



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

Teil III

1. Wort vorab

Im Folgenden wird mithilfe der Informationen aus den vorangehenden Teilen das Thema einer Analyse und Bewertung unterzogen. Hierzu fließen sowohl die grundlegenden Fakten des Teil I, wie auch die detaillierten Erkenntnisse aus dem Ländervergleich des Teil II mit ein. Besonders die Daten, Fakten und Umgehensweisen der Länderpositionen sind aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit geeignet, Konklusionen und Bewertungen zu erzielen und liefern zudem aufgrund ihrer Deckungsgleichheit in anderen Punkten Informationen aus einem Konsens von Ansichten und Herangehensweisen.

Aufgrund einer Vielzahl von Überschneidungen in den einzelnen Themenbereichen, liegt diesem Teil nicht die stringente Gliederung der Ländervergleiche zugrunde. Vielmehr kann es gelingen, das Thema anhand fließender Übergänge darzustellen, so wird als Beispiel das Gesellschaftsbild vom Vorbildcharakter der Rechtsprechung beeinflusst, daher wäre es in diesem Punkt sowie in einer Reihe anderer Punkte nicht sinnvoll, sie per Gliederung, voneinander zu trennen. Um der Chronologie der Methodik der Bearbeitungsweise der anderen Teile zu entsprechen, wird aber auch im Folgenden zunächst eine rechtliche Betrachtung erfolgen, mit besonderem Hauptaugenmerk auf eine rechtsvergleichende Darstellung, in welche im Anschluss gesellschaftliche, philosophisch-ethische und medizinische Konklusionen mit einfließen.

2. Aktive Reaktionen auf Sterbewünsche im rechtlichen Kontext

Um aus der deckungsgleichen Gliederung und Herangehensweise zum Thema aus den Ländervergleichen profitieren zu können, geschieht auch an dieser Stelle zunächst ein Rückgriff auf die rechtlichen Gegebenheiten. Der EGMR äußerte sich diesbezüglich, wie bereits unter Punkte 5.2.2 in Teil 1 der Arbeit dargestellt, im Haas Fall dahingehend, dass

1. jeder kompetente Erwachsene, das Recht besitzt, über das Ende seines Lebens zu entscheiden;

2. Aber weder der Staat noch jemand anderes dazu verpflichtet werden können, Hilfe dabei zu leisten, diesen Wunsch zu beschleunigen, oder auszuführen.

Dieses Zitat stützt das bereits in Teil I und Teil II Erörterte dahingehend, dass europarechtlich betrachtet jedem Menschen das Recht zustehen müsste, selbstbestimmt über seinen Tod zu entscheiden. Dieses gilt zumindest in der Theorie, wenngleich die Praxis hier wiederum Grenzen zieht, da auch vom EGMR wörtlich die Inanspruchnahme fremder Hilfe ausgeschlossen wird.

Inwieweit dieses tatsächlich zutreffend ist, soll im Folgenden auch mithilfe der aus den Ländervergleichen gewonnenen Erkenntnissen dargestellt werden.

2.1 Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen

Wenn man den Suizid als ethisch vertretbar hält, so könnte dieses sicher auch für die Beihilfe zum Suizid gelten.⁴¹² Schwieriger ist die Abgrenzung warum diese Beihilfe zur Selbsttötung von einem Arzt durchgeführt werden soll, da nicht nur ethische und berufsrechtliche Gegebenheiten dem gegenüberstehen könnten, sondern auch die Frage seiner ausschließlichen Befähigung in Gänze.⁴¹³ Im Folgenden wird somit auf die Klärung der ersten Kernfragestellung der Arbeit hingearbeitet:

Gibt es Situationen in denen der Wunsch eines Menschen, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben, gerechtfertigt sein kann?

a. Unter welchen Bedingungen?

b. Welche Kriterien bestehen diesbezüglich?

c. Warum wird ein Arzt in die Verantwortung genommen, was gibt es bezüglich seines Handelns zu beachten?

Nicht nur aufgrund der Kompetenzen über die Kenntnis des menschlichen Körpers und der Wirkungsweisen von zum Tode führenden Substanzen, sondern darüber hinaus auch des Zugangs zu den Medikamenten und das

⁴¹² Vgl. Teil I 6.1 und 6.2.

⁴¹³ Vgl. hierzu Teil I 4.1

u.U. im Vorfeld bestehende Behandlungsverhältnis zum Patienten tragen dazu bei, dass Ärzten wie selbstverständlich, die als die Todeshandlung durchführenden Personen angesehen werden.

Allerdings widerstrebt es vielen Ärzten, Suizidbeihilfe zu leisten. Im Beispiel Deutschland ist die Ablehnung der Ärzte am Größten und findet zudem Rückendeckung durch die Bundesärztekammer als Standesvertretung der Ärzte. Es sei nicht mit dem Auftrag des Arztes vereinbar, dessen eigentliche Arbeit darin bestehe, Krankheiten und Schmerzen zu heilen oder zu lindern und sie in jedem Falle mit allen denkbaren Mitteln zu bekämpfen. Die Bundesärztekammer führt zudem an, dass die Gefahr bestehe, dass ein Patient seinen behandelnden Arzt dahingehend unter Druck setzen könnte, dass dieser sich zur Suizidbeihilfe genötigt fühle. Die Haltung der kanadischen und niederländischen Ärzteorganisationen ist weniger rigoros, wenn sie ihre Wandlung und positive Haltung zum Thema der Suizidbeihilfe von Ärzten so lange wie eben möglich zurückgehalten hat.

Zur Diskussion in der Debatte steht weiter, dass die Hemmschwelle der Patienten, Hilfe beim Suizid in Anspruch zu nehmen, geringer werden würde, wenn erst einmal eine Legalisierung dessen bestehe. Zudem sei die Abgrenzung schwierig, ob ein Suizidwunsch tatsächlich dem Willen des Patienten entspricht oder nur als Ausdruck einer temporären Überdrüssigkeit des Zustandes resultiert. Zuletzt wird die mangelnde Möglichkeit der Kontrolle der Praxis angeführt, die gegen einen ärztlich assistierten Suizid spricht. Zusammenfassend sind folgende Gegenargumente zu diskutieren:

- Es widerspreche der Aufgabe des Arztes Leben zu beenden
- Ärzte setzen sich dem Druck der Patienten aus, die fixiert auf Suizidbeihilfe resistent für Alternativen sind
- Hemmschwelle der Patienten zum Tode sinke
- Schwierigkeiten den tatsächlichen Patientenwillen eindeutig festzustellen
- Schwierige Kontrolle der Praxis

Dem wird eine Reihe von Argumenten entgegengesetzt, die den Arzt als die am besten geeignete Person ansehen, im Falle einer Gesetzeserweiterung, auf Sterbewünsche von Patienten, zu reagieren. So

hat ein Arzt die Pflicht im besten Sinne seines Patienten zu handeln und hierbei stets seine Selbstbestimmung zu respektieren. Unter Umständen kann dieses auch das Herbeiführen des Todes des Patienten bedeuten, wenn dieser unheilbar krank ist und an starken Schmerzen leidet. In einem derartigen Fall wäre es denkbar, dass es ein Gebot des Arztes sein könnte, zum Wohle und im Sinne des Patienten zu handeln, was zudem auch der Erfüllung des ärztlichen Ethos genüge tun würde, indem er dem Patienten beim Suizid oder dem Ersuchen nach Euthanasie hilft. Ein weiteres Argument wird analog zum Gegenargument verwendet, welches die Arzt-Patienten-Beziehung, im Besonderen das Vertrauensverhältnis beeinträchtigt sieht. Dieses sei gar konträr, wenn ein Patient davon ausgehen kann, dass sein behandelnder Arzt ihn auch im Todesfall bis zum Ende begleitet. Ein Arzt ist darüber hinaus durchaus in der Lage zu beurteilen, ob der Sterbewunsch des Patienten rational begründet ist, oder aus einer emotionalen Situation entstehe. Dieses Entscheidungsvermögen ist eine täglich abgefragte Aufgabe ärztlichen Alltags. Zusammenfassend werden folgenden Argumente angeführt:

- Der Arzt ist aufgrund seiner Befähigung die am besten geeignete Person Hilfe beim Sterben zu leisten
- Der Arzt muss den Wunsch des Patienten im Rahmen der Selbstbestimmung und der Patientenautonomie respektieren
- Das Handeln zum Wohle des Patienten kann auch dessen Tod einschließen
- Das Vertrauensverhältnis wird gestärkt
- Ein Arzt kann am besten beurteilen, ob der Sterbewunsch des Patienten aus einer emotionalen Lage heraus resultiert, oder ernsthaft überlegt ist.

Stellt man die Argumente einander gegenüber, so findet sich eine Reihe von Aussagen die unverifiziert auf bloßen Vermutungen und potentiellen Annahmen beruhen. So zum Beispiel, dass die Hemmschwelle des Patienten zum Tode sinken würde, wenn Suizidbeihilfe legalisiert werden würde. Dieses ist nicht mehr als eine Annahme, die sich nicht aus Erfahrungswerten der Niederlande, in der dieses Handeln Praxis ist, herleiten lässt. Im Gegenteil ist die Zahl der Patienten, die ärztliche Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen, rückläufig. Auch das Argument, dass

durch eine Legalisierung Druck auf den Patienten ausgeübt werden würde, ist faktisch nicht zu belegen. Dem ist entgegenzuhalten, dass eine Gesetzeserweiterung einen Raum für Patientenentscheidungen schafft. Neue Möglichkeiten und Grenzen werden aufgezeigt, durch hinzugewonnene Freiheit im individuellen Entscheidungsvermögen wird aber niemals Druck erzeugt. Unter Umständen kann es zu einer Überforderung durch die neu eingeführte Praxis kommen. An dieser Stelle wird aber deutlich, dass die Kompetenz der Suizid ausführenden Person, dieses kompensieren muss. Dieses kann einem Arzt am Besten gelingen, der aufgrund seiner Fähigkeiten dem Patienten nahezu täglich neue Operations- oder Behandlungsmethoden erklären und nahe bringen muss. Er wird dahingehend ausgebildet und sensibilisiert, die Lage des Patienten so einzuschätzen, dass dieser von der Masse der neuen Informationen nicht überfordert wird. Dieses ist eine normale Aufgabe des Arztes. Wenn sie in ähnlicher Weise Anwendung bei der Beratung des Patienten bezüglich zu treffender Entscheidungen am Lebensende angewandt wird, so wird keineswegs Druck auf den Patienten ausgeübt, sondern alles unternommen, um diesen Druck zu nehmen. So gelangt man zu einem durchaus verifizierbaren Fakt in der Reihe der Argumentation, dass nämlich der Arzt die fähigste Person ist, um auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren. Fraglich ist aber, ob dieses überhaupt mit seinem Standes- und Berufsrecht vereinbar ist, wobei gleichzeitig auch die zweite Kernfrage eine Antwort findet:

Wie ist die Frage der Umsetzbarkeit, Hilfe beim Sterben zu erlangen, in Deutschland, den Niederlanden und Kanada geregelt?

a. Wie gestaltet sich das Gesetz und die Praxis?

b. Welche Stellung beziehen einzelnen Berufsgruppen und die Öffentlichkeit in den jeweiligen Ländern?

Die Entscheidung, ob ein Arzt Beihilfe zum Suizid einer unheilbar kranken und unter starken Schmerzen leidenden Person leistet, und damit in Differenz zum „normalen“ ärztlichen Handeln agieren sollte, oder nicht, sollte in erster Linie eine persönliche Entscheidung des betroffenen Arztes sein. So obliegt dem Arzt zweifelsfrei die Verpflichtung auf den Erhalt des

Lebens, die aber mit der Selbstbestimmung des Patienten kollidiert. Für den Fall, dass ein Arzt einen Patienten während einer Krankheit begleitet und zu dem Schluss kommt, dass dessen Sterbewunsch, in einem vollzurechnungsfähigen Zustand, das Nachvollziehbarste ist, so kann dieses durchaus Rechtfertigung dadurch erfahren, dass ein Arzt ebenso bestrebt ist, im Sinne und Wohle des Patienten zu handeln. Und es kann durchaus legitim sein, das Wohl des Patienten in der Beendigung des Leidens, der Schmerzen und der Krankheit zu sehen. Wenn die einzige Möglichkeit dadurch gegeben ist, dieses durch den Tod zu vollziehen, dann ist das Herbeiführen des Todes auch zum Wohle des Patienten. In einem derartigen Fall könnte ein Arzt die persönliche Verantwortung dafür übernehmen, die Handlung durchzuführen. Eine solche Entscheidung muss aber standesethisch vertretbar sein, da sie mit der grundsätzlichen Ethik des guten Handelns vereinbar sein muss. Berufsrechtlich muss zudem gewährleistet sein, dass ein Arzt, der auf Sterbewünsche von Patienten reagiert, keine Sanktionen erfährt. Dies könnte durch eine Erweiterung des ärztlichen Handlungsspektrums gelingen, wohl bemerkt nicht durch eine Ausweitung der medizinischen Aufgabe, da das Reagieren auf Sterbewünsche niemals als medizinisches Handeln definiert werden kann. Juristisch ist es aber schwierig, das Handeln des Arztes bei einer Beihilfe zum Suizid, von einer Tötung auf Verlangen abzugrenzen. Da es anders kategorisiert wird, liegt bei der Beihilfe zum Suizid die Tatherrschaft beim Suizidenten selbst, mit einer nur mittelbaren Beteiligung des Arztes, bei der Tötung auf Verlangen liegt die Tatherrschaft aber unmittelbar bei der die Tötung ausführenden Person. Dieses führt dazu, dass hierbei eine gesteigerte Verantwortung der Handlung gegenüber entsteht, natürlich auch der damit verbundenen Folge. Wenn ein Arzt somit auf den Sterbewunsch des Patienten reagiert, stellt er eine laufende Behandlung oder Therapie ein, handelt daher aktiv. Dieses aktive Handeln geht bei der Suizidbeihilfe in bloße passive Sterbebegleitung über, somit anders als bei der Tötung auf Verlangen, wo weiter aktives Handeln gefordert wird. Dieses trägt im Ergebnis zu einer gesteigerten Verantwortung des Arztes bei, dem aber entgegenzuhalten ist, dass gleich ob der Arzt aktiv oder passiv eingreift, nichts an der Tatsache ändert, dass er im Sinne und Wohle des Patienten handelt. Wenn man daher begründet, dass die Beihilfe zum

Suizid gerechtfertigt ist, weil sie dem Wohle des Patienten dient, dann ist diese Sachlage nicht anders bei der Tötung auf Verlangen. Lediglich die Handlungsqualität ist eine andere, die Bewertung der Handlung an sich und die Konsequenz ist ethisch gleich zu bewerten. Die Kausalität der Handlung ist aber stets gleich und endet im Tod, ob nun durch das Beschaffen und Bereitstellen eines tödlichen Medikaments oder der Verabreichung dessen.

Es ist aber deutlich zu machen, dass eine klare Abgrenzung zum „normalen“ Arzt-Patienten-Verhältnis bei medizinisch indizierten Eingriffen vorzunehmen ist⁴¹⁴. Die Sorgfaltspflichten sind hierbei anderer Natur, so muss z.B. in einem persönlichen Gespräch, welches sich zunächst noch nicht grundlegend von dem normalen ärztlichen Tätigkeitsbereich unterscheidet, der Arzt herausfinden, ob der Sterbewunsch des Patienten tatsächlich besteht, ob der Patient urteils- und entscheidungsfähig ist, oder ob Druck von außen auf ihn einwirkt. Das Herausfinden und Abklären der Motivation ist hier wichtiges Indiz für die Begründetheit des Sterbewunschs. Ebenso sind Alternativmethoden und Behandlungen zwingend mit dem Patienten abzuklären, wozu auch das Aufzeigen von bislang nicht versuchten Therapien gehört, die zwar mittelbar nicht den Sterbewunsch gänzlich aufheben, aber ihn aufschieben könnten. Es gilt hierbei somit nicht ein „Alles oder Nichts“ Prinzip, wonach ein Arzt einen Patienten entweder beim Sterben hilft, oder dieses versagt. Gerade der Mittelweg der reiflichen Überlegung und des Aufschiebens einer Entscheidung durch das Aufzeigen von Alternativen ist Teil der „neuen“ Sorgfaltspflichten des Arztes.

Die Haltung der Ärzteschaft bezüglich des Themas der Hilfe beim Sterben ist vielschichtig und nicht einheitlich. Unterschiede zwischen einzelnen Ländern sind auszumachen, aber auch zwischen einzelnen Regionen innerhalb von Ländern, so z.B. eine grundlegende Bereitschaft der Ärzte in Quebec und einer eher ablehnenden Haltung der Ärzte Ontarios in Kanada.

⁴¹⁴ Der Unterschied bezieht sich hierbei lediglich auf die Art der Notwendigkeit der medizinischen Maßnahme. Das Beachten grundlegender Sorgfaltspflichten, wie die Aufklärungs- und Informationspflicht, als Beispiele, bleiben davon unberührt und gelten sowohl bei „normalem“ ärztlichen Handeln, als auch bei Euthanasie oder ärztlich assistierten Suizid.

In Deutschland ergibt sich ein ähnliches Phänomen in einem Nord-Südgefälle. Im Allgemeinen erklären sich in Deutschland, als Beispiel der ablehnenden Gesamthaltung zum Thema, ein Drittel der Ärzte dazu bereit, Hilfe beim Sterben durchzuführen, wenn Bedingungen wie eine unheilbare Krankheit, oder Leiden eines Patienten vorhanden sind. Dieses bildet eine breite Basis, um auf Sterbewünsche von Patienten zu reagieren. Ein einheitliches Zustimmung der Ärzteschaft ist weder notwendig, um das System in die Praxis umzusetzen, noch ist es dienlich hinsichtlich der bekannt positiven Wirkung oppositionellen Denkens und Agierens.

2.2 Ist der niederländische Weg moralisch vertretbar und rechtmäßig?

Im Folgenden findet die vierte Kernfrage der Arbeit eine eingehende Erläuterung.

Aus der geschichtlichen Entwicklung der Niederlande geht hervor, dass nicht nur in dem Bereich der Entscheidungsfindung am Lebensende ein besonders ausgeprägter Individualismus herrscht und das Selbstbestimmungsrecht vermeidlich über allem anderen steht. Hinzukommt ein hohes Maß an Toleranz, hervorgerufen durch das Egalitätsprinzip und die Klassengleichheit, die gar keine andere Wahl lässt, als Toleranz auszuüben. So auch im Fall der Gesetzeserweiterung bezüglich Entscheidungen am Lebensende. So könnte sich die These ergeben, dass eine eigentlich illegale Tat im Rahmen des Liberalismus quasi gesetzlich umschrieben wird, um sie besser kontrollieren zu können. Der Liberalismus müsste demnach einen offensichtlichen Erfolg mit sich bringen, um gerechtfertigt zu sein. Trotzdem bleibt aber die Art und Weise fraglich, wenn man so mag, mit einem neu geschaffenen Gesetzesraum bestehendes Recht zu umgehen oder zu erweitern. Hierbei ist es notwendig zu hinterfragen, ob es tatsächlich ein Umgehen ist, denn dieses muss verneint werden, vielmehr ist es eine Erweiterung eines bestehenden Straftatbestands hinsichtlich einer positiven Abgrenzung der Handlung. Die negative Abgrenzung des ursprünglichen Gesetzes bleibt davon aber gänzlich unberührt, was bedeutet, dass die „eigentlich illegale Tat“ auch nach wie vor illegal bleibt. Zur Art und Weise ist zu sagen, dass dieser niederländische Weg alternativlos ist und außer der positiven Erweiterung

eines notwendiger Weise bestehenden Straftatbestands keine andere Möglichkeit offeriert, aktuelle gesellschaftliche Veränderungen und Wünsche umzusetzen. Die Gesetzeserweiterung bezüglich des aktiven Reagierens auf Sterbewünsche von Patienten ist ein gesellschaftlich initiiertes Akt und der niederländische Weg der Erweiterung des Gesetzes macht es möglich, dass die Bevölkerung diese Möglichkeit wahrnehmen kann, ohne von ihr in Form eines Rechtes Gebrauch machen zu können, um eine Behandlung zu erwirken. Der Zweck rechtfertigt in diesem Punkt also die eingesetzten Mittel. Fraglich ist, ob dieses legitim ist.

„Wenn der Zweck recht ist, so sind es auch die Mittel, ist insofern ein tautologischer Ausdruck, als das Mittel eben das ist, was nicht für sich, sondern um eines Anderen willen ist, und darin, in dem Zwecke, seine Bestimmung und wert hat – wenn es nämlich in Wahrheit ein Mittel ist.“⁴¹⁵

Nach Hegel erscheint somit offensichtlich der Zweck die Mittel zu rechtfertigen, wenn der verfolgte Zweck gutes Recht ist, er relativiert dieses aber direkt, indem er der formellen Deutung einer tiefer gehende hinzufügt. Demnach würde für die Erfüllung eines guten Zwecks ein Mittel benutzt werden, welches darauf abzielt etwas zu verletzen was eigentlich heilig ist, womit das Mittel zum Verbrechen werden würde. Demnach bestimme sich die Handlung aus einer subjektiven Überzeugung, wobei man schnell übersehen kann, dass dieses eigentlich ein Verbrechen ist. Dieses macht es kaum möglich, das den Zweck heiligende Mittel zu rechtfertigen. Dieses bestätigt auch Machiavelli, der sagt, dass ein Zweck niemals das Mittel heiligt, sondern der Zweck bestimme überhaupt erst welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit normale moralische Gesetze gebildet werden können, die festlegen, was ein gutes Mittel sei.⁴¹⁶ Dieses wird vereinfacht aber deutlicher von der modernen Adaption des Utilitarismus beschrieben, der feststellt, dass der Zweck, der die Mittel heiligt, die Maxime des Amoralismus ist, wonach jeder, der Ethik betreiben möchte, nicht darum herum kommt sich dieser Aussage zu verweigern und sie als undiskutierbar anzuerkennen. Dieses erscheint im

⁴¹⁵ G.W.F. Hegel „Grundlinien der Philosophie des Rechts“ § 160.

⁴¹⁶ N. Machiavelli, „Der Fürst“ (Original: Il Principe). In Deutsch übersetzt von R. Zorn, 1955, Kapitel XV S. 63.

Hinblick der utilitaristischen Grundtheorien als konträr, findet aber Relativierung, wenn man beachtet, dass die Suche nach der Art von Moral den Utilitarismus prägt und somit „gutes“ Handeln von „schlechtem“ Handeln abgegrenzt wird. Handlungen haben unabhängig der Folge, die sie bewirken, keine objektive moralische Identität, sie sind somit Abläufe der Psyche, die darauf Abzielen, etwas zu bewirken. Die Handlung erhält die Moral erst durch die Bilanzierung der Folge, demnach kann ein guter Zweck nicht durch schlechte Mittel geheiligt werden. Der Zweck bestimmt also was richtig und was falsch ist. Was man für einen guten Zweck tut, ist utilitaristisch betrachtet nun mal das Richtige. Folgt man dieser These und Grundannahme und überträgt sie auf die niederländische Gesetzeserweiterung hinsichtlich der Tatsache, ob dieses ein rechtmäßig zu gehender Weg ist, so kommt man zu dem Ergebnis, dass der Zweck, den Wunsch der Bevölkerung zu erfüllen,⁴¹⁷ eine Möglichkeit der Erfüllung ihrer Sterbewünsche zu haben, durch das eingesetzte Mittel durchaus gerechtfertigt ist. Der verfolgte Zweck ist gut und somit ist es auch modallogisch gesehen das Mittel der Gesetzeserweiterung. Von der Ausgangsthese, dass die Gesetzeserweiterung einfach nur eine illegale Tat umgeht ist daher Abstand zu nehmen, da sie diese zunächst erweitert und dieses zudem ethisch begründbar ist.

Hinzukommt die Vertretbarkeit mit dem niederländischen Rechtssystem auf nationaler Ebene, welches es in der Praxis ermöglicht, eine derartige Gesetzeserweiterung anzuwenden. Fraglich ist nun, ob dieses auch europarechtlich vertretbar ist.

Vor der Gesetzeseinführung im Jahre 2002 reagierte die Parlamentarische Versammlung des Europarates auf den Gesetzgebungsvorschlag der niederländischen Regierung bezüglich der geplanten nationalen Gesetzeserweiterung und schloss sich hierzu der Empfehlung 1418 des Europarates aus dem Jahre 1999 an, betreffend des Schutzes der Menschenrechte und der Dignität unheilbar kranker und im Sterben befindlicher Personen⁴¹⁸. In diesem Zusammenhang erklärte das Parlament

⁴¹⁷ Zu beachten gilt, dass der Wunsch der Bevölkerung zwar in einer Gesetzeserweiterung normiert ist, aber kein Recht für das Individuum darstellt – es existiert weder ein Patientenrecht oder eine darauf kausale Arztspflicht.

⁴¹⁸ Die Empfehlung 1418 ist zu finden auf der Homepage: <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/erec1418.htm>.

einheitlich, dass Euthanasie und die Hilfe zur Selbsttötung ein klarer Verstoß gegen Art. 2 EMRK sei.

Es sei eine der Hauptaufgaben die menschliche Würde zu schützen, so heißt es zu Beginn der Erklärung⁴¹⁹, gefolgt von einer kurzen Diskussion über die möglichen Probleme, die bei der Behandlung von Menschen durch neue Technologien und den medizinischen Fortschritt entstehen können. Kern der Stellungnahme ist aber eine Empfehlung für die Mitglieder des Europarates, die Würde kranker und im Sterben befindlicher Personen zu schützen⁴²⁰ durch:

1. Anerkennung des Rechts auf eine umfassende Linderungsvorsorge
2. Wahrung des Patientenrechts auf Selbstbestimmung
3. Verbot unheilbar kranke und sterbende Personen auf deren Wunsch hin zu töten
4. Keiner Person darf das Recht auf Leben absichtlich genommen werden, im Besondern sind hier kranke und im Sterben befindlichen Personen zu schützen
5. Es darf keinen Rechtsanspruch auf Sterbewünsche geben, ein Recht auf Sterben ist unter keinen Umständen mit Art. 2 EMRK vereinbar
6. Ein Sterbewunsch ist keine Rechtfertigung um den Tode herbeiführende Handlungen zu schützen
7. Das Recht auf Selbstbestimmung kann keine gesetzliche Rechtfertigung für Euthanasie sein

Auf die Empfehlung 1418 erfolgte am 07.11.2000 zunächst eine Zwischenantwort⁴²¹, gefolgt von einer endgültigen Stellungnahme am 08.04.2002⁴²², die nicht die beabsichtigte Übereinstimmung hinsichtlich der Interpretation der Unvereinbarkeit des Art. 2 EMRK mit einem generellen Verbot von aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende brachte. Hierzu bedürfe es einer eindeutigen Fallstudie des EGMR hinsichtlich der Handhabung des Themas und der Rolle des Art. 2

⁴¹⁹ Empfehlung 1418 §1 „The vocation of the Council of Europe is to protect the dignity of all human beings and the rights which stem there from.“

⁴²⁰ Empfehlung 1418 § 9.

⁴²¹ Vereinbarung der 728. Ministerkonferenz am 30.10.2000; veröffentlicht in Dok. Nr. 8888.

⁴²² Vereinbarung der 790. Ministerkonferenz am 27.03.2002; veröffentlicht in Dok. Nr. 9404.

EMRK im Hinblick auf Entscheidungen am Lebensende. Es sei in keinem Fall möglich ohne dessen der Interpretation des Art. 2 EMRK und der Empfehlung zu folgen.

2.2.1 Zur Konformität des niederländischen Modells mit der Europäischen Menschenrechtskonvention

Der folgende Punkt befasst sich mit der Frage, ob das niederländische Gesetz und der damit legalisierte aktive Umgang bei Entscheidungen am Lebensende mit dem in der Europäischen Menschenrechtskonvention vereinbarten Lebensschutz vereinbar ist. Diese Frage stellt sich aufgrund einer möglichen Diskrepanz zwischen diesen Gütern.⁴²³ Dargestellt wird hier die fünfte Kernfrage der Arbeit erläutert:

Zunächst fällt hierzu auf, dass durch die bereits beschriebenen Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) im Fall Pretty und Haas, eine tendenziell eher ablehnende Haltung zu einem aktiven Eingreifen bei Entscheidungen am Lebensende besteht.⁴²⁴ Dem EGMR nach ist der Sinngehalt des Rechts auf Leben aus Art. 2 EMRK dahingehend auszulegen, dass ein Recht zum Leben bestehe, nicht aber ein Recht auf Selbstbestimmung über die Beendigung des eigenen Lebens. Dieses ergibt sich u.a. aus dem Urteil im Fall Haas des EGMR, wonach die Schutzfunktion des Menschenrechts auf Leben die abwehrrechtliche Tragweite des Rechts nur erweitert, nicht aber durch eine die Freiheit zerstörende Handlung ersetzt werden kann. Allerdings entsteht hierbei ein Konflikt, weil das Recht auf Leben ein zuerkanntes Recht ist, was die Konsequenz hat, dass dieses Recht auch eine Wahlmöglichkeit impliziert, dieses Recht auch tatsächlich wahrzunehmen, oder nicht. Demnach ist das vom EGMR ausgesprochene Verbot, autonom über seinen Tod zu entscheiden gerade ein Bestandteil des Art. 2 EMRK und nicht wie

⁴²³ Das Gebot des effektiven Lebensschutzes leitet sich aus Art. 2 EMRK und der ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofs für Menschenrechte ab.

⁴²⁴ Dieses ergibt sich aus der Gesamtentscheidung. Das Gericht ließ aber gleichzeitig offen, wie die einzelstaatlichen Systeme mit derartigen Entscheidungen am Lebensende umgehen können.

das Gericht im Pretty Fall angeführt hat, ein Trugschluss.⁴²⁵ Besonders wenn man diesem Konstrukt noch Art. 8 EMRK hinzuzieht, in dem verankert ist, dass ein Patient durchaus die Wahl hat im Rahmen eines Arzt-Patienten-Verhältnisses autonom darüber zu entscheiden, eine Behandlung wahrzunehmen, oder abubrechen, bzw. unter Umständen sogar auf diese zu verzichten. Ihm obliegt das Recht frei über dieses zu entscheiden, mit der Konsequenz, dass der Patient auch über seinen eigenen Tod entscheiden kann, sein Gestaltungsrecht quasi zur Anwendung kommt, wenn er ärztliche Behandlungen zurückweist. In einem derartigen Fall würde es somit legitim sein, dass das Recht auf Leben auch die freie Verfügbarkeit über den Tod impliziert⁴²⁶ und analog auf Art. 2 EMRK auch Anwendung finden. Die Schwierigkeit liegt aber darin begründet, inwieweit dem Individuum das Recht obliegt, eine andere Person dazu zu bestimmen, im Sinne seiner Autonomie, sein Leben aktiv zu beenden.

Zudem ergibt sich eine weitere mögliche Überprüfbarkeit des Art. 2 EMRK. Nach Art. 2 EMRK ist eine teilweise Straflosigkeit einer aktiven Tötung auf Verlangen nur dann möglich, wenn die entsprechende Länderregierung im Einklang mit dem Gesetzgeber dafür Sorge trägt, dass ein Befolgen und striktes Einhalten der Grenzen und Möglichkeiten der entsprechenden Norm eingehalten wird.⁴²⁷ Dieses kann ausschließlich durch eine lückenlose strafrechtliche Kontrolle geschehen, ein System, welches Sicherheit garantieren muss. Dieser Punkt ist zwingend zu erfüllen. Im Allgemeinen ist hierzu anzuführen, dass der EGMR im Bezug auf bioethische Fragen ein großes Spektrum von Entscheidungs- und Verhaltensspielräumen in Europa offen lässt. Die Niederlande selbst sind

⁴²⁵ Zu Beachten ist aber zwingend, dass der Pretty Fall klar von dem niederländischen Vorgehen zu trennen ist.

⁴²⁶ Bis hierhin auch konform mit dem Haas Fall, vgl. näheres dazu unter Punkt 5.2.2 in Teil 1 der Arbeit.

⁴²⁷ Die Vereinbarkeit der geltenden niederländischen Gesetzeslage mit Art. 2 EMRK wird bejaht von Leenen/Gevers, S. 305f. und unter Hinweis vor allem auf die bestehenden Kontrolldefizite verneint von Buijsen, „Euthanasiewet & artikel 2 EVRM, Nederlands Juristenblad“ 2001, 1082 f.; sowie in „De betekenis van Pretty v. Verenigd Koninkrijk voor de Nederlandse euthanasiepraktijk“, Nederlands Juristenblad 2002, 1151ff. Vgl. dazu auch A.C. Hendriks „De betekenis van het EVRM voor het gezondheidsrecht“ in „Gezondheidszorg en Europees Recht“ 2009, S. 48 ff.

darüber hinaus der Auffassung, dass das Gesetz aus dem Jahre 2002 sogar den Einzelnen vor Eingriffen in das Leben schützt, da die darin verankerten Bestimmungen nicht dazu bestimmt sind unerträgliches Leiden oder einen möglichen Zustand der Aussichtslosigkeit zu verlängern, sondern genau das Gegenteil beabsichtigen. Zudem sei generell unklar, wann ein derartiger Verstoß vorliegen würde. Aus den internationalen Vereinbarungen gehe zudem hervor, dass kein grundlegendes Verbot der Sterbehilfe bestehe⁴²⁸ und die niederländische Regelung darauf abzielt, eben eine Achtung vor dem Leben zu gewährleisten, was oberster Grundsatz der niederländischen Regelung sei.

2.3 Zur generellen Möglichkeit einer Gesetzesänderung

Wie bereits ausgeführt, ist es nicht möglich eine Gesetzesänderung bezüglich des Kernstrafatbestands hinsichtlich der Tötung einer anderen Person auf deren Verlangen hin durchzuführen, wenn gleich der niederländische Weg der Erweiterung und Ausnahmenbildung durchaus legitim erscheint. Hieraus klären sich nun folgende Kernfragen der Arbeit:

Lehren für das deutsche Recht

a. Sind der niederländische und kanadische Umgang des Rechts bezüglich des Themas ein Beispiel für Deutschland?

b. Auswirkungen der niederländischen und kanadischen Handhabung auf die Menschenrechte

c. Empfehlungen für Deutschland

Es würde zunächst geboten sein, wenn die Rechte und Interessen des Patienten einer neuen Gesetzeserweiterung positiv gegenüber stehen

⁴²⁸ Wortlaut Art. 2 EMRK: (1) Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt. Abgesehen von der Vollstreckung eines Todesurteils, das von einem Gericht im Falle eines mit der Todesstrafe bedrohten Verbrechens ausgesprochen worden ist, darf eine absichtliche Tötung nicht vorgenommen werden.

(2) Die Tötung wird nicht als Verletzung dieses Artikels betrachtet, wenn sie sich aus einer unbedingt erforderlichen Gewaltanwendung ergibt:

a) um die Verteidigung eines Menschen gegenüber rechtswidriger Gewaltanwendung sicherzustellen;

b) um eine ordnungsgemäße Festnahme durchzuführen oder das Entkommen einer ordnungsgemäß festgehaltenen Person zu verhindern; (...)

würden. Obschon der Tatsache, dass statistische Erhebungen und Mehrheitsverhältnisse in Menschenrechtsbelangen wenig Anwendung finden, da das Individuum im Zentrum der Betrachtung steht, kann die Bevölkerungsmeinung an dieser Stelle Trends offerieren. Sowohl die statistische Auswertung der Niederlande, wo die durchgeführte Legalitätserweiterung auf ausdrücklichen Willen der Bevölkerung von statten ging, als auch die überwiegende Mehrheit in Deutschland, obschon der grundlegenden Negativität zum Thema, sind der Ansicht, dass es in bestimmten Situationen möglich sein muss, aktive Hilfe auf Sterbewünsche zu erhalten. Die Zahlen aus Kanada belegen zusätzlich diese Tendenz. Geknüpft wird diese Ansicht an die bekannten Gründe, wie unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung, Schmerzen oder eine Entwürdigung der Lebensumstände. Zweifelsfrei steht fest, dass die Motivationen ausreichend sind, um eine Schutzbedürftigkeit des Patienten anzuerkennen, denn keinem Patienten kann ein Leben ohne Würde und mit Schmerzen als Last auferlegt werden. Dieses Recht in Verbindung mit dem klaren Patienteninteresse und Wunsch hinsichtlich der Schaffung einer Möglichkeit den Patientenwunsch auf Hilfe beim Sterben erfüllt zu bekommen, sind ausreichend, um eine Gesetzeserweiterung zu diskutieren, wobei dieser Einstiegspunkt direkt mit der als nächstes dargestellten Aufgabe der staatlichen Schutzpflicht kollidiert.

Aus den jeweiligen Grundrechten der Länder aus dem Ländervergleich ergibt sich nicht nur ein Abwehrrecht gegenüber dem Staat, sondern überträgt diesem auch die Verpflichtung den Bürger ungefragt vor Eingriffen anderer zu schützen. Hierdurch wird demnach Autonomie geschützt, aber auch seine physische Existenz. Und welches dieser beiden Güter hat nun mehr Gewicht, besteht ein Gleichgewicht, oder muss zu Lasten eines der beiden zu schützenden Rechte das andere geringer bewertet werden? Diese Fragen sind zu klären, wenn man die potentiellen Gefahren, die eine Gesetzeserweiterung mit sich bringen würde, dahingehend überprüft, ob diese zu gravierend das Recht auf Leben einschränken würde. Wäre dies gegeben, so ist es nicht möglich über eine Erweiterung des Gesetzes zu diskutieren und das Recht der Autonomie müsste sich dem höher zu bewertenden Schutzinteresse der physischen Existenz unterordnen, um den optimalen Schutz des Bürgers/ Patienten zu

gewährleisten.

In diesem Zusammenhang häufig angeführtes Argument gegen eine Gesetzeserweiterung ist die drohende Gefahr des Dammbrochs. Dieses Argument resultiert aus der deutschen Betrachtung des Themas und führt zurück auf die Zeiten des Nationalsozialismus, ist aber gleichwohl das Hauptargument der aktuellen Gegenmeinung zur Legalisierung bestimmter zum Tode einer Person führenden Handlungen. Auch in Kanada wird dieses Argument als das Hauptargument angesehen sich gegen Hilfe beim Sterben auszusprechen. Die Praxis sei nicht kontrollierbar und die neu geschaffene Möglichkeit öffne Tür und Tor für Missbrauch und Willkür, so dass das allgemeine Tötungstabu, durch eine Bewusstseinsveränderung der Gesellschaft gegenüber dem Tod gebrochen werden würde.

Eine Relativierung des menschlichen Daseins und das Knüpfen dieses Daseins an bestimmte Bedingungen ist sicher schwerlich möglich bis unmöglich. Die Reaktionen auf die „Singer Diskussion“ zeigen, wie falsch Argumente aufgenommen werden können, die aus dem Zusammenhang seiner „Praktischen Ethik“ entnommen werden. Die sicher zweifelhaft bleibenden Äußerungen Singers bezüglich Embryonen können an dieser Stelle nicht diskutiert werden, dennoch aber die Tatsache des Vorwurfs an Singers Theorie, dass er unberechtigt einem Menschen seine Menschlichkeit absprechen würde. Dieses ist falsch. Singer argumentiert wörtlich, dass es aus der „Binnenperspektive“ eines Menschen denkbar ist, dass dieser für sich entscheidet, dass sein Leben nicht mehr lebenswert ist. Und an dieser Auffassung ist nichts Verwerfliches zu finden. Ein Mensch, der an einem Punkt in seinem Leben unter vollem Verstand über sein vergangenes Leben nachsinnt und zu dem Schluss kommt, dass seine momentane Situation diesem nicht mehr entspreche, darf durchaus von seinem Leben behaupten, es sei nicht mehr lebenswert, da ein direkter Vergleich zum lebenswerten Leben für ihn möglich ist. Dieses Argument als ein drohendes Dammbrochargument anzuführen, da es aufzeigen würde, dass die Gefahr bestehe, dass einem Menschen seine Menschlichkeit abgesprochen wird, ist nicht logisch begründet. Es zeigt keine drohende Gefahr des Missbrauchs, auch allein deshalb nicht, weil es nicht mehr als eine Schlussfolgerung einer Moralansicht ist, die auch nicht mehr sein will als dieses, eine Moral und eine These der Theorie.

Allgemein ist es äußerst schwierig, derartige Argumente in eine rationale Prüfung einzuflechten, da sie nicht verifiziert werden können, ob sie tatsächlich zutreffend sind. Eine Diskussion über die realen Fakten kann nur anhand des Beispiels der Erfahrungswerte der Länder geschehen, in denen die Gesetzeserweiterung bereits eingeführt wurde, in diesem Fall, den Niederlanden.

Hier kommt man nicht umhin, erneut die Studienergebnisse vom Rummelink Report und von Van der Wal et al. aus den Jahren 1990 und 1995 zu Anfang anzuführen, die ergaben, dass im Jahre 1990 zweitausenddreihundert und im Jahre 1995 dreitausendzweihundert Menschen durch Euthanasie in den Niederlanden getötet wurden, davon im Jahre 1990 eintausend Menschen und im Jahre 1995 neunhundert Menschen ohne explizierten Wunsch, somit also keine Euthanasie Grundlage der Handlung war. Diese Zahlen verdeutlichen, dass aufgrund der mangelnden Kontrolle ohne gesetzliche Grundlage auch kein wirksamer Patientenschutz bestand. Dieses kann allerdings nicht als ein Argument des Missbrauchs gewertet werden, vielmehr bestand ein Problem der mangelnden gesetzlichen Fixierung als ein Problem in der Praxis. Hierauf wurde durch die Gesetzeserweiterung im Jahre 2002, die Schaffung der Überprüfungskommissionen und die SCEN Projekte aber vieles unternommen, um diesem entgegenzuwirken. Aber es treten neue Probleme auf, so in etwa die Bewertung der palliativen Sedierung, die als Möglichkeit der Handlung eines Arztes nicht an die entsprechenden Überprüfungskommissionen gemeldet werden muss. Allerdings besteht diese Gefahr auch in allen anderen Ländern. Es ist nicht ersichtlich, warum dieses Mittel des ärztlichen Handlungsspektrums als Gefahr in den Niederlanden bewertet wird und nicht in Deutschland oder Kanada. Hierzu wird angeführt, dass die Hemmschwelle aufgrund des gebrochenen Tötungstabus es notwendig macht, die palliative, oder in Deutschland genannte terminale Sedierung, als Gefahr zu bewerten.⁴²⁹

Abgesehen von der palliativen oder terminalen Sedierung zeigen die neusten statistischen Erhebungen, dass die Gesetzeserweiterung der Niederlande nicht zu einer Steigerung der Zahlen der in Anspruch

⁴²⁹ Vgl. dazu J. Antoine, „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“ § 14 III 2, S. 296.

genommenen Hilfe beim Sterben in Form der ärztlichen Suizidbeihilfe oder der Euthanasie geführt haben. Ebenso ist die Zahl der gemeldeten Fälle deutlich gestiegen, was der besseren Kontrolle dient. Alles in allem hat sich die „Nachfrage“ nach einer aktiven Reaktion auf den Sterbewunsch nach der Gesetzeserweiterung im Vergleich zurzeit davor relativiert und rückläufig entwickelt. Das Eingrenzen in einen klar normierten gesetzlichen Rahmen, begleitet durch neue zusätzliche Sicherheit schaffende Mechanismen und Projekte führt dazu, **dass sich die Niederlande so vorsichtig wie möglich zum Thema verhalten.**

Dass Missbräuche in der Vergangenheit bestanden haben ist nicht von der Hand zu weisen, ist aber dahin gehend völlig irrelevant, da die Gefahr des Missbrauchs und der Willkür zu prüfen ist, die durch eine Gesetzeserweiterung entstehen würde, nicht die davor bestand. In diesem Punkt ist eindeutig und unmissverständlich deutlich zu machen, **dass diese Gefahr, basierend auf verifizierbaren Fakten nicht besteht.**

Anders verhält es sich mit dem kanadischen Umgang zum Thema, wo die Rechtmäßigkeit einer aktiven Reaktion auf den Sterbewunsch eines Patienten hin, anhand der Rechtsprechung in vielen Fällen Überprüfung gefunden hat. Hier ist es fraglich, ob ein derartiges Vorgehen in geeigneter Weise vor Missbrauch schützt. Es ist durchaus vergleichbar mit dem vor 2002 in den Niederlanden bestehenden Umgang. Fraglich ist, ob der Staat seiner Schutzpflicht ausreichend nachkommt und verfahrensrechtlich Vorkehrungen getroffen sind, um dieses in der Praxis umzusetzen. Verfahrensrechtliche Vorkehrungen würden dann bestehen, wenn der Staat präventive und organisatorische Vorkehrungen zum Schutz des Lebens aufstellen würde. Dieses geschieht in Kanada nicht, somit ist die rechtliche Lage dort letztendlich identisch mit der in den Niederlanden vor 2002. Sicherlich muss dieses mit Einschränkungen betrachtet werden, da die liberale Grundeinstellung der Bevölkerung nicht so weit reichend ist, wie in den Niederlanden. Demnach ist Kanada in der Gesamtdiskussion in etwa auf dem Stand, den die Niederlande um 1980 einnahm, mit einigen Grundsatzurteilen, keiner klaren politischen Äußerung, aber bereits mit dem Vorliegen und positiven, an bestimmte Bedingungen geknüpftes, Befürworten der nationalen Ärzteorganisation, jedoch ohne die exklusive Rolle der Ärzte dort.

Auch wenn in Kanada kein Grundrechtsschutz durch Verfahren besteht, da es an den notwendigen präventiven und organisatorischen Vorkehrungen mangelt, so ist dieses Konstrukt als ein potentielles zukünftiges Vorgehen grundsätzlich zu prüfen. Fraglich ist also, wie diese Vorkehrungen aussehen, die ausreichend Schutz herstellen können? Sicherlich muss die Freiwilligkeit des Patientenwunsches zu sterben bestehen, Missbrauch müsste ausgeschlossen werden und der Ausnahmecharakter dieser Maßnahme zudem deutlich sein und es müssten konkrete Bedingungen formuliert werden, wie unerträgliche Leiden oder eine aussichtslose Situation. Dieses wäre Voraussetzung, um den Schutz auch präventiv und organisatorisch zu gewährleisten. Darauf aufbauend, wenn dieses erfüllt wäre, kommt es zu einer Einzelfallentscheidung bezüglich der individuellen Sachlage. Hierbei wird ganz deutlich, dass die gleichen Voraussetzungen notwendig sind, um ausreichenden Patientenschutz herzustellen, die eine Gesetzeserweiterung im Normbestand auch aufnehmen würde, um Schutz zu gewährleisten. Das Argument des Grundrechtsschutzes durch Verfahren ist daher bezüglich des Themas ad absurdum geführt, denn wenn die Mechanismen hierbei Sicherheit leisten können, dann können sie dieses auch in einer grundlegenden Manifestierung im Normtatbestand der Gesetzeserweiterung. An die notwendigen Vorkehrungen sind daher die gleichen Maßstäbe geknüpft, wie bei der Prüfung des Eingriffsgesetzes.

Demnach besteht die Möglichkeit einer Gesetzeserweiterung und ist im Vergleich dem Mittel des Grundrechtsschutzes durch Verfahren vorzuziehen. Ebenso ist die Gefahr des Dammbrochs, des Missbrauchs oder der Willkür anhand der Erfahrungswerte der Niederlande als gering einzuschätzen. Grundsätzlich besteht sicherlich kein absoluter Schutz vor Missbrauch, aber das ist kein neues Phänomen dieser Diskussion. Solange aber das Möglichste getan wird, um dem entgegen zu wirken, kann nicht von einer Einschränkung des Rechts auf Leben durch eine Gesetzeserweiterung gesprochen werden.

2.3.1 Rechtfertigung eines Eingriffes durch Staat und Rechtsprechung⁴³⁰

Als Ausgangspunkt an dieser Stelle steht das Verbot der Tötung auf Verlangen und die Frage nach den Rechtfertigungsgründen dieses staatlichen Eingriffs, welches unter Umständen unverhältnismäßig in die Rechte des jeweils Betroffenen eingreifen könnte. Als Prüfung hierzu seien dogmatisch zunächst die Fragen zu klären, ob der Eingriff einen legitimen Zweck verfolgt, der gleichzeitig als legitimes Mittel anzusehen ist und ob überhaupt eine Erforderlichkeit vorliegt.

2.3.1.1 Legitimer Zweck

Durch ein gesetzlich normiertes Verbot vonseiten des Staates, eine andere Person durch eine Handlung aktiv am Sterbeprozess zu beteiligen, bedient sich der Staat der Einschränkung durch das Strafrecht, welches als angemessen anzusehen ist, da strafrechtliches Sanktionieren als Mittel zum Zweck üblich ist, um das potentielle Schutzgut des Rechts auf Leben umfassend und restriktiv schützen zu können.⁴³¹ Allerdings kann ein Eingreifen aufgrund drohender Verletzung einer Schutzpflicht nicht gleichzeitig aus Freiheitsschutz und andererseits aufgrund einer Freiheitsbeschränkung begründet werden und eine Pflicht einen Menschen, der den Wunsch äußert zu sterben, dieses zu untersagen und ihn quasi vor sich selbst zu schützen, ist nicht legitim. Einziger Rechtfertigungsgrund wäre eine potentielle Gefährdung des Gemeinwohlinteresses der Gesellschaft. Dieses wurde zuvor bereits angesprochen, nicht aber endgültig geklärt.

Festzuhalten ist hier zunächst, dass das Leben generell kein Gemeinschaftsgut darstellt, sondern ein in seiner Art nach frei verfügbares und bestimmbares Gut individueller Entscheidungsfreiheit. Da aber die Tötungshandlung durch eine andere Person vorgenommen wird, könnte eine Schutzbedürftigkeit begründet werden aufgrund der Tatsache, dass im Gegensatz zur Selbsttötung, eine Abwägung von Für und Wider nicht objektiv genug geschieht und der Sterbewillige seine

⁴³⁰ Dieser beschriebene Punkt der gesetzlichen Normierung setzt darüber hinaus voraus, dass auch Ärzte dazu bereit sind, innerhalb des neu geschaffenen Handlungsspielraums zu agieren.

⁴³¹ Vgl. BVerfGE 39, 1 (46); 27, 18 (29); 45, 187 (253).

Entscheidungsbefugnis unter Umständen sogar nur defizitär ausüben kann.⁴³² Somit bezieht sich die Schutzbedürftigkeit nicht nur auf den Schutz des Lebens generell, sondern auf den ungewünschten aber drohenden Verlust des Lebens, aufgrund der potentiell eingeschränkten Entscheidungsfreiheit durch die Abgabe der Verantwortung für die zum Tode führenden Handlung an eine andere Person und damit zum möglichen Missbrauch. Dieser Missbrauch könnte zum Beispiel die Gefahr sein einen strafrechtlich klar normierten Mord oder Totschlag zu einem Akt des aktiven Handelns auf Wunsch des Patienten zu machen. Ebenso besteht die Gefahr, dass aus Ausnahmen, in denen die Tötung aufgrund ausdrücklichen Verlangens legitim wäre, eine Ausweitung auf weniger eindeutige Entscheidungen geschieht.⁴³³ Hierzu ist festzuhalten, dass eine Einschätzung staatlicherseits, ob die Gefahr besteht, dass Einzelfälle zu generellen Verhalten führen, wodurch die Gefahr eines Missbrauchs bestehen könnte, da ein strafrechtliches Delikt unter dem Deckmantel der Beihilfe beim Sterben im Sinne und nach dem Wunsche des Patienten umgewandelt wird, überhaupt nicht möglich ist. Für eine objektive Einschätzung dieser Aussagen vor eventuellen Missbrauch müssen Informationen vorhanden sein, um hieraus ein staatliches Eingreifen zu rechtfertigen. Fraglich ist, ob die potentielle Verletzungsgefahr einer Handlung die Normierung eines Gesetzes als Möglichkeit diesem vorzubeugen, ausreichend ist.⁴³⁴ Für ein Eingreifen spricht sicherlich, dass dem Gesetzgeber ein Einschätzungsspielraum zukommt, der nicht zuletzt durch die hohe Schutzbedürftigkeit des Rechtes auf Leben durchaus als legitim angesehen werden könnte. Gegen einen Eingriff spricht die zum Teil recht subjektiv wirkende Begründung einer Missbrauchsfahr.

⁴³² So auch Rixen, in „Lebensschutz am Lebensende“, S. 374 zur Abtretung des Willens an den Arzt.

⁴³³ Hier rückt das in der Literatur viel zitierte und diskutierte Argument der „Dammbruchgefahr“ erneut in den Fokus.

⁴³⁴ Als weiteres Argument zur Vervollständigung seien noch Befürchtungen angeführt, dass eine Aufhebung eines generellen Fremdtötungsverbotes dazu führen könnte, dass Patienten in der gleichen Situation ängstlich reagieren könnten, in Zwangslagen führen, wodurch finanzieller Druck hervorgerufen werden könnte oder eine gesamtgesellschaftliche Irreführung des Begriffes Autonomie geschehen könnte (Vgl. hierzu u.a. Antoine, „Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung“, § 19 III 7, S. 380). Eine Störung und das Aufhebens des Vertrauens des Arzt-Patienten Verhältnisses werden ebenfalls genannt.

Es wird im Ergebnis aber verständlich warum unter anderem ein Verbot der Tötung auf Verlangen in den entsprechenden strafrechtlichen Vorschriften verankert ist und warum der Europäische Gerichtshof im Fall Diane Pretty dieses bestätigte.

Eine endgültige Klärung der eventuellen Objektivität der Gründe soll hier aber nicht weiter geführt werden, da dies in einer Flut von Argumenten ersticken würde. Interessanter ist aber die Frage inwieweit ein generelles Verbot der Tötung aufgrund ausdrücklichen Verlangens überhaupt erforderlich ist.

2.3.1.2 Erforderlichkeit des Eingriffs

Die Frage der Erforderlichkeit beruht auf der These, dass der Staat nicht derart restriktiv eingreifen muss, wenn andere, mildere Mittel zur Zweckverfolgung ebenfalls vorhanden wären, die die gleiche Effektivität besäßen.⁴³⁵ Ein generelles und absolut wirkendes Verbot gegen ein aktives Eingreifen auf Wunsch eines Menschen durch ein Gesetz, unterstützt durch eine in diese Richtung bestätigende Rechtsprechung, wirkt restriktiv. Andere Mittel, ohne überhaupt auf die Frage der Gleichwertigkeit der Effizienz abzustimmen, sind auf dem ersten Blick nicht ersichtlich und würden daher eine Erforderlichkeit einer gesetzlichen Manifestierung eines Tötungsverbot durch medizinisches Handeln auf Wunsch eines Patienten genügen.⁴³⁶

2.3.2 Zwischenergebnis

Ungeachtet der zuvor aufgeworfenen Schwierigkeiten kann aber an dieser Stelle festgehalten werden, dass das Aufheben eines generellen Verbotes der Tötung auf Verlangen negative Konsequenzen nach sich ziehen könnte und nicht zuletzt staatstheoretisch eine Verletzung darstellen würde.

Das generelle Verbot der Tötung auf Verlangen durch eine andere Person, stellt zwar einen ungerechtfertigten Eingriff in die Autonomie des

⁴³⁵ Pieroth/Schlink, Grundrechte Staatsrecht 2 (Aufl. 21), Rn. 285.

⁴³⁶ Dieses ergibt sich u.a. auch aus der dem Staat obliegenden Einschätzungsprärogative, die eine Entscheidungsfindung über die Erforderlichkeit im Zweifel immer auf Seiten des Gesetzgebers sieht (was einen Bestandteil der Gewaltenteilung darstellt). Vgl. hierzu auch Pieroth/Schlink, Grundrechte Staatsrecht II, Rn. 287.)

Sterbewilligen dar, der Norm an sich kann aber nicht ihr eigentlicher Schutzzweck aberkannt werden, dessen Aufrechterhaltung zwingend notwendig ist, so dass die Erforderlichkeit zwar grundsätzlich gegeben ist, eine Rücksichtnahme auf Einzelfälle aber auch der menschenwürdigen Durchführung der Autonomie in Form der praktischen Umsetzbarkeit des Sterbewunsches bei allen übrigen Menschen, nicht geschieht.

2.4 Potentielle Gefahren einer Legalisierung

Fraglich ist, inwieweit auch gesetzlich normierte Ausnahmen zu immer weiteren Ausnahmen und zu einem allgemeinen Verwischen von Grenzen führen können. Dieses Argument ist das wohl wichtigste Argument der Gegner von aktiven Reaktionen auf Entscheidungen am Lebensende.

Es wird argumentiert, dass eine auch im sehr engen Rahmen gehaltene Legalisierung von aktiven Reaktionen auf Sterbewünsche, z.B. beim Vorhandensein einer unheilbaren Krankheit, unter Umständen dazu führen könnte, dass diese Ausnahmefälle Anwendungsbeispiele für wieder andere Ausnahmen bilden.

In den Niederlanden ist die Tötung auf Verlangen durch einen Arzt straffrei, soweit die benannten Kriterien und Sorgfaltspflichten eingehalten werden. Ein hier beschriebenes Kriterium ist die Unerträglichkeit von Leiden, ein Argument, welches durchaus subjektive Bewertungen zulassen könnte. Die Einstufung der Leidensintensität soll zudem laut dem Gesetzeswortlaut von einem Arzt begründet werden. Ein Arzt wiederum, der zwar in Kenntnis der Krankheit und deren Symptomen ist, ist allein deshalb aber nicht direkt befähigt, über ein Stadium von Leiden zu entscheiden. So wird in der Regel eine subjektive Patientenaussage zum Maßstab der Entscheidung des Arztes, um den Normtatbestand des Gesetzes zu erfüllen.⁴³⁷ Verwiesen sei hier auf den im Ländervergleich dargestellten Brongersma Fall, indem der Entscheidungstatbestand des Gerichts darin begründet lag, festzulegen, ob Lebensmüdigkeit eine Form des unerträglichen Leidens war. Der Hoge Raad verneinte dies zwar und

⁴³⁷ Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Gefahr einer Ausweitung auch dahingehend besteht, dass in den Niederlanden potentielle alternative Behandlungsmöglichkeiten, nicht aber Behandlungsmöglichkeiten mit realen Erfolgsaussichten, von vorne herein ausgeschlossen werden, wenn der Patient dieses nicht will.

forderte eine klare medizinische Definition. Die KNMG jedoch nahm dies zum Anlass eine Kommission einzuberufen, die das Thema „Leiden am Leben“ einer erneuten Prüfung unterziehen sollte. Es wird hieraus deutlich, dass ein bestehender Tatbestand, der in vermeintlich festen Grenzen verläuft, auch in seiner besonderen Garantenstellung als Ausnahmetatbestand immer Definitions- und Argumentationsspielraum in eine andere, nicht bezweckte Richtung, ermöglicht. Hierzu ist festzustellen, dass jede strafrechtliche Norm einen Ausnahmetatbestand darstellt, in der Form, dass sie Handeln sanktioniert was nicht regelkonform ist. Zudem sind Gesetzeserweiterungen zum Erfassen immer neuer Ausnahmetatbestände keine Seltenheit. Natürlich darf dieses nur dann geschehen, wenn die notwendige Sicherheit stets berücksichtigt wird. Neben einer präzisen Formulierung des Tatbestandes und dessen Sanktionen, kommt diese Aufgabe der Jurisprudenz zu. So kann eine Ausnahmesituation durchaus auf dem Rechtswege gerichtlich und damit im Einklang mit dem Normtatbestand des Gesetzes stehen, dies verleiht der getroffenen Entscheidung aber noch lange keine allgemeingültige Bindungswirkung. Selbstverständlich können aus Einzelfällen Präzedenzfälle werden, aber nur dann, wenn die gleichen Voraussetzungen und Bedingungen im Sachverhalt vorliegen. Bei Entscheidungen am Lebensende sind diese aber äußerst facettenreich und eine Krankheit kann nicht mit anderen Krankheiten verglichen werden. Sogar beim Vorliegen des gleichen Krankheitsbildes kann es zu unterschiedlichen Verläufen der Krankheit kommen, die immer zwingend individuell behandelt, aber im Falle eines geäußerten Sterbewunsches, auch unterschiedlich beurteilt werden müssen. Ebenso wichtig ist die Annahme, dass jedes Individuum in seinem individuellen Kontext unterschiedlich ist und somit auch unterschiedlicher Betrachtungsweisen bedarf.

Angenommen das Strafrecht sieht nun einen Ausnahmetatbestand für aktives Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten vor und der vorliegende Fall ist nicht eindeutig durch das Gesetz geregelt, so dass der Rechtsweg beschritten würde und es zu einer höchstrichterlichen Entscheidung in der Form kommt, dass ein Patient mit einer bestimmten Krankheit sterben darf und sein Wunsch konform mit dem Gesetzestatbestand ist, dann heißt dieses nicht, dass jeder Patient mit dieser

Krankheit das gleiche Recht besitzt, auch sterben zu dürfen. Eine Ausnahme bildet daher noch lange keinen Präzedenzfall und muss auch nicht zwingend zu einer immer weiter gefassten Ausnahme führen, da ein Kerntatbestand gesetzlich normiert ist, den es zu beachten gilt und je enger die Grenzen dieses Tatbestandes gefasst sind, desto weniger individuelle Entscheidungsspielräume bilden sich darum.

Fraglich ist, ob die Tatsache, dass ein Arzt in die Verantwortung bei aktiven Entscheidungen am Lebensende gezogen wird, eine Gefahr für den Standesethos der Ärzteschaft bildet und damit einhergehend eine Gefahr für das Arzt-Patienten-Verhältnis.

In den Niederlanden hat die Ärzteschaft unter Federführung der KNMG, nach ersten Urteilen, das aktive Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten als vereinbar mit dem Berufsbild und den Handlungsaufgaben des Arztes gesehen. In Kanada sehen 37 % der Ärzte dieses als generell gegeben an und ein weiterer Großteil in Ausnahmesituationen. In Deutschland sprechen sich 25 % der Ärzteschaft für ärztliches Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten aus, in Einzelfällen können es sich 30 % der befragten Ärzte vorstellen, aus menschlichen Gründen Hilfe beim Sterben zu leisten.⁴³⁸ Diese Zahlen zeigen, dass eine Grundbereitschaft in der Ärzteschaft bestehen dürfte, auf Sterbewünsche zu reagieren und somit das Berufsbild eines Arztes als nicht gefährdet sehen. Eine absolute Meinungsgleichheit aller Ärzte ist in dieser Frage sicherlich auch undenkbar, aber auch nicht notwendig. Auch in den Niederlanden ist nicht jeder Arzt dazu bereit, Hilfe beim Sterben zu leisten, ob aus persönlicher Überzeugung oder Motivation, oder weil er diese Aufgabe als nicht vereinbar mit dem ärztlichen Ethos sieht. Es ist hierbei trotzdem ausreichend, dass ein nicht geringer Teil der Ärzteschaft das Modell der Hilfe beim Sterben stützt, um die praktische Umsetzbarkeit gewährleisten zu können. Es erscheint aber angebracht, in jeder Diskussion in diesem Kontext, darauf aufmerksam zu machen, dass aktives Reagieren auf Entscheidungen am Lebensende keine normale medizinische Handlung ist, nur weil ein Arzt diese durchführt. Diese Abgrenzung würde dazu

⁴³⁸ Kirschner, R.; Elkeles, Th. (1998). Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. Eine Repräsentativbefragung unter Ärzten. Gesundheitswesen 60: 247-253.

beitragen, dass Missverständnisse in der Bevölkerung bezüglich ärztlicher Aufgaben vermieden werden. Im Allgemeinen sieht die Bevölkerung in diesem Zusammenhang nur wenige Probleme, so sind am Beispiel von Deutschland aus dem Jahre 2001 5,3 % der Bevölkerung für die Beihilfe zur Selbsttötung und 61,3 % für aktive Sterbehilfe auf Verlangen von unheilbar kranken Patienten.⁴³⁹ Demnach scheint auch hier der ärztliche Standesethos als nicht verletzt, was auch am Beispiel der Niederlande gestützt wird, in denen es nach der Einführung der Gesetzeserweiterung im Jahre 2002 zu keinem mess- und wertbaren Vertrauensverlust der Patienten zu ihren Ärzten gekommen ist.

3. Der gesellschaftliche Umgang

Der gesellschaftliche Umgang in den drei Ländern ist bestimmt durch den von Rechtsprechung und Politik und Geschichte geprägten Umgang mit dem Thema. In Deutschland kommt hierzu eine Meinungsposition der Kirchen, da die Neutralität der Gesellschaft zur Religion nicht derartige Bestandskraft hat, wie z.B. in den Niederlanden oder Kanada. Obschon in Kanada religiöse Gründe von Seiten der Ärzteschaft angeführt werden, sich gegen aktive Reaktionen auf Sterbewünsche von Patienten auszusprechen, so bezieht sich dieses eher auf eine subjektiv ethische Frage der Vertretbarkeit sowie den Glauben an sich, losgelöst von einer durch die Kirche geprägten eigenen Positionen, wie in Deutschland.

3.1 Unter Einfluss des Rechts

Die Prägung des Meinungsbildes durch die Rechtsprechung erfolgte in den Niederlanden durch eine eindeutige Position der Gerichte. So wird beim Blick auf die Rechtsprechungsübersicht deutlich, dass sich eine Tendenz bereits in den späten sechziger Jahren entwickelte, dessen die im Folgenden getroffenen Gerichtsentscheidungen sich stetig weiter entwickelten. Dieser mit Beständigkeit in die gleiche Richtung entwickelten Haltung zum Thema, kam eine gesellschaftsrelevante Außenwirkung zu, aufgrund derer sich eine Strömung entwickelte, die

⁴³⁹ Schröder, C.; Schmutzer, G. et al. (2003). Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. Psych Med 53: 334-343.

positiv dem aktiven Reagieren auf Sterbewünsche von Patienten gegenüberstand. Die Sogwirkung der Gerichtsentscheidungen führte gesellschaftlich zu einer Enttabuisierung des Themas. Eine liberale fanden der Gerichte symbolisierte gleichzeitig Sicherheit und Bestätigung in einer Meinung zu finden, da juristisch vertretbare und durch die Jurisprudenz verifizierte Ansichten grundsätzlich hohe Akzeptanz und Rückendeckung der Bevölkerung finden. Gleichwohl hätte dieses auch positive Auswirkungen auf die Festigung der Rolle des Arztes im Gesamtkonstrukt, welche er in einer demokratischen Gesellschaft einnehmen und Hilfe beim Sterben in einem gesetzlichen Ausnahmetatbestand normieren würde.

Ähnlich verhält sich dieses auch in Kanada. Allerdings ist es dort nicht so deutlich ausgeprägt wie in den Niederlanden. Zurückführen lässt sich dieses auf die autonome Gerichtsbarkeit der einzelnen Provinzen. Unterschiedliche Urteile gründen hier auf unterschiedlichen „provinzialen“ Ansichten zum Thema. Als Beispiel sei hier die deutlich liberalere Haltung des obersten Gerichts der Provinz Quebec im Gegensatz zu der Ontarios angeführt. Hinzukommt, dass eine provinzialisch getroffene Entscheidung wenig Sog- oder Bindungswirkung für die Bevölkerung einer anderen Provinz innehat.⁴⁴⁰ Allerdings erging vom Supreme Court of Canada in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Entscheidungen mit ganzheitlicher Wirkung für Kanada und damit auch für die Gesellschaft. Das liberale Entscheidungsverhalten der Gerichte in Kanada kommt denen in den Niederlanden allerdings noch nicht gleich. Der Entwicklungsprozess ist deutlich langsamer, somit folglich auch der Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft. Grundsätzlich ist aber eine Neigung in der Gesellschaft hinsichtlich einer positiven Haltung zum Thema zu erkennen. Es wird erneut deutlich, welchen Vorbildcharakter einer liberale Rechtsprechung im gesellschaftlichen Kontext zukommt.

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend sollen die Ergebnisse, der in der Arbeit behandelten Thematik, nochmals betrachtet werden. Dieses wird ergänzt durch einen

⁴⁴⁰ Zu erwähnen sie hier am Rande die Bestrebungen Quebecs nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit, „Je me souviens“. Eine Ansicht die in den übrigen Provinzen Kanadas umstritten ist. Somit wird eine vom Supreme Court of Quebec ergangene Entscheidungen auch wenig Vorbildwirkung auf die anderen Provinzen besitzen.

ausgearbeiteten Vorschlag zu einer potentiellen Gesetzeserweiterung. Aufgrund der Informationen aus dem Ländervergleich ist es möglich zwischen der bestehenden niederländischen Regelung und den Nichtregelungen bezüglich Gesetzeserweiterungen in Deutschland und Kanada Erfahrungen im Umgang einander gegenüber zu stellen und abzuwägen, so dass sich im Endeffekt ein Beispiel bildet, welches Vorteile vereint und Nachteile, besonders in Form von Gefahren, vermeidet. Dargestellt wird im Folgenden die Antwort auf die neunte Kernfrage der Einleitung:

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

Ein selbstbestimmtes Entscheiden über den eigenen Körper ist grundlegendes Recht des Menschen und wird durch den grundrechtlich verankerten Schutz der Würde und der Freiheit des Menschen gewährleistet. Bezüglich Entscheidungen am Lebensende gilt hierbei, dass das Recht auf autonomes Entscheiden eines Patienten im Leben, als auch am Lebensende gesichert sein muss. Gerade bei Entscheidungssituationen am Lebensende, gewährt die Autonomie sogar einen Schutz vor Eingriffen anderer. Zu beachten hierbei ist aber zwingend, dass ärztliche Eingriffe stets einer Einwilligung bedürfen, in Annahme eines voll einwilligungsfähigen und aufgeklärten Patienten. Dieses gilt für medizinisch indizierte und notwendige Eingriffe, ebenso wie für potentielle Eingriffe bezüglich Entscheidungen über Lebensverlängerungen oder Sterbehilfe. Hinzu kommt das Vorhandensein der Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Die Einwilligungsfähigkeit versteht sich hierbei als Entscheidungsfähigkeit, geknüpft an natürliches Urteils- und Einsichtsvermögen, zudem wäre die Aufklärungspflicht des Arztes zwingend zu erfüllen, der nicht nur den aktuellen Zustand des Patienten umfasst, sondern zudem alternative Behandlungsmöglichkeiten und vor allem Konsequenzen eines Sterbewunsches aufzeigen und verdeutlichen muss. Der Widerruf des Patientenwunsches muss jederzeit

möglich sein.

Resümierend hat sich weiter ergeben, dass der Patientenwunsch nach Euthanasie an sich, wie zuvor beschrieben, als solches akzeptiert werden muss. Hieraus lässt sich aber nicht ableiten, dass aus dem Wunsch auch ein Recht des Patienten und damit gleichzeitig eine Pflicht des Arztes entsteht. Es gibt kein Recht auf Euthanasie in den Niederlanden, auch nicht auf die Hilfe bei der Selbsttötung aus Sicht des Patienten, ebenso wie keine ärztliche Pflicht existiert, weder gesetzlich noch standesethisch, dass Ärzte zu Euthanasie zwingend bereit sein müssen. Dieses ergab die Darstellung des Ländervergleichs. Dort wird ebenso ergänzt, dass dieses auch mit der Darstellung der KNMG deckungsgleich ist, die Euthanasie klar vom normalen ärztlichen Handeln abgrenzt.

Für den Dreiklang zwischen Patient, Arzt und Staat bedeutet dies eine eindeutige Verteilung der Aufgaben und Befugnisse, eben derart, dass ein Patient im Innenverhältnis mit dem Arzt Euthanasie nicht einfordern kann. Es ist Aufgabe des Staates dafür zu sorgen, wie in den Niederlanden geschehen, dass kein Recht entsteht, lediglich ein klar normierter auf Freiwilligkeit des Arztes begründeter Ausnahmezustand. Wie erwähnt in der Landesposition der Niederlande würden nach Van der Wal ungefähr 10 % der niederländischen Ärzte niemals Euthanasie oder Hilfe bei der Selbsttötung leisten sowie ein weiterer Prozentsatz an Ärzten, die sogar eine Überweisung des Patienten mit geäußertem Sterbewunsch an einen Kollegen, nicht vornehmen würden.

Die Freiwilligkeit in der Entscheidungsfreiheit des Patienten sollte demnach ebenso selbstverständlich sein, wie die Freiwilligkeit der Entscheidung des Arztes, Euthanasie durchzuführen oder nicht. Es verdeutlicht zudem die Sonderstellung des Erfüllens von Sterbewünschen, dass der Arzt stets die am besten geeignete Person darstellt, nicht aber in dieser Stellung als Garant für einen Durchführungszwang dazu verpflichtet werden kann. Dieses würde zum einen die Folge haben, dass die Entscheidungskompetenz des Arztes vom Patienten untergraben und er lediglich eine ausführende Person wäre. Zum anderen würde es darüber hinaus bedeuten, dass Euthanasie als „normale“, durchaus von einem Arzt einzufordernde Leistung angesehen werden könnte, ebenso wie das Ausstellen eines Rezeptes. Schutz hiervoor bietet ein staatlicher Eingriff in

Form einer exakten gesetzlichen Formulierung, es empfiehlt sich sogar eine Nennung dessen in einer potentiellen gesetzlichen Erweiterung, um Missverständnissen vorzubeugen.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass ein Patient nicht das Recht hat, Hilfe beim Sterben oder Beihilfe zum Sterben zu verlangen. Jedoch besteht die Möglichkeit einem Arzt unter gewissen Umständen Straffreiheit zu gewähren, wenn er dazu bereit ist, freiwillig und unter exakter Achtung der Qualitätsstandards und Sorgfaltspflichten, dieses durchzuführen.

Obschon der Tatsache, dass Euthanasie weder Patientenrecht noch Arztpflicht ist, um die notwendige Freiwilligkeit beidseitig zu erhalten, so hat die Analyse des Ländervergleichs und die medizinethische Darstellung ärztlichen Handelns ergeben, dass der Arzt die geeignete Person ist, um auf Sterbewünsche zu reagieren. Er ist aufgrund seiner fachlichen Qualifikation gleichfalls geeignet, höchstmögliche Sicherheit gewährleisten zu können. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient orientiert sich allerdings an anderen Standards als eine medizinisch notwendige Maßnahme. Eine medizinisch gebotene Maßnahme ist demnach eindeutig von Euthanasie und der Hilfe beim Sterben abzugrenzen. Darüber hinaus sollte die Bilateralität des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient bestehen bleiben und nicht durch eine weitere Person, z.B. in Form eines Richters, erweitert werden. Das zweiseitige Verhältnis zwischen Arzt und Patient sollte in aller Generalität aber unberührt bleiben. Die Beurteilungsmöglichkeiten des Arztes sind ausreichend, um Sicherheit zu gewährleisten und fördern das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Dieses steht konträr zur Stellungnahme und Empfehlung des UN Komitees für Menschenrechte aus dem Jahre 2009, die die Einbeziehung eines Richters anraten, um zusätzlichen Patientenschutz zu gewährleisten. Fraglich ist, ob ein Richter überhaupt geeignet erscheint, Sicherheit zu gewährleisten, auf einem Gebiet, in dem eine rein medizinische Beurteilung eines Patientenzustandes gefordert wird. Sicherlich ist es die übliche Aufgabe eines Richters in sämtlichen Sachlagen, auch auf komplizierten und fremden Fachgebieten, eine Entscheidung zu treffen, warum aber sollte ein Richter den Leidens- bzw. Schmerzzustand eines Patienten im Falle einer

Entscheidung am Lebensende anders beurteilen als ein dafür fachspezifisch besser ausgebildeter Arzt, der zudem Beratung von einem weiteren Arzt erfährt? Im Gegenteil könnte eine weitere Person eher eine störende Wirkung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben, in der ein Vertrauensverhältnis Grundlage für informierte und einvernehmliche Entscheidungen bildet. Ein Richter als prüfende Instanz, der im Nachhinein an ein durchgeführtes Verfahren tätig wird, ist sicherlich angebracht, in Fällen, die dazu Anlass geben, dass gegen bestehendes Recht verstoßen wurde, so wie es auch in anderen Rechtsbereichen geregelt ist. Jedoch sollte seine Kompetenz nicht als regulierendes Element in die bilaterale Beziehung zwischen Arzt und Patient eingreifen. Dieses erscheint weder förderlich noch notwendig.

Um an das zuvor Gesagte anzuknüpfen, muss auf das im Ländervergleich beschriebene Problem eingegangen werden, inwieweit der Arzt als geeignete Person den Wunsch nach Euthanasie erfüllen muss, gegen seinen eigentlich obliegenden Heilauftrag verstoßen würde. Der Heilauftrag des Arztes, jeden Patienten pflichtgemäß zu behandeln, um das Leben und die Gesundheit zu schützen resultiert aus der Tatsache, dass Menschen ein eindeutiges Interesse an ihrem Leben und ihrer Gesundheit haben. Wenn ein Arzt einem Patienten aber nicht mehr helfen kann, weil dieser entschieden hat, nicht mehr Leben zu wollen, so geht auch der ursprüngliche Heilauftrag verloren, weil nicht geholfen werden kann, wo keine Hilfe erwünscht ist. Gleichwohl ist das Argument der Unvereinbarkeit mit dem Heilauftrag kein Ausschlussargument der Ärzte in der Diskussion, da sie, wie bereits eingehend erläutert, aufgrund ihrer fundierten Ausbildung und der damit gewonnenen fachlichen Kenntnis der Materie und ihren Erfahrungen, der am besten geeignete Personenkreis ist, um Hilfe beim Sterben zu leisten. Hinzugefügt zum ärztlichen Heilauftrag sei noch, dass der Heilauftrag in einer ganzen Reihe anderer Fälle ebenfalls nicht besteht und die Handlung dennoch ärztlicherseits vorgenommen wird, wie z.B. die Sterilisation, die gesetzmäßige Abtreibung oder auch die Schönheitsoperation ohne erkennbaren medizinischen Grund. Insbesondere sei hier das zuletzt Genannte in den Fokus zu nehmen und ergänzend erwähnt, die Präskription von Contraceptiva, die Schönheitsoperation ohne medizinischen Grund, woraus resultieren würde, dass kosmetische

Chirurgie ohne medizinisch-legitimierte Indikation stattfinden würde. Hier erklären sich Ärzte bereit im Sinne des Patienten seinen Wunsch zu erfüllen, Autonomie zu gewährleisten und ärztliches Handeln als vereinbar mit dem Heilauftrag anzuerkennen.

Unabhängig dessen wurde im Verlaufe der Arbeit deutlich, dass es keine flächendeckende Übereinkunft der Ärzte gibt, Hilfe beim Sterben zu leisten. Persönlich motivierte Gründe müssen hierbei akzeptiert werden, um die Freiwilligkeit des Systems weiter gewährleisten zu können. Grundsätzlich ist es zudem nicht notwendig, eine einhundertprozentige Zustimmung der Ärzteschaft zur Euthanasie zu verfolgen.

Nachdem die Rolle des Arztes, des Patienten und die Beziehung der beiden zueinander bei Entscheidungen bezüglich der Lebensbeendigung geklärt wurden, muss abschließend noch betrachtet werden, welchen Einfluss und welche Position der Staat in diesem Verhältnis einnimmt. Hierzu ist besonders auf die Rechtsprechung des EGMR abzustellen, der auf der einen Seite das Recht auf Selbstbestimmung, auch bei Lebensbeendigungsentscheidungen, als vertretbar mit der EMRK ansieht, zum anderen aber deutliche Grenzen zieht, bei der Aufgabe der staatlichen Eingriffsmöglichkeiten. Allem voran ist auch bei dieser Betrachtung erneut der Patient in den Fokus zu rücken und seine Autonomie, seinen Sterbewunsch erfüllt zu bekommen. Die Achtung der Autonomie ist wie bereits gesagt, das Recht der Person, Entscheidungen zu treffen, die nach seinem subjektiven Wertegehalt begründet erscheinen. Inwieweit also sind Selbsttötung, Beihilfe zur Selbsttötung oder der Tötung auf Verlangen, alles Ausdrücke der Patientenautonomie, vereinbar mit staatlichen Schutzpflichten?

Dass der Suizid rechtlich vertretbar ist, wurde bereits eingehend geprüft. Dieses reicht aber nicht aus, um über Entscheidungen am Lebensende zu diskutieren, da ein Suizid keine adäquate Wahlmöglichkeit für einen Patienten bildet. Gleichsam ist es äußerst fraglich, ob der Suizid die notwendige Würde impliziert. Daher rückt die Tötung durch eine andere Person, den Arzt, ins Zentrum. Und hier entsteht die Diskussion über die Schutzpflicht des Staates, da jede Hilfe beim Sterben immer eine Fremdtötung darstellt. Somit ist es unumgänglich, dass die Hilfe beim Sterben stets dem Fremdtötungsverbot unterliegt. Allerdings liegt die

Lösung dieses Problems auf der Hand, betrachtet man den niederländischen Umgang mit dem Thema. Denn auch dort ist die Tötung einer anderen Person nach wie vor strafrechtlich sanktioniert, lediglich ein Ausnahmetatbestand ermöglicht es, dass auf der einen Seite die Patientenautonomie gewahrt ist und auf der anderen Seite auch der Staat seine Schutzpflichten erfüllt, das Leben zu schützen, indem er eine Fremdtötung in aller Generalität unter Strafe stellt. Die Rolle des Staates ist und bleibt im niederländischen System gewahrt und der formierte Ausnahmetatbestand obliegt wiederum auch einer Schutzbedürftigkeit, welche durch das Einrichten von Sicherheitsmechanismen und das Achten höchstmöglicher Sorgfalt, um Missbrauch zu vermeiden, erfüllt wird. Dort wird ein Weg aufgezeigt, wie ein Euthanasiesystem funktionieren kann, jedoch nicht ohne Schwierigkeiten. Größte Schwierigkeit hierbei ist die Gewährleistung ausreichender Sicherheit und die Kontrollierbarkeit des Systems, was zu erneuten Problemen z.B. hinsichtlich Meldepflichten von Ärzten und dessen Vertretbarkeit mit internationalen Bestimmungen führen kann. Der Weg der Gesetzeserweiterung ist aber nicht grundsätzlich rechtswidrig, er verdrängt zudem den Weg der Einzelfallentscheidung durch Verfahren, da dieses obschon der gleichen Ausgestaltung und des Ergebnisses, schwieriger umsetzbar ist.

Die Patientenautonomie, die zu Beginn der Arbeit als Ausgangspunkt dargestellt wurde, erscheint nun als Ziel. Ein Ziel, welches durchaus vereinbar erscheint mit staatsrechtlichen Schutzpflichten. Immer wieder tauchte hierzu das Wort des Dammbrochs bei Kritikern der niederländischen Gesetzeserweiterung oder bei Gegnern der Grunddiskussion in Deutschland oder Kanada auf. Wie bereits ausführlich im dritten Teil der Arbeit hergeleitet, illustriert das Beispiel der Niederlande kein Dammbrochargument, im Gegenteil entkräftet es dieses, durch statistische Erhebungen, die hinzugewonnene Sicherheit eben durch das neue Gesetz begründet. Es muss aber auch festgehalten werden, dass mögliche Gefahren immer entstehen können und kein neues Phänomen dieser Diskussion sind, wenngleich es ernst genommen werden muss. Dieses zu beachten und hinzuweisen auf mögliche Lücken und Engstellen im System und eine konstruktive Vorsicht jedoch, sind mehr positiver

Schutz zur Gesamtsicherheit, als sich gegen eine Regelung auszusprechen. Im Gegenteil scheint nur durch das Einführen einer gesetzlichen Erweiterung die Wahrung der Patientenautonomie erfüllbar.

Darüber hinaus ist aber auch zwingend zu beachten, dass das Thema seine Grenzen sucht. Das Bestreben, das System so sicher wie möglich zu gestalten ist notwendiges Kriterium, damit es überhaupt funktionieren kann. Die hierfür notwendigen Sicherheitsmechanismen und Sorgfaltskriterien, die z.B. das Gesetz in den Niederlanden umschreibt, sind zugleich weit reichend und eng gefasst, so ermöglichen sie, mit Hilfe einer anderen Person zu sterben, ermöglicht aber nicht jeden beliebigen Sterbewunsch. Ein aktuelles Bestreben der Vereinigung „Aus freiem Willen“⁴⁴¹ in den Niederlanden richtet sich auf Sterbehilfe für Menschen über dem siebzigsten Lebensjahr. Grundvoraussetzung sei einzig und allein das Alter und der freie Wille. Ist dies gegeben und wird der Sterbewunsch darüber hinaus als authentisch, stimmig und nachvollziehbar angesehen, so sollte die Hilfe bei der Selbsttötung für niederländische Staatsbürger möglich sein. Darüber hinaus ist die Initiative bestrebt, Ärzte aus der Verantwortung zu nehmen und die Aufgabe des assistierten Suizids speziell ausgebildetem Personal, bestehend aus Psychologen oder Pflegekräften aus der Palliativmedizin, aber auch Geistlichen zu übertragen.

Diese Initiative könnte als Konsequenz angesehen werden, das zurzeit bestehende System zu erweitern, es entspricht den Befürchtungen des Dambrucharguments. Allerdings ist das Bestreben in den Niederlanden, obschon der prominenten Unterstützung⁴⁴², ohne Aussicht auf Umsetzung

⁴⁴¹ „Uit vrije will“. Diese Vereinigung ist eine separate Initiative, die nicht von der NVVE unterstützt, allerdings beachtet wird.

⁴⁴² Die Volksinitiative wird von Wissenschaftlern sowie prominenten Altpolitikern, wie dem ehemaligen EU-Kommissar Frits Bolkestein unterstützt, sowie darüber hinaus von den Ex-Ministern Hedy d' Ancona und Jan Terlouw.

Das vermeintliche „gute Ziel“ des Vereins ist aber fraglich. Die Rechtsbank Almelo hat den Vorsitzenden der Stichting Vrijwillig Leven (Stiftung Freiwilliges Leben) verurteilt wegen Beihilfe zur Selbsttötung einer 80-jährigen Patientin. Die Stichting Vrijwillig Leven besteht seit einigen Jahren und bemüht sich Medikamente zur Selbsttötung frei erhältlich zu machen, für jeden, der sich selbst das Leben nehmen möchte, ohne Krankheitsbedingung oder Altersbegrenzung. Diese Stiftung vertritt eine radikale Position in der Debatte. Ihre Aktivitäten werden eigentlich immer durchgeführt von ihrem Vorsitzenden Gerard Schellekens.

in die Praxis. Es herrscht im Gegensatz dazu große Einigkeit, dass das Thema der aktiven Hilfe bei Entscheidungen am Lebensende seine Grenzen sucht und im bestehenden System der Niederlande auch seine Grenzen gefunden hat.

Darüber hinaus ist es weiterhin wichtig zu beachten, dass Autonomie nicht immer im eigenen Handeln einer Person begründet ist, da es strittig ist, einen Sterbewunsch nur dann erfüllt zu bekommen, wenn man diesen suizidal auch selbst ausführt. Dieses würde erneut die Patientenautonomie einschränken. Vielmehr ist hierbei auf den eigenen Willen abzustellen, der, mithilfe einer anderen Person menschenwürdig und mit Hilfe eines Arztes gleichzeitig ausreichend kompetent erfüllt werden könnte. Fazit demnach – Autonomie macht u.U. die Hilfe von anderen Personen notwendig.

An dieser Stelle bietet es sich zudem an, die Kernthese aus dem Buch „Euthanasia and Law in Europe“ von Griffiths et al. zu betrachten. Neben dem bereits in Teil I dieser Arbeit dargestellten, beschreiben Griffiths et al. resümierend, dass Sterbehilfe in allen Ländern besteht und der Unterschied der Umgehungsweise allein im Recht zu finden ist. Ein anderes Recht sowie andere juristische Einflüsse prägen auf unterschiedliche Art und Weise die Herangehensweise und das Verfahren mit Entscheidungen am Lebensende. Somit werden auch die Rolle der Ärzte und die Sterbehilfe anders definiert. Übereinstimmung mit dieser resümierenden These Griffiths et al. herrscht somit dahingehend, dass die Herangehensweise an das Thema nicht entscheidend ist, jedoch sicher den zukünftigen Umgang normiert, nicht aber ein Dogma bildet, welches als „richtig“ oder „falsch“ beurteilt werden kann. Sterbehilfe ist allgegenwärtig, alle drei Länder in dieser Arbeit definieren mal mehr, mal weniger deutlich Grenzen und Möglichkeiten im Recht. Aber auch in der Praxis stehen Ärzte bei Entscheidungen am Lebensende im Fokus, sowohl als ausführende, als auch entscheidungstreffende Personen. Zudem legen sie verstärkten Wert auf eine juristische Überprüfbarkeit von Einzelfällen. Ein Auseinandersetzen mit der Art und Weise des Umgangs mit Sterbehilfe einzelner Länder führt aber dazu, wie diese Arbeit gezeigt hat und auch auch Griffiths et al. Buch bestätigt, dass „voneinander Lernen“ dazu beiträgt, Sicherheit zu prägen, in einem System, in dem Sicherheit oberstes Ziel ist.

Im Folgenden soll an die zuvor beschriebene Zusammenfassung eine Möglichkeit zum weiteren Verfahren in der Zukunft skizziert werden, welches das Resümee jeglichen Umgangs oder Nichtumgangs, aller Erfahrungen und gebotenen Vorsicht bildet.

Strafrechtlich ist und bleibt die Tötung eines Menschen hierbei grundsätzlich immer unzulässig. Eine Ausnahme bildet der Wunsch eines Menschen zu sterben, der an klare und eindeutige Bedingungen und Grenzen geknüpft ist. Diese Bedingungen können den bestehenden Unrechtstatbestand nicht verdrängen, sondern hinsichtlich möglicher Rechtfertigungsgründe erweitern.

Eine derartige Erweiterung kann sich an dem Beispiel der Niederlande orientieren und die Warnungen vor potentiellen Gefahren, wie in den Landespositionen Deutschland und Kanada beschrieben, berücksichtigen⁴⁴³.

4.1 Zur Gesetzeserweiterung bezüglich der Wahrung der Patientenautonomie am Lebensende

Vorweg sei erwähnt, dass wie in Gliederungspunkt 6.2 des ersten Teils der Arbeit die rechtliche und ethische Vertretbarkeit der Strafflosigkeit der Selbsttötung durchaus begründbar ist. An diese Voraussetzung soll der folgende Vorschlag zur Gesetzeserweiterung geknüpft werden, da in diesem Zusammenhang eine Herleitung bezüglich der Strafflosigkeit der Teilnahme an der Tötungshandlung möglich erscheint. Bewusst wird der Weg gewählt, der vermeintlich als „Umweg“ erscheinen mag, aber den großen Vorteil beinhaltet, dass er zusätzliche Rechtssicherheit schaffen kann.

⁴⁴³ Die Folgenden §§ der Gesetzeserweiterung werden als § 1 und 2 bezeichnet. Dieses ist lediglich illustrativ. Bei einer praktischen Umsetzung würden die Normen an die entsprechenden Stellen im Strafrechtskatalog der Ländergesetze aufgenommen werden müssen. Weiterhin geschieht an dieser Stelle keine nähere Ausformulierung von potentiellen Nebengesetzen, die zu weit reichend wäre und sich vom Bestattungsrecht, neu formulierten Melderechten und Standesrechtsgebieten für Ärzte erstrecken würden.

§ 1 Teilnahme an zum Tode führenden Handlungen

- (1) Wer eine andere Person zur Selbsttötung verleitet, fördert oder anstiftet, wird mit einer Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu fünf Jahren bestraft.
- (2) Die Teilnahme eines Arztes an zum Tode führenden Handlungen gegenüber einer anderen Person ist straffrei, wenn die Rechtmäßigkeitsvoraussetzungen des Ausnahmenkatalogs des § 2 zur Gesetzeserweiterung bezüglich Euthanasie erfüllt sind.

§ 2 Aktive Lebensbeendigung

- (1) Unternimmt ein Arzt gegenüber einer anderen Person eine zum Tode führende Maßnahme, handelt er nicht rechtswidrig, wenn folgende Bestimmungen erfüllt sind:
 - Der Sterbewunsch muss frei und nach reiflicher Überlegung der Person getroffen worden sein.
 - Die Person muss in einem einwilligungs- und entscheidungsfähigen Zustand sein, was anhand des Urteils- und Einsichtsvermögens zu beurteilen ist.
 - Die Person muss hinreichend aufgeklärt sein, über medizinische Abläufe als auch psychologische Hilfe zur Überschaubarkeit und Tragweite der Folgen.
 - Der Sterbewunsch muss ausdrücklich und explizit geäußert werden.
 - Der Sterbewunsch muss begründet sein.
- (2) Die Begründbarkeit eines Sterbewunsches gilt als dann erfüllt, wenn der ausführende Arzt sowie mindestens ein weiterer unabhängiger Arzt in schriftlich dokumentierter Form übereinkommen, dass eine unheilbare Krankheit vorliegt, die mittelbar oder unmittelbar im Tode endet oder schwere Leiden der Person den Zustand und den Wunsch begründbar machen.
- (3) Es besteht kein Patientenrecht auf eine Durchführung des Abs. 1. Die Entscheidung hierbei obliegt dem Arzt. Befindet ein Arzt sich nicht in der Lage Euthanasie durchzuführen, so hat er dafür Sorge zu

tragen, dass dem Wunsch des Patienten durch Konsultation eines anderen Arztes entsprochen wird.

(4) Nach Abs. 1, 2 durchgeführte Fälle sind hinreichend zu dokumentieren und an eine Prüfungskommission weiterzureichen.

Der § 2 Abs. 2 der möglichen Gesetzeserweiterung des Resümees der Arbeit beinhaltet bewusst eine „oder“ Verknüpfung, die zum einen eine „unheilbare Krankheit“ oder „schwere Leiden“ umfasst. Diese Formulierung ermöglicht somit, dass das Vorliegen einer Krankheit nicht zwingende Voraussetzung ist, um Erfüllung eines Sterbewunsches zu erlangen. Gerade einige Erfahrungen der Niederlande zeigen auf, dass auch das Konstrukt der Leiden, in diesem Fall der schweren Leiden, nicht außer Acht gelassen werden darf. „Schwere Leiden“ lassen offen, ob die Leiden psychischer, bzw. physischer Natur sind, was in eventuellen Nebengesetzen z.B. das Hinzuziehen eines Psychologen notwendiger Weise normieren müsste.⁴⁴⁴ Zugleich zielt die Formulierung darauf ab, dass Leiden ihrer Intensität nach beurteilt werden müssen, welches auf objektivste Art und Weise anhand des Wortes „schwer“ erfüllbar erscheint. So sind z.B. unerträgliche Leiden entscheidend subjektiv vom individuellen Standpunkt der betroffenen Person geprägt. Zudem liegt im reinen Wortverständnis bereits eine Dopplung vor, denn Leiden sind von der Natur der Sache her etwas nicht gewöhnliches, etwas was man nur schwer erträgt, Leid und Unerträglichkeit liegen daher zu eng zusammen, um spezifisch genug das Problem zu skizzieren.⁴⁴⁵

Im Allgemeinen gilt weiter noch, dass die Gesetzeserweiterung zudem weiten Spielraum für zukünftige Änderungen hinsichtlich neu diskutierter und ins Gesetz aufgenommener Straftatbestände, z.B. bezüglich des Umgangs mit nicht entscheidungsfähigen Personen oder Minderjährigen regeln könnte, auf die in dieser Arbeit nicht eingegangen wird. Sie ist daher auch als finales Produkt der Ergebnisse dieser Arbeit zu verstehen,

⁴⁴⁴ Vgl. hierzu weiterführend auch Rietjens, J.A.C./ Van Tol, D.G./ Schermer, M./ Van der Heide, A. „Judgement of suffering in the case of a euthanasia request in The Netherlands“, J Med Ethics 2009;35:502-507.

⁴⁴⁵ Hierzu auch detailliert N. Hoerster „Sterbehilfe im säkularen Staat“ S. 170ff.

gewährleistet höchstmögliche Sicherheit und Transparenz, ist aber keineswegs allgemeingültiger Natur für jegliche Art möglicher Nischengebiete, die der Sektor der Entscheidungen am Lebensende umfasst.

Im letzten Halbjahr des Jahres 2010 wurden in Deutschland mehrere Urteile zu Entscheidungen am Lebensende getroffen. So wurde der Abbruch der künstlichen Ernährung komatöser Patienten befürwortet und höchstrichterlich für Rechtens erklärt. Auch der beschriebene Fall Koch, der zurzeit vor dem EGMR verhandelt wird, bezüglich dem Bereitstellen von Medikamenten zur Selbsttötung, führt zur Diskussion. Es ist zu vermuten, dass sich eine Bewegung vollzieht, hinsichtlich einer neuen Eingrenzung des Themas der Sterbehilfe, in dem bestehende Grenzen liberaler gestaltet werden und die Autonomie des Menschen gestärkt wird. Fraglich ist allerdings, ob diese Bewegung tatsächlich ein Fortschritt, oder ein bloßes temporäres Momentum ist. Sicher ist aber, dass ein wie auch immer definierter staatlicher Schutz, niemals gegen den freiverantwortlichen Willen eines Menschen verstoßen darf, solange keine anderweitigen Schutzinteressen vorliegen. Das angeführte Schutzgut der Allgemeinheit hat hierbei in einer Diskussion, die geprägt ist von Individualismus, keine wirkliche Bestandskraft. Dieser potentiell paternalistische Ansatz ist unvereinbar mit der grundrechtlich geschützten Autonomie des Einzelnen.

Warum also wird es so schwer gemacht, den eigenen Willen durchzusetzen, warum ist Entscheiden im Leben nicht auch Entscheiden zum Tod? Eine ganze Reihe von Nebendiskussionen finden mehr Beachtung als der eigentliche Kern, warum über Dogmatiken von Ausführungsformen wie passiv, direkt oder indirekt debattieren, warum Palliativmedizin oder palliative bzw. terminale Sedierung in den Kontext des Themas bringen, warum Dambruchargumente anführen, die nicht verifiziert sind? Es geht doch um den Tod, nicht mehr und nicht weniger, es geht um Würde und Menschlichkeit und es geht um Selbstverantwortung und Selbstbestimmung.

