schutz zur Gesamtsicherheit, als sich gegen eine Regelung auszusprechen. Im Gegenteil scheint nur durch das Einführen einer gesetzlichen Erweiterung die Wahrung der Patientenautonomie erfüllbar.

Darüber hinaus ist aber auch zwingend zu beachten, dass das Thema seine Grenzen sucht. Das Bestreben, das System so sicher wie möglich zu gestalten ist notwendiges Kriterium, damit es überhaupt funktionieren kann. Die hierfür notwendigen Sicherheitsmechanismen und Sorgfaltskriterien, die z.B. das Gesetz in den Niederlanden umschreibt, sind zugleich weit reichend und eng gefasst, so ermöglichen sie, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben, ermöglicht aber nicht jeden beliebigen Sterbewunsch. Ein aktuelles Bestreben der Vereinigung „Aus freiem Willen“<sup>441</sup> in den Niederlanden richtet sich auf Sterbehilfe für Menschen über dem siebzigsten Lebensjahr. Grundvoraussetzung sei einzig und allein das Alter und der freie Wille. Ist dies gegeben und wird der Sterbewunsch darüber hinaus als authentisch, stimmig und nachvollziehbar angesehen, so sollte die Hilfe bei der Selbsttötung für niederländische Staatsbürger möglich sein. Darüber hinaus ist die Initiative bestrebt, Ärzte aus der Verantwortung zu nehmen und die Aufgabe des assistierten Suizids speziell ausgebildetem Personal, bestehend aus Psychologen oder Pflegekräften aus der Palliativmedizin, aber auch Geistlichen zu übertragen.

Diese Initiative könnte als Konsequenz angesehen werden, das zurzeit bestehende System zu erweitern, es entspricht den Befürchtungen des Dambrucharguments. Allerdings ist das Bestreben in den Niederlanden, obschon der prominenten Unterstützung<sup>442</sup>, ohne Aussicht auf Umsetzung

---

<sup>441</sup> „Uit vrije will“. Diese Vereinigung ist eine separate Initiative, die nicht von der NVVE unterstützt, allerdings beachtet wird.

<sup>442</sup> Die Volksinitiative wird von Wissenschaftlern sowie prominenten Altpolitikern, wie dem ehemaligen EU-Kommissar Frits Bolkestein unterstützt, sowie darüber hinaus von den Ex-Ministern Hedy d' Ancona und Jan Terlouw.

Das vermeintliche „gute Ziel“ des Vereins ist aber fraglich. Die Rechtsbank Almelo hat den Vorsitzenden der Stichting Vrijwillig Leven (Stiftung Freiwilliges Leben) verurteilt wegen Beihilfe zur Selbsttötung einer 80-jährigen Patientin. Die Stichting Vrijwillig Leven besteht seit einigen Jahren und bemüht sich Medikamente zur Selbsttötung frei erhältlich zu machen, für jeden, der sich selbst das Leben nehmen möchte, ohne Krankheitsbedingung oder Altersbegrenzung. Diese Stiftung vertritt eine radikale Position in der Debatte. Ihre Aktivitäten werden eigentlich immer durchgeführt von ihrem Vorsitzenden Gerard Schellekens.

in die Praxis. Es herrscht im Gegensatz dazu große Einigkeit, dass das Thema der aktiven Hilfe bei Entscheidungen am Lebensende seine Grenzen sucht und im bestehenden System der Niederlande auch seine Grenzen gefunden hat.

Darüber hinaus ist es weiterhin wichtig zu beachten, dass Autonomie nicht immer im eigenen Handeln einer Person begründet ist, da es strittig ist, einen Sterbewunsch nur dann erfüllt zu bekommen, wenn man diesen suizidal auch selbst ausführt. Dieses würde erneut die Patientenautonomie einschränken. Vielmehr ist hierbei auf den eigenen Willen abzustellen, der, mithilfe einer anderen Person menschenwürdig und mit Hilfe eines Arztes gleichzeitig ausreichend kompetent erfüllt werden könnte. Fazit demnach – Autonomie macht u.U. die Hilfe von anderen Personen notwendig.

An dieser Stelle bietet es sich zudem an, die Kernthese aus dem Buch „Euthanasia and Law in Europe“ von Griffiths et al. zu betrachten. Neben dem bereits in Teil I dieser Arbeit dargestellten, beschreiben Griffiths et al. resümierend, dass Sterbehilfe in allen Ländern besteht und der Unterschied der Umgehungsweise allein im Recht zu finden ist. Ein anderes Recht sowie andere juristische Einflüsse prägen auf unterschiedliche Art und Weise die Herangehensweise und das Verfahren mit Entscheidungen am Lebensende. Somit werden auch die Rolle der Ärzte und die Sterbehilfe anders definiert. Übereinstimmung mit dieser resümierenden These Griffiths et al. herrscht somit dahingehend, dass die Herangehensweise an das Thema nicht entscheidend ist, jedoch sicher den zukünftigen Umgang normiert, nicht aber ein Dogma bildet, welches als „richtig“ oder „falsch“ beurteilt werden kann. Sterbehilfe ist allgegenwärtig, alle drei Länder in dieser Arbeit definieren mal mehr, mal weniger deutlich Grenzen und Möglichkeiten im Recht. Aber auch in der Praxis stehen Ärzte bei Entscheidungen am Lebensende im Fokus, sowohl als ausführende, als auch entscheidungstreffende Personen. Zudem legen sie verstärkten Wert auf eine juristische Überprüfbarkeit von Einzelfällen. Ein Auseinandersetzen mit der Art und Weise des Umgangs mit Sterbehilfe einzelner Länder führt aber dazu, wie diese Arbeit gezeigt hat und auch auch Griffiths et al. Buch bestätigt, dass „voneinander Lernen“ dazu beiträgt, Sicherheit zu prägen, in einem System, in dem Sicherheit oberstes Ziel ist.

Im Folgenden soll an die zuvor beschriebene Zusammenfassung eine Möglichkeit zum weiteren Verfahren in der Zukunft skizziert werden, welches das Resümee jeglichen Umgangs oder Nichtumgangs, aller Erfahrungen und gebotenen Vorsicht bildet.

Strafrechtlich ist und bleibt die Tötung eines Menschen hierbei grundsätzlich immer unzulässig. Eine Ausnahme bildet der Wunsch eines Menschen zu sterben, der an klare und eindeutige Bedingungen und Grenzen geknüpft ist. Diese Bedingungen können den bestehenden Unrechtstatbestand nicht verdrängen, sondern hinsichtlich möglicher Rechtfertigungsgründe erweitern.

Eine derartige Erweiterung kann sich an dem Beispiel der Niederlande orientieren und die Warnungen vor potentiellen Gefahren, wie in den Landespositionen Deutschland und Kanada beschrieben, berücksichtigen<sup>443</sup>.

#### **4.1 Zur Gesetzeserweiterung bezüglich der Wahrung der Patientenautonomie am Lebensende**

Vorweg sei erwähnt, dass wie in Gliederungspunkt 6.2 des ersten Teils der Arbeit die rechtliche und ethische Vertretbarkeit der Strafflosigkeit der Selbsttötung durchaus begründbar ist. An diese Voraussetzung soll der folgende Vorschlag zur Gesetzeserweiterung geknüpft werden, da in diesem Zusammenhang eine Herleitung bezüglich der Strafflosigkeit der Teilnahme an der Tötungshandlung möglich erscheint. Bewusst wird der Weg gewählt, der vermeintlich als „Umweg“ erscheinen mag, aber den großen Vorteil beinhaltet, dass er zusätzliche Rechtssicherheit schaffen kann.

---

<sup>443</sup> Die Folgenden §§ der Gesetzeserweiterung werden als § 1 und 2 bezeichnet. Dieses ist lediglich illustrativ. Bei einer praktischen Umsetzung würden die Normen an die entsprechenden Stellen im Strafrechtskatalog der Ländergesetze aufgenommen werden müssen. Weiterhin geschieht an dieser Stelle keine nähere Ausformulierung von potentiellen Nebengesetzen, die zu weit reichend wäre und sich vom Bestattungsrecht, neu formulierten Melderechten und Standesrechtsgebieten für Ärzte erstrecken würden.

## **§ 1 Teilnahme an zum Tode führenden Handlungen**

- (1) Wer eine andere Person zur Selbsttötung verleitet, fördert oder anstiftet, wird mit einer Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu fünf Jahren bestraft.
- (2) Die Teilnahme eines Arztes an zum Tode führenden Handlungen gegenüber einer anderen Person ist straffrei, wenn die Rechtmäßigkeitsvoraussetzungen des Ausnahmenkatalogs des § 2 zur Gesetzeserweiterung bezüglich Euthanasie erfüllt sind.

## **§ 2 Aktive Lebensbeendigung**

- (1) Unternimmt ein Arzt gegenüber einer anderen Person eine zum Tode führende Maßnahme, handelt er nicht rechtswidrig, wenn folgende Bestimmungen erfüllt sind:
  - Der Sterbewunsch muss frei und nach reiflicher Überlegung der Person getroffen worden sein.
  - Die Person muss in einem einwilligungs- und entscheidungsfähigen Zustand sein, was anhand des Urteils- und Einsichtsvermögens zu beurteilen ist.
  - Die Person muss hinreichend aufgeklärt sein, über medizinische Abläufe als auch psychologische Hilfe zur Überschaubarkeit und Tragweite der Folgen.
  - Der Sterbewunsch muss ausdrücklich und explizit geäußert werden.
  - Der Sterbewunsch muss begründet sein.
- (2) Die Begründbarkeit eines Sterbewunsches gilt als dann erfüllt, wenn der ausführende Arzt sowie mindestens ein weiterer unabhängiger Arzt in schriftlich dokumentierter Form übereinkommen, dass eine unheilbare Krankheit vorliegt, die mittelbar oder unmittelbar im Tode endet oder schwere Leiden der Person den Zustand und den Wunsch begründbar machen.
- (3) Es besteht kein Patientenrecht auf eine Durchführung des Abs. 1. Die Entscheidung hierbei obliegt dem Arzt. Befindet ein Arzt sich nicht in der Lage Euthanasie durchzuführen, so hat er dafür Sorge zu

tragen, dass dem Wunsch des Patienten durch Konsultation eines anderen Arztes entsprochen wird.

(4) Nach Abs. 1, 2 durchgeführte Fälle sind hinreichend zu dokumentieren und an eine Prüfungskommission weiterzureichen.

Der § 2 Abs. 2 der möglichen Gesetzeserweiterung des Resümees der Arbeit beinhaltet bewusst eine „oder“ Verknüpfung, die zum einen eine „unheilbare Krankheit“ oder „schwere Leiden“ umfasst. Diese Formulierung ermöglicht somit, dass das Vorliegen einer Krankheit nicht zwingende Voraussetzung ist, um Erfüllung eines Sterbewunsches zu erlangen. Gerade einige Erfahrungen der Niederlande zeigen auf, dass auch das Konstrukt der Leiden, in diesem Fall der schweren Leiden, nicht außer Acht gelassen werden darf. „Schwere Leiden“ lassen offen, ob die Leiden psychischer, bzw. physischer Natur sind, was in eventuellen Nebengesetzen z.B. das Hinzuziehen eines Psychologen notwendiger Weise normieren müsste.<sup>444</sup> Zugleich zielt die Formulierung darauf ab, dass Leiden ihrer Intensität nach beurteilt werden müssen, welches auf objektivste Art und Weise anhand des Wortes „schwer“ erfüllbar erscheint. So sind z.B. unerträgliche Leiden entscheidend subjektiv vom individuellen Standpunkt der betroffenen Person geprägt. Zudem liegt im reinen Wortverständnis bereits eine Dopplung vor, denn Leiden sind von der Natur der Sache her etwas nicht gewöhnliches, etwas was man nur schwer erträgt, Leid und Unerträglichkeit liegen daher zu eng zusammen, um spezifisch genug das Problem zu skizzieren.<sup>445</sup>

Im Allgemeinen gilt weiter noch, dass die Gesetzeserweiterung zudem weiten Spielraum für zukünftige Änderungen hinsichtlich neu diskutierter und ins Gesetz aufgenommener Straftatbestände, z.B. bezüglich des Umgangs mit nicht entscheidungsfähigen Personen oder Minderjährigen regeln könnte, auf die in dieser Arbeit nicht eingegangen wird. Sie ist daher auch als finales Produkt der Ergebnisse dieser Arbeit zu verstehen,

---

<sup>444</sup> Vgl. hierzu weiterführend auch Rietjens, J.A.C./ Van Tol, D.G./ Schermer, M./ Van der Heide, A. „Judgement of suffering in the case of a euthanasia request in The Netherlands“, J Med Ethics 2009;35:502-507.

<sup>445</sup> Hierzu auch detailliert N. Hoerster „Sterbehilfe im säkularen Staat“ S. 170ff.

gewährleistet höchstmögliche Sicherheit und Transparenz, ist aber keineswegs allgemeingültiger Natur für jegliche Art möglicher Nischengebiete, die der Sektor der Entscheidungen am Lebensende umfasst.

Im letzten Halbjahr des Jahres 2010 wurden in Deutschland mehrere Urteile zu Entscheidungen am Lebensende getroffen. So wurde der Abbruch der künstlichen Ernährung komatöser Patienten befürwortet und höchstrichterlich für Rechtens erklärt. Auch der beschriebene Fall Koch, der zurzeit vor dem EGMR verhandelt wird, bezüglich dem Bereitstellen von Medikamenten zur Selbsttötung, führt zur Diskussion. Es ist zu vermuten, dass sich eine Bewegung vollzieht, hinsichtlich einer neuen Eingrenzung des Themas der Sterbehilfe, in dem bestehende Grenzen liberaler gestaltet werden und die Autonomie des Menschen gestärkt wird. Fraglich ist allerdings, ob diese Bewegung tatsächlich ein Fortschritt, oder ein bloßes temporäres Momentum ist. Sicher ist aber, dass ein wie auch immer definierter staatlicher Schutz, niemals gegen den freiverantwortlichen Willen eines Menschen verstoßen darf, solange keine anderweitigen Schutzinteressen vorliegen. Das angeführte Schutzgut der Allgemeinheit hat hierbei in einer Diskussion, die geprägt ist von Individualismus, keine wirkliche Bestandskraft. Dieser potentiell paternalistische Ansatz ist unvereinbar mit der grundrechtlich geschützten Autonomie des Einzelnen.

Warum also wird es so schwer gemacht, den eigenen Willen durchzusetzen, warum ist Entscheiden im Leben nicht auch Entscheiden zum Tod? Eine ganze Reihe von Nebendiskussionen finden mehr Beachtung als der eigentliche Kern, warum über Dogmatiken von Ausführungsformen wie passiv, direkt oder indirekt debattieren, warum Palliativmedizin oder palliative bzw. terminale Sedierung in den Kontext des Themas bringen, warum Dambruchargumente anführen, die nicht verifiziert sind? Es geht doch um den Tod, nicht mehr und nicht weniger, es geht um Würde und Menschlichkeit und es geht um Selbstverantwortung und Selbstbestimmung.



## **Literaturverzeichnis**

### **Bücher und Aufsätze**

#### **A**

**Abarshi, E./ Onwuteaka-Philipsen, B./ Van der Wal, G.:**

„Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: Is there a relationship?“

In: Health Policy, 2008; 89 S. 168-173.

**Angell, M.:**

„Prisoner of Technology – the Case of Nancy Cruzan“

In: N Engl J Med 1990; 322 S. 1226-1228.

**Angell, M.:**

„The Supreme Court and physician-assisted suicide – the ultimate right“

In: N Engl J Med 1997; 336 S. 50-53.

**Antoine, J.:**

„Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“

Dissertationsschrift der Humboldt Universität Berlin, Duncker und Humblot Verlag, Berlin 2004.

#### **B**

**Baumann, P.:**

„Kants Reflexion der Menschenwürde und die Bioethik. Ethische Aspekte des frühen menschlichen Lebens“

In: „Normkultur versus Nutzenkultur - Über kulturelle Kontexte von Bioethik und Biorecht“, gemeinsam mit Schweidler W., Walter de Gruyter Verlag Berlin/ New York 2006.

**Beauchamp, T.L.:**

„Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie“

In: Sass (Hrsg.) „Medizin und Ethik“, Reclam Verlag, Stuttgart 1999.

**Bentham, J.:**

„An Introduction to the Principles of Morals and Legislation“, Oxford 1996.

In: Burns, J.H./ Hart, H.L.A (Hrsg.) „The Collected Works of Jeremy Bentham“, 2. Aufl., Oxford 1996. Deutsch von Höffe, O. „Einführung in die utilitaristische Ethik“ Verlag Beck, München 1975.

**Benzenhöfer, U.:**

„Der gute Tod?“, Beck Verlag, München 1999.

**Binding, K.:**

„Rechtliche Ausführung“

In: Binding, K./ Hoche, A. (Hrsg.), „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“, Deuticke Verlag, Leipzig 1920, S. 3-41.

**Birnbacher, D.:**

„Tun und Unterlassen“, Reclam Verlag, Stuttgart 1995.

**Birnbacher, D.:**

„Ambiguities in the concept of Menschenwürde“

In: Bayertz, K. „Sanctity of life and human dignity“, S. 107–121, Springer Verlag Netherlands, Dordrecht/ Boston/ London 2006.

**Blad, J.R./ Bogert, P.C.:**

„Beschikbaarstelling van middelen voor zelfdoding: Kan Drion's wens veilig vervuld worden?“

In: Delikt en Delinkwent 2002, S. 446-472.

**Borasio, G.D.:**

Sitzungsbericht „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“

In: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages, Hrsg. 66. Deutschen Juristentag in Stuttgart 2006, Band II /1.

**Boswell, J.:**

„Boswell’s Life of Johnson“, Princeton University Press, Princeton 1917.

**Boyle, J.:**

„Medical Ethics and Double Effect: The case of Terminal Sedation“  
In: Theor Med Bioeth. 2004; 25 S. 51-60.

**Bundestagsdrucksache:**

Deutscher Bundestag 13/11411, Bonn, 11.09.1998

**Buijsen, M.A.J.M:**

„Euthanasiewet & artikel 2 EVRM“

In: Nederlands Juristenblad 2001, S. 1082-1083. Darauf Reaktion von Jurgens, E. „Euthanasiewet“ S. 1428 sowie Epilog auf S. 1428-1429.

**C**

**Canadian Medical Association:**

„Euthanasia and assisted suicide“ Ottawa 1998

[http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/3214/la\\_id/1.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/3214/la_id/1.htm) (Stand: 01.01.2011)

**Canadian Medical Association:**

„Euthanasia and assisted suicide“ Ottawa 2007 (überarbeitete Auflage)

<http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD07-01.pdf> (Stand: 01.01.2011)

**Chabot, B.E./ Dupuis H.M.:**

„Sterven op drift – Over doodsverlangens en onmacht“, Uitgeverij Sun, Nijmegen 1996.

**Charter of Rights and Freedoms:**

Veröffentlicht durch Sharpe, R.J./ Roach K. Toronto 2002.

**Chief Justice Lamer, A.:**

„Canada’s Legal Revolution“

Vorgetragen auf der Canada/Israel Law Conference 1992

[unveröffentlicht].

**Chochinov, H.M./ Wilson, K.G./ Enns, M. et al.:**

„Desire for death in the terminally ill“

In: Am J Psychiatry, 1995, 152 S. 1185-1191.

**Clouser, K.D./ Gert, B.:**

„A Critique of Principlism“

In: J Med Philos 1990 15 S. 219-236.

**Cotler, I.:**

„Can the Center Hold? - Federalism and Rights in Canada“

In: Katz, E./ Tarr, G.A. „Federalism and Rights“, Rowman and Littlefield Publishers, London 1996.

**D**

**Dahlkamp J./ Frühlingsdorf, M./ Ludwig, U.:**

„Tiefschlaf bis zum Tod“

In: „Der Spiegel“, 2001 Nr. 41.

**Darwin, C.:**

„Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder die Erhaltung begünstigten Rassen im Kampf ums Dasein“. (Original: „On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life“ von 1859), akt. Auflage der Dover Publishing Inc, Okt. 2006.

**Deutsche Hospiz Stiftung:**

„Medizinische Patientenanzwaltschaft und Betreuungsverfügung“  
Dortmund 1999.

Bezugsfähig über die Deutsche Hospizstiftung.

**Di Fabio, U.:**

„Grundrechte als Werteordnung“

In: „75-Jahr-Feier der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn“

In: Bonner akademische Reden, 88, Bouvier 2004, S. 31-54.

**Dillmann, R.J.M.:**

„Euthanasie: De morele legitimatie van de arts“

In: Legemaate J./ Dillmann R.J.M. (Hrsg.), „Levensbeeindigend handelen door een arts“, Houten 1998.

**Dörner, K.:**

„Hält der BGH die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wieder für diskutabel?“

In: ZRP, 1996, S. 93-96.

**Dreier, H.:**

„Grundgesetzkommentar“, 2. Auflage, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen 2008.

**Drickamer, M.A./ Lee, M.A./ Ganzini, L.:**

„Practical Issues in Physician-Assisted Suicide“

In: Ann Intern Med. 1997; 126 S. 146–151.

**Duttge, G.:**

„Rechtliche Typenbildung: Aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe“

In: Kettler D./ Simon A./ Anselm R./ Lipp V. / Duttge G. (Hrsg.), „Selbstbestimmung am Lebensende“, Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2006.

## E

### **Eike-Henner, W.:**

“Assisted Suicide, Ethics and the Law: The Implication of Autonomy and Respect for Persons, Equality and Justice, and Beneficence”

In: Prado, C.G. „Assisted Suicide: Canadian Perspectives“, University of Ottawa Press, Ottawa 2000.

### **Emanuel, E.J./ Fairclough, D.L./ Daniels, E.R. et al.:**

„Euthanasia and physician-assisted suicide - attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public“

Lancet 1996, 347(9018) S. 1805-1810.

### **Emanuel, E.J. et al.:**

„Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers“

In: Ann of Int Med, 2000, 132 S. 451-459.

### **Empfehlung 1418 der Parlamentarischen Versammlung:**

„Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying“

<http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/erec1418.htm> (Stand: 01.01.2011).

### **Engberts D.P.:**

„Leed met en zonder label: terugblik op motieven, argumenten en ontwikkelingen in het euthanasiedebat“ In: Antheunissen T. et al. (Hrsg)

„Psychiatrie“ Leiden (Boerhaave Commissie) 2010.

### **Eser, A.:**

Verbemerkungen zu § 211 StGB in: Schönke/Schröder, „Strafgesetzbuch Kommentar“, München, 28. Auflage, Beck Verlag 2010.

## **Europäische Union - Charter of Fundamental Rights of the European Union:**

Der Text wurde veröffentlicht in O.J. (C83) 389, 30. März 2010, er wiederholt und ersetzt den ursprünglichen Text vom 1. Dezember 2009, dem Tag des Inkrafttretens des Vertrags von Lissabon.

## **Euthansie-Stellungnahme:**

„Euthanasia and Assisted Suicide - A Joint Statement by Doctors and Lawyers“

Veröffentlicht im Jahre 2005; diverse Autoren.

[http://www.lifesitenews.com/ldn/2005\\_docs/StatementEuthanasiaandPAS.pdf](http://www.lifesitenews.com/ldn/2005_docs/StatementEuthanasiaandPAS.pdf) (Stand: 01.01.2011)

## **F**

### **Fainsinger, R.L./ Waller, A./ Bercovici, M. et al.:**

„A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients“

In: Palliative Medicine 2000, 14 S. 275-265.

### **Feinberg, J.:**

„Rights, Justice, and the Bounds of Liberty“

In: Essays in Social Philosophy, Princeton University Press, Princeton 1980.

### **Finger, C.:**

„Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung in den Niederlanden für das Jahr 2001“

In: MedR, 2004; 22: S. 379-382.

### **Fittkau, L.:**

„Autonomie und Fremdtötung. Sterbehilfe als Sozialtechnologie“, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2006.

**Freedman, B.:**

„The Rodriguez case: sticky questions and slippery answers“  
McGill Law Journal 1994, 39 S. 644-656.

**Fuchs, T.:**

„Euthanasie und Suizidhilfe“

In: Spaemann R./ Fuchs T. „Töten oder sterben lassen?“, Herder Verlag  
Freiburg 1997.

**Fuchs, T.:**

„Was heißt „töten“? – Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver  
und aktiver Euthanasie“

In: Ethik Med. 1997, 9 S. 78-90.

**Fuhr, C.:**

„Sollte ärztlich assistierter Suizid in Ausnahmefällen erlaubt werden –  
darüber streiten Ärzte und Juristen“

In: Ärzte Zeitung v. 29.09.2006.

**G**

**Gallagher, R.:**

„Using a trade-show format to educate the public about death and survey  
public knowledge and needs about issues surrounding death and dying“

In: J Pain Symptom Manage, 2001, 21 S. 52-58.

**Gert, B./ Cluver, C.M./ Clouser, K.D.:**

„Bioethics. A Return to Fundamentals“, Oxford University Press, Oxford  
1997.

**Glaeser, W.S.:**

Festschrift für Glaeser W.S. „Recht im Pluralismus“, Hrsg. Horn, H.D.,  
Duncker und Humblot Verlag Berlin, 2003.

**Gogarten, F.:**

„Die Kirche in der Welt“, Lambert Schneider Verlag, Heidelberg 1948.

**Gordon, T./ Edwards, E.S.:**

„Patientenkonferenz: Ärzte und Kranke als Partner“, Verlag Hoffmann und Campe, Hamburg 1997.

**Griffiths, J./ Bood, A./ Weyers, H.:**

„Euthanasia and law in the Netherlands“, Amsterdam University Press, Amsterdam 1998.

**Griffiths, J.:**

„Euthanasie: een verlanglijst voor de wetgever“  
In: NJB 1998, S. 935-942.

**Griffiths, J./ Weyers, H./ Adams, M.:**

„Euthanasia and Law in Europe“, Hart Publishing, Portland 2008.

**Groenhuijsen, M./ Van Laanen, F.:**

„Euthanasie in international and comparative perspective“, Wolf Legal Publishers, Nijmegen 2006.

**Groenewoud, JH. et al.:**

„Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands“,  
In: N Engl J Med 2000, 342 S. 551-556.

**Große-Vehne, V.:**

„Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), Euthanasie und Sterbehilfe. Reformdiskussion und Gesetzgebung seit 1870“, Berliner Wissenschafts-Verlag, Berlin 2005.

## H

### **Haeckel, E.:**

„Die Lebenswunder – Gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie“, Alfred Kröner Verlag, Stuttgart 1904.

### **Hart, H.L.A.:**

„Der Positivismus und die Trennung von Recht und Moral“  
In: H.L.A. Hart, „Recht und Moral - Drei Aufsätze“, Vandenhoeck und Ruprecht Verlag 1997.

### **Hegel, G.W.F.:**

„Grundlinien der Philosophie des Rechts“, Akademie-Verlag Berlin 2005.

### **Hegselmann, R./ Merkel, R.:**

„Zur Debatte über Euthanasie - Beiträge und Stellungnahmen“, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1991.

### **Hendriks, A.C.:**

„In beginsel, de gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept“ (Rede an der Universität Leiden)

Tijdschrift voor GezondheidsRecht 2007, Vol. 31 Nr. 2.

### **Hendriks, A.C.:**

„Personal autonomy, good care, informed consent and human dignity – Some reflections from a european perspective“,

In: Med Law 2009, 28 S. 469-477.

### **Hendriks, A.C./ Gronden, J.W. van de/ Sluijs, J.J.M.:**

„De betekenis van het EG-Verdrag voor het reguleren van de zorgmarkt“, Sdu Uitgevers, Den Haag 2009.

**Hochgrebe, W.:**

„Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland? Eine Analyse der aktuellen Diskussion unter medizinischen, philosophisch-ethischen und religiös-theologischen Aspekten“, Norderstedt 2004.

**Hoerster, N.:**

„Rechtsethische Überlegungen zur Sterbehilfe“  
In: Gose W. et al. (Hrsg.), „Aktive Sterbehilfe?“, Paulinus Verlag, Trier 1997, S. 51-69.

**Höfling, W.:**

„Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz – Patientenverfügung oder Patientenanwalt sorgt für Klarheit“  
In: JS 2000, S. 111.

**Höfling, W.:**

„Kommentierung zu Art. 1 GG“,  
In: Sachs M. (Hrsg.), „Kommentar zum Grundgesetz“, Beck Verlag, München 2009.

**Höfling, W./ Lang, H.:**

„Das Selbstbestimmungsrecht. Normativer Bezugspunkt im Arzt-Patienten-Verhältnis“  
In: Feuerstein/Kuhlmann (Hrsg.), „Neopaternalistische Medizin“, Huber Verlag, Bern 1999, S. 17 ff.

**Hollenbach, A.:**

„Grundrechtsschutz im Arzt-Patienten-Verhältnis. Eine Untersuchung zur Umsetzung verfassungsrechtlicher Vorgaben im einfachen Recht“  
In: ZfV 2005, S. 29-32.

**Hubben, J.H.:**

„Kroniek van het gezondheidsrecht“  
In: NJB 2001, S. 485-490.

**Husebø, S./ Klaschik, E.:**

„Palliativmedizin“, Springer Verlag Berlin, Berlin 2006.

## **J**

**Jähnke, B. et al.:**

„StGB – Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar“, de Gruyter Verlag, Berlin 2005.

**Jarras, B./ Pieroth, B.:**

„Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG). Der Kommentar für Ausbildung und Praxis“, Beck Verlag, München 2007.

**Jens, W./ Küng, H.:**

„Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung“, Piper Verlag, München 2010.

## **K**

**Kant, I.:**

„Reflexionen zur Metaphysik“

Kant's gesammelte Schriften, hrsg. von der preußischen, später deutschen und jetzt Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Abt. I : Werke, Bd. 1 – 9 ; Abt. II :

Briefwechsel, Bd. 10 – 13 ; Abt. III : Handschriftlicher Nachlass, Bd. 14 – 23 ; Abt. IV : Vorlesungen, Bd. 24 – 29, Berlin S. 1902 ff.

**Kelk, C.:**

„Een nieuwe koers inzake de euthanasie“

In: Delikt en Delinkwent 1999, S. 89-95.

**Kimsma, G.E./ Van Leeuwen, E.:**

„Euthanasie in den Niederlanden: Historische Entwicklung, Argumente und heutige Lage“

In: Frewer, A./ Eickhoff, C. (Hrsg.) „Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte“, Campus Verlag, Frankfurt am Main 2000.

**Kinsella, D.T./ Verhoef, M.J.:**

„Physicians' opinions about the morality and legalization of active euthanasia“,

In: Canadian Medical Association Journal, 1993, Vol 148, Issue 11 S. 1921-1926.

**Kirschner, R./ Elkeles, T.:**

„Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. Eine Repräsentativbefragung unter Ärzten“

In: Gesundheitswesen 1998; 60 S. 247–253.

**Knopp, L.:**

„Aktive Sterbehilfe - Europäische Entwicklungen und Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus verfassungsrechtlicher Sicht“

In: MedR 2003, S. 379-387.

**Kolfschooten, v.F.:**

„Dutch television report stirs up euthanasia controversy“

Lancet. 19. April 2003; 361(9366):1352-3

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12711476> (Stand: 01.01.2011)

**Kottow, M.H.:**

„Euthanasia after the holocaust - Is it possible?: A report from the Federal Republic of Germany“

In: Bioethics 2, 1988, S. 58-69.

**L**

**Lalonde, F., (Partei des Bloc Québécois):**

Bill C-407 „An Act to amend the Criminal Code (right to die with dignity).“

**Laufs, A.:**

„Selbstverantwortetes Sterben?“

In: NJW 1996, S. 763-764.

**Law Reform Commission of Canada:**

Working Paper 28: „Euthanasia, aiding suicide and cessation of treatment“

Ottawa: Minister of Supply and Services 1982.

**Leenen, H.J.J./ Gevers, J.K.M/ Leegemate J.:**

H.J.J. Leenen, Handboek gezondheidsrecht. Rechten van mensen in de gezondheidszorg

(Teil 1), 5. Auflage, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2007.

**Leenen, H.J.J./ Gevers, J.K.M.:**

H.J.J. Leenen, Handboek gezondheidsrecht. Gezondheidszorg en recht

(Teil 2), 5. Auflage Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2008.

**Legemaate, J.:**

„De juridische context van euthanasie en de inhoud van de zorgvuldigheidseisen“

In: Legemaate J./ Dillmann R.J.M. (Hrsg.), „Levensbeeindigend handelen door en arts op verzoek von de patient“, Houten 2003.

**Legemaate, J. et.al:**

„Hulp bij zelfdoding door patienten met een psychiatische stoornis; richtlijnen voor de psychiater“

In: Ned Tijdschr Geneeskd, April 1999; 143(17).

**Lichtenthaeler, C.:**

„Der Eid des Hippokrates“

Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 1983.

**Lindner, J.F.:**

„Grundfragen der aktiven Sterbehilfe“

In: JZ 2006, S. 373.

**Long, A.L./ Sedley, D.N.:**

„The Hellenistic Philosophers Vol. 2 - Greek and Latin Texts with Notes and Bibliography“, Cambridge University Press, Cambridge 1987.

**Lübbe, H.:**

„Säkularisierung. Geschichte eines ideenpolitischen Begriffs“, Alber Verlag, Freiburg/ München 1965.

**Lutterotti, M.:**

„Der Arzt, das Tötungsverbot und die Kontroverse zwischen deontologischer und konsequentialistischer Ethik“,  
In: Z med Ethik 1994 Nr. 40, 119-130.

**M**

**Machiavelli, N.:**

„Der Fürst“ (Original: Il Principe; Das Werk wurde postum 1523 veröffentlicht). In Deutsch übersetzt von Zorn, R., Kröner Verlag, 1978.

**Malecky, O.:**

„Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung“  
In: ÖJZ, 1994, S. 681-685.

**Marcoux, I./ Mishara, B.L./ Durand, V.:**

„Confusions between Euthanasia and other End-Of-Life Decisions“  
In: C.J.P.H. 2007; 98: 235-238.

**McCormick, R.A.:**

„The Cruzan Decision: The case of Ms. Nancy Cruzan.“  
In: Midwest Medical Ethics, Vol. 5, Nos 1&2, 1989, S. 3-6.

## O

**Oduncu, F.S.:**

„Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht“

In: MedR 2005 23: 437-445.

**Ogden, R.D./ Young ,M.G.:**

„Euthanasia, assisted suicide and AIDS“

In: Journal of Advanced Nursing 2000, 31: 513–519.

**Onwuteaka-Philipsen, BD. et al.:**

„Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001“

In: Lancet 2003, 362: 395–399.

**Onwuteaka-Philipsen, BD et al.:**

„Dutch experience of monitoring euthanasia“

In: British Medical Journal, 2005, 331: 691–693.

**Oregon Revised Statute 127.800 – 127.897:**

„Death with Dignity Act“ v. 27.10.1997.

**Orentlicher, D.:**

„The Legalization of Physician Assisted Suicide“

In: N Engl J Med, 1996, 335: 663-667.

## P

**Pans E.:**

„De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht“ Wolf Legal Publishers, Nijmegen 2006.

**Papst Johannes Paul II:**

„Enzyklika Evangelium vitae“, Rom, 1995.

**Pieroth, B./ Schlink, B.:**

„Grundrechte Staatsrecht II“, Verlagsgruppe Hüthig-Jehle-Rehm, Hamburg 2009.

**Platon:**

„Politeia“, 379 v. Chr; Übersetzt und herausgegeben u.a. von Karl Vretska, „Platon: Der Staat“, Reclam Verlag, Stuttgart 2003.

**Poscher, R.:**

„Zur Tabufunktion der Menschenwürde“  
In: JZ 2004, S. 756 ff.

**Private Member’s Bill C-203** vom Mai 1991 („An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)“

**Private Member’s Bill C-261** vom Juni 1991 („An Act to amend the Criminal Code (aiding suicide)“

**Private Member’s Bill C-215** vom Februar 1994 „ An Act to amend the Criminal Code (prohibited sexual acts)“

**Private Members’s Bill C-407** vom Juni 2005 („Right to Die with Dignity“, über die Legalisierung von Euthanasie und assistierten Suizid in Kanada)

**Private Member’s Bill C-562** vom Juni 2008 („Right to Die with Dignity“, über die Legalisierung von Euthanasie und assistierten Suizid in Kanada)

**Q**

**Quill, T.E et al.:**

„Palliative Options of Last Resort. A Comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia” In: J.A.M.A. 1997, 278; 2099-2104.

**Quill, T.E./ Meier, D.E./ Block, S.D./ Billings, J.A.:**

„The debate on suicide: empirical data and convergent views“  
In: Ann of Intern Med, 1998, 128: 552-558.

## R

### **Regionale toetsingscommissies euthanasie:**

Jaarverslag 2002-2009 zu finden online unter:

<http://www.euthanasiecommissie.nl/Toetsingscommissie/jaarverslag/>  
(Stand: 01.01.2011)

Die drei letzten Berichte:

Bericht aus dem Jahre 2005:

[http://www.toetsingscommissieseuthanasie.nl/Images/jaarverslagRTE2005\\_tcm9-1973.pdf](http://www.toetsingscommissieseuthanasie.nl/Images/jaarverslagRTE2005_tcm9-1973.pdf)  
(Stand: 01.01.2011)

Bericht aus dem Jahre 2006:

[http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/jaarverslag\\_RTE\\_2006\\_9017.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/jaarverslag_RTE_2006_9017.pdf)  
(Stand: 01.01.2011)

Bericht aus dem Jahre 2010:

[http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/Jaarverlsag%20RTE%202009\\_def\\_23203.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/Jaarverlsag%20RTE%202009_def_23203.pdf)  
(Stand: 01.01.2011)

### **Remmelink, J.:**

Remmelink Report „Medical Decisions About the End of Life

- I. Report of the Committee to Study the Medical Practice Concerning Euthanasia
- II. The Study for the Committee on Medical Practice Concerning Euthanasia (2 vols.)“

Den Haag, September 1991.

### **Report of the Special Senate Committee (Kanada):**

„Euthanasia and assisted suicide: of life and death“  
Minister of Supply and Services, Ottawa 1995.

**Richtlinien der Bundesärztekammer:**

Deutsches Ärzteblatt 1979, S. 957, sowie 1993, B-1791.

„Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung,  
online unter:  
“[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf). (Stand 01.01.2011)

**Richtlinien zur palliativen Sedierung der KNMG:**

„KNMG-richtlijn palliatieve sedatie“ 2009

[www.justitie.nl/.../KNMG%20richtlijn%20palliatieve%20sedatie%202009\\_tcm34-171805.pdf](http://www.justitie.nl/.../KNMG%20richtlijn%20palliatieve%20sedatie%202009_tcm34-171805.pdf) (Stand: 01.01.2011)

**Ricken, F.:**

„Allgemeine Ethik“, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2003.

**Rietjens, J.A.C./ Van der Heide, A./ Vrakking, A.M. et al.:**

„Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands“

In: Ann of Int Med, 2004; 141, S. 178-185

**Rietjens, J.A.C./ Van Tol, D.G./ Schermer, M. et al.:**

„Judgement of suffering in the case of a euthanasia request in The Netherlands“

In: J Med Ethics 2009; 35: S. 502-507

**Rixen, S.:**

„Lebensschutz am Lebensende“

In: SÖR 1999, S. 795 ff.

**Rudolf, O.:**

„Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen“ von 1917. Nachdruck von 2004, Beck Verlag München.

## S

**Schröder, C./ Schmutzer, G. et al.:**

„Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung“

In: Psych Med 2003; 53: 334-343.

**Schweitzer, A.:**

„Die Ehrfurcht vor dem Leben – Grundtexte aus fünf Jahrzehnten“, Beck Verlag, München 2006.

**Silveira, M.J./ Di Piero, A./ Gerrity, M.S. et al.:**

„Patients' knowledge of options at the end of life: Ignorance in the face of death“

In: JAMA. 2000; 284: 2483-2488.

**Singer, P./ Choudhry, S./ Armstrong, J. et al.:**

„Public opinion regarding end-of-life decisions: influence of prognosis, practice and process“

In: Social Science & Medicine 1995; 41: 1517-1521.

**Singer, P.:**

„Praktische Ethik“. Erstmals erschienen 1997. Bearbeitet und erweiterte Auflage, Reclam Verlag, Stuttgart 1994.

**Smith, W.J.:**

„Forced exit - The Slippery Slope from Assisted Suicide to Murder“, New York Times, New York 1997.

**Somerville, M.:**

„Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-assisted Suicide“, McGill Queens University Press, Montreal 2001.

**Spaemann, R.:**

„Christliche Verantwortungsethik“

In: Gründel J. (Hrsg.) „Leben aus christlicher Verantwortung, 1. Grundlegungen“, Verlag Patmos-Verl, Düsseldorf 1991.

**Spieker, M.:**

„Der verleugnete Rechtsstaat – Anmerkungen zur Kultur des Todes in Europa“, Schöningh Verlag, Osnabrück 2005.

**Spinoza, B.:**

„Die Ethik – Ethica. Lateinisch – Deutsch“, Nach der Edition von Carl Gebhardts „Spinoza Opera“, 1677.

Überarbeitung der Übersetzung von Jakob Stern, Reclam Verlag, Stuttgart 1986.

**Stellungnahme der Bundesärztekammer:**

„Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ aus dem Jahre 2004:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.5048.5049>. (Stand: 01.01.2011)

„Studie: Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus der Sicht der deutschen Ärzteschaft“ aus dem Jahre 2010:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.7962.8666.8669>

**Stern, K.:**

„Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland – Gesamtwerk“, Beck Verlag, München 2006.

**Student, J-C.:**

„Tötungsverbot ausgehöhlt“

In: Lebensforum 2004, Nr. 47 3/1998.

**Suzuki, T.:**

„Modification of morphine dependence under chronic pain and its mechanism“

In: Yakugaku Zasshi 2001; 121:909-914; Original in Japanisch, übersetzt:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11766405?dopt=Abstract>. (Stand: 01.01.2011).

**Symmers, Sr., W.St.C.:**

„Not Allowed to Die“

In: British Medical Journal 1968, 1: 424.

**T**

**Taupitz, J.:**

„Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates - taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung?“, Springer Verlag Berlin, Berlin 2002.

**Ter Kuile, B.H.:**

„Nederlandse Euthanasie-wetgeving – Een juridische beschouwing“, Kluwer Verlag, Rotterdam 2002.

**Thomas, H.:**

„Das Frankfurter Oberlandesgericht unterspült keinen Damm“

In: Zeitschrift für Lebensrecht 1998; 7, 2: S. 22-26.

**Tille, A.:**

„Darwin bis Nietzsche – Ein Buch der Entwicklungsethik“, Nabu Press Verlag, Leipzig 1985.

**TNS-Healthcare Umfrage:**

In: „Der Spiegel“ 2008; Nr. 48.

**Truog, R.D./ Berde, C.B./ Mitchell, C.D./ Grier, H. E.:**

„Barbiturates in the care of the terminally ill“

In: N Engl J Med 1991; 327: 1678-82.

## U

### **Umfrage der Allensbacher Berichte:**

Zu Frage der Einstellung zur aktiven und passiven Sterbehilfe

Institut für Demoskopie Allensbach, veröffentlicht in der Ausgabe Nr. 14/2008, online unter: [http://www.ifd-allensbach.de/news/prd\\_0814.html](http://www.ifd-allensbach.de/news/prd_0814.html). (Stand: 01.01.2011)

### **Umfrage der Zeitung „Welt“:**

Umfrage zum Thema Sterbehilfe in Deutschland vom 05.07.2008

[http://www.welt.de/politik/article2182072/Warum\\_uns\\_mehr\\_fehlt\\_als\\_ein\\_Gesetz.html#vote\\_1338297](http://www.welt.de/politik/article2182072/Warum_uns_mehr_fehlt_als_ein_Gesetz.html#vote_1338297). (Stand: 01.01.2011)

## V

### **Van den Berg, J.H.:**

„Medische macht en medische ethiek“, Nijkerks G.F. Callenbach Verlag 1969.

### **Van der Heide A./ Van der Maas P.J./ Van der Wal G. et. al:**

„End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act“

In: N Eng J Med 2009; 356: 1956-1965.

### **Van der Maas, P.J./ van Delden, J.J.M.:**

„Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life“

In: Lancet 1991; 338: 669–674.

### **Van der Maas, P.J. et al.:**

„Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands 1990-1995“

In: N Eng J Med 1996; 335: 1699-1705.

**Van der Wal, G.:**

„Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen (Euthanasia and physician-assisted suicide by general practice“

In: Med Contact 1991; 46:171–173, 174–176, 211–215, 237–141.

**Van der Wal, G. et al.:**

„Medische besluitvorming aan het einde van het leven; de praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie“

De Tijdstroom Uitgeverij, Utrecht 2003.

**W**

**Wallace, B.:**

„The Battle to Ban Land Mines: Support Grows for Canada’s Crusade”, 1997.

In: Maclean's 1997, 110: 26.

**Weber, M. et al.:**

„Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens – Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz“

In: Dt. Ärzteblatt 2001; 98: A-3184.

**Weinrib, L.E.:**

„The Body and the Body Politic: Assisted Suicide Under The Canadian Charter of Rights and Freedoms”

In: McGill Law J. 1994, 39: 618-643.

**Wilson, K.G. et al.:**

„Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care“

In: Health Psychology, 2007, 26: 314-323.

**Wolf, J.C.:**

„Aktive und passive Euthanasie“

In: A.R.S.P. 1993, 393: 415.

**Wysong, P.:**

„Doctors divided on euthanasia acceptance: preference is to refer euthanasia to another doctor“

In: Med Post 1996; 32:1, 90.

## **Z**

**Zinn, C.:**

„Australian Voluntary Euthanasia Law is Overturned“

In: Brit. Med. J. 1997; 314: 993.

## Rechtsprechungsübersicht

### **Deutschland**

#### **Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs der Bundesrepublik**

##### **Deutschland**

- BGHSt 11, 111 aus dem Jahre 1957, zur Einwilligungsfähigkeit von Patienten.
- BGHSt 32, 367, 379 aus dem Jahren 1982, zur Teilnahme am Suizid.
- BGHSt 37, 376, aus dem Jahre 1991, zur aktiven und passiven Sterbehilfe.
- BGHSt 40, 257, aus dem Jahre 1995, zur Absetzung der künstlichen Ernährung.
- BGHSt 42, 301, aus dem Jahre 1996, zur indirekten Sterbehilfe.
- BGHSt 46, 279, 284, aus dem Jahre 2001, über den Tod in Würde ohne Schmerzen.

#### **Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts der Bundesrepublik**

##### **Deutschland**

- BVerfGE 27, 18 v. 26.07.1969 – 2 BvL 2/69, über den „Ernst einer staatlichen Strafe“.
- BVerfGE 39, 1 v. 25.02.1975 - 1 BvF 1/74; 1 BvF 2/74; 1 BvF 3/74; 1 BvF 4/74; 1 BvF 5/74; 1 BvF 6/74, über Schwangerschaftsabbruch.
- BVerfGE 45, 187, 21.06.1977 - 1 BvL 14/76, über die Verfassungsmäßigkeit einer lebenslangen Freiheitsstrafe.
- BVerfGE 52, 131., 25.07.1979 - 2 BvR 878/74, über die Beweislastverteilung im Arzthaftungsprozess sowie das Rechtsstaatsprinzip.
- BVerfGE 53, 30, 57, 20.12.1979 - 1 BvR 385/77, über die Schutzpflicht aus Art. 2 GG sowie die Subsidiarität der Verfassungsbeschwerde.
- BVerfGE v. 15.2.2006 - 1 BvR 357/05, über das Luftsicherheitsgesetz und die damit verbundene Eingriffsnotwendigkeit des Staates.

## **Rechtsprechung der Oberlandesgerichte Deutschlands**

- OLG Frankfurt, NJW 1998, 2747, zur indirekten Sterbehilfe.
- OLG München, NJW 1987, 2940, zur Selbstbestimmung.

## **Europa**

### **Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte**

- Benediktov vs. Russland, Appl. Nr. 106/02.
- Calvelli & Ciglio vs. Italien, Appl. Nr. 3296/96.
- Canan vs. Türkei, Appl. Nr. 39436/98.
- Czarnowski vs. Polen, Appl. Nr. 28586/03.
- Dudgeon vs. Vereinte Königreich von Großbritannien, Appl. Nr. 7525/76.
- Garabayev vs. Russland, Appl. Nr. 38411/02.
- Haas vs. Schweiz, Appl. Nr. 31322/07.
- Keenan vs. Vereinte Königreich von Großbritannien, Appl. Nr. 27229/95.
- Kilic vs. Türkei, Appl. Nr. 62, 76.
- Korogodina vs. Russland, Appl. Nr. 33512/04.
- Lazar vs. Rumänien, Appl. Nr. 32146/05.
- Laskey, Jaggard und Brown vs. Vereinte Königreich von Großbritannien, 24 Eur. H.R. Rep. 39.
- Lautsi vs. Italien, Appl. Nr. 30814/063.
- Lind vs. Russland, Appl. Nr. 25664/05.
- McCann vs. Vereinte Königreich, Nr. 18984/91.
- Mammadov vs. Azerbaijan Nr. 4762/05.
- Mikulic vs. Kroatien, Appl. Nr. 53176/99.
- N. vs. Vereinte Königreich von Großbritannien, Appl. Nr. 26565/05.
- Pretty vs. Vereintes Königreich von Großbritannien, Appl. Nr. 2346/2002.
- Ramsahai vs. Niederlande, Appl. Nr. 52391/02.
- Silih vz. Slowenien, Appl. Nr. 71463/01.
- X und Y vs. Niederlande, Serie A 91 (1985), Rn 23.
- Zypern vs. Türkei, Appl. Nr. 25781/94.

## **Vereinigte Staaten von Amerika**

### **Rechtsprechung des United States Supreme Court**

- Gonzales vs. Oregon v. 17.01.2006; 546 U.S. 243, zum „Death with Dignity Act“.

## **Niederlande**

### **Rechtsprechung der Bezirksgerichte**

- Bezirksgericht Leeuwarden zum Postma Fall, Urteil v. 21.01.1973, veröffentlicht in Nederlands Jurisprudentie, 1973, Nr. 183.
- Bezirksgericht Alkmaar, Urteil v. 10.05.1983, veröffentlicht in Nederlandse Jurisprudentie 1983, Nr. 407.
- Gerichtshof zu Amsterdam in der Revision zu NJ 1982 Nr. 63 des Bezirksgerichtes in Alkmaar, Urteil v. 17.11.1983, veröffentlicht in Nederlandse Jurisprudentie 1984 Nr. 43.

### **Rechtsprechung des Hoge Raad**

- Nederlandse Jurisprudentie 1994, Nr. 656, Urteil v. 21.06.1994 des Hogen Raad im Chabot Fall.
- Nederlandse Jurisprudentie 1985, Nr. 106, Urteil v. 16.07.1982 des Hogen Raad im Schoonheim Fall.

## **Kanada**

### **Rechtsprechung des Supreme Court of Canada**

- British Columbia vs. Astaforoff. British Columbia Law Rep 1983; 47: 217.
- Cunningham vs. Canada, 2 S.C.R. 143 v. 27.01.1993, über die „Charter of Rights and Freedoms“ sowie grundsätzliche Rechte und Freiheiten der Person.
- R. vs. Beare 2 S.C.R. 387.
- Jones vs. The Queen 2 S.C.R. 284, 1986, über die „Chapter of Rights and Freedoms“.
- Kindler vs. Minister of Justice of Canada 2 S.C.R. 779.

- Rodriguez vs. British Columbia (Generalanwalt) aus dem Jahre 1993, 24 C.R. 281.
- R. vs. Latimer, (2001) 1 S.C.R. 217.
- Thomson Newspapers Ltd. v. Canada 1 S.C.R. 425, über die „Charter of Rights and Freedoms“.

### **Rechtsprechung des Ontario Court of Appeal**

- Malette vs. Schulman, Ontario Rep (Id) 1990; 72: 417, zur Hilfe bei Selbsttötung nach Unfall.

### **Rechtsprechung des Quebec Supreme Court**

- Nancy B vs. Hôtel-Dieu de Quebec 1992, 86 D.L.R. (4th) 385 (Que. S.C.).

## **Zusammenfassung**

Das vorliegende Buch befasst sich mit ärztlichen Reaktionen auf explizit geäußerte Bitten um Hilfe und Unterstützung bei Sterbewünschen von Menschen, genauer dem Umgang aus Patienten- und Ärztesicht sowie das staatliche Vorgehen zum Thema.

Es wird die Frage erarbeitet, inwieweit dieser Dreiklang aus Arzt, Patient und Staat zusammengebracht werden kann, wenn es um die Frage geht, auf einen Sterbewunsch hin zu reagieren, oder eben nicht. Des Weiteren wird die Frage geklärt, warum die Gesetze der Länder in der Welt in überwiegender Mehrheit die Lebensbeendigung eines Menschen durch eine andere Person verbieten, wobei es hierbei vordergründig um das Erfüllen von Schutzpflichten geht.

Mithilfe der Methodik eines Ländervergleichs zwischen Deutschland, den Niederlanden und Kanada wird der bestehende Umgang mit aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten beschrieben. Ziel ist es, sowohl Nutzen als auch potentielle Gefahren aufzuzeigen, die ein wunschgemäßes Erfüllen von Sterbewünschen mit sich bringen.

Hingearbeitet wird auf die zu klärenden Fragen:

1. Gibt es Situationen, in denen der Wunsch eines Menschen, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben, gerechtfertigt sein kann?
  - a. Unter welchen Bedingungen?
  - b. Welche Kriterien bestehen diesbezüglich?
  - c. Warum wird ein Arzt in die Verantwortung genommen, was gibt es bezüglich seines Handelns zu beachten?
  
2. Wie ist die Frage der Umsetzbarkeit, Hilfe beim Sterben zu erlangen, in Deutschland, den Niederlanden und Kanada geregelt?
  - a. Wie gestalten sich das Gesetz und die Praxis?
  - b. Welche Stellung beziehen einzelne Berufsgruppen und die Öffentlichkeit in den jeweiligen Ländern?
  
3. Lehren für das deutsche Recht
  - a. Sind der niederländische und kanadische Umgang des Rechts bezüglich

des Themas ein Beispiel für Deutschland?

b. Auswirkungen der niederländischen und kanadischen Handhabung auf die Menschenrechte

c. Empfehlungen für Deutschland

4. Was ist der am Besten geeignete Weg für unmittelbar Betroffene sowie für die Ausgestaltung der Legislative – ermöglicht ein Querschnitt aus den Länderperspektiven „den geeigneten“ Weg? – Wie sieht dieser aus?

Das Buch untergliedert sich in drei Abschnitte. Der erste Teil der Arbeit „Entscheidungen am Lebensende in Staat und Gesellschaft“ befasst sich mit einer Darstellung gegebener Bedingungen. So wird das Thema eingegrenzt, Begrifflichkeiten normiert, ein interdisziplinärer Ansatz zur späteren Analyse geschaffen sowie eine umfassende grundlegende juristische Normierung erarbeitet.

Teil zwei befasst sich im Folgenden mit der methodischen Analyse der Landesdarstellungen der Länder Deutschland, der Niederlande und Kanada, die darauf aufbauend, im dritten Teil der Arbeit resümiert und analysiert werden.

Kernbereich der Arbeit und gleichzeitig Grundgerüst der später folgenden Analysen, ist der Ländervergleich. Anhand des Vergleiches der Länder Deutschland, als Gegner der Legalisierung von Euthanasie, und den Niederlanden als Befürworter, soll exemplarisch ein Beispiel geschaffen werden, anhand dessen die Diskussion über das Gleichgewicht im Staat geführt werden kann.

Ergebnisse sind in diesem Zusammenhang allerdings auch europarechtlich interessant, da Konventionen und konforme Umsetzungen von Richtlinien einen Zirkel um die mögliche Diskussion ziehen und diese auf den gleichen Nenner bringen.

Dieser Vergleich ist gerade wegen der gegebenen Deckungsgleichheit der Problemlage so entscheidend, da sich die Frage aufwirft, wo die detaillierten Unterschiede begründet liegen und wo diese entstehen. Um dieses weiter zu manifestieren, wird zudem die Landesposition Kanadas in den Fokus des Ländervergleiches mit einbezogen. Man könnte die Ansicht

vertreten, dass Kanada eine Zwischenposition bezieht, die nicht eindeutig in eine Richtung weist. Ebenso ist es aber vertretbar, dass die Position keine Zwischen- sondern eine vollwertige Position einnimmt, da die Regelungen in Kanada den im Land vorherrschenden Gegebenheiten im Umgang mit Euthanasie genügend zu sein scheinen. Diese Fragen werden im Ländervergleich, dem Kernbereich der methodischen Arbeit, geklärt.

Ein weiterer klärungsbedürftiger Punkt ist die Frage nach der Balance zwischen dem Schutz des Bürgers und seine durch den Staat gesicherte Freiheit. Es ist offensichtlich, dass der Staat durch seine Institutionen die Aufgabe innehat, darüber zu entscheiden. Beim Vergleich der Niederlande mit Deutschland fällt hierzu auf, dass in einem der beiden Länder offensichtlich ein Ungleichgewicht besteht. Dieser Schluss lässt sich im Grunde aus den identischen rechtstaatlichen Voraussetzungen sowie den gleichen internationalen, beziehungsweise europäischen Gegebenheiten durch die europäische Konvention und Richtlinienumsetzbarkeit innerhalb der EU ziehen. Somit bilden gleiche Bedingungen in den entscheidenden Voraussetzungen eine ideale Grundlage zur Komparatistik und Konklusion. Fraglich ist nun, in welchem Land das Gleichgewicht zwischen Schutz und Freiheit nicht besteht. Denkbar wäre zum einen, dass in den Niederlanden durch das Euthanasiegesetz die Balance hergestellt wurde. Schließlich obliegt es dem Bürger hier, frei über sein Tun entscheiden zu können, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind. Die selbstständige Prägung des Willens an dieser Stelle ist sicherlich ein enormer Gewinn an Entscheidungsfreiheit und damit an Freiheit in Gänze. In Deutschland existiert ein solches Gesetz nicht. Dies bedeutet, dass keine Entscheidungsfreiheit für den Bürger besteht, lediglich das Leben als vom Staat absolut geschütztes Rechtsgut im Raume steht. Dieses wird weiter durch eine zielgerichtete Rechtsprechung in die selbe Richtung unterschützt. In Deutschland existiert bei der Euthanasiefrage somit keine Entscheidungsfreiheit für den Bürger, jedoch ein absoluter Schutz, was heißt, dass in Deutschland eine Balance definitiv nicht besteht.

Die Balance zwischen Schutz und Freiheit des Bürgers ist oberstes Kriterium für eine demokratische Grundordnung und entspricht den rechtsstaatlichen Prinzipien und der Theorie der Staatslehre. Es ist geradezu

konstituierend, dass ein Gleichgewicht besteht. Das Ungleichgewicht bei der Frage der Rechtmäßigkeit und ethischen Vertretbarkeit von der Hilfe beim Sterben, kann aber daher resultieren, dass das Schutzgut höher gewertet werden muss, als die Freiheit des Einzelnen. Eine Abwägung dieser beiden Güter zueinander soll an späterer Stelle ergeben, inwieweit die bestehende Unbalance vertretbar ist, oder nicht.

Neben diesen rechtlichen und rechtstheoretischen Fragestellungen soll die Arbeit weiter Klarheit darüber verschaffen, welche Aufgaben den aktiv und unmittelbar an Hilfe zum Sterben beteiligten Personen in der Praxis zukommen und warum gerade sie in die Pflicht genommen und mit dem Thema in Verbindung gebracht werden. Dieses gilt in erster Linie für Ärzte, die durch einen Eingriff das Leben des Patienten auf Wunsch und unter Beachtung der rechtlichen Begebenheiten beenden, so wie es in den Niederlanden der Fall ist. Auch bei den in Kanada und Deutschland geführten Diskussionen über die Legalität dieses Eingriffs, stellt sich die Frage, warum speziell dem Arzt die Aufgabe zukommt, die Person zu sein, die unmittelbar den Prozess des gewollten Sterbens durchsetzen soll. Was macht sie in dieser Diskussion so unabdingbar zu „dem Sterbehelfer“? Qualifiziert ihn seine umfassende theoretische Ausbildung, sein Umgang mit Menschen und das Wissen über den menschlichen Körper? Wenn ja, wäre ein Apotheker ebenso in der Lage, unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen, Hilfe beim sterben durchzuführen. Die in der Arbeit angeführten Statistiken und Argumentationen belegen jedoch, dass ein Arzt als die am besten geeignete Person erscheint, aktiv auf Sterbewünsche von Menschen zu reagieren, um diese umzusetzen. Weiter wird ergründet, ob das Standesrecht des Arztes unter Beachtung des medizinischen Bedarfs des geleisteten hippokratischen Eids, auch wenn dieser nicht mehr gesondert abgefragt wird, ein Eingreifen überhaupt erlaubt, oder inwieweit dieses rechtliche Konsequenzen für das Handeln des Arztes mit sich bringen könnte.

Zu beachten ist aber darüber hinaus, dass die Frage nach Autonomie bei Entscheidungen am Lebensende zwingend dahingehend erläutert werden muss, unter welchen Bedingungen sie für einen ausführenden Arzt straffrei sein kann. Das Klären dieser Rahmenbedingungen ist notwendig, um

Sicherheit im Gesamtsystem gewährleisten zu können. Zudem wird deutlich, dass es unter Umständen notwendig sein kann, die Hilfe von anderen Personen in Anspruch nehmen zu müssen, um ein tatsächlich freies Entscheiden am Lebensende möglich zu machen. Wichtig ist aber, dass hieraus niemals eine Pflicht entstehen kann.

Im Ergebnis der Arbeit wird nochmals gesondert angeführt, welche Schlüsse aus dem Ländervergleich zu ziehen sind, wo Parallelen, Möglichkeiten, Grenzen, Gefahren und Chancen liegen. So könnten als Beispiele der hinzu gewonnene Schutz und die Sicherheit für den behandelnden und entscheidenden Arzt als Chance genannt werden sowie aus rechtlicher Sicht eine erhöhte Transparenz in den zu treffenden gerichtlichen Entscheidungen, die wegen eines klar normierten gesetzlichen Bereiches weniger undurchsichtig wären und somit auch eine gesteigerte Transparenz für den Patienten mit sich bringen würden. Auf gesellschaftlicher Ebene könnte die Chance einer Detabuisierung des Themas durch einen gemeinsamen Umgang und einheitliche gesetzliche Regelungen entstehen, da offener und objektiver, nichtsdestotrotz auch kontrovers über das Thema diskutiert werden kann, nicht jedoch darüber, ob eine Diskussion über Euthanasie überhaupt stattfinden sollte.

Bei den möglichen Gefahren und Grenzen von Euthanasie ist kritisch zu hinterfragen, ob ein Gesetz hinsichtlich der zu in Frage stellenden Schutzaufgabe des Staates als Handlungsbefugnis, tatsächlich notwendig ist. Wird diese Staatsaufgabe des Schutzes indiziert, ergeben sich weitere Probleme, so zum Beispiel bei der Prägung einheitlicher Begrifflichkeiten – wer kann den Willen des Patienten fremdverantwortlich bestimmen falls dieser dies selbst nicht mehr kann? Die Rolle des Arztes als in die Verantwortung genommene Person muss ebenfalls kritisch gesehen werden und schließlich und endlich auch die Frage, ob Euthanasie wirklich der richtige Umgang mit dem Tod ist. Die zuvor bei den Chancen angesprochene Detabuisierung des Themas könnte auch zu einer herabgesetzten Hemmschwelle und zu einer mangelnden Auseinandersetzung mit dem Tod an sich führen, wobei die Arbeit versucht zu klären, inwieweit dieses nun positiv oder negativ zu werten ist und ob Euthanasie nicht doch der falsche Umgang mit dem Tod ist.

Denkbare Alternativen wie Sterbebegleitung und Hospizbewegung werden auch hinsichtlich ihrer praktischen Anwendbarkeit und ihrer offensichtlichen Nähe zur Euthanasiedebatte diskutiert, wobei deutlich wird, dass sich die Themengebiete zwar ergänzen, nie aber einander ersetzen werden und deutlich voneinander abzugrenzen sind.

Final erfolgt im Anschluss an diese gesellschaftlichen und konstituierenden Fragen zum Umgang mit Euthanasie eine ausführliche rechtliche Würdigung des Themas. Auch hier werden die Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren anhand der Ergebnisse der Ländervergleiche analysiert und gewertet – gehen die Niederlande mit gutem Beispiel voran – ist Kanada auf dem Weg zum Gesetz – und ist Deutschland einen Schritt hinterher oder doch in die richtige Richtung voraus?

Die für eine Formulierung eines Gesetzesvorschlags essentiell zu beachtenden Fakten werden zusammengetragen und im Versuch einer Gesetzesformulierung verschriftlicht, der es gelingen muss, auf Basis der Erfahrungen der einzelnen in der Arbeit behandelten Länder, trotz vieler länderinterner, gesellschaftlicher und juristischer Differenzen im Umgang mit dem Thema, jeglichen Ansichten gerecht zu werden, um eine umfassende Betrachtung und Wertung zuzulassen.

## **Samenvatting**

In dit boek gaat het over de reacties van artsen op expliciet geuite verzoeken van mensen om hulp en ondersteuning bij levensbeëindiging. Om het iets preciezer te formuleren: over de praktijk ten aanzien van dit onderwerp vanuit het oogpunt van patiënten en artsen, en over de rol van de staat in dezen.

Het boek behandelt de vraag hoe deze drie partijen, arts, patiënt en staat, op één lijn kunnen worden gebracht wanneer het gaat om de vraag hoe te reageren – of niet te reageren – op een verzoek om stervenshulp. Verder wordt de vraag verhelderd, waarom de wetten in de landen overal ter wereld het beëindigen van het leven van een mens door een andere persoon verbieden, onder verwijzing naar de beschermende taak van de staat.

Via een (rechts)vergelijking tussen Duitsland, Nederland en Canada wordt de bestaande praktijk aangaande de reacties op verzoeken om levensbeëindiging beschreven en geanalyseerd. Het doel is het aantonen van zowel het nut als de potentiële gevaren die het vervullen van de wens om stervenshulp met zich brengen.

Aan de verheldering van de volgende vragen wordt aandacht besteed:

1. Bestaan er situaties waarin de wens van een mens om met hulp van een ander te sterven gerechtvaardigd zijn?
  - a. Onder welke voorwaarden?
  - b. Welke criteria bestaan hiervoor?
  - c. Waarom wordt een arts verantwoordelijk gehouden, waarop dient met betrekking tot zijn handelen te worden gelet?
  
2. Hoe is de vraag van de uitvoerbaarheid van het verkrijgen van hulp bij het sterven in Duitsland, Nederland en Canada geregeld?
  - a. Hoe zien de wet en de praktijk er hieromtrent uit?
  - b. Welke posities nemen afzonderlijke beroepsgroepen en de openbaarheid in de desbetreffende landen in?

### 3. Lessen voor het Duitse recht

- a. Zijn de Nederlandse en Canadese rechtspraak ten aanzien van dit onderwerp een voorbeeld voor Duitsland?
- b. Uitwerkingen van de Nederlandse en Canadese handhaving op de mensenrechten
- c. Aanbevelingen voor Duitsland

4. Wat is de meest geschikte weg voor mensen die hierbij onmiddellijk betrokken zijn en voor de normering door de wetgever - geeft een doorsnede uit de perspectieven van de verschillende landen suggesties voor „de geschikte weg“? - Hoe ziet deze eruit?

Het boek bestaat uit drie delen. Het eerste deel van het werk “Beslissingen aan het eind van het leven in staat en maatschappij” bevat een beschrijving van de huidige situatie. Zo wordt het thema afgebakend, de verschillende begrippen gedefinieerd, een interdisciplinaire aanpak voor de latere analyse geschetst alsmede een uitgebreid juridisch kader geformuleerd.

Deel twee houdt zich daarna bezig met de systematische analyse van de rechtspraak in Duitsland, Nederland en Canada, die in het derde deel van het werk worden geresumeerd en geanalyseerd.

Het zwaartepunt van het werk, en tevens de basis voor de daarop volgende analyses, is de landenvergelijking. Aan de hand van de vergelijking van Duitsland als tegenstander van de legalisering van stervenshulp en Nederland als voorstander moet een voorbeeld worden gecreëerd aan de hand waarvan een discussie over een evenwichtige benadering kan worden gevoerd.

De resultaten zijn in dit verband ook vanuit het perspectief van het Europese recht interessant, daar verdragen en richtlijnen een cirkel om de mogelijke discussie trekken en deze onder één noemer brengen.

Deze vergelijking is juist vanwege de identieke problematiek van doorslaggevende betekenis, daar de vraag rijst waarop de gedetailleerde verschillen zijn gebaseerd en waar deze ontstaan. Bij het verder uitwerken van deze vraag wordt de positie van Canada betrokken bij deze vergelijking. Men zou het standpunt kunnen innemen dat Canada een tussenpositie inneemt, die niet duidelijk in een bepaalde richting wijst.

Evenzo is het echter verdedigbaar dat de Canadese benadering geen tussenpositie omvat, maar een volwaardige en eigenstandige plaats inneemt, daar de regelingen in Canada overeenstemmen met de in dit land heersende opvattingen over stervenshulp. Deze vragen worden verhelderd in de vergelijking tussen de landen.

Een volgend op te helderen punt is de vraag naar de balans tussen de bescherming van de burger en zijn door de staat gegarandeerde vrijheid. Het is duidelijk dat de staat de opdracht heeft beide belangen te waarborgen en, waar nodig, tegen elkaar af te wegen. Een oppervlakkige vergelijking tussen Nederland en Duitsland doet vermoeden dat in één van beide landen een juist evenwicht tussen beide belangen afwezig is. Deze conclusie volgt uit de omstandigheid dat het Nederlandse en Duitse recht op identieke rechtsstatelijke beginselen zijn gebaseerd en gehouden zijn aan dezelfde Europese regels, waaronder het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de EU-richtlijnen. Gelet op deze gelijke uitgangspunt is er een ideale context voor het maken van een vergelijking en daarop gebaseerde conclusies. Het gaat thans om de vraag in welk land het evenwicht tussen bescherming en vrijheid afwezig is. Enerzijds is het denkbaar dat in Nederland door de zogenaamde euthanasiewet de balans werd hersteld. Hier is de burger tenslotte vrij om over zijn leven beslissen, wanneer bepaalde criteria zijn vervuld. Het erkennen van de zelfbeschikking van het individu doet recht aan de vrijheid van het individu en betekent daarmee winst voor vrijheid in zijn totaliteit. In Duitsland bestaat een dergelijke wet niet. Dat betekent dat het individu niet de vrijheid toekomt om eigen beslissingen te nemen over levensbeëindiging en dat het leven daar als een door de staat beschermd rechtsgoed wordt beschouwd. Deze stelling wordt bevestigd door vaste rechtspraak. In Duitsland bestaat rond het levenseindevraagstuk daarom geen vrijheid tot het eigenstandig beslissingen door de burger, maar een absolute bescherming, hetgeen betekent dat in Duitsland een balans in het geheel ontbreekt.

De balans tussen bescherming en vrijheid van de burger is een allereerste criterium voor een democratisch staatsbestel en is in overeenstemming met de principes van een rechtsstaat en de theorie van de staatsleer. Het is

welhaast constituerend dat er een evenwicht bestaat. De rechtmatigheid en de morele verdedigbaarheid van het inperken van de beschikkingsvrijheid bij verzoeken om stervenshulp kan echter zijn gelegen in de omstandigheid dat het te beschermen goed – het recht op leven – hoger moet worden gewaardeerd dan de vrijheid van het individu. Een afweging van deze beide goederen ten opzichte van elkaar moet later aantonen in hoeverre de bestaande disbalans al dan niet te verdedigen is.

Naast deze juridische en rechtstheoretische vragen moet het werk duidelijkheid verschaffen welke opgaven de actief en direct bij de hulp bij stervenshulp betrokken personen in de praktijk te wachten staan en waarom juist zij met deze opdracht worden belast en met het thema in verbinding worden gebracht. Dit geldt in eerste instantie voor artsen die door een ingreep het leven van de patiënt op verzoek en onder inachtneming van de juridische voorwaarden beëindigen, zoals dat in Nederland het geval is. Ook bij de in Canada en Duitsland gevoerde discussies over de legaliteit van deze ingreep rijst de vraag, waarom speciaal de arts de bevoegdheid krijgt om primair het proces van het gewilde sterven te moeten uitvoeren. Wat maakt hem in deze discussie zo absoluut noodzakelijk tot het bieden van „hulp bij het sterven“? Kwalificeert zijn uitgebreide theoretische opleiding, zijn omgang met mensen en de kennis van het menselijk lichaam hem? Als dit het geval is, zou een apotheker net zo goed in staat kunnen zijn om met inachtneming van de wettelijke bepalingen hulp bij het sterven uit te voeren. De in het werk vermelde statistieken en argumentaties maken echter duidelijk dat een arts de meest geschikte persoon lijkt te zijn om stervenshulp te bieden en op verzoek uit te voeren. Verder wordt nagegaan of de professionele normen van de arts bij het bieden van stervenshulp in overeenstemming zijn met de medische behoeften, onder inachtneming van de eed van Hippocrates.

Bovendien dient erop te worden gelet dat de vraag naar autonomie bij beslissingen aan het eind van het leven noodzakelijkerwijze tot duidelijkheid moet leiden over de vraag onder welke voorwaarden de arts in deze procedure vrijuit gaat. Het verhelderen van deze randvoorwaarden is noodzakelijk om zekerheid in het systeem als geheel te kunnen

garanderen. Bovendien wordt het duidelijk dat het onder bepaalde omstandigheden noodzakelijk is om een beroep te doen op de hulp van andere personen om een werkelijk vrije beslissing aan het eind van het leven ten uitvoer te brengen. Het is echter belangrijk dat hieruit nooit een plicht kan en mag ontstaan.

In het kader van de uitkomsten van deze studie wordt nogmaals apart aangegeven welke conclusies uit de landenvergelijking kunnen worden getrokken, waar parallellen, mogelijkheden, grenzen, gevaren en kansen liggen. Zo zouden als voorbeelden kunnen worden genoemd: de verworven bescherming en de veiligheid als kans voor de behandelende en beslissingnemende arts alsmede uit juridische oogpunt een verhoogde transparantie in de te nemen juridische beslissingen die wegens een duidelijk genormeerde wettelijke afgrenzing minder ondoorzichtig zouden zijn en daardoor ook een verhoogde transparantie voor de patiënt met zich zouden brengen. Op maatschappelijk niveau zou de kans om het onderwerp uit de taboesfeer te halen door een gemeenschappelijke praktijk en uniforme wettelijke regelingen kunnen ontstaan, aangezien opener en objectiever, zij het ook controversieel over het thema kan worden gediscussieerd, niet echter over het feit of een discussie over hulp bij levensbeëindiging überhaupt zou moeten plaatsvinden.

Bij de mogelijke gevaren en grenzen van stervenshulp dient men kritisch de vraag te stellen, of een wet met betrekking tot de in twijfel te trekken beschermende taak van de staat als bevoegdheid tot handelen werkelijk noodzakelijk is. Als geen twijfel bestaat aan het bestaan van deze taak, ontstaan er verdere problemen. Dit geldt bijvoorbeeld voor het formuleren van uniforme begrippen - wie kan de wil van de patiënt buiten diens eigen verantwoordelijkheid om bepalen, wanneer hij het zelf niet meer kan? De rol van de arts als de verantwoordelijke persoon moet eveneens kritisch worden gezien en tenslotte ook de vraag, of stervenshulp werkelijk de juiste omgang met de dood is. De hierboven bij de kansen uitgesproken mogelijkheid om het onderwerp uit de taboesfeer te halen zou ook kunnen leiden tot een lagere drempel en een onvoldoende ernstig nemen van het leven, waarbij het werk een poging doet om op te helderen in hoeverre dit nu positief of negatief te beoordelen is en of stervenshulp niet toch de

verkeerde omgang met de dood is. Denkbare alternatieven, zoals de stervensbegeleiding en het stimuleren van hospicezorg, worden ook met betrekking tot hun praktische toepasbaarheid en hun kennelijke nabijheid tot het debat over de hulp bij levensbeëindiging bediscussieerd, waarbij het duidelijk wordt dat deze thema's elkaar weliswaar aanvullen, maar elkaar niet kunnen vervangen en duidelijk van elkaar moeten worden onderscheiden.

Tenslotte volgt in aansluiting op deze maatschappelijke en basale vragen over het onderwerp hulp bij levensbeëindiging een uitvoerige juridische analyse van het onderwerp. Ook hier worden mogelijkheden, grenzen en gevaren aan de hand van de resultaten van de landenvergelijkingen geanalyseerd en beoordeeld - hier gaat Nederland met een goed voorbeeld voorop – is Canada op weg naar wetgeving – en is Duitsland een stapje achter of toch in de juiste richting vooruit?

De voor een formulering van een wettelijk regeling essentiële elementen worden tot slot samengevat in een poging bouwstenen aan te leveren voor een Duitse wet ter normering van het vraagstuk stervenshulp, uitgaande van een goede balans tussen vrijheid en bescherming.

## Summary

This book deals with medical responses to explicitly expressed requests for assistance and support with regard to wishes for death by people, more precisely the relations from the viewpoint of patients and physicians as well as the state's approach to the topic.

The question regarding the extent to which this triad of physician, patient and state can be brought together when it concerns the matter of responding (or not responding) to a wish for death is covered. Furthermore, the question is clarified as to why the laws of the countries around the world prohibit by overwhelming majority the termination of a person's life by another person, when in this connection it ostensibly involves the fulfilment of protective obligations.

The existing situation with regard to active responses to wishes for death by patients is described by means of an international comparison between Germany, The Netherlands and Canada. The objective is to illustrate benefits as well as potential dangers which desired wishes for death entail.

The questions to be clarified are aimed at:

1. Are there situations in which a person's desire to die with the help of another person can be justified?
  - a. Under which conditions?
  - b. Which criteria exist in this regard?
  - c. Why is a physician to be held responsible? What is to be heeded with regard to their action?
  
2. How is the question of practicability with regard to acquiring assistance with dying regulated in Germany, The Netherlands and Canada?
  - a. How is the issue regulated by law? What does practical experience look like?
  - b. Which stance do individual professional groups and the public take in the respective countries?

### 3. Lessons for German law

- a. Do the Dutch and Canadian legal approaches regarding the topic serve as an example for Germany?
- b. Ramifications of the Dutch and Canadian legal approaches on human rights law
- c. Recommendations for Germany

4. What is the most suitable method for those directly affected as well as for the embodiment of the legislature? Does a cross-section from the international perspectives enable “the suitable” method? What does this look like?

The book is subdivided into three sections. The first part of the work “Decisions at the end of life in the state and society” deals with a presentation of given conditions. For instance, the topic is narrowed down, conceptualities are standardised, an interdisciplinary approach for subsequent analysis is created and an all-embracing fundamental legal standardisation is compiled.

Part two subsequently deals with the methodical analysis of the presentations of the countries Germany, The Netherlands and Canada, which are summarised and analysed on this basis in the third part of the work.

The core area of the work and at the same time the basic framework of the subsequent analyses is the international comparison. An example shall be created by means of the comparison of the countries Germany - as opponent of the legalisation of euthanasia - and The Netherlands as advocate. This example shall help to guide the discussion about the balance in the state.

However, the results of this comparison are also interesting in terms of European law, since conventions and compliant implementations of directives draw a circle around the possible discussion and bring this down to a common denominator.

This comparison is so decisive particularly due to the given congruence of the problematic situation, since the question poses where the detailed differences are justified and where these originate. Moreover, in order to manifest this further, Canada's national position is included in the focus of the international comparison. One could hold the view that Canada takes up an intermediate position which does not unequivocally point in one direction. But it is also arguable that the position does not take up any intermediate position, but rather a fully adequate position, since the regulations in Canada seem to be sufficient for the prevailing circumstances in dealing with euthanasia. These questions are clarified in the international comparison, the core area of the methodical work.

A further point in need of clarification is the question regarding the balance between the protection of the citizen and their freedom ensured by the state. It is obvious that through its institutions the state has the task to decide about this. During the comparison of The Netherlands with Germany it is conspicuous that there is obviously an imbalance in one of the two countries. This conclusion can basically be drawn from the identical constitutional prerequisites as well as the same international, respectively European circumstances through the European Convention and practicability of EU Directives. Consequently, equal conditions in the decisive prerequisites constitute an ideal basis for comparative studies and conclusion. Now it is questionable in which country there is an imbalance between protection and freedom. On the one hand, it would be conceivable that the balance has been established in The Netherlands through the euthanasia law. After all, here it is up to the citizen to be able to freely decide about their action if certain criteria are met. The autonomous character of will at this point is surely an enormous gain in freedom of choice and thereby in freedom in entirety. Such a law does not exist in Germany. This means that there is no freedom of choice for the citizen, merely that life is a legal asset absolutely protected by the state. This is furthermore supported through a purposeful administration of justice in the same direction. Consequently, no freedom of choice exists for the citizen with regard to the euthanasia question in Germany, but rather an absolute

protection, which means that there is no definitive balance existing in Germany.

Further questions about the work to be explained ensue in this regard, such as to what extent this balance is even necessary, what it results from and what a non-implementation entails. The balance between the citizen's protection and freedom is the paramount criterion for a democratic fundamental order and corresponds to the constitutional principles and the theory of political science. It is virtually constitutive that a balance exists. But the imbalance in the question of legality and ethical justifiability of the assistance with regard to dying may result from the fact that legally protected entity is to be valued higher than the freedom of the individual. A consideration of these two legally protected interests together, particularly to what extent the existing imbalance is justifiable or not, shall arise at a later point.

In addition to these legal and legal-theoretical questions, this work shall provide further clarity about which responsibilities correspond to the individuals actively and directly involved in assistance with dying in practice, and why they are particularly obligated and brought into connection with the topic. This applies first and foremost to physicians who by means of an intervention end the life of a patient on request and under consideration of legal circumstances, as is the case in The Netherlands. In the discussions held in Canada and Germany about the legality of this intervention, the question is also posed regarding why particularly the physician is assigned the responsibility to be the person who shall directly implement the process of intentional death. What makes a physician so indispensable as "the death assistant" in this discussion? Do their extensive theoretical education, their dealings with people and the knowledge of the human body qualify them? If so, would a pharmacist also be able to carry out assistance with dying under consideration of legal prerequisites? However, the statistics and argumentations quoted in the work substantiate that a physician appears to be the most suitable person to actively respond to wishes for death by people in order to implement these wishes. In addition, it is fathomed whether the physician's canons of professional ethics under consideration of the Hippocratic Oath taken even

allows an intervention or to what extent this could entail legal consequences for the physician's action.

Furthermore it is to be heeded that the question regarding autonomy with decisions at the end of life must be imperatively explained to that effect, and under which conditions they can be exempt from punishment for an implementing physician. Clarifying these framework conditions is necessary in order to be able to guarantee safety in the overall system. Moreover, it is clear that it can possibly be necessary to have to make use of the assistance of other individuals in order to enable an actual free decision at the end of life. But it is important that an obligation can never emerge from this.

In the final part of the work it is once again separately mentioned which conclusions are to be made from the international comparison, as well as where parallels, possibilities, limits, dangers and opportunities lie. For instance, the gained protection and the immunity for the attending and deciding physician could be mentioned as examples of an opportunity as well as an enhanced transparency from a legal standpoint in the judicial decisions to be made, which would be less obscure due to a clearly standardised legal domain and would thus also entail an enhanced transparency for the patients. On a societal level, the opportunity of a de-tabooing of the topic through a collective handling and uniform legal regulations could arise, since more open and objective, nevertheless also controversial discussions can be held concerning the subject, but not about whether a discussion about euthanasia should take place at all.

In light of the possible dangers and limits of euthanasia, it is to be critically scrutinised whether a law regarding the protective task of the state as the authority to act that has to be questioned is actually necessary. If this state task of protection is indicated, further problems ensue, such as in the character of more uniform conceptualisations – who can define the will of the patient in their own responsibility if the patient is no longer able to do so themselves? The role of the physician as the person held responsible also has to be examined critically and ultimately also the question regarding whether euthanasia is really the proper way to deal with death. The de-tabooing of the topic previously addressed among the opportunities

could also in itself lead to a diminished inhibition threshold and to a deficient debate with regard to the issue of death, with the work attempting to clarify to what extent this is now to be evaluated positively or negatively, and whether euthanasia is not the false way to deal with death. Conceivable alternatives such as terminal care and the hospice movement are also discussed with regard to their practicality and their avoidable proximity to the euthanasia debate. However it becomes clear that the subject areas may complement each other but will never replace each other and are to be clearly delineated from each other.

Finally, in connection with these societal and constitutive questions regarding dealing with euthanasia, a detailed legal appraisal of the topic ensues. Here the possibilities, limits and dangers are analysed and evaluated by means of the results of the international comparison. Is The Netherlands leading the way with a good example? Is Canada on the path towards a law? And is Germany a step behind or actually ahead in the right direction?

The essential facts to be heeded for a formulation of legislative proposal are compiled and put into writing in the attempt of a legislative formulation that must manage to take into account any views based on the experiences of the individual countries treated in the work, despite many internal, societal and juridical differences in dealing with the topic, in order to allow a comprehensive consideration and assessment.



## **Informationen über den Autor**

Malte Johannes Müller wurde am 05.06.1983 in Haltern am See geboren. Sein Abitur machte er im Jahre 2002, um im Anschluss daran Rechtswissenschaften an den Universitäten Bremen und Osnabrück, in den Jahren 2002 bis 2007, zu studieren. Er arbeitete unter anderem bei einem Fachanwalt für Medizinrecht sowie beim Senator für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen in Bremen.

Nach dem Studium arbeitete er als Ph.D. student an der Universität Leiden. In den Jahren 2007 bis 2011 widmete er sich dem Forschungsschwerpunkt der Entscheidungen am Lebensende aus einer interdisziplinären Sicht, von Recht, Ethik und Medizin.

Seine Studien führten ihn zu Forschungszwecken für einige Zeit nach Kanada, an die McGill University in Montréal sowie an die Toronto University. Zudem besuchte er zahlreiche Konferenzen, unter anderem in Edinburgh und Peking, wo er Vorträge zum Thema der Entscheidungen am Lebensende hielt.

Malte Johannes Müller lebt zurzeit in Münster. Seine Zeit neben der Arbeit verbringt er mit Reisen, mit guten Büchern und Kochen.