



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

## 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 Allgemeinwohlintressen 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.

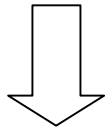
gegeben ist.<sup>240</sup> Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings, dass somit auch der Wunsch zu sterben eine Maßnahme nach sich ruft, die vernunftsbedingt getroffen ist, was unstreitig ist, die eine Gegenmaßnahme, in Form eines nicht Befolgens des eigentlichen Willens ist, ärztlicherseits vom Staat 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.

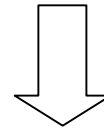
<sup>241</sup> Vgl. dazu 2.1.2 zuvor.

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

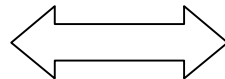


Kann sich bei der Tötungshandlung durch einen Dritten helfen lassen und stirbt durch dessen Beihilfe.

**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 verfügten Willens, der nicht an Krankheit oder einen bestimmten Geisteszustandes 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, dass dem eigentliche 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**

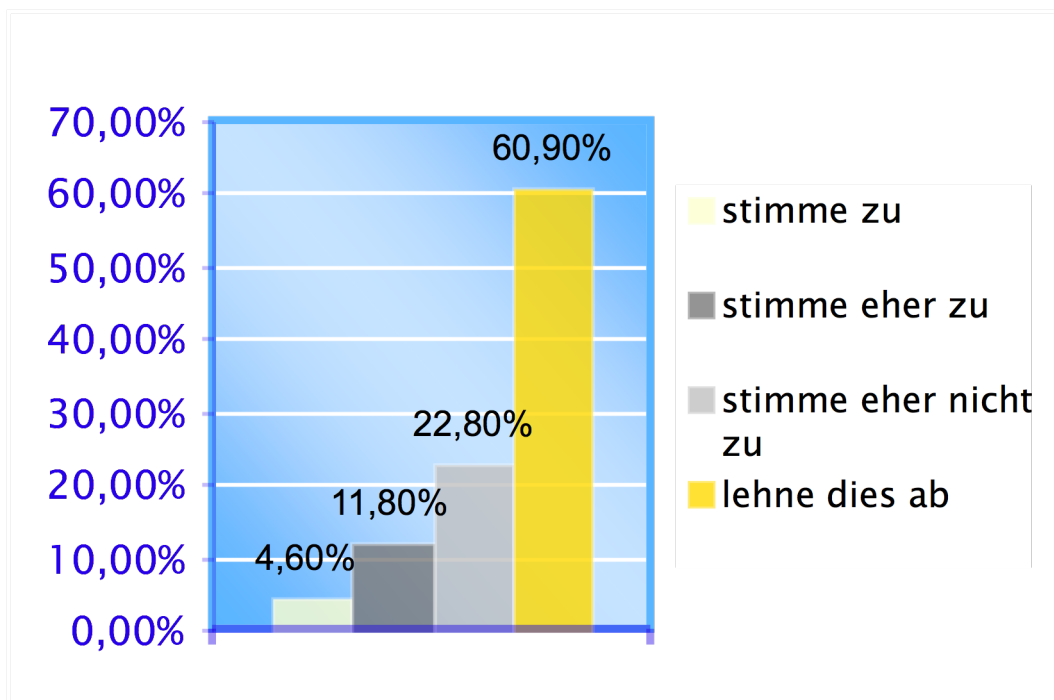
Abschließend soll nach der Betrachtung der in Deutschland gegebenen ärztlichen Möglichkeiten, auf Sterbewünsche und in Situationen am Lebensende zu reagieren dargestellt werden, welche Ansichten die Ärzteschaft hierzu vertritt. Dies ist daher wichtig zu betrachten, um herauszufinden, inwieweit eine Bereitschaft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

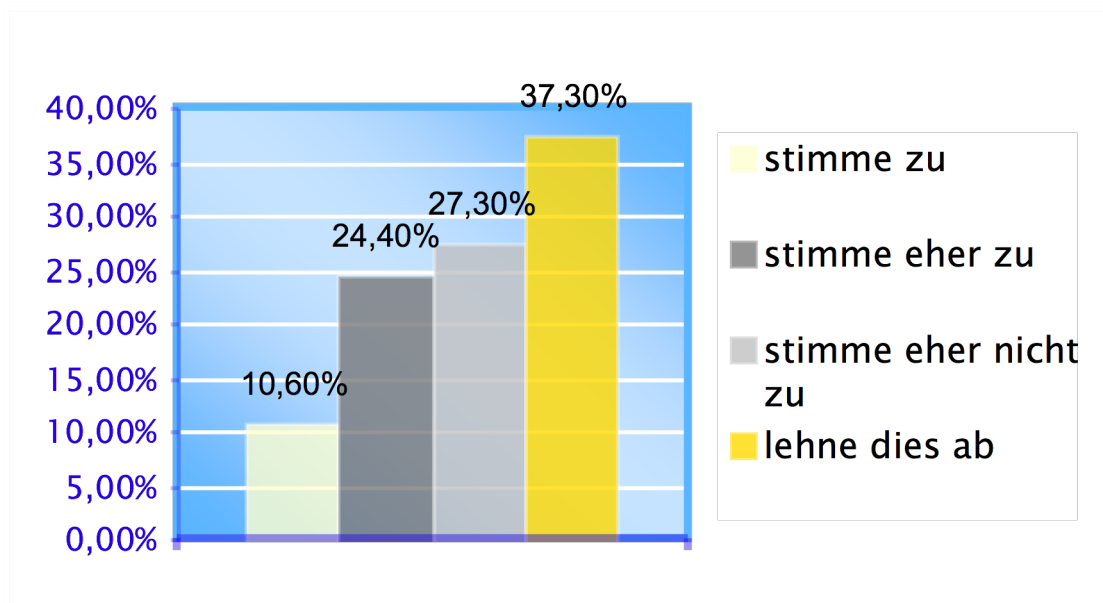
realisieren. Der Arzt als Teil eines neuen Arzt-Patienten-Verhältnisses müsste hierzu die Bereitschaft zu dieser Aufgabe anerkennen, sein Handeln als notwendig gegeben ansehen und dies mit der ärztlichen Standesethik vereinbaren können. Hier zunächst einige Fakten zum aktuellen Meinungsbild deutscher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

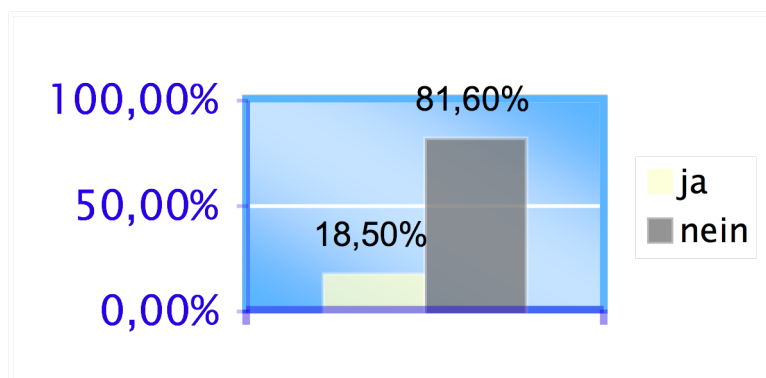


<sup>254</sup> Quelle: „Der Spiegel“ Nr. 48 vom November 2008, S. 164 ff., 165 nach einer Umfrage von TNS-Healthcare vom 11. Bis 19. November 2008, 483 Befragte.

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>



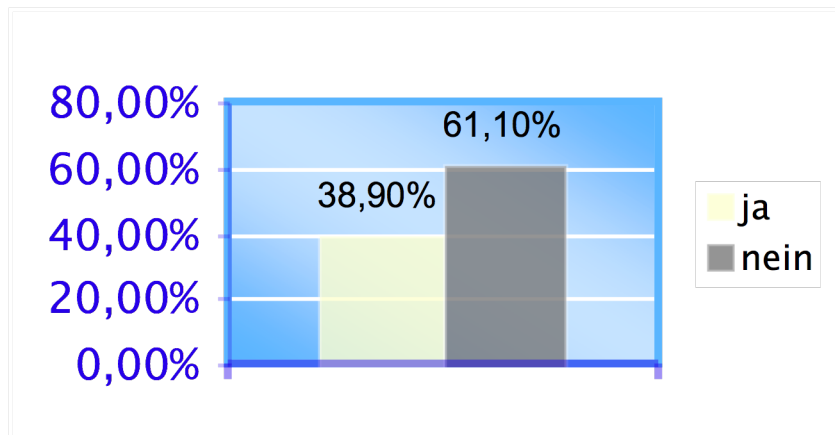
„Können Sie sich vorstellen, selbst aus humanitären Gründen einem

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

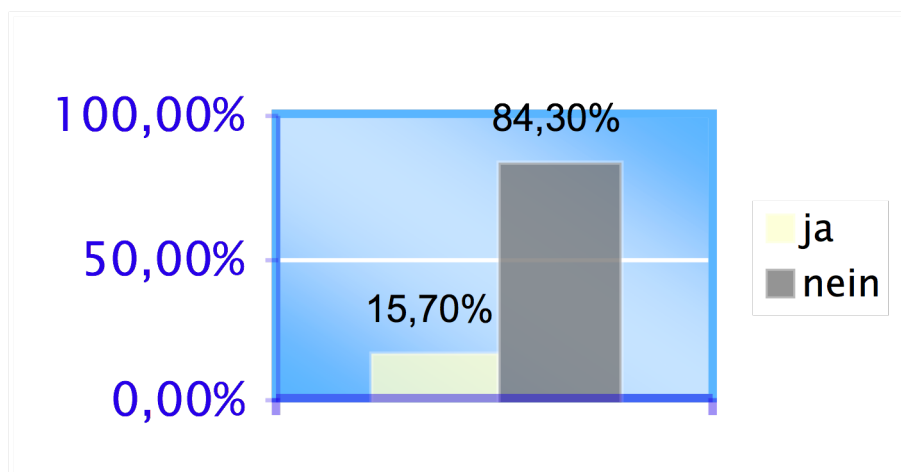
<sup>256</sup> Vgl. Fn. 69; „Der Spiegel“ S. 164 ff., 168.



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 zum 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.

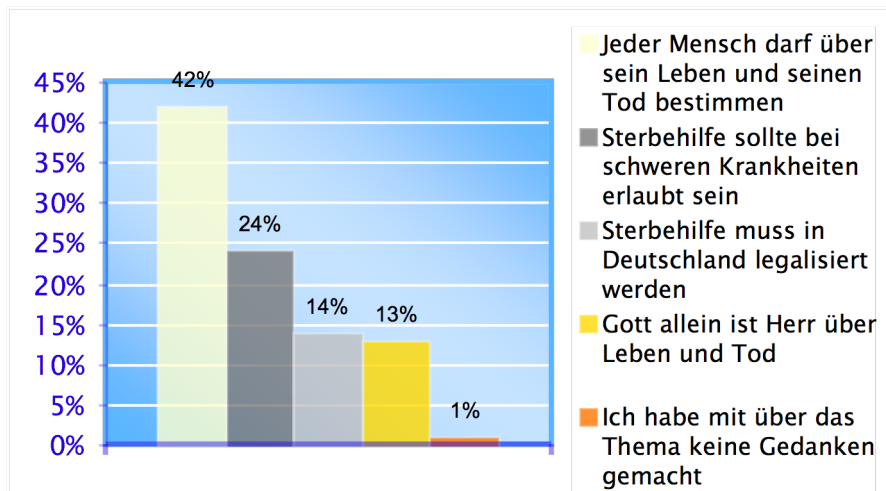
Die zurzeit aktuellste Umfrage befasst sich mit dem Thema „Sterbehilfe“. Bezüglich der Fragestellung „Was halten sie von Sterbehilfe?“ wurde versucht zu einem allgemeingültigen Meinungsbild beizutragen. Nachteilig hieran ist, dass der Begriff der Sterbehilfe auf unterschiedlichste Art und Weise definiert 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.

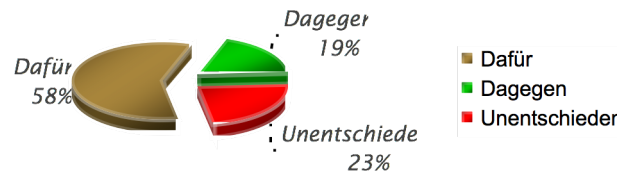
Eine weitere Statistik soll Aufschluss darüber geben, ob die vorausgehende Meinungsbildung repräsentativ ist und mit dem Ergebnis übereinstimmt. Auffällig bei dieser Statistik ist, dass die Fragestellung präziser ist und die Antwortmöglichkeiten dafür allgemeiner gehalten werden. Ebenso wird deutlich, 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.

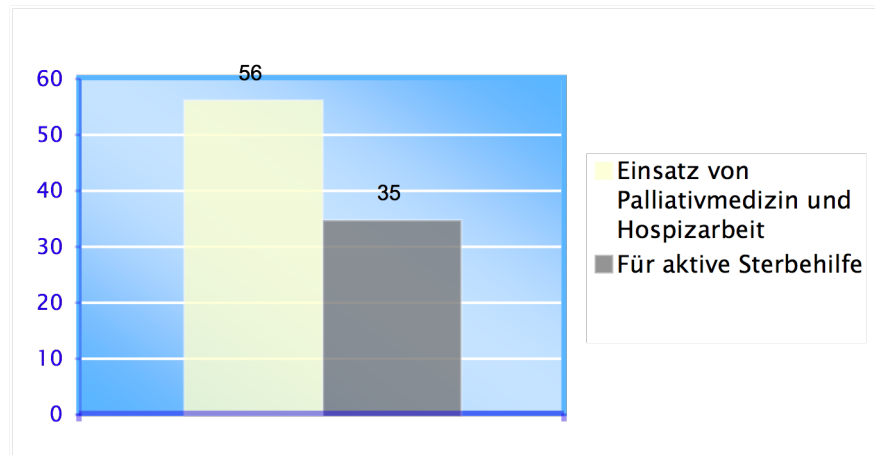


Dieser Statistik wird der Begriff der aktiven Sterbehilfe zugrunde gelegt, der bereits zum besseren Verständnis in der Frage definiert wird. Im Vergleich zur ersten Statistik ist erkennbar, dass der Anteil der Befürworter, die einem schwerstkranken unheilbaren Menschen Hilfe beim Sterben, auch durch 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.

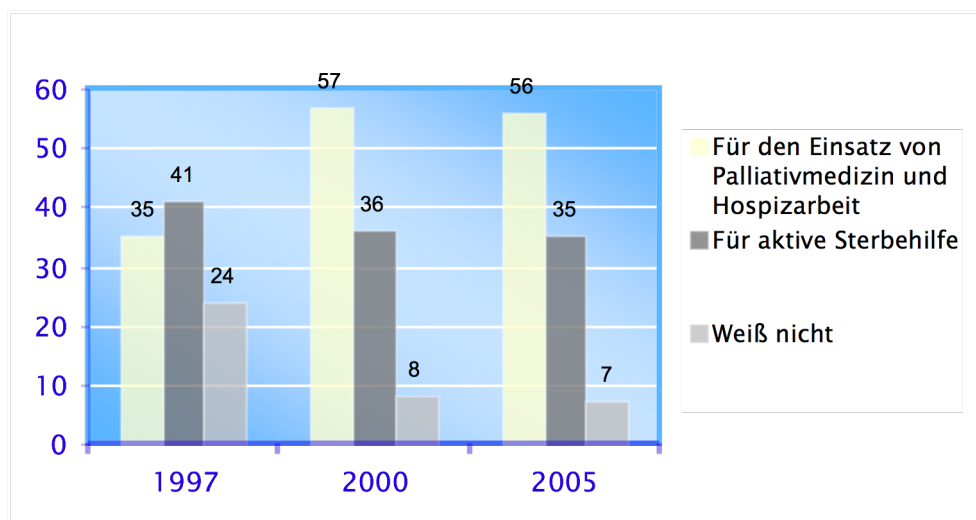
An dieser Stelle ist es angebracht als Zwischenfazit festzuhalten, dass die deutsche Bevölkerung zweigeteilt der grundlegenden freien Entscheidung am Lebensende gegenüber steht. Eine Bereitschaft ist zu erkennen dieses zu befürworten, die Ablehnung grundlegend freien Entscheidens steht aber dagegen und 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.