



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

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

Müller, M.J.

**Citation**

Müller, M. J. (2012, June 26). *Der Freitod, der Arzt und das Recht : Juristische und andere Betrachtungen sowie Analysen zu Sterbewünschen von Menschen und ärztlichen Handlungsmöglichkeiten*. Schriften zur Rechtswissenschaft. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/19150>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/19150>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

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

## **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

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:

---

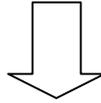
<sup>84</sup> Amerikanischer Philosoph und Pädagoge (1895 –1952).

<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

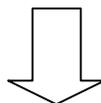
Beschwerden, Symptome und Empfindungen des Patienten werden genannt. Der Arzt hat hierbei die Pflicht zuzuhören und bei genügend Informationen eine Diagnose zu stellen. Er wartet passiv die Reaktion des Patienten ab.



## **2. Stufe**

### Entwicklung alternativer Lösungen

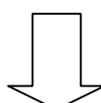
Je nach Diagnose kann es die verschiedensten alternativen Lösungen geben, wie etwa den Verzicht auf jede Form von Behandlungen, Verschreibung von Medikamenten oder zusätzlichen Tests, die zur Bestätigung der Diagnose hilfreich sind. Ebenso möglich sind Überweisungen an einen Spezialisten, das Einholen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



## **3. Stufe**

### Bewertung möglicher Lösungen

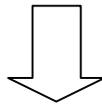
In dieser Stufe geht es darum, dass über die zweite Stufe hinaus Lösungsmöglichkeiten gefunden werden, zudem werden Kosten, Risiken oder der zeitliche Ablauf verschiedener Anwendungen oder Behandlungen erörtert.



#### **4. Stufe**

Entscheidung für eine beiderseitige akzeptable Lösung

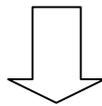
Hier ist beiderseitiges einvernehmliches Entscheiden von Arzt und Patient notwendig. Keinesfalls soll der Arzt dem Patienten eine Lösung aufzwingen, der Patient sollte einer angemessenen Lösung bereitwillig zustimmen.



#### **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.

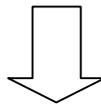
Die Konsequenzen für das Arzt-Patienten-Verhältnis müssten für Fälle, in denen ein Arzt eine Tötung vornimmt, voraussichtlich neu geregelt werden. Hierzu könnte es angebracht sein, eine Form der Arbeit zu definieren, in der ein Arzt tätig ist, die zwar medizinisch ist, aber nicht das Ergebnis der Besserung, 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**

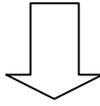
#### Bewertung der Situation

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.

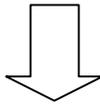
<sup>88</sup> Fraglich ist hier, ob die Bilateralität der Beziehung Arzt und Patient ausreichend für die Bewertung der Situation ist, oder ob eine andere Person, z.B. in Form eines Richters darüber entscheiden, bzw. mitentscheiden sollte. Dazu mehr in Teil III.



### **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 staatsrechtliche 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.