

**Diplomarbeit**

**Ehrfurcht vor dem Leben**

eingereicht von

**Matthias Kristler**

Mat.Nr.: 0433577

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin**

unter der Anleitung von

**Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll**

Graz, Juni 2011

### *Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, Juni 2011*

*Matthias Kristler*

Die Wendung der männlichen Form, wie ich sie in dieser Arbeit verwende, erleichtert die Lesbarkeit, bezieht aber sinngemäß auch immer die weibliche Form mit ein.

## Danksagungen

Ich bedanke mich herzlich bei Hr. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll, dass er mir die Möglichkeit gegeben hat, mich mit diesem interessanten Thema näher zu beschäftigen und darüber meine Diplomarbeit zu verfassen. Weiters danke ich ihm für die kompetente Unterstützung beim Erstellen dieser.

Ein weiteres Dankeschön gilt meiner Familie und meinen Freunden, die mich während der Verfassung dieser Arbeit immer unterstützt haben und viel Geduld hatten. Meinem Bruder Michael möchte ich für seine hilfreichen Ratschläge danken, die er mir im Laufe der Studentenzeit gegeben hat.

Der größte Dank gilt meinen Eltern Christine und Richard. Abgesehen von der finanziellen Unterstützung haben sie trotz kleiner Verzögerungen im Laufe meiner Studienzeit immer an mich geglaubt, mich motiviert, mir Mut zugesprochen und ich konnte mich in jeder Phase auf sie verlassen. Auch beim Verfassen dieser Arbeit waren sie mir durch Korrekturarbeiten eine große Hilfe. Ich weiß das zu schätzen und sehe es auf keinen Fall als eine Selbstverständlichkeit an. DANKE!

## Zusammenfassung

Trotz des enormen Fortschrittes der Medizin sind ihr in gewissen Situationen weiterhin Grenzen gesetzt. Es stellt sich außerdem die Frage, ob das Ausschöpfen aller Therapiemöglichkeiten bei unheilbarer Krankheit manchmal nicht das Gegenteil bewirkt als eigentlich erwünscht ist, sprich zu einer Verlängerung des Leidens führt.

Diese Arbeit gibt zu Beginn einen kurzen Überblick über die Patientenautonomie und den Möglichkeiten einer Willensäußerung trotz verlorener Autonomie. Der Hauptteil befasst sich mit dem Thema Sterbehilfe, wobei zuerst auf die verschiedenen Formen eingegangen wird und im Anschluss die gesetzlichen Regelungen von Deutschland, Österreich, Schweiz und den Niederlanden beleuchtet werden. Da Palliativmedizin in der heutigen Medizin einen immer wichtigeren Stellenwert einnimmt, wird sie in einem extra Kapitel erwähnt.

In der Schlussbetrachtung fließen die Gedanken des Autors mit ein und es wird erläutert warum zum Thema "Ehrfurcht vor dem Leben" die beschriebenen Kapitel gewählt wurden.

## **Abstract**

Although enormous progress has been made in medical research, there are still limits in certain situations. One question that arises is, if the exhaustion of all possible therapy options on terminally ill patients sometimes stands in contradiction to life quality, as it may simply extend the suffering of the patient.

This thesis starts with a short overview of patient autonomy and the possibilities of volition despite lost autonomy. The main part gives information about euthanasia. First, several methods of euthanasia are discussed and the law in Germany, Austria, Switzerland and the Netherlands is outlined. Due to the increased importance of today's palliative care, an additional chapter gives a detailed overview on that topic.

Finally the author's opinion and thoughts are added and he explains why he had chosen the presented topics for his thesis with the title "Reverence for life".

# Inhaltsverzeichnis

Danksagungen .....	iii
Zusammenfassung .....	iv
Abstract .....	v
Inhaltsverzeichnis .....	vi
Glossar und Abkürzungen .....	viii
Abbildungsverzeichnis .....	ix
1 Einleitung .....	1
2 Patientenautonomie .....	3
2.1 Philosophische Aspekte .....	3
2.2 Naturwissenschaftliche Aspekte .....	4
2.3 Autonomie und nachlassende Kompetenz .....	4
2.4 Rechtliche Aspekte .....	5
2.5 Wille des Patienten bei fehlender Autonomie .....	5
2.5.1 Einsetzen eines Betreuers .....	6
2.5.2 Vorsorgevollmacht .....	6
3 Patientenverfügung .....	9
3.1 Was ist eine Patientenverfügung? .....	9
3.2 Arten der Patientenverfügung .....	9
3.2.1 Verbindliche Patientenverfügung .....	9
3.2.2 Beachtliche Patientenverfügung .....	10
3.3 Ärztliche Aufklärung .....	11
3.4 Wann ist sie unwirksam? .....	11
3.5 Verbindlichkeit .....	12
4 Sterbehilfe .....	15
4.1 Historische Entwicklung der Sterbehilfe .....	16
4.2 Der Begriff Euthanasie .....	17
4.3 Formen der Sterbehilfe .....	18
4.3.1 Aktive Sterbehilfe .....	19
4.3.2 Indirekt (aktive) Sterbehilfe .....	19
4.3.3 Passive Sterbehilfe .....	19
4.3.4 Suizidbeihilfe .....	20
4.4 Sterbehilfe am Beispiel von Deutschland, Österreich, Schweiz und den Niederlanden .....	21

4.4.1	Deutschland .....	21
4.4.1.1	Aktive Sterbehilfe: .....	21
4.4.1.2	Indirekt (aktive) Sterbehilfe: .....	21
4.4.1.3	Passive Sterbehilfe: .....	22
4.4.1.4	Suizidbeihilfe:.....	23
4.4.2	Österreich .....	25
4.4.2.1	Aktive Sterbehilfe: .....	25
4.4.2.2	Indirekt (aktive) und passive Sterbehilfe: .....	26
4.4.2.3	Suizidbeihilfe:.....	26
4.4.3	Schweiz .....	26
4.4.3.1	Aktive Sterbehilfe:.....	26
4.4.3.2	Indirekt (aktive) und passive Sterbehilfe: .....	27
4.4.3.3	Suizidbeihilfe:.....	27
4.4.4	Niederlande.....	32
4.4.4.1	Neues Gesetz .....	33
4.4.4.2	„Law in action“ .....	35
5	Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen aus Sicht des Nationalen Ethikrates (seit 2008 Deutscher Ethikrat) .....	37
5.1	Grundlegende Kriterien .....	37
5.2	Allgemeine Erwägungen zum Suizid .....	38
5.3	Beihilfe zum Suizid.....	39
5.4	Tötung auf Verlangen.....	40
6	Palliativmedizin .....	42
6.1	Definition .....	42
6.2	Allgemeine Aspekte .....	42
6.3	Grenzen der Palliativmedizin .....	43
7	Schlussbetrachtung.....	45
	Referenzen.....	50
	CURRICULUM VITAE.....	59

## Glossar und Abkürzungen

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Bd.	Band
BGB	Bundesgesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
öStGB	Österreichisches Strafgesetzbuch
PatVG	Patientenverfügungs-Gesetz
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaft
StGB	Strafgesetzbuch
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Checkliste Patientenverfügung 1 (Aus: FamZ 07/2006 von Frau Dr. Maria Kletečka-Pulker).....	47
Abbildung 2 Checkliste Patientenverfügung 2 (Aus: FamZ 07/2006 von Frau Dr. Maria Kletečka-Pulker).....	48

# 1 Einleitung

---

Wie in den meisten Wissenschaften, so auch in der Medizin, der Fortschritt ist enorm und nicht aufzuhalten. Krankheiten die früher noch als unheilbar und nicht therapierbar galten, sind heute, mit mehr oder weniger viel Aufwand, in den Griff zu bekommen. Die Lebenserwartung der Menschen steigt dadurch immer weiter an, jedoch nimmt auch die Erwartung der Bevölkerung in die Möglichkeiten der Medizin zu. Daraus ergibt sich ein nicht zu verachtendes Problem, welches die Behandlung von unheilbar kranken Personen betrifft, denn das Ziel der modernen Medizin ist eher die Heilung. <sup>1</sup>Die Palliativmedizin, auf welche ich später noch genauer eingehen werde, ist hier sicherlich ein guter Lösungsansatz, jedoch gibt es immer noch viele ungelöste Fragestellungen in der Therapie und Behandlung von todkranken Patienten. Früher ist die Mehrzahl der Menschen zu Hause gestorben, im Beisein der Familie und oft nach langer Pflege durch Angehörige. Heute jedoch, abhängig von der finanziellen Lage der Kranken, werden sie am Ende des Lebens vermehrt durch eine Hauskrankenpflege oder in einem Pflegeheim betreut und bei Verschlechterung ihres Zustandes in ein Krankenhaus überstellt. Einerseits ist es zu begrüßen, wenn dadurch der schnelle Tod quasi vermieden werden kann und der Patient eine für ihn ausreichende Lebensqualität behält, andererseits befindet man sich auf einem schmalen Grad. Durch das Verhindern des natürlichen Todes könnte man auch das Leiden des Patienten verlängern und somit einen Effekt bewirken, welcher nicht gewünscht ist. Wir müssen uns also die Frage stellen ob ein Lebenserhalt mit allen Mitteln wirklich immer sinnvoll ist?<sup>2</sup>

Schweitzer stellt in seiner Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben folgendes Grundaxiom auf:

*„Ich bin Leben, das Leben will, inmitten von Leben, das Leben will“* und meint weiter: *„ Gut ist, Leben erhalten und Leben fördern; böse ist, Leben vernichten und Leben hemmen.“*<sup>3</sup>

Sein Grundgedanke ist dabei, dass man erst Ehrfurcht vor dem Leben haben kann, wenn man sein eigenes und das Leben um sich herum bejaht. Mit Leben

meint Schweitzer nicht nur Menschenleben, sondern auch das Leben von Tieren, Pflanzen und anderen Organismen.<sup>4</sup>

All diese Aspekte haben mein Interesse geschürt, mich genauer mit diesem Thema zu beschäftigen. Meiner Meinung nach ist es als Mediziner wichtig, egal welche Fachrichtung der Medizin man einschlägt, sich über die Therapie bzw. Behandlung von Patienten am Lebensende Gedanken zu machen. Eine Vielzahl von Begriffen, wie z.B. Patientenautonomie, Patientenverfügungen, Sterbehilfe oder Palliativmedizin, spielen in dieser letzten Lebensphase eine besondere Rolle und sind aus meiner Sicht eng mit der Ehrfurcht vor dem Leben verknüpft. Deshalb möchte ich mich in der folgenden Arbeit genauer mit diesen Themen auseinandersetzen.

## 2 Patientenautonomie

---

Grundvoraussetzung um Patientenentscheidungen akzeptieren zu können, ist die Annahme, dass diese in der Lage sind autonom zu entscheiden, auch wenn es kritische Situationen wie Krankheit oder schlimmstenfalls ihren Sterbeprozess betrifft. Persönliches Handeln kann nur verantwortet werden wenn es Autonomie gibt. Rechtlich kann erst von einem Selbstbestimmungsrecht des Patienten gesprochen werden, wenn diese Voraussetzungen gegeben sind.<sup>5</sup> Ein zentraler Punkt in der Behandlung von Patienten, ist der eben angesprochene, nämlich das Recht auf Selbstbestimmung, demnach ein Handeln gegen den Willen eines Kranken nicht erlaubt ist. Es ist jedoch wichtig zu wissen, dass sich ein Arzt nicht an den Wunsch des Patienten halten muss, wenn dieser gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstößt.<sup>6</sup>

Früher bestand eine Art paternalistische Verantwortungsethik, bei welcher der Mediziner nahezu die volle Verantwortung über den Zustand des Patienten und die Art dessen Therapie inne hatte. Die Kranken begaben sich also ins Krankenhaus und hatten wenig bis kein Mitspracherecht über die bevorstehende Behandlung. Heute tendiert man immer mehr zu einer Vertragsethik, hier ist das oberste Prinzip die Autonomie des Patienten. Das heißt jedoch auf keinen Fall, dass die Verantwortungsethik dadurch verschwunden ist. Ziel ist eine vernünftige Kombination aus beiden, bei der sowohl Arzt als auch Patient ein gewisses Mitspracherecht bei der Therapie haben und so Widersprüche, Kompetenzprobleme und juristische Unsicherheiten bestmöglich vermieden werden können.<sup>7</sup>

### 2.1 Philosophische Aspekte

Die philosophische Ethik postuliert eine Autonomie der Person, ähnlich der christlichen Ethik, welche den Menschen als ein Geschöpf Gottes sieht, dem Gott die Freiheit zum Handeln gegeben hat. In der christlichen Ethik muss die Person sein freies Handeln nur Gott gegenüber verantworten, in der philosophischen Ethik gegenüber dem Rest der Gesellschaft. Der Mensch hat gegenüber anderen

Lebewesen den Vorteil über sein eigenes Handeln reflektieren zu können, weiters kann er abstrakt denken und er hat die Fähigkeit zukünftige Taten zu bedenken. Sobald aber ein Mensch bewusstlos, dement oder an einer anderen Krankheit leidet, welche dieses vernünftige Denken nicht mehr zulässt, ist er nicht mehr autonom. Personen die unter Zwang stehen oder absolut fremdbestimmt sind können auch nicht als autonom bezeichnet werden. Ankermann beschreibt Autonomie folgend:

*„ Autonomie ist die Fähigkeit, selbstbestimmt, nach den eigenen, als vernünftig erkannten Regeln zu entscheiden und zu handeln.“<sup>8</sup>*

## **2.2 Naturwissenschaftliche Aspekte**

Es gibt neue Erkenntnisse der Hirnforschung, diese stellen jedoch die personale Autonomie nicht in Frage. Einfach gesagt, wird ein Mensch von zwei Sachen geprägt, einerseits von seiner genetischen Herkunft, welche er im Laufe des Lebens nicht verändern kann, und andererseits von seinem sozialen Umfeld und der Lebenserfahrung. Beides zusammen ist die Basis für die Art und Weise wie ein Mensch in einer gewissen Situation reagiert. Die vollständige Entschlüsselung des Erbgutes und der Hirnstruktur eines Menschen bringt auch keinen Erfolg in Hinsicht auf Vorhersage seines Verhaltens. Man kann Aussagen treffen ob eine Person eher aggressiv, schüchtern, standhaft oder flüchtend ist, aber man kann nicht voraussagen wie sich diese Person zwischenmenschlich exakt verhalten wird.<sup>9</sup>

## **2.3 Autonomie und nachlassende Kompetenz**

Die personale Autonomie ist meist durch schwere Krankheit oder Leiden beeinträchtigt, es darf sich aber trotzdem nie etwas an der Personalität oder Menschenwürde des Kranken ändern, was auch im Grundgesetz verankert ist. Basis eines Krankenhausbesuchs, oder einer Behandlung durch einen Mediziner, sollte das Vertrauen sein, welches der Patient dem Arzt entgegen bringt. Das fachliche Wissen über eine gewisse Therapie oder Krankheit ist normalerweise mehr auf Seiten des Arztes, deshalb muss er auf den Patienten eingehen, diesem

seine aktuelle Situation erläutern und die Therapiemöglichkeiten verständlich erklären. Bei nachlassender Autonomie des Patienten entsteht ein zunehmendes Gefälle zwischen den Handlungs- und Entscheidungskompetenzen des Patienten und dem dadurch automatisch gesteigerten Handlungs- und Entscheidungskompetenzen des Arztes. Aus diesem Grund sollte der Arzt, bevor die Autonomie seines Patienten verschwunden ist, ein gewisses Bild von dessen Willen erworben haben, um in seinem Sinne handeln zu können. Ist ihm das nicht gelungen, der Patient jedoch nicht mehr in der Lage autonom zu entscheiden, so ist er verpflichtet, sei es mit Hilfe einer Patientenverfügung, einem Bevollmächtigten oder durch Befragung von Nahestehenden des Patienten, dessen Willen zu eruieren, um dann so zu handeln wie er es gewünscht hätte.<sup>10</sup>

## **2.4 Rechtliche Aspekte**

Aus rechtlicher Sicht braucht der Arzt für jede Tätigkeit die er am Patienten durchführt, sei es psychisch oder physisch, eine Zustimmung des selbigen. Zwangsbehandlungen sind nur in ganz seltenen Ausnahmen möglich, abgesehen von diesen gilt die Entscheidung des Patienten. Ist dieser einwilligungsfähig und entscheidungsfähig so kann er jede Behandlung verneinen, auch wenn diese noch so wichtig erscheint und sogar lebensrettend wäre. In Deutschland wird ein ärztlicher Eingriff ohne Einwilligung des Patienten strafrechtlich und zivilrechtlich als Körperverletzung angesehen und demnach bestraft. In Österreich ist die Rechtslage etwas unterschiedlich, hier wird nach § 110 öStGB die Verletzung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten verurteilt. Im Endresultat gleichen sich die Schlussfolgerungen, zivil- und strafrechtlich, in beiden Ländern jedoch sehr.<sup>11</sup>

## **2.5 Wille des Patienten bei fehlender Autonomie**

Wie schon mehrmals erwähnt muss der Arzt oder das Pflegepersonal den Willen des Patienten respektieren solange er in der Lage ist diesen noch zu äußern. Fällt aber diese Fähigkeit weg, sei es durch eine plötzliche Bewusstlosigkeit, schwere Demenz oder eine andere Ursache, so müssen andere in seinem Sinne entscheiden.<sup>12</sup>

## 2.5.1 Einsetzen eines Betreuers

Vorweg heißt es hierzu in § 1896 BGB Abs. 1 S.1:

*„Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer.“<sup>13</sup>*

Jede Person kann auch eine Betreuungsverfügung erstellen, welche für das Vormundschaftsgericht bestimmt ist und eine Willensäußerung enthält. In dieser können Personen vorgeschlagen werden, welche eine Betreuung im Fall der Fälle übernehmen sollen, bzw. Handlungsanweisungen an den Betreuer niedergeschrieben werden. Das Gericht bestellt den Betreuer und legt auch die Bereiche der Betreuung fest, z.B. Gesundheit und Vermögen. Laut § 1897 Abs. 3 BGB dürfen keine Personen, die dem Betreuten nahestehen, wie z.B. Angestellte seines Altenheimes oder Menschen, die in einem Arbeitsverhältnis zu ihm stehen, zu seinem Betreuer bestellt werden. Der Betreuer hat bestimmte Aufgabengebiete, muss bei diesen im Sinne des Betreuten handeln und wird vom Gericht kontrolliert.<sup>14</sup>

## 2.5.2 Vorsorgevollmacht

Neben der Betreuungsverfügung gibt es noch die Vorsorgevollmacht. In der Vorsorgevollmacht benennt man eine Person und bevollmächtigt diese, bei Eintreten einer Einwilligungsunfähigkeit des Vollmachtgebers, zu gewissen Entscheidungen in bestimmten Bereichen. Bevor diese verfasst wird, müssen Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer den Inhalt der Vorsorge erörtern. Um Missbrauch zu verhindern, sollten sich beide nahe stehen. Die Vorsorgevollmacht ist nur in schriftlicher Form gültig und muss die in § 1904 Abs. 1 Satz 1 und 2 BGB erwähnten Maßnahmen umfassen.<sup>15</sup> Diese lauten folgend:

*„Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute*

*auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.“*

Diese Maßnahmen wurden zum Schutz des Betreuten aufgestellt, aber auch um bei besonders schweren Entscheidungen, die Last von den Schultern des Betreuers zu nehmen. Es muss allerdings gesagt werden, dass dieser seine Entscheidungen immer mit Hilfe eines Arztes trifft und zusätzlich dem Betreuten sehr nahe steht. Es lässt sich also darüber streiten, ob dieses, nennen wir es Misstrauen, gegenüber dem Bevollmächtigten gerecht ist.<sup>16</sup>

Schlussendlich liegt es in der Hand des Arztes, ob eine Einwilligung zu einer Behandlung durch den Betreuer reicht, oder ob eine gerichtliche Genehmigung notwendig ist. Er kann hier aber nicht frei entscheiden, sondern muss sich an die in § 1904 Abs. 1 Satz 1 genannten Bestimmungen halten. Vorsorgliche Genehmigungsanträge der Ärzte sind oft die Folge von Unsicherheiten. Wird eine Behandlungseinstimmung, durch einen Betreuer, vom Gericht als nichtig erklärt, so nennt man dies Negativattest. Grundsätzlich sollten Betreuer, Bevollmächtigte und Ärzte in Konfliktfällen ein gerichtliches Einschreiten anstreben. Meist ist dies nötig, wenn es zu einem Dissens über das weitere Vorgehen bei der Behandlung des Betreuten, zwischen diesen Parteien, kommt.<sup>14</sup>

Um noch einmal auf § 1904 BGB zu kommen, hier geht es wörtlich um eine *Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff*, also um aktive ärztliche Tätigkeiten. Über das Beenden einer bestehenden Behandlung, welche kaum mehr Aussicht auf Erfolg hat oder das Abschalten von Maschinen die einen Patienten am Leben halten, steht hier nichts. Dies wird oft als eine Art „Gesetzeslücke“ bezeichnet und es wird heftig darüber diskutiert.<sup>17</sup>

Eva Schumann schreibt in DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA folgend:

*„Nach der Rechtsprechung des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshof ist § 1904 BGB jedoch nicht analog anwendbar auf das Unterlassen oder den Abbruch einer lebenserhaltenden ärztlichen Maßnahme. Die Entscheidung über das Unterlassen*

*einer lebenserhaltenden medizinisch indizierten Maßnahme wird vom BGH somit nicht anders als die Entscheidung des Betreuers oder Bevollmächtigten über die Nichtverabreichung eines vom Arzt verordneten Hustensaftes beurteilt.*<sup>18</sup>

Aus ihrer Sicht sollte die Entscheidung über Leben und Tod, was ein Abschalten einer lebensnotwendigen Maschine zweifelsfrei ist, ganz alleine beim Patienten selbst liegen. Für sie darf diese Entscheidung weder ein Betreuer, noch ein Bevollmächtigter oder ein Gericht fällen, sie ist einfach zu weitreichend. In ihren Augen sollte gerichtlich festgelegt sein, dass jede lebenserhaltende Therapie weitergeführt werden muss, bis eine verbindliche Patientenverfügung aufliegt, die das Gegenteil besagt.<sup>19</sup>

Eine Vorsorgevollmacht kann notariell beurkundet und in ein Register der Bundesnotarkammer eingetragen werden. Der Vollmachtgeber kann sie jederzeit widerrufen, wobei die Form des Widerrufs auch mündlich möglich ist. Damit der Wille des Vollmachtgebers durch den Bevollmächtigten am besten vertreten werden kann, ist es ratsam, zusätzlich eine Patientenverfügung abzufassen.<sup>14</sup>

## 3 Patientenverfügung

---

### 3.1 Was ist eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung ist eine formfreie Willensäußerung, die jeder noch urteilsfähige Mensch machen kann, damit sein Selbstbestimmungsrecht, über Ablehnung oder Verzicht einer Behandlung, bei Urteilsunfähigkeit aufrecht bleibt.<sup>14</sup>

Laut PatVG § 2. (1) heißt es:

*„Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist.“*

### 3.2 Arten der Patientenverfügung

Neben der verbindlichen gibt es in Österreich noch die beachtliche Patientenverfügung.

#### 3.2.1 Verbindliche Patientenverfügung

In der verbindlichen Patientenverfügung muss entweder aus dem Gesamtkontext der Verfügung erkennbar sein, welche medizinischen Behandlungen der Patient ablehnt oder diese genau beschrieben werden. Der Inhalt darf also keinen Spielraum für Vermutungen lassen.<sup>20</sup> Ist die verbindliche Patientenverfügung korrekt aufgesetzt, so hat der behandelnde Arzt keine Wahl und muss sich ausdrücklich daran halten. Bei der Aufklärung zur Patientenverfügung spielt der Arzt eine wichtige Rolle. Bevor sie errichtet werden kann, muss ein Arzt den Patienten genau über die Wirkung, Folgen und Wesen einer verbindlichen Patientenverfügung unterrichten, zusätzlich begründen warum der Patient die Wirkung der Verfügung richtig einschätzt und dies dokumentieren.<sup>20</sup> Im PatVG heißt es im § 5 dazu:

*„[...] Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt.“*

Ich werde später in einem eigenen Punkt genauer auf die Aufklärung eingehen.

Diese Art von Patientenverfügung darf nur schriftlich abgefasst werden, was nur unter Beisein *„von einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung“* möglich ist.<sup>20</sup> Zusätzlich wird das Errichtungsdatum hinzugefügt und der Patient muss darüber aufgeklärt sein, dass er die Verfügung jederzeit widerrufen kann. Diese Belehrung wird von einem der vorher genannten Personen dokumentiert.<sup>20</sup>

Die Verbindlichkeit verliert ihre Gültigkeit fünf Jahre nach Erstellungsdatum, sofern kein kürzerer Zeitraum bestimmt wurde, kann erneuert werden, und verliert dann abermals nach fünf Jahren die Gültigkeit.<sup>20</sup> Unter besonderen Umständen ist eine verbindliche Patientenverfügung länger gültig, diese sind in § 7 (3) PatVG genannt:

*„Eine Patientenverfügung verliert nicht ihre Verbindlichkeit, solange sie der Patient mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.“*

### **3.2.2 Beachtliche Patientenverfügung**

Das Erstellen einer beachtlichen Patientenverfügung ist an keinerlei Formvorschriften gebunden. Ein Arzt muss sich nicht zwingend daran halten, wenn er das Gefühl hat, dass der Patient in der eingetroffenen Situation doch anders entschieden hätte. Man könnte also auch sagen, der Arzt hat einen gewissen Auslegungsspielraum.

In § 9 PatVG steht folgendes:

*„ Eine beachtliche Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu beachten, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. [...]“*

Grundsätzlich geht eine nicht verlängerte verbindliche Patientenverfügung nach fünf Jahren in eine Beachtliche über.

### **3.3 Ärztliche Aufklärung**

Der Initiator einer Patientenverfügung sollte der Patient sein, der Arzt muss sich in der Beraterfunktion wiederfinden. Jeder der eine Patientenverfügung verfasst hat sich Gedanken über bestimmte Situationen, Krankheiten oder einen Lebensabschnitt gemacht vor dem er eventuell auch Angst hat. Als Arzt kann man dem Patienten nicht die Entscheidung über den Inhalt einer Patientenverfügung abnehmen, man kann aber falsche Ansichten über gewisse Krankheiten oder Therapien richtig stellen. Weiters kann er Alternativen zu einer bestimmten Therapie aufzählen, aus seinen eigenen Erfahrungen mit Patienten berichten und somit das Blickfeld des Patienten vergrößern. Sinn ist es nicht, es ist sogar verboten, dem Patienten eine Entscheidung abzunehmen oder ihn in eine gewisse Richtung zu lenken.<sup>15</sup> Eine weitere Pflicht des aufklärenden Arztes steht in § 14 (1) PatVG:

*„Der aufklärende und der behandelnde Arzt haben Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.“*

### **3.4 Wann ist sie unwirksam?**

Wie schon weiter oben erwähnt, hat jeder Patient das Recht die Verfügung zu widerrufen. Dazu muss kein schriftlicher Widerruf gemacht werden, mündlich oder sogar ein Handzeichen ist ausreichend. Auch wenn *„ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist“*, ist sie ungültig.<sup>20</sup>

Wenn es seit der Erstellung der Verfügung enorme Fortschritte und wesentliche Veränderungen in der Medizin gegeben hat verfällt ebenfalls ihre Wirksamkeit.<sup>20</sup> Ein weiterer Punkt der zur Unwirksamkeit führt, wird wie folgt in § 10 (1) PatVG genannt:

*„Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn 1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde [...]“*

### **3.5 Verbindlichkeit**

Tritt eine Situation genau so ein, wie in der verbindlichen Patientenverfügung beschrieben, so ist es die absolute Pflicht der Ärzte sich daran zu halten. Ein Verstoß dagegen ist bei Gesetz strafbar. Laut Artur Wechselberger, Vizepräsident der Ärztekammer, haben verbindliche Patientenverfügungen auch Nachteile. Seiner Meinung nach vermitteln sie den Menschen zu sehr eine Sicherheit, die es in Wirklichkeit nicht gibt, da die endgültige Entscheidung ob die gesundheitliche Situation, der in der Patientenverfügung beschriebenen entspricht, beim Arzt liegt.<sup>21</sup>

In Deutschland wurde 2009 ein neues Gesetz erlassen, in dem die Verbindlichkeit der Patientenverfügung zum Ausdruck gebracht wird. Es heißt hier im § 1901a (1) Patientenverfügung BGB:

*„Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.“<sup>22</sup>*

Zuvor herrschte in Deutschland oft Unklarheit über die Verbindlichkeit, was zu Unsicherheiten unter den Ärzten führte. Dies belegt auch ein Streitgespräch im Spiegel zwischen dem Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-

Dietrich Hoppe und dem Palliativmediziner Prof. Dr. Gian Domenico Borasio aus dem Jahr 2007. Borasio plädiert darin für ein neues Gesetz, welches Verunsicherung unter den Ärzten verhindert und klare Strukturen hat.<sup>23</sup> Laut Borasio ist die Situation in Pflegeheimen oft dramatisch, weil dort viele Patienten künstlich ernährt werden und ein „*Großteil davon ohne medizinische Indikation oder gegen den erklärten oder mutmaßlichen Willen.*“<sup>23</sup> Das neue Gesetz soll nun solche Missstände verhindern.

Auch in der Schweiz sind die Regelungen zur Patientenverfügung sehr eindeutig. So heißt es in den Richtlinien der SAMW unter II.3.4:

*„Liegt dem Arzt eine Patientenverfügung vor, die der Patient in einem früheren Zeitpunkt als urteilsfähiger abgefasst hat, so ist diese verbindlich; unbeachtlich sind jedoch Begehren, die dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr zwischenmenschlicher Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens erwarten lässt.“<sup>24</sup>*

Aber auch hier sollte man an Artur Wechselbergers Sorge, vor zu viel Sicherheitsgefühl bei Patienten denken, denn ob eine „*Wiederkehr zwischenmenschlicher Kommunikation*“<sup>24</sup> zu erwarten ist oder nicht, ist Entscheidung des Arztes. Diese Entscheidung sollte dem Arzt aber auch nicht abgenommen werden, denn durch sein fachliches Wissen und Erfahrung kann er diese Situationen besser beurteilen als ein Laie.

Zum Abschluss dieses Kapitels möchte ich noch kurz auf einen von Ankermann erwähnten Fall eingehen, welcher etwas die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung in Deutschland, vor dem neuen Gesetz, widerspiegelt. Er handelt von einem älteren Ehepaar, beide um die 80, welche sich zu einer Patientenverfügung entschlossen hatten. Darin lehnten sie eine Wiederbelebung, bei erhöhtem Risiko von Folgeschäden ab, weiters forderten sie nur eine palliative Behandlung „*bei irreversibler Bewusstlosigkeit, schwerster Dauerschädigung ihres Gehirns oder dauerndem Ausfall lebenswichtiger Funktionen ihres Körpers.*“<sup>25</sup> Jegliche künstliche Ernährung und intensivmedizinischer Versorgung lehnten sie

ab, denn sie wollten unter keinen Umständen „als Pflegefall am Leben gehalten“ werden.<sup>25</sup> Der Mann verstarb kurze Zeit später. Einige Zeit danach erlitt die Frau einen Schlaganfall, worauf sie ihr Bewusstsein verlor und drei Tage später gefunden und in ein Krankenhaus gebracht wurde. Dort hat man sie ärztlich versorgt und künstlich, durch eine Magensonde, ernährt. Ihre Nichte, welche von der Patientenverfügung wusste, wurde zur Betreuerin bestellt. Nach Vorlage der Patientenverfügung weigerte sich der Chefarzt diese zu beachten, denn er lasse keine Patienten verhungern. Die Patientin erwachte, nachdem sie in ein Pflegeheim gebracht wurde, langsam wieder aus dem Koma. Sie war jedoch weiterhin fast vollständig gelähmt und ein Pflegefall, epileptische Anfälle verschlimmerten ihre Situation noch zusätzlich.<sup>26</sup> In diesem Fall ist genau das eingetreten, was die Patientin durch die Verfügung verhindern wollte. Aus heutiger Sicht muss der Chefarzt, in dieser Situation, die Patientenverfügung beachten und die künstliche Ernährung beenden. Die Autonomie des Patienten wäre sonst deutlich verletzt.

## 4 Sterbehilfe

---

*Hilfe im Sterben* und *Hilfe zum Sterben*, beides klingt sehr ähnlich, beides gehört zu dem Begriff Sterbehilfe, aber beides hat auch eine völlig andere Bedeutung. Während das Erste eine Situation beschreibt, in welcher man Begleiter eines „natürlichen Sterbeprozesses“ ist und eventuell mittels Schmerzbehandlung die Leiden des Patienten zu lindern versucht, führt man bei der *Hilfe zum Sterben* den Tod durch eine aktive Tat, oder durch Verzicht auf eine bestimmte medizinische Handlung herbei.<sup>27</sup> Laut Umfragen aus dem Jahr 2001 befürworteten rund 75% der Einwohner Deutschlands aktive Sterbehilfe bei unheilbarer Krankheit, was eine Steigerung von 25% zum Jahr 1970 bedeutet.<sup>28</sup> Eine Telefonumfrage der Medizinischen Universität Graz zeigte ein ähnliches Ergebnis. Demnach sind in Österreich 62% der über 16 jährigen für aktive Sterbehilfe, was ein Plus von 13% zum Jahr 2000 bedeutet.<sup>29</sup>

Aber warum kommt es bei Umfragen zu solchen Ergebnissen? Für viele ist „*das Sterben selbst nach wie vor ein Tabu*“ und sie erhoffen sich durch aktive Sterbehilfe die „*Auseinandersetzung mit dem Sterben als Bestandteil des eigenen Lebens*“ zu ersparen.<sup>28</sup> Andere haben gewisse Ängste vor einer Überbehandlung, und daraus resultierende Verlängerung des Leidens bei aussichtsloser Krankheit, aber auch vor frühzeitigem Behandlungsabbruch auf Grund von knapper werdender Ressourcen.<sup>30</sup> Beide Argumente zusammen sind sicherlich der Hauptgrund für die Resultate der Umfragen. Die deutsche Ärzteschaft, aus meiner Sicht zu Recht, lehnt trotzdem aktive Sterbehilfe weiterhin ab. Die Basisbetreuung muss aus ihrer Sicht bis zum Tod aufrecht gehalten werden, auch wenn das Ziel dabei nicht mehr Heilung heißt.<sup>30</sup>

Zur Basisbetreuung zählen u.a.:

- *Menschenwürdige Unterbringung*
- *Zuwendung*
- *Körperpflege*
- *Lindern von Schmerzen*
- *Stillen von Hunger und Durst*<sup>31</sup>

## 4.1 Historische Entwicklung der Sterbehilfe

Bereits in der Antike war Sterbehilfe keine Unbekannte, ich werde aber eher auf die neuere Entwicklung, speziell die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts, eingehen. Davor erreichten nur wenige Personen ein hohes Alter, schlechte Hygienebedingungen, kombiniert mit bescheidenen Therapiemöglichkeiten von Infektionskrankheiten führten oft zu einem verfrühten Tod.<sup>32</sup> Wichtig zu erwähnen sind hier auch beide Weltkriege, durch welche „*Millionen von Menschen gar nicht erst das Alter erreichten, in dem chronische oder degenerative Krankheiten*“ häufig auftreten und oft nach langem Leiden zum Tod führen.<sup>33</sup> Die heutige Situation, in der viele Menschen ein hohes Alter erreichen und oft erst nach jahrelanger Pflege sterben, gibt es erst seit wenigen Jahrzehnten. Die Möglichkeiten der Medizin erlauben es, im Gegensatz zu früher, Menschen im Koma sehr lange am Leben zu halten und sie durch PEG – Sonden künstlich zu ernähren. Bald bemerkte man neben den Vorteilen dieser technischen Neuerungen in der Medizin auch deren Nachteile, worauf 1965 der Medizinsoziologe Helmut Ehrhardt den Begriff der „*künstlichen Lebens- und Leidensverlängerung*“ einführte.<sup>33</sup> Der Strafrechtler Geilen sprach einige Jahre später erstmals von der „*passiven Euthanasie*“, was er als etwas Positives der „*künstlichen Lebens- und Leidensverlängerung*“ gegenüberstellte.<sup>34</sup> Geilen meint:

*„Euthanasie ist geradezu [...] das juristische Regulativ gegenüber einer der modernen Medizin sonst drohenden Gefahr, nämlich auszuarten in das, was man schon mit Recht als „Humanitätsterror“ bezeichnet hat. Der Patient hätte ohne dieses Regulativ eines seiner elementarsten Menschenrechte verloren, nämlich sein Recht auf einen „natürlichen Tod“.“*<sup>35</sup>

Die passive Sterbehilfe hatte von Beginn an ihre Akzeptanz in der Bevölkerung und wurde auch rechtlich zugelassen, um dem medizinischen Fortschritt in gewissen Dingen einen Riegel vorzuschieben. Aktive Sterbehilfe war aufgrund der Geschehnisse in Deutschland während des zweiten Weltkrieges verpönt.<sup>36</sup> Bei diesem kam es zwischen 1939-1941 zur Tötung von ca. 70 000, hauptsächlich geistig behinderten Menschen, deren Leben als „*lebensunwert*“ bezeichnet wurde. Eine Berliner Villa diente damals als Zentrale, von wo nach Einsicht in

Patientenakten, über das Schicksal der Kranken entschieden wurde. Der Standort der Villa, Tiergartenstraße 4, war namensgebend für diese schreckliche Aktion „T4“. Von 1941- 1945 konnten Ärzte von psychiatrischen Einrichtungen selbst über Leben und Tod ihrer Patienten verfügen. Schätzungsweise kamen während des zweiten Weltkrieges 200 000 Menschen auf diese Weise zu Tode.<sup>37</sup>

Trotz gewissen Veränderungen verläuft die Diskussion über Sterbehilfe im 20. Jahrhundert kontinuierlich. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die Sterbehilfediskussion vor allem wegen geistig behinderter Personen geführt, später und heute noch sind es Komapatienten und unheilbar Kranke, welche Ziel der Diskussion sind. *„Wert oder Unwert des Lebens“* spielen auch heute noch eine große Rolle in dieser Diskussion, mit dem großen Unterschied, dass heute *„nicht mehr auf den Wert des Einzelnen für die Gesellschaft, sondern nunmehr auf die Qualität des Lebens für den Einzelnen“* geachtet wird.<sup>38</sup>

## **4.2 Der Begriff Euthanasie**

Das Wort Euthanasie besteht aus dem Präfix „eu“ (gut) und dem Wortstamm „thanatos“ (Tod) und stammt aus Griechenland. Fügt man beides zusammen heißt es also „guter“ oder „leichter Tod“.

Verwendung hatte das Wort Euthanasie bereits sehr früh, so verwendete Cicero den Begriff „Euthanasia“ für den würdevollen Tod. Als Beispiel für einen „würdevollen Philosophentod“ kann man die Suizide des Sokrates (399 v. Chr.) und des Seneca (65 n.Chr.) anführen. Euthanasie bedeutete für Sokrates die *„rechtzeitige und richtige Vorbereitung auf den Tod“*.<sup>39</sup> Beim Freitod des politisch in die Enge getriebenen Seneca, soll sein Leibarzt Mithilfe geleistet haben, nachdem das eingenommene Gift, seine tödliche Wirkung verfehlt hatte. Bereits Platon ergriff in seinem Werk Politeia, in einzelnen Abschnitten, Partei für die aktive als auch passive Sterbehilfe.<sup>39</sup>

Besonders interessant zu beobachten ist, wie sich der Begriff Euthanasie zwischen 1902 und 1934 gewandelt hat. Zu erkennen ist dies an folgendem Beispiel:

Brockhaus Konversations- Lexikon 1902:

*„Euthanasie (grch.), Todeslinderung, dasjenige Verfahren durch welches der Arzt den als unvermeidlich erkannten Tod für den Sterbenden möglichst leicht und schmerzlos zu machen sucht, besteht hauptsächlich in zweckmäßiger Lagerung, Fernhaltung aller äußeren Störungen, Linderung der Schmerzen durch anästhetischen und narkotische Mittel (s. auch Arzt, Bd. 17), Sorge für frische Luft und zeitweiligem Einflößen von milden und labenden Getränken. Bei dem scharfen Gehör, welches Sterbende bis zum letzten Augenblicke zu haben pflegen, ist die größte Vorsicht hinsichtlich aller Äußerungen der Umgebung geboten.“<sup>40</sup>*

Der Große Brockhaus 1930/34:

*„Sterbehilfe, grch. Euthanasie, die Abkürzung lebensunwerten Lebens, entweder im Sinn der Abkürzung von Qualen bei einer unheilbaren langwierigen Krankheit, also zum Wohle des Kranken, oder im Sinn der Tötung z.B. idiotischer Kinder, also zugunsten der Allgemeinheit.“<sup>41</sup>*

Am Beispiel von 1930 erkennt man deutlich die utilitaristischen Ansätze. Ein Vorreiter dieser Ansicht, bei der ein Mensch seine individuellen Ansprüche hinter die der Mitmenschen stellen soll, war Alfred Jost. Seiner Meinung nach bringen psychisch oder unheilbar Kranke einen materiellen Schaden für die Gesellschaft und bedürfen weiters sehr viel Mitleid. Aus diesem Grund forderte er deren Tod.<sup>42</sup>

### **4.3 Formen der Sterbehilfe**

Es gibt vier Formen der Sterbehilfe:

- Aktive Sterbehilfe
- Indirekt (aktive) Sterbehilfe
- Passive Sterbehilfe
- Suizidbeihilfe

### **4.3.1 Aktive Sterbehilfe**

Bei dieser Form der Sterbehilfe will der Arzt aktiv den Sterbeprozess herbeiführen, das heißt der Patient stirbt nicht an den Folgen seiner Krankheit, sondern durch das Handeln des Arztes. Ziel der ärztlichen Behandlung ist dabei also der Tod des Patienten.

Beispiel: Ein Patient leidet an einem stenosierenden Ösophaguskarzinom, ist unfähig oral Nahrung zu sich zunehmen und wird deshalb über eine PEG- Sonde ernährt. Durch die zahlreichen Lungenmetastasen hat der Patient, trotz Sauerstofftherapie, eine Ruhedyspnoe. Zusätzlich verspürt er sehr starke Schmerzen, welche seinen Lebenswillen schwinden lassen. Die Ärzte haben alle Therapieoptionen ausgeschöpft, Chancen auf Heilung bestehen keine. Äußert dieser Patient den Wunsch zu sterben, sein behandelnder Arzt kommt seinem Wunsch durch Verabreichung einer zum Tode führenden Substanz nach, so handelt es sich in diesem Fall um aktive Sterbehilfe. Geschieht dies ohne den Willen des Patienten zu kennen oder gegen diesen, spricht man von Mord oder Totschlag.

### **4.3.2 Indirekt (aktive) Sterbehilfe**

Wie der Name schon erkennen lässt, handelt es sich um eine Unterform der aktiven Sterbehilfe. Hier führt man den Tod des Patienten nicht beabsichtigt herbei, vielmehr ist er die Nebenwirkung einer starken Schmerztherapie.<sup>43</sup> Man könnte also sagen, Ziel der aktiven Sterbehilfe ist der Tod des Patienten, das der indirekten Sterbehilfe die Schmerzen des Kranken, mit dem ungewollten Nebeneffekt der Beschleunigung des Todeseintritts.<sup>44</sup>

Beispiel: Nimmt man wieder den Patienten mit Ösophaguskarzinom zur Hand, so würde es sich hier um indirekt (aktive) Sterbehilfe handeln, wenn durch ausgedehnte Schmerztherapie ein frühzeitiger Todeseintritt die Folge wäre.

### **4.3.3 Passive Sterbehilfe**

Unter passiver Sterbehilfe versteht man den Verzicht oder Abbruch einer lebensverlängernden Therapie, bei schwer kranken Patienten. Der Arzt greift hier

also nicht aktiv in den Sterbeprozess ein.<sup>45</sup> Eine lebensverlängernde Therapie ist z.B.:

- Künstliche Beatmung
- Dialyse
- Künstliche Ernährung
- Reanimation
- Herz- Lungen- Maschine

Beispiel: In meinem genannten Beispiel wäre die PEG- Sonde die lebensverlängernde Therapie. Führt man bei diesem Patienten keine künstliche Ernährung durch oder beendet sie durch entfernen der Sonde, so würde der Patient verhungern. Geschieht dies auf Wunsch des Patienten, so spricht man von passiver Sterbehilfe.

#### **4.3.4 Suizidbeihilfe**

Hier stellt eine Person oder der Arzt, einem Patienten welche sein Leben beenden will, ein Mittel bereit, welches nach Einnahme zum Tod führt. Meist handelt es sich dabei um ein Barbiturat.

Eine Umfrage unter Ärzten in Deutschland kam zu folgendem Ergebnis: 527 Ärzte wurden befragt, 61% gaben an unter keinen Umständen zu einer Beihilfe am Suizid bereit zu sein, 37% der Befragten wären unter gewissen Umständen einverstanden. Grundlegend muss erwähnt werden, dass eine Mitwirkung am Suizid durch einen Mediziner, gegen den ärztlichen Ethos spricht.<sup>46</sup>

Auch aus kirchlicher Sicht ist eine Beihilfe zur Selbsttötung streng verboten, wer es trotzdem tut ist am Tod des Suizidenten mit schuld. Es ist die Aufgabe Gottes über das Leben zu verfügen.<sup>47</sup>

## **4.4 Sterbehilfe am Beispiel von Deutschland, Österreich, Schweiz und den Niederlanden**

### **4.4.1 Deutschland**

#### **4.4.1.1 Aktive Sterbehilfe:**

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland nach §216 StGB Tötung auf Verlangen strafbar. Dieser lautet:

*„(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.*

*(2) Der Versuch ist strafbar.“<sup>48</sup>*

Auf den ersten Blick wirkt das Gesetz sehr deutlich und nicht anfechtbar, was aber laut Ankermann nicht immer so war. So gab es immer wieder Täter die sich auf §34 StGB Rechtfertigender Notstand berufen haben, dessen Gesetzestext folgend ist:<sup>49</sup>

*„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“<sup>50</sup>*

So begründen die Täter das Setzen einer tödlichen Injektion, auf Wunsch des Patienten, durch das Abwenden einer großen Gefahr für ihn, nämlich der Gefahr vor unerträglichen Schmerzen und Leid. Aus Sicht der Beschuldigten ist ihre Hilfe *ein angemessenes Mittel um die Gefahr abzuwenden*. Sie sehen auf der einen Seite ein ohnehin erlöschendes Leben, auf der anderen Seite den Wunsch des Patienten, dessen Leid und die Aussichtslosigkeit jeglicher Therapie und fühlen sich dadurch im Recht.<sup>51</sup>

#### **4.4.1.2 Indirekt (aktive) Sterbehilfe:**

In Deutschland ist diese Form der Sterbehilfe nicht strafbar, wenn durch die Gabe von Schmerzmitteln ein verfrühter Tod eintritt, dies jedoch als *„unbeabsichtigte,*

aber unvermeidbare Nebenfolge<sup>43</sup> gilt. Weiters muss der Sterbeprozess bereits im Gange, d.h. für den Patienten darf es keine Hoffnung auf Heilung geben und der Tod muss in absehbarer Zeit bevorstehen, die Behandlung „ausdrücklich oder mutmaßlich<sup>43</sup> vom Patienten gewollt und die „schmerzlindernde Medikation ärztlich geboten<sup>43</sup> sein.

In weiten Teilen der Literatur und in der Rechtsprechung<sup>52</sup> wird zwar von einer Tötungshandlung gesprochen, diese gilt aber nicht als rechtswidrig. Auch der BGH ist der Meinung, dass ein ermöglichen eines Todes ohne Schmerzen nach Wunsch des Patienten ein höheres Rechtsgut sei als „die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“<sup>53</sup>

Als Mediziner ist man also sogar verpflichtet eine ausreichende Schmerztherapie durchzuführen.

#### **4.4.1.3 Passive Sterbehilfe:**

Die gesetzliche Lage ist dazu recht klar geregelt. Der BGH kam am 17.03. 2003 zu folgender Rechtsprechung: „a) Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor - etwa in Form einer sog. Patientenverfügung - geäußerten Willen entspricht. [...]“<sup>54</sup>

Aufpassen muss man allerdings wenn keine Einwilligung des Patienten, für Abbruch oder Verzicht einer Behandlung, vorliegt. Der Grund dafür ist, dass Sterbenlassen auch als Tötung durch Unterlassen (§§ 212 ff, 13 StGB) oder als Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) strafbar werden kann.<sup>55</sup> Abgesehen davon wäre auch eine Behandlung gegen den Willen des Patienten nach § 223 StGB strafbar. § 223 (1) Körperverletzung lautet:

„Wer eine andere Person körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“<sup>56</sup>

Gegen die früher oft herrschende Meinung, passive Sterbehilfe sei nur erlaubt, wenn der Tod in absehbarer Zeit eintritt, stellte sich der Bundesgerichtshof mit einer Entscheidung. Es ist Teil des Selbstbestimmungsrechts des Patienten sich gegen eine lebenserhaltende Therapie zu entscheiden.<sup>55</sup> Die Ermittlung des

Patientenwillens hat also oberste Priorität, ob dieser laut allgemeiner Meinung „vernünftig“ oder „normal“ ist, hat keine große Bedeutung.<sup>57</sup>

Als Arzt hat man also nicht viel Spielraum zwischen rechtmäßigem und rechtswidrigem Verhalten, was das Thema passive Sterbehilfe betrifft, auch weil eine Entscheidung oft nur auf den mutmaßlichen Willen des Patienten gestützt ist. Auf der einen Seite läuft man Gefahr einer Überbehandlung mit der erwähnten Strafe auf Grund von Körperverletzung, auf der anderen Seite steht das Delikt Tötung durch unterlassen.<sup>58</sup> Zum Thema mutmaßlicher Wille kam der BGH zu folgendem Entschluss:

*„Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen.“<sup>57</sup>*

Das heißt der „subjektive Wille“ des Patienten wird also durch „objektive Kriterien [...] oder gar allgemeine Wertvorstellungen“ ersetzt.<sup>59</sup>

Auch laut Bertram darf der Grundsatz „in dubio pro vita“ nicht ein Freifahrtschein für die Zwangsernährung wider Willen Zehntausender Patienten sein, welche dann „jahre- und selbst jahrzehntelang dahinvegetieren“ müssen.<sup>60</sup>

#### **4.4.1.4 Suizidbeihilfe:**

Nach deutschem Strafrecht ist die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar, mit der Begründung, dass der Suizid selbst oder dessen Versuch ebenfalls straflos sind. Straflosigkeit ist jedoch nur die Folge, wenn der Suizident die zum Tod führende Handlung selbst ausführt.<sup>55</sup> So eindeutig wie diese Regelungen klingen ist es aber auch hier nicht, denn es gibt zusätzlich die ärztliche Hilfespflicht.<sup>61</sup> Als behandelnder Arzt hat man eine sogenannte Garantenstellung gegenüber dem Patienten inne, d.h. man ist normalerweise verpflichtet eine Selbsttötung zu verhindern. Tut man dies nicht, könnte sich der betroffene Arzt nach § 323 c StGB wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar machen.<sup>62</sup> Weiters hat der BGH ein „bloßes Geschehenlassen einer Selbsttötung eines Patienten durch den behandelnden Arzt als Tötung durch Unterlassen (§§ 212, 13 StGB) bewertet“,

sobald der Patient sein Bewusstsein verliert und nicht mehr in der Lage ist auf äußere Reize zu reagieren.<sup>61</sup>

Ich werde jetzt etwas genauer auf den sogenannten Fall Wittig, aus dem Jahr 1984 eingehen. Das damalige Urteil gilt auch heute noch als Leitentscheidung, an der sich viele Rechtsprechungen orientieren.<sup>62</sup> Der Sachverhalt war folgender. Eine 76jährige Frau litt an Atherosklerose der Herzkranzgefäße und zusätzlich an einer Hüft- und Kniearthrose, was ihr das Gehen zur Qual machte. Durch den Tod ihres Ehemannes verlor sie die Lust am Leben und wollte diesem ein Ende setzen. Ihr Hausarzt versuchte sie von der Selbsttötungsabsicht abzubringen, jedoch vergebens.<sup>63</sup> Daraufhin verfasste sie folgenden Text:

*„Willenserklärung.*

*Im Vollbesitz meiner Sinne bitte ich meinen Arzt keine Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim, keine Intensivstation und keine Anwendung lebensverlängernder Medikamente. Ich möchte einen würdigen Tod sterben. Keine Organentnahme.“<sup>63</sup>*

Einige Zeit später fügte sie zu einem Schriftstück mit nahezu dem gleichen Inhalt einen wichtigen Teil hinzu:

*„Ich bin über 76 Jahre alt und möchte nicht länger leben.“<sup>63</sup>*

Bei einem vereinbarten Hausbesuch fand der Hausarzt die Frau bewusstlos, umgeben von zahlreichen Medikamentenpackungen, vor. Zusätzlich fand er in ihren Händen einen Zettel mit dem Satz:

*„An meinen Arzt- bitte kein Krankenhaus- Erlösung!“<sup>64</sup>*

Der Arzt beschloss keine Rettungsmaßnahmen einzuleiten und die Frau versterben zu lassen. Ob durch eine sofortige Behandlung auf der Intensivstation ihr Leben gerettet werden hätte können, konnte nicht festgestellt werden.<sup>64</sup>

Vorweg, der Arzt wurde vom Landesgericht, als auch vom BGH vom Vorwurf eines Tötungsdeliktes freigesprochen. Die Selbsttötung stellte für den BGH einen Unglücksfall nach § 323 c StGB dar, der jeden zu einer Hilfeleistung verpflichtet. Das Gericht bezeichnet dies als „Unglücksfall“, da auch hinter einem ernsthaft durchgeführter Suizidversuch ein Hilferuf des Suizidenten stecken kann. D.h. der

Wunsch des Patienten, seinem Leben ein Ende zu setzen, könnte nach dessen Rettung wieder hinfällig sein und so wäre man eventuell in der Lage, ihm auf andere Art und Weise zu helfen.<sup>61</sup> Trotz dieser Begründung wurde der Angeklagte freigesprochen, da er sich in einem Konflikt zwischen Achtung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin und seiner Pflicht zu helfen befunden hat. Er hat die Situation seiner Patientin als aussichtslos beurteilt und war der Meinung, dass medizinische Maßnahmen maximal zu einem geringen Erfolg geführt und seine Patientin einen erheblichen Schaden davongetragen hätte. Deshalb wählte er nicht den leichten Weg der Überstellung auf eine Intensivstation, sondern er verblieb mehrere Stunden, bis zu deren Tod, bei der bewusstlosen Patientin. Aus diesem Grund wurde seine Gewissensentscheidung von Rechts wegen als vertretbar angesehen.<sup>61</sup>

## 4.4.2 Österreich

### 4.4.2.1 Aktive Sterbehilfe:

Wie in Deutschland, so ist sie auch in Österreich verboten, geregelt ist dies nach § 77 öStGB Tötung auf Verlangen. In diesem heißt es:

*„Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“<sup>65</sup>*

Das Strafmaß beträgt also maximal fünf Jahre Freiheitsstrafe, was sich mit der Rechtslage in Deutschland deckt. Der Unterschied zu Deutschland besteht in den Strafmilderungsmöglichkeiten, die es in Österreich gibt. Laut § 43 Absatz 1 StGB Bedingte Strafnachsicht, hat das Gericht die Möglichkeit Freiheitsstrafen, die nicht mehr als zwei Jahre betragen, als bedingt anzusehen. Dafür wird eine Probezeit von mindestens einem Jahr bis maximal drei Jahren bestimmt und vom Rechtsbrecher muss angenommen werden, dass *„die bloße Androhung der Vollziehung allein oder in Verbindung mit anderen Maßnahmen genügen werden, um ihn von weiteren strafbaren Handlungen abzuhalten.“<sup>66</sup>* Bei dieser Entscheidung ist es außerdem sehr wichtig *„die Art der Tat, die Person des Rechtsbrechers, der Grund seiner Schuld, sein Vorleben und sein Verhalten nach der Tat zu berücksichtigen.“<sup>66</sup>* Einen weiteren Grund für eine Reduzierung der Strafe findet man unter § 41 StGB *„Außerordentliche Strafmilderung bei Überwiegen der Milderungsgründe“*. Diese beiden Paragraphen ermöglichen in Strafprozessen einen flexibleren Umgang mit Härtefällen.<sup>67</sup>

#### **4.4.2.2 Indirekt (aktive) und passive Sterbehilfe:**

Diese beiden Formen der Sterbehilfe sind nach österreichischem Gesetz straflos, sofern sie nicht gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden. Die Rechtslage in Österreich gleicht also in diesem Punkt der von Deutschland.

#### **4.4.2.3 Suizidbeihilfe:**

Im Gegensatz zur deutschen Rechtsprechung ist die Beihilfe zum Suizid in Österreich strafbar und durch einen eigenen Paragraphen geregelt. Der § 78 StGB „Mitwirkung am Selbstmord“ lautet:

*„Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“<sup>68</sup>*

Vergleicht man das Strafmaß mit dem der aktiven Sterbehilfe, so wird man keinen Unterschied feststellen. Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid werden in Österreich also mit der gleichen Härte bestraft. § 41 und 43 StGB können auch hier zur Strafmilderung beitragen.<sup>69</sup>

#### **4.4.3 Schweiz**

##### **4.4.3.1 Aktive Sterbehilfe:**

Laut Art. 114 StGB Tötung auf Verlangen ist die aktive Sterbehilfe auch in der Schweiz strafbar. Der Wortlaut ist:

*„Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.“<sup>70</sup>*

Politisch gab es in der Schweiz immer wieder Bemühungen, von verschiedenen Seiten, für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. So wurde 1979 eine Volksinitiative der Züricher Bevölkerung vom Eidgenössischen Parlament abgelehnt. In den Folgejahren kam es zu weiteren Versuchen ein betreffendes Gesetz zu erlassen. Im Justizdepartment wurde 1997 eine Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ eingesetzt, welche nie zu einem annehmbaren Ergebnis kam. Auch heute noch läuft diese Diskussion, mit wenig Aussicht auf Erfolg, weiter.<sup>71</sup>

#### **4.4.3.2 Indirekt (aktive) und passive Sterbehilfe:**

Hier unterscheidet sich die Rechtslage der Schweiz kaum von der in Deutschland und Österreich. Interessant ist allerdings, dass die SAMW bereits im Jahr 1976 „Richtlinien für die Sterbehilfe“ erstellt hat. Diese sollen den Ärzten zwar nicht als Entscheidungsabnahme dienen, sondern eher zur Vermeidung von Unsicherheiten. Hingewiesen wird z.B. auf die Pflicht der Einstimmung des Patienten in eine Behandlung, die an ihm durchgeführt werden soll. Weiters wird zwischen der Behandlung von zwei verschiedenen Patientengruppen unterschieden, welche auf den ersten Blick oft als gleich eingestuft werden. Auf der einen Seite Patienten mit lebensgefährlichen Verletzungen oder Krankheiten mit durchaus Chancen auf Heilung, auf der anderen Seite Personen mit einem irreversiblen Krankheitsverlauf, bei denen der Tod in kurzer Zeit bevorsteht. Obwohl sich beide Gruppen in Todesgefahr befinden, sollte die Therapie bei der einen auf Heilung und somit Lebenshilfe ausgerichtet sein, bei der anderen, sprich bei den *im Sterben liegenden Menschen* allerdings nicht. Die SAMW weist in ihren Richtlinien darauf hin, dass bei Patienten, bei denen der Tod unmittelbar bevorsteht, auf „*technisch eventuell noch mögliche Massnahmen*“ verzichtet werden kann.<sup>72</sup> Damit soll eine unnötige Verlängerung des Leidens verhindert werden. Ziel der Therapie soll hier also die Linderung der Schmerzen sein. In den Richtlinien sind eine Reihe von Punkten aufgezählt, die man als Mediziner beachten sollte, wenn man die bestmögliche Hilfe für einen Sterbenden leisten will. Unter anderem soll man folgendes in seine Überlegungen mit einbeziehen:

- *die Persönlichkeit oder den ausgesprochenen oder mutmasslichen Willen des Patienten*
- *seine Belastbarkeit durch Schmerzen und Verstümmelung*
- *die Zumutbarkeit medizinischer Eingriffe*
- *die Verfügbarkeit der therapeutischen Mittel*
- *die Einstellung der menschlichen und gesellschaftlichen Umgebung*<sup>72</sup>

#### **4.4.3.3 Suizidbeihilfe:**

Grundsätzlich ist die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz straflos, es dürfen jedoch keine selbstsüchtigen Beweggründe dahinter stecken. Dies ist in Art. 115 des StGB geregelt. Alle Personen sind von dieser Regelung betroffen, sie ist also nicht nur auf Ärzte beschränkt.<sup>73</sup> Trotz etlicher Diskussionen zur Legalisierung der Sterbehilfe hielt die SAMW an ihrer Meinung fest und erkennt die Suizidbeihilfe

weiterhin nicht als ärztliche Tätigkeit an. Ärztliche Behandlungen sollen weiterhin nur zur *Heilung, Linderung und Begleitung* eingesetzt werden. Was die SAMW 2004 in ihren Richtlinien allerdings geändert hat ist, dass Ärzte in Einzelfällen, aufgrund einer Gewissenentscheidung und unter Übernahme der vollen Verantwortung, sich dazu entschließen dürfen, Suizidbeihilfe zu leisten.<sup>74</sup> Folgende Voraussetzungen müssen aber dennoch zutreffen:

- *„Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist*
- *Alternative Möglichkeiten der Hilfeleistung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.*
- *Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson geprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.*<sup>73</sup>

In Pflegeheimen und anderen medizinischen Einrichtungen, darf den Angestellten von ihren Vorgesetzten die Beihilfe zum Suizid untersagt, jedoch nicht eingefordert werden. Jede Suizidbeihilfe muss den Behörden als nicht- natürlicher Todesfall gemeldet werden. Das Ausfüllen des Totenscheins durch den Arzt, der bei der Beihilfe zur Selbsttötung beteiligt war, ist nicht gestattet.<sup>73</sup> Trotz der Lockerung der Richtlinien steht für die SAMW eine umfassende Palliative Care weiterhin an erster Stelle. In der Schweiz gibt es verschiedene Sterbehilfsorganisationen mit den Namen „Dignitas“ und „Exit“, auf welche ich später genauer eingehen werde. Die SAMW hat ihre Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ extra an die Situation der Sterbephase angepasst, denn sie sieht es nicht als ihre Aufgabe, Regelungen zur Suizidbeihilfe für sterbewillige Leute mit sozialen oder privaten Problemen aufzustellen. Deshalb *„ist nicht ein medizinischer, sondern ein gesamtgesellschaftlicher Konsens darüber erforderlich, wie Menschen aus dem Leben scheiden können.*<sup>75</sup> Viel überzeugter ist die SAMW davon, dass mehr für die Suizidprävention gemacht werden muss. Diese Sorge verdeutlicht, wie ich finde, folgende ihrer Aussagen sehr gut: *„Durch den zunehmenden Sterbehilfetourismus besteht die Gefahr, dass der Suizid zu einem Standardausweg in schwierigen Lebenssituationen wird.*<sup>75</sup>

#### **4.4.3.3.1 Sterbehilfeorganisationen**

In der Schweiz sind vier Sterbehilfsorganisationen tätig, die Menschen unter gewissen Voraussetzungen, einen assistierten Suizid anbieten. Namentlich sind dies: EXIT Deutsche- Schweiz, EXIT Suisse Romand, EXIT International und DIGNITAS. Für die Mitgliedschaft der beiden Erstgenannten ist die Schweizer Staatsbürgerschaft bzw. ein Wohnsitz in der Schweiz Voraussetzung. DIGNITAS, welches sich von EXIT abgespalten hat, und EXIT International leisten auch Ausländern Hilfe zum Suizid.<sup>69</sup>

52 000 Mitglieder, mit steigender Tendenz, zählt momentan die Organisation EXIT- Deutsche Schweiz. Sie wurde 1982 gegründet und hat ihren Vereinssitz in Zürich, Nebenstellen befinden sich in Bern und Tessin. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 45 Schweizer Franken jährlich, wobei man erst nach drei Jahren eine kostenlose Freitodbegleitung in Anspruch nehmen darf. Ist man weniger als drei Jahre Mitglied und entscheidet sich für eine Suizidbeihilfe, muss man mindestens 900 Schweizer Franken, also die Mitgliedschaft auf Lebenszeit bezahlen. Einer sterbewilligen Person, darf man dem Schweizer Bundesgericht nach bei einer Selbsttötung assistieren, wenn folgende Punkte für die Person zutreffen:

- *„weiß was sie tut (Urteilsfähigkeit)*
- *nicht aus dem Affekt handelt (Wohlerwogenheit)*
- *einen dauerhaften Sterbewunsch hegt (Konstanz)*
- *von Dritten nicht beeinflusst wird (Autonomie)*
- *den Suizid eigenhändig ausführt (Handlungsfähigkeit)<sup>76</sup>*

Laut eigenen Angaben hält sich EXIT strikt an diese Anweisungen, hat ihre eigenen Richtlinien zusätzlich verschärft und begleitet deswegen nur Menschen über 18 Jahren *„mit hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder mit unzumutbarer Behinderung.“<sup>76</sup>* Da Patienten mit Demenzerkrankungen im fortgeschrittenen Stadium ihre Urteilsfähigkeit verlieren, darf rechtlich keine Suizidbeihilfe durchgeführt werden. EXIT- Deutsche Schweiz bietet Menschen aus dem Ausland keine Hilfe an. Aus ihrer Sicht wäre durch eine Mitbetreuung von Ausländern, die seriöse Abklärung für die Voraussetzung einer Suizidbeihilfe, nur schwer möglich. Zusätzlich würde dieser Schritt *„den Druck auf eine Liberalisierung der Gesetze“<sup>76</sup>* von anderen europäischen Staaten nehmen, was gegen das Ziel von EXIT spricht.<sup>76</sup>

DIGNITAS wurde im Mai 1998 durch den Anwalt und Journalisten Ludwig A. Minelli in Forch- Zürich gegründet. Wer Mitglied werden will muss 200 Schweizer Franken Eintrittsgebühr bezahlen, für jedes weitere Jahr fallen mindestens 80 Schweizer Franken Mitgliedsbeitrag an. Im Jahr 2008 hatte der Verein ca. 6000 Mitglieder aus verschiedenen Ländern. DIGNITAS hat auch einen Sitz in Hannover, das Gesetz der Bundesrepublik Deutschland erlaubt ihnen allerdings keine Beihilfe zum Suizid auf deutschem Boden.<sup>77</sup>

Sowohl DIGNITAS als auch EXIT ist es nicht gestattet, mit ihrer Tätigkeit Profit zu machen. Durch Mitgliedsbeiträge und andere Einnahmen dürfen nur Spesenkosten abgedeckt werden. In den letzten Jahren kamen die Sterbehilfeorganisationen vermehrt in die Kritik und mussten sich Vorwürfe gefallen lassen, dass sie profitorientiert arbeiten. *„Es geht darum zu verhindern, dass die organisierte Hilfe beim Selbstmord sich nicht in eine profitorientierte Tätigkeit verwandelt“*<sup>78</sup>, stellte die Schweizer Regierung fest. Es standen auch Vorwürfe im Raum, die Vereine helfen zum Teil psychisch Kranken, also urteilsunfähigen Personen beim Suizid. Der Bundesrat kritisierte daraufhin, dass sie *„mehr und mehr den rechtlichen Rahmen überschreiten und sich manchmal den vom Staat eingerichteten Kontrollmechanismen entziehen.“*<sup>78</sup> Deshalb diskutierte der Bundesrat über zwei Lösungsmöglichkeiten, wobei eine das Verbot dieser Organisationen war. Man einigte sich schließlich auf das Erstellen strengerer Regeln für Sterbehilfeorganisationen. Welche das sind, wurde noch nicht geklärt.<sup>79</sup>

Interessante Ergebnisse zeigte eine Studie, die unter der Leitung von Georg Bosshard, leitender Arzt für klinische Ethik am Universitätsspital Zürich gemacht wurde. Dabei wurden 421 Suizidbeihilfen untersucht, 35% durchgeführt von EXIT-Deutsche Schweiz und 65% durch DIGNITAS. Erstes augenscheinliches Ergebnis war die signifikant erhöhte Frauenrate (64% und 65%) bei den Suizidenten. 34% der Suizidenten litten nicht an einer direkt tödlichen Krankheit, was einen Anstieg von 12% zum Zeitraum zwischen 1990 und 2000 bedeutet. Dieser Vergleich konnte allerdings nur bei EXIT angestellt werden, da von DIGNITAS noch keine Vergleichsdaten vorlagen. Ein Grund für dieses Ergebnis könnte im Durchschnittsalter der Sterbewilligen liegen, das von 69 auf 77 Jahre gestiegen

ist. Lebensmüdigkeit im hohen Alter, könnte somit neben einer tödlichen Krankheit, immer mehr Grund für den Entschluss zu einer assistierten Selbsttötung sein. Bei DIGNITAS beträgt das Durchschnittsalter 65 Jahre, 21% waren nicht von einer zum Tod führenden Krankheit betroffen. Den Unterschied im Durchschnittsalter, von immerhin 12 Jahren zwischen DIGNITAS und EXIT, erklären sich die Studienverfasser mit dem Umstand, dass 91% der Sterbewilligen von DIGNITAS aus dem Ausland anreisen und dadurch eine gewisse Fitness benötigen, welche mit höherem Alter zunehmend schwindet.<sup>80</sup> *„Als nicht unmittelbar zum Tode führende Krankheit bezeichneten die Forscher etwa rheumatische Erkrankungen, Schmerzsyndrome, psychische Erkrankungen, Blindheit, Paralysis und allgemeine Schwäche. Unheilbare Krankheiten sind laut dieser Studie etwa Krebs, multiple Sklerose und amyotrophe Lateralsklerose.“<sup>80</sup>*

Wie läuft eine ordnungsgemäße Freitodbegleitung, am Beispiel von EXIT-Deutsche Schweiz, ab? Der Patient mit dem Suizidwunsch muss Kontakt zur Sterbehilfeorganisation aufnehmen, worauf sich ein sogenannter Freitodbegleiter mit ihm in Verbindung setzt. Dieser arbeitet ehrenamtlich und bekommt nur eventuelle Spesen ersetzt. Der Freitodbegleiter baut in den folgenden Tagen bis Monaten, manchmal auch Jahren ein Vertrauensverhältnis zum Kranken auf. Wenn geklärt ist, dass der Sterbewillige den Richtlinien des Vereins entspricht, ist der nächste Schritt die Beschaffung des Rezeptes für das tödliche Medikament. Dies muss von einem Arzt ausgestellt werden. Das Mittel wird nach Vorlage des Rezeptes von einer Apotheke ausgehändigt, jedoch nur an einen Arzt oder den Freitodbegleiter, nie direkt an die Person mit dem Wunsch zu sterben. Der Sterbewillige fixiert das Datum der Selbsttötung, kann es aber auch immer wieder verschieben. Vor Zeugen muss er eine Freitoderklärung unterzeichnen, bekommt dann das tödliche Natrium- Pentobarbital vom Freitodbegleiter übergeben und fällt wenige Minuten nach der Selbsteinnahme in ein tiefes Koma, aus welchem er nicht mehr erwacht. Neben dem Freitodbegleiter muss ein zweiter Zeuge bei diesem Akt anwesend sein. Ist der Suizid erfolgt, muss die Polizei verständigt werden, um den nicht- natürlichen Todesfall zu melden.<sup>76</sup>

Kritik wurde laut, als 2006 das Universitätsspital Lausanne (CHUV) Sterbehilfeorganisationen den Zutritt erlaubte und somit das erste Akutspital war, das diesen Schritt wagte. Der große Unterschied zwischen Akutspital und einem Pflegeheim, wo Sterbehilfevereine schon länger Zugang haben, ist die Aufenthaltsdauer der Patienten. Die SAMW befürchtet durch den Zugang dieser Organisationen könnte ein gefährliches Signal ausgesendet werden, denn Akutspitäler sind immerhin „*öffentliche Orte, wo primär geheilt und gelindert werden soll.*“<sup>74</sup> Trotz dieser Ansicht gibt es aus ethischer Sicht keine überzeugenden Argumente einen Zugang zu verbieten. Jedes Spital und dessen Umfeld muss laut SAMW selbst entscheiden, ob es Sterbehilfe in seinen Wänden zulässt. Strikt untersagt ist allerdings, dass medizinische Einrichtungen die Beihilfe zur Selbsttötung „*als erweiterte medizinische Dienstleistung anbieten.*“<sup>74</sup> Auch die Mitglieder der zentralen Ethikkommission der SAMW sind zu diesem Thema nicht einer Meinung. Einige sind für den völligen Ausschluss von Sterbehilfeorganisationen aus Akutspitalern, andere können es sich in bestimmten Ausnahmesituationen vorstellen, wenn auf diese Weise Hilfe zum Suizid geleistet wird. Absoluter Konsens herrschte allerdings bei der Feststellung, „*dass sich das Personal eines Akutspitals auf irgendeine Weise an einer Suizidbeihilfe*“<sup>81</sup> nicht beteiligen darf.<sup>81</sup>

#### **4.4.4 Niederlande**

Wie in den vorher besprochenen Ländern ist passive und indirekt (aktive) Sterbehilfe auch in den Niederlanden erlaubt. Neben Luxemburg und Belgien ist es aber auch eines jener Länder in Europa, das aktive Sterbehilfe nicht unter Strafe stellt. Schon lange bevor das neue Gesetz im April 2002 in Kraft getreten ist, gab es Diskussionen um die Zulassung der ärztlich assistierten Sterbehilfe, und wurde teilweise auch schon praktiziert, ohne bestraft zu werden.<sup>82</sup> Als Grund für den Beginn der intensiven Diskussionen wird ein Fall aus dem Jahr 1973 gesehen. Damals betreute eine Ärztin namens Postma ihre gelähmte Mutter, die vollständig auf die Hilfe der Tochter angewiesen war. Der Wille zu leben existierte bei der gelähmten Frau nicht mehr und sie bat ihre Tochter mehrmals und über einen längeren Zeitraum um den erlösenden Tod. Daraufhin verabreichte Postma ihrer Mutter eine Überdosis Morphium, woran sie verstarb. Im Anschluss zeigte sie sich selbst der Tötung auf Verlangen an. Ihre Tat wurde in weiten Teilen der

Bevölkerung positiv aufgefasst, auch Teile der Kirche und andere Ärzte unterstützten sie. Ein Gericht verurteilte sie lediglich zu einer Haftstrafe von einer Woche, auf Bewährung.<sup>83</sup>

#### **4.4.4.1 Neues Gesetz**

Zum Erlassen des „Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ kam es schließlich im Jahr 2002, nachdem es zuvor zu einigen Missständen gekommen war, *„vor allem bei der unfreiwilligen Tötung schwerkranker, nicht mehr willensfähiger Patienten.“*<sup>82</sup> Wie man vom Namen des Gesetzes schon ableiten kann, regelt es sowohl die aktive Sterbehilfe als auch die Beihilfe zum Suizid.

Das Niederländische StGB wurde in Kapitel IV Art.20 geändert. Dabei wurde dem Art.I 293, welcher Tötung auf Verlangen regelt, ein zweiter Absatz hinzugefügt. In Absatz 1 heißt es: *„Wer einen anderen Menschen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin tötet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.“*<sup>84</sup> Der neu hinzugefügte Absatz 2 lässt die in Absatz 1 beschriebene Tat allerdings straflos sein, *„wenn sie von einem Arzt begangen worden ist, der dabei die Sorgfaltskriterien im Sinne von Artikel 2 Gesetz über die Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung erfüllt und den kommunalen Leichenbeschauer [...] informiert.“*<sup>84</sup> Auch dem Art. 294 StGB, der die Strafe bei Anstiftung und Beihilfe zum Suizid regelt, wurde ein zusätzlicher Absatz hinzugefügt, der Art.293 Abs. 2 entsprechend lautet.<sup>82</sup> Die erwähnten Sorgfaltskriterien findet man in Art. 293, Absatz 2 StGB und beinhalten, dass der Arzt:

- a. *„zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,*
- b. *zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,*
- c. *den Patienten über seinen Zustand und über seine Aussichten informiert hat,*
- d. *mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befand, keine angemessene andere Lösung gab,*

- e. *mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten a) bis d) bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und*
- f. *die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.*<sup>84</sup>

Liest man den Gesetzestext weiter durch, geht es in Art. 2 Absatz 2-4 um minderjährige Patienten. So können auch diese zwischen 12- 18 Jahren eine Lebensbeendigung verlangen. Sind die Personen zwischen 16- 18 Jahren alt werden meist die Eltern oder der Vormund in die Beschlussfassung miteinbezogen, zwischen 12- 16 Jahren ist das Pflicht. Ist ein 16- 18 Jähriger nicht mehr in der Lage seinen Willen zu äußern, reicht seine vorher schriftlich verfasste Bitte um Lebensbeendigung aus. Der Arzt kann dieser schriftlichen Bitte nachkommen.<sup>84</sup>

Es werden eigene regionale Kommissionen eingesetzt, mit der Aufgabe, Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen zu prüfen. Nach Artikel 3 Absatz 2 besteht eine Kommission *„aus einer ungeraden Zahl an Mitgliedern, zu denen in jedem Fall ein Jurist zählt, der gleichzeitig Vorsitzender ist, ein Arzt und ein Spezialist in ethischen Fragen.“*<sup>84</sup> Jedes der genannten Mitglieder hat zusätzlich noch einen Stellvertreter. Der Arzt, der eine aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid geleistet hat, muss die Todesursache unverzüglich einem kommunalen Leichenbeschauer melden, darf keinen Totenschein ausfüllen und muss einen *„begründeten Bericht bezüglich der Einhaltung der Sorgfaltskriterien“*<sup>84</sup> verfassen. Meldung und Bericht werden dann durch den Leichenbeschauer der zuständigen Kommission weitergeleitet.<sup>85</sup> Die Kommission prüft u.a. ob der Arzt *„in Übereinstimmung mit den in Artikel 2 bezeichneten Sorgfaltskriterien gehandelt hat.“*<sup>84</sup> Ist ihr der ärztliche Bericht zu ungenau, kann sie den Arzt auffordern diesen zu ergänzen. Weiters ist es ihr gestattet genauere Information über den Ablauf der Tötung, von beteiligten oder anwesenden Personen, einzuholen, wenn dies *„für eine richtige Beurteilung der Handlungsweise des Arztes erforderlich ist.“*<sup>84</sup> Mehr als sechs Wochen sollte die Überprüfung nur in Ausnahmefällen dauern. Die Staatsanwaltschaft wird nur informiert, wenn die Kommission zu dem Entschluss gelangt, dass der betroffene Arzt die Sorgfaltskriterien nicht eingehalten hat. Laut Art. 17 Absatz 2 und 3 müssen die Kommissionen den Ministern einen

gemeinsamen Bericht über das vergangene Kalenderjahr vorlegen. In diesem Bericht muss erwähnt sein:

- a. *„die Anzahl der gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung, zu denen die Kommission ein Urteil abgegeben hat;*
- b. *die Art dieser Fälle;*
- c. *die Urteile und die dabei gemachten Erwägungen.“*<sup>84</sup>

#### **4.4.4.2 „Law in action“**

Einen Einblick in die niederländische Rechtswirklichkeit bekommt man zum einen durch die Jahresberichte der Regionalen Kontrollkommissionen, zum anderen durch verschiedene empirische Studien, welche die niederländische Regierung in Auftrag gegeben hat.<sup>86</sup> Im Jahr 2007 wurden den Kommissionen 2120 Fälle gemeldet, im Jahr 2008 waren es 2331.<sup>87</sup> Insgesamt kann man in den letzten Jahren eine leicht steigende Tendenz erkennen. Bei diesen Meldungen handelt es sich in 90% der Fälle um aktive Sterbehilfe, lediglich 10% fallen auf die Beihilfe zum Suizid. Durchführender war in 80% der Hausarzt.<sup>88</sup> Die Durchführung der aktiven Sterbehilfe verkürzt das Leben schätzungsweise um 1-4 Wochen, die Suizidbeihilfe oft über einen Monat.<sup>88</sup> Die Meldebereitschaft der Ärzte ist, obwohl gestiegen, mit 54% immer noch sehr niedrig. Oft unterblieb die Meldung bei einem erhöhten Risiko vor einer Strafverfolgung.<sup>89</sup> Im Jahresbericht 2008 wird allerdings von einer Zunahme der Meldungen berichtet, so wird die Melderate auf 80% geschätzt. Warum es zu einem Anstieg der gemeldeten Lebensbeendigungen gekommen ist, soll mittels einer landesweiten Evaluierungsstudie geklärt werden.<sup>90</sup> Besonders alarmierend sind die Ergebnisse einer empirischen Studie aus dem Jahr 2001. Von 982 Fällen war die Rede, bei denen „aktive Sterbehilfe ohne Verlangen durchgeführt wurde.“<sup>91</sup>

Eine Schwachstelle muss man dem niederländischen Gesetz mindestens ankreiden, denn die Kontrolle ob aktive Sterbehilfe in einem einzelnen Fall zulässig ist oder nicht, wird meist erst nach ihrer Durchführung von der Kommission geprüft, und ist dann schließlich nicht mehr umkehrbar.<sup>92</sup>

Bei den 2331 gemeldeten Lebensbeendigungen im Jahr 2008, wurden, laut Jahresbericht der Kommission, bei 10 die Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes verletzt. Zwei Patienten, die aktive Sterbehilfe in Anspruch

genommen haben, hatten eine psychiatrische Krankheit. Die Kommission gelangte aber trotzdem zu dem Urteil, dass in beiden Fällen „*im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt*“ wurde.<sup>92</sup> Auch Patienten im Anfangsstadium einer Demenzerkrankung wurden in der Vergangenheit für willensfähig erklärt und ihrem Wunsch nach Lebensbeendigung wurde entsprochen. Für die Kommission gab es auch hier keinen Grund einzuschreiten.<sup>92</sup> Bei folgendem Fall, passiert 2008, waren die Sorgfaltskriterien z.B. verletzt:

Eine ca. 75 jährige Frau litt an einem Sigmakarzinom mit Lebermetastasen, trotz Chemotherapie schritt die Krankheit weiter fort. Es gab keine Aussicht auf Besserung ihrer unerträglichen Leiden. Daraufhin hat sie ihren Hausarzt um eine Lebensbeendigung gebeten, worauf dieser die Sorgfaltskriterien zwar als erfüllt ansah, jedoch aus weltanschaulichen Gründen eine aktive Sterbehilfe nicht selbst durchführen wollte. Auf seine Bitte erklärte sich ein Kollege aus dem Praxisverband bereit. Nach einem ausführlichen Gespräch mit der schwer kranken Frau und deren Mann, sah auch er keine Probleme mit der Einhaltung der Sorgfaltskriterien. Er bat den Hausarzt als Konsiliararzt zu fungieren, beide dachten sie handeln im Einklang mit dem Gesetz. Die Kommission widersprach dem aber, da der Hausarzt mit einer langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung nicht als unabhängiger Konsiliararzt dienen darf. Die Generalstaatsanwaltschaft und Aufsichtsbehörde wurden von der Kommission informiert. Das Verfahren gegen beide Ärzte wurde eingestellt. Es fand lediglich ein klärendes Gespräch zwischen ihnen und einem Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen statt.<sup>92</sup>

## 5 Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen aus Sicht des Nationalen Ethikrates (seit 2008 Deutscher Ethikrat)

---

### 5.1 Grundlegende Kriterien

Von sehr großer Bedeutung sind grundlegende Werte und Normen, wenn es um die richtige Betreuung von sterbenden und todkranken Menschen geht. Über die in der Menschenwürde und den Menschenrechten verankerten Werte und Normen gibt es weder im Nationalen Ethikrat, noch in der Bevölkerung großes Diskussionspotential. Streitpunkt ist und bleibt deren Umsetzung auf bestimmte Fallkonstellationen.<sup>93</sup> *„Der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, der Anspruch auf Selbstbestimmung und das Prinzip der Solidarität und der Fürsorge“*<sup>93</sup> sind die wichtigen Punkte, um die sich die Diskussion, über den richtigen Umgang mit der Situation am Lebensende, dreht.

Der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit hat auch am Ende des Lebens eine wichtige Bedeutung, denn *„das Leben ist die notwendige Bedingung aller personalen Vorzüge.“*<sup>93</sup> Das bei einem Patienten ein naher Tod vorherzusehen ist, darf nicht als Begründung dienen, um die medizinische Versorgung zu minimieren oder sogar dessen Tod bewusst herbeizuführen.<sup>93</sup>

Jedes Individuum ist einzigartig und sollte deshalb ein Recht auf Selbstbestimmung haben. Besonders zu tragen kommt das auch bei Menschen, die sich in der Sterbephase befinden. Auch in dieser Situation dürfen Therapien und Eingriffe, die auf den Sterbeprozess Einfluss nehmen, nur mit der Zustimmung des Patienten durchgeführt werden. Weiters darf der Patient immer eine Behandlung ablehnen, auch wenn es als unvernünftig angesehen wird.<sup>93</sup>

Leute, die unheilbar krank sind oder im Sterben liegen gelten als besonders verletzlich und hilflos. Deswegen ist Fürsorge und Schutz, sei es durch die Familie, Freunde oder den Staat, in diesem Fall besonders wichtig.<sup>93</sup>

## 5.2 Allgemeine Erwägungen zum Suizid

Der Grund für die ca. 12000 jährlichen Suizide in Deutschland ist in den meisten Fällen eine krankhafte psychische Störung. Chronischer Alkoholismus, Depressionen und Schizophrenien können diese u.a. auslösen. Ein anderer Teil der Suizide oder Suizidversuche wird auf Grund einer akuten Verzweiflung und Hilflosigkeit ausgeführt. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um einen Hilfeschrei des Verzweifelten, ein Suizid bzw. dessen Versuch gelten in dieser Situation als Unglücksfall und gehören verhindert. Auch im Fall einer psychischen Krankheit kann der Patient nicht als urteils- und entscheidungsfähig bezeichnet werden und müsste von seinem Vorhaben, einen Suizid durchzuführen, abgebracht und einer hilfreichen Therapie zugeführt werden.<sup>94</sup>

Eine völlig andere Situation ergibt sich bei urteilsfähigen Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden und täglich mit enormen Schmerzen, trotz angemessener Therapie, auskommen müssen. Bei diesen Menschen kann man in der Regel von einem gut überlegten Entschluss sprechen, wenn sie ihrem Leben ein Ende setzen wollen. Aus ethischer Sicht gibt es in dieser Situation zwei unterschiedliche Positionen.<sup>95</sup>

In der Ersten, wird in jedem Suizid ein Widerspruch zum Leben gesehen, *„in ihm widerspreche der Einzelne nicht nur dem Impuls, aus dem er lebt; er widerlege nicht nur die Absichten, die sein Handeln bis dahin geleitet haben; er stelle sich auch in Gegensatz zu allen, die zu seinem Dasein beigetragen haben.“*<sup>96</sup>

Moralisch ist eine Selbsttötung deshalb nicht vertretbar. Trotzdem darf ein Suizid nicht verurteilt werden, der von Menschen mit schwerem Leid und unheilbarer Krankheit durchgeführt wurde, denn *„niemand könne von außen wirklich die Gründe erkennen und bewerten“*<sup>97</sup>, die zu seinem Entschluss geführt haben.

Die zweite Auffassung vertritt die Meinung, dass ein Suizid, solange er wohlüberlegt ist, auch ethisch zulässig sein kann. Die Begründung: *“Wenn der Befolgung individueller Grundüberzeugungen und höchstpersönlicher Vorstellungen vom richtigen und auch vom guten Leben dienen dürfe, solange damit keine Rechte und Ansprüche anderer Personen verletzt werden, so müsse gerade auch die persönliche Vorstellung vom richtigen Sterben bis hin zum Suizid*

als *ultima ratio* respektiert werden.“<sup>97</sup>Weiters kann Fürsorge und Solidarität, für Menschen, die schwer krank sind und ihrem Leben ein Ende setzen wollen, auch so aussehen, dass man ihrer Entscheidung Verständnis und Unterstützung entgegen bringt.<sup>97</sup>

### **5.3 Beihilfe zum Suizid**

Die Bewertung von Suizid und die Beihilfe dazu, ist meist die gleiche. Der Großteil der Mitglieder des Nationalen Ethikrates hat die Meinung, dass individuelle Beihilfe zur Selbsttötung straflos bleiben soll. Strittig ist die Situation bei Ärzten, die durch das Recht Medikamente verschreiben zu dürfen öfter in die Situation gelangen, in der sie um Suizidbeihilfe gebeten werden. Dazu gibt es drei Positionen.<sup>98</sup>

#### Position 1:

Die Bundesärztekammer und eine Mehrzahl der Mediziner vertreten die Ansicht, dass es nicht die Aufgabe der Ärzte ist, Suizidbeihilfe zu leisten. Viel mehr müssen sie durch Anwendung aller erlaubten Mittel dazu beitragen, Leidenszustände der Patienten zu lindern. Ein Suizid kostet meistens viel Überwindung, mit ärztlicher Hilfe wäre diese Hürde beträchtlich kleiner. Oft lässt sich auch nicht klar feststellen, ob ein Suizidwunsch nur vorübergehend oder dauernd besteht. Stellt man hier Regeln auf, wann eine Mithilfe von Ärzten erlaubt ist und wann nicht, läuft man Gefahr diese nicht kontrollieren zu können. Das Risiko vor Missbrauch wäre zu hoch.<sup>98</sup>

#### Position 2:

Für die Mitglieder des Nationalen Ethikrates, die diese Position vertreten, ist ärztliche Beihilfe zum Suizid mit dem ärztlichen Ethos zu vereinbaren. Grund dafür ist das Recht auf Selbstbestimmung eines jeden entscheidungsfähigen Patienten, sprich wenn er sich in einer ausweglosen Lage befindet, sich töten will und der Arzt ist ihm dabei behilflich, er handelt also „zum Wohl des Patienten“<sup>98</sup>, spricht das nicht gegen den ärztlichen Ethos.<sup>98</sup> Mit dem Wissen, der Arzt lässt den Patienten bei seinem Suizid nicht alleine, würde das Vertrauen eher gestärkt als geschwächt werden. Die Gefahr vor Missbrauch schätzen sie eher geringer ein als bei anderen Entscheidungen am Lebensende, denn der Patient äußert seinen

Willen selbst und führt die Handlung auch selbst aus, der unsichere mutmaßliche Wille fällt also weg. Auch das Argument, die Hemmschwelle vor Suizid würde bei ärztlicher Hilfe sinken, entkräften sie mit Ergebnissen aus Ländern, in denen ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt ist. Die Befürworter dieser Position *„plädieren dafür, die ärztliche Beihilfe zum Suizid berufsrechtlich zuzulassen, sofern ein unerträgliches und unheilbares Leiden des Patienten vorliegt, die Entscheidungsfähigkeit des Patienten gegeben ist und sein Wunsch zu sterben nach Beratung und ausreichender Bedenkzeit- als endgültig anzusehen ist.“*<sup>99</sup>

### Position 3:

Hier herrscht die Auffassung, dass Ärzte, bei schwer kranken und leidenden Patienten, die ihrem Leben ein Ende setzen wollen, mit einer Gewissensentscheidung selbst über ihr Handeln bestimmen dürfen. Helfen sie bei der Selbsttötung, sollen sie den Suizidenten bis zum Tod begleiten, die Garantenpflicht entfällt.<sup>100</sup>

## **5.4 Tötung auf Verlangen**

Zu diesem Thema wird in der Öffentlichkeit, aber auch im Ethikrat, viel diskutiert, denn die Meinungen gehen weit auseinander. Trotz der verschiedenen Meinungen und der daraus resultierenden Diskussion herrscht Übereinstimmung bei der Definition der Konfliktlage. So glauben alle Mitglieder des Nationalen Ethikrates, *„dass Patienten in Situationen aussichtslosen, unbeherrschbaren Leidens geraten können, in denen sie verzweifelt ihren Tod herbeisehnen und, wenn sie diesen nicht selbst herbeiführen können, in der Tötung auf Verlangen den einzigen Ausweg und einen letzten Akt mitmenschlicher Hilfe sehen.“*<sup>101</sup>

Der Ethikrat ist der Meinung, dass keine Änderung im deutschen Strafrecht nötig ist, und Tötung auf Verlangen weiterhin strafbar bleiben soll. Die Gründe dafür sind jedoch verschiedene.<sup>101</sup>

Zuerst werde ich auf die Gründe der Sterbehilfegegner eingehen. Aus ihrer Sicht herrscht ein großer Unterschied zwischen Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen. Während bei der Beihilfe der Arzt lediglich Begleiter ist und der Patient die Tat selbst ausführt, was viele der Kritiker ebenfalls für ethisch nicht vertretbar halten, führt er bei der Tötung die Tat selbst aus. Der Arzt muss sich also *„über*

*das Tabu der Tötung eines anderen Menschen hinwegsetzen.*<sup>101</sup> Weiters dürfe nicht das Bild entstehen, dass bei schwerem Leiden das Herbeiführen des Todes ein normaler Ausweg ist, denn dies würde die allgemeine Wertschätzung des Lebens mindern. Außerdem muss Sterbenlassen und Tötung auf Verlangen ethisch unterschiedlich bewertet werden. Wenn ein Arzt eine begonnene Therapie abbricht und der Patient stirbt in weiterer Folge, so ist sein Tod dennoch die Konsequenz der Krankheit und nicht durch den Arzt verursacht. Bei der Tötung auf Verlangen ist das Ziel der ärztlichen Handlung allerdings der Tod des Patienten. Die Kritiker im Ethikrat meinen deshalb, *„diese Unterschiede zu verwischen bedeute, die ethische Relevanz von Handlungsabsichten und komplexen Handlungsgründen einer handelnden Person zu vernachlässigen und einseitig auf das Ergebnis zu blicken sowie die Selbstbestimmung desjenigen, an dem gehandelt wird, für ausschlaggebend zu halten.“*<sup>102</sup>

Die Befürworter heben das Wohl des Patienten hervor, für welches ein Arzt sorgen muss. Aber gerade das Gegenteil von Lebenserhalt kann für einen Patienten, der sich in einer ausweglosen Situation wiederfindet und großes Leid verspürt, manchmal die Bedeutung von Wohl sein. Aus ethischer Sicht ist, finden sie, auch nicht zwangsläufig ein großer Unterschied zwischen Beihilfe zum Suizid, sterbenlassen und dem Töten auf Verlangen. *„Ob jemand einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Wunsch hin ein tödliches Medikament verschafft und hinlegt, das dieser noch selber einnehmen kann, oder ob er ihm das Medikament darüber hinaus noch einflößt, weil der Patient zu der Einnahme nicht mehr fähig ist, mache vom beabsichtigten Ergebnis her gesehen, nämlich der Herbeiführung des Todes, und in Bezug auf die kausale Verantwortung keinen entscheidenden Unterschied.“*<sup>102</sup>

Aus zwei Gründen wollen die Mitglieder des Ethikrates, die eine Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen als ethisch vertretbar ansehen, dennoch keine Legalisierung per Gesetz. Einige befürchten die Möglichkeit des Missbrauchs, während die anderen diese Gefahr als eher gering bezeichnen. Sie stimmen aber trotzdem weiter für ein Verbot, weil sie der Meinung sind, dass Deutschland aufgrund der Euthanasieverbrechen des Naziregimes, mit diesem Thema besonders sensibel umgehen muss.<sup>103</sup>

## 6 Palliativmedizin

---

### 6.1 Definition

Der Begriff leitet sich vom lateinischen „palliare“ ab, was soviel wie „ummanteln“ oder „mit einem Mantel bedecken“ heißt.<sup>104</sup> Stellt man sich dies bildlich vor, ergibt sich ein Gefühl von Wärme und Behutsamkeit. Man versteht unter Palliativmedizin *„eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.“*<sup>105</sup> Ein besonderes Anliegen ist die Erhaltung einer respektablen Lebensqualität, durch Linderung von Leiden. Die unbedingte Lebensverlängerung ist nicht das Primärziel. Die WHO definiert Palliative Care folgend:

*"Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art."*<sup>106</sup>

### 6.2 Allgemeine Aspekte

Es ist oft schwer zu unterscheiden, wann man von kurativer bzw. schon von palliativer Behandlung spricht. Eine Trennlinie ist nicht leicht zu ziehen, denn nicht selten gibt es Überschneidungen beider Therapieformen. Zu dieser Situation kann es kommen, wenn die Heilungsaussicht des Patienten noch unklar ist. Welchen therapeutischen Ansatz man anwendet, entscheidet sich bei der Definition des Therapiezieles, was durch den Patienten zusammen mit dem Behandelnden zu geschehen hat.<sup>105</sup>

Sehr wichtige Eckpfeiler der Palliativmedizin sind das Respektieren der Autonomie und die Achtung der Würde eines jeden Patienten. Die Kommunikation mit dem Patienten spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle. Will ein Kranker keine

realistische Auseinandersetzung mit seiner Krankheit zulassen, ist das vom Behandlungsteam zu akzeptieren. Man lässt ihm dadurch eine gewisse Hoffnung, welche auch palliative Wirkung haben kann. Um Konflikte mit den Angehörigen vorzubeugen, sollen auch diese, sofern es der Patient will, ausreichend über die momentane Situation und über die geplanten Schritte informiert werden.<sup>105</sup>

Die Kunst einer erfolgreichen Palliativmedizin ist die interdisziplinäre Verknüpfung von Fachleuten und die daraus resultierende Kontinuität in der Behandlung der Patienten. Durch diese Maßnahme fühlen sich die Patienten meist nicht mehr allein gelassen. Wer glaubt, Palliative Care wird nur bei älteren Patienten angewendet, der irrt, denn unabhängig vom Lebensalter ist sie für alle Menschen mit einer unheilbaren Krankheit bestimmt.<sup>105</sup>

Allgemein muss man lobende Worte finden, denn in den letzten Jahren wurde viel für den Ausbau und Weiterentwicklung der Palliativmedizin unternommen. Dass sie sich in der medizinischen Versorgung etabliert hat, bedeutet für viele Sterbende und unheilbar Kranke eine Erleichterung. Neben eigenen Palliativstationen in Krankenhäusern gibt es auch sogenannte „Mobile Palliativteams“. Diese sind interdisziplinär besetzt, arbeiten mit den Hausärzten zusammen und ermöglichen so vielen Palliativpatienten, sofern es deren momentaner Zustand zulässt, eine Pflege zuhause. Das mobile Palliativteam Graz/ Umgebung ist Teil der Universitären Palliativen Einrichtung und besteht aus:

- „ÄrztInnen der Palliativstation des LKH Univ. Klinikum Graz
- Dipl. Gesundheits- und Krankenschwestern
- einer Dipl. Sozialarbeiterin
- einer Sekretärin“<sup>107</sup>

### **6.3 Grenzen der Palliativmedizin**

Trotz aller positiven Aspekte der Palliativmedizin, stößt sie hin und wieder an ihre Grenzen. Weiterhin gibt es unheilbare und schwer leidende Patienten, die trotz aller ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten und aller angebotenen Hilfen, ihren Zustand als unerträglich und äußerst qualvoll empfinden.<sup>108</sup> Deshalb muss dem teilweise vorhandenen Glauben widersprochen werden, Palliative Care führt dazu, dass „*der Wunsch nach begleitetem Suizid oder aktiver Sterbehilfe in allen*

*Situationen zurücktritt.*<sup>105</sup> Ein weiterer Punkt ist das Sterben selbst. Einige glauben, man kann es mit Hilfe der Palliativmedizin auf eine Art und Weise beeinflussen, und dadurch immer einen friedlichen Sterbeprozess herbeiführen. Auch dem muss widersprochen werden.

Neben diesen teilweise vorhandenen überhöhten Erwartungen an die Palliativmedizin, möchte ich abschließend auf deren Gefahren hinweisen. Die SAMW warnt in ihren Richtlinien „Palliative Care“ davor, dass:

- *„sich Palliative Care auf das Verschreiben von Opiaten beschränkt;*
- *Palliative Care ausschließlich an Spezialisten delegiert wird;*
- *Palliative Care zum Ersatz von sinnvollen kurativen Optionen wird;*
- *Palliative Care aufgrund ökonomischer Überlegungen zur Vorenthaltung von medizinisch- indizierten Maßnahmen eingesetzt wird.*<sup>105</sup>

## 7 Schlussbetrachtung

---

In diesem Kapitel möchte ich abschließend meine Arbeit betrachten, auf sie eingehen und erläutern warum ich zum Thema „Ehrfurcht vor dem Leben“ die beschriebenen Kapitel gewählt habe. Zusätzlich werde ich meine persönliche Meinung mit einfließen lassen.

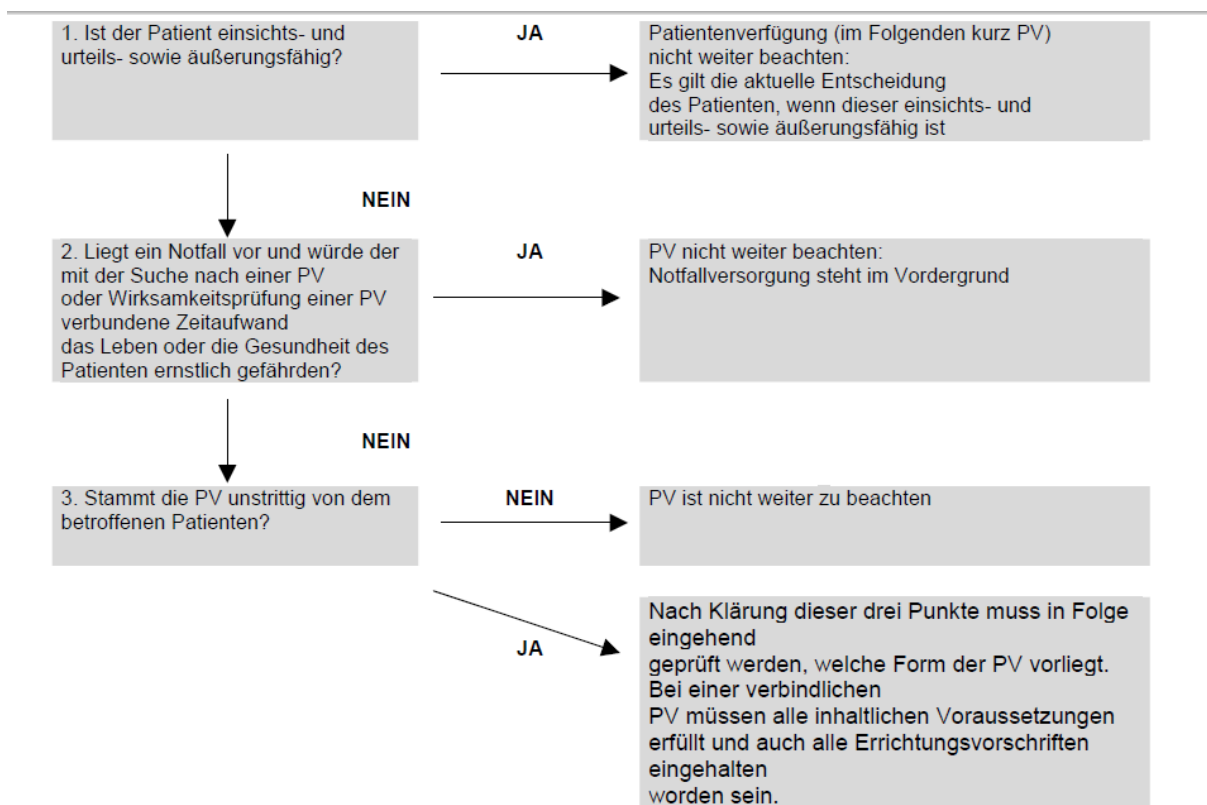
Am Beginn meiner Schlussbetrachtung werde ich nochmals Albert Schweitzers Grundprinzip seiner Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben aufgreifen, welches ja *„Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will“* lautet.<sup>109</sup> Ethik bedeutet für Schweitzer deshalb *„eine grenzenlose Verantwortung für den Erhalt jeglichen Lebens.“*<sup>110</sup> Jetzt stellt sich allerdings die Frage, ob wirklich jedes menschliche Leben mit allen Mitteln erhalten werden muss. Denken wir uns einen Patienten mit einer unheilbaren Krankheit, der keinen Lebenswillen mehr verspürt und unter qualvollen Schmerzen leidet, da keine der angewendeten Schmerztherapien greift. Wenn der Patient selbst den Tod, mit dem dadurch verbundenen Ende der Schmerzen herbeisehnt, warum sollte der Kampf um sein Leben dann nicht aufgegeben werden? Was man allerdings erwähnen muss ist, dass durch den medizinischen Fortschritt, Situationen am Lebensende entstehen können, die es zu Albert Schweitzers Zeit nicht gegeben hat. So frage ich mich, ob Schweitzer in der heutigen Zeit, mit den gegenwärtig verfügbaren medizinischen Mitteln, einen unbedingten Lebenserhalt jedes Patienten für unumgänglich halten würde? Ich spreche hier bewusst nicht von aktiver Sterbehilfe, sondern meine eher das Weglassen von medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, welche zwar das Leben, aber eventuell auch das Leiden verlängern würden.

Wir müssen uns heute die Frage stellen, wo die Grenzen unseres medizinischen Handelns liegen. Dabei meine ich eher die ethischen Grenzen und nicht die technischen. Mit der heutigen Medizin sind wir dem Wohl des Patienten verpflichtet und müssen seine Würde schützen, in dem wir *„seine Einmaligkeit, sein Selbstbestimmungsrecht und seine Eigenverantwortlichkeit“* achten.<sup>111</sup> Durch die Autonomie des Patienten werden dem behandelnden Arzt also Grenzen in der

Therapie gesetzt, welche er zu beachten hat. Aus diesem Grund setzt sich das zweite Kapitel meiner Arbeit mit dem Thema der Patientenautonomie auseinander. Ist ein Patient aus einem bestimmten Grund nicht mehr in der Lage seinen Willen zu äußern, so hat der Arzt den Auftrag, diesen zu eruieren. Die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind dazu geeignete Mittel. Wie in Kapitel drei bereits erwähnt, sind diese, sofern sie mit der aktuellen Situation des Patienten übereinstimmen, verbindlich. Ich zweifle nicht an der Sinnhaftigkeit dieser Möglichkeiten der Willensäußerung, dennoch habe ich mir die Frage gestellt, ob es möglich ist im Zustand voller Gesundheit den eigenen Willen bei schwerer Krankheit vorherzusagen?

Eine Studie aus dem Jahr 2009 zeigt die ersten Erfahrungen mit dem neuen österreichischen Patientenverfügungsgesetz. Dabei stellt sich heraus, dass der Anteil der Bevölkerung, welche eine Patientenverfügung erstellt hat, mit nur 4% ein äußerst geringer ist. Etwa ein Drittel der Verfügungen sind verbindlich, der Rest beachtlich. Der größte Teil der Personen mit einer Patientenverfügung ist zwischen 60 und 69 Jahre alt. Trotz dieser Zahlen darf man das neue Gesetz nicht als gescheitert ansehen, denn man hat dadurch *„vielmehr die Wahlmöglichkeit für Patienten erweitert, wie sie am Lebensende ihren Willen artikulieren und durchsetzen wollen.“*<sup>112</sup> Auch Ärzte wurden zum Thema Patientenverfügungen befragt. Während ein Teil der Befragten die Verfügung als Einschränkung ihrer Entscheidungskompetenz, in der ärztlichen Rolle als Lebensretter, und zusätzlichen als bürokratischen Aufwand empfinden, sieht es der andere Teil nicht so. *„Die zweite Gruppe von Ärzten fühlt sich ebenfalls dem Schutz des Lebens verpflichtet, setzt aber das Wohl des Patienten nicht einfach mit seinem biologischen Überleben und Weiterleben gleich, sondern stellt den Aspekt der Lebensqualität mehr in den Vordergrund.“*<sup>112</sup> Diese Gruppe vertritt die Meinung, eine Behandlung am Patienten muss unbedingt mit dessen Willen abgestimmt sein, und steht deshalb der Patientenverfügung positiv gegenüber. Leider gibt es oft Probleme mit der Auffindbarkeit einer Patientenverfügung, da allgemein von einer Bringschuld des Patienten ausgegangen wird. Die bestehenden Register für verbindliche Patientenverfügungen werden von Ärzten oft nicht abgefragt.<sup>112</sup>

Um Unsicherheiten im Umgang mit einer Patientenverfügung aus dem Weg zu gehen, sollte jeder Arzt gewisse Punkte einhalten, wenn bei einem Patienten eine Verfügung vorliegt. Hierzu finde ich die „Checkliste Patientenverfügung“ von Frau Dr. Maria Kletečka-Pulker, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien, für äußerst hilfreich.



**Abbildung 1 Checkliste Patientenverfügung 1**

Als Hilfsmittel um festzustellen ob eine beachtliche oder verbindliche Patientenverfügung vorliegt, kann Abbildung 2 dienen.

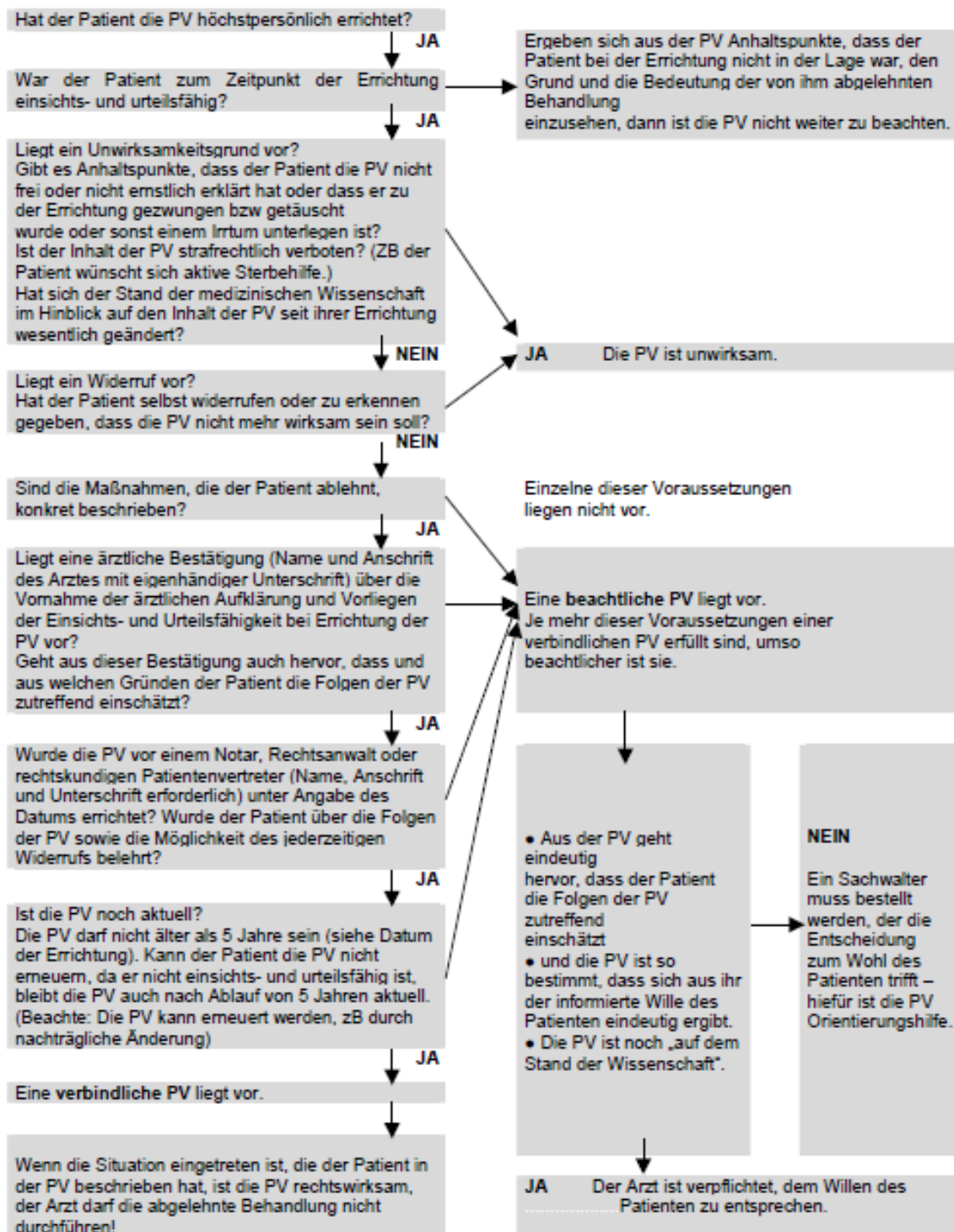


Abbildung 2 Checkliste Patientenverfügung 2

Das vierte Kapitel meiner Arbeit befasst sich mit dem Thema Sterbehilfe. Persönlich begrüße ich die gesetzlichen Regelungen in Österreich, insbesondere das Verbot der aktiven Sterbehilfe. Es muss mit allen Mitteln verhindert werden, dass einige Patienten Ängste vor einer aktiven Sterbehilfe wider Willen entwickeln. Diese Ängste bestehen mittlerweile teilweise in den Niederlanden, wo manche Patienten eine sogenannte „Credo- Card“ mitführen, auf welcher der Satz „*Maak mij niet tood, Dokter*“ steht. Durch das legalisieren der aktiven Sterbehilfe ist in Teilen der niederländischen Bevölkerung also ein Misstrauen gegenüber den Ärzten entstanden.<sup>113</sup> Aus meiner Sicht sollte durch den Ausbau der Palliativmedizin eine Situation geschaffen werden, durch die jeder hoffnungslos Kranke profitiert. Es sollte eine Betreuung bis zum Tod garantiert sein und diese zum Wohl des Patienten geschehen. Schließen möchte ich meine Arbeit deshalb mit einer Aussage von Prof. Dr. Spieker (unterrichtet christliche Sozialwissenschaften am Institut für katholische Theologie an der Universität Osnabrück) :

*„Der Mensch will nicht durch die Hand, sondern an der Hand eines anderen sterben.“*

## Referenzen

---

- 1 Ulrich H.J. Körtner, 'Unverfügbarkeit des Lebens?' (Neukirchener; 2004), p. 6.
- 2 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 18 f.
- 3 Ulrich H.J. Körtner, 'Unverfügbarkeit des Lebens?' (Neukirchener; 2004), p. 13.
- 4 Ulrich H.J. Körtner, 'Unverfügbarkeit des Lebens?' (Neukirchener; 2004), p. 10.
- 5 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 49.
- 6 'Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung', *Medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW*, 2005.
- 7 Ulrich H.J. Körtner, 'Unverfügbarkeit des Lebens?' (Neukirchener; 2004), p. 58.
- 8 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), pp. 49, 50.
- 9 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), pp. 50, 51.
- 10 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), pp. 51, 52, 53.
- 11 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), pp. 53, 54.
- 12 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 61.
- 13 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 62.
- 14 Deutsches Ärzteblatt, 'Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit

- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis', Vol. 13, 2007.
- 15 'Sterben in Würde', *Grundsätze und Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte*, 2004.
- 16 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 63.
- 17 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), pp. 64,65.
- 18 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 77.
- 19 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), pp. 77,78.
- 20 Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 'Patientenverfügungsgesetz- PatVG', 2006).
- 21 Wolfgang Luef, 'Sterben ohne Schläuche', In: Zeit online. 2008).
- 22 Online am: 15.01.2011  
URL: [http://bundesrecht.juris.de/bgb/\\_1901a.html](http://bundesrecht.juris.de/bgb/_1901a.html).
- 23 'Sterben ist nicht normierbar', *Spiegel*, 2007.
- 24 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 87.
- 25 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 97.
- 26 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 98.
- 27 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 8.

- 28 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 6.
- 29 Der Standard online  
Online am : 15.01.2011  
URL:<http://derstandard.at/1266279054986/Befragung-Aktive-Sterbehilfe-wird-in-Oesterreich-befuerwortet>.
- 30 Prof.Dr.med. Eggert Beleites, 'Nein zur aktiven Sterbehilfe', *Deutsches Ärzteblatt*, 2004.
- 31 Hoppe; Köhler; Schipanski, 'Sterben in Würde', 2009.
- 32 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 22.
- 33 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 23.
- 34 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 24.
- 35 Geilen, 'FamRZ', 1968, p. 121.
- 36 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 25.
- 37 Online am: 18.01.2011  
URL: <http://www.bundesarchiv.de/fachinformationen/00955/index.html.de>.
- 38 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 27.
- 39 Andreas Frewer, 'Der „gute Tod“ und die Aufgaben der Medizin', *Brandenburgische Ärzteblatt*, 2001.

- 40 Drechsel, 1993, p. 23 f.
- 41 Drechsel, 1993, p. 25.
- 42 Christian Merkel, "Tod den Idioten", 2007.
- 43 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 32.
- 44 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 34.
- 45 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 35.
- 46 Deutsches Ärzteblatt  
Online am 20.01.2011  
URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=42031>.
- 47 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 133.
- 48 Online am 10.02.2011  
URL: <http://dejure.org/gesetze/StGB/216.html>.
- 49 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 165.
- 50 Online am 20.02.2011  
URL: <http://www.jusline.de/index.php?cpid=f92f99b766343e040d46fcd6b03d3ee8&lawid=3&paid=34>.
- 51 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 166.
- 52 'BGHSt 46, 279, 285.'
- 53 'BGHSt 42, 301, 305'.

- 54 'XII ZB 2/03'.
- 55 Losinger, Radtke and Schockenhoff, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', *Nationaler Ethikrat*, 2006.
- 56 Online am 20.02.2011  
URL: <http://dejure.org/gesetze/StGB/223.html#Rspr>.
- 57 'BGHSt 40, 257, 263'.
- 58 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 44.
- 59 Eva Schumann, 'DIGNITAS- VOLUNTAS- VITA', (Universitätsverlag Göttingen; 2006), p. 39.
- 60 Bertram, *NJW*, 2004.
- 61 'Beihilfe zum Suizid: Keine ärztliche Aufgabe', *Deutsches Ärzteblatt*, 2011.
- 62 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 144.
- 63 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 145.
- 64 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 146.
- 65 Online am 22.02.2011  
URL: [http://www.jusline.at/77\\_T%C3%B6tung\\_auf\\_Verlangen\\_StGB.html#](http://www.jusline.at/77_T%C3%B6tung_auf_Verlangen_StGB.html#).
- 66 Online am 22.02.2011  
URL: [http://www.jusline.at/43\\_Bedingte\\_Strafnachsicht\\_StGB.html](http://www.jusline.at/43_Bedingte_Strafnachsicht_StGB.html).
- 67 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 168.

- 68 Online am 22.02.2011  
URL: <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=78&mvpa=86>.
- 69 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 154.
- 70 Online am 23.02.2011  
URL: [http://www.admin.ch/ch/d/sr/311\\_0/a114.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/311_0/a114.html).
- 71 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 167.
- 72 'Richtlinien für die Sterbehilfe', *SAMW*, 1976.
- 73 'Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende', *Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*, 2004.
- 74 'Zur Praxis der Suizidbeihilfe in Akutspitälern: die Position der SAMW', *SAMW*, 2006.
- 75 'Ärztinnen und Ärzte sind nicht Experten für den freiwilligen Tod', *SAMW*, 2007.
- 76 Exit  
Online am 22.2.2011  
URL: <http://www.exit.ch/wDeutsch/>.
- 77 Dignitas online  
Online am 24.02.2011  
URL: <http://www.dignitas.ch/>.
- 78 'Schweizer Sterbehilfe- Organisationen müssen mit Verbot rechnen', *aerzteblatt.de*, 2009.
- 79 'Bundesrat will Regeln für Sterbehilfeorganisationen', *news.ch*, 2010.

- 80 'Wer Suizidbeihilfe bei Exit und Dignitas sucht', *Neue Zürcher Zeitung*, 2008.
- 81 'Suizidbeihilfe in Akutspitälern: die Haltung der Zentralen Ethikkommission der SAMW', *SAMW*, 2007.
- 82 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 155.
- 83 Frewer/ Eickhoff, "'Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe- Debatte', (Campus- Verlag; 2000), p. 228 f.
- 84 Online am 01.03.2011  
URL: [http://www.kna.de/doku\\_aktuell/euthanasiegesetz\\_NL.pdf](http://www.kna.de/doku_aktuell/euthanasiegesetz_NL.pdf).
- 85 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 156.
- 86 Verrel, 'Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung', *Gutachten C zum 66. Deutschen Juristentag*, 2006, p. 65 f.
- 87 Online am 05.03.2011  
URL: <http://www.forum-sterbehilfe.de/download.html>.
- 88 Grundmann, 'Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung', 2004, p. 201 f.
- 89 Grundmann, 'Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung', 2004, p. 204 f.
- 90 Online am 28.02.2011  
URL: <http://www.forum-sterbehilfe.de/nljahresbericht2008dt.pdf>.
- 91 Grundmann, 'Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung', 2004, p. 209.

- 92 Grundmann, 'Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung', 2004, p. 172.
- 93 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, p. 39 f.
- 94 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, p. 43.
- 95 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, pp. 43,4.
- 96 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, p. 44.
- 97 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, p. 45.
- 98 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, p. 47.
- 99 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, p. 48.
- 100 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, pp. 48,49.
- 101 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, p. 51.
- 102 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, p. 52.
- 103 Nationaler Ethikrat, 'Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende', 2006, pp. 52,3.

- 104 'Psychembel- Klinisches Wörterbuch', *de Gruyter*, 2002, p. 1241.
- 105 'Palliative Care', *SAMW*, 2006.
- 106 Online am: 02.03.2011  
URL: <http://www.pamino-bw.de/Konzept.html>.
- 107 Online am 15.03.2011  
URL: <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088285/2964637/>.
- 108 Ernst Ankermann, 'Sterben zulassen', (Reinhardt; 2004), p. 173.
- 109 Online am 15.02.2011  
URL:<http://albert-schweitzer.blogspot.com/2008/08/gedanken-zur-sterbehilfe-aus-der-sicht.html>.
- 110 Ulrich H.J. Körtner, 'Unverfügbarkeit des Lebens?' (Neukirchener; 2004), p.13.
- 111 Ulrich H.J. Körtner, 'Unverfügbarkeit des Lebens?' (Neukirchener; 2004), p.51.
- 112 Online am 20.03.2011  
URL:<http://www.dieuniversitaet-online.at/beitraege/news/autonomie-am-lebensende-neue-studie-zu-patientenverfuegungen-in-oesterreich/65/neste/3.html>.
- 113 Manfred Spieker, 'Sterbehilfe/ Tödliche Falle der Selbstbestimmung', 2008.

# CURRICULUM VITAE

---

## Persönliche Daten:

**Name:** Matthias Kristler  
**Geboren am:** 01. November 1984  
**Geburtsort:** Wien  
**Familienstand:** ledig  
**Staatsangehörigkeit:** Österreich  
**E-Mail:** matthias.kristler@gmx.at

## Schulbildung:

**1991-1995:** Volksschule in Villach  
**1995-2003:** BG/BRG Peral (Villach)  
**07/2003:** AHS Matura

## Grundwehrdienst:

**09/2003 - 05/2004** Lutschounigkaserne (Villach)

## Hochschulausbildung:

**Oktober 2004 bis Juli 2011:** Studium der Humanmedizin  
an der Med. Univ. Graz

**März 2010 bis Juni 2011** **Praktisches Studienjahr  
(3. Studienabschnitt):**

**Chirurgie:** Universitätsklinik Cagliari (Italien)  
(8 Wochen)

**Abteilung für Dermatologie:** Universitätsklinik Graz  
(5 Wochen)

**Allgemeinmedizinfamulatur:** Dr. Gerd Clement, Villach  
(5 Wochen)

**Innere Medizin:** Universitätsklinik Graz  
(Pulmonologie) (10 Wochen)

**Famulaturen:**

**Unfallchirurgie:** LKH Villach  
(3 Wochen - 2006)

**Innere Medizin:** LKH Villach  
(2 Wochen - 2006)

**Innere Medizin:** LKH Villach  
(3 Wochen - 2007)

**Unfallchirurgie:** LKH Villach  
(2 Wochen - 2008)

**Gynäkologie:** LKH Villach  
(3 Wochen - 2009)

**Radiologie:** LKH Graz  
(3 Wochen - 2010)

**Auslandaufenthalte:**

**09-11/2010:** Ospedale San Giovanni di Dio Cagliari  
(Italien)  
(an der Abteilung für Allgemeinchirurgie)

**Sonstige Kenntnisse:**

**Fremdsprachen:** Englisch: fließend in Sprache und Schrift  
Italienisch: gut