

Diplomarbeit
DER WUNSCH NACH LEGALISIERUNG
DER AKTIVEN STERBEHILFE
Die Entwicklung des öffentlichen Diskurses seit 1945
und die Rolle der Ärzteschaft

eingereicht von

Mag. iur. Elke Kimeswenger

geb. 19.02.1973

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor(in) der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Sozialmedizin

unter der Anleitung von

Prof. Dr. Willibald Stronegger

Ort, Datum

(Unterschrift)

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, am

Unterschrift



Vorwort

Die vorliegende Diplomarbeit entstand im Rahmen meines Studiums der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz.

Die Entscheidung, nach einem rechtswissenschaftlichen Studium noch Medizin im zweiten Bildungsweg zu studieren, habe ich erst relativ spät getroffen und so habe ich für meine Diplomarbeit einen Bereich gesucht, wo ich die Erfahrungen aus meinem Erstberuf einbringen kann. Das Thema „ärztliche Behandlungen am Lebensende“ mit all seinen Facetten hat mich auch in rechtlicher Hinsicht schon immer fasziniert und deshalb empfand ich es als besondere Herausforderung, die Diskussion um die „Aktive Sterbehilfe“ und die diesbezügliche Rolle der Ärzteschaft im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit zu beleuchten.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Betreuer, Herrn Univ.-Prof. Mag. Dr. rer. nat. Willibald Stronegger, für seine stets verlässliche, zeitnahe Unterstützung und für die konstruktiven Rückmeldungen, meiner guten Freundin, Mag. Conny Ruhland für die unermüdliche und letztendlich erfolgreiche Motivierung zum Schreiben, meiner lieben Freundin Frau Dr. med. DI (FH) Katrina Evers, die mir vom ersten Tag des Studiums als Freundin und Begleiterin zur Seite stand und mit der ich den größten Teil dieses Weges gemeinsam gegangen bin. Ganz besonderer Dank gilt auch meinem Lebensgefährten, Herrn DI Helmut Koch, der mir in jeder Hinsicht und ganz besonders in schwierigen Zeiten liebevoll und unterstützend zur Seite stand. Ganz herzlich bedanken möchte ich mich auch bei der Medizinischen Universität Graz für die meiner Ansicht nach hervorragende Organisation der Lehre und den respektvollen Umgang mit den Studierenden. Die Möglichkeit der Ausbildung zur Ärztin habe ich stets als Privileg empfunden und mich als Studentin an dieser Uni immer sehr wohl gefühlt.

Widmen möchte ich diese Arbeit dir, liebe Mama, die du mich immer bei meinen Entscheidungen unterstützt hast.

Die weibliche Form ist in dieser Diplomarbeit der männlichen Form gleichgestellt.
Lediglich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt.

Zusammenfassung

Die aktive Sterbehilfe wird in der breiten Öffentlichkeit in regelmäßigen Abständen sehr emotional diskutiert. Am Diskurs beteiligen sich u. a. Ärztevertretungen, Kirchen, politische Vertreter, Medien, Ethiker, Soziologen und nicht zuletzt Patientenvertretungen in Form von privaten Vereinigungen, die in unzähligen Stellungnahmen, Richtlinien und Empfehlungen ihre Standpunkte zum Thema Sterbehilfe darlegen. Befürworter und Gegner einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe vertreten dabei fundamental gegensätzliche Ansichten, obwohl häufig die gleichen Wertebegriffe für die Untermauerung der eigenen Argumentation verwendet werden, die jedoch von den Diskussionsteilnehmern in unterschiedlicher Weise gebraucht und ausgelegt werden.

Neben Juristen und Sterbewilligen gehört vor allem die Ärzteschaft zu jener Gruppe der Diskussionsteilnehmer, auf deren Handlungen und Entscheidungen sich eine Reglementierung oder Nichtreglementierung, ein Verbot oder einer Legalisierung jedweder Sterbehilfehandlungen unmittelbar auswirken. Naturgemäß besteht daher großes Interesse der Ärzteschaft, die Wertvorstellungen innerhalb einer Gesellschaft und somit die rechtlichen Regelungen nach den eigenen Vorstellungen zu beeinflussen und mitzubestimmen. Um die Positionierungen zur aktiven Sterbehilfe zu überblicken, wurden richtungsweisende Stellungnahmen und berufsrechtliche Vorschriften (Berufsrecht, Richtlinien, Handlungsempfehlungen etc.) der Ärztevertretungen von der Nachkriegszeit bis heute dargestellt. Während sich die Haltungen der Ärzteschaft zur aktiven Sterbehilfe kaum verändert haben und deren Liberalisierung von den Ärztevertretungen bis heute abgelehnt wird, ist bei allen anderen Formen der Sterbehilfe eine beachtenswerte Entwicklung festzustellen: Von der in der Nachkriegszeit äußerst reservierten Haltung gegenüber jeglicher Form von Sterbehilfe wichen die Ärzte ab und bewegten sich hin zu einer weitgehenden Liberalisierungs-Befürwortung jener zum großen Kreis der passiven Sterbehilfe zählenden Handlungen bzw. Unterlassungen, und auch die Haltungen zur Mitwirkung am Suizid haben sich im betrachteten Zeitrahmen verändert. Im zeitlichen Verlauf lässt sich zudem feststellen, dass die Positionierungen der Ärzteschaft meist anlassbezogen erfolgten und damit Reaktion auf öffentlich diskutierte Sterbehilfefälle, Gesetzesinitiativen und -änderungen im eigenen Land und v. a. auch in Nachbarländern bildeten. Bei den passiven Formen der Sterbehilfe spielte ebenso die höchstrichterliche Rechtsfortbildung im eigenen Land sowie auf europäischer und internationaler Ebene eine entscheidende Rolle für die Positionierungen der Ärzteschaft. Bei einer Analyse der von

Befürwortern einer Liberalisierung oftmals zitierten Meinungsumfragen so lässt sich feststellen, dass die Tendenz in der Bevölkerung, die aktive Sterbehilfe immer liberaler zu sehen, von der Ärzteschaft den offiziellen Stellungnahmen ihrer Berufs- und Standesvertretungen nicht nachvollzogen wird. Insgesamt entsteht daher das Bild, dass der Einfluss der Ärzteschaft auf die Entwicklung der gesellschaftlichen Meinungen eher untergeordnet ist. Auch wenn die aktive Sterbehilfe bis heute in den meisten Ländern verboten bleibt und man daher in diesem Rechtsbereich scheinbar die Ansichten der Liberalisierungsgegner nachvollzogen hat, lässt sich klar feststellen: Der Anteil der zulässigen Sterbehilfehandlungen an den gesamten Tatbeständen zum Thema Sterbehilfe wurde im Lauf der untersuchten Zeit immer größer und auch die aktive Sterbehilfe wurde durch immer liberalere Rechtsauslegung oder durch bspw. eine immer weniger konsequente Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe in einem erstaunlich weiten Umfang liberalisiert¹ Insgesamt sind strafrechtliche und oder berufsrechtliche Konsequenzen für Ärzte und Nichtärzte bei allen Formen der Sterbehilfe sehr selten².

¹ Vgl. Scheffler 2001, S. 45ff.

² Vgl. Eser/Koch 1990, S. 8ff.

Abstract

Euthanasia is subject of a public debate, emotionally led by physicians and medical associations, legal professionals, politicians, churches, the media, ethicists and sociologists and last but not least by private associations who claim to represent patients' rights. In sheer countless statements, guidelines and recommendations positions are made clear. The opinions of supporters and opponents of euthanasia are diametrically opposed, although both sides use the same arguments, often given completely different meanings. In German speaking countries the term „Sterbehilfe“ was created because the – internationally common – term „euthanasia“ has been associated with the Nazi euthanasia-crimes during world war II. There are different kinds of „Sterbehilfe“: active and passive, direct and indirect forms. The term „aktive Sterbehilfe“ (being defined from „passive Sterbehilfe“) is not known outside German speaking countries. Internationally the term „euthanasia“ is used commonly for both, the German „aktive Sterbehilfe“ and „passive Sterbehilfe“.

Besides legal professionals and patients with a death wish, it is physicians and medical professionals who are most affected by regulations or the lack of regulations concerning „aktive Sterbehilfe“ and by its illegality. Therefore their effort in influencing legal regulations within society due to their own values and ideas is obvious. Overlooking the positions of „aktive Sterbehilfe“, this thesis shows directive statements and physician guidelines from the end of world war II until today. While the physicians' position on „aktive Sterbehilfe“ has not changed and the legalization has been refused so far, their position on cases of „passive Sterbehilfe“ however has changed significantly: from post-world war II denial of all kinds of „Sterbehilfe“ they moved on to a nearly complete approval of a wide range of cases of „passive Sterbehilfe“. Also their position on physician assisted suicide has changed over the years.

It can be shown, that during the analyzed period the physicians made their statements on „Sterbehilfe“ mostly on a case-by-case basis, as a reaction to public discussions, legislative initiatives and legislative changes in their own country and in neighbouring countries. As far as the „passive Sterbehilfe“ is concerned, also European and international supreme court rulings and case law had decisive influence on the physicians' position.

Analysis of the frequently cited public opinion shows, that the public's tendency towards a legalization of „aktive Sterbehilfe“ is not obtained by the physicians and medical

associations in their official statements. This creates the picture of a non-significant influence of the physicians on the public opinion.

Although opponents have succeeded in this legal matter in as much as „aktive Sterbehilfe“ remains under legal punishment in the German speaking countries, it can clearly be observed, that a wider range of cases associated with „passive Sterbehilfe“ has been tolerated and became permissible over the years. Single cases of „aktive Sterbehilfe“ too became legally tolerated on an surprisingly large scale due to a more liberal interpretation of the law or for example due to a less consequent differentiation between the „aktive“ and „passive Sterbehilfe“. Over all, legal consequences for physicians performing any kind of „Sterbehilfe“ have been very rare.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Zusammenfassung	3
Abstract.....	5
Glossar und Abkürzungen	10
Abbildungsverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis	12
1 Einleitung	13
1.1 Forschungsfragen	16
1.2 Literatúrauswahl.....	17
2 Begriffsdefinitionen.....	19
2.1 Euthanasie	19
2.2 Sterbehilfe.....	19
2.3 Neue Begriffe	21
2.3.1 Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe).....	23
2.3.2 Sterbenlassen (passive Sterbehilfe).....	23
2.3.3 Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid).....	23
2.3.4 Therapien am Lebensende	24
2.3.5 Sterbebegleitung.....	24
3 Chronologie der Sterbehilfe.....	25
3.1 Euthanasie im Nationalsozialismus als prägendes Ereignis.....	25
3.2 Exkurs: Die Debatte der Nachkriegszeit (1945 – 1975).....	27
3.2.1 Ärzte.....	27
3.2.2 Christliche Kirchen	27

3.2.3	Juristen	29
3.3	Die Entwicklung der Intensivmedizin in den 1950er und 1960er Jahren	32
3.4	Die Ereignisse der 1970er Jahre: Startschuss für die Diskussion in Deutschland	32
3.5	Entstehung von Hospiz-Bewegung und Palliativmedizin	34
3.6	Die 1980er und 1990er Jahre – Julius Hackethal und Peter Singer	35
3.7	Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe benachbarten im Ausland	37
3.8	Überblick	40
3.9	Exkurs: Niederlande	42
3.9.1	Entstehung einer neuen medizinischen Ethik	44
3.9.2	Liberalisierung durch Regelung	46
3.10	Überblick	49
4	Die Diskussionsteilnehmer	51
4.1	Die Ärzteschaft und ihre Haltungen zur Sterbehilfe	54
4.2	Übersicht	60
5	Die Argumente	63
5.1.1	Das Autonomieprinzip	63
5.1.2	Die menschliche Würde	68
5.1.3	Mitleid und die Bewertung von Lebensqualität	72
5.1.4	Die Gefahr eines Dammbrochs	72
5.1.5	Die Heiligkeit und Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens	78
5.1.6	Das ärztliche Berufsethos	79
5.1.7	Das Fürsorgeprinzip	82
5.1.8	Aktiv vs. Passiv	83
5.1.9	Palliativmedizin vs. Sterbehilfe	86
5.1.10	Gesetz erzeugt Bedarf und vice versa	86
5.1.11	Ökonomieargument – Kostendruck erzeugt Sterbehilfe	87

6	Die rechtliche Situation	89
6.1	Die aktuelle Rechtslage	89
6.2	Gesetzeslage in Deutschland	90
6.3	Gesetzeslage in Österreich	92
6.4	Gesetzeslage in der Schweiz	93
6.5	Überblick über die Gesetzeslage in Europa	94
6.6	Rechtsprechung	96
6.6.1	Rechtsprechung zur Sterbehilfe	97
6.6.1.1	Der „Fall Wittig“ 1984	97
6.6.1.2	Der „Fall Hackethal“	98
6.6.1.3	Der „Kemptener Fall“ 1994.....	99
6.6.1.4	Der „Dolantin-Fall“ 1996	99
6.6.1.5	Die Patientenverfügung wird gestärkt	100
6.6.1.6	<i>Recht spektakulär</i> : Der „Fall Putz“	100
6.6.1.7	Übersicht.....	103
6.6.1.8	Fazit	103
7	Die Entwicklung des Diskurses im Überblick.....	105
8	Diskussion	112

Glossar und Abkürzungen

AE-StB	Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung
BGH	Bundesgerichtshof
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
DGHS	Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
FDP	Freie Demokratische Partei
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LG	Landesgericht
MBO	Musterberufsordnung
NS	Nationalsozialismus
OLG	Oberlandesgericht
NVVE	Nederlandse Vereniging Voor Een Vrijwillig Levensende
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die Argumente in der Nachkriegszeit	31
Abbildung 2: Argumente der Nachkriegszeit	105
Abbildung 3: Argumente von 1950 bis heute	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Entwicklungen der Sterbehilfedebatte in Deutschland	41
Tabelle 2: Übersicht über die Entwicklungen der Sterbehilfedebatte in den Niederlanden	50
Tabelle 3: Übersicht über die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe	60
Tabelle 4: Beispiele für Textstellen aus dem Wortfeld "Würde"	69
Tabelle 5: Gesetzeslage in den drei deutschsprachigen Ländern	94
Tabelle 6: Gesetzeslage im restlichen Europa	95
Tabelle 7: Übersicht Entwicklung von "Fall Wittig" zu "Fall Putz"	103
Tabelle 8: Gegenüberstellung Rechtsprechung und zeitliche Entwicklung der standesrechtlichen Richtlinien	114

1 Einleitung

„Das, was dem Leben Sinn verleiht, gibt auch dem Tod Sinn.“

(Antoine de Sainte-Exupéry)

Eine Legalisierung der Sterbehilfe in Europa wird in der breiten Öffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert. Bei der Diskussion geht es – wie dies von Klaus Feldmann treffend formuliert wurde – um die *„Gratwanderungen zwischen scheinbar von allen gewünschter Lebensverlängerung und angeblich von ganz wenigen ersehnter Lebensverkürzung, zwischen ‚natürlichem‘ und ‚künstlichem‘ bzw. gemachtem Sterben, zwischen ge- und verbotener Sterbehilfe, zwischen kurativer und palliativer Professionalität, zwischen Luxussterben und unwürdigstem Sterben, zwischen Fremd- und Selbstbestimmung, zwischen Fürsorge und Folter, zwischen legitimen und nicht bzw. weniger legitimen Deutungen, Entscheidungen, Verfahrensweisen und Verletzungen [...]“*³.

Nicht zuletzt aufgrund der Legalisierung der aktiven Euthanasie in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg in der jüngeren Vergangenheit und der öffentlichkeitswirksamen Initiativen der Schweizer Sterbehilfe-Vereine (Exit, Dignitas) ist das Thema Gegenstand heftiger Debatten zwischen Politik, Ärzteschaft, Kirchen und Patientenorganisationen. Anhand der Reaktionen auf den aktuellen Vorstoß im August 2012 mit einem Gesetzesentwurf vom FDP-geführten, deutschen Justizministerium, der eine Gewerbsmäßigkeit der (bereits erlaubten passiven) Sterbehilfe in Deutschland künftig unter Strafe stellen soll, wird deutlich, wie emotional die Debatte geführt wird. Obwohl der aktuelle deutsche Gesetzesentwurf keine wesentliche Erleichterung bei der passiven Sterbehilfe vorsieht, treten die Akteure (Ärztevertreter, Politiker, Kirchen, Vereine etc.) mit emotionalen Statements in der Presse auf und wiederholen geradezu gebetsmühlenartig ihre Standpunkte für oder gegen eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe. So warnen kirchliche Vertreter erneut vor einer Aufgabe des letzten Lebensschutzes und fordern

³ Feldmann 2012, S. 7

stattdessen den Ausbau einer Palliativmedizin und Hospizarbeit. Seitens der Ärzteschaft wird die Befürchtung formuliert, dass sie zu Tötungsgehilfen gemacht werden.⁴

Die gegenwärtige Sterbehilfedebatte ist durch einander stark entgegengesetzte Positionen gekennzeichnet. Auffällig ist jedoch, dass oft sowohl von Gegnern als auch Befürwortern die gleichen Argumente verwendet werden, die jeweils eine unterschiedliche Auslegung erfahren und abweichend verstanden werden. Folglich werden die gleichen Begriffe verwendet, jedoch mit völlig konträren Inhalten hinterlegt, was im Ergebnis zu komplett gegensätzlichen Anschauungen führt. So wird die oft zitierte „Würde“ laut Sterbehilfe-Befürwortern erst durch die Sterbehilfe erfüllt, laut Sterbehilfe-Gegnern führt nur eine umfassende palliativmedizinische Begleitung zum würdevollen Sterben (vgl. Kapitel 4.3.2).

Aktuelle Übereinstimmung herrscht im deutschsprachigen Raum lediglich über die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe, also des „Sterbenlassens“ unter definierten Voraussetzungen: infauste Prognose bei Schwerkranken oder Bewusstlosen, die klinisch am Leben erhalten werden, sofern eine vorliegende oder zu vermutende Willenserklärung die Entscheidung möglich macht. Bei allen anderen Formen der Sterbehilfe, insbesondere bei der aktiven Form und auch bei der Beihilfe zum Suizid, liegt keine Übereinstimmung in den Positionen der gesellschaftlichen Akteure vor.⁵

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Einstellung wichtiger gesellschaftlicher Akteure zur aktiven Sterbehilfe, wobei die Positionen und Stellungnahmen von 1945 bis heute dargestellt werden sollen. Insbesondere stehen die Haltung der Ärzteschaft und deren möglicher Einfluss auf die Debatte im Fokus der Analyse. Aufgrund einer unüberschaubaren Vielzahl an Stellungnahmen, Positionierungen und Meinungsäußerungen zum Thema Sterbehilfe werden jeweils nur ausgewählte, möglicherweise einflussreiche Akteure dargestellt. Auch wenn *die Ärzteschaft* oder *die Juristen* oder *die Kirchen* selbstverständlich keine homogenen Gruppen bilden und innerhalb dieser Gruppe unterschiedliche, teilweise sogar gegensätzliche Ansichten vorherrschen, so sollen aus Übersichts- und Vereinfachungsgründen in diese Arbeit hauptsächlich jene Äußerungen der offiziellen Vertretungen einfließen, die in der Debatte als Vertreter einer homogenen Gruppe wahrgenommen werden (wie z. B. die Deutsche

⁴ Vgl. <http://www.zeit.de/news/2012-08/01/medizin-protestwelle-gegen-sterbehilfe-gesetzentwurf-01173414> (22.08.2012)

⁵ Vgl. Wolf 2008, S. 80-120.

Bundesärztekammer, der Deutsche Juristentag, die Deutsche Bischofskonferenz etc.). Diese Arbeit soll demnach leitgebend jene Positionierungen vorstellen, die den Diskurs über die aktive Sterbehilfe wesentlich mitgestaltet haben.

Die Trennung der einzelnen Formen und Arten von Sterbehilfe in aktive, passive, direkte und indirekte Sterbehilfe ist äußerst umstritten. Manche Autoren⁶ gehen davon aus, dass eine begriffliche Differenzierung für eine sinnvolle Diskussion unbedingt notwendig ist, andere⁷ wiederum meinen, dass eine Unterscheidung weder möglich ist noch von den Diskussionsteilnehmern einheitlich vollzogen wird und die Begriffe überhaupt mit den unterschiedlichsten Konnotationen verwendet werden, sodass eine Trennung in aktiv und passiv unbrauchbar sei. Auch die Juristen sind sich uneinig über die konkrete Auslegung der Sterbehilfe-Tatbestände, weil diese vor allem auf richterliche Rechtsfortbildung in Einzelfallentscheidungen beruht. Der Strafrechtsprofessor Dr. Scheffler etwa kommt in seiner provokanten These „Aktive Sterbehilfe ist erlaubt“⁸ zu dem Schluss, dass die Ausnahmen von der Strafbarkeit derart umfassend und unklar formuliert sind, dass die aktive Sterbehilfe *„zumindest in einem erstaunlich weiten Umfang nicht verboten ist“*.

Die unterschiedlichen Arten der Sterbehilfe und deren zugeordnete Begriffe sollen jedoch in dieser Arbeit kurz vorgestellt werden, damit ein Vergleich von Standpunkten zur aktiven Sterbehilfe überhaupt möglich wird. In dieser Arbeit werden die Begriffe „aktive Sterbehilfe“, „Euthanasie“ und „Tötung auf Verlangen“ synonym verwendet, die passive Sterbehilfe wird gelegentlich auch als „Sterbenlassen“ bezeichnet.

Betrachtet man die Gesetzeslage in Deutschland, Österreich und der Schweiz, so ist die Rechtslage uneinheitlich. Ein einheitliches Bild in allen drei Ländern bietet lediglich die Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe und die grundsätzliche Straffreiheit der passiven Sterbehilfe unter definierten Voraussetzungen, entweder durch gesetzliche Regelung (Schweiz) oder durch richterliche Rechtsprechung (Deutschland und Österreich). Der assistierte Suizid ist sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland straffrei, in beiden Ländern allerdings den Ärzten standesrechtlich verboten. In der Schweiz existiert im Gegensatz zu Deutschland eine gesetzliche Regelung des straffreien assistierten Suizides, in deren Schatten sich die privaten Sterbehilfeorganisationen wie „Dignitas“ und „Exit“

⁶ Vgl. z. B. Frieß 2008, S. 32.

⁷ Leppert & Hausmann 2007, S. 106.

⁸ Scheffler 2001, S. 45ff.

gebildet haben⁹. In Österreich ist der assistierte Suizid als „Mitwirkung am Selbstmord“ – ein eigener Straftatbestand – gesetzlich ausdrücklich verboten und strafbar. In Deutschland fehlt eine gesetzliche Regelung. In richterlicher Rechtsfortbildung wird allerdings Straffreiheit gewährt, wenn die von den einzelnen höchstrichterlichen Urteilen geschaffenen Voraussetzungen für einen straffreien assistierten Suizid vorliegen. Die aktive Sterbehilfe ist in allen drei betrachteten Ländern strafbar, wird jedoch als privilegierter Tatbestand mit einem im Vergleich zu den anderen vorsätzlichen Tötungsdelikten wesentlich geringeren Strafraumen bedacht. Die Schweiz sieht mit drei Jahren bei der aktiven Sterbehilfe den geringsten Strafraumen vor, alternativ kann sogar lediglich eine Geldstrafe verhängt werden. Insgesamt hat die Schweiz daher die liberalste Gesetzgebung bezüglich aller Sterbehilfe-Formen.

Obwohl Sterbehilfe bereits in der Antike diskutiert wurde und das Konzept während des Nationalsozialistischen Regimes pervertiert wurde, behandelt die vorliegende Arbeit ausschließlich die Diskussion in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg. Da der Diskurs nicht losgelöst von den Verbrechen im Nationalsozialismus verstanden werden kann, wird zu Beginn ein Überblick über die Forschungserkenntnisse zur nationalsozialistischen Euthanasie gegeben.

An dieser Stelle soll erwähnt sein, dass diese Arbeit weder eine philosophische noch eine ethische bzw. rechtliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe bilden soll, sondern vielmehr eine neutrale Darstellung der im gegebenen Zeitraum von 1945 bis heute insbesondere von der Ärzteschaft und von anderen einflussreichen gesellschaftlichen Akteuren vertretenen Meinungen und deren Einflüsse auf Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Die sich daraus ergebende Forschungsfrage wird nachstehend angeführt.

1.1 Forschungsfragen

Diese Arbeit geht der Frage nach, wie sich die Ärzteschaft an der Diskussion über eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe beteiligte, welche Argumente vertreten wurden und wie sich dieser Beitrag auf die gesamtgesellschaftliche Diskussion ausgewirkt hat. Ebenso soll die Frage beantwortet werden, inwieweit Entwicklungen auf der Ebene der Gesetzgebung und Rechtsprechung von der Ärzteschaft beeinflusst wurden.

⁹ Vgl. Fries 2008, S. 90-91.

1.2 Literatúrauswahl

Die Auswahl der Werke orientiert sich zunächst an Standardwerken, wie jenem von Udo Benzenhöfer, der in seiner Arbeit „Der gute Tod“ einen fundierten Überblick über den Wandel der Meinungen und Einstellungen zur Sterbehilfe im Lauf der Geschichte gibt. In Adrian Holdereggers Sammelband finden sich Aufsätze zur Sterbehilfe aus philosophisch-ethischer, aus philosophisch-theologischer, aus klinisch-ärztlicher sowie aus juristischer Sicht, die ebenso die Diskussion zum Thema beleuchten. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik im Zusammenhang mit den Verbrechen der Nationalsozialisten beleuchten der Medizin-Ethiker Andreas Frewer und der Mediziner und Philosoph Clemens Eickhoff (Hrsg.) in ihrem Band „Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte“.

Einen Überblick über die Rechtsmeinungen zur aktiven Sterbehilfe geben verschiedene Sammelwerke wie jener von Eser/Koch, in dem sämtliche Materialien (Gesetzestexte, Gerichtsentscheidungen, Stellungnahmen, Anträge, internationale Dokumente etc.) zur Sterbehilfe von 1950 bis 1990 enthalten sind. Schell Werner stellt in seiner Arbeit „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ ebenfalls eine Sammlung von Gesetzestexten, Rechtsprechung, Deklarationen, Richtlinien und Stellungnahmen zum Thema zur Verfügung, wobei seine Zusammenstellung bis zum Jahr 2000 reicht.

Die Meinungsäußerungen von Einzelpersonen und offiziellen Vertretern einzelner Berufsgruppen in der Nachkriegszeit bis Anfang der 1970er Jahre (wie z. B. des Papstes oder einzelner, einflussreicher Autoren aus Ärzteschaft, Juristerei und Theologie) stellt Thomas Lohmann in seinem Werk „Euthanasie in der Diskussion“ zusammen. Aktuellere Informationen über die Standpunkte der einzelnen Vertreter bieten selbstverständlich die Onlinequellen, wie beispielsweise das hervorragende Archiv der Deutschen Bundesärztekammer, in welchem sich u. a. sämtliche veröffentlichten Stellungnahmen und Richtlinien der Landesvertretung bis zurück in die 1990er Jahre finden, oder das Onlinearchiv des Deutschen Ärzteblattes, wo sämtliche in den letzten 12 Jahren im Deutschen Ärzteblatt zum Thema Sterbehilfe geschriebenen Beiträge in jährlichen Sterbehilfe-“Dossiers“ veröffentlicht werden¹⁰. Die viel beachtete Stellungnahme des Deutschen Nationalen Ethikrates zur Sterbehilfe *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* bilden zusammen mit den Richtlinien und Grundsätzen der Deutschen

¹⁰ Vgl. <http://www.aerzteblatt.de/dossiers/umgangmitsterben> (22.10.2012)

Bundesärztekammer umfassend beachtete Entscheidungsgrundlagen und sind daher ebenso in die Arbeit eingeflossen wie die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (*Betreuung der Patientinnen und Patienten am Lebensende, 2004*). Als weitere wesentliche Grundlage der vorliegenden Arbeit sei vor allem die Dissertation von Nadja Wolf aus dem Jahr 2008 erwähnt, worin die Autorin Einflussfaktoren für die Positionierung gesellschaftlicher Akteure u. a. zum Thema Sterbehilfe untersucht bzw. vergleicht.

2 Begriffsdefinitionen

2.1 *Euthanasie*

Seinen Wortursprung hat der Begriff „Euthanasie“ in der griechischen Antike. Gebräuchlich war die Verwendung des Wortes in Zusammenhang mit einem „guten Tod“ und meinte damit vor allem eine „leichtere“ Art zu sterben – schnell und ohne vorangegangenes Leiden oder Krankheit. Der Begriff beschreibt demnach ein Idealbild vom „guten Tod“ und wurde zunächst nicht im medizinischen Kontext, etwa in Bezug auf die Handlung eines Arztes, gebraucht. Ebenso war die Beihilfe zur Selbsttötung und/oder Tötung auf Verlangen von der antiken Bedeutung des Wortes „Euthanasie“ nicht umfasst¹¹

Im Nationalsozialismus wurde die Ermordung von „geistig und körperlich unwürdigem Leben“ als „Euthanasie“ bezeichnet und diese „Euthanasie“ vorwiegend als ärztliche Tätigkeit begriffen. Aufgrund der Ereignisse im Dritten Reich ist der Begriff Euthanasie bis heute – zumindest im deutschsprachigen Raum – meist negativ behaftet. Anders ist dies z. B. im englischen Sprachgebrauch, wo sich „Euthanasia“ als Terminus für Sterbehilfe eingebürgert hat.¹²

2.2 *Sterbehilfe*

Um den negativ behafteten Begriff der „Euthanasie“ möglichst zu umgehen, hat sich im deutschsprachigen Raum das Wort „Sterbehilfe“ durchgesetzt. Wie bereits erwähnt, stellt dies eine deutschsprachige Besonderheit dar. Im internationalen Sprachgebrauch wird die Sterbehilfe einheitlich als „Euthanasia“ bezeichnet, während „Euthanasie“ im deutschsprachigen Raum vor allem als Synonym für die Nazi-Verbrechen reserviert ist.

Viele Ärzte haben eine eigene und sehr subjektive Vorstellung davon, was unter „Sterbehilfe“ zu verstehen ist. Diese Vorstellungen weichen häufig von allgemein akzeptierten Definitionen ab. Insbesondere bei Grenzfällen variieren die Anschauungen über Kennzeichen und Charakteristika der „aktiven“ und „passiven“ Sterbehilfe oder sind sogar komplett gegensätzlich¹³, was den Vergleich der Meinungen erheblich erschwert. Die komplexe Trennung von „aktiver“ und „passiver“ oder auch „direkter“ und „indirekter“

¹¹ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 15-22.

¹² Vgl. Zülicke, 2004, S. 35.

¹³ Quante 1998.

Sterbehilfe wird nahezu ausschließlich in Deutschland verwendet und ist oftmals von geringer Trennschärfe, die vielfach kritisiert wird¹⁴. Im Vergleich dazu sind im angelsächsischen Sprachraum Definitionen von „Euthanasia“ oder „physician-assisted suicide“ verbreitet.

Die Debatte um die Sterbehilfe wird in der Öffentlichkeit häufig unter Verwendung von uneinheitlichen, mit subjektiven Werturteilen behafteten und undifferenzierten Begriffen geführt. Möchte man nun in einer Arbeit die verschiedenen Meinungen betrachten oder gar gegenüberstellen, so bedarf es zu Beginn einer Definition der verwendeten Termini.

Um Sterbehilfe definieren zu können, muss zunächst festgelegt werden, was unter „Sterben“ und was unter „Hilfe“ zu verstehen ist¹⁵. Pauser¹⁶ will „Sterben“ in einem sehr weiten Sinne verstehen, welcher sich nicht auf medizinische Inhalte beschränkt. Demnach liegt ein Mensch nicht erst dann im Sterben, wenn der Tod in kurzer Zeit eintritt, sondern bereits dann, wenn eine unheilbare Krankheit oder Schädigung vorliegt (physischer oder psychischer Natur), die nach derzeitigem Stand der Wissenschaft als irreversibel zu bezeichnen ist. So sind auch Apalliker bzw. Suizidenten als Sterbende zu betrachten, obwohl sie es im medizinischen Sinne nicht sind. Natürlich muss die Frage, ob lebensverkürzende Maßnahmen (oder Unterlassungen) bei Menschen, die sich (im medizinischen oder im weiter gefassten) Sterbeprozess befinden, ethisch vertretbar sind oder nicht, gesondert beantwortet werden.

Der Begriff „Hilfe“ soll jedoch in der Sterbehilfedebatte etwas enger gefasst sein und meint nicht jede, bloße Erleichterung im Sterbeprozess (z. B. nicht auch „Mut machen“). Da die Diskussion um die Frage geführt wird, ob es unter ethischen Gesichtspunkten zulässig oder unzulässig ist, das Leben zu verkürzen bzw. lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen, soll „Hilfe“ als „Hilfe zum Sterben“ (im Gegensatz zum weiteren Begriff der „Hilfe im Sterben“) verstanden werden¹⁷.

¹⁴ Klaschik 1999.

¹⁵ Vgl. Kneihns 1998, S. 31f.

¹⁶ Pauser 2001, S. 624.

¹⁷ Vgl. Pauser, 2001, S. 624.

Nach Wolf¹⁸ umfasst der Begriff Sterbehilfe ein weit gefächertes Spektrum unterschiedlicher Eingriffe in den Sterbehilfeprozess. Eine moderne Definition von Sterbehilfe liefert Pauser¹⁹:

„Zusammenfassend lassen sich unter Sterbehilfe all jene Handlungen (Tun oder Unterlassen) einer Person verstehen, welche darauf abzielen, den Tod eines (im weitesten Sinne) sterbenden Menschen herbeizuführen oder dessen Sterben zu beschleunigen, und dass diese im besten Interesse und/oder Wohl des sterbenden Menschen liegen.“²⁰

Im Hinblick auf die zahlreichen Arten und Formen der Sterbehilfe in Deutschland hat der Nationale Ethikrat im Jahr 2006 in seiner „*Stellungnahme zur Sterbehilfe*“ vorgeschlagen, die irreführenden und unterschiedlich gebrauchten Begriffe „indirekte“, „passive“ und „aktive“ Sterbehilfe zu ersetzen und stattdessen von „Sterbebegleitung“, „Therapie am Lebensende“, „Sterben lassen“, „Beihilfe zur Selbsttötung“ und „Tötung auf Verlangen“ zu sprechen. Dies soll dazu beitragen, die verschiedenen Handlungsoptionen bereits begrifflich darzustellen.²¹

2.3 Neue Begriffe

Wie bereits erwähnt, herrscht im deutschsprachigen Raum aufgrund der Assoziationen mit der NS-Zeit große Zurückhaltung bei der Verwendung des Euthanasie-Begriffes. Zum deutschen Alternativbegriff der „Sterbehilfe“ meint der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme aus dem Jahr 2006, dass der Begriff „Hilfe“ zwar positiv besetzt ist und inhaltlich etwas meint, was legitim und begrüßenswert ist. Beim Begriff der „aktiven Sterbehilfe“ kann dies jedoch irreführend und unpassend sein, zumal es hier um Handlungen geht, die den Tod eines Menschen gezielt herbeiführen sollen. Gemäß dem Ethikrat sei es nachvollziehbar, dass die Begriffe „Sterbehilfe“ und „Hilfe zum Sterben“ als *„unangemessen und irreführend, ja geradezu als beschönigend und den wahren Tatbestand verschleiern empfinden werden“²².*

¹⁸ Vgl. Wolf 2008, S. 56.

¹⁹ Pauser 2001, S. 624.

²⁰ Vgl. auch Koller 1993, S. 71 und Kneihls 1998, S. 35, die jedoch einerseits auch die „Hilfe im Sterben“ inkludieren, andererseits aber die Sterbehilfe gegen den Willen des Sterbenden ausklammern.

²¹ Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 53.

²² Vgl. ebd., S. 51

Auch der Terminus der „passiven Sterbehilfe“ ist laut Ethikrat bedenklich. Damit sollen Fälle beschrieben werden, bei denen bei einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankung grundsätzlich lebensverlängernde Maßnahmen entweder überhaupt nicht eingeleitet oder aber wieder beendet werden (*„Man lässt den Kranken sterben“*²³). Das Sterbenlassen geschieht im Gegensatz zum naheliegenden Wortsinn nicht unbedingt passiv, also durch bloßes Nichtstun. Es kann auch aktives Eingreifen des Arztes bedeuten, wenn z. B. eine Magensonde entfernt werden muss, um die bereits eingeleitete künstliche Ernährung einzustellen, oder wenn das Beatmungsgerät abgestellt werden muss, um die künstliche Beatmung zu beenden. Auch stiftet nach Ansicht des Ethikrates die Rede von der „passiven Sterbehilfe“ in diesem Zusammenhang Verwirrung: Sie erzeugt Unsicherheit darüber, ob eine unverkennbar aktive Beendigung schon eingeleiteter lebensverlängernder Maßnahmen (z. B. das Entfernen einer bereits gelegten Magensonde) hierunter einzuordnen ist. So werden *„auch von Ärzten und Pflegepersonal Maßnahmen der „passiven Sterbehilfe“ häufig in die Nähe der „aktiven Sterbehilfe“ gerückt, mithin der Tötung auf Verlangen gleichgestellt“*²⁴.

Der Ethikrat gibt in seiner Stellungnahme weiter zu bedenken, dass es in der Bewertung der Sache keinen Unterschied mache, ob man nun eine Magensonde gar nicht lege oder eine bereits gelegte Magensonde wieder entferne. Beides ermögliche das ungehinderte Fortschreiten der Krankheit und damit auch den Eintritt des Todes zu einem früheren Zeitpunkt: *„Das aktive Eingreifen dient ebenso wie das Nichtstun lediglich dazu, die Unterlassung medizinischer Behandlung zu realisieren. Als Folge der Unterlassung nimmt die bestehende Erkrankung ihren natürlichen Verlauf bis zum Tod. Dieses Geschehen sollte mit Begriffen beschrieben werden, die keine Übergänge zur ‚Tötung auf Verlangen‘ nahelegen. Das gelingt eher, wenn man statt von ‚passiver Sterbehilfe‘ von ‚Sterbenlassen‘ spricht.“*²⁵ Diese alternative Terminologie ist nicht neu, sondern wurde bereits von zahlreichen Autoren diskutiert²⁶.

²³ Vgl. ebd., S. 50

²⁴ Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 50

²⁵ Vgl. ebd., S. 51

²⁶ Vgl. z. B. Beauchamp/Childress 2001; Steinbock 1994; Spaemann/Fuchs 1997 oder auch die ausführliche Terminologie-Diskussion in President's Commission 1978: 60 ff.

Der Nationale Ethikrat schlägt daher vor, die missverständliche und teilweise irreführende Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe zu verlassen und zugunsten der nachfolgenden Begriffe zu ersetzen.

2.3.1 Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe)

Hier liegt der Fokus auf der Intention des Handelnden sowie darauf, dass der Tod nicht aufgrund der Krankheit eintreten würde:

„Wenn man jemandem auf dessen ernsthaften Wunsch hin eine tödliche Spritze gibt oder ihm eine Überdosis an Medikamenten verabreicht oder sonst auf medizinisch nicht angezeigte Weise eingreift, um seinen Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde, handelt es sich um Tötung auf Verlangen. Im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung führt hier nicht der Betroffene selbst, sondern ein anderer die tödliche Handlung aus.“²⁷

In Anlehnung an die neuen Begriffe des Deutschen Nationalen Ethikrates wird nachfolgend der Begriff „Tötung auf Verlangen“ anstelle von „aktiver Sterbehilfe“ verwendet.

2.3.2 Sterbenlassen (passive Sterbehilfe)

Dieser Begriff soll laut Meinung des Ethikrates den bislang verwendeten Begriff der „passiven Sterbehilfe“ ersetzen. Er soll zur Anwendung kommen, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch die Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. „Unterlassen“ bedeutet in diesem Zusammenhang nicht unbedingt „passiv“: Die Unterlassung kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird. Eine begleitende palliative Sedierung kann in manchen Fällen sinnvoll sein.²⁸

2.3.3 Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid)

Hierunter fällt jegliche Unterstützung bzw. Hilfe bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung. Dies kann durch Ärzte oder andere Personen geschehen, durch Verschaffen eines tödlichen Mittels oder Hilfe auf andere Weise²⁹.

²⁷ Nationaler Ethikrat 2006, S. 54.

²⁸ Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 54.

²⁹ Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 54.

2.3.4 Therapien am Lebensende

Von diesem Begriff sollen alle medizinischen, einschließlich palliativmedizinischer, Maßnahmen umfasst sein, die in der letzten Phase des Lebens mit dem Ziel erfolgen, Leben zu verlängern und Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Sterbeprozess abgekürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome unmöglich ist. Der bisher für diese Handlungen und Entscheidungen verwendete Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ sollte aufgegeben werden, weil der Tod des Patienten weder direkt noch indirekt das Ziel des Handelns ist.

Wird dagegen eine medizinisch nicht gerechtfertigte Überdosis der entsprechenden Medikamente gegeben, um den Tod des Patienten gezielt herbeizuführen, ist der Begriff der indirekten Sterbehilfe ohnehin unangebracht, weil es sich um die Tötung des Patienten handelt³⁰.

2.3.5 Sterbebegleitung

Mit diesem Begriff sollen alle Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet werden. Dazu gehört die körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Symptomen wie Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand für den Sterbenden und seine Angehörigen³¹.

³⁰ Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 54.

³¹ Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 53.

3 Chronologie der Sterbehilfe

„Wenn die Kraft zum Kampfe um die eigene Gesundheit nicht mehr vorhanden ist, endet das Recht zum Leben in dieser Gesellschaft.“³²

In den Nachkriegsjahren bis etwa Ende der 1960er Jahre war der Begriff Euthanasie von den Tötungshandlungen der Nationalsozialisten besetzt. Die Aufarbeitung in den Publikationen zum Thema Sterbehilfe im Nachkriegsdeutschland hat gezeigt, dass Anfang der 1970er Jahre erstmals die medizinisch assistierte Tötung in Zusammenhang mit medizinethischen Konflikten gebracht wurde. Die Ursache dieser neuen Zusammenhänge von Medizin und Ethik sah man darin, dass die fortschreitenden medizinischen Möglichkeiten zur Lebensverlängerung und die Aussicht auf Organtransplantation eine Auseinandersetzung mit Fragen über den Todeszeitpunkt und dem Einsatz bzw. dem Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen notwendig machte³³.

3.1 Euthanasie im Nationalsozialismus als prägendes Ereignis

Bezeichnend für die Diskussion zum Thema Sterbehilfe in der Ärzteschaft – und hier vor allem in Deutschland und Österreich – war, dass sie nach den Nürnberger Ärzteprozessen 1946/47 lange Zeit nicht stattfand. Aufgrund der Ereignisse im Dritten Reich und den daraus resultierenden Verurteilungen von Ärzten waren auch minimale Abweichungen vom absoluten Tötungsverbot für die Ärzteschaft undenkbar und diese war deshalb offenbar der Ansicht, dass eine Diskussion überhaupt unnötig sei. Das Thema Sterbehilfe wurde von den Ärzteverbänden lange Zeit totgeschwiegen. Erst als die revolutionären medizinischen Entdeckungen und Entwicklungen völlig neuartige Fragen hinsichtlich des Todeszeitpunktes und -begriffes aufwarfen, nahm man sich des Themas erneut an und es fand eine erste vorsichtige Positionierung der deutschen Ärzteschaft statt³⁴.

Die Sterbehilfediskussion wurde demnach in den 1950er und 1960er Jahren weitgehend durch das Thema „NS-Euthanasie“ beherrscht, wobei eine öffentliche Auseinandersetzung mit der Euthanasie-Praxis des Dritten Reiches in dieser Zeit kaum stattgefunden hat. Der Jurist Arndt unterschied in seiner folgenreichen Rede 1947 zwar zwischen Euthanasie im

³² Vgl. Klinghammer 1964, o. S., zit. n. Hitler 1925.

³³ Vgl. Lunshof/Simon 2000, S. 237-239.

³⁴ Vgl. die „Richtlinien zur Sterbehilfe“ der Bundesärztekammer aus 1979.

medizinischen Sinn und den Verbrechen in der NS-Zeit, plädierte aber dafür, dass keine Form der Sterbehilfe je wieder in Deutschland diskutiert werden sollte³⁵.

Nach dem Nürnberger Ärzteprozess 1946/1947 gab es Versuche der Aufarbeitung der NS-Euthanasie, die jedoch aus Angst, einen massiven Schaden im Ansehen des ärztlichen Standes zu verursachen, im Keim erstickt worden sind³⁶.

Im Nürnberger Ärzteprozess wurde auch die NS-Euthanasie verhandelt³⁷. Begründet in den Befürchtungen, das Ansehen der Ärzte werde bei der Prozess-Berichterstattung noch mehr leiden als dies ohnehin bereits durch die Enthüllungen über Versuche in Konzentrationslagern, Zwangssterilisation und Euthanasie zu Kriegsende geschehen ist, entschloss sich die ärztliche Standesvertretung zum Einsatz einer Beobachterkommission, der „Deutschen Ärztekommision“, die einer einseitigen, dem Standesansehen schadenden medialen Berichterstattung über den Prozess entgegenwirken sollte. Die Ärztekommision sah ihre Aufgabe darin, die Ärzteschaft durch eine genaue Berichterstattung über die Vorgänge und Ergebnisse des Prozesses zu informieren³⁸. Aus dieser Prozessbeobachtung entstand die Dokumentation „Das Diktat der Menschenverachtung“ von Privatdozent Dr. med. Alexander Mitscherlich und cand. Med. Fred Mielke, in der ein grundsätzlich zutreffendes Bild der Kranken- und Behindertentötungen gezeichnet wurde³⁹. Aber wie jenes von Mitscherlich und Mielke fand auch das 1948 gedruckte Buch von Alice Platen-Hallermund – ebenfalls Mitglied der Ärztesgesellschaft - mit dem Titel „Die Tötung Geisteskranker in Deutschland“ kaum Verbreitung. Beide Auflagen verschwanden zu einem Großteil unter unerklärlichen, mysteriösen Umständen und wurden teilweise aus den Bibliotheken entfernt⁴⁰.

Bis in die 1970er Jahre hinein fand eine Art kollektive Verdrängung statt, die eine nennenswerte Aufarbeitung der NS-Euthanasie verhinderte. Es wurde zum einen die Ansicht vertreten, dass das Thema durch den Nürnberger Ärzteprozess abgehandelt und abgeschlossen worden sei. Andererseits waren auch einige an der NS-Euthanasie Beteiligte (teilweise unter falschem Namen) bereits wieder unbehelligt in ihren Ämtern in

³⁵ Vgl. Lunshof/Simon 2000, S. 237-238.

³⁶ Vgl. Zülicke 2005, S. 66 und Benzenhöfer 1999, S. 130-135.

³⁷ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 130.

³⁸ Vgl. Gerst 2004, S. 105-108.

³⁹ Vgl. Gourevitch 1969 in: Benzenhöfer 1999, S. 131

⁴⁰ Vgl. Zülicke 2005, S. 66.

Wissenschaft, Politik Wirtschaft und Justiz tätig und konnten „*Untersuchungen und Gerichtsprozesse verhindern, im Sande verlaufen lassen oder niedrige Urteile sprechen, welche den Opfern wie Hohn vorkommen mussten*“⁴¹.

3.2 Exkurs: Die Debatte der Nachkriegszeit (1945 – 1975)

3.2.1 Ärzte

Innerhalb der Ärzteschaft ist die Debatte in der Nachkriegsära gekennzeichnet durch die Verbrechen in der NS-Zeit: Rechtfertigungs- und Erklärungsversuche bestimmen die Positionierungen, eine Diskussion fand nur selten und wenn, dann nicht öffentlich statt. Auch wird Sterbehilfe stets bezüglich der Tötung unwerten Lebens behandelt, eine Auseinandersetzung mit medizinischen Fragen am Lebensende fand nicht statt. Diese Zeit war auch gekennzeichnet vom Bild eines unmündigen Patienten und einer paternalistischen Medizin, die dem Patienten im Grunde keine Mitsprache bei Therapieentscheidungen zugestand (siehe Kapitel 6.6.1.5). Selbst in der Argumentation der wenigen Ärzte, die sich zu dieser Zeit für eine Zulässigkeit von Sterbehilfe aussprechen, kommt die Autonomie des Patienten nur selten vor⁴². Häufig wird eine religiöse Motivation für die Argumente von Medizinern vorgebracht, so spricht z. B. Büchner von einer „*Begnadung durch die Krankheit*“⁴³.

Hauptargumente der Ärzteschaft gegen jede Art der Sterbehilfe waren in dieser Zeit die Schlagworte „Fürsorge“ und „Heiligkeit des Lebens“.

Medial wurde das Thema – wenn überhaupt – nur im Zusammenhang mit den Verbrechen des NS-Regimes bearbeitet. Man zog es aber generell eher vor, zu schweigen.

3.2.2 Christliche Kirchen

Katholische und Evangelische Kirchenvertreter betonen in der Nachkriegszeit die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens als Begründung der moralischen Verurteilung der Euthanasie. An Stellungnahmen der katholischen Kirche seien vor allem die sowohl bei Kirchenvertretern als auch unter Medizinern in den 1950er Jahren und darüber hinaus weithin beachteten Ansichten von Papst Pius XII. Er verurteilte „*jede Form von direkter*

⁴¹ Zülicke 2005, S. 66.

⁴² Zülicke 2005, S. 66.

⁴³ Büchner 1960 in: Lohmann 1975, S. 62.

*Euthanasie, d. h. den Einsatz von Narkotika, um den Tod herbeizuführen oder zu beschleunigen*⁴⁴. Niemand dürfe sich anmaßen, direkt über das Leben zu verfügen, der Mensch sei „*nicht Herr und Besitzer, sondern nur Nutznießer*⁴⁵“ seines Körpers und seines Lebens. Immer dann, wenn die Abkürzung des Lebens gewollt sei, maße man sich ein direktes Verfügungsrecht an⁴⁶. Heute als passive Formen von Sterbehilfe bekannte Handlungen wurden in seinen Ansprachen jedoch geduldet bzw. als zulässig erachtet, so z. B. die Verabreichung von Schmerzmitteln mit der Absicht der Linderung, auch wenn dabei das Leben verkürzt wird. Auch wenn die katholische Kirche daher aktives Töten kategorisch ablehnte, so war nach deren Ansicht dennoch bereits in den 1950er Jahren die indirekte Herbeiführung des Todes durch die Gabe von schmerzlindernden Medikamenten erlaubt. Das Konzept vom Recht auf einen menschenwürdigen Tod wurde von Vertretern der katholischen Kirche erst später aufgegriffen, als es darum ging, die Grenzen ärztlichen Handelns dort zu ziehen, wo „Eingriffe zu Übergriffen würden“⁴⁷. Helmut Thielicke, ein auch in Medizinerkreisen viel beachteter evangelischer Moral-Theologe erwähnte die aktive Tötung als „absolut indiskutabel“⁴⁸. Der Mensch kann nicht allein und von sich aus über sein Weiterleben entscheiden, er dürfe sich „nicht selbst abschaffen“⁴⁹. Die aktive Tötung eines Menschen sei Unrecht, auch wenn sie „aus Barmherzigkeit“ geschehe. Im Zuge dessen konstatierte er: „Auch Motive können irren, so edel sie sind“⁵⁰.

Auch die Änderung des Arztbildes „vom Heilbringer zum Henker“ und Interessen der Machtausübung und Gewinnsucht waren den Theologen ein Dorn im Auge.⁵¹ Selbstverständlich wandte man sich auch entschieden gegen die Tötungen sogenannten lebensunwerten Lebens in der NS-Zeit⁵².

⁴⁴ Vgl. die Ansprachen von Papst Pius XII. in Lohmann 1975, S. 101-107.

⁴⁵ Vgl. ebd.

⁴⁶ Vgl. ebd.

⁴⁷ Lohmann 1975, S. 125.

⁴⁸ Lohmann 1975, S. 136-137.

⁴⁹ Vgl. ebd.

⁵⁰ Vgl. ebd.

⁵¹ Vgl. Hartmann 1964 in: Lohmann 1975, S. 108.

⁵² Vgl. Hartmann 1964 in: Lohmann 1975, S. 108.

3.2.3 Juristen

Die Standpunkte der Juristen zur Euthanasie in den Nachkriegsjahren waren ebenso wie jene der Ärzte von Verurteilungen des NS-Terrors dominiert. Juristen nahmen in einzelnen Stellungnahmen jedoch auch Bezug auf andere, der heutigen Sterbehilfe entsprechender Tatbestände. Die Nach Geotzeler (1950) lasse es beispielsweise die Rechtssicherheit nicht zu, dass von derart grundlegenden Forderungen wie der Erhaltung des Lebens um jeden Preis auch nur minimal abgewichen werden könne, ohne dass das Bewusstsein über Recht und Unrecht in seinen Grundfesten erschüttert werde⁵³. Nach Buschendorf (1969) verkenne man jedoch die Grenzen des Rechtes, wenn die (auch aktive) Tötung bestraft wird, wenn der Tod ohnehin unmittelbar bevorstehe und die Tötung eindringlich vom Sterbenden verlangt werde. Dem könne man auch nicht entgegnen, dass der Sterbende keine ausschließliche Verfügungsbefugnis über sein eigenes Leben habe, denn hier komme der übergesetzliche Notstand zur Anwendung⁵⁴. Diese Rechtsauffassung wurde von Eser kritisiert⁵⁵. Für ihn ist der Rechtfertigungsversuch von Buschendorf nach den Regeln des übergesetzlichen Notstandes nicht überzeugend. Gemäß Eser komme als Rechtfertigung am ehesten das Konstrukt des „unverbotenen Risikos“ infrage, wonach Strafflosigkeit dort anzunehmen sei, „wo der Arzt unter Anwendung der in der konkreten Situation erforderlichen Sorgfalt dem Schmerzlinderungsinteresse des Patienten nachkommen will und dieser das damit verbundene Todesrisiko unter verständiger Würdigung in Kauf nimmt“⁵⁶.

In der ärztlichen Rechts- und Standeskunde wurde die Ansicht vertreten, dass eine mit schmerzlindernden Mitteln unbeabsichtigte Tötung als fahrlässige Tötung oder Totschlag bestraft werden müsse. Auch die ärztliche Beihilfe zum Suizid wurde standesrechtlich verurteilt, weil diese der Standesethik widerspreche und daher berufsgerichtlich zu bestrafen sei⁵⁷. Schulz postuliert, dass jede vorsätzliche Lebensverkürzung immer gegen die Grundsätze der Menschlichkeit verstoße, auch wenn diese aus Mitleid geschehe⁵⁸.

⁵³ Vgl. Goetzeler in: Lohmann 1975, S. 144.

⁵⁴ Vgl. Buschendorf in: Lohmann 1975, S. 149.

⁵⁵ Vgl. Eser 1973, S. 29.

⁵⁶ Eser 1973, S. 29.

⁵⁷ Vgl. Schmidt 1950 und Spann 1962 in: Lohmann 1975, S. 151.

⁵⁸ Vgl. Schulz 1965 in: Lohmann 1975, S. 152.

Kohlhaas⁵⁹, Bundesanwalt in Karlsruhe, verweist auf die Gefahr, dass die allgemeine „Ordnung ins Wanken kommt“⁶⁰ und Krankenhäuser bald den Ruf haben könnten, dass man dort „leicht getötet“ werden könne. Boeckelmann wehrt jeden Versuch, die Verkürzung des Lebens zuzulassen, unerbittlich und ohne jede Rechtfertigungsmöglichkeit ab. Für die Rechtsordnung sei das „Gewissen der Ärzte“⁶¹ unerheblich, denn wenn man auch nur im äußersten Fall eine Tötung freigeben würde, dann würde das Vertrauen in die Ärzte zerstört⁶².

Immer wieder wird in den Stellungnahmen der Juristen Bezug genommen auf die Tötung unheilbar Geisteskranker – und damit auf die NS-Verbrechen – und diese ganz selbstverständlich als Verbrechen verurteilt⁶³. Diese Eindeutigkeit, mit der die Sachverhalte in den juristischen Standpunkten dargestellt wurden, kritisiert Lohmann und wendet ein, dass man „*das Problem der sogenannten Euthanasie*“ wesentlich uneinheitlicher und differenzierter betrachtet hatte, als es darum ging, die „*mörderischen Ärzte der nazistischen Praxis*“⁶⁴ zu verurteilen.

⁵⁹ Vgl. Schulz 1965 in: Lohmann 1975, S. 152.

⁶⁰ Vgl. ebd.

⁶¹ Vgl. Boeckelmann 1973 in: Lohmann 1975, S. 152.

⁶² Vgl. ebd.

⁶³ Vgl. Lohmann 1975, S. 152.

⁶⁴ Vgl. Lohmann 1975, S. 152-153.

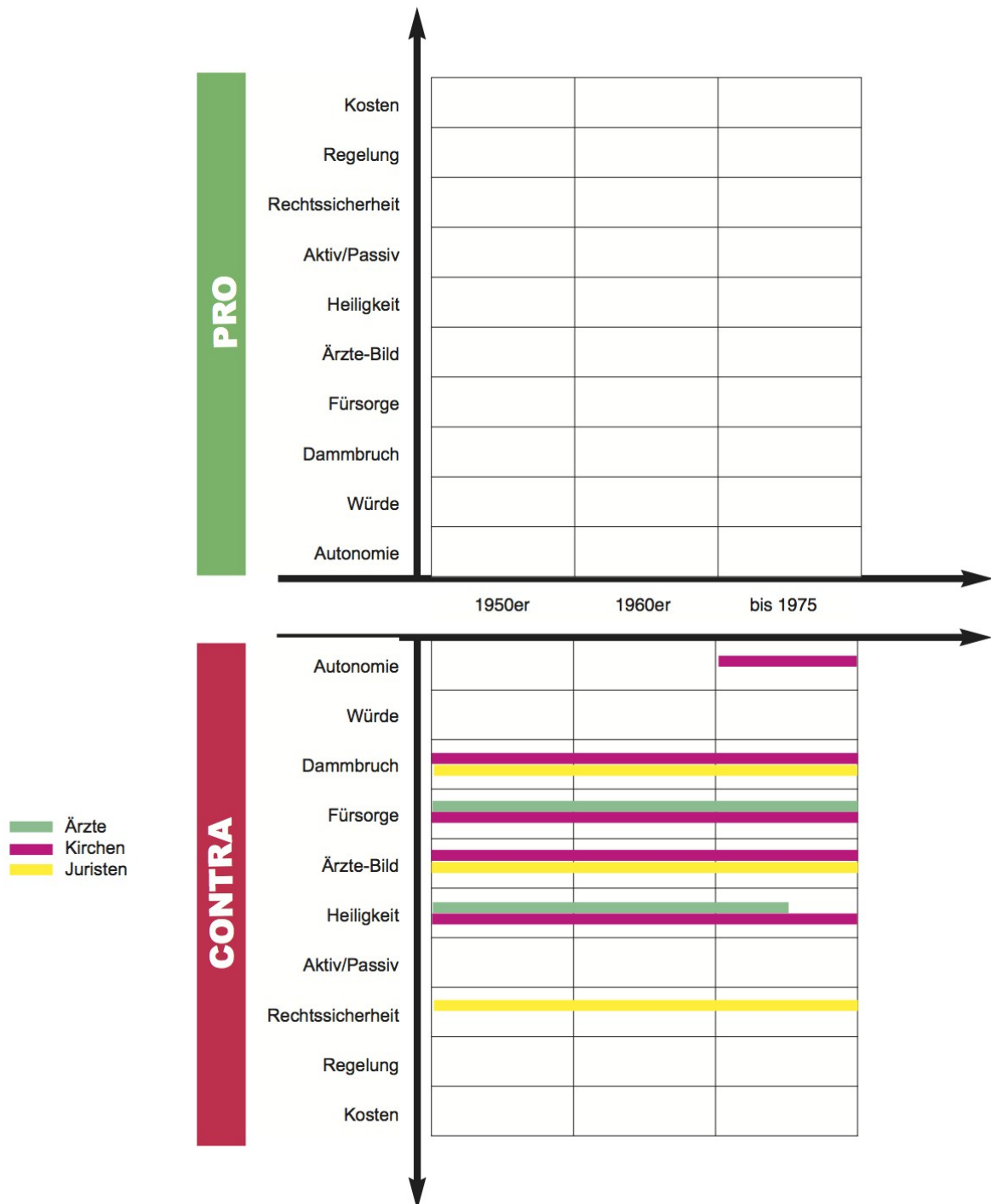


Abbildung 1: Übersicht über die Argumente in der Nachkriegszeit⁶⁵

Fürsprecher für eine aktive Sterbehilfe gab es in dieser Zeit nur sehr wenige, die aktive Tötung wurde beinahe übereinstimmend abgelehnt⁶⁶. Einzelne Stimmen von Befürwortern wie Weiss oder Catel wurden aufgrund ihrer Inhalte zu Recht als neues Auftauchen

⁶⁵ Eigene Darstellung.

⁶⁶ Vgl. Lohmann 1975, S. 62-152.

nationalsozialistischer Gedanken und Vorschläge qualifiziert. Weiss spricht etwa in einem Aufsatz von der „unzumutbaren, meist ekelerregenden Pflege dieser oft furchtbaren Gestalten“⁶⁷ und Catel stellt fest, dass „ein idiotisches Kind [...] keinen Anspruch auf den Schutz durch das ‚fünfte Gebot‘ habe“⁶⁸.

3.3 Die Entwicklung der Intensivmedizin in den 1950er und 1960er Jahren

„(Anm.: Auf den Intensivstationen) [...] liegen auch die Opfer jenes perfekt organisierten, medizinischen Großeinsatzes, der [...] zur Akrobatik missrät: Die sogenannten Apalliker. Als unerwünschte Nebenfolge produziert gerade die moderne Praxis der Wiederbelebung in wachsender Zahl diese Geschöpfe, in einem Zwischenreich von Leben und Tod.“⁶⁹

Die Entwicklungen in der Intensivmedizin übten großen Einfluss auf die Sterbehilfedebatten aus. Deutschland verharrte im Bezug auf die Sterbehilfe noch in der Schockstarre des Nationalsozialismus, wonach das Thema Sterbehilfe beendet schien. Währenddessen wurde in den USA in den 1950er und 1960er Jahren durch experimentelle Studien zur Beatmung, zur extrathorakalen Herzdruckmassage und Verwendung von Blutersatzmitteln zur Schockbekämpfung ein bis dahin völlig neuer Behandlungsansatz des Herz-Kreislauf-Stillstandes entwickelt. Auch der Einsatz einer apparativen Langzeitbeatmung, die während der Poliomyelitisepidemie 1952 in Kopenhagen (als Ergänzung und später als Ersatz der sogenannten „eisernen Lunge“) entwickelt wurde, wurde zum wichtigen Bestandteil der modernen Intensivmedizin und schuf damit die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit den damit verbundenen neuen ethischen Problemstellungen⁷⁰.

3.4 Die Ereignisse der 1970er Jahre: Startschuss für die Diskussion in Deutschland

Mit wachsendem Abstand zu den Untaten des Nationalsozialismus und mit den neuen medizinischen Möglichkeiten entwickelte sich auch die Debatte weg von den

⁶⁷ Weiss 1954 und Catel 1962 in: Lohmann 1975, S. 69-71.

⁶⁸ Vgl. ebd.

⁶⁹ Der Spiegel 7/1975, S. 13.

⁷⁰ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 135-137.

Tötungsaktionen und deren Bewältigung und hin zu den Fragen um die Grenzen des menschlichen Lebens⁷¹. Das Ende der 1960er Jahre und der Beginn der 1970er Jahre markierten einen Wendepunkt in der Sterbehilfedebatte in der BRD. Das Thema Euthanasie bzw. Sterbehilfe wurde erstmals in einen breiten medizinischen Kontext und im Gegensatz zur früheren Nachkriegsdebatte nun erstmals in einen Zusammenhang ärztlichen Handelns gestellt⁷².

Den Startschuss zum Tabubruch in der Diskussion markiert der Fall der niederländischen Ärztin Geertruida Postma-van Boven, die ihre gelähmte Mutter auf deren mehrmaligen Wunsch durch eine Morphininjektion tötete und im darauffolgenden Strafprozess lediglich zu einer symbolischen Strafe verurteilt wurde. Der Fall sorgte über die Grenzen der Niederlande hinaus für großes Aufsehen und mediales Interesse. Es erschienen zahlreiche Publikationen zum Thema, Zeitungsberichte und Fernsehserien entstanden, die die Diskussion in Deutschland über ein Recht auf Lebensverkürzung initiierten⁷³.

Der Fall der niederländischen Ärztin Postma-van Boven löste auch in Deutschland eine erste öffentliche Diskussion über den Sinn von medizinischer Therapie am Lebensende aus. Medien wie *Der Spiegel*, *Der Stern* und *Die Zeit* bereiteten das Thema medienwirksam auf und warfen gewichtige Argumente für die aktive Euthanasie in die Waagschale:

Der Spiegel berichtet in der Titelstory der Juli-Ausgabe des Jahres 1975 „*Sterbehilfe – der Tod als Freund*⁷⁴“ von einer tödlichen Injektion eines Arztes bei einer sterbenskranken Patientin, die als „*Sterben ohne Qual – Ausklang eines Lebens im Einklang mit dem Tod*“ und ein „*Tod, bei dem die Menschenwürde des Patienten unangetastet blieb*⁷⁵“ und stellt diesem Fall gegenüber die Geschichte eines Krebskranken im Endstadium, der durch die unreflektierten Maßnahmen einer horrifizierten Apparatedizin am Sterben und somit an der Erlösung seiner Schmerzen gehindert wird. Während der Arzt im ersten Fall als der erlösende Retter dargestellt wird, besteht im zweiten Fall das Ziel, ein Bild von einer unmenschlichen Apparatedizin zu zeichnen, die die Aufrechterhaltung von

⁷¹ Vgl. Lohmann 1975, S. 82.

⁷² Vgl. Lunshof/Simon 2000, S. 238.

⁷³ Vgl. Lunshof/Simon 2000, S. 238.

⁷⁴ Vgl. Der Spiegel 7/1975, S. 36 – 60.

⁷⁵ Vgl. ebd.

Lebensfunktionen um jeden Preis und auch gegen den Willen des Patienten, sinnentleert, möglicherweise zum bloßen Selbstzweck betreibt. Den zweiten Fall bezeichnet *Der Spiegel* als die Regel: Medizin, vor der man sich fürchten müsse – ein Tod ohne Würde in den Fängen des „*gesamten Arsenal der modernen Medizin*“⁷⁶. Zitiert wird auch der evangelische Moraltheologe Helmut Thielicke, der dafür eintrat, dass man „*die Stunde nicht artistisch überziehen, aber auch nicht gewaltsam abkürzen dürfe*“⁷⁷, mit den Worten: „[...] *ob nicht [...] ein Zustand erreicht ist, wo der Prozess des Sterbens in Raten zerlegt und durch immer neue Raten ergänzt wird*“⁷⁸.

Die Medien sind zu dieser Zeit offen für die passive Euthanasie und lassen auch wenig Zweifel daran, dass ebenso die aktive Sterbehilfe befürwortet wird⁷⁹.

3.5 Entstehung von Hospiz-Bewegung und Palliativmedizin

Vor dem Hintergrund der aufkeimenden neuen Beschäftigung mit dem Sterben und mit Sterbenden formierte sich eine Hospiz-Bewegung, die in den 1970er Jahren allerdings noch mit Widerstand durch Politik und Kirchen konfrontiert wurde. Erst in den 1980er Jahren konnten sich einzelne Bewegungen durchsetzen. Im Jahre 1983 wurde mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe eine „Station für Palliative Therapie“ an der Chirurgischen Universität in Köln errichtet. Das erste Hospiz – „Haus Höm“ – wurde 1986 in Aachen eröffnet. Entgegen den angelsächsischen Vorbildern übernahm dort allerdings nicht ein Arzt, sondern ein Geistlicher die Leitung. Die medizinische Betreuung der Patienten lag in deutschen Hospizen in der Regel bei den Hausärzten, was auch heute noch überwiegend der Fall ist. In der beschriebenen Zeitspanne engagierten sich auch zunehmend Vereine und Initiativen im ambulanten Bereich und sorgten so dafür, dass die Hospizidee eine immer größere Verbreitung und auch Akzeptanz fand. Mitte der 1990er Jahre entstanden überregionale Hospiz-Vereine, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und die Deutsche Hospiz Stiftung, um die Ziele der Bewegung in der Öffentlichkeit stärker zu vertreten. Als die zentralen Motive wurden die Verbesserung von sozialen und medizinischen Rahmenbedingungen Sterbenskranker und das Ziel, das Sterben als Teil des Lebens zu begreifen, genannt. Es sei leitgebende Aufgabe der Hospiz-Bewegung, durch

⁷⁶ Vgl. *Der Spiegel* 7/1975, S. 36 – 60.

⁷⁷ Lohmann 1975, S. 137.

⁷⁸ Vgl. ebd.

⁷⁹ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 138-141.

Linderung von Schmerzen einerseits und andererseits durch persönliche Zuwendung den Sterbenden beizustehen. In das öffentliche Bewusstsein gelangte die Hospizidee demnach erst in den 1990er Jahren. Des Weiteren sei erwähnt, dass die Hospiz-Bewegung nicht nur für Verbesserung und Beistand in der Sterbephase eintrat, sondern sich auch öffentlich gegen jede aktive medizinisch assistierte Tötung aussprach. In dieser Zeit entwickelte sich die Position der Hospiz-Bewegung, sich selbst als Gegengewicht zur aktiven Sterbehilfe zu sehen und diese sogar überflüssig machen zu wollen. In diesem wesentlichen Punkt unterscheidet sich die deutsche von der niederländischen Hospiz-Bewegung, welche es in ihr Aufgabenspektrum einbezieht, den Euthanasiewünschen von Sterbewilligen nachzukommen⁸⁰.

3.6 Die 1980er und 1990er Jahre – Julius Hackethal und Peter Singer

In den 1980er Jahren entfachten vor allem Fälle von Behandlungsabbruch und assistiertem Suizid die Diskussion um Sterbehilfe erneut. Der von Hackethal gedrehte Film, in dem er einer todkranken Krebspatientin einen Becher mit Zyankali reicht, wird im Fernsehen ausgestrahlt und löst eine wahre Lawine an Reaktionen aus⁸¹.

1981 erfolgte ebenso die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, die in den nächsten Jahren gemeinsam mit Julius Hackethal öffentlichkeitswirksam für ein Selbstbestimmungsrecht bis zum Lebensende eintritt. Die DGHS setzt sich bis heute auch für die Zulässigkeit einer aktiven Tötung auf Verlangen ein⁸². In den späten 1980er und 1990er Jahren bewirkten die Aktivitäten der DGHS eine starke Polarisierung der Öffentlichkeit⁸³, nicht zuletzt aufgrund der Skandale, in die der erste und langjährige Präsident Atrott verwickelt war⁸⁴.

Obwohl es in den Gerichtsurteilen der 1980er Jahre durchwegs um passive Sterbehilfe und/od. assistierten Suizid ging⁸⁵, beschränkte sich die medial geführte Diskussion keinesfalls auf diese Fallkonstellationen. Auch die aktive Sterbehilfe wurde häufig

⁸⁰ Vgl. Jordan 2007, S. 200-201.

⁸¹ Vgl. u. a. Der Spiegel z. B. Heft 18/1984 oder Die Zeit vom 11.05.1984, 20. Ausgabe.

⁸² Vgl. Positionspapier der DGHS 2008, online.

⁸³ Vgl. Eser/Koch, S. 70.

⁸⁴ Vgl. z. B. Der Spiegel 8/1993, „Die Zyankali-Bande: Sterbehilfe gegen Bargeld“.

⁸⁵ Vgl. BGH-Urteil im Fall „Wittig“ (AZ 3 StR 96/84) oder im Fall „Hackethal“ OLG München NJW 1987, 2940.

aufgegriffen und von vielen Medien befürwortet. Die Argumente für eine Legalisierung waren durchwegs die gleichen: Angesprochen wurde die Autonomie des Patienten als oberstes Prinzip, die über der „besserwissenden“ und patriarchischen Ärzteschaft stehen sollte, und der Tod, der als würdevoller Ausstieg von (oft nicht näher bezeichneten) unwürdigen Lebensumständen gefeiert wird⁸⁶.

1986 legte der Deutsche Juristentag einen Gesetzesentwurf vor, womit die Sterbehilfe in Zukunft geregelt werden sollte. Der Gesetzesentwurf sah neben Ausführungen zur passiven Sterbehilfe vor, dass die Tötung auf Verlangen straffrei bleiben sollte, „*wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann*“⁸⁷. Der Entwurf wurde jedoch mit der Begründung abgelehnt, dass die Änderungsvorschläge ohnehin bereits die herrschende Rechtsmeinung darstellen und eine Regelung nicht notwendig ist.⁸⁸

Anfang der 1990er Jahren erreichte die Euthanasiedebatte im Zusammenhang mit der „Praktischen Ethik“ des australischen Philosophen Peter Singer mit seinen präferenz-utilitaristischen Thesen einen neuen Höhepunkt. Singer hinterfragte das „Lebensrecht“ bestimmter Menschen, welches in seiner Darstellung nicht „lebenswert“ sei, und trat u. a. für die Tötung schwerbehinderter Neugeborener ein⁸⁹. Singer wurde in Deutschland mehrfach bei seinen Auftritten am Sprechen gehindert oder aufgrund massiver Proteste nachträglich wieder ausgeladen. Die Ausführungen Peter Singers führten in Deutschland zu einem öffentlich ausgetragenen Streit darüber, ob in einem historisch derart vorbelasteten Land offen das „Lebensrecht“ bestimmter Menschen hinterfragt werden dürfe. Die Thesen Singers riefen auch in der Bevölkerung Proteste hervor, die sich an die Gräueltaten des Nationalsozialismus erinnert fühlte. Nach der sogenannten „Singer-Affäre“, die die Aufmerksamkeit einer breiten Öffentlichkeit auf den Themenbereich Sterbehilfe lenkte, entstand innerhalb der Auseinandersetzungen ein neuer Fokus auf die Aspekte „Lebensrecht“ und „Menschenwürde“⁹⁰.

⁸⁶ Vgl. Die Zeit, 20. Ausgabe vom 11.05.1984.

⁸⁷ Schöck/Verrel et al. 2005, S. 9.

⁸⁸ Vgl. Eser in: Jens 1995, S. 180.

⁸⁹ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 167-174.

⁹⁰ Jordan 2007, S. 70-71.

1998 stellte die Deutsche Bundesärztekammer in ihren *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung* eindeutig klar, dass „Aktive Sterbehilfe unzulässig“ und „mit Strafe bedroht ist, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht“⁹¹.

3.7 Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe benachbarten im Ausland

Als erstes Land der Welt legalisieren die Niederlande die Tötung auf Verlangen im Jahr 2001, Belgien folgt mit einer Legalisierung im Jahr 2002. Dieser Schritt der Beneluxländer löst im restlichen Europa erneut eine Welle der Diskussionen über aktive Sterbehilfe aus. Insbesondere die den Ärzten auferlegten Sorgfaltspflichten, unter deren Einhaltung die Tötung auf Verlangen gestattet wurde, waren immer wieder Gegenstand der Debatte. So wurde z. B. kritisiert, dass zwar ein straffreier Tatbestand geschaffen wurde, der deutliche Auflagen und Pflichten enthielt, deren Einhaltung und Exekution letztendlich jedoch von den Kritikern massiv hinterfragt wurden⁹².

Als Reaktion auf die Entwicklungen in den Niederlanden und in Belgien bekräftigten in Deutschland die Sterbehilfe-Gegner einmal mehr ihre Standpunkte: Die Ärzteschaft sprach sich klar gegen eine aktive Euthanasie aus und verwies erneut auf die Gefahren, die eine Legalisierung nach sich zieht: die immer stärkere Ausweitung der Indikationen für erlaubte Tötungshandlungen (hier wird bspw. immer wieder die Ausweitung auf psychische und Demenz-Erkrankungen erwähnt), die generelle Zunahme von Sterbehilfe-Fällen (durch ökonomischen und sozialen Druck), mögliche Tötungen ohne geäußertes Verlangen etc. Im Wesentlichen werden hauptsächlich Dammbbruchargumente entgegengehalten. Aber auch die Forderung nach „aktiven palliativmedizinischen Maßnahmen“ wird erneut formuliert, und es wird an die Nicht-Loslösbarkeit des Sterbehilfe-Themas von der deutschen Vergangenheit erinnert. Im Zuge dessen wurde argumentiert, dass dies auch vor dem Hintergrund der neuen Möglichkeiten der Präimplantationsdiagnostik und der richterlichen Anerkennung eines „Kindes als Schaden“⁹³ umso mehr gelten müsse.

Auf den immer größer werdenden Druck durch öffentlich geführte Diskussionen und mediale Berichterstattung über die niederländische Sterbepolitik sahen sich die deutschen

⁹¹ Präambel der Grundsätze der Bundesärztekammer 1998, S 2, online

⁹² Vgl. Dokumentation Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung des Jahres 2002 aus dem Deutschen Ärzteblatt, online.

⁹³ Vgl. Dokumentation Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung des Jahres 2002 aus dem Deutschen Ärzteblatt, online.

Ärzte erneut gezwungen, sich zu positionieren⁹⁴. Auch die höchstrichterlichen Entscheidungen aus dem Jahr 2003, die die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen ausdrücklich bekräftigten, machten eine Neufassung der Ärztekammer-Richtlinien zur Sterbehilfe notwendig⁹⁵. In den neuen Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung des Jahres 2004 wurden bestimmte Kriterien der passiven Sterbehilfe enger gefasst, z. B. wollte man mit einer Umbenennung des Kapitels „*Behandlung bei sonstigen lebensbedrohlichen Schädigungen*“ in „*Behandlung bei schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit*“⁹⁶ betonen, dass Komapatienten Lebende sind und für Ärzte die Bewusstlosigkeit kein Kriterium für eine Einstellung der Behandlung oder Beendigung des Lebens sein darf. Zudem wird die Gültigkeit von Patientenverfügungen bekräftigt⁹⁷. Die neuen Grundsätze der Bundesärztekammer wurden heftig kritisiert. Kritik kam u. a. von der Deutschen Hospiz Stiftung, die darin eine neuerliche Ausweitung der Voraussetzungen zur passiven Sterbehilfe sah⁹⁸

Zu Beginn des neuen Jahrhunderts bezog sich die deutsche Debatte vor allem auf die Neuregelungen in den Nachbarländern. Überwiegend wurde über eine mögliche Ausweitung der Sterbehilfe, einen möglicher Missbrauch der niederländischen Regelung⁹⁹ oder über aufkommenden „Sterbehilfetourismus“¹⁰⁰ diskutiert

Es folgten Gesetzesanträge von Mitgliedern der SPD¹⁰¹ mit dem Ziel, die Maßnahmen der passiven Sterbehilfe auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen und die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen zu regeln. Noch weiter ging der Entwurf des ehemaligen Hamburger Justizsenators und CDU-Mitglieds Roger Kusch aus dem Jahr 2006, der ebenfalls eine

⁹⁴ Vgl. Dokumentation Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung des Jahres 2002 aus dem Deutschen Ärzteblatt, online.

⁹⁵ Vgl. Dokumentation Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung des Jahres 2004 aus dem Deutschen Ärzteblatt, S. 130, online.

⁹⁶ Vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004, S. 2

⁹⁷ Vgl. Beileites 2004 in Deutsches Ärzteblatt Heft 19, S. 129.

⁹⁸ Vgl. Deutsche Hospiz Stiftung 2004, S. 6-8.

⁹⁹ Vgl. z. B. Studie der Deutschen Hospiz Stiftung 2003: „Missbrauch der Euthanasie in den Niederlanden“, online.

¹⁰⁰ Wolf 2008, S. 77.

¹⁰¹ Vgl. z. B. Antrag von Rolf Stöckel aus 2004, online oder der Abschlussbericht der von Bundesjustizministerin Zypries einberufenen Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende, online.

Legalisierung der Tötung auf Verlangen forderte. Kusch wurde in den Folgejahren aufgrund seiner aggressiven Werbung für die aktive Sterbehilfe (z. B. seine Präsentation des „Selbsttötungsautomaten“ und Veröffentlichung von Sterbevideos) sowie durch Sterbehilfe-Handlungen massiv kritisiert¹⁰². Der von Kusch 2008 gegründete Verein „Roger Kusch Sterbehilfe e.V.“, der (passive) Sterbehilfe gegen Entgelt anbot, wurde 2009 mittels Eilverfahren vom Verwaltungsgericht Hamburg verboten. Dies erfolgte mit der Begründung, „*die sozial unwertige Kommerzialisierung des Sterbens durch Beihilfe zum Suizid gegen Entgelt*“¹⁰³ sei ein nicht erlaubtes Gewerbe.

Ein neuerlicher Versuch einer gesetzlichen Regelung initiierte *Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB)*, ein auf den Alternativentwurf von 1986 aufbauendes, gemeinsames Werk von deutschen, österreichischen und schweizerischen Strafrechtsprofessoren (vgl. Schöch/Verrel et al. 2005, 553ff). Dieser neue Entwurf verzichtet allerdings auf den weitreichenden Vorschlag von 1986, die Tötung auf Verlangen zu legalisieren. Auch dieser Entwurf erlangte jedoch bisher keine Gesetzeskraft.

Im Jahr 2009 wurde schließlich das Patientenverfügungsgesetz auf Vorlage des SPD-Abgeordneten Joachim Stünker vom Deutschen Bundestag (ohne Fraktionszwang) beschlossen, in welchem die Voraussetzungen von rechtsgültigen Patientenverfügungen geregelt wurden. Der Abstimmung folgen ein Großteil der SPD-Fraktion, viele Abgeordnete der FDP, der Linken und eine Reihe von Grünen. Die Deutsche Ärztekammer unterstützte den Antrag des CDU-Mitgliedes Hüppe, wonach auf jegliche Regelungen verzichtet werden sollte, denn das Sterben lasse sich nicht „*bis zur letzten Minute regeln, schon gar nicht mit Gesetzen*“¹⁰⁴. Während das neue Patientenverfügungsgesetz Zustimmung bei Befürwortern einer Legalisierung der Sterbehilfe findet, kritisieren die Kirchen und die Hospiz Stiftung das Gesetz. Die Gegner sprechen von einer „*mangelnden Balance zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*“¹⁰⁵, betonen, dass „*Patienten im Wachkoma und Patienten mit schwerster Demenz sich nicht in der Sterbephase befinden*“¹⁰⁶ und kritisieren, dass keine Beratungspflicht eingeführt wurde¹⁰⁷.

¹⁰² Vgl. Der Spiegel 30.06.2008, Tod auf Bestellung – Service inklusive, online.

¹⁰³ Die Welt vom 07.02.2009: Kusch darf keine Sterbehilfe leisten, online.

¹⁰⁴ <http://patientenverfuegung.de/newsletter/2009-06-18/endlich-gesetz-aerzte-kuenftig-an-patientenverfuegung-gebunden> (24.10.2012).

¹⁰⁵ Vgl. ebd.

¹⁰⁶ Vgl. ebd.

In einem neuen Gesetzesvorstoß möchte aktuell die Koalition aus CSU und FDP die gewerbsmäßige Sterbehilfe strafrechtlich verbieten. Um den Entwurf der Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger (FDP), wonach zwar gewerbsmäßige Sterbehilfe künftig bestraft werden sollte, von der Strafbarkeit jedoch Ärzte und Angehörige ausgenommen werden sollten, entbrannte erneut eine heftige Debatte über alle Parteigrenzen hinweg, selbst aus den eigenen (CSU-)Reihen kam Kritik, wobei sogar von einem „Dammbruch in Richtung der aktiven Sterbehilfe“¹⁰⁸ die Rede war. Gemäß der CDU eröfne der Entwurf „dem Mißbrauch Tür und Tor“¹⁰⁹ und vom aktuellen Ärztekammerpräsidenten Ulrich Montgomery kam die prompte Antwort, dass „Ärzte als Sterbehelfer nicht zur Verfügung“¹¹⁰ stehen und verwies auch auf die erst im vergangenen Jahr verschärfte Musterberufsordnung (MBO). Diese regelt, dass Ärzte weder auf Verlangen töten noch Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen¹¹¹. Beachtenswert ist im Zusammenhang mit dieser Debatte, dass der assistierte Suizid in Deutschland längst straffrei war. Die Regierung habe mit diesem Gesetzesentwurf lediglich eine gewerbsmäßige Betreibung verhindern und somit eine Verbreitung des Angebotes von gewerbsmäßigen Sterbehilfe-Angeboten¹¹² reduzieren wollen (wie z. B. jenem vom ehemaligen Justizsenator Kusch oder den schweizerischen Sterbehilfe-Vereinen Dignitas und Exit).

3.8 Überblick

Folgende Zeittafel (siehe Tabelle 1) solle die Entwicklungen der Sterbehilfedebatte in Deutschland und ihrer zugrundeliegenden, wesentlichen Ereignisse nochmals veranschaulichen:

¹⁰⁷ Vgl. ebd.

¹⁰⁸ Vgl. die Aussage des CSU-Abgeordneten Singhammer zum Entwurf, unter <http://www.welt.de/politik/deutschland/article108492693/Die-CSU-ist-gegen-Sterbehilfe-aber-auch-dafuer.html> (24.10.2012).

¹⁰⁹ Vgl. ebd.

¹¹⁰ Vgl. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51098> (09.11.2012)

¹¹¹ Vgl. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/819019/sterbehilfe-fdp-vorschlag-erzuernt-aerzte.html (24.10.2012).

¹¹² Vgl. die Aussagen des FDP-Gesundheitsministers Bahr zum Entwurf, unter: <http://www.augsburger-allgemeine.de/politik/Wer-darf-beim-Sterben-helfen-id21393041.html> (24.10.2012).

3.9 Exkurs: Niederlande

Neben Euthanasie-Fällen und Gerichtsentscheidungen in Deutschland wurde die Debatte vor allem durch die Entwicklungen des Nachbarn Niederlande beeinflusst.

Das von Jan Hendrik van den Berg 1969 veröffentlichte Buch „Ärztliche Macht und ärztliche Ethik“ (siehe Kapitel 3.7) prangerte erstmals die moderne Apparate-Medizin als Ausdruck einer paternalistischen Ärztemacht an und forderte eine uneingeschränkte und persönliche Autonomie des Patienten. Der Autor plädierte für die medizinische Tötung von dementen Alten, Komapatienten und behinderten Kindern, „sinnloses Leben“¹¹⁴ sollte von Ärzten entweder durch Behandlungsabbruch oder durch tödliche Injektion beendet werden dürfen¹¹⁵.

Daneben gilt der Fall Postma van Boven in den Niederlanden als jener entscheidende Anlassfall, der den Weg für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe im Jahr 2002 bereitet hat. An der durch diesen Fall im Land ausgelösten öffentlichen Debatte beteiligten sich unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen wie Vertreter der protestantischen und katholischen Kirchen, Einzelpersonen und Repräsentanten öffentlicher Institutionen. Aber auch die öffentlichen Medien spielten in der Meinungsbildung eine entscheidende Rolle. Der „Fall Postma“ wurde als ein Akt der Befreiung gefeiert und mit Attributen wie dem Recht auf Selbstbestimmung bis hin zum Recht auf einen selbstgewählten Tod in Würde und gegen medizinischen Paternalismus in Zusammenhang gebracht. Es folgte die Gründung verschiedener Vereinigungen mit dem Ziel, dies dieses Recht zu unterstützen¹¹⁶.

Als Reaktion auf den Fall Postma wurde noch im selben Jahr die *Niederländische Euthanasie-Gesellschaft* (*Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie – NVVE*) gegründet. Von der NVVE wurde die Diskussion in verschiedene Kreise der Gesellschaft eingebracht¹¹⁷. Die Gesellschaft wuchs von einer kleinen Gruppierung auf eine bedeutende Vereinigung an, die derzeit nach eigenen Angaben ca. 138.000 Mitglieder verzeichnet. Im Amsterdamer Büro arbeiten 20 Personen und im ganzen Land etwa 145 freiwillige Sterbehelfer. Euthanasie wird von der NVVE als Menschenrecht bezeichnet¹¹⁸.

¹¹⁴ Vgl. Breekveldt 2003 in: analyse + kritik Nr. 469.

¹¹⁵ Vgl. ebd.

¹¹⁶ Vgl. Kimsma/Van Leeuwen 2000, S. 278.

¹¹⁷ Vgl. <http://www.nvve.nl> (03.10.2012).

¹¹⁸ Vgl. <http://www.nvve.nl> (03.10.2012).

Die Debatte, die Van den Bergs Buch und der Fall Postma auslöste, wurde unter Beteiligung von Medienvertretern, Politik und den Kirchen geführt. Die Diskussion entwickelte sich hierbei zu einer allgemeinen Debatte über die Zulässigkeit der Sterbehilfe, an der sich alle bedeutenden gesellschaftlichen Gruppierungen und Parteien beteiligten: „*orthodoxe Protestanten, römische Katholiken, die übrigen protestantischen Kirchen, die Sozialdemokraten, die Liberalen, die Neoliberalen und die Christdemokraten*“¹¹⁹. Das Thema wurde von fast allen Parteien (Konservative, Sozialisten, Sozialliberale) aufgegriffen, gesetzgebende Initiativen wurden jedoch durch die regierende Partei der Christdemokraten blockiert¹²⁰.

Die niederländischen Ärzte übten sich zunächst in Zurückhaltung und mahnten zur Vorsicht. Bis zu dieser Zeit hatte auch in der niederländischen Ärzteschaft eine Diskussion über Euthanasie und unterstützten Selbstmord nicht stattgefunden. Im Verlauf der Debatte über den Fall Postma bekannten sich jedoch immer mehr Ärzte dazu, bereits selbst einmal auf Verlangen getötet zu haben¹²¹. Die öffentliche Diskussion des Falles Postma zog demnach weitere Bekenntnisse von Ärzten über nach sich, wodurch die Euthanasie-Bewegung eine zusätzliche Mobilisierung erfuhr. Die öffentlichen Fall-Diskussionen führten zur öffentlichen Tolerierung der Euthanasie. Insbesondere das „Ärzte-Outing“ hob die Diskussion auf die Ebene der öffentlichen Verhandlung. Die Bekenntnisse der Mediziner wiesen – scheinbar – auf einen verbesserungswürdigen Umstand hin: Noch müsse eine, so schien es, überaus menschliche Tat, konkret die Verhinderung von schwerem Leiden und wenn das Leben für den Betroffenen nicht mehr lebenswert schien, illegal ausgeübt werden. Ärzte, die aus Verantwortungsgefühl diese menschliche Tat begehen, handelten demnach gegen die Gesetzgebung und müssten mit Sanktionen rechnen. Innerhalb dieser Argumentationskette erschien folglich die Änderung der Gesetzgebung hin zur Legalisierung der Euthanasie in bestimmten Fällen als die bessere Alternative¹²².

Als Reaktion auf Van den Bergs Buch und den Fall Postma veröffentlichte die „Königliche Niederländische Ärztevereinigung“ (KNMG) im Jahr 1973 eine „Provisorische Stellungnahme zur Euthanasie“, wonach Euthanasie zwar weiterhin strafbar sein sollte, den

¹¹⁹ Kimsma/Leeuwen 2000, S. 279.

¹²⁰ Vgl. Cohen-Almagor 2002, S. 7.

¹²¹ Vgl. Cohen-Almagor 2002, S. 7.

¹²² Vgl. Jordan 2007, S. 75.

Gerichten allerdings eine Prüfungsmöglichkeit eingeräumt werden sollte, ob die Handlung im Ausnahmezustand einer ärztlichen Pflichtenkollision vorgenommen wurde und daher straffrei bleiben sollte¹²³. Die Gründung der NVVE im Jahr 1973 ist im Zusammenhang mit dem Fall Postma zu sehen¹²⁴.

1981 wurde ein Nicht-Mediziner von einem Distriktgericht in Rotterdam wegen Beihilfe zum Suizid verurteilt. In der Urteilsbegründung formulierte das Gericht jedoch Bedingungen, unter denen Euthanasie straffrei bleiben sollte, wenn sie von einem Arzt ausgeführt würde, wie z. B. unerträgliches Leid, freiwilliger Entschluss, Urteilsfähigkeit, Diskussion von Alternativen und die Hinzuziehung eines weiteren Arztes¹²⁵.

3.9.1 Entstehung einer neuen medizinischen Ethik

Die zunehmende Technologisierung und Ökonomisierung der Medizin kann als Hauptmotiv für die Entstehung der niederländischen Euthanasie-Bewegung identifiziert werden. Diese Veränderungen in der Medizin wurden erstmals im bereits erwähnten Buch *„Medizinische Macht und medizinische Ethik“* beschrieben, das vom Psychiater Jan Hendrik van den Berg im Jahr 1969 publiziert wurde. Das Werk gilt bis heute als Wegbereiter einer medizinischen Ethik in den Niederlanden, die das Autonomieprinzip stark in den Vordergrund rückt¹²⁶. Das Buch stellte erstmals den Sinn einer medizinisch-technologischen Lebensverlängerung infrage, wobei das Problem hauptsächlich in der mangelnden Patientenautonomie gesehen wurde. Aus Sicht des Politikwissenschaftlers Cohen-Almagor besteht die Tragik darin, dass die Menschen durch die immer neuen, technischen Möglichkeiten der Medizin am Leben erhalten werden konnten, ohne dass es ihrem eigenen Interesses diene. Nach Cohen-Almagor sei das Buch von van den Berg daher ein Plädoyer für die Freigabe der Euthanasie für diese Opfer der Medizin. In einer philosophischen Analyse der Euthanasie-Debatte und der Nazi-Ideologie beschrieb der Arzt und Philosoph Wim Dekkers den Protest gegen die *„Macht der modernen Medizin, Menschen von ihrem eigenen Sterben zu entfernen“*¹²⁷. Daraus ging die Forderung nach einer „humaneren Medizin“ hervor – es wurde der „entfremdete Sterbeprozess“ kritisiert

¹²³ Vgl. Otlowski 1997, S. 396.

¹²⁴ Vgl. Haasnoot 1996, S. 12.

¹²⁵ Vgl. Gomez 1991, S. 32-34.

¹²⁶ Vgl. Janssens/Ten Have 2000, S. 204.

¹²⁷ Dekkers 2000, S. 367.

sowie die unzureichende Behandlung von Schmerzen und die Einsamkeit der Patienten am Lebensende¹²⁸.

Es entstand eine gesellschaftliche Bewegung, welche die Legalisierung einer medizinisch assistierten Euthanasie befürwortete. In ihr waren unterschiedliche Akteure vertreten, darunter Ärzte, Patientengruppen, Politiker, Rechtsanwälte, Gerichte und religiöse Organisationen¹²⁹. Als konsequente Gegner der Euthanasie konnten nur wenige aufgefunden werden, wie z. B. die Partei der Christdemokraten, die aus dem Zusammenschluss protestantischer und römisch-katholischer Parteien entstanden war (vgl. Jordan 2007, S. 77) und die, wie bereits erwähnt, als regierende Partei mindestens bis 1989 sämtliche Gesetzesinitiativen blockierte.

Bis in die 1980er Jahre wurde die niederländische Euthanasie-Debatte auf Basis einer breiten öffentlichen Akzeptanz in der Bevölkerung ausgetragen. Die Gegner hatten bereits akzeptiert, „einen verlorenen Kampf“¹³⁰ auszutragen. Auf dieser grundlegenden öffentlichen Akzeptanz konnten weitere Bemühungen aufbauen. Dagegen gab es vergleichsweise wenig formulierte Befürchtungen eines Missbrauchs oder einer „schiefen Ebene“¹³¹. Als Grund für diese gesellschaftliche Akzeptanz wird meist gesehen, dass es in der niederländischen Geschichte keine nationalsozialistischen Tötungsverbrechen und auch keine Beteiligung niederländischer Ärzte dieser Art gegeben hatte. Die Autoren Humphry und Wickett berichten gar von massivem und letztendlich ungebrochenem ärztlichem Widerstand, als im Zuge des Einmarsches deutscher Truppen von niederländischen Ärzten die Beteiligung an Zwangssterilisationen und Tötungen behinderter Menschen gefordert wurde¹³². In diesem Fehlen eines staatlichen „Euthanasie“-Programmes sehen Kimsma und Van Leeuwen das große Vertrauen der niederländischen Gesellschaft in ein grundsätzliches moralisches Gefüge, das eine Euthanasie-Legalisierung „auffangen könnte“. *„Diese Überzeugung, die der Angst vor einer schiefen Ebene entgegensteht, ist in Deutschland nicht vorhanden“*¹³³.

¹²⁸ Vgl. Jannsens/Ten Have 2000, S. 213.

¹²⁹ Vgl. Cohen-Alaagor 2002, S. 7.

¹³⁰ Kimsma/Van Leeuwen 2000, S. 282.

¹³¹ Jordan 2007, S. 77.

¹³² Vgl. Humphry/Wickett 1986, S. 273.

¹³³ Kimsma/Leeuwen 2000, S. 282.

Das fehlende Bewusstsein über diese Verbrechen im Nationalsozialismus wird allerdings auch kritisch gesehen und gerade deshalb vor einem unvorsichtigen Umgang mit den Folgen einer Legalisierung der Euthanasie gewarnt. So spricht etwa der Jurist und Redakteur der Tageszeitung *De Verdieping Trouw*, Chris Rutenfrans, von einer gefährlichen „Naivität“¹³⁴ der Niederländer. Trotz dieser auch vorhandenen kritischen Sichtweisen wurden rechtliche und medizinische Regelungen zur Euthanasie getroffen¹³⁵.

Die KNMG, welche vergleichbar mit der Deutschen Bundesärztekammer ist, arbeitet seit 1974 eng mit dem niederländischen Justizministerium zusammen. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte die KNMG eine medizinisch assistierte Tötung abgelehnt. Diese Einstellung änderte sich jedoch zugunsten von Würde und Selbstbestimmtheit, was auch der öffentlichen niederländischen Meinung entspricht¹³⁶.

3.9.2 Liberalisierung durch Regelung

Im Jahr 1984 wurde erstmals ein Sterbehilfefall vor einem niederländischen Gericht verhandelt, der einen rechtfertigenden Notstand eines Arztes thematisierte. Im letztinstanzlichen Urteil, das 1987 erging, war zu lesen, dass zwar die Argumente „Autonomie“ und „gängige medizinische Praxis“ nicht zu einer Rechtfertigung herangezogen werden können, ein Arzt sich allerdings in solch einer Situation auf einen rechtfertigenden Notstand berufen könne, da er sich in einem Konflikt zwischen mehreren Pflichten befände, nämlich einerseits zwischen der Pflicht zu heilen und andererseits der Pflicht, den unheilbar kranken Patienten nicht unnötig leiden zu lassen¹³⁷. An dieser Stelle ist anzumerken, dass es sich bei diesem Fall um aktive Tötung auf Verlangen handelte – die niederländische Diskussion kennt eine Unterscheidung in aktive und passive, direkte und indirekte Euthanasie nicht, sondern meint mit Euthanasie immer die Tötung auf Verlangen. Nach einer erstinstanzlichen Verurteilung des Arztes erging der Freispruch erst, nachdem das Berufungsgericht vor seiner neuerlichen Verhandlung und Entscheidung eine Stellungnahme der Ärztekammer KNMG einholte¹³⁸, die für den anschließenden

¹³⁴ Chris Rutenfrans spricht von einer gefährlichen „Naivität“ (2001, S. 162).

¹³⁵ Vgl. Kimsma/Van Leeuwen 2000, S. 208.

¹³⁶ Vgl. Kimsma/Van Leeuwen 2000, S. 208.

¹³⁷ Vgl. Kimsma/Van Leeuwen 2000, S. 287.

¹³⁸ Vgl. Gomez 1991, S. 37-39.

Freispruch maßgeblich war¹³⁹. Diese und andere Gerichtsentscheidungen führten dazu, dass trotz formellen gesetzlichen Verbots die juristische Praxis ärztliche Euthanasie-Handlungen unter bestimmten Sorgfaltsbedingungen tolerierte. Es folgten weitere Gerichtsverhandlungen und -urteile in Euthanasie-Fällen, welche zu einer Fortführung der Debatte beitrugen. Auch die Gruppierungen von Befürwortern gewannen stärkeren Einfluss¹⁴⁰.

Im Zusammenhang mit der Gerichtsverhandlung in Den Haag veröffentlichte die KNMG im Jahre 1984 auch eine Grundsatzklärung mit konkret formulierten Sorgfaltsbedingungen, unter welchen eine medizinisch assistierte Tötung straffrei bleiben sollte. Die Tendenz dieser Erklärung ging – obwohl Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid weiter strafbar bleiben sollten – eindeutig in Richtung einer Akzeptanz der aktiven Euthanasie als „medizinische Maßnahme“ (Benzenhöfer 1999, S. 178). Diese Grundsatzklärung der Ärzteschaft spielte in den Niederlanden im Legalisierungsprozess der darauffolgenden Jahre eine entscheidende Rolle¹⁴¹. Zur Findung von Kriterien, unter denen die Straffreiheit gewährt werden sollte, bedurfte es demnach der Vorarbeit der Ärzteschaft, da die „gängige medizinische Praxis“ und die „vorherrschende Auffassung medizinischer Ethik“ die Grundlagen für einen Konsens bilden sollten¹⁴². Gesetzesinitiativen, so z. B. der Antrag der linksliberalen Partei im Jahr 1984¹⁴³, wurden jedoch – wie erwähnt – von den Christdemokraten abgelehnt. Eine Initiative der Regierung im Jahr 1986, wonach Euthanasie nur dann angewendet werden dürfe, wenn sich der unheilbar Kranke bereits in der Sterbephase befinde, wurden auf Eis gelegt, bis höchstrichterliche Entscheidungen vorlagen¹⁴⁴ (zu diesem Zeitpunkt lag die Entscheidung des Berufungsgerichtes in Den Haag noch nicht vor)¹⁴⁵.

¹³⁹ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 177-178.

¹⁴⁰ Vgl. Cohen-Almagor 2002, S. 7.

¹⁴¹ Vgl. Gomez 1991, S. 154. Die Stellungnahme wurde in der Zeitschrift „Medisch Contact“ vom 12.06.1985 (S. 770-775) veröffentlicht.

¹⁴² Vgl. Kimsma/Van Leeuwen 2000, S. 284.

¹⁴³ Nach dem Antrag der linksliberalen Partei D '66 sollte der Artikel 293 (Sterbehilfe) und 294 (Beihilfe zur Selbsttötung) im Sinne einer Liberalisierung geändert werden und so ein „*Beitrag zur Förderung der Humanisierung des Sterbevorgangs*“ geleistet werden (vgl. Hubben 2000, S. 270).

¹⁴⁴ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 179.

¹⁴⁵ Vgl. ebd

Im Frühjahr 1989 brach die niederländische konservativ-christdemokratische Koalition auseinander. Im Zuge der von der neuen Koalitionsregierung aus Christdemokraten und Arbeiterpartei im Jahr 1991 in Auftrag gegebenen sogenannten „Rommelink-Studie“ wurden skandalöse 1000 Fälle von Euthanasie-Handlungen eruiert, die *ohne* Verlangen des Patienten erfolgt waren¹⁴⁶. In weiteren Teilstudien der „Rommelink-Kommission“ wurde deutlich, dass Euthanasie und ärztliche Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden in beträchtlichem Ausmaß vorkamen¹⁴⁷. Die abschließende Empfehlung der Kommission war, dass Euthanasie zwar weiter straffrei bleiben sollte, das Bestattungsgesetz allerdings so geändert werden sollte, dass bei Einhaltung gewisser Verfahrensregeln Euthanasie-Fälle nicht strafverfolgt werden sollen¹⁴⁸. Nach dieser Empfehlung müsse der Sterbewillige freiwillig um Sterbehilfe bitten und diesen Wunsch wiederholt vortragen, voll aufgeklärt sein, sich in einer „unerträglichen“ und „hoffnungslosen“ Situation ohne akzeptable medizinisch Alternativen befinden und es müsse die Meinung eines zweiten Arztes eingeholt werden. Der Vorschlag erlangte letztendlich im Jahr 1994 Gesetzeskraft¹⁴⁹.

Am 10. April 2001 wurde vom niederländischen Parlament das *Gesetz über die Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung*, Artikel 293 und 294, verabschiedet. Es trat im März 2002 in Kraft. Die sozialliberale Regierung bekräftigte mit der Regelung ihren Wunsch nach „*Ruhe und Sicherheit für Patienten und Ärzte*“¹⁵⁰. Damit waren die Niederlande das erste europäische Land, das eine medizinisch assistierte Lebensbeendigung durch Ärzte unter bestimmten Umständen straffrei stellte. Dieses Gesetzes ist vor allem neuartig, weil die Prüfung der Einhaltung der Sorgfaltsbedingungen bei fünf regionalen Untersuchungsausschüssen liegt, die darüber entscheiden, ob ein Fall an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet wird. Damit obliegt die Entscheidung über eine rechtliche Verfolgung mit einem Strafmaß von bis zu 12 Jahren dem Untersuchungsrichter¹⁵¹.

¹⁴⁶ Van der Maas et al. 1991: Euthanasia and other medical Decisions concerning the End of Life. Lancet 1991

¹⁴⁷ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 181.

¹⁴⁸ Vgl. Van Delden 1993, S. 24-27.

¹⁴⁹ Vgl. Benzenhöfer 1999, S. 182.

¹⁵⁰ <http://www.rp-online.de/politik/erstes-gesetz-fuer-sterbehilfe-verabschiedet-1.2271238> (24.10.2012).

¹⁵¹ Vgl. Jordan 2007, S. 82.

3.10 Überblick

Folgende Zeittafel (siehe Tabelle 2) solle die Entwicklungen der Sterbehilfedebatte in den Niederlanden und deren zugrundeliegenden, wesentlichen Ereignisse nochmals im Überblick darstellen:

4 Die Diskussionsteilnehmer

Die Debatte über eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wird kontrovers und emotional geführt und kann als eine Debatte über Werte bezeichnet werden. Es geht um den Wert des Lebens, der einmal als Geschenk und daher Gut gesehen wird, das unter allen Umständen zu beschützen und aufrechtzuerhalten ist, und einmal als Gut, worüber jeder frei verfügen können soll¹⁵³. Diese fundamentalen Gegensätze erzeugen Differenzen von ganz besonderem Ausmaß. Die Liberalisierungsgegner sind organisiert und agieren aus einer traditionell und historisch gewachsenen sowie mehr oder weniger homogenen Organisationsstruktur heraus, was den Kampf für die Sache wesentlich erleichtert. Es sind dies die meist einflussreichen Vertreter der Ärzteschaft, Kirchenvertreter, Theologen, Hospizvereine und katholisch orientierte Sozialphilosophen, die jedwede Legalisierung einer Tötung auf Verlangen kategorisch ablehnen. Die Juristenverbände offerieren immer wieder Vorschläge zu einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe-Thematik (siehe Kapitel 5.1.10). Als weitere homogene Gruppen sind die palliativmedizinischen Gesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Österreichische Palliativgesellschaft und die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Care) zu nennen, die entschieden gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe eintreten und als Alternativen sowohl den Ausbau als auch die Stärkung der Palliativmedizin fordern.

Die Seite der Befürworter einer Legalisierung ist deutlich schwieriger zu bestimmen. Hier existieren wenige organisierte Zusammenschlüsse. Meist handelt es sich um lose und heterogene Gruppen, die sich für das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben einsetzen. Oft sind es betroffene, also sterbenskranke Personen oder deren Angehörige, die eine Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe fordern, deren Forderungen vor Gericht verhandelt und medial diskutiert werden. Ein Beispiel ist der Fall der Engländerin Diane Pretty, die vom Kopf abwärts gelähmt aktive Sterbehilfe forderte, was der Europäische Gerichtshof in einem Grundsatzurteil mit der Begründung ablehnte, es gebe kein Grundrecht auf aktive Sterbehilfe¹⁵⁴. Im Zuge dieser medial aufbereiteten Einzelfälle tritt das Thema immer wieder gesellschaftlich in den Vordergrund und es melden sich zahlreiche Unterstützer zu Wort. Diese stammen oft auch aus den Reihen der Mediziner, wo sich immer wieder

¹⁵³ Vgl. Ebner 2011, S. 8.

¹⁵⁴ Vgl. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Vierte Sektion, Rechtssache Pretty gegen das Vereinigte Königreich, Antrag Nr. 2346/02, Urteil, Strassburg, 29. April 2002, auch online.

Einzelne für die aktive Sterbehilfe einsetzen. Ebenso treten liberal orientierte Sozialphilosophen und Sozialkritiker für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ein¹⁵⁵.

Auf der Seite der Betroffenen stehen – wenn auch wenige – ebenso organisierte Vereinigungen wie die Hospize und Hospizvereine (Deutsche Hospiz Stiftung, Dachverband Hospiz Österreich) und die in Deutschland einzigartige Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), die 1980 gegründet wurde und sich als Bürgerrechtsbewegung sowie Menschenrechts- und Patientenrechtsorganisation versteht. Über die tatsächlichen Meinungen der Betroffenen existieren jedoch sehr wenig empirische Daten¹⁵⁶, was mit dem bereits erwähnten Umstand zusammenhängen mag, dass die Betroffenen keine homogene gesellschaftliche Gruppe ausbilden und sich darüber hinaus eine Befragung aufgrund des meist schlechten Gesundheitszustandes der Betroffenen als schwierig erweisen kann¹⁵⁷. Es können daher zunächst nur jene Meinungen betrachtet werden, die Organisationen vertreten, welche sich für Schwerkranke und Sterbende engagieren. Die bereits erwähnte DGHS setzt sich nach eigenen Angaben für das Recht der Menschen auf ein selbst bestimmtes Sterben ein¹⁵⁸. Auf der Seite der Liberalisierungsgegner treten die sogenannten Lebensrechtsorganisationen wie z. B. die Deutsche Hospiz Stiftung als Fürsprecher für Betroffene in Erscheinung. Die DGHS wurde 1980 gegründet, die Gründung der Deutschen Hospiz Stiftung fällt auf das Jahr 1995. Davor kann nicht von einer Nachvollziehbarkeit der Standpunkte der Betroffenen oder einer Vertretung derselben gesprochen werden¹⁵⁹. Auch werden immer wieder Meinungsumfragen zitiert¹⁶⁰, wonach die Mehrheit der Bevölkerung die aktive Sterbehilfe wünscht¹⁶¹. Diese Umfragen sind meist heftig umstritten, insbesondere wird von Legalisierungsgegnern die Art der Fragestellung – hier besonders die fehlenden Alternativen zur aktiven Sterbehilfe – beanstandet¹⁶² oder die mangelhaften Methoden stehen in der Kritik. Feldmann bezeichnet z. B. die Fragestellung in der 1997 im Auftrag

¹⁵⁵ Vgl. Feldmann 2010, S. 164f., 170.

¹⁵⁶ Vgl. etwa Pleschbergers Umfrage zum Sterben in Würde in Pflegeheimen 2006, Mehnert et al. 2005.

¹⁵⁷ Vgl. Wolf 2008, S. 91.

¹⁵⁸ Vgl. DGHS 2011.

¹⁵⁹ Vgl. Wolf 2008, S. 91.

¹⁶⁰ Vgl. Wolf 2008, S. 91.

¹⁶¹ Vgl. Monte 1991; DGHS 2001, 2002; Institut für Demoskopie Allensbach 2001; O'Neill 2003.

¹⁶² Vgl. Schuler, 2005.

der Deutschen Hospiz Stiftung vom Emnid-Institut durchgeführten Meinungsumfrage, in der sich die Befragten zwischen Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe „entscheiden“ sollten, als „*abschreckendes Beispiel in Lehrveranstaltungen zur Einführung in die Methoden empirischer Sozialforschung*“¹⁶³.

Des Weiteren erstellen Ethikräte Empfehlungen (z. B. der Deutsche Nationale Ethikrat¹⁶⁴ mit seiner Stellungnahme zur Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, 2006), Politiker melden sich zu Wort (z. B. Bundespräsident Horst Köhler¹⁶⁵, Bundesjustizministerin Brigitte Zypries¹⁶⁶) oder legen Gesetzesentwürfe vor (so z. B. der CDU-Politiker Roger Kusch¹⁶⁷), Philosophen und Soziologen beschäftigen sich ebenso mit dem Thema¹⁶⁸.

Bei einer Betrachtung der aktuellen Gesetzes- und Rechtslage muss man feststellen, dass trotz einer vielschichtig und kontrovers verlaufenden Diskussion und trotz gesellschaftlicher und ethischer Gegenbewegungen die aktive Sterbehilfe im Großteil Europas bis heute unter Strafe gestellt ist¹⁶⁹. Die heutige Gesetzeslage und Rechtsprechung bezüglich der aktiven Sterbehilfe spiegeln daher die Ansichten der Liberalisierungsgegner wider. Hinsichtlich der anderen Arten und Formen von Sterbehilfe (passive, indirekte etc.) lässt sich feststellen, dass sich die Rechtsprechung im untersuchten Zeitraum von 1945 bis heute deutlich gewandelt hat, hin zur Straffreiheit des Sterbenlassens und des ärztlich assistierten Suizides (also der heute unter „passive Sterbehilfe“ subsumierten Tatbestände). Ein Überblick über die Rechtslage in Europa und die Nachzeichnung der

¹⁶³ Feldmann 2005, S. 10.

¹⁶⁴ Dieser Rat aus 25 Sachverständigen aus Wissenschaft, Politik, Industrie, Gewerkschaften, Philosophie und Theologie wurde 2001 von Bundeskanzler Gerhard Schröder eingerichtet, um die Regierung in Fragen von Gentechnologie und Biomedizin zu beraten.

¹⁶⁵ Der deutsche Bundespräsident Horst Köhler bei einer Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2005 in Würzburg: „Nicht durch die Hand eines anderen sollen die Menschen sterben, sondern an der Hand eines anderen“ (vgl. KNA extra, Im Zweifel für das Leben, S. 17).

¹⁶⁶ Zypries sprach sich 2006 gegen gesetzliche Neuregelungen der Sterbehilfe aus (vgl. KNA extra, Im Zweifel für das Leben, S. 28).

¹⁶⁷ Der CDU-Politiker und Justizsenator hat sich als erster führender Vertreter der Union für die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe ausgesprochen. Er legt 2006 einen Gesetzesentwurf vor, worin die Tötung von Menschen in bestimmten Fällen legalisiert werden soll (vgl. KNA extra, Im Zweifel für das Leben, S. 17-20).

¹⁶⁸ Vgl. Birnbacher, 2005 und Feldmann, 2012.

¹⁶⁹ Vgl. Holderegger 1999, S. 18.

Entwicklung der Rechtsprechung zur Sterbehilfe in Deutschland folgen in den Kapiteln 6 und 7.

4.1 Die Ärzteschaft und ihre Haltungen zur Sterbehilfe

Nach den Schreckenstaten im Nationalsozialismus war die Sterbehilfe im deutschsprachigen Raum lange Zeit ein Tabuthema. Neben den allgemeinen Rechtfertigungsversuchen in der Nachkriegszeit¹⁷⁰ wurde in den Reihen der Mediziner das Thema lange Zeit totgeschwiegen. Als unmittelbar betroffene Berufsgruppe hat sich diese dann unter dem Druck der durch die medizinischen Neuerungen (z. B. Herz-Kreislauf-Wiederbelebung, Intensivmedizin, Organtransplantation) aufkommenden Fragen über die Sinnhaftigkeit dieser innovativen lebensverlängernden Maßnahmen erst sehr spät zur Sterbehilfe geäußert und Richtlinien vorgeschlagen. Die Tabuisierung und das konsequente Schweigen der Ärzteschaft, das bis weit in die 1970er Jahre hinein reichte, kann als erste klare Positionierung der Mediziner gegen jedwede Form von Sterbehilfe wertet werden. Es waren aber vor allem die Ärzte, die durch reale Problemstellungen und Grenzsituationen im medizinischen Alltag immer wieder mit dem Thema konfrontiert wurden. Daher hatten vor allem die Mediziner Interesse an Handlungsanleitungen und Richtlinien.

Die Debatte über Sterbehilfe keimte erstmals in den späten 1950er und 1960er Jahren wieder auf, als neue Konzepte wie die „Wiederbelebung“ durch Mund-zu-Mund-Beatmung, extrathorakale Herzmassage, elektrische Defibrillation und die Verabreichung von Blutersatzmitteln in die medizinische Therapie am Lebensende Einzug hielten. Auch die zeitgleich entwickelten Möglichkeiten zur künstlichen Beatmung und damit die erstmalige Möglichkeit, das Leben trotz Erlöschen der grundlegendsten Vitalfunktionen wie Atmung und Kreislauf über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten, machte eine neuerliche Diskussion über Eingriffe in den natürlichen Sterbeprozess notwendig. Der Tabubruch erfolgte jedoch zunächst im Ausland, hier vor allem in den USA und in Großbritannien¹⁷¹. In den Niederlanden, die sodann im Jahr 2001 als erster Staat Europas die Tötung auf Verlangen erlauben, begann die Debatte mit der Veröffentlichung des Buches „Ärztliche Macht und ärztliches Ethos“ des Neurologen Jan Hendrik van den Berg, der darin eine sinnlose Lebensverlängerung ablehnte. Aufsehenerregende Prozesse, allen voran jener der niederländischen Ärztin, welche für die von ihr gesetzte tödliche Morphin-

¹⁷⁰ Vgl. z. B. Catel 1962.

¹⁷¹ Vgl. Wolf 2008, S. 76.

Injektion bei ihrer sterbenskranken Mutter lediglich eine symbolische Strafe erhielt und die darauffolgende Stellungnahme der Ärzteschaft, führten zur Gründung einer staatlichen Kommission. Die von dieser staatlichen Kommission in der Folgezeit geführten Umfragen ergaben, dass die Tötung auf Verlangen in den Niederlanden unter Ärzten inoffiziell bereits weit verbreitet war. Im Jahr 2001 schloss sich die tatsächliche Legalisierung der aktiven Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen an (siehe Kapitel 3.7).

Den Startschuss zu einer öffentlichen Diskussion über die Tötung auf Verlangen und somit zum Bruch des Tabuthemas Euthanasie markierte in der BRD der oben erwähnte Fall der niederländischen Ärztin Postma im Jahr 1973 und deren Verurteilung zu einer lediglich symbolischen Strafe. Für die deutsche Ärzteschaft waren nach 1945 zunächst die eindeutige Verurteilung von und die eigene Abgrenzung zu den Gräueltaten der Nationalsozialisten prägend für erste Positionierungen zum Thema Sterbehilfe. Eine konkrete Stellungnahme der Ärzte fand zunächst nicht statt und wurde aufgrund der beiden Todesurteile in den Nürnberger Ärzteprozessen tabuisiert. Es folgte jedoch eine Reihe von ethischen Regelwerken, die die Schreckenstaten in der Nazizeit verurteilen sollten. Das erste ethische Regelwerk für die Medizin war der Nürnberger Ärztekodex¹⁷², der am Ende der Ärzteprozesse nach den Todesurteilen verkündet wurde und einen weltweiten Standard für medizinische Versuche an Menschen schaffen sollte, in dessen Mittelpunkt die immer wieder betonte absolute Freiwilligkeit der Versuchspersonen stand: *Keine Behandlung ohne Einwilligung* war einer der zentralen Punkte des Nürnberger Ärztekodex, der für die Diskussion über die Tötung auf Verlangen bis heute maßgeblich ist. Der 52. Deutsche Ärztetag erklärte im Jahre 1949 ein Gelöbnis auf Basis des „Hippokratischen Eides“ erstmals zum Bestandteil der Berufsordnung¹⁷³. Weitere internationale Richtlinien entstanden, wie das „Genfer Gelöbnis“ von 1948¹⁷⁴ sowie 1949 die „Internationale Ärztliche Standesordnung“ des Weltärztebundes. Es folgten die „Deklaration von Helsinki“ 1964 und die Einrichtung von Ethikkommissionen in Krankenhäusern. In all diesen Jahren nach Ende des Zweiten Weltkrieges galt die Thematik jedoch als indiskutabel und bedurfte somit augenscheinlich keiner Positionierung (vgl. Wolf 2008, S. 84).

Erstmals zu einer breiten Diskussion in den Medien und zu gesellschaftlicher Entrüstung führten die Versuche einer Neupositionierung innerhalb der Ärzteschaft durch den Bonner

¹⁷² Vgl. Wolf 2008, S. 83.

¹⁷³ Vgl. Musterberufsordnung der Bundesärztekammer 2011, online.

¹⁷⁴ Vgl. Deklaration von Genf, 1948, online.

Neurochirurgen Petter Röttgen und von Julius Hackethal. So warb etwa Röttgen in einem Artikel des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“ 1967 für das „Recht zu Sterben“ und der Arzt Julius Hackethal erhitzte die Gemüter mit seinen Bekenntnissen über von ihm verübte Sterbehilfe und seinem Film, der einen von ihm assistierten Suizid einer Patientin mit Zyankali zeigte. Es konnten sich aber weder die Vorstellungen von Röttgen noch jene von Hackethal in der Ärzteschaft durchsetzen¹⁷⁵.

Das erste offizielle Dokument einer Positionierung zum Thema Sterbehilfe waren die 1979 von der Deutschen Bundesärztekammer veröffentlichten „Richtlinien zur Sterbehilfe“. Die Notwendigkeit einer solchen Richtlinie seitens der Ärzteschaft wurde aufgrund der durch den medizinischen Fortschritt nunmehr auch auf politischer Ebene immer stärker geführten Debatten gesehen. Auch wurde auf den Hinweis aus der Politik reagiert, dass in anderen Ländern, wie bspw. der Schweiz, Regelungsvorschläge aus den Reihen der Ärzte und nicht vonseiten der Politik gekommen seien¹⁷⁶. Auch durch die beschriebenen Ereignisse in den Niederlanden (Fall Postma und die ausgelöste Diskussion) übten Druck auf deutsche Ärztevereinigungen aus, sich zur Euthanasie zu positionieren.

In dieser ersten Handlungs-Richtlinie aus dem Jahr 1979 wird dargelegt, dass jede aktive Tötung, selbst wenn sie auf ausdrückliches Verlangen des Patienten geschieht, strikt abgelehnt wird. Die Richtlinie vermochte jedoch nicht alle Definitions- und Interpretationsschwierigkeiten zu beseitigen, v. a. hinsichtlich der Bestimmung des Todeszeitpunktes und den damit zusammenhängenden Schwierigkeiten bei Organtransplantationen. Sich anschließend folgte die Erstellung von „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“¹⁷⁷.

Als unmittelbare Reaktion auf die Gründung der DGHS veröffentlichte der Deutsche Ärztetag 1981 eine Stellungnahme zum, die sich erneut klar gegen jede Form der Sterbehilfe richtete, aber auch eine (unsinnige) Lebensverlängerung um jeden Preis ablehnte¹⁷⁸. Weitere Stellungnahmen¹⁷⁹ der Ärzteschaft behielten diese kategorische

¹⁷⁵ Vgl. Wolf 2008, S. 85.

¹⁷⁶ Vgl. Wolf 2008, S. 85.

¹⁷⁷ Vgl. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, online.

¹⁷⁸ Entschließung des 84. Deutschen Ärztetages 1981: Humanes Sterben, in: Eser, A.; Koch, H. G. (Hrsg.) Materialien zur Sterbehilfe, Freiburg im Breisgau 1991, S. 152.

¹⁷⁹ Vgl. weitere Stellungnahmen der Ärzteschaft in: Eser, Albin/ Koch, Hans Georg, Materialien zur Sterbehilfe.

Ablehnung aktiver Sterbehilfe bei, wie z. B. die Resolution der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Betreuung todkranker Sterbender¹⁸⁰ oder eine Resolution der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie¹⁸¹. Beide Richtlinien stammen aus dem Jahr 1979.

Der ersten Positionierung der Deutschen Ärztekammer mit dem Titel „Richtlinie zur Sterbehilfe“ folgte eine Reihe an Aktualisierungen. Die Richtlinie wurde im Jahr 1993, 1998, 2004 und zuletzt 2011 aktualisiert, um den jeweiligen juristischen und politischen Neuerungen zu entsprechen sowie den sich ändernden internationalen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen. Werden die Aktualisierungen im zeitlichen Kontext betrachtet, so macht dies deutlich, dass die Anpassungen stets unter Druck von außen stattfanden: In Reaktion auf die Entwicklungen in der Schweiz wurde in der Richtlinie 1993 besonders der mutmaßliche Wille von Patienten stärker betont, der erstmals auch durch Patientenverfügungen unterstützt werden sollte. In Folge zur Sterbehilfe ergangener Gerichtsurteile zur Sterbehilfe, wie vor allem dem Urteil des BGH zur Sterbehilfe von 1994¹⁸² (Behandlungsabbruch bei irreversibel Bewusstlosen) und des OLG Frankfurt von 1998¹⁸³ (Einstellung der künstlichen Ernährung möglich, wenn dies dem mutmaßlichen Patientenwillen eines im Koma liegenden Patienten entspricht), wurden im Jahr 1998 neue „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ verabschiedet, in welchen eine Therapiebegrenzung erstmals nicht nur im Fall Sterbender, sondern auch in anderen Fällen als zulässig erachtet wurde. Gleichzeitig wurde der Patientenwille verstärkt anerkannt.

In den Grundsätzen zur Sterbehilfe der Bundesärztekammer aus dem Jahre 2004 wurde schließlich der zentrale Stellenwert des Patientenwillens noch stärker betont und Patientenverfügungen wurden als wesentliche Handlungshilfe für den Arzt empfohlen¹⁸⁴.

Darüber hinaus hat die Ärztevertretung festgestellt, dass sie „eine gesetzliche Neuregelung der Sterbebegleitung in Zukunft [für] nicht notwendig“ (Beleites in: Kodalle 2003, S. 48) erachtet und die derzeitige Gesetzeslage als ausreichend empfunden wird. Vorschlägen des

¹⁸⁰ Vgl. Wolflast: Textsammlung Sterbehilfe, 2001.

¹⁸¹ Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36/6 (2003), S. 492-494.

¹⁸² „Kemptener Fall“ vom 13.09.1994, NJW 1995, 204.

¹⁸³ OLG Frankfurt/Main vom 15.07.1998, 20 W 294/98.

¹⁸⁴ So heißt es in den Grundsätzen von 2004: „Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.“ (Aus: Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 7. Mai 2004).

Deutschen Juristentages, den assistierten Selbstmord unter bestimmten Bedingungen zu legalisieren, steht die Ärzteschaft daher kritisch gegenüber. Viele Ärzte lehnen eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe sogar komplett ab¹⁸⁵. Der ehemalige Bundesärztekammerpräsident, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, betonte zudem, dass ein Gesetz nicht auf Einzelfälle eingehen könne und daher wenig hilfreich sei. Es werde daher eine gemeinsame Beratung von Medizinern und Angehörigen eines Patienten sowie dem Pflegepersonal bevorzugt, die unter Hinzuziehung eines professionellen Ethikers erfolgen soll. Eine Suizidbeihilfe von Strafe freizustellen, sei für ihn widersprüchlich, da er keinen Unterschied zwischen der Tötung auf Verlangen und dem vorgeschlagenen ärztlich assistierten Suizid erkenne. Zur aktiven Sterbehilfe und Suizidbeihilfe meinte Hoppe generell: „Wir möchten nicht, dass Ärzte sich an der Tötung von Menschen beteiligen – auch nicht als Gehilfen¹⁸⁶“ erklärte der Ärztekammerpräsident. „Dies“, so Hoppe, „würde das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten stören“¹⁸⁷. Er ging noch weiter und forderte 2005 sogar eine eindeutige gesetzliche Ablehnung der Sterbehilfe¹⁸⁸, um Organisationen wie „Dignitas“ einzuschränken.

Nach Wolf zeige die Ablehnung gesetzlicher Regelungen durch die Mehrheit der Ärztevertreter, wie schwierig derartige Gesetze aus Sicht der Ärzte durchzuführen seien und wie tiefgreifend die Angst vor einer rechtlichen Kontrolle der Sterbehilfe sei. Die Entscheidung im Einzelfall berge zwar die Gefahr der Fehlentscheidung, werde aber offenbar gegenüber zu strikten oder laxen gesetzlichen Regeln vorgezogen¹⁸⁹.

Umfragen innerhalb der Ärzteschaft decken dennoch auch andere Meinungen auf. So wurde im Jahr 2002 wurde vom Arbeitskreis Ethik der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) eine anonyme Befragung unter den Mitgliedern der DGP durchgeführt, in der die Haltung der Ärzte zu verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten bei „unerträglichem Leid“ von Patienten ermittelt wurde¹⁹⁰. Die Antworten der DGP-Mitglieder wurden mit Fragebögen einer Vergleichsgruppe, bestehend aus nicht in der DGP

¹⁸⁵ Vgl. Niethammer in: Jens, S. 133-148.

¹⁸⁶ So Hoppe in der Neuen Osnabrücker Zeitung vom 19.09.2006.

¹⁸⁷ Vgl. ebd.

¹⁸⁸ Vgl. Bundesärztekammer, Pressemitteilung der Bundesärztekammer, „Hoppe: Klare Gesetze gegen Sterbehilfe“, online.

¹⁸⁹ Vgl. Wolf 2008, S. 87.

¹⁹⁰ Online unter: <http://data.aerzteblatt.org/download/files/2004/07/x0001318.pdf> (04.10.2012).

organisierten Ärzten, verglichen. Dabei konnte eruiert werden, dass sich eine große Zahl der Befragten eine gesetzliche Regelung für den Umgang mit der Therapiebeendigung bei infauster Prognose ohne eindeutige Willenserklärungen des Betroffenen wünschten. Wolf äußert in ihrer Arbeit die Vermutung, dass die Diskrepanz der Umfragen im Vergleich zu den offiziellen Positionen der Ärztevertreter mit dem strukturellen Aufbau oder dem Abstimmungsmodus in Ärztekammern oder sogar mit bestimmten Auffassungen charismatischer Leitpersonen zusammenhängen könnte¹⁹¹. Allerdings befürworteten nur 1,6 % der Ärzte der DGP eine gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe, während bei der Vergleichsgruppe 8,5 % der Befragten eine Teillegalisierung begrüßen würden. Die Beantwortung der Frage, ob man selbst im Fall einer eigenen Erkrankung aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen würde, zeigte eine Diskrepanz in der Beurteilung von aktiver Sterbehilfe als Arzt oder als Patient. Unter diesen Gegebenheiten könnten sich 11,6 % der DGP-Ärzte und 30,4 % der Ärzte in der Vergleichsgruppe eine gesetzliche Regelung zumindest teilweise vorstellen. Die aktive Sterbehilfe wurde mehrheitlich abgelehnt, allerdings scheint die Alternative des assistierten Suizides vertretbar: 25,2 % der DGP Ärzte und 40,1 % der Befragten der Vergleichsgruppe befürworteten dessen Legalisierung, was gemäß Wolf auf eine sehr hohe Wertung der autonomen Entscheidung schließen lässt¹⁹². Generell lasse sich ein ausgeprägtes Problembewusstsein hinsichtlich der aktiven Sterbehilfe unter den Ärzten feststellen. 1,1 % der Befragten haben schon einmal Erfahrungen mit Euthanasie-Handlungen gemacht, 90 % gaben an, keine derartigen Erfahrungen gemacht bzw. derartige Anliegen abgelehnt zu haben. Öffentliche Fälle von ärztlichen Euthanasie-Handlungen sind allerdings äußerst selten. Die wenigen bekannten Fälle haben meist große öffentliche Empörung ausgelöst, wie der Fall Hackethal in den 1980er Jahren gezeigt hat. Nach Wolf sei davon auszugehen, dass die von der Öffentlichkeit geäußerte Empörung sich wiederum auf die Gesamteinstellung der Ärzteschaft auswirkt¹⁹³.

Die von der Deutschen Bundesärztekammer im untersuchten Zeitraum veröffentlichten Grundsätze der Sterbehilfe besitzen als Standesrichtlinien keinen einem Gesetz

¹⁹¹ Vgl. Wolf 2008, S. 88.

¹⁹² Vgl. Wolf 2008, S. 88.

¹⁹³ Vgl. ebd.

vergleichbaren verbindlichen Charakter. Dennoch verfügen sie über eine Art moralische Bindungswirkung als Orientierungshilfe und Handlungsanleitung¹⁹⁴.

4.2 Übersicht

Eine chronologisch geordnete Übersicht über die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe soll folgende Tabelle 3 geben:

Jahr	Bezeichnung	Zulässig	Unzulässig
1979	Richtlinien für die Sterbehilfe	Passive Sterbehilfe: zulässig nur bei Totkranken. Linderung bei gleichzeitigem Verzicht auf Lebensverlängerung.	Aktive Sterbehilfe: gezielte Lebensverkürzung durch künstliche Eingriffe in die restlichen Lebensvorgänge, um den Todeseintritt zu beschleunigen, selbst wenn auf Verlangen des Patienten. Suizidbeihilfe: wird überhaupt nicht erwähnt.
1993	Richtlinien für die Sterbehilfe (überarbeitet)	Passive Sterbehilfe: wie 1979 Indirekte Sterbehilfe: bei bereits eingesetztem Sterbeprozess	Aktive Sterbehilfe: wie 1979. Suizid: mithilfe ist ärztlich unethisch.
1998	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung	Passive Sterbehilfe: Leidensminderung und Therapiebegrenzung nun auch bei nicht im Sterbeprozess befindlichen Patienten, (mutmaßlicher) Patientenwille maßgeblich. Stillung von Hunger und Durst gehört zur Basisversorgung (künstliche Ernährung wird nicht erwähnt) Indirekte Sterbehilfe: Linderung kann so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden	Aktive Sterbehilfe: eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig. Suizid: Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

¹⁹⁴ Vgl. Roxin in Roxin/Schroth 2010, S. 93ff.

		kann.	
2004	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung	<p>Passive Sterbehilfe:</p> <p>ähnlich wie 1998.</p> <p>Hunger und Durst = subjektive Empfindungen = Basisbetreuung. Aber: Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gehören nicht zur Basisbetreuung = Therapie → muss nicht immer indiziert sein. Nur unter Beachtung des (mutmaßlichen) Patienten-Willens.</p> <p>Neues Kapitel zur Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit → mutmaßlicher Patientenwille.</p> <p>Indirekte Sterbehilfe: Linderung bei gleichzeitig unvermeidbarer Lebensverkürzung (ähnlich 1998)</p>	<p>Aktive Sterbehilfe: wie 1998</p> <p>Suizid: wie 2004</p>
2011	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung	<p>Passive und indirekte Sterbehilfe:</p> <p>ähnlich 2004</p>	<p>Aktive Sterbehilfe: wie 2004</p> <p>Suizid: Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.</p>

Tabelle 3: Übersicht über die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe¹⁹⁵

Während in den Richtlinien die kategorische Anlehnung einer gezielten Lebensverkürzung und Herbeiführung des Todes trotz Verlangen des Patienten – man vermeidet den Begriff (aktive) Sterbehilfe – immer wieder erneut und ausdrücklich betont wird, so kann man im Bereich der sogenannten passiven Sterbehilfe dennoch eine beachtliche Änderung in der Haltung der Ärztevertretung beobachten. War die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe im Jahr 1979 noch relativ eng gefasst und nur für Patienten erlaubt, die sich im Sterbeprozess befinden, so wurde sie in den folgenden Fassungen sukzessive erweitert. Es wurden nun auch Personen eingeschlossen, die sich (noch) nicht im Sterbeprozess befinden, der

¹⁹⁵ Eigene Darstellung.

(mutmaßliche) Patienten-Wille wurde immer mehr in den Vordergrund gestellt, künstliche Ernährung wurde als Therapie begriffen und ebenfalls dem (mutmaßlichen) Patienten-Willen unterstellt. Der Patienten-Wille gilt durch diese Überarbeitung als zentrales Element in der Beurteilung von passiven und indirekten Sterbehilfe-Handlungen.

Eine vielfach kritisierte Änderung findet sich in der aktuellsten Richtlinie aus dem Jahr 2011: Der ärztlich assistierte Suizid widerspreche nicht mehr dem ärztlichen Ethos, wie dies noch in der Richtlinie aus 2004 formuliert war, sondern sei nunmehr generell „keine ärztliche Aufgabe“¹⁹⁶. So wird bei dieser Neuformulierung die „Abschaffung des ärztlichen Ethos“ kritisiert¹⁹⁷. Der Verein „Ärzte für das Leben e.V.“ spricht vom Abschied von der 2000 Jahre alten hippokratischen Berufstradition, und der neuerlichen Degradierung der Ärzte zu „Dienstleistern in Sachen auftragsgemäßigem Töten“¹⁹⁸.

¹⁹⁶ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung im Deutsches Ärzteblatt Jg. 108, Heft 7, S. 346-348.

¹⁹⁷ So die Deutsche Hospiz Stiftung unter: http://www.sterbehilfe-debatte.de/sterbehilfe-debatte_news-17-02-11-baek-sterbebegleitung-grundsaeetze.html (04.10.2012).

¹⁹⁸ Vgl. online: http://www.sterbehilfe-debatte.de/sterbehilfe-debatte_news-17-02-11-baek-sterbebegleitung-grundsaeetze.html (05.10.2012).

5 Die Argumente

Im Sterbehilfediskurs haben sich im Analysezeitraum immer wieder vergleichbare Argumentationslinien ergeben. Dies gilt für alle Sterbehilfe-Arten. Die Einteilung der verwendeten Argumente in pro und contra ist schwer vorzunehmen, da die meisten Konzepte (Erhalt der Würde, Autonomie etc.) sowohl von Befürwortern als auch von Gegnern verwendet werden. Die sich bei den einzelnen Standpunkten herauskristallisierten Argumentationslinien werden in den folgenden Kapiteln behandelt und Beispiele für deren Verwendung gegeben.

5.1.1 Das Autonomieprinzip

Selbstbestimmtheit und Entscheidungsfreiheit des Individuums bilden heute zusammen mit dem Argument des Würde-Erhalts die Basis der Argumentationslinien der Legalisierungsbefürworter. Hierbei wird thematisiert, dass die Entscheidung eines Individuums unter allen Umständen und ohne Schädigung eines Dritten zu respektieren sei, auch wenn sie die Beendigung des eigenen Lebens zum Inhalt hat. Die Entscheidung, dem eigenen Leben ein selbst bestimmtes Ende zu setzen, sei Ausdruck vom vorherrschenden Selbstbestimmungsrecht in pluralistisch-demokratischen Gesellschaften. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen werden, steht das Konzept der Selbstbestimmung in beinahe untrennbarem Zusammenhang zum Verständnis von der am Lebensende zu bewahrenden Würde. Gemäß manchen Autoren sollte das Autonomieargument allerdings nicht nur beschränkt auf die Fähigkeit sein, selbständige und unabhängige Entscheidungen treffen zu können, sondern beschreibe insbesondere die – als negativ empfundene – Abhängigkeit von Versorgungs- und Pflegeleistungen¹⁹⁹.

Das Schweigen der Nachkriegsgeneration zum Thema Sterbehilfe reichte im Grunde bis in die 1970er Jahre, als die neuen ethischen Fragestellungen und Entscheidungsprobleme, die sich mit den innovativen Methoden zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs und zur Wiederbelebung stellten, immer dringender wurden (siehe Kapitel 3.2).

Der Startschuss fiel mit dem Fall „Postma van Boven“ 1973, der zu einer in Deutschland neu aufkeimenden Debatte über Sterbehilfe führte: *„Warum der Arzt einen Menschen von der Selbsttötung abhalten soll, der sich ernsthaft und ausdrücklich dazu entschlossen hat, erscheint so widersinnig wie die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen. Denn wo der*

¹⁹⁹ Vgl. Hahnen et al. 2009, S. 300.

*Selbstmord erlaubt ist, müßte es auch eine Fremdtötung sein, die mit der wirksamen Einwilligung des Opfers geschieht. Das Leben ist nach der Verfassung ein höchstpersönliches Rechtsgut des mündigen Staatsbürgers, nicht hingegen der Allgemeinheit, und dem weltanschaulich neutralen Staat entspräche wohl eher er ließe jedermann frei darüber verfügen. Soviel ist sicher: Durch eine Streichung des Paragraphen 216 (Anm.: der Tötung auf Verlangen) würde keines Menschen Freiheit beschnitten.*²⁰⁰.

Bis zu diesem Zeitpunkt hatte sich die Debatte im deutschsprachigen Raum mit Rechtfertigungs- und Erklärungsversuchen der NS-Verbrechen erschöpft. So spielte auch das Autonomieprinzip nur eine sehr untergeordnete Rolle bzw. wurde in der Diskussion nur sehr selten angesprochen.

Dies änderte sich schlagartig, als im Fall Postma die Medien den endgültigen Bruch mit dem Diskussionstabu dankbar aufgriffen. Der Spiegel bspw. verwertete das Thema als provokante Titelstory: Die moderne Medizin wird darin als Feind des natürlichen (oft gleichgesetzt mit schnellen und schmerzlosen) Todes angeprangert, die in sportlicher Absicht bzw. zum bloßen Selbstzweck den natürlichen Sterbeprozess in qualvolle Raten zerlegt. Sterben werde zur unnötig verlängerten Qual und der Patient zum Spielball einer technikverliebten, modernen Medizin, der scheinbar niemand mehr entrinnen kann. Die Versprechungen einer Medizin, die heutzutage mit moderneren Methoden „Leben verlängern“ könne, bedeute in Wahrheit nur „Sterben verlängern“²⁰¹. In dieser ersten, u. a. durch den Fall Postma ausgelösten Nachkriegsdebatte treten die Medien als Verfechter einer aktiven Sterbehilfe auf, die die neuen medizinischen Möglichkeiten als Bedrohung darlegen. So stellt der Spiegel im zuvor erwähnten Artikel in einer Bildunterschrift die Abbildung eines dahinsiechenden und durch komplette Verkabelung entmenschlichten Patienten die provokante Frage: *„Intensivstationen – Dienst am Menschen oder Terror der Humanität?“*²⁰².

Die als Reaktion auf die neu entfachte Sterbehilfedebatte 1981 gegründete DGHS die sich als *„Bürgerrechtsbewegung zur Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechtes des*

²⁰⁰ Der Spiegel 07/1975, S. 36-60.

²⁰¹ Der Spiegel 07/1975, S. 36-60.

²⁰² Vgl. ebd.

*Menschen bis zur letzten Lebensminute*²⁰³ verstand und ihr prominentester Fürsprecher Julius Hackethal werden in den 1980er und 1990er Jahren zu den lautstärksten und provokantesten Befürwortern des Autonomieprinzips (siehe Kapitel 3.4 und 3.6). Ihnen gelingt es, unterstützt durch die Medien, die spektakulären Sterbehilfe-Fälle – wie jenen von Herny Eckert, der Hackethal vor laufender Kamera den Giftbecher reichte – in reißerische Titelstorys zu verpacken. In § 2 der DGHS-Satzung heißt es heute: „[...] Sie (Anm.: die DGHS) versteht sich als eine Bürgerrechtsbewegung und Menschenrechtsorganisation zur Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts des Menschen bis zur letzten Lebensminute.“

Als Gegengewicht zum neuen „Pro-Sterbehilfe“-Meinungsumfeld sind die **Stellungnahmen der Kirche** sowie der Ärztevertretungen zu den zuvor erwähnten Aktivitäten und zur neu entfachten Debatte zu nennen. In einer gemeinsamen(!) Stellungnahme des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz vom 30.11.1989 wurde zwar anerkannt, dass das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten nicht geschmälert werden dürfe und die bewusste Ablehnung von therapeutischen Maßnahmen durch einen Sterbenskranken zu achten sei – auch ein lebensverkürzendes Risiko bei indirekter Sterbehilfe wurde hingenommen. Eine Tötung auf Verlangen wurde jedoch klar abgelehnt, und zwar auch insbesondere von einem Arzt, der in der Berufspflicht stehe, „Anwalt des Lebens“ zu sein²⁰⁴. Die katholische Kirche beharrte in einer Presseerklärung der Deutschen Bischofskonferenz am 24.09.1981 auf die unerlaubte Verfügung über fremdes Leben und postulierte den klaren Unterschied zwischen (erlaubter) Schmerzmittelüberdosierung mit ungewollter Todesfolge und (verbotener) aktiver Tötung auf Verlangen, wobei der Unterschied in einer rein subjektiven Komponente – der Absicht des Handelnden – gesehen wird. Des Weiteren wird vor unabsehbaren Folgen gewarnt: Die Tötung sei in Wahrheit eine „Zersetzung der Menschlichkeit“²⁰⁵, es bestehe die Gefahr von „Kurzschlusshandlungen“ psychisch Kranker, das Gewissen des Arztes und des Pflegepersonals würde bis zur Unerträglichkeit belastet, auf hilflosen Kranken würde ein seelischer Druck lasten, die allgemeine Tötungsbereitschaft würde begünstigt und die Achtung vor dem Leben in unverantwortlicher Weise ausgehöhlt.

²⁰³ Satzung der DGHS vom 08.05.1983 in Eser/Koch 1990, S. 69.

²⁰⁴ Vgl. Gott ist ein Freund des Lebens, S. 108-109 in: Eser/Koch 1990, S. 68-69.

²⁰⁵ Vgl. Höffner in Eser/Koch 1991 (Hrsg.), S. 66-67

Von der **Ärzeschaft** wird das Autonomieargument selten verwendet. In den Nachkriegsjahren war diese Gruppe hauptsächlich damit beschäftigt, die Gräueltaten der Mediziner im Nationalsozialismus zu erklären und/oder zu rechtfertigen. Der Begriff der Autonomie im Sinne einer zentralen Bedeutung des Patientenwillens und als Ausdruck der persönlichen Freiheit von Patienten kam dabei nur vereinzelt vor²⁰⁶.

1958 beschäftigte sich der Hamburger Neurochirurg Rudolf Kautzky intensiv mit Fragen der ärztlichen Ethik in der Neurochirurgie. Der Beitrag Kautzkys gilt zu dieser Zeit und auch in den Jahren danach (vgl. Lohmann 1975, S. 97ff.) als einer der beachtenswertesten Entwürfe einer Antwort ärztlicher Ethik auf die Frage nach der Stellung der Ärzte zum Tod. Darin kommt erstmals, neben dem Recht auf Leben, der Wille des Patienten als für den Arzt maßgebliche Entscheidungsgrundlage vor. Der Autor bemängelt gleichzeitig, dass die Ärzte allzu bestrebt seien, den Patienten „zu seinem Glück“ und so zu dem vom Arzt für angebracht erachteten Eingriff zu bewegen, indem der Patient grob getäuscht werde. Kautzky verurteilt dieses Vorgehen, das einem zweifelhaften Berufsethos entspringe und eine Geringschätzung der persönlichen Freiheit des Patienten sowie mangelndes Vertrauen in die vernünftige Einsicht des Patienten und nicht zuletzt in die eigene Überzeugungskraft zum Ausdruck bringe. In weiteren ärztlichen Stellungnahmen während der Nachkriegsjahren wird ein individuelles Recht auf den Tod nur selten erwähnt. In den wenigen Positionen, die ein „Recht auf den eigenen Tod“ anführen, erhält der Leser den Eindruck, dass ein nach Ansicht des Autors unwertes Leben durch einen dem Patienten unterstellten Todeswunsch gerechtfertigt werden soll. So spricht z. B. der Bonner Neurochirurg Peter Röttgen in seinen Ausführungen von menschlichen Ruinen und Unglücklichen, gemeint sind „Neugeborene mit schwersten neurologischen Missbildungen“, Röttgen nutzt auch den Terminus „Monstren mit einer geringen Lebenserwartung²⁰⁷“), denen man ihr „Recht auf einen natürlichen Tod“ nicht nehmen dürfe.

In der Nachkriegszeit wird die Diskussion in der Ärzteschaft insgesamt äußerst zurückhaltend geführt und eine aktive Sterbehilfe wird thematisch entweder vollkommen ausgeklammert oder abgelehnt. Mit den neuen intensivmedizinischen Möglichkeiten erkennt die Ärzteschaft jedoch zunehmend die aufkommende Problematik von neu

²⁰⁶ Vgl. z. B. V. v. Weizsäcker 1947, S. 69f., Regau 1960, S. 113, Brockmeier 1970, S. 31.

²⁰⁷ Vgl. Lohmann 1975, S. 88-90.

geschaffenen Grenzsituationen zwischen Leben und Tod und die Diskussion verlagert sich von Erklärungsversuchen des NS-Terrors hin zur Frage, inwieweit ein Arzt verpflichtet werden kann, die nun zur Verfügung stehenden neuen Mittel der Medizin anzuwenden, um den Tod zu verhindern, solange es möglich ist²⁰⁸. In dieser neuen Diskussion melden sich lediglich einzelne Ärzte zu Wort, die der Patientenautonomie am Lebensende einen zentralen Stellenwert einräumen. Bekanntester Fürsprecher für das Autonomieprinzip in der Ärzteschaft ist der bereits erwähnte Chirurg Julius Hackethal, der Mitte der 1980er Jahre einer „Gott-in-Weiß-Mentalität“ der Ärzteschaft offen den Kampf ansagte. Die Ansichten Röttgens und Hackethals blieben jedoch Einzelpositionen und konnten sich innerhalb der Ärzteschaft nicht durchsetzen²⁰⁹.

Auch in den aktuelleren Positionierungen der Ärzteschaft stehen die ärztliche Entscheidung, deren Beurteilung und deren Folgen im Vordergrund. Patientenzentrierte Gründe wie das Recht auf einen selbstbestimmten Tod werden wesentlich seltener thematisiert. Ärzteumfragen decken immer wieder auf, dass die Handlungsmotivation für Ärzte primär Faktoren sind, die sie selbst von außen beeinflussen können²¹⁰. Diese Beobachtung wurde ebenfalls in publizierten internationalen Studien eruiert, wo vielfach als Hauptgründe für die Durchführung von aktiver Sterbehilfe die Vermeidung von „unnützem Leiden“ und die „Befreiung des Patienten von Schmerzen“²¹¹ angegeben wurden. In ärztlichen Aussagen und Stellungnahmen zum Thema Sterbehilfe finden sich wesentlich häufiger Aussagen, die man als umfassend verstandene „Fürsorgepflicht“ zusammenfassen könnte. Das Argument der Fürsorgepflicht der Ärzte bildet daher in gewisser Weise ein Gegengewicht zur Forderung nach Autonomie.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Wandlung der Arzt-Patienten-Beziehung in ihrer Gesamtheit, was auch die Sterbehilfedebatte innerhalb der Ärzteschaft beeinflusst hat: Der (mutmaßliche) Wille des Patienten rückt im untersuchten Zeitraum ab 1945 bis heute immer mehr in den Vordergrund. Aktuell kann davon gesprochen werden, dass der Autonomie des Patienten im Hinblick auf jedes ärztliche Handeln oberste Priorität zukommt, was sich nicht zuletzt im allgemein anerkannten Prinzip des „Informed Consent“

²⁰⁸ Vgl. Lohmann 1975, S. 97.

²⁰⁹ Vgl. Wolf 2008, S. 85.

²¹⁰ Zum Beispiel Erlösung des Patienten von Schmerzen, vgl. Harfst, 2004, S. 41-43.

²¹¹ Radulovic und Mojsilovic 1998, S. 413; Verhoef und van der Waal 1997, S. 234.

ausdrückt²¹². Während allerdings die meisten Formen der passiven Sterbehilfe in der Ärzteschaft bereits weitgehend akzeptiert werden, gilt ein aktives Beenden jedes menschlichen Lebens – wenn auch auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten – ärztlicherseits bis heute als mit dem Berufsethos unvereinbar²¹³.

5.1.2 Die menschliche Würde

Gemeinsam mit dem Begriff der Autonomie bildet die menschliche Würde ein zentrales Argument einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, das sowohl von Befürwortern als auch von Gegnern genutzt wird. Der Begriffsgebrauch erfolgt in der Diskussion in vielfältiger Art und Weise. In der Bevölkerung spielt die Würde im Kontext der Sterbehilfe eine außerordentlich wichtige Rolle, was sich in Meinungsumfragen und auch klinischen Studien zeigen ließ²¹⁴. Die zentrale Bedeutung spiegelt sich nicht zuletzt in der Wahl des Namens der Schweizer Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ wider²¹⁵.

Hahnen et al. haben in ihrer Arbeit 433 Artikel von führenden deutschen Tageszeitungen zwischen den Jahren 2006 und 2007 ausgewertet und festgestellt, dass die Würde eine von vier Schlüsselkategorien ist, die die Grundlage nahezu aller Argumente in der Sterbehilfedebatte bilden. Die weiteren Schlüsselkategorien waren Selbstbestimmung, Unterversorgung und Unsicherheit. In den untersuchten Artikeln fand sich der Begriff insgesamt mehr als 160 Mal. Meistens wurde dabei allerdings nicht erläutert, was Würde definiert oder wodurch sie gefährdet bzw. bewahrt werden könne. Wie schon angesprochen, konnten die Autoren untermauern, dass die Würde sowohl von Sterbehilfebefürwortern als auch von -gegnern verwendet wurde, um ihre jeweiligen Argumente zu untermauern²¹⁶.

²¹² Vgl. auch die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer, 2004.

²¹³ Vgl. Musterberufsordnung der Bundesärztekammer 2011, online.

²¹⁴ Vgl. Clemens et al. (2008), Ganzini et al. (2000) und Rietjens et al. (2006).

²¹⁵ Vgl. Hahnen et al. 2009, S. 300.

²¹⁶ Vgl. Hahnen et al. 2009, S. 292.

Tab. 2 Beispiele für Textstellen aus dem Wortfeld „Würde“	
Der Rheinische Merkur	„schlimme, unwürdige Situationen“ (17.08.2006) „ein Leben in Würde bis zuletzt“ (17.08.2006)
Die Süddeutsche Zeitung	„würdevollen Umgang mit sterbenden Menschen“ (29.11.2007) „Ist es würdig, so weiterleben zu müssen“ (08.03.2006) „unwürdigen Zustände in manchen Heimen“ (31.10.2006) „Respekt vor der Würde des Todes“ (29.12.2006) „Zur Menschenwürde gehört ein Tod ohne Qualen“ (05.02.2007)
Der Spiegel	„Die Pflege: Eine organisierte Entwürdigung der Alten“ (03.09.2007) „So ein endloses Sterben hat auch etwas Würdeloses“ (13.11.2006) „Entwürdigende Fremdbestimmung“ (07.04.2007) „nichts Unwürdiges wie Inkontinenz des Körpers oder des Gemüts“ (01.10.2007)
Die Zeit	„In Würde, das heißt: nicht im Heim bei den Alten und den Debilen“ (02.11.2006) „dass man unwürdig und alleine stirbt“ (27.09.2007)
tageszeitung	„Ich kann ihren Zustand nur als würdelose Zukunft denken.“ (11.11.2006) „Da er nicht in Würde leben könne, wolle er wenigstens in Würde sterben“ (24.05.2007)
Die Frankfurter Allgemeine Zeitung	„selbstbestimmten Bedingungen, die seine Menschenwürde wahren“ (15.03.2006) „Die Würde, keine Kosten zu verursachen“ (17.12.2006)

Tabelle 4: Beispiele für Textstellen aus dem Wortfeld "Würde"²¹⁷

Der unterschiedliche Gebrauch des Würdebegriffs (siehe Tabelle 4) verweist auf unterschiedliche Begriffsinhalte. Für die Liberalisierungsgegner wird die Würde durch Fürsorge und Betreuung der Sterbenden gewahrt und mit einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe werde die Menschenwürde gefährdet. Für die Befürworter ist wiederum das Selbstbestimmungsrecht zentraler Bestandteil der Menschenwürde, weshalb die Gefährdung hier von der Fremdbestimmung und „Apparatemedizin“, also von der Beibehaltung der bisherigen Strafbarkeit, ausgeht. Beide Seiten sehen die Würde durch Verlängerung des Leidens in Gefahr²¹⁸.

Es ergeben sich daher zwei Konzepte des Würdebegriffes: Würde durch Selbstbestimmung einerseits (meist pro Legalisierung) und Würde durch Fürsorge andererseits (meist contra Legalisierung). Auch in der wissenschaftlichen Literatur findet sich die Würde als Bestandteil des Autonomiekonzeptes wieder²¹⁹. Würde, die durch Fürsorge zu erhalten sei, ist meist der zentrale Ansatz in der Diskussion über die Leistungen der Palliativmedizin²²⁰.

²¹⁷ Hahnen et al. (2009): Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in deutschen Printmedien, *Ethik Med* (2009) 21: 289-305, Springer-Verlag, S. 293.

²¹⁸ Vgl. Hahnen et al. 2009, S. 292.

²¹⁹ Vgl. Chochinov et al. 2002, S. 433-443.

²²⁰ Vgl. Klaschik 2000, *Internist* 41 (7): 606-611.

Der in Deutschland lebende amerikanische Journalist Paul Moor hat das Sterben seiner an Darmkrebs erkrankten Schwester, der die Ärzte die Bitte um Sterbehilfe abgeschlagen hatten, beschrieben. Er hatte ihr Siechtum zwei Monate lang täglich bis zu 22 Stunden miterlebt: „*Hätten die Menschen tagelang herumgestanden und zugesehen, wie ein Hund, eine Katze oder eine andere Kreatur auf diese Weise litt, ohne ihre Pein durch einen Gnadenstoß zu beenden, wären zweifellos zornentbrannte Tierfreunde eingeschritten und hätten sie strafrechtlich belangen lassen.*“²²¹ Moors Buch „Die Freiheit zum Tode – Ein Plädoyer für das Recht auf menschenwürdiges Sterben“, das erstmals 1973 erschienen ist, gilt als eines der bedeutendsten Plädoyers für die aktive Sterbehilfe zu dieser Zeit der aufkeimenden Debatte. In seiner Publikation warnt er vor einer aufgedrängten Lebensverlängerung durch Ärzte, die den Tod um jeden Preis hinauszögern wollen oder glauben zu müssen²²² und vergleicht die Euthanasie mit dem „Gnadenstoß“ bei Tieren. Viele Protagonisten der aktiven Sterbehilfe haben Angehörige oder Freunde durch einen qualvollen Sterbeprozess verloren und schöpfen hieraus den Antrieb für ihre Positionierung²²³.

Der Spiegel berichtet in der Titelstory der Juli-Ausgabe des Jahres 1975 „*Sterbehilfe – der Tod als Freund*“ von einer tödlichen Injektion eines Arztes bei einer sterbenskranken Patientin, die als „*Sterben ohne Qual – Ausklang eines Lebens im Einklang mit dem Tod*“²²⁴ und ein „*Tod, bei dem die Menschenwürde des Patienten unangetastet blieb*“²²⁵ gezeichnet wird und stellt diesem Fall die Geschichte eines Krebskranken im Endstadium gegenüber, der durch die unreflektierten Maßnahmen einer horrifizierten Apparatemedizin am Sterben und somit an der Erlösung seiner Schmerzen gehindert wird.

Auch in den Sterbekonzepten der DGHS bildet das Würde-Argument ein bedeutendes Fundament²²⁶. In der am 21. November 1984 in Frankfurt abgehaltenen Hauptversammlung stellte die DGHS die sogenannten „Frankfurter Thesen zum humanen

²²¹ Vgl. Der Spiegel 1975, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-41559085.html> (09.11.2012)

²²² Vgl. Eser in: Jens 1995, S. 151-182.

²²³ Vgl. Zülicke 2000, S. 67.

²²⁴ Vgl. Der Spiegel 1975, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-41559085.html> (09.11.2012)

²²⁵ Vgl. ebd.

²²⁶ Vgl. die DGHS Broschüre „Menschenwürdiges und selbstverantwortliches Sterben“, 2. Auflage, Augsburg 1983.

Sterben“ auf, nach denen zum „Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit“ auch das „Recht auf einen würdigen Tod“ gehöre²²⁷.

Palliativmedizin und Hospiz-Bewegung sehen seit ihrer Geburtsstunde in den 1970er Jahren den Erhalt der Würde bis zuletzt in der Schmerzlinderung und Zuwendung, nicht aber in der aktiven Sterbehilfe²²⁸.

Das Würde-Argument wird von Medizinern, unter ihnen insbesondere die Vertreter der Palliativmedizin, oftmals dahingehend gebraucht, dass die Würde am Lebensende durch Maßnahmen der Begleitung und der Linderung, also durch Fürsorge, gewahrt werden könne. In der ersten öffentlichen Positionierung der Ärzteschaft in den 1979 veröffentlichten „Richtlinien zur Sterbehilfe“ etwa wird das Würde-Argument in diesem Sinne gebraucht. In den Richtlinien von 1979 heißt es:

„[...] Zu den Aufgaben des Arztes gehört auch die Sterbehilfe; sie ist das Bemühen, dem Sterbenden so beizustehen, dass er in Würde zu sterben vermag [...]. Sie umfasst die Unterlassung oder das Nichtfortsetzen von Medikation sowie von technischen Maßnahmen, zum Beispiel Beatmung, Sauerstoffzufuhr, Bluttransfusion, Hämodialyse, künstliche Ernährung. Die gezielte Lebensverkürzung durch künstliche Eingriffe in die restlichen Lebensvorgänge, um das Eintreten des Todes zu beschleunigen, ist nach dem Strafgesetzbuch strafbare vorsätzliche Tötung (§ 212 StGB). Sie bleibt gemäß § 216 StGB strafbar, selbst wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.“²²⁹

Auch in der Entschließung des 84. Deutschen Ärztetages 1981 zum humanen Sterben heißt es:

„Nach Meinung des Deutschen Ärztetages gehört es zu den selbstverständlichen ärztlichen Aufgaben, dafür zu sorgen, dass Menschen in Würde sterben können. Zustände wie Abschiebung von Sterbenden in Abstellräume oder Baderäume sind mit dieser Forderung unvereinbar und werden vom Deutschen Ärztetag entschieden verurteilt [...] Der Deutsche Ärztetag warnt aber davor, jede intensivtherapeutische Maßnahme – insbesondere Reanimationsversuche – pauschal als unwürdige

²²⁷ Vgl. DGHS-Schrift „25 Jahre DGHS“, 2005, online.

²²⁸ Vgl. Jordan 2007, S. 82-84.

²²⁹ Richtlinien zur Sterbehilfe der Bundesärztekammer 1979, <http://www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/literatur/richtsted.pdf> (09.11.2012)

*Handlung an Sterbenden zu definieren und so die Öffentlichkeit zu verunsichern.*²³⁰“

In einer EntschlieÙung des 87. Deutschen Ärztetages 1984 wird des Weiteren aufgeführt: „[...] *Diese Hilfe beim Sterben schließt die Pflicht des Arztes ein, für menschenwürdiges Sterben personale Sorge zu tragen*“²³¹.

In beinahe allen weiteren Stellungnahmen der Bundesärztekammer findet sich der Würde-Begriff in Gestalt der ärztlichen Fürsorgepflicht am Lebensende – es werden meist die Schmerz-minderung und allgemeine palliativmedizinische Maßnahmen als würdeerhaltend angesehen²³².

Erwähnenswert sein an dieser Stelle auch die im Jahr 2010 gemeinsam von der Bundesärztekammer, der DGP und des Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verbandes e.V. herausgegebene „Charta zur Betreuung Sterbender“²³³, die bereits im ersten Punkt das Recht auf ein würdevolles Sterben festschreibt.

5.1.3 Mitleid und die Bewertung von Lebensqualität

Häufig werden Argumente verwendet, die sich auf den Wert eines Lebens an dessen Ende bzw. die dabei auftretenden Empfindungen beziehen. Entgegen dem Prinzip der Heiligkeit des Lebens (siehe Kapitel 5.1.5) wird hier Lebensqualität erst durch zusätzliche Werte wie Freiheit, Selbstbestimmung, körperliches Wohlbefinden und durch soziale und psychosoziale Werte definiert. Lebensqualität wird demnach vorrangig gegenüber dem bloÙen „Am-Leben-sein“ eingeordnet (vgl. Wolking in Bernat 1993, S. 50).

5.1.4 Die Gefahr eines Dammbrochs

Dr. Mark Ziegler, Direktor des Zentrums für Klinische Ethik der Universität Chicago äußert sich wie folgt: „*Wir beginnen, indem wir die terminal Kranken und die hoffnungslos Komatösen beseitigen, und dann werden unsere Richtlinien vielleicht ausgeweitet auf die*

²³⁰ Deutsches Ärzteblatt 78 (1981), S. 1188.

²³¹ Deutsches Ärzteblatt 81 (1984), S. 1764.

²³² Vgl. auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 1998, 2004 und 2011.

²³³ Online unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Flyer.pdf (18.09.2012)

*schwer Senilen, die sehr Alten und die Sonderlinge und vielleicht sogar auf kleine, schwer zurückgebliebene Kinder.*²³⁴“

Zur Frage, ob ein Dambruch bei der Legalisierung von aktiver Sterbehilfe tatsächlich eintreten kann oder nicht, geht die Mehrzahl der Staaten nach wie vor davon aus, dass die Beweislast bei demjenigen liegt, der die Tötung freigeben möchte. Daher ist die Tötung auf Verlangen in den meisten Staaten strafbar oder nur unter sehr eingeschränkten und kontrollierten Bedingungen dem Zugriff des Strafrechts entzogen. Nach weltweit bei Weitem vorherrschender Position ist die Tötung auf Verlangen als Straftat anzusehen, die nur im Einzelfall Verständnis, Milderung der Strafe oder Straffreistellung erfahren kann. Ein wichtiger Grund hierfür ist die Sorge vor einem moralischen Dambruch²³⁵.

Dambruchargumente werden daher meist von Gegnern einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe verwendet. Dieser Kategorie ist eine Vielzahl von Argumenten zuzuordnen.

Oft wird diese Form der Argumentation dann vorgebracht, wenn grundsätzlich anerkannt wird, dass aktive Sterbehilfe in bestimmten Fällen moralisch akzeptabel oder sogar geboten sein kann, eine generelle Legalisierung der Tötung auf Verlangen aber mit derartig negativen Konsequenzen und einer enormen Missbrauchsgefahr verbunden wäre, sodass in Kauf genommen wird, dass der Wunsch auf einen selbstbestimmten Tod dem gesamtgesellschaftlichen Interesse am grundsätzlichen Schutz jedes Lebens geopfert wird. Diese Argumente werden unterschiedlich als Missbrauchs-, Dambruch-, Schiefe-Ebene-, bzw. „slippery slope“-Argumente bezeichnet. Sie beruhen auf einer Vermutung darüber, wie eine Gesellschaft zukünftig mit der Sterbehilfe umgehen wird. Darüber hinaus umfassen Dambruchargumente meist die Annahme, dass die negativen Folgen einer Legalisierung auf jeden Fall eintreten würden und auch durch entsprechende Gesetze nicht verhindert werden könnten²³⁶.

Als negative Folge wäre z. B. die Befürchtung zu nennen, dass durch die Freigabe einer Tötung auf Verlangen eine „soziale Atmosphäre“ mit gesellschaftlichem Druck geschaffen werden könnte, aufgrund derer sich alte und kranke Menschen genötigt sehen würden, eines von der Gesellschaft bzw. den Angehörigen als Bürde empfundenen Dasein durch die Inanspruchnahme der aktiven Sterbehilfe zu beenden (vgl. Wennberg 1989, S. 187-189).

²³⁴ Vgl. http://www.a-zieger.de/Dateien/Vortraege/FolienVortragBerlinLIS2008_Farbe.pdf (09.11.2012)

²³⁵ Vgl. Fuchs 2006, S. 28f.

²³⁶ Vgl. Thiele 2005, S. 21.

Demnach wird bei dieser Argumentationsfolge die Autonomie des Einzelnen als gefährdet angesehen. Die Sterbehilfe könnte nach einer Freigabe als abschließende „Lösung“ für besonders schwierige medizinische Fälle angesehen werden, was wiederum einen Ausbau der Gesundheitsfürsorge, der Pflegeeinrichtungen und eine Verbesserung der Möglichkeiten zur Schmerzbekämpfung verhindern würde, da es die „einfachere“ Alternative der Sterbehilfe gäbe. Dabei würden jene Menschen, welche diese Lösung nicht in Anspruch nehmen wollen, zunehmend vernachlässigt und allein gelassen werden²³⁷. Zudem wird befürchtet, dass die Freigabe die Hemmschwelle zur Anwendung von Sterbehilfe bei Ärzten erheblich senken könnte und dies darin münden könnte, dass Ärzte die Tötung auf Verlangen immer öfter anwenden würden, ohne dass dabei das Vorliegen der Voraussetzungen im konkreten Fall noch objektiv überprüfbar wäre²³⁸. Aber nicht nur im Hinblick auf die Mediziner befürchtet man ein Sinken der Hemmschwelle, die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe könnte gesamtgesellschaftlich dazu führen, dass Tötungshandlung mit der Zeit selbstverständlich werden und damit das Grundprinzip des Lebensschutzes erheblich geschwächt werden würde. So wird auch behauptet, dass eine Freigabe der Tötung auf Verlangen unweigerlich zur Folge hat, dass auch Tötungshandlungen an Personen vorgenommen werden, die sich überhaupt nicht äußern können, was wiederum zur Folge hätte, dass Sterbehilfe bei z. B. nicht terminal Kranken und weiter bei all jenen, die der Gesellschaft zur Last fallen (Geisteskranke, Behinderte, Neugeborene, Straftäter etc.), durchgeführt werden würde. Am Ende würden auch andere Prinzipien der Achtung des menschlichen Lebens verloren gehen²³⁹. In diesem Zusammenhang werden oft die Niederlande als Negativbeispiel erwähnt, wo nach der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe jährlich etwa 1.000 Patienten ohne ihren ausdrücklichen Willen von Ärzten getötet werden, weil diese eine weitere medizinische Behandlung als „sinnlos“ erachten bzw. keine Aussicht auf Besserung bestehe und die „Angehörigen es nicht mehr ertragen könnten“²⁴⁰. In derartigen Fällen hätten allein die Angehörigen bzw. die Ärzte ein Urteil darüber gefällt, ob das Leben des Betroffenen noch „lebenswert“ sei²⁴¹.

²³⁷ Vgl. Thiele 2005, S. 190.

²³⁸ Vgl. Thiele 2005, S. 191.

²³⁹ Vgl. Thiele 2005, S. 194-207.

²⁴⁰ Oduncu 2007, S. 88, 107 und 147-148

²⁴¹ Vgl. ebd.

Von manchen Autoren wird die Entwicklung der Rechtsprechung hin zur Straffreiheit der passiven Sterbehilfe und des assistierten Suizides (siehe Kapitel 6) bereits als Beweis dafür interpretiert, dass bereits eine schiefe Ebene betreten wurde²⁴².

Als Paradebeispiel eines (umstrittenen) Dammbrechargumentes sei hier die immer wieder herangezogene Nazi-Analogie genannt. Dabei bezeichnen die Legalisierungsgegner regelmäßig die Legalisierung der aktiven (oder auch passiven) Sterbehilfe als sich öffnende Schleuse, die am Ende den Mord an „lebensunwertem“ Leben ermöglicht. Die Befürworter einer Legalisierung argumentieren wiederum, dass der Vergleich mit den Nazi-Gräueltaten untauglich sei, um einen mit der Freigabe der aktiven Sterbehilfe eventuell bewirkbaren Dammbrech zu begründen. Hier wird eingewendet, dass das „Euthanasie-Programm“ der Nationalsozialisten niemals von einer freiwilligen Praxis in eine unfreiwillige „umgeschlagen“, sondern von Beginn an als unfreiwilliges Programm geplant gewesen sei. Des Weiteren wurden die Kriterien von „lebenswert“ und „lebensunwert“ von Außenstehenden festgelegt und nicht von den Betroffenen selbst auf der Grundlage ihrer eigenen Empfindungen im Hinblick auf ihre aussichtslose gesundheitliche Situation. In diesem Sinne habe sich das Programm niemals auf humanistische bzw. mitleidvolle Gründe gestützt, gegenteilig stellte es stets eine absolut ungerechtfertigte „Massenvernichtungsaktion“ dar, die als Mord absolut und ausnahmslos zu verurteilen sei²⁴³.

Als Beispiel des in der **Ärztenschaft** häufig verwendeten Dammbrechargumentes seien die Aussagen des Präsidenten der Deutschen Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe zitiert: *„Ohne entschiedenen Widerstand wird es wohl eines Tages dazu kommen, dass schwerkranke Menschen eine Genehmigung einholen müssen, um weiterleben zu können“*²⁴⁴. Hoppe erachtet die Entwicklungen zur Sterbehilfe in Deutschland als bedenklich und fordert, dass es kein *„Grundrecht auf aktive Sterbehilfe“* geben dürfe: *„Ein einklagbares Recht auf aktive Sterbehilfe wäre [...] die ultimative Verwirklichung des vermeintlichen Rechts auf Selbstbestimmung“*²⁴⁵. Somit wäre es nur noch ein kleiner

²⁴² Vgl. Wunder in: Frewer, Eickhoff (2000), S. 250-271.

²⁴³ Vgl. Wennberg 1989, S. 219, und Hoerster 1998, 125-128

²⁴⁴ Unger 2007, S. 48.

²⁴⁵ Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 29.4.2002, online:
http://17988.forumromanum.com/member/forum/forum.php?action=std_show&entryid=1020092919&USER=user_17988&threadid=2 (09.11.2012)

Schritt hin zur Tötung von Menschen, die mit dem Leben nicht mehr zurechtkommen²⁴⁶. Der scheidende Ärztekammerpräsident Hoppe hatte in seinen späteren Aussagen allerdings anklingen lassen, dass die strikt ablehnenden Haltungen und berufsrechtlichen Vorschriften der Ärztekammer in Zukunft liberalisiert werden könnten, indem er Zweifel darüber aussprach, ob das „Berufsrecht [Anm.: der Ärzte] weiterhin über das Strafrecht hinausgehen sollte“²⁴⁷.

Der aktuelle deutsche Ärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery bekräftigte wiederum in jüngster Vergangenheit²⁴⁸ die Generalaussage, dass „die Ärzteschaft als Sterbehelfer nicht zur Verfügung steht“²⁴⁹. Montgomery betrachtet die aktuelle Rechtslage als ausreichend und führt das oft zitierte Argument an, demnach der Wunsch nach Sterbehilfe bei schwerstkranken Patienten verstumme, wenn palliativmedizinische Maßnahmen als „Angebot zum Leben“ zur Verfügung stehen würden²⁵⁰.

Vor allem die Entwicklung in den Niederlanden, wo die aktive Sterbehilfe im Jahr 2001 legalisiert wurde, unterstehen einer kritischen Beobachtung und dienen immer wieder als Beweis dafür, dass die „Schiefe Ebene“ bereits betreten wurde. Es wird etwa kritisiert, dass dort auch Fälle von Sterbehilfe möglich wurden, wo die Todeskandidaten nicht einwilligen konnten und die Entscheidung von Ärzten getroffen wurden²⁵¹. Auch wird der Übergang von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Verlangen befürchtet²⁵². Im Ergebnis der Studie von Van der Heide et al., welches aufzeigte, dass in den Niederlanden nach der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe im Jahr 2001 jährlich Hunderte Fälle von Euthanasie existieren, die ohne Einwilligung der Betroffenen durchgeführt wurde, wird der Beweis für einen solchen Dammbbruch gesehen²⁵³.

²⁴⁶ Vgl. ebd.

²⁴⁷ Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe – Keine Herzensangelegenheit, FAZ 2012.

²⁴⁸ Aussagen des Ärztekammer-Präsidenten Ulrich Montgomery vom 31.07.2012 zu den Plänen des Bundesjustizministeriums, die Beihilfe zum Suizid zu regeln. Online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10588.10675> (09.11.2012)

²⁴⁹ Vgl. ebd.

²⁵⁰ Vgl. <http://www.n-tv.de/politik/Palliativmedizin-statt-Giftuebergabe-article5755051.html> (29.10.2010).

²⁵¹ Vgl. Pijnenborg, Lancet 1993, 341: 1196-99 Medline.

²⁵² Vgl. Oduncu 2005, 23: 437-45.

²⁵³ Vgl. Van der Heide et al. 2007, in: N Engl J Med 2007; 356 (19): 1957-65.

In den Argumentationslinien der christlichen Kirchen bildet das Dambruchargument eine wichtige Säule. Es wird immer wieder gemahnt, dass eine Rechtsordnung, die die aktive Sterbehilfe zulässt, den Lebensschutz zum Schaden aller mindert und Schleusen zur Vernichtung angeblich sinnlosen oder unnützen Lebens öffnet²⁵⁴. In einer solchen Gesellschaft sei dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet²⁵⁵, wie es in Deutschland bereits zu beklagen gewesen sei²⁵⁶. Bis heute verwiesen die „Schatten der Vergangenheit“ zurück auf eine Zeit, in der Behinderte keine Personen waren (vgl. Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland/Deutsche Bischofskonferenz 1996 in: Schell 2000, S. 90) und ihnen das Recht auf Leben abgesprochen worden sei. Die konsequente Verwendung des Dambrucharguments in den kirchlichen Stellungnahmen mag damit zusammenhängen, dass eine grundsätzliche Mitschuld darin anerkannt wird, unter dem Nationalsozialistischen Regime nicht früh genug interveniert und zum Teil sogar an den Verbrechen mitgewirkt zu haben²⁵⁷. Es sei vor allem die öffentliche Predigt von Bischof Clemens August Graf von Galen am 03.08.1941 in Münster erwähnt:

„Wenn einmal zugegeben wird, dass Menschen das Recht haben, ‚unproduktive‘ Mitmenschen zu töten – und wenn es jetzt zunächst auch nur arme, wehrlose Geisteskranke trifft –, dann ist grundsätzlich der Mord an allen unproduktiven Menschen, also an den unheilbar Kranken, den arbeitsunfähigen Krüppeln, den Invaliden der Arbeit und des Krieges, dann ist der Mord an uns allen, wenn wir alt und altersschwach und damit unproduktiv werden, freigegeben. Dann braucht nur irgendein Geheimerlaß anzuordnen, daß das bei den Geisteskranken erprobte Verfahren auf andere ‚Unproduktive‘ auszudehnen ist, daß es auch bei den unheilbar Lungenkranken, bei den Altersschwachen, bei den Arbeitsinvaliden, bei den schwerkriegsverletzten Soldaten anzuwenden ist. Dann ist keiner von uns seines Lebens mehr sicher.“²⁵⁸

²⁵⁴ Vgl. Deutsche Bischofskonferenz und Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland in: Schell, 2000, S. 117.

²⁵⁵ Vgl. Deutsche Bischofskonferenz 1995, S. 25.

²⁵⁶ Vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 1975, S. 4.

²⁵⁷ Vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz 1975, S. 4.

²⁵⁸ Ein Verfasser über sein persönliches Erlebnis mit dem Bischof von Münster, online unter: <http://www.artikel32.com/deutsch/1/kardinal-clemens-august-graf-von-galen.php> (09.11.2012)

Bischof von Galen gilt als einer von wenigen, die zu dieser Zeit öffentlich gegen die Verbrechen des Nationalsozialismus aufgetreten sind. Seine Predigt erreichte bereits zur damaligen Zeit eine breitere Öffentlichkeit und wird immer wieder mit dem offiziellen Abbruch der T4-Aktion durch Hitler in Verbindung gebracht²⁵⁹.

Doch auch in aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen des Menschenbildes sieht die katholische Kirche die Gefahr eines Dammbrechens. Im heute vorherrschenden „*Fitness- und Gesundheitswahn*“ zähle nur noch ein junger und stets gesunder Körper, bei dem Krankheiten nicht mehr vorkommen dürften, wobei auch die Seele der Menschen vernachlässigt würde. Wenn die Vorstellung von der allseits und jederzeit bestehenden Gesundheit nicht mehr erfüllt werden könne, werde nach einem schnellen Ende verlangt, da ein beschädigtes Leben als nicht mehr sinnvoll erachtet wird²⁶⁰.

Durch die Beobachtung der in den Niederlanden bereits seit 2001 legalisierten aktiven Sterbehilfe kommt z. B. die Deutsche Hospiz Stiftung zum Schluss, dass dort der Dambruch bereits geschehen ist und der zunehmende Missbrauch auch durch immer neue Regelungen nicht mehr aufzuhalten sei²⁶¹.

5.1.5 Die Heiligkeit und Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens

Die Unverfügbarkeit des Rechtsgutes „Leben“ ist eines der wichtigsten Argumente gegen die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe. Demnach hat das Leben einen absoluten und „unantastbaren“ Wert, welchen es in jeder Situation zu schützen gilt, und der Mensch daher prinzipiell nicht das Recht hat, darüber zu verfügen. Die Unverletzlichkeit des menschlichen Lebens geht von zwei verschiedenen Grundhaltungen aus²⁶²:

Gemäß dem christlichen Glauben von der „Heiligkeit des Lebens“ ist das Leben ein Geschenk Gottes und daher kann der Mensch nicht über es verfügen. Gott allein stehe die Herrschaft über Leben und Tod zu, der Mensch solle das Leben als ein „Geschenk“ annehmen und mit Respekt behandeln, doch darf er nicht frei darüber verfügen. Der Tod soll niemals durch menschliche Handlungen oder Entscheidungen herbeigeführt werden und dieser Grundsatz gilt auch für die Selbsttötung. Es wird postuliert, dass das Leben das von Gott vorgesehene, unbeeinflusste und somit „natürliche“ Ende nehmen soll, selbst

²⁵⁹ Vgl. Süß 2004, S. 102-129.

²⁶⁰ Vgl. Klinkhammer 2008, in: Deutsches Ärzteblatt 2008; 105 (16): A-823 / B-717 / C-705.

²⁶¹ Vgl. Pressemitteilung der Deutschen Hospiz Stiftung 2004, online.

²⁶² Vgl. Hantak 2009, S. 50.

wenn dies mit Schmerz und Leiden verbunden sein mag²⁶³. Eine Gruppe von Ärzten wandte sich einst mit folgender Frage an Papst Pius XII.: „Kann es nach der Lehre der Religion und den Normen der Moral dem Arzt und dem Kranken erlaubt sein, mit Hilfe narkotischer Medikamente Schmerz und Bewußtsein auszuschalten [...] (auch beim Herannahen des Todes und wenn vorauszusehen ist, daß die Anwendung dieser Mittel das Leben abkürzt)?“²⁶⁴ Auf diese Frage gab der Papst die bis heute gültige Antwort: „Es ist nicht recht, den Sterbenden ohne schwerwiegenden Grund des Bewußtseins zu berauben.“²⁶⁵

Mit zunehmendem Bedeutungsverlust der Religion in der neueren Zeit werden diese Begründungen für immer weniger Menschen nachvollziehbar. Es wird daher versucht, dem Leben einen ihm immanenten Wert beizumessen und daraus die besondere Schutzwürdigkeit abzuleiten. Eine strikte Definition dieser These der Unverfügbarkeit bedeutet, dass sämtliches Leben unabhängig von dessen Qualität und Beschaffenheit, eigenem Bewusstsein und Entwicklungsstadium wertvoll ist und daher jeglicher Verfügung durch eingreifende menschliche Handlungen entzogen ist. Hieraus folgt, dass Entscheidungen am Lebensende nicht auf die Beurteilung der Qualität eines Lebens gegründet werden dürfen²⁶⁶.

Auch diese Ansicht bildet ein wesentliches Argument der christlichen Kirchen in der Sterbehilfedebatte. Es wird oft zusammen mit dem zuvor erwähnten Dambruchargument verwendet²⁶⁷.

Ein Gegenargument gegen die Unverfügbarkeit des Lebens lautet, dass, wenn es verboten sei, Leben zu verkürzen, dann dürfe man dieses nicht durch Eingriffe und Therapien verlängern²⁶⁸.

5.1.6 Das ärztliche Berufsethos

Die offiziellen Stellungnahmen und Richtlinien der **Ärztevertretungen** hinsichtlich einer ärztlichen Durchführung einer aktiven Tötung von Menschen oder einer Mitwirkung beim

²⁶³ Vgl. Hoerster 1998, S. 18-19, Wennberg 1989, S. 76-90, Dworkin 1994, S. 269.

²⁶⁴ Seper 1980, o. S.

²⁶⁵ Seper 1980, o. S.

²⁶⁶ Vgl. Kuhse in: Leist 1990, S. 78-79.

²⁶⁷ Vgl. die oben erwähnte Predigt Bischof von Galens.

²⁶⁸ Vgl. Der Spiegel 1975, S. 35-60.

Selbstmord sind klar, einheitlich und haben sich im Zeitraum von 1945 bis heute nicht verändert, dies ist gegensätzlich zu den Ansichten über die passive Sterbehilfe. Demnach stehe die aktive Sterbehilfe in krassem Widerspruch zum ärztlichen Auftrag, Leben unter allen Umständen zu schützen und zu erhalten. Die offiziellen Dokumente der Ärzteschaft betrachten daher die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid als unärztlich²⁶⁹. Die Begründungen für dieses „Tabu“ sind allerdings in den offiziellen ärztlichen Stellungnahmen spärlich²⁷⁰.

Die ärztlichen Verlautbarungen betonen immer wieder, dass eine Handlung als „unärztlich“ gelten könne, obwohl das Strafrecht etwas anderes festlegt, und die „Unabhängigkeit der ethischen Grundnormen“²⁷¹ des ärztlichen Berufes bewahrt werden muss.

Auch der Weltärztebund verurteilt die aktive Sterbehilfe durch Ärzte sowie den ärztlich assistierten Suizid als ärztlich unethisch²⁷². Angesichts der Freigabe der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden im Jahr 2001 hat er in seiner 2002 verabschiedeten EntschlieÙung zur Euthanasie erneut bekräftigt, dass die aktive Sterbehilfe ärztlich unethisch sei. In der EntschlieÙung heißt es weiter: *„Der Weltärztebund hat zur Kenntnis genommen, dass die aktive Sterbehilfe mit ärztlicher Hilfe in einigen Ländern legalisiert worden ist [...]. Der Weltärztebund bekräftigt erneut seine feste Überzeugung, dass Euthanasie in keinsten Weise mit den ethischen Grundsätzen der ärztlichen Berufsausübung zu vereinbaren ist, und [...] fordert alle nationalen Ärzteorganisationen und Ärzte auf, die Mitwirkung bei der Sterbehilfe abzulehnen, auch wenn sie aufgrund nationaler Rechtsvorschriften erlaubt ist oder unter bestimmten Bedingungen nicht strafrechtlich verfolgt wird.“*²⁷³

Wie bereits erwähnt, findet sich zu den zahlreichen Postulaten standesrechtlich unärztlichen Verhaltens nur selten eine nähere Begründung. In den EntschlieÙungen des 84. Deutschen Ärztetages von 1981 wird angeführt, dass aktive Sterbehilfe oder auch nur die Teilnahme an einer Selbsttötung das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zerstören würde²⁷⁴. Die berufsrechtliche Unzulässigkeit wurde im 87. Ärztetag im Jahr

²⁶⁹ Vgl. z. B. Die Präambel der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004, in der es heißt: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos“.

²⁷⁰ Vgl. Wiesing in: Holderegger 2000, S. 229.

²⁷¹ Vgl. EntschlieÙung des 99. Ärztetages, abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 93 (1996) C-1191.

²⁷² Vgl. Deklaration des Weltärztebundes 1981 und 1987.

²⁷³ EntschlieÙung des Weltärztebundes zur Euthanasie 2002, online.

²⁷⁴ Eser/Koch 1991, S. 152.

1984²⁷⁵ bestätigt, zudem verwiesen die zuständigen Akteure auf „unabsehbare Konsequenzen“²⁷⁶ und sprachen die Befürchtung aus, dass die Verfügbarkeit des Lebens „in eine moralisch-gesellschaftliche Verpflichtung zum Sterben – und damit auch zur aktiven Tötung – umschlagen“²⁷⁷ könne.

Wie in der erwähnten EntschlieÙung des Weltärztebundes zur Euthanasie und ebenso im grundlegenden Werk von Wolfgang Wieland zur ärztlichen Ethik²⁷⁸ wird deutlich, dass das ärztliche berufsrechtliche Verbot unabhängig von nationalen Rechtsvorschriften bestehen bleibt. Eine Handlung mag für einen Bürger in einer Extremsituation durchaus gerechtfertigt sein, dennoch bleibt sie einem Arzt verwehrt.

Begründet wird dies mit der „Identität als Arzt“. Auch Markus von Lutterotti unterscheidet zwischen der aktiven Sterbehilfe an sich und einer aktiven Sterbehilfe durch den Arzt (vgl. Luterotti 1976 in: Eser/Koch 1991 (Hrsg.), S. 196), Wolfgang Gerok postuliert, dass der Arzt niemals die Rolle des Tötens übernehmen darf, denn „sie würde seine eigentliche Funktion gefährden, vielleicht vernichten“²⁷⁹. Auch im angelsächsischen Sprachraum wird diese Ansicht vertreten²⁸⁰. Gemäß diesen Ansichten verbietet die „Identität des Arztes“ bestimmte Handlungen. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob sie „außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung“²⁸¹ moralisch oder rechtlich zulässig sein kann. Im Bereich der passiven und der indirekten Sterbehilfe wird ein solcher Vertrauensbruch in der Arzt-Patienten-Beziehung offenbar nicht befürchtet, was mit dem Unterschied der aktiven zur passiven (und indirekten) Sterbehilfe – also der Intention des Handelnden – begründet wird: Im aktiven Fall ist der Tod intendiert, im passiven/indirekten Fall wird er in Kauf genommen²⁸². Diese Haltung der Ärzteschaft ist nicht unbestritten²⁸³.

²⁷⁵ Eser/Koch 1991, S. 152.

²⁷⁶ Vgl. ebd.

²⁷⁷ Vgl. ebd.

²⁷⁸ Vgl. Wieland 1986, S. 125.

²⁷⁹ Gerok 1992, S. 38.

²⁸⁰ Vgl. Momeyer R. 1995, S. 13-24.

²⁸¹ Wiesing in: Holderegger 2000, S. 233.

²⁸² Vgl. ebd.

²⁸³ Vgl. ebd., S. 234-241.

Dass das Berufsethos eine ärztliche Mitwirkung bei der aktiven Tötung eines Menschen verbietet, wird auch in den aktuellsten Aussagen der obersten Interessenvertreter deutlich, so etwa der Vizepräsident der Deutschen Bundesärztekammer Kaplan in seiner Aussage zur deutschen Presseagentur am 08.08.2012:

„Die Aufgabe des Arztes ist es, Leben zu erhalten, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Das heißt: Sterbebegleitung und ärztliche Hilfeleitung beim Sterben – und nicht zum Sterben.“²⁸⁴

Aber nicht nur von Ärzten und deren Vertretungen wird der Begriff das ärztliche Berufsethos in Anspruch genommen. Wie bereits bei den Ausführungen zum Autonomieprinzip erwähnt, sehen die Kirchen im Arzt einen „Anwalt des Lebens“²⁸⁵.

5.1.7 Das Fürsorgeprinzip

Die Pflicht zur Fürsorge wird oftmals als Gegenargument zum Autonomieprinzip gebraucht. Wie bereits im vorangehenden Kapitel ausgeführt, wurde den Patienten in den Nachkriegsjahren von Ärzten wenig Kompetenz zur Mitsprache bei Therapieentscheidungen und demgemäß wenig Autonomie im Umgang mit Krankheit zugestanden. In Stellungnahmen zur Euthanasie beschäftigte man sich zwar mit der Frage des Sinnes von unbedingter Lebensverlängerung und von Schmerz und Leid, der Patientenwille spielte allerdings nur eine untergeordnete Rolle oder wurde überhaupt nicht thematisiert²⁸⁶. Im Laufe der Zeit wurde der Patientenwille immer wichtiger, was sich in den öffentlichen Positionierungen der Ärzteschaft widerspiegelt²⁸⁷. Das Fürsorgeargument taucht allerdings bis heute in Stellungnahmen der Ärzteschaft regelmäßig auf und wird als Gegenargument zur Tendenz einer immer uneingeschränkteren Patientenautonomie verstanden²⁸⁸.

In der aktuelleren Diskussion wird auch hierzu deutlich, dass das Prinzip der „Fürsorge“ von Befürwortern sowie Gegnern unterschiedlich ausgelegt wird. Während die christlichen Kirchen, die Ärzteverbände, Hospizvereine und Palliativmediziner Fürsorge als Gegengewicht zur aktiven Sterbehilfe verstehen und nach deren Ansicht somit Fürsorge

²⁸⁴ Kaplan zur deutschen Presseagentur, online.

²⁸⁵ Vgl. Gott ist ein Freund des Lebens, S. 108-109 in: Eser/Koch 1990, S. 68-69.

²⁸⁶ So z. B. Jores, Müller und Weizäcker in: Lohmann 1975, S. 62-68.

²⁸⁷ Vgl. die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Deutschen Bundesärztekammer 1998.

²⁸⁸ Vgl. z. B. Vortrag von Prof. Dr. med. A. Bauer 2011, S. 5.

aktives Töten jedenfalls ausschließe²⁸⁹, so argumentieren die Befürworter, dass das Konzept der Fürsorge am Lebensende auch die Möglichkeit beinhalte, langes Leiden und Sterben aktiv zu verkürzen. So wird gerade in der aktiven Beendigung und somit Verkürzung dieses Leidensweges die Fürsorgeverpflichtung gesehen – hier verschwimmen die Grenzen der Argumente Selbstbestimmung, Fürsorge und Mitleid.

5.1.8 Aktiv vs. Passiv

Der Spiegel kritisierte schon in einem Artikel von 1975 die für die aktive Sterbehilfe erfolgende Unterscheidung in aktives Tun und passives Unterlassen und zitierte einen Ausspruch von Immanuel Kant: „*Wenn wir die Ziele wollen, wollen wir auch die Mittel*²⁹⁰“. In diesen ersten Sterbehilfe-Zeitungsartikeln, die in gekonnt journalistischer Dramatik für die Todesspritze plädierten²⁹¹, wurde häufig damit argumentiert, dass man in der Praxis „Gut und Böse“ kaum trennen könne und die Praxis, aktives Handeln anders zu behandeln als passives Unterlassen, als willkürlich bezeichnet werden könne²⁹².

In der philosophischen Ethik wird häufig die Ansicht vertreten, dass eine Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe beim Vorliegen gleicher Rahmenbedingungen inkonsequent sei, da beides unter gleichen Voraussetzungen geschehe (ernstliches Verlangen, Leiden zu beenden) und zum selben Ergebnis führen würde. Der Abbruch einer eingeleiteten Behandlung sei bspw. wie eine tödliche Injektion zu behandeln, da beide Handlungen in gleicher Weise über das Leben verfügen, indem sie den Tod gezielt herbeiführen. In einer Situation, in welcher der Behandlungsabbruch dem Patienten das Sterben erleichtern soll, wird der Tod nicht nur in Kauf genommen, sondern zielt unmittelbar darauf ab²⁹³.

Aus einer mangelnden Unterscheidbarkeit von aktiv und passiv wird von einigen Autoren abgeleitet, dass aufgrund der Gleichheit des Handlungsergebnisses auch die aktive Sterbehilfe legalisiert werden müsse, zumal die passive Sterbehilfe heute ethisch und rechtlich anerkannt wäre und damit eine Ungleichbehandlung vermieden werde²⁹⁴.

²⁸⁹ Vgl. Ärztekammer Nordrhein: Fürsorge statt Sterbehilfe, online.

²⁹⁰ Immanuel Kant (1724 – 1804), deutscher Philosoph

²⁹¹ Vgl. Grubbe in: „Der Stern“ 1973, S. 126-128.

²⁹² Vgl. Der Spiegel 1975, S. 36-60.

²⁹³ Vgl. Birnbacher 2005, S. 4-6.

²⁹⁴ Vgl. Kreß 2003, S. 183f.

Die Gegner meinen, dass zwischen Tun und Unterlassen, meist gleichgesetzt mit Töten und Sterbenlassen, ein großer Unterschied besteht, den es in jedem Falle aufrechtzuerhalten gilt²⁹⁵. In diesem Zusammenhang werden immer wieder anschauliche Beispiele vorgebracht, die zeigen sollen, dass die Zweck-heiligt-Mittel-Mentalität der Befürworter nicht mit unserer moralischen Ethik in Einklang zu bringen ist, u. a. die Beispiele von Cynthia Cohen²⁹⁶:

- 1) Wir haben vier Pillen zur Verfügung und vier Patienten. Drei Patienten könnten mit jeweils einer Pille gerettet werden. Der Vierte jedoch bräuchte zu seiner Rettung alle vier Pillen. Wenn wir nun die Wahl hätten, drei Patienten zu retten oder einen, dann geben wir die Pillen den drei Patienten und lassen den Vierten sterben, da für ihn ja zu wenig Pillen da sind.
- 2) Vier Patienten könnten durch eine Organspende gerettet werden – es wird ein Herz, zwei Nieren und eine Leber gebraucht. Wir töten daher einen Gesunden, um das Leben dieser vier Patienten zu retten.

So werde – auch wenn das Ergebnis das gleiche ist – die Tötung intuitiv meist als moralisch deutlich gravierender empfunden als ein in jeder Hinsicht vergleichbares Sterbenlassen. Hinsichtlich der ärztlichen Handlung bedeute dies, dass die Tötung durch einen Arzt wohl als bedrohlicher empfunden werde als das Nichteinleiten oder der Abbruch einer lebensverlängernden Therapie²⁹⁷. Für eine Unterscheidung und damit für das Verbot des aktiven Tötens spreche auch, dass die ärztliche Diagnostik nicht unfehlbar sei. Denn während die aktive Beendigung des Lebens dem Patienten jede Chance zum Weiterleben nehme, so bleibe ihm beim passiven Abbruch bzw. Unterlassen einer Therapie diese Chance erhalten²⁹⁸. Man dürfe dem Patienten daher nichts nehmen, den Verlust allerdings sehr wohl zulassen²⁹⁹.

Werden die offiziellen Stellungnahmen, Richtlinien und Erklärungen der **Ärztevertretungen** analysiert, so wird deutlich, dass bereits in den Arbeiten und Stellungnahmen von Ärzten aus den 1950er und 1960er Jahren, als sich die Euthanasie-

²⁹⁵ Vgl. der Schweizer Anästhesist Scheidegger in: Holderegger (Hrsg.) 2000, S. 258-266.

²⁹⁶ Vgl. Cohen 1977, S. 217-227.

²⁹⁷ Vgl. Birnbacher in: Heggelmann/Merkel (Hrsg.) 1991, S. 43-44.

²⁹⁸ Beauchamp 1989 in: Sass (Hrsg.), S. 271

²⁹⁹ Vgl. Foot 1990 in: Leist (Hrsg.), S. 204

Diskussion weiter weg von der nationalsozialistischen Geschichte hin zu neuen medizinischen Grenzfragen am Lebensende bewegte, eine deutliche Abgrenzung einer passiven (erlaubten) Sterbehilfe von einer aktiven (verbotenen) Art vorgenommen wurde³⁰⁰. Auch die ersten berufsrechtlichen Richtlinien der Deutschen Bundesärztekammer halten an einer strikten Unterscheidung zwischen aktivem Töten und Behandlungsabbruch bzw. Nichtaufnahme einer Behandlung fest. Die Ärztegewerkschaft „Marburger Bund“ bekennt sich im Jahre 1997 zum Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer³⁰¹ und deren Grundsätze, wie z. B. der uneingeschränkten Feststellung, dass Euthanasie unethisch ist³⁰². Auch in den aktuell geltenden Standesrichtlinien der Deutschen Bundesärztekammer aus 2011 heißt es schon in der Präambel, dass ein offensichtlicher Sterbevorgang nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden und das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen Maßnahme ermöglicht werden darf, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht, eine Tötung auf Verlangen jedoch ausgeschlossen sei.

Bei den Erklärungen der Ärztevertretungen im zeitgeschichtlichen Rahmen fällt auf, dass man sich jeweils im Umfeld einer verstärkt aufkeimenden Sterbehilfedebatte positionierte. Die ersten Richtlinien aus dem Jahr 1979 entstanden unmittelbar anschließend an die Ereignisse in den Niederlanden im Jahr 1975 (Fall Postma) und wahrscheinlich unter dem Druck des Umstandes, dass in anderen Ländern wie bspw. der Schweiz Vorschläge zu Regelungen der Sterbehilfe von der Ärzteschaft und nicht vonseiten der Politik gekommen waren³⁰³.

Eine Trennung der Tötung auf Verlangen vom Unterlassen, Begrenzen und Beenden ist daher seit 1945 wesentlicher Bestandteil der Positionierungen der Ärzteschaft zur Sterbehilfe. Man kann sogar sagen, dass mit der wachsenden allgemeinen Zustimmung zur passiven Sterbehilfe die strikte Trennung von aktiv und passiv wesentlich an Bedeutung gewann.

³⁰⁰ Vgl. Lohmann 1975, S. 97.

³⁰¹ Die späteren „Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer 1998

³⁰² Beschluss (Nr. 2) zur ärztlichen Sterbebegleitung des Marburger Bundes, in: Schell 2000, S. 137.

³⁰³ Vgl. Wolf 2008, S. 85.

5.1.9 Palliativmedizin vs. Sterbehilfe

Dass eine umfassende palliativmedizinische Versorgung den Wunsch nach Sterbehilfe verstummen lässt, ist das Hauptargument von Vertretern der Palliativmedizin und Hospizvereinigungen. Diese Position sollen Umfragen in der Bevölkerung und von Patienten untermauern. So kommt die Deutsche Hospiz Stiftung aufgrund einer von 1997 bis 2005 durchgeführten Langzeitstudie zu der Ansicht, dass sich lediglich eine Minderheit für die aktive Sterbehilfe und die Mehrheit für Hospizarbeit und Palliativmedizin entscheidet, wenn über Alternativen zur Sterbehilfe informiert wurde. In der von TNS Infratest am 14. bis 15.10.2005 durchgeführten repräsentativen Umfrage entschieden sich 35 % der Befragten für die aktive Sterbehilfe und 56 % für Palliativmedizin und Hospizarbeit, nachdem ihnen die Alternativen skizziert wurden³⁰⁴.

Ebenso wird das Argument des unerträglichen Leids von Vertretern des Konzeptes „Palliative Care“ immer wieder mit dem Hinweis negiert, dass auch unerträgliche Schmerzzustände mit den heutigen Methoden der Schmerzmedizin beherrschbar seien³⁰⁵ und somit ein Verlangen nach aktiver Tötung nicht aufkommen müsse.

Neben den Vertretern der Palliativmedizin und den Hospizvereinen ist dies auch ein zentrales Argument der christlichen Kirchen und der Ärzteschaft in der Sterbehilfedebatte.

Des Weiteren wird von Palliativmedizinern die Gefahr darin gesehen, dass die Legalisierung und Praxis der aktiven Euthanasie und/oder die ärztliche Hilfe zum Suizid eine Bedrohung für die „wirklich konsequente und humanitäre Versorgung der Menschen am Lebensende“³⁰⁶ darstellt.

5.1.10 Gesetz erzeugt Bedarf und vice versa

Von Sterbehilfe-Gegnern, hier insbesondere von Ärztevertreten und Palliativmedizinern, wird oft die Meinung vertreten, dass die Rechtsprechung ohnehin sämtliche Fälle und Konstellationen der Sterbehilfe abgedeckt habe und daher eine gesetzliche Regelung nicht mehr notwendig sei³⁰⁷. Es sei besser, dass Sterbehilfe-Handlungen im konkreten Einzelfall geprüft und entschieden würden, da die Materie differenziert und daher nicht gesetzlich

³⁰⁴ Vgl. Stellungnahme der Deutsche Hospiz Stiftung „Was denken die Deutschen wirklich über Sterbehilfe?“, online.

³⁰⁵ Vgl. Stellungnahme der Deutschen Krebshilfe „Palliativmedizin statt aktiver Sterbehilfe“ 2001, online.

³⁰⁶ Klinkhammer 2009 in: Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (50): A-2497 / B-2145 / C-2084.

³⁰⁷ Vgl. Interview mit H. Melching, Geschäftsführer der DGP Palliativmedizin 2012, online.

regelbar sei. Eine Legalisierung erzeuge darüber hinaus mehr Bedarf an Sterbehilfe, man befürchtet also diesbezüglich einen Dammbbruch und eine Abkehr vom absoluten Tötungsverbot.

Von Befürwortern einer Legalisierung wird oftmals angeführt, dass eine Rechtslage, die allein durch einschlägige oder weniger einschlägige, d. h. für das praktische (ärztliche) Handeln passende oder weniger passende Gerichtsurteile bestimmbar ist, maximale Rechtsunsicherheit erzeugt und deshalb konkrete gesetzliche Regelungen notwendig seien, um Klarheit zu schaffen. An dieser Stelle seien die Bemühungen des Deutschen Juristentages erwähnt, von dem in den 1980er Jahren der Versuch unternommen wurde, die geltende Rechtslage in Gesetzesform zu gießen und dadurch übersichtlicher zu machen. Der Gesetzesentwurf wurde allerdings nie beschlossen und wiederum mit dem Argument abgelehnt, dass die „Vorschläge bereits der vorherrschenden Auffassung entsprächen und der Gerichtspraxis zugrunde zu legen seien“³⁰⁸.

Oft wird auch behauptet, dass die Thematik insgesamt nicht regelbar und somit einer gesetzlichen Regelung nicht zugänglich sei – so z. B. durch den CDU-Politiker Hubert Hüppe in seiner Stellungnahme zur Regelung von Patientenverfügungen: „Das Sterben kann man nicht bis in die letzte Minute regeln – schon gar nicht mit Gesetzen“³⁰⁹. Für Michael Wunder, einem Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, ist bspw. das niederländische Gesetz zur Sterbehilfe „der Versuch, etwas zu regeln, was nicht regelbar ist“³¹⁰. Eine Befragung von Ärzten zum Thema Sterbehilfe im Jahr 1985 ergab eine deutliche Mehrheit gegen gesetzliche Regelungen, wobei vor allem eingewendet wurde, dass eine Sterbehilfe-Entscheidung im Ermessen des Arztes liegen sollte und dass eine derartige Thematik durch Gesetze nicht geregelt werden könne³¹¹.

5.1.11 Ökonomieargument – Kostendruck erzeugt Sterbehilfe

Bereits in den ersten öffentlichen Debatten in den 1970er Jahren wurden „*nachteilige Folgen auf die allgemeine Krankenversorgung*“ befürchtet und die Angst geäußert, dass neben ärztlichen, personellen und apparativen auch die ökonomischen Reserven „*durch die*

³⁰⁸ Eser in: Jens 1995, S. 180.

³⁰⁹ Vgl. online:
http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/37012/Patientenverfuegungen_bekommen_hohe_unbegrenzte_Verbindlichkeit.htm (13.09.2012).

³¹⁰ Wunder in: Frewer/Eickhoff 2000, S. 262.

³¹¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt 82 (1985), S. 157ff.

Einbeziehung von aussichtslosen oder inkurablen Patienten in die Wiederbelebung und Intensivtherapie übermäßig stark in Anspruch genommen werden“ und „dadurch unter Umständen sogar die Versorgung von Kranken und Verletzten mit günstiger Prognose gefährden“³¹² können.

Es werden Kosten-Nutzen-Rechnungen angestellt: „*Vom selben Geld*“ (Anm.: von den täglichen Kosten eines Bettes auf der Intensivstation), rechnet Hirnchirurg Kautzky im Spiegel-Artikel von 1975, „*können in einer Hungerzone für den gleichen Zeitraum 100 bis 200 Menschen am Leben erhalten werden*³¹³“. Der polnische Philosoph Leszek Kolakowski artikuliert das moralische Dilemma: „*Warum sollen Wohlstandsgesellschaften oder begüterte Klassen zurückgebliebene und verkrüppelte Kinder mit großem Aufwand am Leben erhalten, wenn gleichzeitig Millionen normal entwickelter Kinder der Unterernährung oder mangelnder ärztlicher Versorgung zum Opfer fallen?*“³¹⁴

Derartige Kosten-Nutzen-Argumente werden von Sterbehilfe-Gegnern herangezogen, um darzulegen, dass eine Legalisierung der Sterbehilfe dazu führen wird, dass hoffnungslose Fälle und todkranke Patienten unter dem Deckmantel der Humanität kosteneinsparend entsorgt werden könnten.

Im Beschlussprotokoll des 104. Deutschen Ärztetages heißt es:

Es gebe schon Wissenschaftler, die von „Sterbekosten“ sprechen, wenn sie die Behandlung und Hilfe in der Zeit vor dem Tod meinen. „Wenn Schwerstkranke schnell und kostengünstig sterben wollen, kommt eine makabre Kostenlogik in Gang³¹⁵“, warnt der Ärztetag. Inhalt des ärztlichen Auftrages sei, Leiden zu lindern und Angst zu nehmen, um damit ein würdevolles Lebensende zu ermöglichen.

Der vormalige Bundesärztekammerpräsident Hoppe bezeichnet die aktive Euthanasie als eine gezielte Tötung. Er zitierte Frank Schirrmacher, nach dessen Befürchtungen in seinem Buch „*Das Methusalem-Komplott*“ sich unter Kostengesichtspunkten eine „Pflicht zum Töten“ entwickeln könnte „*mit der Absicht, die Gesellschaft zu entlasten*“³¹⁶.

³¹² Der Spiegel 1975, S. 36-60.

³¹³ Vgl. ebd.

³¹⁴ Vgl. ebd.

³¹⁵ Vgl. online <http://www.aerzteblatt.de/archiv/27370> (09.11.2012)

³¹⁶ Klinkhammer in: Deutsches Ärzteblatt 2005; 102 (33): A-2212 / B-1869 / C-1769.

6 Die rechtliche Situation

Die aktive Sterbehilfe ist im deutschsprachigen Raum ein privilegierter Straftatbestand gegenüber den „gewöhnlichen Tötungsdelikten“ (wie z. B. Mord oder Totschlag). Bei Erfüllung der einzelnen Tatbestandsmerkmale (ernstliches Verlangen etc.) kann daher ein geringerer Strafraum bei der Tötung auf Verlangen zur Anwendung kommen. Es bleibt aber klagestellt, dass eine Einwilligung in die Tötung den Täter nicht straffrei ausgehen lässt.

In Bezug auf den deutschen § 216 StGB („Tötung auf Verlangen“) hat es im betrachteten Zeitraum immer wieder Reformbestrebungen gegeben. Neben unzähligen Forderungen nach einer Gesetzesänderung wurde bereits im Jahr 1986 ein konkreter Gesetzesentwurf zum Vorschlag einer alternativen Regelung der Sterbehilfe (den Hauptanwendungsfall des § 216) vorgestellt. Der § 216 blieb jedoch bis heute unverändert. Noch im Jahr 2006 hat der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme³¹⁷ die unveränderte Beibehaltung der rechtlichen Regelungen zur aktiven Sterbehilfe empfohlen³¹⁸.

6.1 Die aktuelle Rechtslage

Auch wenn sich die gesetzlichen Regelungen der drei deutschsprachigen Länder im Detail unterscheiden, wird doch die einverständliche Tötung durchwegs als Fall verminderter, aber regelmäßig bestehender Strafwürdigkeit verstanden³¹⁹.

Neben den Gesetzen existieren ärztlich-berufsständische Regelwerke wie bspw. die Richtlinien über die Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004) und die Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten (2003) der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften³²⁰, die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung³²¹ und die Leitlinien zu Grenzen der Intensivmedizinischen Behandlungspflicht³²². Die österreichischen

³¹⁷ Vgl. Nationaler Ethikrat, 2006

³¹⁸ Vgl. Tenthoff 2008, S. 13.

³¹⁹ Vgl. Eser/Koch 1990, S. 8.

³²⁰ Vgl. online <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html> (09.11.2012)

³²¹ Vgl. online http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (09.11.2012)

³²² Vgl. online http://www.bda.de/leitlinien/13_557-Leitlinie.pdf (09.11.2012)

Ärztikammern verfügen über keine eigenen Richtlinien zur Sterbehilfe, erwähnt ist das Verbot der Tötung auf Verlangen aber in einzelnen Standesordnungen (so z. B. in § 3 der Steiermärkischen ärztlichen Standesordnung). In allen erwähnten Regelwerken wird die aktive Sterbehilfe einhellig abgelehnt.

6.2 Gesetzeslage in Deutschland

Das deutsche Strafrecht erachtet eine Tötung auf Verlangen als strafwürdig, allerdings weniger strafwürdig als Mord und Totschlag. Im dortigen § 216 wird die Tötung auf Verlangen mit einem gegenüber Mord und Totschlag geringeren Strafraumen von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bemessen:

§ 216

Tötung auf Verlangen

(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.

Diese Vorschrift bringt zum Ausdruck, dass die Achtung fremden Lebens ein unantastbares Prinzip des Strafrechts darstellt und das Rechtsgut Leben grundsätzlich unverfügbar ist. Der Täter kann sich demnach auch dann strafbar machen, wenn das Opfer seine Tötung verlangt hat.

Der Tatbestand wird also nur bei Vorliegen folgender Voraussetzungen erfüllt:

- die Tötung eines anderen Menschen (Suizid und Beihilfe zum Suizid sind straffrei),
- das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten (siehe Kapitel 6.3).

Das Verlangen muss vom Getöteten selbst ausgedrückt worden sein, muss für die Tötungshandlung kausal sein und dies bedeutet mehr als bloße Einwilligung oder Duldung. Ein relevantes Verlangen liegt demnach nur dann vor, wenn das Opfer aktiv auf den Willen des Täters einwirkt. Das Verlangen muss ausdrücklich sein, d. h. durch eindeutige und

unmissverständliche Worte geschehen³²³. Die Ernstlichkeit zielt auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit und auf die Freiheit von Willensmängeln ab³²⁴.

Zu den Voraussetzungen der Tötung auf Verlangen hält der deutsche BGH in seinem Urteil vom 14.09.2011, Az.: 2 StR 145/1 fest:

Gemäß § 216 Abs. 1 StGB setzt die Privilegierung voraus, dass das Tötungsverlangen des Opfers, welches den Täter zur Tat bestimmt, ausdrücklich und ernsthaft ist. Ernstlich ist ein derartiges Verlangen nur, wenn es auf fehlerfreier Willensbildung beruht. Der seinen Tod verlangende Mensch muss dazu die Urteilskraft besitzen, um die Bedeutung und Tragweite seines Entschlusses zu überblicken und abzuwägen. Dem entsprechend ist einem Tötungsverlangen die Anerkennung im Sinne des Privilegierungstatbestands für den Täter zu versagen, wenn das Opfer durch eine Erkrankung in seiner natürlichen Einsichts- und Willensfähigkeit beeinträchtigt war und es deshalb die Tragweite seines Entschlusses, sich töten zu lassen, nicht überblickte. Unbeachtlich ist aber auch ein Tötungsverlangen in depressiver Augenblicksstimmung, zumindest wenn es nicht von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen wird³²⁵.

Im Urteil vom 7. Oktober 2010 – 3 StR 168/10 stellt der BGH klar, dass eine Tötung auf Verlangen im Sinne des § 216 nur dann vorliegt, wenn der Wunsch zu sterben erkennbar nicht nur einer Augenblicksstimmung entspringt.

Für die direkte aktive Sterbehilfe hat der BGH anlässlich eines Falles, in dem eine Krankenschwester eigenmächtig todgeweihten Patienten eine erlösende Spritze gegeben hatte, die allgemeine These aufgestellt, dass *Sterbehilfe auch bei aussichtsloser [...] Prognose nicht durch gezieltes Töten geleistet werden darf. Sterbehilfe ist nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen [...] Willen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen zulässig, um dem Sterben [...] seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen³²⁶.*

Darüber hinaus äußert sich der BGH nicht weiter zur aktiven Sterbehilfe, sodass diese weiterhin ohne Ausnahmen strafbar bleibt.

³²³ Vgl. BGH NStZ 1987, 365.

³²⁴ Vgl. BGH NJW 1981, 932.

³²⁵ BGH 3 StR 168/10 vom 7. Oktober 2010

³²⁶ BGH St 37, 376 (379)

Für die passive Sterbehilfe existiert in Deutschland keine gesetzliche Grundlage. Als Rechtsgrundlage fungieren hier die höchstrichterliche Rechtsprechung und eine gängige Rechtsauslegung sowie Anwendung bestehender Gesetze³²⁷.

Auch die Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland straffrei. Die Berufsordnung der deutschen Ärztekammern erteilt der Tötung auf Verlangen ebenso wie der Beihilfe zum Suizid allerdings eine klare Absage: Die im Mai 2011 auf dem Ärztekammertag beschlossene Änderung im Hinblick auf die ärztliche Sterbehilfe sieht wie folgt aus:

§ 16 Beistand für Sterbende

*Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*³²⁸

Demnach kann die Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt, auch wenn sie nicht strafbar ist, zum Entzug der Berufsberechtigung führen.

6.3 Gesetzeslage in Österreich

§ 77 StGB Tötung auf Verlangen

Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

In Österreich ist die Tötung auf Verlangen beinahe identisch geregelt wie in Deutschland. Auch hier ist das Rechtsgut „Leben“ indisponibel und die Einwilligung des Opfers kann lediglich zur Strafminderung, nicht aber zur Straffreiheit führen. In Österreich handelt es sich ebenfalls daher um ein privilegiertes Delikt mit milderer Strafe als andere Tötungsdelikte. Die Ängstlichkeit und Eindringlichkeit verlangt wie in Deutschland die Freiheit von Willensmängeln und den klaren Sterbewunsch des Opfers, der zur Motivation des Täters führt.

§ 78 StGB Mitwirkung zum Selbstmord

³²⁷ Vgl. z. B. BGH-Urteil vom 13.09.1994, 1 StR 357/94 – straffreier Behandlungsabbruch aufgrund des mutmaßlichen Patientenwillens oder aktuell vom 25.06.2010, 2 StR 454/09 – Straffreiheit für Tod durch Durchschneiden einer Magensonde.

³²⁸ Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

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.

Im Gegensatz zu Deutschland ist in Österreich die Mitwirkung am Suizid unter Strafe gestellt. Den Unterschied zwischen den beiden Delikten bildet vor allem die Tatherrschaft, d. h. bei der Tötung auf Verlangen führt die Tötungshandlung ein anderer aus, wobei bei der Mitwirkung zum Selbstmord die Tötungshandlung der Sterbewillige selbst vornimmt, während der andere irgendwie dazu beiträgt.

Zu erwähnen ist noch das vom Nationalrat 2006 verabschiedete Patientenverfügungsgesetz. Es regelt indirekt die passive Sterbehilfe. Verbindlich ist die Patientenverfügung, wenn u. a. folgende Anforderungen erfüllt sind: Die Verfügung muss vor einem Rechtsanwalt, Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung errichtet sein. Der Patient muss über die Folgen der Verfügung und die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs aufgeklärt worden sein. Ein Arzt muss den Patienten über die Folgen für die medizinische Behandlung informiert und sich von dessen Einsichts- und Urteilsfähigkeit versichert haben.

6.4 Gesetzeslage in der Schweiz

§ 114 StGB Tötung auf Verlangen

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

§ 115 StGB Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemand zum Selbstmorde verleitet oder ihm Hilfe dazu leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

Auch in der Schweiz ist die Tötung auf Verlangen strafbar. Zusätzlich zum ernstlichen und eindringlichen Verlangen müssen hier noch achtenswerte Beweggründe, namentlich „Mitleid“ vorliegen, damit der privilegierte Tatbestand erfüllt ist. Im Gegensatz zu Österreich und Deutschland ist es allerdings ebenso möglich, „nur“ eine Geldstrafe zu verhängen. Die Beihilfe zum Suizid ist zwar in der Schweiz auch unter Strafe gestellt, allerdings nur dann, wenn selbstsüchtige Beweggründe vorliegen. Beim Fehlen dieser

selbstsüchtigen Beweggründe bleibt die Beihilfe zum Selbstmord in der Schweiz straffrei.

Die Entwicklung der Rechtsprechung in Österreich und Deutschland wird im letzten Teil der Arbeit dargestellt.

6.5 Überblick über die Gesetzeslage in Europa

Die nachfolgende Tabelle soll die Gesetzeslage in den drei deutschsprachigen Ländern sowie in einigen Europäischen Staaten überblicksartig darstellen³²⁹:

Land	Aktive Sterbehilfe	Beihilfe zur Selbsttötung	Indirekte Sterbehilfe	Passive Sterbehilfe
Deutschland	verboten	nur dann eindeutig legal, wenn Helfer keine Garantenstellung (wie z. B. Verwandter od. Arzt)	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung
Österreich	verboten (bis zu 5 Jahren Haft)	verboten (bis zu 5 Jahren Haft)	legal	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung
Schweiz	verboten	legal, soweit keine selbstsüchtigen Beweggründe vorliegen	legal	legal

Tabelle 5: Gesetzeslage in den drei deutschsprachigen Ländern³³⁰

³²⁹ Vgl. http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-Europa.html (07.10.2012).

³³⁰ Eigene Darstellung.

Belgien	legal (seit 2002)	legal	legal	legal
Dänemark	verboten	verboten	keine näheren Angaben	legal
Finnland	verboten	keine näheren Angaben	legal	legal
Frankreich	verboten (gleichgesetzt mit fahrlässiger Tötung, bis zu 5 Jahre Haft)	verboten	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung
Griechenland	verboten (gleichgesetzt mit Mord)	verboten	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung	keine näheren Angaben
Großbritannien	verboten (gleichgesetzt mit Mord)	verboten	legal	keine näheren Angaben
Italien	verboten	keine näheren Angaben	rechtlich unklar	keine näheren Angaben
Irland	verboten (bis zu 14 Jahren Haft)	verboten (bis zu 14 Jahren Haft)	legal, wenn Schmerzlinderung das primäre Ziel	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung
Luxemburg	legal (seit 2009)	legal	legal	legal
Niederlande	legal (seit 2002)	legal	legal, gilt als natürlicher Tod	legal, gilt als natürlicher Tod
Norwegen	verboten	verboten	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung	rechtlich unklar

Belgien	legal (seit 2002)	legal	legal	legal
Polen	verboten	verboten	verboten	verboten
Portugal	verboten (bis zu 3 Jahren Haft)	verboten (bis zu 3 Jahren Haft)	keine näheren Angaben	keine näheren Angaben
Schweden	verboten	legal, wenn Helfer eine Privatperson	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung	legal
Slowenien	verboten (mind. 5 Jahre Haft)	verboten (6 Monate bis zu 5 Jahre Haft)	keine näheren Angaben	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung
Spanien	verboten	verboten	legal, wenn medizinisch korrekt durchgeführt	rechtlich unklar
Ungarn	verboten	verboten	legal mit Willensäußerung oder gültiger Patientenverfügung	rechtlich unklar

Tabelle 6: Gesetzeslage im restlichen Europa³³¹

Bis auf die genannten Ausnahmen Niederlande, Belgien und Luxemburg bleibt die aktive Sterbehilfe demnach in sämtlichen europäischen Ländern verboten, die passive und indirekte Sterbehilfe ist meist legal oder es bestehen rechtliche Unklarheiten.

6.6 Rechtsprechung

Zur Entwicklung der Rechtsprechung ist anzumerken, dass Urteile wegen Tötung auf Verlangen (auch außerhalb der Sterbehilfe-Tatbestände) international und insgesamt sehr selten sind. Es zeigt sich auffällig, dass in manchen Ländern wie bspw. den Niederlanden die Gerichte in richterlicher Rechtsfortbildung durch allgemeine Rechtfertigungsprinzipien

³³¹ Eigene Darstellung.

oder Schuldausschließungsgründe bereits vor der gesetzlichen Legalisierung der Tötung auf Verlangen im Jahr 2002 regelmäßig zum Urteil der Straffreiheit gelangten³³². Für Eser/Koch zeigt dies, dass theoretisch in anderen Ländern die Straffreiheit in bestimmten Fällen auch ohne Gesetzgeber durch richterliche Rechtsfortbildung, also durch die Rechtsprechung, erreicht werden könnte³³³.

6.6.1 Rechtsprechung zur Sterbehilfe

Mit „legalen Formen der Sterbehilfe“ beschäftigt sich die deutsche Rechtsprechung seit 1984 in obergerichtlichen und höchstgerichtlichen Entscheidungen oder Beschlüssen³³⁴. Obwohl seither unzählige untergerichtliche Entscheidungen (Urteile, Beschlüsse) ergangen sind, sollen im Kontext der vorliegenden Arbeit nur die höchstrichterlichen Urteile des deutschen Bundesgerichtshofes exemplarisch dargestellt werden, die aufgrund ihres richtungsweisenden Charakters die Diskussion um die Sterbehilfe wesentlich mitgestaltet haben.

6.6.1.1 Der „Fall Wittig“ 1984

Der Hausarzt findet beim verabredeten Hausbesuch seine ihm bekannte Patientin in offenbar suizidaler Umgebung bewusstlos vor und unternimmt keinen Rettungsversuch, weil er wusste, dass die Patientin ein Patiententestament verfasst hatte, in dem sie intensivmedizinische Behandlung im Sterbeprozess ablehnte. Dr. Wittig wurde zwar freigesprochen, allerdings nicht, weil das Gericht sein Verhalten für richtig hielt, sondern durch die Tatsache, dass nach einer erfolgreichen Reanimation eine irreversible Gehirnschädigung eingetreten wäre, was nicht dem Wunsch der Patientin entsprochen hätte. Der BGH (in BGHSt 32/64) stellte darüber hinaus fest, dass es für einen Arzt unzulässig sei, sich dem Todeswunsch seiner bewusstlosen (!) Patientin zu beugen³³⁵. Auch wenn damals bereits darauf hingewiesen wurde, dass der Arzt das in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz festgelegte Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit auch gegenüber einem Patienten respektieren muss, der es ablehnt, einen lebensrettenden Eingriff zu dulden, so

³³² Vgl. Eser/Koch 1991, S. 475-484.

³³³ Vgl. Eser/Koch 1991, S. 18.

³³⁴ Vgl. das Gutachten der Rechtsanwälte Putz & Steldinger zur Frage einer legalen Suizidbeihilfe in Deutschland, online unter: http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Publikationen-Volltext-Strafrechtliche-Aspekte-der-Suizid-Begleitung-in-Deutschland.pdf (26.10.2012).

³³⁵ Vgl. Roxin 2001, S. 100f.

stellte der BGH im Fall einer in einer klassischen „Auffindungssituation“ bewusstlosen Suizidenten fest: In dieser Situation [...] *darf sich der behandelnde Arzt nicht allein nach dessen vor Eintritt der Bewusstlosigkeit erklärten Willen richten, sondern hat in eigener Verantwortung eine Entscheidung über die Vornahme oder Nichtvornahme auch des nur möglicherweise erfolgreichen Eingriffs zu treffen.* An dieser Stelle verweist der BGH auf die damals gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer aus dem Jahr 1979.

6.6.1.2 Der „Fall Hackethal“

Während der Fall Wittig das Eingreifen eines Garanten in einer sogenannten Auffindungssituation eines Suizidenten zum Inhalt hat, so galt es, im Fall Hackethal den Sachverhalt der ärztlichen Hilfestellung in der Phase vom Suizidentschluss bis zur Ausführungshandlung zu beurteilen. Das LG Traunstein hatte in seinem Beschluss die Eröffnung eines Strafverfahrens abgelehnt, wogegen beim OLG München berufen wurde³³⁶. Nach diesen Entscheidungen macht sich ein Arzt nicht strafbar, wenn er einer unheilbar kranken, zum Suizid entschlossenen Patientin auf deren Verlangen ein zur Selbsttötung geeignetes Mittel zur Verfügung stellt³³⁷. In der Entscheidung des OLG München wurde dem eigenverantwortlichen Entschluss zum Suizid ausdrücklich eine stärkere Bedeutung beigemessen als noch im Fall Wittig³³⁸.

Die Entscheidung wurde damit begründet, dass allein maßgeblich ist, wer die tatsächliche Tatherrschaft besitzt. Es wurde festgestellt, dass die Patientin im gegenständlichen Fall bis zuletzt die freie Entscheidung über ihr Schicksal behielt und demnach eigenverantwortlich gehandelt hat, d. h. ohne krankhafte seelische Störung oder eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung. Auch wurde sie nicht zum Suizid gezwungen. Das OLG München entschied demnach, dass die Patientin nach diesen Kriterien im Zustand freier

³³⁶ Vgl. NJW 1987, 2940.

³³⁷ Vgl. das Gutachten der Rechtsanwälte Putz & Steldinger zur Frage einer legalen Suizidbeihilfe in Deutschland, online unter: http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Publikationen-Volltext-Strafrechtliche-Aspekte-der-Suizid-Begleitung-in-Deutschland.pdf (27.10.2012).

³³⁸ Vgl. das Gutachten der Rechtsanwälte Putz & Steldinger zur Frage einer legalen Suizidbeihilfe in Deutschland, online unter: http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Publikationen-Volltext-Strafrechtliche-Aspekte-der-Suizid-Begleitung-in-Deutschland.pdf (27.10.2012).

Willensentscheidung eigenverantwortlich gehandelt hat³³⁹. Dem Patientenwillen wird noch eine stärkere rechtliche Bedeutsamkeit beigemessen als im Wittig-Urteil³⁴⁰.

6.6.1.3 Der „Kemptener Fall“ 1994

Das Landgericht Kempten verurteilte einen Arzt und Betreuer einer Wachkomapatientin: Sie hatten ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (aktuelle Bezeichnung: Betreuungsgericht) das Personal des Pflegeheims angewiesen, anstelle der künstlichen Ernährung der Patientin nur noch Tee zu verabreichen. Dies sollte mit dem Ziel eines raschen und schmerzfreien Todes erfolgen. Das Pflegepersonal verweigerte sich jedoch diesen Anweisungen und wandte sich an das Vormundschaftsgericht, das wiederum die geplante Nahrungsumstellung untersagt hatte. Das Vorgehen von Arzt und Betreuer wurde schließlich vom Landgericht Kempten nicht als zulässige passive Sterbehilfe gewertet, da der Tod der Patientin nicht unmittelbar bevorstanden habe, sondern als versuchten Totschlag. In der Berufung wurden Betreuer und Arzt schließlich vor dem BGH (13.09.1994, NJW 1995, 204) freigesprochen. Der BGH hielt fest, dass bei einer unheilbar erkrankten, entscheidungsunfähigen Patientin der Abbruch der künstlichen Ernährung auch zulässig sein kann, wenn keine Todesnähe bestehe, vorausgesetzt dies entsprach dem mutmaßlichen Willen der Kranken.

6.6.1.4 Der „Dolantin-Fall“ 1996

Ein Ärzteehepaar hatte eine befreundete Rentnerin betreut, die sich im Sterben befand. Die Ärzte hatten sich entschlossen, die Patientin nicht mehr in ein Krankenhaus einzuweisen, sondern zu Hause medikamentös zu versorgen, worauf die Patientin kurz darauf verstarb. Der Mann hatte die Rentnerin offenbar beerben wollen und sein Tötungsmotiv sei demnach „Habgier“ gewesen, sodass er des Mordes verurteilt wurde. Die Absicht seiner Frau sei es gewesen, der Rentnerin einen qualvollen Sterbeprozess zu ersparen und in dieser Absicht sei das Schmerzmittel „Dolantin“ verabreicht worden – da jedoch auch sie in Tötungsabsicht gehandelt habe, wurde sie wegen Totschlags zu einer Freiheitsstrafe verurteilt. Der BGH (15.09.1996, 3 StR 79/96) hob das Urteil gegen die Ehefrau mit der Begründung auf, dass nicht rechtsfehlerfrei ausgeschlossen werden könne, dass die Absicht der Ärztin auf eine therapeutisch gebotene, schmerzlindernde Begleitung der Sterbenden

³³⁹ Vgl. Tröndle/Fischer, 52. Aufl. Rz 13 mit weiteren Nachweisen.

³⁴⁰ Vgl. Tröndle/Fischer, 52. Aufl. Rz 13 mit weiteren Nachweisen.

gerichtet und dabei der beschleunigte Todeseintritt nicht intendiert war. So formulierte der BGH erstmals die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe: *Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann*³⁴¹.

6.6.1.5 Die Patientenverfügung wird gestärkt

Der BGH hatte über einen Antrag eines Betreuers zu entscheiden, in dem es grundsätzlich darum ging, ob der Betreuer eines Wachkomapatienten die Einstellung der künstlichen Ernährung erwirken kann, wenn dies seinem zuvor schriftlich formulierten Willen entspricht, ohne hierbei jedoch das Vormundschaftsgericht anzurufen. Der BGH kam zu der Entscheidung³⁴², dass das Vormundschaftsgericht für das Verweigern von lebenserhaltenden und -verlängernden Maßnahmen einzuschalten sei, da es Gegenstand gerichtlicher Überprüfung sein müsse, ob die Umstände, die der Patient in seinem schriftlichen Willen formulierte, nun tatsächlich vorliegen. Wesentliche Bedeutung erlangte das Urteil jedoch aufgrund der Tatsache, dass dadurch die Patientenautonomie in Gestalt einer Patientenverfügung betont wurde. Der BGH führte aus: *Ist ein Patient einwilligungsunfähig und [Anm.: hat] sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so [Anm.: müssen] lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht*³⁴³. Mit dieser Entscheidung wurde der Status von Patientenverfügungen erheblich gestärkt.

6.6.1.6 Recht spektakulär³⁴⁴: Der „Fall Putz“

Nach bisheriger Rechtsprechung war ein Behandlungsabbruch gerechtfertigt in Form von Unterlassung und Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen durch den Arzt oder das Pflegepersonal und bei Vorliegen eines ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willens.

³⁴¹ BGH 3 StR 79/96

³⁴² Beschluss des XII. Zivilsenates vom 17.03.2003, XII ZB 2/03

³⁴³ Vgl. ebd.

³⁴⁴ Wie „Der Spiegel“ in seinem Artikel vom 25.06.2010 titelte, online unter: <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/bgh-urteil-zu-sterbehilfe-recht-revolutionaer-a-702945.html> (26.10.2012).

Wichtig war diesbezüglich, dass der „Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit“ auch bei aktiven Handlungselementen (wie z. B. dem Abstellen eines Beatmungsgerätes) beim Unterlassen (!) liegt³⁴⁵. Es wurde dementsprechend höchstrichterlich eine konkrete Trennung von aktivem und passivem Tun vorgenommen.

Bisher hatten die Rechtsprechung sowie die herrschende Meinung³⁴⁶ bei erlaubter passiver Sterbehilfe ein Unterlassen im Rechtssinne vorausgesetzt. Diese Trennung von aktivem und passivem Tun wurde in dieser vielfach als richtungweisend bezeichneten Entscheidung des BGH (25.06.2010, 2 StR 454/09) aufgegeben. Mit dieser Entscheidung hat der BGH die juristische Diskussion um eine dogmatische Begründung eines Behandlungsabbruches durch aktives Tun beendet und die „Rechtsfigur des Behandlungsabbruches“ eingeführt. Der BGH hat in der Urteilsbegründung dargelegt, dass die Kriterien für eine Unterscheidung zwischen erlaubtem und verbotenem Verhalten nicht allein in der äußerlichen Handlungsqualität liegen. Nach bisheriger Rechtsansicht sind aktive Handlungselemente (wie z. B. das in diesem Fall durch die Tochter der Patientin erfolgte Durchschneiden einer Magensonde) stets dogmatisch in ein „normativ verstandenes Unterlassen“ umgedeutet worden. Diese Umdeutungskonstrukte hat der BGH nun komplett aufgegeben und festgelegt, dass der Abbruch einer Behandlung künftig eigenen Regeln folgen müsse. Er führte aus:

Es ist deshalb sinnvoll und erforderlich, alle Handlungen, die mit einer solchen Beendigung einer ärztlichen Behandlung in Zusammenhang stehen, in einem normativ wertenden Oberbegriff des Behandlungsabbruchs zusammen zu fassen, der neben objektiven Handlungselementen auch die subjektive Zielsetzung des Handelnden umfasst, eine bereits begonnene medizinische Behandlungsmaßnahme gemäß dem Willen des Patienten insgesamt zu beenden oder ihren Umfang entsprechend dem Willen des Betroffenen oder seines Betreuers nach Maßgabe jeweils indizierter Pflege- und Versorgungserfordernisse zu reduzieren³⁴⁷.

³⁴⁵ Gaede NJW 2010, 2925.

³⁴⁶ Gaede NJW 2010, 2925 unter I. und Kubiciel, Zeitschrift für das juristische Studium = www.zjsonline.com, S. 656, 657.

³⁴⁷ BGH 2 StR 454/09

Der BGH hielt zudem fest: Erlaubt seien nur Verhaltensweisen, *die dem krankheitsbedingten Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen seinen Lauf lassen*. Damit soll eine strikte Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen vorgenommen werden.

6.6.1.7 Übersicht

<i>Jahr</i>	<i>Entscheidung</i>	<i>Inhalt</i>
1984	Der „Fall Wittig“	Im Zustand der Bewusstlosigkeit kann die zuvor getätigte Willensäußerung des Patienten für den Arzt unbeachtlich werden.
1985	Der „Fall Hackethal“	Ein Arzt macht sich nicht strafbar, wenn er einer unheilbar erkrankten, zur Selbsttötung entschlossenen Patientin auf deren Verlangen ein zur Selbsttötung geeignetes Mittel zur Verfügung stellt.
1994	Der „Kemptener Fall“	Abbruch und Unterlassung von ungewollten Behandlungen sind auch dann möglich, wenn der Patient sich nicht in der Sterbephase befindet.
1996	Der „Dolantin-Fall“	Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe
2003	Patienten-Verfügung	Die Bedeutung von Patientenverfügungen wird betont.
2010	Der „Fall Putz“	Beim Abbruch von ungewollten Behandlungen keine Unterscheidung mehr zwischen aktiven und passiven Handlungen

Tabelle 7: Übersicht Entwicklung von "Fall Wittig" zu "Fall Putz"³⁴⁸

6.6.1.8 Fazit

Aus den von der Rechtsprechung formulierten Grundsätzen das aktuell geltende Recht abzuleiten und danach zu handeln, stellt für den Rechtsanwalt Wolfgang Putz (der den „Fall Putz“ vor den BGH brachte) eine „Zumutung dar, die nicht scharf genug angeprangert werden kann³⁴⁹“. Hinzu komme, dass selbst dort, wo eine klare Rechtsprechung gegeben sei, den beteiligten Ärzten, Einrichtungen und Pflegekräften

³⁴⁸ Eigene Darstellung.

³⁴⁹ Vgl. das von der DGHS in Auftrag gegebene Rechtsgutachten der Rechtsanwaltssozietät Putz & Steidlinger 2006, S. 17. Online unter

http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Publikationen-Volltext-Strafrechtliche-Aspekte-der-Suizid-Begleitung-in-Deutschland.pdf (09.11.2012)

keine transparenten und genauen gesetzlichen Regelungen präsentiert werden könnten. Vielmehr erzähle der spezialisierte Jurist „notgedrungen ausschweifend vom Wittig-Fall, vom Hackethal-Urteil, der Kemptener Entscheidung oder dem Traunsteiner Komapatienten³⁵⁰“. Ärzte, die ein solches Urteil gar selbst lesen wollten, würden es nicht verstehen und auch nicht nachvollziehen können, wie es zu der juristischen Interpretation gekommen sei, weil diese die Gesamtschau der Rechtsprechung einbeziehe³⁵¹.

Nach Putz' Ansicht sei die Aufnahme des geltenden Rechts in verständlicher Form in das geschriebene Gesetz eine mehr als überfällige Forderung an den Gesetzgeber. Zusätzlich sollte die Strafflosigkeit der Nichthinderung der Selbsttötung des freiverantwortlichen Suizidenten unbedingt in das geltende Gesetz Aufnahme finden. Insoweit bestehe eine völlige Übereinstimmung mit dem Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) des Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer (Alternativ-Professoren)³⁵².

Der Einfluss der Kirche wurde bereits in den 1980er und 1990er Jahren von Legalisierungs-Befürwortern kritisiert. Im Fokus stand hierbei vor allem die Kirche als Behinderer der „weltanschaulichen Pluralität“³⁵³ in der Gesellschaft. Ein Ausspruch eines ehemaligen Präsidenten des Bundesverfassungsgerichtes, Zeidler, sorgte ebenfalls für Aufsehen. Er bezeichnete die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen als eine „*Insel der Inhumanität als Folge kirchlichen Einflusses auf unsere Rechtsordnung*“³⁵⁴.

³⁵⁰ Vgl. ebd.

³⁵¹ Vgl. ebd.

³⁵² Vgl. Schöch/Verrel et. Al (2005) in: Goltdammer's Archiv für Strafrecht 10/152, S. 553-626.

³⁵³ Herster, NJW 1986 in: Eser/Koch 1990, S. 69.

³⁵⁴ FAZ vom 16.01. und 18.01.1986, S. 5.

7 Die Entwicklung des Diskurses im Überblick

Eine Übersicht über die Entwicklung der Meinungen von Ärzten, Kirchen, Juristen, Patientenrechtsvereinen etc. bietet die nachfolgende Abbildung 2 sowie die Abbildung 3:

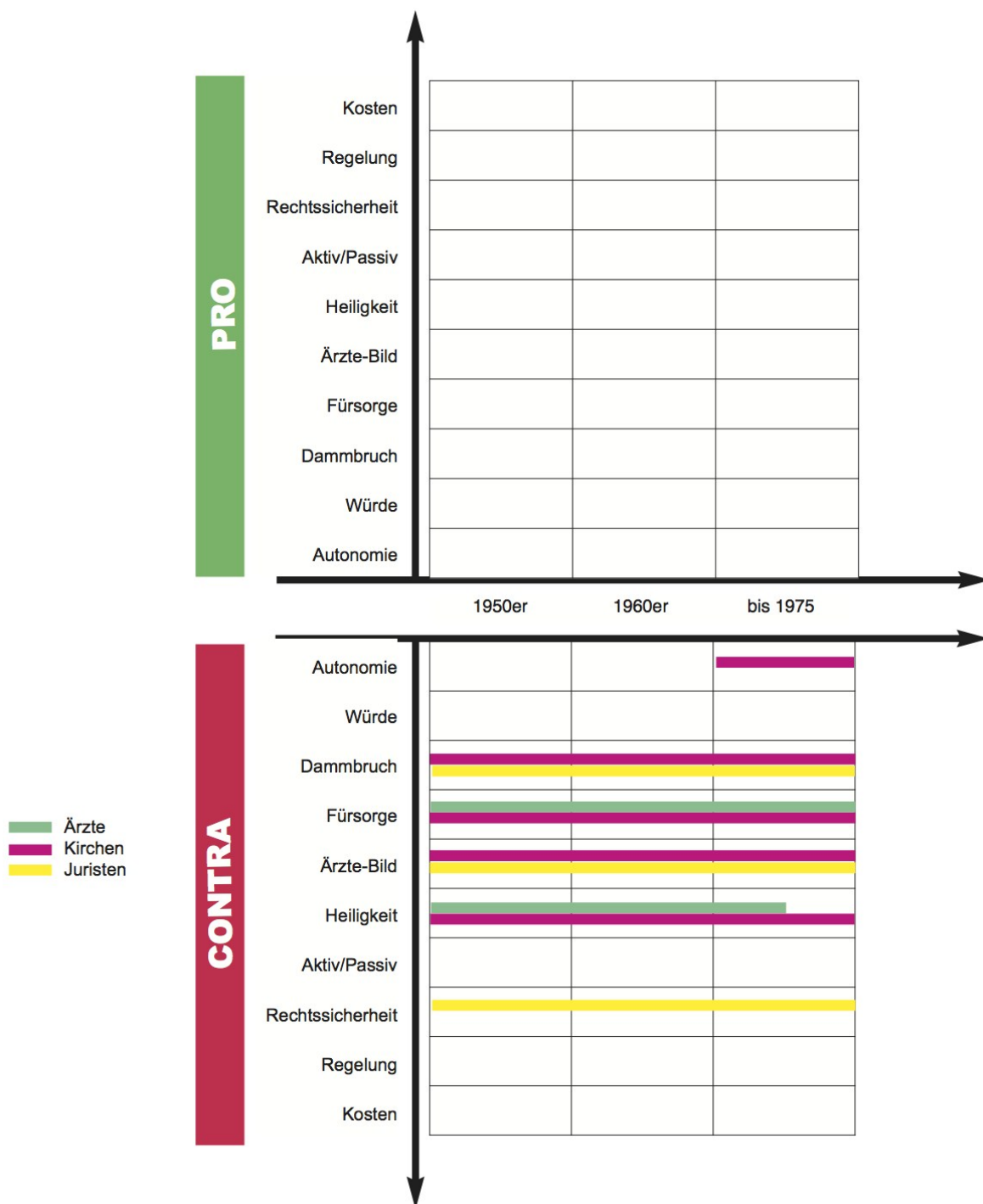


Abbildung 2: Argumente der Nachkriegszeit³⁵⁵

³⁵⁵ Eigene Darstellung

Nach Kriegsende bis in die 1970er Jahre kann nicht von einer breiten Debatte über Sterbehilfe gesprochen werden. Die wenigen Kommentare – meist von einzelnen Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen – greifen zwar vereinzelt den Sinn von Lebensverlängerung um jeden Preis, Schmerzbekämpfung und Todeseintritt aus, meist sah man das Thema jedoch im Zusammenhang mit den Nazi-Verbrechen und beschränkte sich entweder auf Rechtfertigungs- und Erklärungsversuche oder auf deren scharfe Verurteilung. Erst im Verlauf der 1970er Jahre wurden aufgrund der neuen technischen Möglichkeiten neue Probleme und daher ein Diskussionsbedarf erkannt und die Debatte löste sich langsam von den Nazi-Euthanasie-Verbrechen: Ebenfalls erst im Zuge dieser Loslösung und Neuordnung des Diskussionsthemas entstanden öffentlich agierende Gruppierungen, die Sterbehilfe legalisieren wollten.

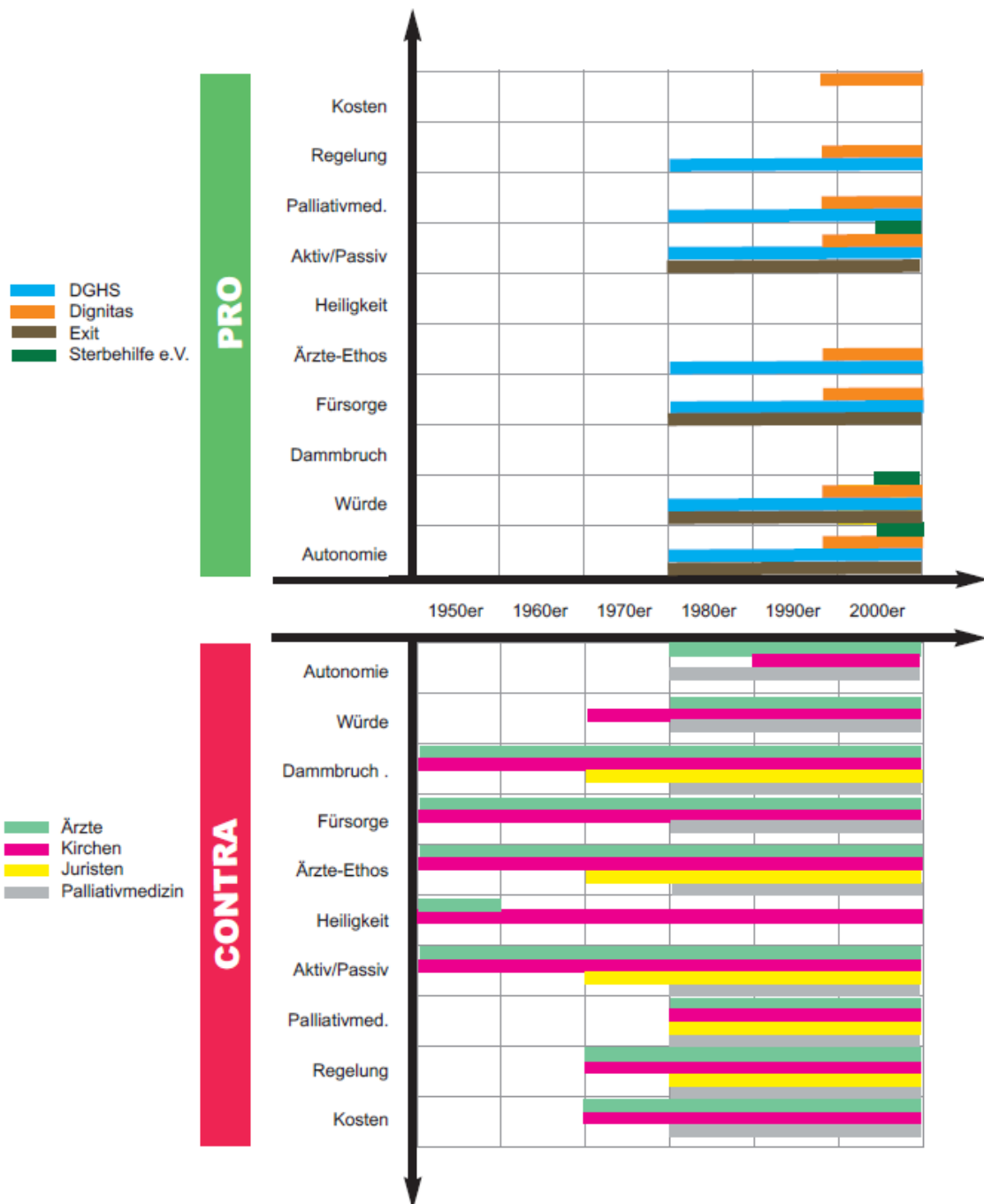


Abbildung 3: Argumente von 1950 bis heute³⁵⁶

Diese Abbildung 3 soll die Argumente von ausgewählten Akteuren im betrachteten Zeitraum bildhaft darstellen. Nachdem innerhalb einzelner Gruppierungen (z. B. Ärzte, Juristen) auch andere Meinungen vertreten werden, sollen hier jedoch nur die geschlossen nach außen getragenen Ansichten (z. B. durch Ärztekammer, Juristentag) analysiert

³⁵⁶ Eigene Darstellung.

werden. Die Gruppe der Ärzte wird dabei von der **Bundesärztekammer** vertreten und zeigt die Tabelle die Richtung deren öffentlichen Stellungnahmen. Vor dem Jahr 1979 – in dem die erste Veröffentlichung von Richtlinien zur Sterbehilfe stattfand – gab es dabei keinerlei nennenswerte Positionierungen der Ärzteschaft im geschlossenen Umfang. Dennoch meldeten sich auch immer wieder Einzelpersonen zu Wort – insbesondere in der Nachkriegszeit – die für ihren Berufsstand sprechen wollten. So zeigt die Betrachtung der Debatte, dass Werte wie „Autonomie“ und „Würde“ in den ärztlichen Wortmeldungen der Nachkriegszeit bis 1979 nur selten zu finden waren. Überhaupt wurde das Thema Sterbehilfe ärztlicherseits hauptsächlich aus der Sicht der Mediziner beurteilt, eine Patientensicht kam dabei nicht vor. Betrachtet man ab 1979 die veröffentlichten Ärztekammer-Richtlinien bis 2011, so treten darin die zuvor erwähnten Werte immer mehr in den Vordergrund und werden sogar von den Ärzten eingefordert. So ist es beispielsweise möglich, die explizite Erwähnung der Patientenverfügung als Instrument der Durchsetzung von Autonomie und Würde (Richtlinien 2004 und 2011) zu werten. Jedoch betrifft diese Entwicklung nur die passive Sterbehilfe, die aktive Sterbehilfe wird von den Ärztevertretern bis heute kategorisch abgelehnt. In diesem Zusammenhang ist erklärend hinzuzufügen, dass die Ärztevertreter die strikte Trennung von aktiver und passiver Sterbehilfe unter allen Umständen aufrechterhalten wollen und u. a. über diese Abgrenzung der aktiven Sterbehilfe an dem Verbot festhalten (siehe Kapitel 5.1.8). Die Argumente Dambruch, ärztliches Ethos und ärztliche Fürsorge kommen über den gesamten Zeitrahmen in der Ärzteschaft vor. In der Nachkriegszeit war das Dambruchargument von einzelnen Ärzten meist ausschließlich mit der Nazi-Analogie besetzt. Auch später nahm man immer wieder Bezug darauf, auch wenn danach nicht mehr ausschließlich der Bezug auf die NS-Verbrechen erfolgte (siehe Kapitel 3.1). Das ärztliche Berufsethos findet sich wie die ärztliche Fürsorge ebenfalls durchwegs bis heute in ärztlichen Stellungnahmen (siehe Kapitel 5), in den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer ist es sogar (im Zusammenhang mit der ärztlichen Suizidbeihilfe) ausdrücklich erwähnt (siehe Kapitel 5.1.6). Die Heiligkeit des Lebens findet sich als Argument nur in Stellungnahmen einzelner Ärzte in der Zeit unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg. In dieser Phase beurteilten viele Ärzte Sterbehilfe-Handlungen bzw. ihren Beruf in seiner Gesamtheit aus einem christlichen Glauben heraus. In späteren Stellungnahmen der Ärzteschaft und insbesondere in den Richtlinien der Berufsvertretung findet sich dieses Argument der Heiligkeit des Lebens kaum noch. Palliativmedizinische Maßnahmen werden seit der offiziellen Existenz

der Palliativmedizin – etwa seit Beginn der 1980er Jahre – von den Ärztevertretungen stets als wesentliches Gegenargument gegen die Legalisierung der Sterbehilfe herangezogen. Während man anfangs gegen jedwede Art der Sterbehilfe eingestellt war, was sich aus dem offiziellen Schweigen der Nachkriegszeit bis in die 1970er Jahre schließen lässt, so werden Palliativmaßnahmen (und Hospizarbeit) heute vor allem als Gegengewicht zur aktiven Sterbehilfe gesehen. Die Ärztevertreter stellen sich auch gegen den Versuch einer gesetzlichen Regelung und begründen dies mit dem Hinweis, dass Sterbehilfe entweder nicht regelbar sei oder die bisherigen Regelungen (Strafgesetzbuch, Patientenverfügungen, Rechtsprechung, Richtlinien etc.) ausreichend seien (siehe Kapitel 5.1.10). Auch wird immer wieder befürchtet, dass ökonomische Überlegungen die Entscheidung beeinflussen, ob Sterbehilfe geleistet werden soll (siehe Kapitel 5.1.11).

Die Kirchen (aus Vereinfachungsgründen seien hier die wesentlichen **Vertreter der katholischen und evangelischen Kirchen** gemeint, deren Argumente durchwegs ähnlich sind) argumentieren im Wesentlichen parallel zur Ärzteschaft und bilden die zweite große Gruppe der Legalisierungsgegner. Das Argument der Heiligkeit und der daraus ableitbaren absoluten Unantastbarkeit des Lebens wird hauptsächlich und beinahe ausschließlich von den Kirchen gebraucht. Der Wert der Autonomie wird von den Kirchen ebenfalls erst später anerkannt und stand in der Debatte der Nachkriegszeit bis in die 1970er Jahre meist hinter dem absoluten Tötungsverbot (siehe Kapitel 5.1.1 und 5.1.5). Die palliativmedizinische Betreuung und die Hospizarbeit werden von den Kirchen seit deren Existenz Anfang der 1980er Jahre bis heute ebenfalls als ein Hauptargument gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe verwendet.

Die Juristen (und hier als deren Vertretung der **Deutsche Juristentag**) nehmen eine sehr pragmatische Sicht auf die Thematik ein, was damit zusammenhängen mag, dass klar formulierte Regelungen die juristische Tätigkeit der Rechtsanwendung erleichtern. Schon an den immer wieder getätigten Vorschlägen des Juristentages, das strittige Thema Sterbehilfe endgültig auf der Basis der geltenden Rechtsprechung gesetzlich zu regeln, kann als pragmatische Herangehensweise gewertet werden (siehe Kapitel 5.1.10).

Die **Palliativmedizin** (hierunter sollen an dieser Stelle aus Gründen der Vereinfachung auch die **Hospizvereinigungen** fallen) sehen seit ihrem Bestehen Anfang der 1980er Jahre in ihrer Arbeit die Erfüllung der Werte *Würde* sowie *Autonomie* und führen diese als Gegenargumente gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe an. Wie bereits in Kapitel 5 beschrieben, sollen Würde und Autonomie durch die medizinische Betreuung am

Lebensende, nicht aber durch eine aktive Verkürzung des Lebens erreicht werden. Alle anderen Argumente (Dammbruch, Fürsorge, ärztliches Ethos usw.) werden, ähnlich wie von den Ärztevertretungen und Kirchen, als Contra-Argumente vertreten (siehe Kapitel 3.4).

Die **DGHS** und die Schweizer Gesellschaft **Dignitas** werden beispielhaft als Legalisierungs-Befürworter angeführt. Die Sterbehilfe-Argumente der Befürworter sind ähnlich, wobei hauptsächlich die Autonomie und die menschliche Würde des Patienten im Vordergrund stehen (siehe Kapitel 5.1.1 und 5.1.2). Beide Werte dienen als Pro-Argumente. Es wird gefordert, die Liberalisierung gesetzlich zu verankern (siehe Kapitel 3.5)³⁵⁷, die Palliativbetreuung wird allenfalls als Ergänzung, nicht aber als Ersatz für Sterbehilfe angesehen und eine Unterscheidbarkeit zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wird negiert³⁵⁸. Dies lässt den Schluss zu, dass die ohnehin bereits erlaubte passive Sterbehilfe auch Maßnahmen der künstlich separierten aktiven Sterbehilfe umfasst und daher legal sein müsse (siehe Kapitel 5.1.8). Die schweizerische Gesellschaft Dignitas möchte ihre Tätigkeit jedoch von der aktiven Sterbehilfe abgegrenzt wissen und erwähnt das gesetzliche Verbot ausdrücklich auf ihrer Website³⁵⁹. Von christlichen Werten grenzt man sich ebenfalls scharf ab, Argumente von Heiligkeit und Unantastbarkeit werden meist als Einschränkung der individuellen Freiheit empfunden bzw. dargestellt³⁶⁰. Ärztliches Berufsethos und ärztliche Fürsorge werden den Sterbehilfe-Ansichten der Befürworter erst dann gerecht, wenn sie Sterbehilfe (auch in ihrer aktiven Form) leisten³⁶¹. Auch die durch „sinnlose“ medizinische Maßnahmen entstehenden Kosten werden als Pro-Argument der

³⁵⁷ Vgl. auch: Die 10 Forderungen der DGHS, online unter <http://www.dghs.de/wir-ueber-uns/positionen-programm-stellungnahmen.html> (21.10.2012).

³⁵⁸ Positionspapier der DGHS zur Sterbe-Ethik 2008, S. 3, online unter <http://www.dghs.de/wir-ueber-uns/positionen-programm-stellungnahmen.html> (21.10.2012).

³⁵⁹ Online unter: www.dignitas.ch (21.10.2012).

³⁶⁰ Positionspapier der DGHS zur Sterbe-Ethik 2008, S. 1-2, online unter <http://www.dghs.de/wir-ueber-uns/positionen-programm-stellungnahmen.html> (21.10.2012), Stellungnahme von Dignitas zum Hirtenbrief der Bischhöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel 2006, online unter: www.dignitas.ch (21.10.2012).

³⁶¹ So z. B. der Brief von Dignitas Deutschland e.V. an die Mitglieder des Bundestages vom 10.01.2011, online unter: <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/brief-an-bundestagsmitglieder-10012011.pdf> (21.10.2012).

Sterbehilfe angeführt³⁶². Die DGHS wurde im Jahr 1981, Dignitas im Jahr 1998 gegründet, weshalb die Argumente auch ab diesem Zeitraum vertreten wurden.

³⁶² Online unter: www.dignitas.ch (21.10.2012).

8 Diskussion

Betrachtet man die Debatte um aktive Sterbehilfe im zeitlichen Verlauf, so wird deutlich, diese auf breiter Front bis heute kategorisch abgelehnt wird. Die Gegner sind meist homogene, institutionalisierte Gruppierungen mit breitem Einfluss (Ärztetkammern, Juristentag, politische Parteien, Kirchen). Blickt man jedoch auf die Geschichte der Sterbehilfe insgesamt, so lässt sich feststellen, dass auch diese Gruppierungen wiederum zahlreichen Einflüssen ausgesetzt sind, sei es durch die Entwicklungen in Nachbarländern, durch die Weiterentwicklung der Rechtsprechung oder durch die „öffentliche Meinung“.

Wesentlichen Einfluss auf die Sterbehilfedebatte hat die Meinung von Experten. So sind natürlich Ärzte aufgrund ihres Berufes Experten im Umgang mit Leben und Tod. Letztendlich sind auch sie es, die die umstrittenen Handlungen oder Unterlassungen am Patienten ausführen bzw. anordnen und die damit verbundenen Konsequenzen tragen müssen. Schon aus diesen Gründen kommt ihnen eine gewichtige Stimme im Widerstreit der Meinungen zu. Es ist relativ unbestritten, dass die Positionierung von Experten Einfluss auf die Positionierung anderer ausübt³⁶³.

Die Ärzte waren selbst wiederum ebenfalls dem Einfluss von äußeren Ereignissen, Debatten und (Rechts-)Meinungen ausgesetzt. Demnach lassen die Positionierungen der Ärztevertreter erkennen, dass deren Einstellungen einem deutlichen Wandel unterzogen wurden. Die Aufwertung der Patientenautonomie und der medizinische Fortschritt haben insbesondere zu diesen Meinungsänderungen beigetragen. Ebenso wirkten sich einschlägige Gerichtsurteile auf die Gestaltung der Standesrichtlinien aus. Obwohl daher die Haltung der Standesvertretung der Ärzteschaft über die Jahre im Kern der Frage über die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe unverändert blieb, lässt sich jedoch eindeutig feststellen, dass die meisten Tatbestände der passiven Sterbehilfe heute im Vergleich zu früher befürwortet werden. Dieser Einstellungswandel zur Sterbehilfe kommt in den grundlegenden Papieren zum Ausdruck, die von der Standesvertretung veröffentlicht wurden: So wurde in der Richtlinie zur Sterbehilfe aus dem Jahr 1979 zunächst noch festgehalten, dass die Lebenserhaltung unabhängig vom Wunsch des Patienten (!) immer Vorrang hat³⁶⁴. Bei der folgenden Richtlinie von 1993, die in „Richtlinie zur Sterbebegleitung“ umbenannt wurde, postulierte man die Forderung, der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, bei der Überwindung ihrer Ablehnung helfen³⁶⁵. Diesen Forderungen zugrunde liegt ein von paternalistischen Zügen geprägtes Ärztebild, das nur ein eingeschränktes

³⁶³ Vgl. Wolf 2008, S. 89.

³⁶⁴ Vgl. Bundesärztekammer, Richtlinie zur Sterbehilfe 1979.

³⁶⁵ Vgl. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung, 1993.

Selbstbestimmungsrecht der Patienten zulässt, wobei der Lebensschutz oberste Priorität genießt³⁶⁶. Nicht zuletzt unter dem Einfluss des Kemptener Urteils wurde der Patientenwille entscheidend aufgewertet³⁶⁷. In den Grundsätzen wurde erstmals auch die Möglichkeit einer Behandlungsbegrenzung auf Wunsch des Patienten thematisiert.

Obwohl die Stärke des Einflusses der Ärzteschaft auf die Legalisierungsdiskussion der aktiven Sterbehilfe nur schwer nachvollzogen werden kann, da die Ärzte ihrerseits starken Beeinflussungen ausgesetzt waren bzw. sind, so können in der zeitlichen Rückschau diese wesentlichen Einflussfaktoren identifiziert werden:

- Die Ärzteschaft als „ausführendes Organ“ war stark in die Verbrechen des Nationalsozialismus verwickelt und wurde demnach nicht müde, immer wieder auf die Gefahren eines Dammbrechens hinzuweisen.
- Die technischen Entwicklungen, die die Fragen am Lebensende erst aufgeworfen haben, entstammen der Erfindung, Erprobung und Weiterentwicklung durch Ärzte.
- Die Meinungen der Ärzteschaft zum Thema waren stets von großem öffentlichem Interesse.
- Die standesrechtlichen Richtlinien wurden in richterlichen Entscheidungen immer wieder als Auslegungshilfe herangezogen.
- Umgekehrt wurden die standesrechtlichen Richtlinien anhand „neuer“ Rechtsprechung fortlaufend angepasst.
- Die Ärzteschaft ist bezüglich der Sterbehilfe nicht als homogene Gruppierung anzusehen: Eine bedeutende Anzahl von Ärzten befürwortet auch die aktive Sterbehilfe. Eine Beschäftigung mit der Palliativmedizin führt wiederum zu anderen Meinungen.

Eine wesentliche Rolle für die stete Fortführung und das Wiederaufflammen der Sterbehilfedebatten spielten die Sterbehilfe-Fälle selbst beziehungsweise deren mediale und rechtliche Aufarbeitung. So waren es immer wieder Einzelfälle, die die Aufmerksamkeit – meist begleitet von großem Medieninteresse – auf das Thema lenkten. Die Positionierungen der Experten (Mediziner, Juristen, Philosophen etc.) nahmen stets auf die jeweils wieder anhand eines Anlassfalles aufgeflamnte Diskussion Bezug. Außerhalb derartiger Sterbehilfe-Anlässe gab es insbesondere innerhalb der Ärzteschaft nahezu keine Positionierung, was bspw. die wenigen Meinungsbekundungen in der Nachkriegszeit (die sich selbst wiederum auf die Nazi-Verbrechen bezogen) belegen. Die

³⁶⁶ Vgl. Kodalle 2003, S. 44.

³⁶⁷ Vgl. die Richtlinien der BÄK 1998, die nunmehr in „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ umbenannt wurden.

Sterbehilfe-Fälle in der Nachkriegszeit bis heute betrafen hauptsächlich die sogenannte passive Sterbehilfe. Im Zuge der Positionierung zu diesen Fällen der passiven Sterbehilfe wurde von der Ärzteschaft jedoch stets auch kundgetan, dass sie jedwede (aktive) Tötung auf Verlangen ablehne.

Die in der Rechtsprechung entschiedenen Anlassfälle hatten ebenfalls umfassenden Einfluss auf die Debatten. An dieser Stelle sei nochmals die Rechtsprechung der zeitlichen Entwicklung der standesrechtlichen Richtlinien, beide in abgekürzter Form, gegenübergestellt:

<i>Urteil</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Neufassung Standesrichtlinien</i>	<i>Inhalt</i>
1994 Der „Kemptener Fall“	Behandlungsabbruch auch ohne unmittelbar bevorstehende Sterbephase	1993	Neu: Indirekte Sterbehilfe bei bereits laufendem Sterbeprozess
1996 Der „Dolantin-Fall“	Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe	1998	Neu: Stärkung des Patientenwillens, indirekte Sterbehilfe erlaubt
2003 Patientenverfügung	Die Bedeutung von Patientenverfügungen wird betont	2004	Neu: Patientenwille wird noch stärker betont, Magensonde gilt als ärztliche Therapie und wird daher vom Patientenwillen umfasst
2010 Der „Fall Putz“	Keine Unterscheidung mehr zwischen aktiven und passiven Handlungen	2011	Patientenwille steht absolut im Vordergrund

*Tabelle 8: Gegenüberstellung Rechtsprechung und zeitliche Entwicklung der standesrechtlichen Richtlinien*³⁶⁸

Wird in die Betrachtung auch die Tatsache einbezogen, dass der Gesetzgeber bis heute keine gesetzlichen Regelungen von Sterbehilfe-Sachverhalten umsetzen wollte und eine Tötung auf Verlangen bis heute konsequent strafbar und somit verboten bleibt, so kann man zu dem Schluss gelangen, dass der Einfluss der Ärzteschaft auf Legalisierungsbestrebungen einer Tötung auf Verlangen im Sinne einer konsequenten Abwehrhaltung bedeutsam ist. Hierbei beachtet werden müssen allerdings auch die Wandlungen ihrer Einstellungen in Bezug auf andere Sterbehilfe-Arten. Vor dem Hintergrund, dass die Ärzteschaft ihre Sterbehilfe-Richtlinien stets an die aktuelle Rechtslage angepasst hat und sich die Rechtsprechung und die herrschende Rechtsmeinung im

³⁶⁸ Eigene Darstellung.

untersuchten Zeitraum von 1945 bis heute immer weiter von einer Abgrenzung von aktiven und passiven Handlungen verabschiedet hat, ist nicht auszuschließen, dass die aktuell noch kategorisch ablehnende Haltung gegenüber der Tötung auf Verlangen von der Ärztevertretung in Zukunft aufgegeben wird.

Literaturverzeichnis

- AHMANN, M. (2001): Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar. Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer aus praktisch-theologischer Perspektive. In: Collet/Mette/Schmälzle/Steinkamp (Hrsg.): Theologie und Praxis. Münster/Hamburg/London: Lit-Verlag, S. 204.
- BAUER, A. (2011): Vortrag beim Symposium "Begegnung mit Sterben und Tod: Die Palliativmedizin im Spagat zwischen Fürsorge und Sterbehilfe – Chancen und Gefahren der Etablierung einer neuen akademischen Disziplin", online unter: http://www.cdl-rlp.de/Download/Palliativmedizin_Bauer_2011.pdf (13.09.2012).
- BEACHAMP, T. L.; Childress, J. F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. New York, 4th Edition (1994), Oxford University Press, New York.
- BEAUCHAMP, T. L. (1989): Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie. In: Sass, Hans-Martin (Hrsg.), Medizin und Ethik, Reclam jun., Stuttgart
- BELEITES, E. (2004): Bundesärztekammer. Grundsätze zur Sterbebegleitung neu gefasst. Heft 19, 7. Mai 2004, in: Dokumentation Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung. Aufsätze, Berichte, Diskussionsbeiträge, Kommentare im Deutschen Ärzteblatt aus 2004. S. 129. online unter: <http://www.aerzteblatt.de/dossiers/umgangmitsterben> (09.11.2012)
- BELEITES, E. (2003): Über die Diskussion in der deutschen Ärzteschaft zum Thema „aktive Sterbehilfe“, in: Kodalle, K-M (Hrsg.), Das Recht auf ein Sterben in Würde. Eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive, Würzburg 2003 (Kritisches Jahrbuch der Philosophie, 4).
- BENZENHÖFER, U. (1999): Der Gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. München: Verlag C.H. Beck.
- BIRNBACHER, D. (1991): Das Tötungsverbot aus der Sicht des klassischen Utilitarismus, in: Hegselmann, R./Merkel, R. (Hrsg.): Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt am Main, S. 25-50.

- BIRNBACHER, D. (2005): Sterbehilfe. Eine philosophische Sicht. In: Textarchiv der Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland (fowid), TA-2005-10.
- BOECKELMANN, P. (1968): Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968, in: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975, S. 152
- BÖTTGER, A.: Wer entscheidet über das Ende des Lebens? Empirische Ergebnisse über die Einstellung zur Sterbehilfe – Arbeitsgruppe „Sterbehilfe und Gesellschaft“. Pflegepädagogik 5/2000, S. 106-120.
- BROCKMEIER, P.: Die Vorstufe der Endlösung: Gewerkschaftliche Monatshefte 21 (1970), S. 28-37.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (1993): Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung, Dtsch Arztebl 90 (1993) C- 1791 f.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (1998): Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, Dtsch Arztebl 1998; 95(39).
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2002): Bundesärztekammer, Pressemitteilung der Bundesärztekammer, Hoppe: Urteil gegen Sterbehilfe ist Entscheidung für das Leben, 29. April 2002.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2004): Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, Dtsch Arztebl 2004; 101(19).
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2011): Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, Dtsch Arztebl 2011; 108(7).
- BUSCHENDORF, E. (1969): Die strafrechtliche Problematik der Euthanasie und der Freigabe „lebensunwerten Lebens“. In: Die Euthanasie, S. 43-87, in: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975, S. 152-153.

- BÜCHNER, F. (1960): Über das Wesen der Krankheit, in: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975, S. 62.
- CATEL, W. (1962): Grenzsituationen des Lebens. Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie. Glock und Lutz, Nürnberg.
- CHOCHINOV, H.; Hack, T.; McClement, S.; Kristjanson, L.; Harlos, M. (2002): Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Soc Sci Med 54(3): S. 433-443.
- CLEMENS, K. E.; Klein, E.; Jaspers, B.; Klaschik, E. (2008): Attitudes toward active euthanasia among medical students at two German universities. Support Care Cancer 16(6): S. 539-545.
- COHEN C. (1977): Ethical Problems of Intensive Care, in: Anesthesiology 47 (1977).
- COHEN-ALMAGOR, R. (2002): Why the Netherlands? In: Journal of Law, Medicine & Ethics, 30 (2002), S. 95-104, online unter: http://www.ethesis.net/cohen/Why_the_Netherlands.pdf (03.10.2012).
- DEKLARATION von Genf (1948): online unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf> (23.06.2012).
- DEKKERS, W. (2000): Die Euthanasiedebatte und die Nazi-Ideologie. Eine philosophische Analyse einer Diskussion; in: Gordjin, Bert/Have ten, Henk (Hrsg.): Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Stuttgart/Bad Cannstatt, S. 345-373.
- DER SPIEGEL (1975): Sterbehilfe. Euthanasie – Mitleid oder Mord? Der Tod als Freund. Ausgabe Nr. 7 vom 10.02.1975, online unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-41559085.html> (07.11.2012).
- DER SPIEGEL (1993): Die Zyankali-Bande: Sterbehilfe gegen Bargeld. Zyankali: letzter Liebesakt. Ausgabe Nr. 8 vom 22.02.1993, online unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13681477.html> (18.09.2012).

- DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ und Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland:
Erklärung zur *Woche für das Leben* 04.-10.05.1996, in: Schell, Werner (2000):
Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen),
Richtlinien, Stellungnahmen (Statements), 2. aktualisierte Auflage, Brigitte Kunz Verlag, 58021
Hagen, S. 117.
- DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg., 1995): Katholischer Erwachsenen-Katechismus.
Zweiter Band: Leben aus dem Glauben, Freiburg im Breisgau/Basel/Wien.
- DGHS: Die Niederlande und Deutschland im Fokus der Meinungen. Humanes Leben – Humanes
Sterben, Nr. 1/2001, 2.
- DGHS: Neueste Meinungsumfrage bestätigt DGHS-Kurs. Humanes Leben – Humanes Sterben, Nr.
3/2002, 12
- DGHS (2011): Die 10 Forderungen der DGHS, online unter www.dghs.de (29.07.2012, Stand April
2011)
- DWORKIN, R. (1994): Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und die persönliche
Freiheit, Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- EBNER, M. (2011): Wer ist in Österreich für aktive Sterbehilfe. Eine soziologische Analyse der
Einstellung zur aktiven Sterbehilfe anhand nationaler und internationaler Umfragedaten.
Masterarbeit am Institut für Soziologie der Karl-Franzens-Universität Graz. Elektronisches
Dokument, online unter: [http://ema2.uni-
graz.at:8090/livelinkdav2/nodes/272211/Ebner_Michael%2024.01.2012.pdf](http://ema2.uni-graz.at:8090/livelinkdav2/nodes/272211/Ebner_Michael%2024.01.2012.pdf) (22.08.2012)
- ESER, A. (1995): Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen.
Originalbeitrag, in: Walter, Jens (Hrsg.): Menschenwürdig sterben: ein Plädoyer für
Selbstverantwortung. München; Zürich: Piper, S. 151-102.
- ESER, A.; Koch, H.-G. (1991): Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation.
Freiburg im Breisgau. Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht.

ESER, A. (1995): Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen. In: Jens, Walter; Küng, Hans (Hrsg.) (1995): Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München: Piper.

FELDMANN, K. (2012). Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid. Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie. Hannover. Online unter: http://www.feldmann-k.de/tl_files/kfeldmann/pdf/thantosoziologie/feldmann_sterben_sterbehilfe_toeten_suizid.pdf (13.09.2012).

FELDMANN, K. (2005). Aktive Sterbehilfe: soziologische Analysen. Internetpublikation, online unter: http://www.feldmann-k.de/tl_files/kfeldmann/pdf/thantosoziologie/aktive-sterbehilfe-soziologische-analysen.pdf (09.11.2012)

FELDMANN, K. (2012). Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid. Bausteine für eine kritische Thanatologie und für eine Kultivierungstheorie. Hannover.

FOOT, P. (1990): Euthanasie, in: Leist, Anton (Hrsg.): Um Leben und Tod, Moralischen Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main.

FREWER, A.; Eickhoff, C. (Hrsg.), Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Campus Verlag, Frankfurt/ New York.

FRIES, M. (2008): „Komm süßer Tod“ – Europa auf dem Weg zur Euthanasie? Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe. Verlag: W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.

FUCHS, M. (2006): Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben: Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien, Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung, Zukunftsforum Politik, 79.

- GANZINI L., Nelson H.; Schmidt T., Raemer D., Delorit M., Lee M. (2000) Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *New Engl. J. Med.* 342(8): S. 557-563.
- GEROK, W. (1992): Grundlagen und Grenzen der wissenschaftlichen Medizin, in: Köbberling, J. (Hrsg.): *Die Wissenschaft in der Medizin. Selbstverständnis und Stellenwert in der Gesellschaft*, Stuttgart/New York 1992, S. 27-42.
- GERST, T. (2004): *Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945 – 1955*. Franz Steiner Verlag Wiesbaden GmbH, Sitz Stuttgart.
- GIGON, A. (2010): Online Artikel „Sterbehilfe in der Schweiz am Wendepunkt“, online unter: http://www.swissinfo.ch/ger/politik_schweiz/Sterbehilfe_in_der_Schweiz_am_Wendepunkt.html?cid=29126606 (25.08.2012).
- GOUREVITCH, D. (1969): Suicide among the sick in classical antiquity, in: *Bulletin of the History of Medicine* 43, S. 501-518.
- GOETZELER, R: Gedanken zum Problem der Euthanasie de lege lata und de lege ferenda: Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht 65 (1950), S. 403-436, in: LOHMANN, Thomas: *Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945*, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975.
- GOMEZ, C. F. (1991): *Regulating Death. Euthanasia and the Case of the Netherlands*. New York.
- GRUBBE, P. (1973): Sterbehilfe. 200 Milligramm Morphin in die Vene, in: „Der Stern“ vom 15.02.1973, S. 126-128.
- HAASNOOT, K. J. P. (1997): Entwicklung und Handhabung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. In: *Europa gegen Euthanasie. Dokumentation einer Initiativ-Veranstaltung am 09. Mai 1996*, Bonn, S. 7-16.
- HAHNEN, M.-C.; Pastrana, T.; Siel, S.; May, A.; Groß, D.; Radbruch, L. (2009): Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in deutschen Printmedien, *Ethik Med*

(2009) 21:289-305, Springer-Verlag.

- HANTAK, L. (2009): Zur Problematik der Sterbehilfe – Rechtliche Grundlagen und ethische Aspekte, Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer Magistra der Rechtswissenschaften an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Rechtsphilosophie, Rechtssoziologie und Rechtsinformatik.
- HARFST, A. (2004). Allgemeinärztliche Beurteilungen und Einstellungen zur Sterbehilfe. Eine nationale Erhebung, Dissertation der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen.
- HOLDEREGGER, A. (Hrsg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Universitätsverlag Freiburg, Schweiz, 2. erweiterte Auflage (2000).
- HOERSTER, N. (1998): Sterbehilfe im säkularen Staat, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt am Main.
- HÖFFNER, J. (1986): Gedanken über Sterbehilfe. Arzt und Krankenhaus, S. 194 f. In: Eser, A.; Koch, H. G. (Hrsg.): Materialien zur Sterbehilfe, Freiburg im Breisgau 1991
- HUBBEN, J. (2000): Sterbehilfe in den Niederlanden. Das Verhältnis zwischen Gesetzgebung und Rechtsprechung; Gordijn, Bert/Have ten, Henk: f und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Stuttgart/Bad Cannstatt, S. 267-281.
- HUMPHRY, D.; WICKETT, A. (1986): Das Recht auf den eigenen Tod und eine menschenwürdige Sterbehilfe. München.
- JANSSENS, R.; HAVE ten, H. (2000): Die niederländische Debatte über Schmerz und Schmerzbekämpfung in den Niederlanden. Philosophische Grundlagen und medizinische Praxis; in: Gordijn, Bert; Have ten, Henk: f und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Stuttgart/Bad Cannstatt, S. 197-224.
- JORDAN, I. (2007): Hospizbewegung in Deutschland und in den Niederlanden. Palliativversorgung

und Selbstbestimmung am Lebensende. 2007 Campus Verlag, Frankfurt am Main.

JORES, A. (1949): Der Tod und der Arzt, in: LOHMANN, Thomas: Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975.

KIMSMA, G. K.; VAN LEEUWEN, E. (2000): Euthanasie in den Niederlanden: Historische Entwicklung, Argumente und heutige Lage; in: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hrsg.): „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfedebatte. Die historischen Hintergründe der medizinischen Ethik. Frankfurt am Main/New York, S. 277-309.

KLASCHIK, E.; Nauck, F.; Radbruch, L.; Sabatowski, R. (2000): Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge, Internist 41(7): S. 606-611.

KLASCHIK, E. (1999): Sterbehilfe – Sterbebegleitung. Internist 40, S. 276-282.

KLINGHAMMER, H. D. (1964): Wider den Hochmut der Gesunden. Wie die Blinden und Gelähmten unter uns leben: Eine Minderheit ohne Recht. Online im Internet unter: <http://www.zeit.de/1964/16/wider-den-hochmut-der-gesunden> (17.02.2012).

KLINKHAMMER, G. (2001): Ethik – die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens, In: Dtsch Arztebl 2001; 98(22): A-1440 / B-1224 / C-1148.

KLINKHAMMER, G. (2005): Euthanasie. Töten ist keine ärztliche Aufgabe, In: Dtsch Arztebl 2005; 102(33): A-2212 / B-1869 / C-1769).

KLINKHAMMER G. (2008): Woche für das Leben. Hoffen auf Gesundheit statt Erlösung, In: Dtsch Arztebl 2008; 105(16): A-823 / B-717 / C-705.

KLINKHAMMER, G. (2009): Aktive Sterbehilfe in Europa. Eine anhaltende Bedrohung, In: Dtsch Arztebl 2009; 106(50): A-2497 / B-2145 / C-2084).

KNEIHS, B. (1998): Grundrechte und Sterbehilfe. Wien: Verlag Österreich.

- KNA Extra (2005): Im Zweifel für das Leben. Die Debatte um Sterbehilfe, Patientenverfügung und Palliativmedizin, Hrsg.: Katholische Nachrichten Agentur (KNA), Bonn 2005.
- KODALLE, K.-M. (Hrsg.): Das Recht auf ein Sterben in Würde: eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive. Würzburg, 2003.
- KOHLHAAS, M. (1969): Medizin und Recht. München/Berlin/Wien 1969, in: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975.
- KOLLER, P. (1993): Personen, Rechte und Entscheidungen über Leben und Tod, In: Bernat Erwin (Hrsg.): Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod, Wolfsberg.
- KRESS, Hartmut (2003): Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin, Stuttgart.
- KUHSE, H. (1990): Die Lehre von der „Heiligkeit des Lebens“, in: Leist, Anton 1990 (Hrsg.): Um Leben und Tod, S. 75-106.
- LEPPERT, K & HAUSMANN, C. (2007): Mors certa... Hora incerta oder der Umgang mit der Ungewissheit des Sterbens. In B. Van Oorschot und R. Anselm (Hrsg.), Mitgestalten am Lebensende. Handeln und Behandeln Sterbenskranker (S. 100 – 108). Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht
- LUNSHOF, J. E.; Simon, A.: Die Diskussion um Sterbehilfe in Deutschland seit 1948, in: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hrsg.): “Euthanasie” und die aktuelle Sterbehilfedebatte. Die historischen Hintergründe der medizinischen Ethik. Frankfurt am Main/New York, S. 237/238.
- LUNSHOF, J. E.; Simon, A. (2000): Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland von 1945 bis in die Gegenwart; in: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hrsg.): “Euthanasie” und die aktuelle Sterbehilfedebatte. Die historischen Hintergründe der medizinischen Ethik. Frankfurt am Main/New York, S. 237-249.

- LOHMANN, T. (1975): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf.
- LUTTEROTTI, M.: Ärztlicher Heilauftrag und Euthanasie. Gedanken zu ärztlichen, ethischen und juristischen Aspekten, in: Eser, A. (Hrsg.), Suizid und Euthanasie, Medizin und Recht, Bd. 1, Stuttgart 1976, S. 291-298.
- MEHNERT, A.; Schroder, A. S.; Puhmann, K.; Mullerleile, U.; Koch, U. (2006) Würde in der Begleitung schwer kranker und sterbender Patienten. Begriffsbestimmung und supportive Interventionen in der palliativen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49(11): S. 1087-1096.
- MOMEYER, R. (1995): Does Physician Assisted Suicide Violate the Integrity of Medicine? In: the Journal of Medicine and Philosophy 20 (1995), S. 13-24.
- MONTE, P.: Attitudes toward the voluntary taking of life - an updated analysis of euthanasia correlates. Sociological Spectrum 11, 1991,3, S. 265-278.
- MÜLLER, P. (1954): Vom Berufsethos des Arztes, in: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975, S. 64-65
- NATIONALER ETHIKRAT (2006): Fürsorge und Selbstbestimmung am Lebensende, Berlin 2006.
- NEUE Juristische Wochenschrift (NJW, 1987), Beck, München/Frankfurt am Main.
- NIGGLI, M. A. (2003): Strafgesetzbuch II. Art. 111 – 401 StGB, Herausgeber: Hans Wiprächtiger, Basel/Genf.
- NIETHAMMER, D.: Menschenwürdig sterben aus Sicht eines Arztes, in: JENS, W.; KÜNG, H. (Hrsg.): Menschenwürdig Sterben, S. 133-148.
- ODUNCU, F. S. (2007): In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der

Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung (2007), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

ODUNCU F. S. (2005): Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. Teil 1: Medizinische und rechtliche Aspekte. *Medizinrecht* 2005a; 23: S. 437-445.

OTLOWSKI, M. (1997): *Voluntary Euthanasia and the Common Law*. Oxford.

PAUSER, P. (2001): Ethische Überlegungen zur Sterbehilfe. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* (2001) 113/15-16: S. 622-632.

PFEIFFER, J. (2005): Wissenschaftliches Erkenntnisstreben als Tötungsmotiv? Zur Kennzeichnung von Opfern auf deren Krankenakten und zur Organisation und Unterscheidung von Kinder-Euthanasie und T4-Aktion, Forschungsprogramm Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus, Max-Planck Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V.

PIJNENBORG, L.; van der Maas, P. J.; van Delden, J. M.; Looman, C. W. N.: Life-terminating acts without explicit request of patient, *Lancet* 1993; 341: S. 1196-99 [MEDLINE](#).

PRESIDENT'S COMMISSION for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, US (1978). *Deciding to Forego Life- Sustaining Treatment*. Washington, D. C.

PLESCHBERGER, S. (2005): Nur nicht zur Last fallen: Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

QUANTE, M. (1998): Passive, indirekte und direkte aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Entscheidungen? *Ethik Med* 10, S. 206-226.

RADULOVIC S, M. S. (1998): Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. *Support Care Cancer* 6, S. 410-415.

RAT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND / DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (1991): *Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen*

Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), Gütersloh.

REGAU, T.: Medizin auf Abwegen. Unter dem Deckmantel der Euthanasie: Deutsche Rundschau 88 (1962), S. 1034-1038.

RIETJENS, J.; van der Heide, A.; Onwutaeka-Philipsen, B.; van der Maas, P.; van der Wal, G. (2006) Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life-decision-making. Palliat Med 20(7): S. 685-692.

ROXIN (2001): Roxin in: Roxin C./Schroth U. (Hrsg.): Medizinstrafrecht, 2. Auflage, Boorberg

ROXIN, C. (2010): Zur Strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe. In: Roxin/Schroth (Hrsg.): Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Auflage, Boorberg

RUTENFRANS, C. (2001): Medizinische Lebensbeendigung in den Niederlanden. Erfahrungen mit praktizierter „Euthanasie“; In: Mürner, C.; Schmitz, A.; Sierck, U. (Hrsg.): Schöne, heile Welt? Biomedizin und Normierung des Menschen, Hamburg/Berlin.

SCHEIDEGGER, D. (2000): Intensivmedizin und Sterbehilfe. Ist die Unterscheidung aktiv/passiv sinnvoll? In: Holderegger A.(Hrsg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, 2. erw. Auflage, Freiburg, Schweiz: Univ.-Verl.; Freiburg im Breisgau, S. 263-271.

SCHÖCH H., VERREL T. et. Al (2005): Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) in: Goltdammer's Archiv für Strafrecht, Heft 10, Jg. 152, 553-626

SEKRETARIAT DER DEUSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg., 1975): Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie. Die deutschen Bischöfe – Hirtenschreiben 4, Bonn 1975, in: Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland/Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen mit einer Einführung des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Gemeinsame Texte 17, Hannover/Bonn 2003.

- SEPER, Franjo Kardinal (1980). Kongregation für die Glaubenslehre. Erklärung zur Euthanasie, online unter http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_ge.html (31.07.2012).
- SCHMIDT, E. (1950): Arzt im Strafrecht. In: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975, S. 151.
- SCHULZ, G. (1965): Arztrecht für die Praxis. Hannover 1965. In: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975, S. 152.
- SPAEMANN, R.; Fuchs, Th. (1997): Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg im Breisgau.
- SPANN, W. (1962): Ärztliche Rechts- und Standeskunde. München 1962. In: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975, S. 152
- STEINBOCK, B.; Norcross, A. (1994): Killing and Letting Die. New York.
- SCHEFFLER, U. (2001): Aktive Sterbehilfe ist erlaubt! In: Joerden, J. C.; Neumann, J. N. (Hrsg.), Medizinethik 2 (2001), S. 45ff.
- SCHERER, J. M.; SIMON, R. J. (1999): Euthanasia and the right to die. A comparative view. Lanham, Rowman a. Littlefield.
- SCHULER, K. (2005). Sterbehilfe. Instrumentalisierte Umfragen. Sind die Deutschen für oder gegen aktive Sterbehilfe? Meinungsforscher kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. *Die Zeit online* unter: <http://www.zeit.de/online/2005/43/Sterbehilfe> (28.07.2012).

- SCHULER, K. (2005). Sterbehilfe. Instrumentalisierte Umfragen. Sind die Deutschen für oder gegen aktive Sterbehilfe? Meinungsforscher kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. *Die Zeit online*, <http://www.zeit.de/online/2005/43/Sterbehilfe> (09.11.2012)
- SÜSS, W. (2004): "Dann ist keiner von und seines Lebens mehr sicher." Bischof von Galen, der katholische Protest gegen die "Euthanasie" und der Stopp der "Aktion T4", in: SABROW, M. (Hrsg.): Skandal und Diktatur: Formen öffentlicher Empörung im NS-Staat und in der DDR, S. 102-129.
- THIELE, F. (2005): Aktive Sterbehilfe. Eine Einführung in die Diskussion, in: Ders. (Hrsg.), Aktive und Passive Sterbehilfe, Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte, Fink-Verlag, Paderborn 2005, BN: 3838 2.
- TENTHOFF, C. (2008): Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen im Lichte des Autonomieprinzips, Dissertation der Ruhr-Universität-Bochum, Berlin Duncker & Humboldt 2008, auch unter: <http://www.e-cademic.de/data/ebooks/extracts/9783428527175.pdf> (30.07.2012).
- TOMELIN, O. (1997): Der Nürnberger Ärzteprozess und die neue Debatte über Menschenversuche, online unter: http://www.tolmein.de/bioethik_versuche-am-menschen_98_nuernberger-aerzteprozeß.html (23.06.2012)
- TRÖNDLE, H., FISCHER T. (2004): Strafgesetze und Nebengesetze, 52. Auflage, München.
- UNGER, F. (2007): Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert. Verlag: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- VAN DELDEN, J. M.; PIJNENBORG, L.; VAN DER MAAS, P. J. (1993): The Rummelink Study. Two Years Later. In: Hastings Center Report 1993, 23: S. 24-27
- VAN DER HEIDE, A.; Onwuteaka-Philipsen, B. D.; Rurup, M. L.; Buiting, H. M.; van der Delden, J. J. M.; Hanssen-de Wolf, J. E.; Janssen, A. G. J. M.; Pasman, H. R. W.; Rietjens, J. A. C.; Prins, C. J. M.; Deerenberg, I. M.; Gevers, J. K. M.; van der Maas, P. J.; an der Wal, G. (2007): End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356 (19): S. 1957-65 [MEDLINE](#).

- VERHOEF, M. J.; VAN DER WAL, G. (1997): Euthanasia in family practice in the Netherlands. Toward a better understanding. *Can Fam Physician* 43, S. 231-237.
- WEIZSÄCKER, Viktor v.: „Euthanasie“ und Menschenversuche: *Psyche* 1 (1947/48) S. 68-102.
- WEIZSÄCKER, Viktor v.: (1945/46): Der Begriff des Lebens: Die Wandlung. In: LOHMANN, T. (Hrsg.): Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Patmos-Verlag Düsseldorf 1975, S. 132-143.
- WENNBERG, R. N. (1989) *Terminal Choices, Euthanasia, Suicide, and the Right to Die*, William B. Eerdmans Publishing Company, Michigan.
- WIESING, U. (2000): Ist aktive Sterbehilfe „unärztlich“? In: Holderegger A. (Hrsg.): *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*, 2. erw. Auflage, Freiburg, Schweiz: Univ.-Verl.; Freiburg im Breisgau, S. 233-245.
- WOLFLAST, G.; CONRADS, C. (2001): *Textsammlung zur Sterbehilfe*, Springer Berlin.
- WOLKINGER, A (1993): Todesbegriff, Sterbehilfe und aktive Euthanasie. Ein moraltheologischer Beitrag, in: BERNAT, E. (Hrsg.): *Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod* (1993), S. 43-60..
- WUNDER, M. (2000): Die neue Euthanasie-Debatte in Deutschland vor dem historischen und internationalen Hintergrund. In: FREWER, A.; EICKHOFF, C. (Hrsg.): *Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe Medizinischer Ethik*, Campus Verlag GmbH Frankfurt am Main, S. 250-271.
- ZIEGER, A. (2010): Stellungnahme zum BGH-Urteil vom 25.06.2010 in Sachen Sterbehilfe, online unter: <http://www.a-zieger.de/Dateien/Wachkoma/Stellungnahme-Zieger-zum-BGH-Urteil-vom-25062010.pdf> (23.06.2012)

ZÖLLNER, B. (2002): Sterbebegleitung versus Sterbehilfe. Sterben in Würde, GRIN Verlag, Norderstedt.

ZÜLICHE, F. (2005): Sterbehilfe in der Diskussion. Eine vergleichende Analyse der Debatten in den USA und Deutschland, LIT Verlag Münster.

Dokumente und Internet-Quellen

Arbeitsgruppe Patienten-Autonomie am Lebensende, Abschlussbericht. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen, online unter:
http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Patientenautonomie_am_Lebensende.pdf?__blob=publicationFile (24.09.2012).

Ärzttekammer Nordrhein: Fürsorge statt Sterbehilfe, online unter:
<http://www.aekno.de/page.asp?pageID=9731> (13.09.2012).

Bischofskonferenz kritisiert Gesetzentwurf zur Sterbehilfe, online unter:
<http://de.radiovaticana.va/Articolo.asp?c=609812> (13.08.2012).

Bundesjustizministerium rechtfertigt Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe, online unter:
<http://de.nachrichten.yahoo.com/bundesjustizministerium-rechtfertigt-gesetzentwurf-sterbehilfe-150723403.html> (13.08.2012).

Bundesärztekammer 1979: Richtlinien für die Sterbehilfe in: Dtsch Arztebl 1979; 76(14), S. 957-960.

Bundesärztekammer 2004: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, online unter: <http://www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/literatur/baek-grundsaeetze-sterbebegleitung-2004.pdf> (07.11.2012)

Bundesärztekammerpräsident Montgomery zu Plänen des Justizministeriums: „Ärzte sind keine Sterbehelfer“, online unter
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10588.10675> (13.08.2012).

Breekveldt, Jeroen: Wie man in den Niederlanden „aus Gnade“ tötet, in: analyse + kritik, Zeitschrift für linke Debatte und Praxis Nr. 469 vom 17.01.2003, online unter:
http://www.akweb.de/ak_s/ak469/24.htm (23.10.2012).

Charta zur Betreuung Sterbender, herausgegeben von Bundesärztekammer, Deutscher Gesellschaft für Palliativmedizin und Deutschem Hospiz- und Palliativ-Verband e.V., online unter:

http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Flyer.pdf
(18.09.2012).

Deutsches Ärzteblatt (2002): Dokumentation Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung. Aufsätze, Berichte, Diskussionsbeiträge, Kommentare im Deutschen Ärzteblatt aus 2002, online unter: <http://www.aerzteblatt.de/dossiers/umgangmitsterben> (09.11.2012).

Deutsches Ärzteblatt (2004): Dokumentation Sterbehilfe, Euthanasie und Sterbebegleitung. Aufsätze, Berichte, Diskussionsbeiträge, Kommentare im Deutschen Ärzteblatt aus 2004. „Euthanasie bleibt tabu“, S. 130. online unter: <http://www.aerzteblatt.de/dossiers/umgangmitsterben> (09.11.2012)..

Deutsche Hospiz-Stiftung (2004): Kommentar der Neuauflage: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004, online unter <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/21.pdf> (24.09.2012).

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.: Menschenwürdiges und selbstverantwortliches Sterben., Broschüre 2. Aufl. Augsburg 1983.

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.: 25 Jahre DGHS, online unter http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Geschichte-25-Jahre-DGHS.pdf (18.09.2012).

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.: Positionspapier zur Sterbeethik, 2008, online unter: <http://www.dghs.de/positionen/positionspapier-zur-sterbeethik.html>
(18.09.2012).

Deutsche Hospiz-Stiftung (2003): Studie. Missbrauch der Euthanasie in den Niederlanden, online unter: http://www.hospize.de/ftp/holland_2003.pdf (24.09.2012).

Deklaration des Weltärztebundes zu den Rechten des Patienten, verabschiedet von der Generalversammlung des Weltärztebundes in Lissabon/Portugal, September/Oktober 1981, revidiert in Bali/Indonesien, September 1995, Quelle: Weltärztebund „Handbuch der Deklarationen“).

Deklaration des Weltärztebundes zur Euthanasie, verabschiedet von der Generalversammlung des Weltärztebundes in Madrid/Spanien, Oktober 1987.

Der Spiegel (2008): Sterbehelfer Roger Kusch. Sterbehilfe auf Bestellung, Service inklusive, online unter: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehelfer-roger-kusch-tod-auf-bestellung-service-inklusive-a-562976.html> (24.09.2012).

Die Welt (2009): Kusch darf keine Sterbehilfe leisten, Artikel vom 07.02.2009, online unter http://www.welt.de/welt_print/article3162972/Roger-Kusch-darf-keine-Sterbehilfe-leisten.html (24.09.2012).

EntschlieÙung des 99. Ärztetages (1996): Das Wertbild der Ärzteschaft 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozess, abgedr. in: Deutsches Ärzteblatt 93 (1996) C-1191.

EntschlieÙung des Weltärztebundes zur Euthanasie, verabschiedet von der 53. Generalversammlung des Weltärztebundes Washington, 2002, online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/handbuchwma.pdf> (05.08.2012).

EntschlieÙung des 84. Deutschen Ärztetages 1981: Humanes Sterben, in: Eser, A.; Koch, H. G. (Hrsg.) Materialien zur Sterbehilfe, Freiburg im Breisgau 1991, S. 152.

EntschlieÙung des 87. Deutschen Ärztetages 1984: Sterbehilfe durch den Arzt, in: Eser, Albin/ Koch, Hans Georg (Hrsg.) Materialien zur Sterbehilfe, Freiburg im Breisgau 1991, S. 152.

FAZ (2012): Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe – Keine Herzensangelegenheit, Artikel vom 04.08.2012, online unter <http://m.faz.net/aktuell/politik/inland/gesetzentwurf-zur-sterbehilfe-keine-herzensangelegenheit-11843774.html> (11.08.2012).

Interview mit dem Ärztepräsidenten Montgomery in der Rhein-Zeitung vom 13.03.2012, online unter: http://www.rhein-zeitung.de/startseite_artikel,-Interview-mit-Aerztepraesident-Frank-Ulrich-Montgomery-zum-Thema-Sterbehilfe-_arid,394902.html (11.08.2012).

Hüppe Hubert in einer Stellungnahme zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen, online unter http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/37012/Patientenverfuegungen_bekommen_hohe_unbegrenzte_Verbindlichkeit.htm (13.09.2012).

Interview mit Heiner Melching, Geschäftsführer der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 30.03.2012, online unter: <http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1717806/> (09.11.2012)

Kaplan zur deutschen Presseagentur (2012): online unter: <http://www.n-tv.de/politik/Aerzte-lehnen-Gesetzentwurf-ab-article6914386.html> (11.08.2012)

Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, 2011: online unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143> (23.06.2012)

Pressemitteilung der Deutschen Hospizstiftung vom 17.12.2004: Euthanasie-System in den Niederlanden ist jämmerlich gescheitert. Immer neue Regelungen halten Dammbbruch nicht auf, online unter <http://www.hospize.de/servicepresse/2004/mitteilung58.html> (09.11.2012)

Stellungnahme der deutsche Hospizstiftung „Was denken die Deutschen wirklich über Sterbehilfe?“ (2005), online unter <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/31.pdf> (09.11.2012)

Stellungnahme der Deutschen Krebshilfe „Palliativmedizin statt aktiver Sterbehilfe“ 2001, online unter http://www.krebshilfe.de/archiv-meldungen-einzelansicht.html?&tx_ttnews%5Bpointer%5D=2&tx_ttnews%5BpS%5D=1337125996&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2086&tx_ttnews%5BbackPid%5D=611&cHash=b46d4c7953 (12.08.2012)

Stellungnahme des Rates der evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz vom 30.11.1989: Gott ist ein Freund des Lebens, S. 105-190. in: Eser, A.; Koch, H. G. (Hrsg.) Materialien zur Sterbehilfe, Freiburg im Breisgau 1991.

Stöckl, R. (2004): Autonomie am Lebensende, online unter:

http://www.kritischebioethik.de/stoeckelantrag_autonomie_am_lebensende_310304.pdf

(24.09.2012)

