

Nationaler Ethikrat

Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende

Selbstbestimmung
und Fürsorge
am Lebensende

STELLUNGNAHME

Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende

STELLUNGNAHME

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	9
1. DER MENSCH UND SEIN TOD	10
1.1. Wissen um den Tod und Einstellungen zum Sterben	10
1.2. Einstellungen zum Tod	11
1.3. Die Vorstellung der Kontrolle von Krankheit, Sterben und Zeitpunkt des Todes	13
2. ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE – GESELLSCHAFTLICHER, KULTURELLER UND HISTORISCHER KONTEXT	16
2.1. Vorbemerkung	16
2.2. Der Anspruch auf Selbstbestimmung	18
2.3. Hypothetisches und faktisches Entscheidungsverhalten	23
2.4. Die Häufigkeit der verschiedenen Entscheidungen am Lebensende	27
2.5. Befürchtete Fehlentwicklungen und Missbräuche	29
2.5.1. Führen Ausnahmen zu immer mehr Ausnahmen?	30
2.5.2. Wird durch die Zulassung der Tötung auf Verlangen die Tötung ohne Verlangen wahrscheinlich?	32
2.5.3. Wird das ärztliche Berufsethos beschädigt?	34
2.6. Der Schatten der Euthanasie-Verbrechen des NS-Regimes	36
3. ORTE DES STERBENS	38
3.1. Sterben zu Hause	38
3.2. Sterben in Alten- und Pflegeheimen	41
3.3. Sterben im Krankenhaus	42
3.4. Sterben im Hospiz	45
3.5. Zur Bedeutung von Sterbebegleitung an den unterschiedlichen Orten	47

Herausgegeben vom Nationalen Ethikrat

Vorsitzende: Kristiane Weber-Hassemer
Jägerstraße 22/23 · D-10117 Berlin
Telefon: +49/30/203 70-242 · Telefax: +49/30/203 70-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org
www.ethikrat.org

© 2006 Nationaler Ethikrat, Berlin
Alle Rechte vorbehalten
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt
Gestaltung: Bartos Kersten Printmediendesign, Hamburg
Herstellung: Druckhaus Berlin-Mitte, 2006

4. ZUR TERMINOLOGIE	49	7. EMPFEHLUNGEN	96
4.1. Probleme mit dem gängigen Sprachgebrauch	49	7.1. Handlungsfelder und Sprachgebrauch	96
4.2. Vorschläge zur Terminologie	53	7.2. Sterbebegleitung und Therapien am Lebensende	97
4.2.1. Sterbebegleitung	53	7.3. Sterbenlassen	98
4.2.2. Therapien am Lebensende	54	7.4. Suizid, Suizidintervention und Beihilfe zum Suizid	99
4.2.3. Sterbenlassen	54	7.5. Tötung auf Verlangen	101
4.2.4. Beihilfe zur Selbsttötung	55	ERGÄNZENDES VOTUM	103
4.2.5. Tötung auf Verlangen	55	Literaturverzeichnis	107
4.3. Bleibende Schwierigkeiten der Terminologie	55		
5. THERAPIEN AM LEBENSSENDE, STERBENLASSEN, BEIHILFE ZUR SELBSTTÖTUNG UND TÖTUNG AUF VERLANGEN AUS VERFASSUNGS- UND STRAFRECHTLICHER SICHT	57		
5.1. Verfassungsrecht	57		
5.1.1. Einschlägige Bestimmungen des Grundgesetzes	57		
5.1.2. Lebensrecht, Schutzpflichten und Probleme der Sterbehilfe	58		
5.1.3. Selbsttötung	61		
5.2. Strafrecht	62		
5.2.1. Therapien am Lebensende	63		
5.2.2. Sterbenlassen	64		
5.2.3. Selbsttötung: Beihilfe und nachträgliche Rettungspflicht	66		
5.2.4. Tötung auf Verlangen	68		
6. ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN	71		
6.1. Grundlegende Kriterien	71		
6.2. Zu den einzelnen Fallkonstellationen	73		
6.2.1. Therapien am Lebensende	74		
6.2.2. Sterbenlassen	75		
6.2.2.1. Der äußerungsfähige Patient	75		
6.2.2.2. Der nicht äußerungsfähige Patient	77		
6.3. Suizid, Suizidintervention und Beihilfe zum Suizid	78		
6.3.1. Allgemeine Erwägungen zum Suizid	78		
6.3.2. Suizidintervention	83		
6.3.3. Beihilfe zum Suizid	84		
6.3.3.1. Individuelle Beihilfe zum Suizid	84		
6.3.3.2. Organisierte Beihilfe zum Suizid	88		
6.3.3.3. Gewinnorientierte Suizidbeihilfe	90		
6.3.4. Anstiftung zum Suizid	91		
6.4. Tötung auf Verlangen	91		

Vorbemerkung

Die Fortschritte der modernen Medizin haben die Lebenserwartung der Menschen beträchtlich erhöht und ihre Lebensqualität verbessert. Doch kann diese Chance ärztlicher Krankheitsbehandlung, Leidensverminderung und Lebensverlängerung zur Belastung werden, wenn unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten hochtechnisierter Intensivmedizin lebensverlängernde Maßnahmen auch um den Preis sinnloser Sterbensverlängerung und Leidenszumutung vorgenommen werden. Ganz offenkundig fürchten viele Menschen, dass ihnen am Ende ihres Lebens ein solches Schicksal drohen könnte, obwohl sie einen Tod ohne langes Siechtum und ohne Abhängigkeit von technischen Apparaturen vorziehen würden. Gerade diese Ambivalenz verleiht der Thematik dieser Stellungnahme besonderes Gewicht. Denn zum nun möglichen und unausweichlichen bewussten Umgang mit dem Sterben gehört auch und nicht zuletzt, in Grenzsituationen am Lebensende schwierige und konfliktbelastete Entscheidungen treffen zu müssen.

Das Sterben ist ein individuelles Geschehen, das grundsätzlich der Selbstbestimmung des Einzelnen nicht entzogen werden kann. Zugleich aber sind vielfältige ethische Verbindlichkeiten, rechtliche Auflagen und religiöse Erwartungen berührt, die eine eingehende Erörterung und eine viele Aspekte berücksichtigende Bewertung erfordern.

Der Nationale Ethikrat hat die Fragen eines verantwortlichen Umgangs mit dem Sterben intensiv diskutiert. Er hat umfangreiches Material gesichtet, hat Expertisen eingeholt, mit Ärzten und medizinischem Fachpersonal gesprochen und er hat sich auf Tagungen in Augsburg und Münster der öffentlichen Diskussion gestellt. Das Ergebnis legt er mit der folgenden Stellungnahme vor.

„Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ schließt an die im Juni 2005 veröffentlichte Stellungnahme zur Patientenverfügung an. Die vorliegende Analyse kann in Verbindung mit der jetzt vorgeschlagenen terminologischen Klärung zu einer weiteren Verdeutlichung der Empfehlungen zur Patientenverfügung beitragen.

1. DER MENSCH UND SEIN TOD

1.1. Wissen um den Tod und Einstellungen zum Sterben

Der Tod ist das Ende eines Lebens, und Sterben ist die letzte Lebensphase vor dem Tod. Der Sterbende¹ ist dem Tode nah. Umso größer kann das Verlangen sein, das Ende abzuwenden. Auch wenn sich kein Leben noch einmal leben lässt und obgleich kein Augenblick wiederkehrt, scheint erst der Tod unwiderruflich und ohne Alternative zu sein. Das ist der Grund, warum er einerseits so großen Schrecken erzeugt und andererseits mit so vielen Hoffnungen und Erwartungen verbunden ist.

Was nach dem Sterben kommt, ist keinem Lebenden bekannt. Die einen befürchten, was andere erhoffen, nämlich dass mit dem Tod alles zu Ende ist. Es kann sein, dass er alles nimmt, was einem lieb und wichtig ist. Es kann sein, dass er von allem befreit, was das Leben an Leid und Schrecken bietet. Niemand weiß, ob er in Glückseligkeit, Verdammnis oder ins vollkommene Vergessen führt. Nur eines scheint sicher zu sein: dass der Tod dem Toten keine Möglichkeit zu einer weiteren Handlung offen lässt. Diese Unwiderruflichkeit ist es, die dem Impuls des Lebens widerspricht und die Menschen schreckt, je näher der Tod ist.

Sterben zu müssen ist ein unausweichliches Faktum, das der Mensch mit anderen Lebewesen teilt. Aber der Mensch weiß um die Unausweichlichkeit seines Todes.

Das Wissen erlaubt dem Menschen einen bewussten Umgang mit dem Tod. Er kann ihn gewaltsam herbeiführen, kann sich ihm fahrlässig ausliefern und kann ihn zu verhindern suchen. Er kann alles tun, um seinen Eintritt möglichst weit hinauszuschieben. Tatsächlich gelingt es ihm in vielen Fällen, dem

Tod durch Vorsicht, Flucht oder Gegenwehr zu entgehen, aber definitiv umgehen kann er ihn nicht. Wer geboren wird, der muss auch sterben.

Jeder kann mit Sicherheit auf die Tatsache des eigenen Lebensendes schließen, wann immer er die Erfahrung vom Tod anderer Lebewesen macht. Ihnen ist er durch seine Verfassung als lebendiges Wesen, durch Empfindung und Bedürfnis, durch Erschrecken und Verwundbarkeit, vor allem durch die sich in Gefahren regende Todesfurcht, auf elementare Weise verbunden. Deshalb verfangen die Argumente nicht, nach denen der eigene Tod so lange nicht sicher sei, wie man ihn selbst noch nicht erfahren habe. Für den Menschen genügt der Anblick eines Toten, um sicher zu sein, dass er selbst dem Schicksal des Todes nicht entgeht.

Gleichwohl ist damit nicht ausgemacht, wie er sich zum Tod verhält. Er kann ihn für ein Übel oder für eine Erlösung halten, kann ihn mit allen Mitteln aufzuschieben versuchen, ihn missachten, herbeisehnen, gewaltsam herbeiführen oder verwünschen, kann ihn zu vergessen suchen oder ihn sich ständig gegenwärtig halten. Vieles ist möglich und das meiste davon kann sich auf gute Gründe berufen. Zur Vielfalt der Einstellung zum Tod und zum Sterben gehört, dass sich die Einschätzung ändern kann, je näher das Sterben ist. Im Angesicht des Todes kann alles, was einer vorher über das Sterben geäußert hat, vergessen sein.

1.2. Einstellungen zum Tod

Die verbreitete Rede von der „Verdrängung des Todes“ kann Unterschiedliches bedeuten, je nachdem, ob sie in anthropologischen, psychoanalytischen oder soziologischen Zusammenhängen erscheint. Auch können ihr unterschiedliche Wertungen zugrunde liegen. So betonen die einen, der Mensch dürfe in keiner Phase seines Lebens vergessen, dass er sterblich ist. Andere meinen eher, der Mensch solle nicht zu viel an den Tod

¹ Der Einfachheit halber wird in dieser Stellungnahme die maskuline Form für beide Geschlechter verwendet.

denken, weil so die alltägliche Bewältigung des Lebens erleichtert und Erfahrungen von Gemeinsamkeit, Hoffnung, Unbeschwertheit oder lohnendem Einsatz eröffnet werden könnten.

Der Umgang mit dem Tod ist abhängig von der kulturellen und religiösen Prägung der Gemeinschaft, in der der Einzelne lebt. Dies lässt sich anhand einiger ausgewählter Beispiele aus der Religions-, Kultur- und Geistesgeschichte verdeutlichen.

Die frühen Ägypter sehen die höchste Weisheit darin, mit der Vorbereitung auf den Tod dafür zu sorgen, dass man lange in Erinnerung bleibt. Die altindischen Lehren verbinden den Tod mit der Erwartung auf ein bleibendes Vergessen. Die griechischen Tragiker rühmen den Tod, weil man ihn sich selber geben kann; ihre philosophischen Nachfolger erkannten im Leben die Verpflichtung, tugendhaft sterben zu lernen. Und dennoch bleiben die mythischen Vorstellungen von den Schrecken im Schattenreich des Hades in Kraft. Das Alte Testament sieht im Tod einen Machtbereich der Gottesferne; erst spät entsteht in Israel die Hoffnung auf eine rettende Gemeinschaft mit Gott auch im Tod. Das Neue Testament deutet den Tod im Licht der Hoffnung, an der Auferstehung Christi Anteil zu erlangen. Es spricht deshalb vom ewigen Leben in der Gemeinschaft mit Gott. Für den Islam bietet der Tod dem Gläubigen die Aussicht auf eine Fortsetzung eines Lebens ohne jeden Mangel. Für den fernöstlichen Reinkarnationsglauben setzt sich das individuelle Schicksal des Menschen nach dem Tod im Sinne eines Kreislaufs durch eine Reihe von Wiedergeburten fort. Auch kennt der Buddhismus den Gedanken der Erlösung vom Zwang der erneuten Wiedergeburt, vorausgesetzt, die meditative Überwindung der irdischen Enge gelingt.

Die Renaissance bringt die antiken Lehren wieder zur Geltung und bietet die Entscheidung zwischen stoischer Todesverachtung, epikureischer Todesvergessenheit und skeptischer Gleichgültigkeit an. Es folgt die barocke Todessehnsucht, die es vielen möglich macht, das Jammertal des irdischen Daseins ästhetisch zu überwinden. Dem stellt sich die Aufklärung in ihrer tätigen Ausrichtung auf das endliche Leben entgegen: Ein freier

Mensch, so heißt es, denke an nichts weniger als an den Tod, und seine Weisheit sei ein Nachdenken über das Leben. So hat es noch Kant mit seinem hartnäckigen Schweigen über den Tod gehalten. Die Romantik belebt die Angst vor dem Tod literarisch wieder, erzeugt in der Folge aber eine Vielfalt von Stimmungen und Einstellungen, die es verbietet, von einer dominierenden Haltung gegenüber Tod und Sterben zu sprechen. Nur die Angst vor einer nach dem Tod erfolgenden Bestrafung der Sünden scheint merklich zurückgegangen zu sein. Das Unheimliche des Todes aber bleibt. Umso wichtiger ist, dass jeder in seiner Haltung vor dem Tod auf den Respekt der anderen rechnen kann, gerade auch, wenn sie in anderen Traditionen stehen.

Der Tod bleibt ein singuläres Ereignis für jeden Einzelnen. „Jeder stirbt seinen eigenen Tod.“ Dieses nüchterne Wort von Rainer Maria Rilke gebietet Achtung vor dem Sterben und dem Tod in jedem einzelnen Fall. Dazu gehört, dass man jedem sein eigenes Urteil zugesteht und respektiert, dass sich seine Haltung ändern kann, je näher er selbst dem Sterben ist.

1.3. Die Vorstellung der Kontrolle von Krankheit, Sterben und Zeitpunkt des Todes

In allen Epochen der Kulturgeschichte haben sich die Menschen um die Kontrolle von Krankheit und die Abwehr frühen Todes bemüht. Durch Beschwörung und Gebet, Heilpflanzen und chirurgische Eingriffe wurde und wird versucht, dieses Ziel zu erreichen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie Krankheit und Leid, von denen Menschen konkret betroffen sind, nicht als unabwendbares Verhängnis deuten, sondern als beeinflussbar und (vielleicht) vermeidbar. Neu ist in modernen Kulturen nicht, dass Gesundheit im Horizont von Beeinflussbarkeit wahrgenommen wird; neu sind aber Mittel, Erwartungen und das Ausmaß, in dem diese Beeinflussung tatsächlich gelingt. Dem Ideal der Kontrolle über Krankheiten folgt nicht nur die kurative Medizin, die beim betroffenen Patienten heilend eingreift,

sondern ihm folgen auch Hygiene, Diätetik, Arbeitsmedizin und Sozialpolitik, die durch die Veränderung der Lebens- und Arbeitsbedingungen dem Entstehen von Krankheiten vorbeugen.

Was allerdings moderne Kulturen auszeichnet, ist die Unterstellung, dass die Grenzen, auf die man bei der Beherrschung von Krankheit stößt, immer weiter verschoben werden können. Es wird Fortschritt erwartet – bei der Kontrolle pathologischer Krankheiten ebenso wie bei der Kontrolle krankmachender gesellschaftlicher Verhältnisse. Was heute nicht geht, könnte morgen schon möglich sein. Diese Perspektive steigert zweifellos die Erwartung, dass Gesundheit, langes und gutes Leben – und vielleicht Glück – herstellbar sind. Offen muss hier bleiben, ob moderne Menschen dadurch Gefahr laufen, die Fähigkeit zu verlieren, sich in unvermeidbares Leid zu fügen und ihm Sinn abzugewinnen. Außer Frage dürfte stehen, dass gutes Leben und in Verbindung damit Leidvermeidung in unserer Kultur zentrale Werte sind. Versuche, die Aussicht auf Heilung zu verbessern, können auf breite Unterstützung rechnen. Gesundheit steht in allen Umfragen an der Spitze der Skala wünschenswerter Güter; für das Gesundheitswesen werden in Deutschland über zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts aufgewendet.

Die Beherrschung des Todes liegt nicht im Horizont menschlicher Handlungsmöglichkeiten. Aber Lebensverlängerung und die Gestaltung des Sterbens gehören in der Moderne zu den Erwartungen der Menschen. Der frühe Tod in der Kindheit oder in mittleren Lebensjahren gilt nicht mehr als erwartbares Schicksal, das man ertragen muss, sondern als Unglücksfall, den man abwenden soll. Der „gute Tod“ ist Teil eines Konzeptes des guten, gelingenden Lebens. Viele Menschen hoffen auf Leidvermeidung auch im Prozess des Sterbens: Zur Vorstellung eines „guten Todes“ gehört für die meisten Menschen, ohne Schmerzen zu sterben. Ein Ziel der modernen Palliativmedizin ist es, diese Vorstellung zu verwirklichen und Leiden und Schmerzen des Sterbens zu verhindern beziehungsweise zu verringern. Unzweifelhaft sind die Fortschritte der modernen Medizin mit ihren Möglichkeiten der Krankheitsbehandlung, Leidensverminde-

rung und Lebensverlängerung sehr oft ein Segen. Sie haben jedoch eine Kehrseite, wenn lebensverlängernde Maßnahmen letztlich zu sinnloser Sterbensverlängerung und Leidenszumutung werden.

2. ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE – GESELLSCHAFTLICHER, KULTURELLER UND HISTORISCHER KONTEXT

2.1. Vorbemerkung

Dieses Kapitel beschreibt den gesellschaftlichen, kulturellen und historischen Kontext von Entscheidungen, die sich auf den Prozess des Sterbens unheilbar erkrankter Menschen auswirken. Solche „Entscheidungen am Lebensende“ fallen meist im Rahmen medizinischer Behandlung, gelegentlich auch im häuslichen Bereich der Familie. Sie reichen vom Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder ihrem Abbruch (passive Sterbehilfe) über die medizinische Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen, bei der ein möglicher vorzeitiger Eintritt des Todes als unbeabsichtigte Nebenwirkung in Kauf genommen wird (indirekte Sterbehilfe), bis zur Hilfeleistung bei der Selbsttötung des Betroffenen und schließlich zur Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe).²

Die empirischen Befunde, die in diesem Kapitel dargestellt werden, entstammen zu einem erheblichen Teil repräsentativen Bevölkerungsumfragen. Sie werfen eine Reihe methodischer Probleme auf, die bei der Interpretation zu berücksichtigen sind.

Antworten auf Umfragen sind Meinungsäußerungen, denen nicht unbedingt stabile persönliche Überzeugungen und Einstellungen zugrunde liegen müssen. Außerdem variieren Meinungsäußerungen je nachdem, ob man selbst Erfahrungen mit dem Thema der Befragung gemacht hat. Es besteht sogar ein gewisses Risiko, dass die Befragten, obwohl sie in Wahrheit gar keine Meinung zu dem Thema haben, erst in Reaktion auf die Befragung zu Meinungsäußerungen veranlasst werden. Das gilt insbesondere, wenn in der Befragung keine unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten zur Wahl gestellt werden. Bei Be-

fragungen zu Entscheidungen am Lebensende ist zudem unsicher und im Rahmen der Befragung auch nicht zu klären, ob die Befragten die Erläuterungen zu den unterschiedlichen Fallkonstellationen angemessen verstanden haben.

Generell gilt, dass man von in Umfragen geäußerten Handlungsabsichten nicht auf das tatsächliche Verhalten schließen darf. Zudem besteht stets die Gefahr, dass die Befragten ihre Antworten an sozial erwünschten Einstellungen und Verhaltensweisen ausrichten und das Ergebnis damit verzerren. Schließlich erheben die meisten Umfragen Antworten auf wenige Fragestellungen, die keineswegs die Problematik der Sterbehilfe insgesamt abdecken. Das erklärt auch, warum Umfragen, die unterschiedliche Dimensionen der Einstellung gegenüber Sterben und Tod berühren, Antworten erzeugen können, in denen sich uneinheitliche oder gar widersprüchliche Haltungen widerspiegeln. Daher ist bei dem Gebrauch der Ergebnisse von Erhebungen darauf zu achten, dass nicht Unvergleichbares miteinander verglichen wird. Trotz dieser methodischen Vorbehalte bleiben aber repräsentative quantitative Erhebungen unersetzbar, wenn man wissen will, ob Erfahrungen, die man an sich selbst macht oder anhand konkreter Einzelfälle gewinnt, einem in der Gesellschaft verbreiteten Muster entsprechen.

Empirische Befunde dürfen nicht mit normativen Ansprüchen verwechselt werden. Zwar können Fakten normative Implikationen haben. Das gilt beispielsweise, wenn die moralische Verurteilung einer Handlung sich auf Annahmen über deren Folgen stützt, etwa den drohenden Schaden für die Rechte anderer oder wichtige Gemeinschaftsgüter. Solche Annahmen sind empirische Aussagen über mögliche Kausalverläufe. Treffen sie nicht zu, entfällt logischerweise die sich darauf stützende moralische Verurteilung. Grundsätzlich aber gilt: Dass etwas der Fall ist, bedeutet nicht, dass es auch der Fall sein soll. Daher lässt sich aus den empirischen Befunden zu normativen Einstellungen in der Bevölkerung nicht ableiten, was ethisch richtig oder vertretbar ist. Die Daten geben jedoch Hinweise darauf, welche Werthaltungen in der Gesellschaft tatsächlich vorhanden

² Zur Diskussion und Kritik der Sterbehilfeterminologie siehe unten Abschnitt 4.

sind und inwieweit die Lösungen, die von politischen Instanzen und Expertengremien gefunden werden, damit übereinstimmen. Das ist in demokratischen Verhältnissen und unter den Bedingungen einer funktionierenden Öffentlichkeit für die Entwicklung gesellschaftlicher, politischer und rechtlicher Lösungen und vor allem für deren Durchsetzung sicher nicht unerheblich. Es erübrigt aber nicht die normative Prüfung, ob die faktischen Wertungen nach den Kriterien des Rechts und der Ethik Geltung beanspruchen können. Dass sich die Politik gesellschaftlichen Einstellungstrends unter Umständen widersetzen muss, ist in sensiblen Politikfeldern, wie zum Beispiel dem Minderheitenschutz oder dem Umgang mit Menschen fremder Herkunft, unbestritten. Daher stellt sich auch für den gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod die Aufgabe, immer wieder die Argumente und geschichtlichen Erfahrungen zu verdeutlichen, die für die Beibehaltung geltender Regelungen oder aber für ihre geforderte Änderung sprechen.

2.2. Der Anspruch auf Selbstbestimmung

Der Anspruch auf Selbstbestimmung der Person, aber auch als Kehrseite die Zumutung von Selbstbestimmung prägen das Ethos moderner Lebensführung. Menschen können und müssen selbst entscheiden, wie sie leben wollen. Allerdings bleibt das Individuum auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen. Niemand kann alleine leben. Dass Selbstbestimmung der Stützung durch Solidarität bedarf, durch die sie in bestimmten Fällen überhaupt erst möglich wird, dürfte auch in der modernen Zivilgesellschaft unstrittig sein.

Selbstbestimmung bedeutet nicht, dass man ohne jede einschränkende Bedingung entscheiden kann. Tatsächlich fallen Entscheidungen immer unter biographischen und gesellschaftlichen Bedingungen, die Wahrnehmungen und Motive prägen und Handlungsspielräume, auch jenseits der durch Moral und

Recht gezogenen Grenzen, einschränken. Gleichwohl schreiben wir Menschen Autonomie zu und respektieren ihre Entscheidungen als Ausdruck von Selbstbestimmung. Das ist freilich nur so lange der Fall, wie die äußeren Bedingungen nicht auf einen Zwang hinauslaufen, bei dem von freiwilligem Handeln keine Rede mehr sein kann. Auch dann, wenn Menschen sich nicht unter Druck gesetzt fühlen, müssen sie Entscheidungen, mit denen sie beispielsweise eine notwendige medizinische Behandlung aktuell abrechnen, meist in einer Situation großer Bedrängnis treffen. Daraus folgt noch nicht generell, dass von selbstbestimmtem Entscheiden hier nicht die Rede sein kann. Die Bedrängnis der Betroffenen ist bei anderen existentiellen Entscheidungen, etwa der Zustimmung zu einem kritischen chirurgischen Eingriff, möglicherweise vergleichbar.

Der Anspruch auf Selbstbestimmung erstreckt sich auch auf Entscheidungen am Ende des Lebens. Jedenfalls bedarf es guter Gründe, wenn anders verfahren werden soll, als die Betroffenen selber wollen. An diesem Punkt setzen die bioethischen Kontroversen der Gegenwart ein. Vom Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung bis zur Tötung auf Verlangen steht zur Diskussion, ob und in welcher Weise man über den eigenen Tod eigenständig verfügen können soll und inwiefern man andere für die Durchführung dieser Verfügung in Anspruch nehmen darf. Strittig ist auch die Frage der Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen, mit deren Hilfe Menschen ihre medizinische Behandlung am Lebensende im Voraus festlegen wollen.³

Meinungsumfragen in der Bevölkerung zeigen, dass von einer großen Mehrheit gefordert wird, Patientenverfügungen anzuerkennen. Man soll selbst entscheiden dürfen, ob und wie man medizinisch behandelt werden will, falls man in einen Zustand gerät, in dem man keine eigene Entscheidung mehr treffen kann. In einer repräsentativen Umfrage⁴ verlangen etwa 90 Prozent der Befragten, dass solche Festlegungen für Ärzte und

³ Siehe dazu die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zur Patientenverfügung.

⁴ Emnid 2004a.

Pflegepersonal bindend sein sollen. Beschränkungen der Geltung solcher Verfügungen – wie immer man sie begründen mag – entsprechen den Umfragen zufolge nicht dem, was die Mehrheit der Bevölkerung will. Mehrheitlich abgelehnt werden auch komplizierte formale Erfordernisse als Voraussetzung ihrer Wirksamkeit. In derselben Umfrage lehnten es 78 Prozent der Befragten zudem ab, die Geltung der Verfügung auf den Sterbeprozess zu beschränken. Sie haben vermutlich gerade Situationen wie das Leben im Wachkoma oder im Zustand der Demenz im Auge und wollen für diesen Fall im Voraus entscheiden können, was mit ihnen geschehen soll, wenn sie in einen solchen Zustand geraten sollten.

Sehr viel zurückhaltender urteilt die Bevölkerung über die Frage, ob es ein Akt legitimer Selbstbestimmung ist, seinem Leben willentlich ein Ende zu setzen. Die kulturelle Dominanz von Selbstbestimmung in modernen Gesellschaften hat nicht dazu geführt, dass sich die Einstellung durchgesetzt hat, Entscheidungen über das eigene Leben sollten vollständig in das Belieben des Einzelnen gestellt sein. So ist etwa der Suizid (Selbsttötung) keineswegs entmoralisiert worden. In repräsentativen Erhebungen im Rahmen des *World Value Survey* sind zwischen 1981 und 2000 verschiedene Verhaltensweisen auf einer Skala von 1 (= „darf man unter keinen Umständen“) bis 10 (= „in jedem Fall in Ordnung“) eingeschätzt worden. Den Suizid haben die Befragten in Deutschland (West) um 3 herum eingestuft, also deutlich im negativen Bereich. In Spanien und den USA lagen die Werte noch niedriger, zwischen 2 und 3, in Schweden zwischen 3 und 5.⁵ Aus diesen Daten folgt, dass die Straflosigkeit der Selbsttötung im Recht, die in Deutschland mit dem Strafgesetzbuch von 1871 eingeführt worden ist, nicht mit einer Billigung im moralischen Urteil der Bevölkerung einhergeht. Auch in modernen Gesellschaften erkennen die Menschen an, dass es moralische Pflichten gegen sich selbst gibt, die der

5 Die Stufe 5 signalisiert sehr schwache Ablehnung, die Stufe 6 sehr schwache Zustimmung.

Selbstbestimmung Grenzen setzen. Zu diesen Pflichten gehört der Respekt vor dem eigenen Leben.

Dieser Respekt wird allerdings im Urteil der Bevölkerung von der Anerkennung der Selbstbestimmungsansprüche überlagert, wenn man die Frage auf Patienten bezieht, die an schwerer, nicht heilbarer Krankheit leiden. Nach einer Allensbach-Umfrage von 2001 bestehen nur zwölf Prozent auch in diesem Fall auf der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens und unterstützen folgende Aussage: „Über Leben und Tod darf nur Gott, man kann auch sagen das Schicksal, entscheiden. Das Leben ist heilig und muss es auch bleiben. Keinesfalls darf das Leben vorzeitig beendet werden, auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt.“ Dagegen finden 70 Prozent, ein schwer kranker Mensch sollte „selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte“. Diese Einschätzung teilt auch die große Mehrheit der kirchlich gebundenen Menschen (über 60 Prozent); bei den kirchlich nicht gebundenen betrug die Zustimmung 83 Prozent. Allerdings ist in der Vorgabe der Befragung nicht hinreichend präzisiert, ob die eigene Entscheidung, sterben zu wollen, auch einschließen kann, dass der ersehnte Tod durch ärztliches Handeln herbeigeführt wird.⁶ Für diese Frage sind die folgenden Daten einschlägig.

Die eigene Entscheidung soll nach überwiegendem Urteil der Bevölkerung auch beim Problem der aktiven Sterbehilfe den Ausschlag geben, also bei der Frage, ob der Arzt einem unheilbar Kranken auf dessen Wunsch hin zum Sterben verhelfen darf – etwa indem er ihm eine tödliche Spritze gibt. Aktive Sterbehilfe für Schwerkranke wird in den Befragungen des *World Value Survey* zwar ebenfalls als eher negativ eingestuft, aber durchgehend positiver als die Selbsttötung im Allgemeinen. Die neueren Werte liegen in Deutschland, den USA und Spanien zwischen 4 und 5, in Schweden über 6 (auf der oben genannten Skala von 1 bis 10).

6 Der volle Wortlaut der Vorgabe lautet: „Ich finde, dass Sterbehilfe für schwer kranke Menschen ein guter Weg ist, um sie nicht so leiden zu lassen. Solange ein schwer kranker Mensch noch bei Bewusstsein ist, sollte er selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte.“

Aus dieser Einstufung lässt sich allerdings nicht ableiten, wie die Reaktion ausfällt, wenn nicht eine graduelle Bewertung anhand einer Skala zwischen 1 und 10 erfragt wird, sondern eine Ja-oder-nein-Entscheidung zur Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe getroffen werden muss. In diesem Fall tendieren etwa zwei Drittel der deutschen Bevölkerung dazu, die Sterbehilfe hinzunehmen. Die Vorgabe „Ein Arzt gibt einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift“ beurteilten nach ALLBUS-Erhebungen zwischen 1990 und 2002 knapp ein Drittel der Befragten als „sehr schlimm/ziemlich schlimm“, zwei Drittel dagegen als „weniger schlimm/überhaupt nicht schlimm“. Diese Einschätzungen werden durch weitere Daten bestätigt. Die Zustimmung zu der Aussage „Ein schwer kranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass ein Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt“ ist in Westdeutschland zwischen 1973 und 2001 von 53 Prozent auf 64 Prozent gestiegen. In Ostdeutschland belief sich die Zustimmung 2001 auf 80 Prozent. Die Ablehnung fiel in Westdeutschland von 33 Prozent auf 19 Prozent, in Ostdeutschland betrug sie 2001 sechs Prozent.⁷ In einer repräsentativen Untersuchung bejahten 2001 61,3 Prozent der befragten Deutschen die Frage: „Sollte die aktive Sterbehilfe bei den oben aufgeführten Patienten (unheilbar krank und in absehbarer Zeit versterbend) zu den beruflichen Aufgaben des Arztes gehören?“⁸

Man wird aus diesen Zahlen nicht schließen dürfen, dass für die Mehrheit der Bevölkerung aktive Sterbehilfe kein moralisches Problem darstellt. Die Frage, ob etwas akzeptabel ist, produziert nicht notwendigerweise dieselben Antworten wie die Frage, ob etwas strafbar sein soll. So lehnen viele Menschen den Schwangerschaftsabbruch für sich ab, sprechen sich aber gleichwohl dagegen aus, ihn unter Strafe zu stellen. Solche Diskrepanzen spiegeln den modernen Wertpluralismus wider. Man hält gewisse Werte und Normen zwar für sich selbst für

⁷ Allensbach 2001: 2.

⁸ Schröder et al. 2003: 337, 339.

moralisch zwingend, besteht aber nicht darauf, sie auch anderen verbindlich vorzuschreiben.

Wie tief die in diesen Untersuchungen erhobenen Meinungsäußerungen in persönlichen Überzeugungen verankert sind, lässt sich ohne genauere Kenntnis der Motive und Begründungen, von denen die Befragten sich leiten lassen, nicht entscheiden. Die Ergebnisse sind aber zumindest Indikatoren dafür, welche Einstellungen in der Bevölkerung verbreitet sind. Es besteht dagegen kein Anlass zu vermuten, dass die Ergebnisse solcher Befragungen vorübergehende Fluktuationen von Meinungen spiegeln, die unter dem Einfluss aktueller Medienberichterstattung zustande gekommen sind. Zu den meisten der hier dargestellten Befunde gibt es Zeitreihen, die eine Stabilität der Einstellungen beziehungsweise eine wachsende Unterstützung von Selbstbestimmungsansprüchen belegen.

2.3. Hypothetisches und faktisches Entscheidungsverhalten

Nach den zitierten Umfragen finden drei Viertel der Bevölkerung, dass man das Recht haben sollte, sich bei schwerer aussichtsloser Krankheit auf Verlangen töten zu lassen oder ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, wenn man dies will. Sie zeigen nicht, dass drei Viertel dies tatsächlich wollen und von dem Recht Gebrauch machen würden, falls sie in die entsprechende Situation kämen. Was man als Recht für sich einklagt und anderen zugesteht, ist nicht unbedingt zugleich das, was man für sich selber im konkreten Fall für gut und richtig befindet. So kann man durchaus auch dann für die rechtliche Zulassung des Schwangerschaftsabbruchs eintreten, wenn man diesen für die eigene Person ablehnt und nicht ernsthaft in Betracht ziehen würde. Mit einer entsprechenden Diskrepanz ist auch bei den Einstellungen zur Tötung auf Verlangen zu rechnen. Die Studie von Schröder et al. 2003 zeigt, dass die allgemeine Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe und die hypothetische

persönliche Inanspruchnahme weit auseinanderklaffen: 61,3 Prozent zu 21,1 Prozent.⁹

Darüber hinaus hängt, was man will, in erheblichem Maße davon ab, welche alternativen Handlungsmöglichkeiten man vor Augen hat. In den zitierten Umfragen wird lediglich nach der Einstellung zur aktiven Sterbehilfe gefragt. Diese wird dadurch gewissermaßen zum Prüfstein der Selbstbestimmung am Lebensende erhoben und findet ebendeshalb hohe Zustimmung. Konfrontiert man die Befragten jedoch mit alternativen Möglichkeiten, wie man diese Selbstbestimmung unterhalb der Ebene aktiver Sterbehilfe realisieren kann, etwa indem man auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet, um sich als unerträglich und sinnlos empfundenes Leiden zu ersparen, ist aktive Sterbehilfe nicht die erste Wahl. In einer von Emnid 2004 durchgeführten repräsentativen Befragung befürworteten nur 34 Prozent aktive Sterbehilfe (hier unüblicherweise definiert als Tötung auf Verlangen unter Einbeziehung der Beihilfe zur Selbsttötung); 45 Prozent befürworteten dagegen die alternativ zur Wahl gestellte passive oder indirekte Sterbehilfe (definiert als Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen und Erleichterung des Sterbens durch schmerzlindernde Medikamente); 18 Prozent sprachen sich gegen jede Sterbehilfe aus.¹⁰

Auch in den Umfragen, mit denen Emnid seit 1997 im Auftrag der Deutschen Hospiz Stiftung den Grad der Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe und zum Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit erhoben hat, wurden Alternativen zur Wahl gestellt, obwohl sich die Alternativen der Sache nach nicht ausschließen und man auch beidem zustimmen könnte.¹¹ Nach diesen Umfragen ist die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe im Gegensatz zu allen Umfragen, in denen die aktive Sterbehilfe allein thematisiert wurde, kontinuierlich zurückgegangen: von

41,2 Prozent (1997) auf 35,4 Prozent (2000) und 35,0 Prozent (2005); zeitgleich wuchs die Zustimmung zur Palliativmedizin und zur Hospizarbeit von 34,8 Prozent (1997) auf 56,6 Prozent (2000) und hielt sich danach stabil bei 56,0 Prozent (2005).¹² Es bleibt offen, welche Diskrepanz zu den Ergebnissen der übrigen Umfragen sich ergäbe, wenn man zusätzlich gefragt hätte, ob Betroffene das Recht haben sollen, aktive Sterbehilfe zu wählen, sofern die palliative Behandlung wirkungslos bleibt.¹³ Trotz dieser Einwände wird man die Ergebnisse der zitierten Studien als Beleg dafür lesen können, dass die Wahrnehmung von Alternativen, in diesem Fall die zunehmende Bekanntheit der Möglichkeiten von Palliativmedizin und Hospizarbeit, die Einschätzungen der Befragten und vermutlich auch ihre Verhaltensabsichten deutlich beeinflussen kann.

Selbst die in diesen Befragungen ermittelte niedrigere Rate der Befürwortung aktiver Sterbehilfe bedeutet jedoch nicht, dass 35 Prozent aller Menschen im Fall einer schweren unheilbaren Krankheit tatsächlich aktive Sterbehilfe wählen würden, wenn sie das Recht dazu hätten. Aussagen darüber, was jemand in bestimmten Situationen zu tun beabsichtigt, lassen kaum Prognosen darüber zu, was er tun wird, wenn die Situation eintritt.

Ob die betroffenen Kranken tatsächlich ihrem Leben ein Ende setzen wollen, indem sie lebensverlängernde Maßnahmen ablehnen oder aktive Sterbehilfe fordern, hängt von situativen Faktoren ab, die zum Zeitpunkt der Umfrage nicht vollständig antizipiert werden können. Dazu gehören die Zuwendung und

⁹ Schröder et al. 2003: 340.

¹⁰ Emnid 2004b.

¹¹ Die Vorgabe lautet (nach einer Erklärung der Begriffe): „Nachdem Sie das wissen, befürworten Sie dann bei Schwerstkranken den kombinierten Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit oder sind Sie eher für aktive Sterbehilfe?“

¹² Deutsche Hospiz Stiftung 2005.

¹³ Problematisch ist auch die in den Umfragen der Deutschen Hospiz Stiftung (Emnid 2001 und 2005) gegebene Erläuterung zur aktiven Sterbehilfe: „Unter aktiver Sterbehilfe versteht man die Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen oder auch ohne dessen Zustimmung. Wenn Sie das wissen, befürworten Sie dann bei Schwerstkranken den kombinierten Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit oder sind Sie eher für aktive Sterbehilfe?“ Die Einbeziehung der Tötung ohne Zustimmung des Betroffenen würde erwarten lassen, dass der Anteil der Befürworter erheblich sinkt. Offenbar ist diese begriffliche Ausweitung aber von den Befragten übergangen oder übersehen worden, wie der Vergleich mit der Umfrage von Emnid 2004 zeigt, in der „aktive Sterbehilfe“ auf Fälle von Tötung auf Verlangen und von erbetener Hilfe zur Selbsttötung eingegrenzt war.

Fürsorge, die die Kranken konkret erfahren, die subjektive Erträglichkeit des Leidens sowie die Verfügbarkeit wirksamer palliativer Behandlung und Pflege. Überdies ist erfahrungsgemäß ein in der Leidenssituation geäußelter Todeswunsch oft vorübergehend und nicht stabil.¹⁴

Es ist daher nicht überraschend, dass die Zahl der Fälle, in denen aktive Sterbehilfe tatsächlich gewünscht und praktiziert wird, weit unterhalb der Werte liegt, die in Umfragen für eine positive Einstellung und eine beabsichtigte Inanspruchnahme ermittelt werden. Eine repräsentative Untersuchung von 3.696 Todesfällen in Großbritannien (Befragung der Angehörigen) ergab 1990, dass 2,4 Prozent der Sterbenden um aktive Sterbehilfe gebeten hatten.¹⁵ Nach den Daten einer ländervergleichenden Studie lag der Anteil von Beihilfe zur Selbsttötung an allen Todesfällen 2001 in der Schweiz und in Oregon, wo die Praxis rechtlich zugelassen und nach ärztlicher Standesethik legitimiert ist, bei 0,36 Prozent¹⁶ beziehungsweise 0,1 Prozent.¹⁷ Bezieht man, was der Sache nach geboten erscheint, die Fälle von Beihilfe zur Selbsttötung auf die Zahl der nicht plötzlichen Todesfälle, erhöht sich ihr Anteil in der Schweiz auf 0,52 Prozent.¹⁸ Der Anteil zulässiger und registrierter Fälle von Tötung auf Verlangen lag in Belgien bei 0,30 Prozent, in den Niederlanden bei 2,59 Prozent, bezogen auf alle nicht plötzlichen Todesfälle bei 0,46 Prozent beziehungsweise 3,89 Prozent.¹⁹

Selbst wenn man Defizite der Registrierung in Rechnung stellt, sprechen diese Zahlen nicht dafür, dass Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen eine häufig gewählte Option darstellen. Tatsächlich wird diese Option nur von einem Bruchteil der Patienten genutzt, die an den Krankheiten sterben, bei denen der Wunsch, das Sterben zu beschleunigen, weitgehend auf Verständnis trifft. Nach Untersuchungen aus der Schweiz

und aus Oregon sind 0,5 beziehungsweise 0,4 Prozent der Krebstoten durch Beihilfe zur Selbsttötung gestorben, 3,4 beziehungsweise 2,7 Prozent der ALS-Patienten, 4,5 Prozent der MS-Patienten (Schweiz).²⁰

2.4. Die Häufigkeit der verschiedenen Entscheidungen am Lebensende

Entscheidungen am Lebensende, die in der einen oder anderen Form den Eintritt des Todes beeinflussen oder beeinflussen können, gehören inzwischen zur Normalität des Sterbens von Patienten, die an lang andauernden unheilbaren Krankheiten leiden. Vergleichende Untersuchungen zu etwa 14.000 nicht plötzlichen Todesfällen zwischen 2001 und 2004 in sieben europäischen Ländern haben ergeben, dass es (mit Ausnahme von Italien) derartige Entscheidungen in der Mehrheit aller Fälle gegeben hat.²¹ Mit Ausnahme von Belgien und den Niederlanden handelt es sich dabei fast ausschließlich um Entscheidungen zum Abbruch beziehungsweise zur Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen und zur Intensivierung von Schmerz- und Symptombehandlungen mit möglicher oder zu erwartender Lebensverkürzung.

In den meisten Ländern entfallen etwa 35 bis 45 Prozent der Entscheidungen am Lebensende auf die Kategorie Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen beziehungsweise deren Abbruch. Nach Schätzungen der befragten Ärzte trat der Tod der Patienten in etwa 90 Prozent dieser Fälle um bis zu einen Monat früher ein.

Schmerz- und Symptombehandlungen (Palliativmaßnahmen) mit möglicher Lebensverkürzung machen etwa die Hälfte

¹⁴ Chochinov et al. 1999; Lauter/Helmchen 2006.

¹⁵ Seale 2006: 3.

¹⁶ Van der Heide et al. 2003: 347.

¹⁷ Oregon Department of Human Services 2006: 11.

¹⁸ Seale 2006: 7.

¹⁹ Van der Heide et al. 2003: 347; Seale 2006: 7.

²⁰ Bosshard et al. 2003: 312; Oregon Department of Human Services 2006: 22, Tabelle 3.

²¹ Die Daten sind im Einzelnen: Großbritannien 70,2 Prozent, Belgien 59,0 Prozent, Dänemark 61,1 Prozent, Italien 32,5 Prozent, Niederlande 65,4 Prozent, Schweden 50,9 Prozent, Schweiz 75,0 Prozent (van der Heide et al. 2003: 347; Seale 2006: 7, Tabelle 3).

aller Entscheidungen am Lebensende aus; sie werden über nahezu ein Drittel der untersuchten (nicht plötzlichen) Todesfälle berichtet. Bei 60 bis 70 Prozent dieser Fälle trat nach Einschätzung der befragten Ärzte der Tod bis zu einer Woche früher ein.

Um einen Sonderfall palliativer Behandlung handelt es sich, wenn Patienten im Endstadium ihrer Krankheit Medikamente verabreicht werden, die das Bewusstsein ausschalten (sogenannte terminale Sedierung).²² Nach einer niederländischen Studie hatten die Ärzte nach eigenen Angaben in 47 Prozent der Fälle „auch“ und in 17 Prozent „vor allem“ die Absicht, das Sterben der Patienten durch die Sedierung zu beschleunigen, oft in Verbindung mit dem Verzicht auf künstliche Ernährung.²³ Es sind vor allem diese Befunde, die eine Diskussion darüber ausgelöst haben, ob mit der hier beschriebenen Sedierung nicht die Schwelle zur Euthanasie überschritten wird.

Ärzte, die unheilbar kranken Menschen am Lebensende zum Sterben verhelfen, indem sie ihnen ein tödlich wirkendes Mittel zur Verfügung stellen oder ihnen dieses selbst verabreichen, setzen sich in den meisten Ländern der Welt berufs- oder strafrechtlichen Sanktionen aus. Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen gibt es nach den europäischen Vergleichsstudien, in denen Ärzte zu ihren medizinischen Entscheidungen am Lebensende befragt wurden, in nennenswertem Umfang nur in Ländern, in denen diese Praktiken zugelassen sind. Die Frage „Wurde der Tod durch die Einnahme eines Mittels verursacht, das Sie oder einer Ihrer Kollegen mit der ausdrücklichen Absicht verschrieben, zur Verfügung gestellt oder verabreicht haben, das Ende des Lebens zu beschleunigen (oder

dem Patienten zu ermöglichen, sein eigenes Leben zu beenden)?“ wurde in Belgien für 2,78 Prozent, in den Niederlanden für 5,12 Prozent und in der Schweiz für 1,53 Prozent aller nicht plötzlichen Todesfälle bejaht. Für die anderen untersuchten Länder waren die entsprechenden Zahlen: Großbritannien 0,54 Prozent, Dänemark 1,17 Prozent, Italien 0,16 Prozent, Schweden 0,31 Prozent. Auf ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung und auf Tötung auf Verlangen entfielen dabei in Belgien 0,05 Prozent aller Todesfälle beziehungsweise 0,46 Prozent der nicht plötzlichen Todesfälle, in den Niederlanden 0,31 beziehungsweise 3,89 Prozent und in der Schweiz 0,52 beziehungsweise 0,39 Prozent. Aus den anderen Ländern gibt es so gut wie keine Berichte über ärztliche Suizidbeihilfe. Tötung auf Verlangen wird in Großbritannien für 0,17 Prozent der untersuchten Todesfälle berichtet, in Dänemark für 0,10 Prozent und in Italien für 0,05 Prozent.²⁴ Für Deutschland gibt es keine entsprechenden Untersuchungen.²⁵

2.5. Befürchtete Fehlentwicklungen und Missbräuche

Die Frage, mit welchen Folgen man rechnen muss, wenn unheilbar kranke Patienten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen dürfen, um ihrem Leben ein Ende zu setzen, oder ein Arzt ihnen auf ihr Verlangen hin ein tödliches Mittel verabreichen darf, spielt eine wichtige Rolle in der öffentlichen Auseinandersetzung. Es gibt einige Anhaltspunkte, die zur Einschätzung der Wahrscheinlichkeit zukünftiger Entwicklung herangezogen werden können. Dies soll anhand von drei Fragen dargestellt werden.

²² Nach einer Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin akzeptieren 94,4 Prozent eine solche Sedierung zur Behandlung von anders nicht zu kontrollierendem Leiden am Lebensende (Müller-Busch et al. 2004b: 335). Nach einer Untersuchung der Patientenakten von 548 zwischen 1995 und 2002 auf der Palliativstation Verstorbenen waren 14,6 Prozent in den letzten 48 Stunden vor ihrem Tod sediert worden, allerdings wurde in vielen Fällen weiter Nahrung und Flüssigkeit zugeführt. Nur in einem Drittel aller Fälle erfolgte die Sedierung auf ausdrückliches Verlangen der Patienten (Müller-Busch et al. 2004a: 5, 6, Tabelle 3).

²³ Rietjens et al. 2004: 181, Tabelle 4.

²⁴ Jeweils umgerechnet auf die Zahl der nicht plötzlichen Todesfälle bei Seale 2006: 7, Tabelle 3. Die Differenz zur Gesamtsumme aller Beihilfe und Tötungshandlungen betrifft Fälle, in denen das Leben ohne ausdrücklichen Wunsch der Patienten beendet wurde, siehe dazu unten.

²⁵ Für die USA haben in einer Fragebogenerhebung unter 1.902 Ärzten 3,3 Prozent angegeben, schon einmal auf Verlangen eines Patienten ein Rezept für eine tödliche Dosis eines Medikaments ausgestellt zu haben, 4,7 Prozent, eine solche Dosis verabreicht zu haben (Meier et al. 1998: 1199, Tabelle 6).

2.5.1. Führen Ausnahmen zu immer mehr Ausnahmen?

Eine Zulassung von ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung oder von Tötung auf Verlangen wird, wenn überhaupt, nur für eng begrenzte Ausnahmetatbestände eines unheilbaren und für den Patienten unerträglichem Leidens und unter einschränkenden Verfahrensbedingungen in Erwägung gezogen. Die Befürchtung, dass es bei diesen Ausnahmen nicht bleiben würde, muss ernst genommen werden. Ausnahmetatbestände können zu Präzedenzfällen werden; sie etablieren dann Regeln, die über die Ausnahmefälle hinaus anwendbar sind und solche Anwendung nahelegen. So sieht etwa die Satzung der schweizerischen Organisation EXIT vor, dass nur Patienten mit hoffnungsloser Prognose, unerträglichem Schmerzen oder unzumutbarer Behinderung Beihilfe zur Selbsttötung geleistet werden soll. Faktisch aber werden diese Bedingungen nicht immer eingehalten. Beihilfe zur Selbsttötung ist auch bei weniger schwerem Leiden und bei nicht tödlichen Erkrankungen geleistet worden – und sogar bei nicht medizinisch begründetem Sterbewunsch.²⁶ In der Praxis legitimiert hier der Wunsch des Patienten die Beihilfe zur Selbsttötung.

Ähnliche Tendenzen zeigen sich bei der Tötung auf Verlangen in den Niederlanden. Nach dem Gesetz ist diese nur straf-frei, sofern der Patient aussichtslos und unerträglich leidet, was durch zwei Ärzte bestätigt werden muss; außerdem darf es keine annehmbaren alternativen Behandlungsmöglichkeiten geben. In der Praxis wird zwar die Aussichtslosigkeit des Zustands eindeutig nach ärztlichem Urteil festgelegt. Bei der Beurteilung, ob das Leiden unerträglich ist, stützen sich die Ärzte dagegen meist ausschließlich auf das Urteil des Patienten. Auch scheiden alternative Behandlungsmöglichkeiten schon dann aus, wenn

²⁶ In einem Fall wollte ein 72-jähriger Ehemann zusammen mit seiner tödlich an Krebs erkrankten Frau sterben, in einem anderen Fall wollte eine 91-jährige Frau nicht mehr leben, weil sie nach einem Schlaganfall nicht mehr Cello spielen konnte (Frei et al. 2001: 378).

der Patient sie nicht will. So hat die Kontrollkommission für Sterbehilfe auch die psychische Belastung eines Alzheimer-Patienten durch das „Wissen, dass er mit fortschreitender Krankheit keine Kontrolle mehr über sein Leben haben würde“, als unerträgliches Leiden anerkannt. Ebenso hat sie akzeptiert, dass eine Intensivierung der Schmerzbehandlung dann als „annehmbare Alternative“ ausscheidet, wenn Patienten „befürchten, apathisch zu werden oder das Bewusstsein zu verlieren, und das unter keinen Umständen wollen“.²⁷ Wie schwer es ist, die in Ausnahmetatbeständen gezogenen Grenzen ein für alle Mal festzuschreiben, illustriert die Diskussion darüber, ob auch „Lebensmüdigkeit“ ein unerträgliches Leiden sein kann. Obwohl dies in den Beratungen zum Euthanasie-Gesetz ausdrücklich verneint wurde und der oberste Gerichtshof im Urteil „Brongersma“ 2002 bekräftigt hat, dass das Leiden einer medizinischen Krankheitsdefinition entsprechen muss, hat eine vom niederländischen Ärzteverband eingesetzte Kommission die Frage, ob „Leiden am Leben“ die Beteiligung von Ärzten an der Lebensbeendigung rechtfertigt, wieder auf die Tagesordnung gesetzt.

Mit Versuchen, den Ausnahmecharakter einer Regelung aufzuweichen und diese für andere Fälle anwendbar zu machen, ist also zu rechnen, und manche dieser Versuche werden erfolgreich sein. Diese Tatsache wird allerdings unterschiedlich bewertet. Wer ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen unter keinen Umständen für vertretbar hält, wird in jeder Ausweitung des Anwendungsbereichs einen Beleg dafür sehen, dass gravierende Fehlentwicklungen drohen. Wer sie für eng begrenzte Ausnahmefälle zulassen will, wird auch eine Ausdehnung der Anwendung akzeptieren, sofern dabei die Prinzipien gewahrt bleiben, die der Ausnahmeregelung zugrunde liegen. Dies gilt nicht nur für die Beihilfe zur Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen, sondern auch für andere Entscheidungen am Lebensende. Wenn man das Prinzip anerkennt,

²⁷ Regionale Toetsingscommissies Euthanasie 2005 (deutsche Fassung, Nationaler Ethikrat).

dass eine lebensverlängernde Maßnahme trotz medizinischer Indikation abzubrechen ist, wenn der Patient dies verlangt, kann man der Frage, ob dies nicht nur nach dem erklärten, sondern auch nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten gelten soll, nur noch schwer ausweichen.

2.5.2. Wird durch die Zulassung der Tötung auf Verlangen die Tötung ohne Verlangen wahrscheinlich?

In den vergleichenden Studien zur Praxis der medizinischen Entscheidungen am Lebensende haben einige der befragten Ärzte angegeben, dass sie gelegentlich Medikamente mit dem Ziel verabreicht haben, das Sterben zu beschleunigen, ohne dass die Patienten dies ausdrücklich verlangt hatten. Für die Niederlande wurden in diesen Untersuchungen ermittelt, dass bei zehn Prozent der für 2001 erfassten 1.541 Todesfälle, bei denen Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen geleistet wurde, kein ausdrückliches Verlangen oder ein sonst dokumentierter Wille des Patienten vorlag; 1995 lag diese Rate bei 7,3 Prozent.²⁸ Es gibt also eine große Zahl von Fällen, in denen die strengen Bedingungen, an die das niederländische Gesetz die Zulässigkeit einer Tötung auf Verlangen bei Patienten mit aussichtslosem und unerträglichem Leiden geknüpft hat, missachtet worden sind. Diese Daten werden nicht selten als Beleg dafür genommen, dass in Gesellschaften, die der Tötung auf Verlangen eine Tür öffnen, auch die Barrieren abgebaut werden, die Patienten davor schützen, ohne oder gegen ihren Willen getötet zu werden.²⁹

Ob die Daten diese Befürchtung belegen, lässt sich ohne genauere Informationen zu den Fallkonstellationen, die den Entscheidungen zugrunde lagen, nicht entscheiden. Denkbar und

wahrscheinlich ist, dass unter der Rubrik „Anwendung eines Medikaments mit dem ausdrücklichen Ziel, den Tod zu beschleunigen“ auch Fälle berichtet werden, bei denen eine terminale Sedierung oder Schmerzmittelgabe medizinisch indiziert war; diese darf im Interesse der Patienten gegebenenfalls auch ohne einen erklärten Willen durchgeführt werden. Trotzdem wird man die zitierten Befunde als Indiz dafür nehmen müssen, dass die für notwendig gehaltenen Einschränkungen tatsächlich überschritten und die geltenden Regeln verletzt werden. Die vergleichenden Untersuchungen haben Berichte über ärztliche Entscheidungen, mit denen das Leben von Patienten ohne deren Zustimmung beendet wird, allerdings auch aus Ländern zutage gefördert, in denen aktive Sterbehilfe bedingungslos verboten ist: Aus Dänemark werden mehr solche Fälle berichtet (1,02 Prozent) als aus den Niederlanden (0,9 Prozent).³⁰

Die ländervergleichenden Untersuchungen zeigen ferner, dass auch beim Abbruch oder der Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen und bei Schmerzbehandlung, die das Leben verkürzen kann, Ärzte in erheblichem Umfang Entscheidungen treffen, ohne alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die Zustimmung der Patienten einzuholen oder sich, wenn die Patienten entscheidungsunfähig sind, mit den Angehörigen zu verständigen. Dabei rangiert der Respekt vor der Autonomie der Patienten in den Ländern, die als Vorreiter einer Liberalisierung aktiver Sterbehilfe und ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung in der Kritik stehen, keineswegs niedriger als in Ländern, die an strikten Verboten festhalten. Eher ist das Gegenteil der Fall. In den Niederlanden wurden 92 Prozent aller berichteten Entscheidungen am Lebensende mit den Patienten besprochen, sofern diese entscheidungsfähig waren, andernfalls in 85 Prozent aller Fälle mit den Angehörigen; in Belgien wurde dies für 67 beziehungsweise 77 Prozent der Fälle berichtet, in der

²⁸ Centraal Bureau voor de Statistiek 2003: 23, 61, Tabelle 4.6.

²⁹ Jochemsen 2001.

³⁰ Die Zahlen sind niedrig; sie liegen aber in all diesen Ländern über denen für aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen): In Großbritannien ist das Verhältnis 0,36/0,17 Prozent, in Dänemark 1,02/0,10 Prozent, in Italien 0,11/0,05 Prozent, in Schweden 0,31/0 Prozent (Seale 2006: 7, Tabelle 3).

Schweiz für 78 beziehungsweise 69 Prozent. Dagegen waren die entsprechenden Zahlen für Dänemark (58 Prozent beziehungsweise 52 Prozent), Italien (42 Prozent beziehungsweise 39 Prozent) und Schweden (38 Prozent beziehungsweise 39 Prozent) deutlich niedriger.³¹ Zeitreihen aus den niederländischen Untersuchungen zu Entscheidungen am Lebensende zeigen, dass die Bereitschaft der Ärzte, das Leben von Patienten gegebenenfalls auch ohne deren ausdrückliches Verlangen zu beenden, abnimmt. Die Zahl derjenigen, die angaben, dies jemals getan zu haben, hat sich zwischen 1990 und 2001 von 27 Prozent auf 13 Prozent halbiert; der Anteil derjenigen, die es nie tun würden, ist von 41 Prozent auf 71 Prozent gestiegen.³²

2.5.3. Wird das ärztliche Berufsethos beschädigt?

Vertretungen der Ärzteschaft in allen Ländern bekräftigen fast ausnahmslos, dass Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen, um das Leben aussichtslos kranker und unerträglich leidender Patienten zu beenden, nicht Teil des beruflichen Handelns von Ärzten sein sollten.

Bei dem Versuch, diese Position im Rahmen von Umfragen zu untersuchen, finden sich jedoch zum Teil widersprüchliche Ergebnisse. Umfragen unter Ärzten ergaben, dass in Schweden 39 Prozent, in Kanada 37 Prozent, in Dänemark 34 Prozent und in Italien 32 Prozent einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zustimmen würden.³³ In Frankreich und in Großbritannien stimmte etwa die Hälfte der befragten Ärzte einer Legalisierung der Beihilfe zur Selbsttötung zu.

In Deutschland dagegen haben sich in einer Untersuchung aus dem Jahr 2004 90 Prozent von 251 befragten Palliativmedizinern gegen die Legalisierung aktiver Sterbehilfe und 75 Prozent gegen die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ausge-

sprochen.³⁴ In Einzelfällen können sich 30 Prozent von 282 befragten Ärzten Situationen vorstellen, in denen sie aus humanitären Gründen aktive Sterbehilfe leisten würden.³⁵

Weiter gehende Studien zeigen jedoch, dass solche Ergebnisse über eventuelle Grundstimmungen hinaus wenig Aussagekraft haben. Dies liegt unter anderem daran, dass offensichtlich ein detailliertes Wissen über die Frage, was aktive Sterbehilfe von passiver Sterbehilfe unterscheidet, nur begrenzt besteht. So zeigte sich in einer Studie an über 1.000 in der Palliativmedizin fortgebildeten Ärzten, dass zum Beispiel etwa 50 Prozent das Abstellen der künstlichen Beatmung fälschlicherweise als aktive Sterbehilfe ansahen. Bei anderen Fragen war die fehlerhafte Einschätzung noch größer.³⁶

Solche Zahlen dokumentieren, dass neben einer generellen Ablehnung insgesamt eine große Skepsis und Verunsicherung in der Ärzteschaft zum Thema Sterbehilfe vorliegt. Dies führt unter Umständen dazu, dass sinnvolle und indizierte medizinische Maßnahmen der ärztlichen Therapie am Lebensende unterbleiben aus Sorge, in den strafbaren Bereich der aktiven Sterbehilfe zu gelangen.

Die Bevölkerung sieht im Hinblick auf die Vereinbarkeit von ärztlichen Aufgaben und aktiver Sterbehilfe offenbar weniger Probleme. In einer repräsentativen Umfrage von 2001 fanden 55,3 Prozent beziehungsweise 61,3 Prozent der Befragten, dass Beihilfe zur Selbsttötung beziehungsweise aktive Sterbehilfe auf Verlangen von Patienten, die unheilbar krank sind und in absehbarer Zeit sterben werden, „zu den beruflichen Aufgaben von Ärzten gehören sollen“.³⁷

Was eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe für das komplexe Arzt-Patient-Verhältnis sowohl individuell als auch gesellschaftlich bedeuten würde, ist schwer zu sagen. Ebenso lassen sich keine gesicherten Aussagen dazu machen, ob und wieweit das Berufsethos der Ärzteschaft dadurch beschädigt würde.

³¹ Van der Heide et al. 2003: 348, Tabelle 4.

³² Ontwuteaka-Philipsen et al. 2003: 397, Tabelle 2.

³³ Müller-Busch et al. 2004b: 336.

³⁴ Müller-Busch et al. 2004a: 6.

³⁵ Kirschner/Enkeles 1998.

³⁶ Deutsches Ärzteblatt 2001, 48, A 3186.

³⁷ Schröder et al. 2003: 336, 339.

2.6. Der Schatten der Euthanasie-Verbrechen des NS-Regimes

Keine Diskussion über aktive Sterbehilfe in Deutschland kann sich davon frei machen, dass unter der Herrschaft der Nationalsozialisten die Tötung unheilbar kranker Menschen ein politisches Programm war, dem zwischen 1939 und 1941 nahezu 100.000 Menschen zum Opfer fielen. Die Opfer waren überwiegend psychisch kranke oder geistig behinderte Insassen von Heil- und Pflegeanstalten; die Täter waren Ärzte und Pflegekräfte. Die Tötungsaktionen wurden auf der Grundlage geheimer Führerbefehle durchgeführt. Nach dem Befehl, der die sogenannte T4-Aktion einleitete, sollten ausgewählte Ärzte dazu ermächtigt werden, dass „nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“.³⁸

Obwohl mit „Gnadentod“ zweifellos die Tötung ohne Verlangen gemeint war, sollte die Wahl der Sprache offenbar den Eindruck entstehen lassen, es handle sich um Sterbehilfe, mithin um eine Handlung, bei der es auf die Situation und die Perspektive der betroffenen Individuen ankommt. Der Sache nach aber ging es den Nationalsozialisten mit ihren Euthanasie-Programmen nicht um das Individuum, sondern ausschließlich um das Kollektiv. Die Vernichtungsaktionen waren die mörderische Folge eines gegen Ende des 19. Jahrhunderts nicht nur in

³⁸ So der Wortlaut der persönlichen Ermächtigung Adolf Hitlers für Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt aus dem Oktober 1939 mit Datum vom 1. September 1939.

Im Zuge der sogenannten T4-Aktion wurden ab Ende 1939 etwa 70.000 Patienten der Psychiatrie und Insassen von Pflegeanstalten umgebracht. Die Tötungen wurden größtenteils durch die Angabe falscher Todesursachen verschleiert und die Todesbenachrichtigungen mit falschen Unterschriften versehen. Schon zuvor war im Zuge des Programms zur „Kindereuthanasie“ mit der Erfassung und Tötung von Kindern mit Behinderungen begonnen worden; mindestens 5.000 Kinder wurden ermordet. Weitere 20.000 Menschen mit Behinderungen fielen Durchsuchungsaktionen in den Konzentrationslagern zum Opfer. Offiziell wurden die Euthanasie-Aktionen 1941 eingestellt, nachdem sie bekannt geworden waren und Proteste in der Bevölkerung ausgelöst hatten. Zur Geschichte und Dokumentation vgl. Klee 1985.

Deutschland vertretenen, aber von den Nazis verschärften Konzepts von Rassenhygiene und genetischer Volksgesundheit. Danach galt es, den „Volkskörper“ vor der, wie es hieß, „Belastung“ und „Degeneration“ durch erbliche Krankheiten zu bewahren. Dem Kollektiv sollte zudem die ökonomische „Belastung“ durch die Pflege von Kranken „erspart“ werden. Dabei wurde deren Leben als „lebensunwert“ und als „Ballastexistenz“ diskreditiert.³⁹

Die Erfahrungen der NS-Vergangenheit, verbunden mit der erneut geführten Diskussion über den Lebenswert behinderten Lebens, haben in Deutschland unter Betroffenen und ihren Angehörigen, anders als in Belgien, den Niederlanden oder der Schweiz, ein starkes Misstrauen gegen jegliche Liberalisierung des Verbots der Tötung auf Verlangen entstehen lassen. Hinweise auf eine hohe Dunkelziffer von Tötungen kranker Menschen ohne ausdrückliche Einwilligung verstärken derartige Befürchtungen.⁴⁰

Die Bezüge zu den Euthanasie-Verbrechen des NS-Regimes sind in allen politischen Auseinandersetzungen über eine mögliche Zulassung der aktiven Sterbehilfe unvermeidlich präsent. Sie sollten allerdings den Blick für einen entscheidenden Unterschied nicht trüben: Im Nationalsozialismus wurden die Menschen aufgrund eines staatlichen Programms gegen ihren Willen getötet, während sich die heute zu führende Diskussion der Frage widmet, ob Personen auf ihr Verlangen hin von Dritten getötet werden dürfen beziehungsweise trotz eines entsprechenden ernsthaften Verlangens eine solche Tötung durch Dritte weiterhin strafbar sein sollte. Dennoch kann niemand dem Schatten der deutschen Geschichte bei diesem Thema entkommen. Das gilt unabhängig davon, ob man Argumente, die daraus abgeleitet werden, für berechtigt hält oder nicht.

³⁹ So die Wortwahl und die Perspektive von Binding und Hoche in ihrem berühmten Plädoyer für „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (1920).

⁴⁰ Siehe oben Abschnitt 2.5.3.

3. ORTE DES STERBENS

Jährlich sterben in Deutschland etwa 850.000 Menschen. Während die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten stetig gestiegen ist, sind die Todesursachen prozentual gleich geblieben: Die häufigsten Todesursachen sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (46,8 Prozent), bösartige Neubildungen (Krebsleiden) (25,6 Prozent), Krankheiten des Atmungssystems (6,4 Prozent), Krankheiten des Verdauungssystems (5,0 Prozent) und nicht natürliche Ereignisse oder Handlungen (Unfälle, Suizide) (4,1 Prozent).⁴¹

Nach einer Umfrage der Deutschen Hospiz Stiftung aus dem Jahr 2001 wünschen sich 60 Prozent der Bevölkerung einen schnellen und plötzlichen Tod. Viele Menschen haben jedoch offenbar auch den Wunsch, sich von Angehörigen und Freunden zu verabschieden und die letzte Lebenszeit in vertrauter Umgebung zu verbringen.

Obwohl der Wunsch verbreitet ist, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, sterben tatsächlich rund 90 Prozent der Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Dies ist unter anderem die Folge einer veränderten Lebens- und Familienstruktur und einer sinkenden Hausarztbetreuung; der Notarzt, der heute zumeist in kritischen Lebenssituationen gerufen wird, überweist aufgrund unbekannter Krankengeschichte und Problematik den Schwerkranken in ein Krankenhaus.

3.1. Sterben zu Hause

Das Sterben zu Hause war in früheren Zeiten der Normalfall. Auch heute ist jedenfalls der Wunsch, zu Hause zu sterben, verbreitet. Darin kommt das Bedürfnis zum Ausdruck, gerade die letzten Wochen und Tage des Lebens in der gewohnten Umgebung zu verbringen und vertraute Menschen aus Familie und

Freundeskreis um sich zu haben. Die Realität sieht weithin anders aus. In Deutschland stirbt nur etwa einer von zehn Menschen zu Hause (auf dem Lande ist dieser Anteil doppelt so hoch wie in der Stadt). Das hat unterschiedliche Gründe: Die medizinische Behandlung kann die Einweisung ins Krankenhaus nötig gemacht haben; nicht wenige Menschen sind lange vor der Sterbephase in eine Pflegeeinrichtung übersiedelt oder suchen in der Sterbephase ein stationäres Hospiz auf. In zahlreichen Fällen erlauben die Lebensverhältnisse kein Sterben zu Hause, insbesondere dann, wenn keine nahestehenden Personen zur Verfügung stehen oder die Angehörigen sich die Sterbebegleitung nicht zutrauen.

Wo immer die Voraussetzungen dafür gegeben sind oder geschaffen werden können, sollte dem Wunsch eines Menschen, zu Hause zu sterben, Rechnung getragen werden. Folgende Faktoren spielen dabei eine maßgebliche Rolle:

1. Angehörige, die zur Sterbepflege in der Lage und bereit sind, sind die wichtigste Voraussetzung, um ein Sterben zu Hause zu ermöglichen. Sie müssen sich darüber im Klaren sein, auf welche körperlichen und seelischen Belastungen sie sich dabei einlassen und dass es zu einer Situation der Überforderung kommen kann. Es ist aber keine seltene Erfahrung, dass Sterbebegleitung und Sterbepflege ungeahnte Kräfte freisetzen und als Bereicherung erfahren werden.
2. Nachbarschaft, Freundeskreis oder Kirchengemeinden und andere religiöse Gemeinschaften können ein Netzwerk der Hilfe bilden, mit dem die Angehörigen spürbar entlastet und gestützt werden können.
3. Zu Hause zu sterben bietet die Möglichkeit, eine unter Umständen jahre- und jahrzehntelange hausärztliche Betreuung auch in der letzten Lebensphase weiterzuführen. Der Hausarzt weiß aus vielen Begegnungen und Gesprächen, welche Behandlung der Patient will und welche medizinischen

⁴¹ Statistisches Bundesamt 2005a.

Maßnahmen er gegebenenfalls nicht mehr wünscht. Aus der Perspektive des Patienten ist es beruhigend und hilfreich, eine Person des Vertrauens als ärztliches Gegenüber zu haben. Vergleichbares gilt für die seelsorgerliche Begleitung.

4. Für die Sterbepflege zu Hause kann zusätzlich die qualifizierte Hilfe ambulanter Pflegedienste in Anspruch genommen werden, und zwar in Abhängigkeit von der Einstufung durch die Pflegeversicherung beziehungsweise den verfügbaren eigenen finanziellen Mitteln. Diese Hilfe wird häufig von Sozialstationen angeboten, die sich in der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände befinden. Parallel dazu gibt es privatgewerbliche Pflegedienste, deren Anzahl sich mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 vervielfacht hat. Für die Pflege Sterbender zu Hause stehen an manchen Orten auch ambulante Hospizdienste zur Verfügung. Im Jahr 2003 gab es in Deutschland 832 registrierte ambulante Hospizdienste; hinzu kommen kleine ehrenamtliche Hospizgruppen, die oft nicht in den Adressenverzeichnissen auftauchen. Seit 2002 gibt es auch für ambulante Hospizdienste eine Rahmenvereinbarung im Sozialgesetzbuch (§ 39a SGB V), nach der sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung erhalten.⁴²

Ein Sterben zu Hause bietet gute Voraussetzungen dafür, dass Angehörige, Nachbarn und Freunde vom Sterbenden oder Toten in Ruhe Abschied nehmen können. Dies ist nicht zuletzt auch für sie selbst bei der Bewältigung ihres Verlustes und ihrer Trauer von Bedeutung. Die geltenden rechtlichen Regelungen erlauben es, den Toten noch für eine angemessene Zeit in der

⁴² Dieser Anspruch ist nach Aussage der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz auch gut durchsetzbar. Die privaten Kassen zahlen diese Dienste hingegen nur, wenn es sich bei den Maßnahmen um medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Sinne der Musterbedingungen der PKV handelt. In der Regel werden die Kosten aber in diesen Fällen darüber hinaus auf Kulanzbasis erstattet. Ist ein Hospiz als Pflegeeinrichtung gemäß § 72 SGB XI zugelassen und Pflegebedürftigkeit beim Patienten festgestellt, besteht allerdings auch ein Rechtsanspruch aus der privaten Pflegeversicherung.

häuslichen Umgebung aufzubahren. Diese Regelungen sind allerdings nicht immer hinreichend bekannt.

Um nahestehenden Personen die Begleitung eines Sterbenden zu ermöglichen, sollten arbeitsrechtliche Freistellungsansprüche eingeräumt werden, wie es in einigen anderen europäischen Ländern bereits realisiert ist. Solche Freistellungsansprüche sollten auch geltend gemacht werden können, wenn eine nahestehende Person, die im Sterben liegt, stationär behandelt wird.

3.2. Sterben in Alten- und Pflegeheimen

In den letzten 20 Jahren hat sich das durchschnittliche Eintrittsalter in Alten- und Pflegeheimen⁴³ stark erhöht, zum Beispiel in Bayern von 68 auf 86 Jahre. Der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim erfolgt heute in der Regel dann, wenn häusliche Pflege nicht mehr möglich ist. Etwa 75 Prozent der Heimbewohner werden direkt aus dem Krankenhaus in ein Alten- und Pflegeheim entlassen.⁴⁴

Etwa 30 Prozent der Bewohner von Pflegeheimen versterben innerhalb der ersten drei Monate nach ihrem Einzug. Aus diesem Grund ist der palliativmedizinischen und pflegerischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen eine hohe Bedeutung beizumessen, der gerecht zu werden sich vielfältige Institutionen und Personen bemühen. Fraglos handelt es sich dabei um eine der größten Herausforderungen einer durch gestiegene Lebenserwartung und schwindende Familienbindungen charakterisierten Gesellschaft. Im konkreten Einzelfall ist es trotz aller Bemühungen nicht immer einfach, den sachlichen Anforderungen einschließlich der pflegerischen Standards in vollem Umfang zu genügen. So weisen mehrere Studien⁴⁵ und auch

⁴³ Unter einem Pflegeheim versteht man eine Einrichtung, in der pflegebedürftige Menschen dauerhaft wohnen und rund um die Uhr gepflegt und versorgt werden. Das klassische Altenheim in seiner speziellen Form als unterstützte Wohneinheit für ältere Menschen ist in seiner Bedeutung rückläufig.

⁴⁴ Mautner et al. 1994.

⁴⁵ Vgl. zum Beispiel Becker/Meifort 1998.

der *Vierte Bericht über die Lage der älteren Generation*⁴⁶ auf Missstände in Alten- und Pflegeheimen hin, wie zum Beispiel zu wenig oder mangelhaft qualifiziertes Personal, schlechte Arbeitsbedingungen, unzureichende Kommunikation und psychosoziale Betreuung, fehlende Zeit und zu geringe Intensität der Pflege für den einzelnen Patienten.

Bei der zu erwartenden Zunahme sozial isolierter Personen in Deutschland ist damit zu rechnen, dass diese Probleme noch zunehmen werden.⁴⁷ Es müssen dementsprechend weitere Schritte mit dem Ziel unternommen werden, die Pflegebedingungen zu verbessern.

3.3. Sterben im Krankenhaus

In der Bundesrepublik Deutschland ereignen sich circa 47 Prozent der Todesfälle in Krankenhäusern. Im Jahr 2001 entsprach dies 392.626 Todesfällen (ohne Allgemein- und Kinder-/Jugend-psychiatrie). Die sechs Fachabteilungen mit den meisten Todesfällen sind die Innere Medizin (285.348 Todesfälle), die Chirurgie (67.379 Todesfälle), die Neurologie (9.152 Todesfälle), die Strahlentherapie (4.703 Todesfälle), die Neurochirurgie (4.545 Todesfälle) und die Urologie (4.379 Todesfälle).⁴⁸

Die Zahlen zeigen, dass das Sterben im Krankenhaus nicht mit einem Tod auf der Intensivstation gleichzusetzen ist: Während der intensivmedizinischen Pflege sterben durchschnittlich nur 2,8 Prozent der Patienten, die insgesamt im Krankenhaus versterben.⁴⁹ Diese geringe Quote erklärt sich unter anderem dadurch, dass der Sterbende in der Regel zur Sterbebegleitung auf

eine Normalstation überwiesen wird, sobald die Aussichtslosigkeit der gesundheitlichen Situation erkannt wird.

Dies entspricht der Zielsetzung der Intensivmedizin, die sich darauf konzentriert, das Überleben des Patienten in einer gesundheitlichen Krise zu gewährleisten und ihn sowohl physisch als auch psychisch zu stabilisieren. Bei denen, die auf der Intensivstation sterben, handelt es sich um solche Patienten, die schwerstkrank sind und häufig bereits das Bewusstsein verloren haben. Sterbebegleitung auf Intensivstationen bezieht sich unter diesen Umständen vor allem auf die menschliche Begleitung und seelsorgerliche Betreuung der Angehörigen.

Palliativstationen sind Einrichtungen, in denen Patienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder bereits weit fortgeschrittenen, tödlichen Erkrankung zur Linderung ihrer Symptome, insbesondere ihrer Schmerzen, behandelt und begleitet werden. Während des Aufenthalts auf diesen Spezialstationen sterben gegenwärtig circa 50 Prozent der Patienten (insgesamt jährlich circa 7.000 Menschen oder 0,8 Prozent aller Todesfälle). In den übrigen Fällen können die Patienten nach einer Behandlungszeit von durchschnittlich 15 Tagen wieder entlassen werden. Mitarbeiter der Palliativstation übernehmen es dabei, eine externe Versorgung für die Patienten zu organisieren, also Hausärzte, ambulante Pflegedienste oder andere Pflegeeinrichtungen (Heim, Hospiz) zu kontaktieren. Es gibt ferner ambulante Palliativdienste, die mit niedergelassenen Ärzten und Hospizdiensten kooperieren.

Die Palliativmedizin ist in Deutschland schon relativ weit ausgebildet (in Europa sind nur Großbritannien, die Schweiz und die Niederlande besser ausgestattet, in Skandinavien gibt es keine Palliativmedizin), und es gibt palliativpflegerische Dienste als Modellprojekte in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Berlin. Die Versorgungsrealität scheint jedoch nicht dem Bedarf zu entsprechen. Nach Angaben der medizinischen Fachgesellschaften bedürfen im Jahr circa 80.000 bis 130.000 Menschen (circa 0,1 bis 0,16 Prozent der Bevölkerung) einer palliativmedizinischen Betreuung.

⁴⁶ Deutscher Bundestag 2002.

⁴⁷ 30,5 Prozent der Heimbewohner bekommen weniger als einmal im Monat oder nie Besuch von Verwandten oder Bekannten und 28,8 Prozent haben nie oder selten Kontakt zu anderen Bewohnern des eigenen Wohnbereiches. Weitere Missstände und Vernachlässigungen von Heimbewohnern bestehen unter anderem im nicht rechtzeitigen Umlagern, in der Austrocknung und Unternahrung (Deutscher Bundestag 2002).

⁴⁸ Statistisches Bundesamt 2005a.

⁴⁹ Statistisches Bundesamt 2005a.

Laut Bundesärztekammer gibt es in deutschen Krankenhäusern 75 Palliativstationen mit einem Angebot von etwa sieben Betten auf eine Million Einwohner. Der Bedarf liegt aber bei 30 Betten pro eine Million Einwohner. Weiter gibt es 30 ambulante Palliativdienste, die jedoch einem Bedarf von 320 Palliativdiensten gegenüberstehen. Ein Viertel aller Tumorpatienten benötigt eine Palliativversorgung; allerdings steht eine solche Versorgung nur für fünf Prozent dieser Patienten auch wirklich zur Verfügung.⁵⁰ Palliativstationen für Kinder und als Einrichtungen von Kinderkliniken existieren in Deutschland nicht.

Jedem unheilbar kranken und sterbenden Menschen muss jedoch eine ausreichende palliativmedizinische Versorgung gewährt werden. Eine entsprechende Versorgung mit Betten und qualifiziertem Personal auf Palliativstationen ist daher nötig. Außerdem sollte die Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung sichergestellt werden.

Für die Versorgung von etwa 80.000 bis 130.000 Menschen, die einer palliativmedizinischen Betreuung bedürfen, würde man laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 3.000 bis 4.000 Ärzte mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation benötigen. Das Angebot an Fortbildungen für Ärzte zur palliativmedizinischen Versorgung nimmt zwar zu, allerdings gibt es nur wenige Einzeleinrichtungen. An einigen Universitäten ist die Vermittlung palliativmedizinischer Fachkenntnisse in das Medizinstudium integriert. Seit 2002 ist die Palliativmedizin Teil der Approbationsordnung. Lehrstühle für Palliativmedizin gibt es bislang an den Universitäten Bonn und Aachen. Gesellschaften für Palliativmedizin, Akademien und Verbände arbeiten derzeit an Konzepten einer angemessenen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Allerdings bedarf das Angebot an interdisziplinärer Aus- und Fortbildung für Ärzte und Pflegenden im Umgang mit schwer kranken und leidenden Patienten und mit Sterbenden der Verstärkung.

50 Bundesärztekammer 2004.

3.4. Sterben im Hospiz

Die Hospizidee⁵¹ ist wesentlich älter als das Konzept der Palliativmedizin. Ihren Ursprung hat sie im Christentum, wo man im Mittelalter unter Hospiz eine klösterliche Einrichtung verstand.

Hospize können stationär oder ambulant organisiert sein. Stationäre Hospize sind selbständig organisierte Einrichtungen, das heißt von Krankenhaus, Alten- oder Pflegeheim unabhängig. Sie werden durch eine Mischfinanzierung aus Leistungen der Krankenkassen, der Pflegeversicherung, der Einrichtungen selbst sowie einem Eigenanteil oder karitativen Zuwendungen getragen. Bei der ambulanten hospizdienstlichen Betreuung versuchen zumeist ehrenamtliche Helfer durch individuelle, psychosoziale Unterstützung dem Kranken das Sterben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen sowie Angehörige und Freunde zu entlasten. Dabei sind diese Dienste mit Versorgungsstrukturen des regionalen Gesundheits- und Sozialsystems vernetzt und stehen unter der Verantwortung palliativmedizinisch erfahrener Fachkräfte.

Häufig ergänzen sich die verschiedenen Versorgungsformen. Die Frage, welche Form der Betreuung und Begleitung gewählt wird, hängt letztlich von Bedürfnissen, Krankheitskonstellationen, finanziellen Möglichkeiten und vorhandenen Kapazitäten ab. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Form von Palliativpflege und Hospizbetreuung. Angehörigen und nahestehenden Personen sollte eine kompetente Beratung über Pflege- und Versorgungsmöglichkeiten schwer kranker Menschen zur Verfügung stehen.

Die Begründerin der modernen Hospizbewegung, Cicely Saunders, prägte für ihren Ansatz die Formel *high person, low technology*. Schwerpunkt der Betreuung in einem Hospiz ist nicht die medizinische Versorgung, sondern in erster Linie körperliche Pflege, psychosoziale Begleitung und seelsorgerlicher

51 „Hospiz“ – von lateinisch *hospitium*: „Gastfreundschaft, Gast“ – bezeichnet einen Ort der gastfreundlichen Aufnahme.

Beistand. Laut Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2004 gibt es derzeit in Deutschland 112 stationäre Hospize (seit 1996 wird ein Anstieg der stationären Hospizdienste um 273 Prozent verzeichnet). Damit gibt es elf Betten auf eine Million Einwohner, benötigt werden allerdings nach Angabe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 20. Insofern ist in stationären Hospizen eine ausreichende Versorgung mit Betten und qualifiziertem Personal erst noch sicherzustellen.

Außerdem gibt es derzeit sieben Kinderhospize, die sich wesentlich von den Erwachsenenhospizen unterscheiden; sie sind darauf eingestellt, dass Kinder oftmals über Jahre hinweg betreut und immer wieder aufgenommen werden müssen.

In ein stationäres Hospiz kommen in der Regel Menschen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, Aids-Patienten im letzten Stadium der Krankheit, Patienten mit Erkrankungen des Nervensystems, begleitet von fortschreitenden Lähmungen, und Patienten, die an einer fortgeschrittenen chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenkrankheit leiden. Die Verweildauer beträgt im Durchschnitt 27 Tage; die meisten der Patienten versterben dort. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz starben im Jahr 2002 etwa 8.500 Menschen (ein Prozent aller Todesfälle) in stationärer Betreuung.

Darüber hinaus werden ungefähr 35.000 Patienten (vier Prozent) durch ambulante Hospizdienste versorgt. Ebenso wie im Bereich der palliativen Pflege ist auch hier die Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung zu fördern.

Ehrenamtliche Tätigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Hospizarbeit. Mit circa 50.000 ehrenamtlichen Mitarbeitern ist der Hospizdienst einer der Bereiche mit der größten Intensität bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. Dieses Engagement bei der Sterbebegleitung sollte weiterhin gefördert und unterstützt werden.

3.5. Zur Bedeutung von Sterbebegleitung an den unterschiedlichen Orten

Die Möglichkeiten, einen Menschen am Lebensende zu begleiten und zu versorgen, gestalten sich sehr unterschiedlich. Erfolgt die medizinische Betreuung bereits lange vor Eintritt in die letzte Lebensphase durch einen Hausarzt, begleitet dieser häufig den Sterbenden auch bis zu dessen Tod. Viele Hausärzte sprechen von einem besonders intensiven Verhältnis zu ihrem Patienten in den letzten Phasen der Betreuung. Daher wird versucht, diese Betreuungssituation auch dann zu erhalten, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist und die Sterbenden sich in Pflegeheimen und Hospizeinrichtungen befinden. Angestrebt wird jedoch, zusammen mit Ärzten, Angehörigen und ambulanten Pflegediensten die betreuungsbedürftigen Menschen in ihrer gewohnten Umgebung individuell zu pflegen und zu versorgen (ambulante beziehungsweise häusliche Pflege).

Aufgrund demographischer Entwicklungen und schwindender Familienstrukturen fehlt die erforderliche Pflege durch Hausarzt, Angehörige und ambulante Pflegedienste häufig. Die dann in Betracht kommenden Alternativen sind die Aufnahme in ein Pflege- oder Altenheim, auf eine klinische Palliativstation oder in ein ambulant oder stationär organisiertes Hospiz.

Seit den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts wird in Deutschland an einem Zweisäulenmodell, bestehend aus Palliativstationen und Hospizen, gearbeitet. Auf Palliativstationen werden Patienten betreut, die meist durch akute Schmerzen und andere Symptome belastet sind und die eine medizinische Vollversorgung brauchen. Gegenüber der Symptomlinderung bei komplexem Krankheitsbild in der Palliativmedizin liegt der Schwerpunkt der Hospizarbeit auf der menschlichen Begleitung.

Die Begleitung und Versorgung eines unheilbar kranken und sterbenden Menschen verlangt zuallererst, auf seine persönlichen Bedürfnisse zu reagieren. Im besten Fall versorgt ihn eine multiprofessionelle Gruppe bestehend aus Angehörigen, Ärzten, Pflegenden, Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen,

Psychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern. Die Qualität der Begleitung am Lebensende ist abhängig von einem ganzheitlichen Ansatz, der physische, psychische, spirituelle und soziale Bedürfnisse berücksichtigt. Im Vordergrund muss dabei die Bewahrung der Lebensqualität des Sterbenden stehen. Doch auch die Einbeziehung der Angehörigen während der Sterbephase und nach dem Tod („Trauerarbeit“) muss integraler Bestandteil der Begleitung sein. Ebenso wie für den Sterbenden selbst können auch für sie Gesprächsbereitschaft, Offenheit, Zuverlässigkeit sowie eine gute Koordination der Betreuung von großer Bedeutung sein.

4. ZUR TERMINOLOGIE

4.1. Probleme mit dem gängigen Sprachgebrauch

Eine ethische und rechtliche Auseinandersetzung über Entscheidungen und Handlungen, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken, beschränkt sich nicht auf die Frage, was erlaubt ist und was zugelassen werden kann. Sie schließt die Frage ein, mit welchen Begriffen man die Sachverhalte benennen soll. An sich scheint die Wahl von Worten kein großes Problem zu sein, weil man sich darüber verständigen kann, was man meint und was nicht. Aber Worte haben Eigensinn. Sie vermitteln Bedeutungen, Assoziationen und auch Wertungen, die den Gegenstand in ein Licht rücken, das man für nicht angemessen oder nicht wünschenswert halten kann.

Aus diesem Grunde hat man sich in Deutschland nach 1945 gescheut, im Zusammenhang mit Entscheidungen und Handlungen, die das Lebensende betreffen, den im Ausland gängigen Ausdruck „Euthanasie“ zu verwenden. In Deutschland ist das Wort untrennbar mit der Ermordung kranker und behinderter Menschen während des NS-Regimes verknüpft (siehe oben Abschnitt 2.6.). Es ist mit Assoziationen verbunden, die weder der Struktur der Handlungen, die in dieser Stellungnahme Gegenstand sind, noch den Intentionen der Handelnden gerecht werden. In dem öffentlichen Streit darüber, welche Entscheidungen und Handlungen am Lebensende erlaubt sein sollen, steht das Recht auf Leben nicht zur Disposition.

Schwächen der überkommenen Begrifflichkeit zeigen sich aber auch im Hinblick auf das Wort „Sterbehilfe“, das im deutschen Sprachgebrauch weitgehend an die Stelle des Wortes „Euthanasie“ getreten ist. Das Wort „Hilfe“ ist positiv besetzt; es signalisiert etwas, was legitim und begrüßenswert ist. „Hilfe“ kann man sich in jeder Phase seines Sterbens eigentlich nur

wünschen. Diese positive Färbung wird jedoch problematisch beim Begriff der „aktiven Sterbehilfe“.⁵² Hier geht es um Handlungen, die den Tod eines Menschen gezielt herbeiführen sollen – mit dessen ausdrücklicher oder mutmaßlicher Einwilligung. Ob es Fälle gibt, in denen solche Tötung auf Verlangen zu Recht als „Hilfe“ apostrophiert werden kann, sei hier dahingestellt. Nachvollziehbar ist jedoch, dass die Verwendung des Wortes „Sterbehilfe“ und auch die Rede von der „Hilfe zum Sterben“ als unangemessen und irreführend, ja geradezu als beschönigend und den wahren Tatbestand verschleiern empfinden werden.

Bedenken werden auch gegen den Terminus „passive Sterbehilfe“ erhoben. Damit beschreibt man Fälle, in denen bei einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankung von einer noch möglichen Behandlung abgesehen wird, also potentiell lebensverlängernde Maßnahmen entweder nicht eingeleitet oder beendet werden. Man lässt den Kranken sterben. Im Gegensatz zu dem, was der Wortsinn nahelegt, wird solches Sterbenlassen jedoch nicht notwendigerweise passiv, also durch bloßes Nichtstun verwirklicht. Es kann durchaus aktives Eingreifen des behandelnden Arztes voraussetzen, so etwa, wenn eine Magensonde entfernt werden muss, um die schon eingeleitete künstliche Ernährung des Patienten nicht weiter fortzuführen, oder wenn das Beatmungsgerät abgestellt werden muss, um die künstliche Beatmung zu beenden. Die Rede von der „passiven Sterbehilfe“ stiftet in diesem Zusammenhang Verwirrung: Sie erzeugt Unsicherheit darüber, ob die unverkennbar aktive Beendigung schon eingeleiteter lebensverlängernder Maßnahmen darunter fällt. Auch von Ärzten und Pflegepersonal werden derartige Maßnahmen häufig in die Nähe der „aktiven Sterbehilfe“ gerückt, mithin der Tötung auf Verlangen gleichgestellt. Eine solche Einordnung wird jedoch den Besonderheiten der unterschiedlichen Handlungsweisen und den Intentionen der Handelnden

52 Die ursprüngliche Wortbedeutung des griechischen Wortes *euthanasia* – „guter Tod“ – enthält eine ähnlich positive Einfärbung, ungeachtet der Tatsache, dass sich der Gebrauch des Wortes in unterschiedlichen kulturellen Kontexten stark verändert hat.

nicht gerecht. Ob man bei künstlicher Ernährung eine schon gelegte Magensonde wieder entfernt oder von vornherein davon absieht, sie überhaupt zu legen, macht nach ganz überwiegendem Dafürhalten für die Bewertung des Geschehens keinen entscheidenden Unterschied. In beiden Fällen geht es darum, eine nicht gewollte oder medizinisch nicht indizierte Behandlung zu unterlassen. Und in beiden Fällen ermöglicht das Unterlassen den ungehinderten Fortgang der Krankheit und damit auch den Eintritt des Todes zu einem früheren Zeitpunkt als bei Durchführung der betreffenden Maßnahme. Psychologisch mag es verständlich sein, wenn die handelnden Personen (Ärzte und Pfleger) vor aktivem Eingreifen, also dem Entfernen einer Sonde oder dem Abstellen eines Beatmungsgerätes, stärker zurückschrecken als vor bloßem Nichtstun. Der Sache nach ist jedoch dieser Unterschied nicht gerechtfertigt. 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“⁵³ spricht.

Am Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ wird kritisiert, dass er das Ziel der damit gemeinten Handlungen verfehlt. Es geht nicht um Hilfe zum Sterben, sondern um Therapien in der Sterbephase. Im Vordergrund stehen Schmerzbehandlung und Sedierung, bei denen das Risiko in Kauf genommen wird, dass als eine mögliche Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird, etwa weil das verabreichte schmerzlindernde Medikament eine Atemdepression auslösen kann. Allerdings ermöglichen die Fortschritte der modernen Palliativmedizin heute in den meisten Fällen eine wirksame Therapie auch extremer Schmerzen,

53 Diese alternative Terminologie ist nicht neu, sondern wird seit langem von zahlreichen Autoren favorisiert. Beispielhaft: Beauchamp/Childress 2001; Steinbock 1994; Spaemann/Fuchs 1997; siehe auch die ausführliche Terminologiediskussion in President's Commission 1978: 60 ff.

ohne den vorzeitigen Tod des Patienten herbeizuführen. Es erscheint nicht angemessen, eine Medikamentengabe, die zur Schmerzbehandlung bei schwer erkrankten Menschen medizinisch indiziert ist, als „indirekte Sterbehilfe“ zu bezeichnen, weil sie als eine nicht intendierte Nebenfolge das Sterben des Betroffenen möglicherweise beschleunigt. Überdies würde eine solche Kennzeichnung dann auch für andere Fälle gelten, bei denen es medizinisch gerechtfertigt ist, Medikamente einzusetzen, zu deren Nebenwirkungsspektrum lebensgefährliche Komplikationen gehören.⁵⁴ Zugleich wäre es eine unzulässige Verharmlosung, wenn man Schmerzbehandlung, die übermäßig dosiert oder sonst medizinisch unsachgemäß ist und die deshalb zum Tode des Patienten führt, als „indirekte Sterbehilfe“ abtut. In solchen Fällen handelt es sich vielmehr um die (fahrlässige oder vorsätzliche) Tötung des Betroffenen.

Schließlich ist auch der Begriff „terminale Sedierung“ problematisch. Er wird uneinheitlich verwendet und fasst Maßnahmen zusammen, die mit Blick auf die betroffenen Patienten und ihren Willen, das Behandlungsziel und die klinischen Anwendungsbedingungen unterschieden werden müssen. Das Sprechen von terminaler Sedierung erweckt den Eindruck, der Tod des Betroffenen sei das Ziel, das durch die Sedierung selbst erreicht werden soll. Das aber wäre eine Tötung, die nicht als Sedierung verharmlost werden sollte. Auch dann, wenn eine Sedierung vorgenommen wird, um den Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei nicht schwer kranken Menschen, die den Wunsch haben zu sterben, überhaupt erst zu ermöglichen, handelt es sich um eine Tötung auf Verlangen. Bei einer anderen Gruppe von Patienten wird von „terminaler Sedierung“ gesprochen, wenn im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung Symptome wie Schmerzen, Panikzustände oder extreme Unruhe nicht anders zu beherrschen sind als durch eine Sedi-

⁵⁴ Allerdings trifft nur für palliative Leidminderung zu, dass im Extremfall sogar eine sichere Todesbeschleunigung in Kauf genommen werden dürfte. Bei allen anderen Behandlungsmaßnahmen würde man dies als eine eindeutige Kontraindikation auffassen.

erung, die in vielen Fällen nur vorübergehend erfolgt. Hier sollte man von einer „palliativen Sedierung“ sprechen, die Bestandteil einer angemessenen Therapie am Lebensende ist. Eine weitere Form von palliativer Sedierung erfolgt bei Patienten, bei denen der Verzicht oder der Abbruch einer Behandlung entweder medizinisch indiziert ist oder gemäß dem Willen des Betroffenen erfolgt. Eine Sedierung kann in diesen Fällen zur Erleichterung belastender Symptome begleitend erfolgen.

4.2. Vorschläge zur Terminologie

Der Nationale Ethikrat schlägt vor, die eingeführte, aber missverständliche und teilweise irreführende Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben. Entscheidungen und Handlungen am Lebensende, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken, können angemessen beschrieben und unterschieden werden, wenn man sich terminologisch an folgenden Begriffen orientiert: Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen.

4.2.1. Sterbebegleitung

Mit dem Begriff der Sterbebegleitung sollen Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet werden. Dazu gehören körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen gewährt werden. Ihr Ziel muss es sein, die Fähigkeit des Patienten, den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, so lange zu erhalten, wie es medizinisch möglich, für den Betroffenen erträglich und von ihm gewollt ist.

4.2.2. Therapien am Lebensende

Zu Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern und jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Auf den bisher in diesem Zusammenhang verwendeten Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ sollte verzichtet 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 handelt.

4.2.3. Sterbenlassen

Von Sterbenlassen statt von „passiver Sterbehilfe“ wird in dieser Stellungnahme gesprochen, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird. In manchen Fällen kann es sinnvoll sein, dies durch eine unterschiedlich tiefe palliative Sedierung zu begleiten.

4.2.4. Beihilfe zur Selbsttötung

Verschaffen Ärzte oder andere Personen jemandem ein todbringendes Mittel oder unterstützen sie ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung liegt Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) vor.

4.2.5. Tötung auf Verlangen

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.

4.3. Bleibende Schwierigkeiten der Terminologie

Der Nationale Ethikrat ist sich darüber im Klaren, dass die von ihm favorisierte Terminologie die Schwierigkeiten, die es bereitet, medizinische Maßnahmen und Entscheidungen am Lebensende angemessen zu beschreiben, nicht restlos beseitigt. Auch die Unterscheidung von „Tötung auf Verlangen“ und „Sterbenlassen“ kann Wertungen von „unerlaubt“ und „erlaubt“ transportieren, die vorschnell und unbegründet sein können. Der Begriff der Tötung auf Verlangen verliert an negativer Einfärbung, wenn man ihn auf die Tötung unheilbar kranker Menschen bezieht, die zu sterben wünschen, um ihr als untragbar empfundenen Leiden zu beenden, aber nicht in der Lage sind, ihren eigenen Tod ohne Hilfe herbeizuführen. Umgekehrt ist Sterbenlassen weit weniger harmlos, als das Wort nahelegt.

Wenn ein Arzt einem Patienten eine lebenserhaltende Maßnahme vorenthält, sie entweder nicht einleitet oder wieder abbricht, lässt er ihn am natürlichen Verlauf der Krankheit sterben. Gleichwohl ist die Handlung zweifelsfrei eine Tötung, wenn die Maßnahme medizinisch indiziert war und gegen den Willen des Betroffenen unterbleibt. Man muss also hinzudenken, dass es nicht einfach um Sterbenlassen geht, sondern um Sterbenlassen auf Verlangen oder um Sterbenlassen in aussichtsloser Situation, wenn medizinische Maßnahmen ungeeignet sind, das Leben des Betroffenen weiter zu erhalten.

Trotz dieser Einschränkung ist der Nationale Ethikrat der Meinung, dass die von ihm favorisierte Terminologie den Merkmalen der Handlungen und den Intentionen der Handelnden, um die es bei medizinischen Maßnahmen und Entscheidungen am Lebensende geht, besser gerecht wird als die überkommene Begrifflichkeit der Sterbehilfe. Die für die Bewertung notwendigen Differenzierungen sind bei der Diskussion der einzelnen Tatbestände anzubringen.

5. THERAPIEN AM LEBENSENDE, STERBENLASSEN, BEIHILFE ZUR SELBSTTÖTUNG UND TÖTUNG AUF VERLANGEN AUS VERFASSUNGS- UND STRAFRECHTLICHER SICHT

5.1. Verfassungsrecht

5.1.1. Einschlägige Bestimmungen des Grundgesetzes

Aus verfassungsrechtlicher Sicht bilden für die in dieser Stellungnahme behandelten Probleme die Menschenwürde, das Recht auf Leben sowie das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit die entscheidenden Koordinaten. Die Unantastbarkeit der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) verpflichtet alle staatliche Gewalt, den Einzelnen – wie krank, schwach und hilflos er sein mag – vor der Missachtung seiner Subjektqualität zu bewahren und damit zugleich seine Autonomie zu schützen. Nicht selten wird in der Menschenwürde ein Recht auf einen würdigen Tod verankert; damit verknüpft man zumeist die Vorstellung, der Mensch dürfe auch in Fragen von Leben und Tod und insbesondere in der Sterbephase nicht zum Objekt der Entscheidungen Dritter werden. Das Lebensrecht und das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) schützen den Einzelnen zum einen in seiner biologisch-physischen Existenz vor der Tötung durch Dritte, zum anderen vor Beeinträchtigungen seiner physischen und psychischen Integrität. Da auch die ohne Einwilligung des Betroffenen erfolgende Heilbehandlung die körperliche Integrität verletzt, spielt Art. 2 Abs. 2 GG bei Entscheidungen über Art und Weise der Gestaltung des Sterbeprozesses eine zentrale Rolle. Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) schließlich wird verstanden als allgemeine Handlungsfreiheit in einem umfassenden Sinne und schützt faktisch das gesamte Spektrum menschlicher Handlungsmöglichkeiten

ohne qualitativ wertende Kriterien. Nach wohl überwiegender Meinung ist auch die Selbsttötung nach Art. 2 Abs. 1 GG zu beurteilen.

5.1.2. Lebensrecht, Schutzpflichten und Probleme der Sterbehilfe

Von herausragender Bedeutung für die konkreten Fragen der Therapien am Lebensende, des Sterbenlassens und der (Selbst-)Tötung ist das Lebensrecht (Art. 2 Abs. 2 GG). In seiner Funktion als Abwehrrecht gegenüber staatlichen Eingriffen schützt es dagegen, dass dem Einzelnen sein Leben gegen seinen Willen entzogen wird. Vermittelt über die verfassungsrechtlich anerkannte Figur der grundrechtlichen Schutzpflichten richtet es sich freilich nicht nur gegen Eingriffe durch den Staat, sondern auch gegen Übergriffe von Einzelpersonen. Dieser Schutzpflicht tragen die strafrechtlichen Normen der §§ 211 ff. StGB Rechnung. In den genannten Konstellationen geht es um eine insofern unproblematische Pönalisierung der Tötung gegen den Willen des Betroffenen.

Sehr viel weniger eindeutig ist die Lage freilich dann, wenn der Schutz des Menschen vor sich selbst betroffen ist. Zuweilen wird aus ethischen oder theologischen Erwägungen heraus eine Pflicht zum Leben auch gegen den aktuellen Wunsch des Betroffenen bejaht, indem etwa alle Formen „passiver und aktiver Sterbehilfe“ für unvertretbar gehalten werden. Das Selbstbestimmungsrecht, so sagt man, könne dem Leben als höchstem Gut nicht vorgehen. Eine Pflicht zum Weiterleben auch gegen den eigenen Willen ist allerdings verfassungsrechtlich bedenklich, weil sie in letzter Konsequenz die subjektiven Grundrechte als autonomie- und freiheitsverbürgende Garantien in eine objektive Pflichtenordnung transformiert. Eine solche Sichtweise ist dem freiheitlichen Verfassungsstaat (im Unterschied zu totalitären Systemen) fremd.

Das Lebensrecht verpflichtet den einzelnen Träger dieses Rechts nicht zum Weiterleben. Auch die gegen eine solche Sichtweise zuweilen ins Spiel gebrachten grundrechtlichen Schutzpflichten des Staates begründen eine solche Pflicht des Betroffenen nicht. Diese Schutzpflichten geben dem Staat auf, wie etwa das Bundesverfassungsgericht wiederholt unterstrichen hat (BVerfGE 39, 1, 42; 46, 160, 164), „sich schützend und fördernd vor dieses Leben zu stellen, das heißt vor allem, es auch vor rechtswidrigen Eingriffen vonseiten anderer zu bewahren.“

Freilich erschöpft sich die Pflicht des Staates zum Lebensschutz darin nicht. Sie umfasst auch die nachdrückliche Einwirkung auf den Willen eines Betroffenen zur Suizidverhinderung, vor allem bei unklarer Sachlage oder bei Suizidverdacht in staatlichem Gewahrsam. Gleichwohl aber gibt es kein Recht des Staates oder anderer, den Suizid unter allen Umständen zu verhindern und so dem Betroffenen eine Pflicht zum Weiterleben aufzuerlegen.

Aus diesen grundsätzlichen Erwägungen ergibt sich für die konkreten Fallkonstellationen zunächst, dass die Straflosigkeit des vom Betroffenen gewollten Sterbenlassens (also in der überkommenen Terminologie Fälle der passiven Sterbehilfe) in der einschlägigen verfassungsrechtlichen Literatur nicht nur für unbedenklich, sondern für geboten gehalten wird. Aus der Patientenautonomie folgt das Recht zur Ablehnung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, selbst wenn diese aus medizinischer Sicht geboten wären und die Verweigerung oder der Abbruch nach „objektiven“ Maßstäben schlicht als unvernünftig gelten müsste. Dieser Schutz vor unerwünschten Heilbehandlungen richtet sich auch gegen den Arzt, dem kein durch seinen Beruf begründetes Recht auf Heilbehandlung zusteht. Das Lebensrecht gibt dem Staat oder Dritten also keine Befugnis, dessen personalen Träger entgegen seinem Willen zu behandeln und somit zum Weiterleben zu zwingen.

Straflos bleibt die medizinisch gebotene Linderung schwerer Leidenszustände durch eine mit Einverständnis des Patienten

vorgenommene Behandlung, auch wenn diese lebensverkürzend wirkt. Gegen diese im Strafrecht praktisch einhellig vertretene, wenngleich dogmatisch unterschiedlich begründete Auffassung bestehen aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht nur keine Einwände; sie erfährt von hier vielmehr deutlichen Beistand. Insbesondere sieht sich die darin liegende Präferenzentscheidung zugunsten der lebensverkürzenden Schmerzlinderung verfassungsrechtlich gestützt. Denn wenn diese lebensverkürzende Schmerzlinderung trotz medizinischer Indikation und trotz Einverständnis des Leidenden verboten wäre, liefe das auf eine Pflicht zum Weiterleben unter heftigsten Schmerzen hinaus. Das aber wäre nicht nur ethisch kaum zu rechtfertigen, sondern stünde auch mit den Prämissen unserer Rechtsordnung nicht in Einklang, die der Selbstbestimmung des Einzelnen hohen Rang einräumt und insbesondere mit der Garantie der Menschenwürde eine Verpflichtung zur Humanität eingegangen ist. Den leidenden Patienten zum Objekt eines ihm übergeordneten, von ihm aber nicht mehr geteilten Zweckes, nämlich dem der als sinnlos empfundenen Lebensverlängerung, zu machen, würde dieser Verpflichtung widersprechen.

Beim Sterbenlassen wie bei den Therapien am Lebensende zeigt sich somit, dass der autonome Wille des Patienten Grund und Grenze ärztlicher Intervention bildet.

Dem steht die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB nur scheinbar entgegen. Hier wird die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen zwar insofern eingeschränkt, als auch seine auf eigenes ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin vorgenommene Tötung verboten ist. Doch geschieht dies nicht, um ihn entgegen seinem Willen zum Weiterleben zu verpflichten, sondern um andere Rechtsgüter und Gemeinwohlbelange zu schützen. Deren Einschätzung und Gewichtung ist vornehmlich Aufgabe des Gesetzgebers. Wenn dieser es also etwa zur Vermeidung von Missbrauchsgefahren, zur Verhinderung von sozialem Druck auf Ärzte und Patienten oder zur symbolischen Bekräftigung des Tötungsverbot im Allgemeinen für geboten hält, die Tötung auf Verlangen zu pönali-

sieren, so kann dies verfassungsrechtlich als tragfähig gelten. Hier besteht also ein Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, der allerdings ebenso ohne Verfassungsverstoß zu Einschränkungen oder zur Streichung des § 216 StGB in seiner jetzigen Form befugt wäre.

5.1.3. Selbsttötung

Zur grundrechtlichen Verortung der Selbsttötung stellt man teilweise auf das Lebensrecht des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ab und begreift die Suizidhandlung als „negative“ Freiheit des Lebensrechts, gleichsam als Lebensbeendigungsrecht. Doch kann man hier mit guten Gründen bezweifeln, dass zur Grundrechtsausübung auch die Auslöschung des personalen Grundrechtsträgers gehört. Nach wohl überwiegender Auffassung wird das suizidale Handeln daher von der allgemeinen Handlungsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG erfasst. Wichtiger als diese Verortung in der einen oder anderen Weise ist vor allem das gebotene Verständnis dafür, dass es nicht um ein positiv konnotiertes „Recht auf Selbsttötung“ im Sinne einer vom Staat verliehenen Kompetenz oder von ihm begrüßten Handlungsweise geht, sondern allein darum, dass ein etwaiges Verbot der Selbsttötung in Grundrechte eingreifen würde. Entscheidend ist also der gegenläufige Gedanke, dass die staatliche Begrenzung der Handlungsfreiheit des Einzelnen der Rechtfertigung im Sinne bestimmter formell und materiell korrekter Rechtsgrundlagen bedarf.

Dass eine solche Begrenzung der Freiheit zur Selbsttötung etwa durch Einführung ihrer Strafbarkeit vermutlich einer tragfähigen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung entbehren würde, hängt zum einen mit der Garantie der Menschenwürde in Art. 1 Abs. 1 GG zusammen. Denn jedenfalls die Selbsttötung aufgrund eines selbstverantwortlichen freien Willensentschlusses im Sinne eines ernstlich bedachten Suizides gehört zur grundrechtlichen Freiheit, die die Bestimmung des Todeszeitpunktes ebenso umfasst wie das Recht, in Würde zu sterben.

Auch wenn man den Suizid nicht emphatisch als „Privileg des Humanen“ (Jean Améry) bezeichnen mag, so stellt die Beendigung des eigenen Lebens als freier Willensakt keinen Verstoß gegen die Menschenwürdegarantie dar, sondern findet in ihr eine Grundlage. Zum anderen ist der Gedanke tragend, dass ein freiheitliches Gemeinwesen zwar Pflichten des Bürgers im Verfassungsstaat (wie zum Beispiel die Wehr-, Schul- oder Steuerpflicht) kennt, nicht aber eine Pflicht zum Leben in diesem Gemeinwesen, die es wegen des grundsätzlichen Vorrangs des Einzelnen gegenüber dem Staat auch nicht geben kann.

5.2. Strafrecht

Die Durchführung von Therapien am Lebensende, das Sterbenlassen eines Patienten, die Beihilfe zur Selbsttötung und die Tötung eines Patienten auf sein Verlangen können sämtlich auch strafrechtlich von Bedeutung sein. Hieraus resultiert für Angehörige, Ärzte und Pflegepersonen eine erhebliche Unsicherheit. Die Unsicherheit ist auch darin begründet, dass das deutsche Strafgesetzbuch keine speziellen Normen zu den hier zu erörternden Fallgestaltungen und Problemen enthält. Zwar ist die Tötung auf Verlangen in § 216 StGB explizit geregelt; aber auch in dieser Regelung ist kein direkter Bezug zur Situation schwerkranker Menschen oder zu einem sonstigen medizinischen Kontext hergestellt. Damit muss auf die allgemeinen strafrechtlichen Normen in ihrer Auslegung durch die Rechtsprechung zurückgegriffen werden. Eine sichere Beurteilung der heutigen Rechtslage wird zusätzlich dadurch erschwert, dass es nur verhältnismäßig wenige gerichtliche Entscheidungen speziell zu den hier zu erörternden Fallgestaltungen und Problemen gibt und dass auch diese Entscheidungen zum Teil nur punktuelle Klarheit gebracht haben. Im Übrigen betrafen die für die Auslegung der jeweiligen Normen zentralen Urteile andere und manchmal besonders gelagerte Fälle. Schließlich sind einige prägende Urteile des Bundesgerichtshofs (BGH) relativ alt, so dass ange-

sichts von Fortentwicklungen in der übrigen Rechtsprechung sowie in der Literatur zweifelhaft ist, ob der Bundesgerichtshof die Rechtslage auch heute noch ebenso beurteilen würde.

5.2.1. Therapien am Lebensende

In Bezug auf Therapien am Lebensende hat das Recht zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper grundlegende Bedeutung. Dieses Selbstbestimmungsrecht gilt für Gesunde und Kranke gleichermaßen. Jeder Mensch hat daher das Recht, eine medizinische Behandlung zu gestatten oder auch zu verweigern. Jede gegen den Willen des Patienten durchgeführte Maßnahme (sei es eine Operation oder auch nur das Legen einer Magensonde) stellt nach geltendem Recht eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB dar. Daraus resultiert für Ärzte ein Strafbarkeitsrisiko in Situationen, in denen der Patient nicht mehr entscheidungsfähig ist und deshalb auf seinen mutmaßlichen Willen abzustellen ist. Dieses Risiko ergibt sich aus der Schwierigkeit, den mutmaßlichen Willen des Patienten hinreichend sicher festzustellen. Die Situation des Arztes wird zusätzlich dadurch erschwert, dass – wie zu zeigen sein wird (siehe Abschnitt 5.2.2. und 5.2.3.) – auch sein gegenteiliges Verhalten, nämlich das Unterlassen oder der Abbruch einer Behandlung, strafbar sein kann: Verhindert der Arzt den Tod des Patienten nicht, weil er von dessen fehlender Einwilligung in die Behandlung ausgeht, wird unter Umständen der Vorwurf unterlassener Hilfeleistung oder der Tötung durch Unterlassen erhoben.

Strafrechtliche Aufmerksamkeit erlangen insbesondere Handlungen, in denen einem Patienten zur Schmerzlinderung ein hochwirksames Medikament verabreicht und dabei das Risiko einer Lebensverkürzung in Kauf genommen wird. In diesen Fällen wird eine Strafbarkeit nach §§ 211 ff. StGB im Ergebnis einhellig verneint. Manche Autoren meinen, dass bereits der Tatbestand eines Tötungsdelikts nicht erfüllt sei, weil die Medikamentengabe dem erträglichen Ende menschlichen Lebens

diene. Die Rechtsprechung⁵⁵ und weite Teile der Literatur gehen indes davon aus, dass zwar eine Tötungshandlung vorliegt, diese aber nicht rechtswidrig ist. Dabei sehen manche Autoren bereits die wirksame (mutmaßliche) Einwilligung des Patienten als hinreichenden Rechtfertigungsgrund an. Überwiegend wird jedoch darauf abgestellt, dass die Ermöglichung eines schmerzfreien Todes nach dem Patientenwillen ein höherrangiges Rechtsgut sei als „die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sogenannten Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen“.⁵⁶ Daraus ergibt sich sogar die ärztliche Pflicht zur angemessenen Schmerzlindeung.

5.2.2. Sterbenlassen

Sterbenlassen kann als Tötung durch Unterlassen (§§ 212 ff., 13 StGB) oder als unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) strafrechtlich von Bedeutung sein.

Umstritten ist, in welchen Situationen das Sterbenlassen erlaubt ist. Lange Zeit wurde als Kriterium genannt, dass der Patient schon in die Sterbephase eingetreten sein müsse. Diese Voraussetzung galt als erfüllt, wenn das Grundleiden des Patienten nach ärztlicher Überzeugung irreversibel war und einen Verlauf genommen hatte, bei dem der Tod in kurzer Zeit eintritt.⁵⁷ Im Hintergrund steht das Recht auf einen natürlichen und würdevollen Tod, der nicht durch lebensverlängernde Maßnahmen hinausgezögert werden darf, wenn der Patient nur noch dahinsiechen würde.

Für den Fall des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen hat der Bundesgerichtshof allerdings entschieden, dass ein zulässiges Sterbenlassen auch dann vorliegen könne, wenn der Patient noch nicht in die Sterbephase eingetreten ist, er aber den Abbruch will beziehungsweise die Voraussetzungen eines

mutmaßlichen Willens gegeben sind.⁵⁸ Der BGH stellte in einer einschlägigen Entscheidung fest, dass auch in einer derartigen Situation die Entscheidung des Patienten als Teil seines Selbstbestimmungsrechts zu beachten sei.⁵⁹ Allerdings seien an die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses des Patienten im Interesse des Schutzes menschlichen Lebens in tatsächlicher Hinsicht strenge Anforderungen zu stellen. Entscheidend sei der mutmaßliche Wille des Patienten, wie er sich nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände darstelle. Hierbei seien frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine voraussichtliche Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen. Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als gemeinhin „vernünftig“ oder „normal“ sowie den Interessen eines verständigen Patienten üblicherweise entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung; sie können lediglich Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens sein.⁶⁰

Diese Entscheidung hat in der Literatur überwiegend Zustimmung erfahren. Fazit dieser Entwicklung ist es, dass auch vor dem Eintritt in die Sterbephase das Unterlassen der weiteren Behandlung straflos ist, wenn der Patient eine Fortsetzung der Therapie ablehnt. Dabei wird zunehmend darauf hingewiesen, dass es mit dem (auch verfassungsrechtlich geschützten) Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht zu vereinbaren sei, gegen seinen Willen Maßnahmen zur künstlichen Lebensverlängerung vorzunehmen (siehe dazu auch die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zur Patientenverfügung). Das Selbstbestimmungsrecht umfasst (unstreitig) auch die Befugnis, vital indizierte ärztliche Maßnahmen abzulehnen. Führt der Arzt sie gleichwohl durch, kann er sich wegen Körperverletzung nach den §§ 223 ff. StGB strafbar machen.

⁵⁵ BGHSt 42, 301, 305; BGHSt 46, 279, 285.

⁵⁶ So ausdrücklich BGHSt 42, 301, 305.

⁵⁷ BGHSt 32, 367, 380.

⁵⁸ BGHSt 40, 257 (Leitsatz 1), 262 f. (Kemptener Fall).

⁵⁹ BGHSt 40, 257, 262.

⁶⁰ BGHSt 40, 257, 263.

In der Literatur wird weitergehend darauf hingewiesen, dass nicht allein entscheidend sein könne, ob der Patient die Behandlung (tatsächlich oder mutmaßlich) ablehnt, sondern dass schon die Behandlung und auch die Weiterbehandlung der (tatsächlichen oder mutmaßlichen) Einwilligung des Patienten bedarf. Denn eine mit einem körperlichen Eingriff verbundene medizinische Behandlung stelle im Rechtssinne eine Körperverletzung dar. Ohne eine Einwilligung dürfe der behandelnde Arzt deshalb keine das Leben verlängernden Maßnahmen durchführen.⁶¹ Diese Grundsätze müssten sich auch gegenüber jenen Strafvorschriften durchsetzen, die ein Unterlassen sanktionieren.

5.2.3. Selbsttötung: Beihilfe und nachträgliche Rettungspflicht

Von einer Selbsttötung spricht man, wenn sich jemand in eigener Verantwortung tötet und dabei das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht.⁶² In Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen (dazu unten Abschnitt 5.2.4.) ist entscheidend, bei wem die „Tatherrschaft“ über den unmittelbar lebensbeendenden Akt liegt: Bei der Selbsttötung ist dies der Lebensmüde selbst, während bei der Tötung auf Verlangen der Dritte die endgültige Entscheidung darüber trifft, ob die Tat stattfinden soll.

Da eine Selbsttötung und der Versuch dazu straflos sind, machen sich auch Gehilfen und Anstifter nach der Systematik des deutschen Strafrechts nicht strafbar.⁶³ Für ihre Bestrafung fehlt eine strafbare Haupttat; denn die §§ 211 ff. StGB setzen die Tötung eines „anderen“ voraus. Voraussetzung der Straflosigkeit ist, dass der Suizident eigenverantwortlich handelt und selbst die zum Tod führende letzte Ursache setzt. Bezüglich der Eigen-

verantwortlichkeit stellen Rechtsprechung und herrschende Meinung darauf ab, ob die Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung vorliegen. Diese sind nicht gegeben, wenn der Suizident irrtumsbedingt oder wegen mangelnder Einsichtsfähigkeit nicht in der Lage ist, eine wirksame Einwilligung abzugeben.

Allerdings kommt nach der Rechtsprechung gleichwohl eine Strafbarkeit des Teilnehmenden wegen eines Tötungsdelikts in Betracht, und zwar wegen Tötung auf Verlangen durch Unterlassen (§§ 216, 13 StGB), sofern der Teilnehmende eine sogenannte Garantenstellung innehat, wie es insbesondere für den behandelnden Arzt oder nahe Angehörige zutrifft, und sofern er noch anwesend ist, sobald der Suizident das Bewusstsein verliert. Denn mit dem Eintritt der Bewusstlosigkeit gehe die „Tatherrschaft“ auf den Anwesenden über, der dann aufgrund seiner Garantenstellung Hilfe leisten müsse.⁶⁴

Die Bestrafung in derartigen Fällen wird in der Literatur kritisiert, weil der Anwesende gerade den Wunsch des Sterbenden respektieren will und Letzterer die eigentliche Todesursache selbst gesetzt hat. Mit ihrer Lösung untergrabe die Rechtsprechung systematisch die Straflosigkeit der Beteiligung am Suizid. Die Literatur kritisiert den Ansatz der Rechtsprechung ferner unter Hinweis darauf, dass der Tatbestand des § 216 StGB nicht durch Unterlassen erfüllt werden könne, weil § 216 StGB gerade das Verbot der aktiven Fremdtötung enthalte. Es sei kein Gebot ersichtlich, einen anderen Menschen gegen seinen Willen am Leben zu erhalten, wenn dieser doch gerade die Absicht habe zu sterben. Die Garantenpflicht, die aus der Garantenstellung folge, finde ihre Grenze am Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen. Obendrein komme es zu dem Widerspruch, dass der anwesende „Gehilfe“ ab dem Zustand der Bewusstlosigkeit des Suizidenten strafrechtlich belangt werden könne, während derjenige, der sich vorher entfernt, nicht bestraft wird.

Hat derjenige, der den Suizid nicht verhindert, keine Garantenstellung inne, kommt eine Strafbarkeit wegen unterlassener

⁶¹ BGHSt 37, 376, 378; offen noch BGHSt 32, 367, 378.

⁶² BGHSt 19, 135, 139.

⁶³ In anderen Ländern sind dagegen Gehilfen und/oder Anstifter unter Umständen strafbar (so etwa in Österreich, den Niederlanden, Polen und der Schweiz).

⁶⁴ BGHSt 32, 367, 374.

Hilfeleistung nach § 323c StGB in Betracht. Auch die Bestrafung nach dieser Vorschrift ist umstritten. Hier geht es letztlich wieder um das Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmungsrecht und Hilfeleistungspflicht. In Frage gestellt wird, ob der eigenverantwortliche Suizid überhaupt einen „Unglücksfall“ im Sinne dieser Vorschrift darstellt. Nach der Rechtsprechung handelt es sich deshalb um einen Unglücksfall,⁶⁵ weil der Suizid regelmäßig einen Hilferuf bedeute oder aufgrund einer krankhaften psychischen Störung vorgenommen werde. In der Kürze der Zeit sei es nicht möglich, eine ausreichende Ausforschung der genauen Umstände des Suizidversuchs vorzunehmen und die Eigenverantwortlichkeit und Ernsthaftigkeit des Todeswunsches sicher festzustellen. Vor diesem Hintergrund verlangt die Rechtsprechung dann keine Rettungsmaßnahme, wenn von einem sogenannten Bilanzsuizid ausgegangen werden kann, bei dem Eigenverantwortlichkeit und Ernsthaftigkeit des Todeswunsches feststehen. Die Anforderungen an die Feststellung eines „Bilanzsuizids“ sind jedoch restriktiv und umstritten.

Die Pflicht zur Hilfeleistung entfällt überdies in jenen Fällen, in denen die Hilfeleistung für den Verpflichteten unzumutbar wäre. Die Pflicht entfällt nach der Rechtsprechung auch dann, wenn das Opfer binnen kurzer Frist sterben würde oder nur mit schwersten Folgeschäden überleben würde. Es gibt keine Pflicht, erlöschendes Leben um jeden Preis zu erhalten, womit die Strafbarkeit nach den §§ 216 und 323c StGB entfällt.⁶⁶

5.2.4. Tötung auf Verlangen

Wird ein Patient getötet und gibt es keine Anzeichen dafür, dass er sterben wollte, so handelt es sich um Totschlag (§ 212 StGB) oder Mord (§ 211 StGB, etwa bei Vorliegen von Habgier oder niedrigen Beweggründen). Ein Tötungsdelikt ist auch dann

⁶⁵ BGHSt 32, 367, 372, 375 f.

⁶⁶ BGHSt 32, 367, 379.

gegeben, wenn der Täter das Motiv hatte, dem Opfer Leid zu ersparen. Auch die Mitleidstötung oder die Tötung, weil der Täter selbst die Situation nicht mehr ertragen konnte, ist nach den genannten Vorschriften strafbewehrt. In Betracht kommt allenfalls eine Strafmilderung nach § 213 StGB für minder schwere Fälle.

Paragraph 216 StGB (Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen) zeigt zudem, dass der Gesetzgeber dem ausdrücklichen und ernsthaften Sterbewunsch des Patienten keine das Unrecht ausschließende Wirkung zukommen lässt. Anders als die Einwilligung zu einem Heileingriff, der – wie gezeigt – tatbestandlich eine Körperverletzung darstellt und durch die Einwilligung gerechtfertigt wird, wird eine Tötung also nicht durch eine Einwilligung zu einer rechtmäßigen Handlung. Immerhin misst der Gesetzgeber dem ausdrücklichen Sterbewunsch des Patienten einen unrechts- und schuld mindernden Charakter zu. Denn das Opfer will auf sein Rechtsgut Leben verzichten. Hieraus resultiert der im Vergleich zu den übrigen vorsätzlichen Tötungsdelikten wesentlich geringere Strafraum in § 216 StGB.

Allerdings muss das das Unrecht mindernde, ernsthafte Verlangen ausdrücklich erklärt werden und auch tatsächlich ernst gemeint sein. Das Verlangen muss demnach in frei verantwortlicher Weise unmissverständlich und in voller Erkenntnis der Tragweite des Entschlusses geäußert werden. Dies ist bei einer Beeinflussung durch Zwang oder Irrtum ausgeschlossen.

Das Verbot der Tötung auf Verlangen steht allerdings in einem gewissen Spannungsverhältnis zur Straflosigkeit der Beihilfe zum Suizid (dazu vorstehend Abschnitt 5.2.3.). Denn das Verbot führt dazu, dass niemand, der seinem Leben nicht aus eigenen Kräften ein Ende setzen kann, einen anderen dazu ermächtigen kann, ihn zu töten; demgegenüber dürfte er sich bei einer eigenen Tötungshandlung durchaus helfen lassen. Dieses Problem wird auch von der Rechtsprechung erkannt; sie sieht es jedoch als Sache des Gesetzgebers an, den Rechtsgüterschutz gegebenenfalls zu verändern.⁶⁷

⁶⁷ BGH, NJW 2003: 2326, 2327.

In der strafrechtlichen Literatur herrscht hingegen weitgehend Einigkeit darüber, dass in Fällen praktisch vollständig hilfloser Sterbenswilliger, die zum Tode von eigener Hand objektiv nicht mehr in der Lage sind, das Verbot der Tötung auf Verlangen seine Berechtigung verliert, weil seine Durchsetzung zu unerträglichen und kaum zu rechtfertigenden Härten führen würde.⁶⁸ In derartigen Konstellationen plädiert die einschlägige Strafrechtswissenschaft für eine Einschränkung des Tatbestandes des § 216 StGB, für die Bejahung der Voraussetzungen eines rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB oder jedenfalls für Strafflosigkeit wegen eines übergesetzlichen entschuldigenden Notstandes.

Das Verbot der Tötung auf Verlangen steht zudem in einem Spannungsverhältnis zu denjenigen Handlungen, in denen einem Patienten zur Schmerzlinderung ein hochwirksames Medikament verabreicht und dabei das Risiko einer Lebensverkürzung in Kauf genommen wird. Wie oben (Abschnitt 5.2.1.) dargestellt, wird in diesen Fällen eine Strafbarkeit nach §§ 211 ff. StGB im Ergebnis einhellig verneint.

68 Beispielhaft sei der Fall der britischen Staatsbürgerin Diane Pretty erwähnt. Sie war infolge einer Erkrankung des zentralen Nervensystems vom Hals abwärts gelähmt. Infolge der fortschreitenden Zerstörung der Nerven- und Muskelstränge drohte das Ersticken infolge des Ausfalls der Atemmuskulatur. Die britischen Strafbehörden hatten das Begehren, ihrem Ehemann, der sie auf ihre Bitte hin töten sollte, vorab Straffreiheit zuzusichern, abgelehnt. Die hiergegen gerichtete Beschwerde vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte wurde abgelehnt, weil in der Entscheidung der britischen Behörden kein Verstoß gegen die Europäische Menschenrechtskonvention gesehen werden konnte (EGMR, NJW 2002: 242). Zur Frage der Strafbarkeit oder Strafflosigkeit einer Tötung auf Verlangen nach nationalem Recht hat sich das Gericht nicht geäußert.

6. ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN

6.1. Grundlegende Kriterien

Für Entscheidungen, die in der besonderen Situation unheilbar kranker und sterbender Menschen getroffen werden, sind grundlegende Werte und Normen maßgeblich, die in der Menschenwürde und den Menschenrechten verankert sind. Diese Werte und Normen sind im Nationalen Ethikrat unstrittig. Auch in der Gesellschaft gibt es darüber einen breiten Konsens. Konflikte und Dissense entstehen bei der Umsetzung der Prinzipien auf konkrete Fallkonstellationen.

Insbesondere folgende Gesichtspunkte sind es, auf die in der Diskussion über den Umgang mit dem Lebensende immer wieder Bezug genommen wird und die in allen Überlegungen zu berücksichtigen sind: der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, der Anspruch auf Selbstbestimmung und das Prinzip der Solidarität und der Fürsorge.

Dem Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit kommt für die Bewertung von Entscheidungen und Handlungen am Lebensende fundamentale Bedeutung zu. Denn das Leben ist die notwendige Bedingung aller personalen Vollzüge. Die Tatsache allein, dass jemand im Sterben liegt oder an einer zum Tode führenden Krankheit leidet, kann noch nicht als Rechtfertigung dienen, seine medizinische Versorgung einzuschränken oder sein Leben zu beenden. Dies gilt auch für solche Fälle, in denen Dritte sich auf die Absicht berufen, den Sterbenden von Schmerzen und Qualen zu befreien. Der Schutz des Lebens findet seinen sozialen, kulturellen und rechtlichen Ausdruck im Tötungsverbot, das zu den grundlegenden Regeln jedes menschlichen Zusammenlebens gehört. Der Schutz der körperlichen Unversehrtheit ist darin begründet, dass eine Verletzung der physischen Integrität die Person selbst trifft und Schmerzen und Leiden nach sich ziehen kann.

Im Recht auf Selbstbestimmung kommt die Anerkennung zum Ausdruck, dass jedes Individuum einzigartig ist. Es gehört

daher zum Respekt vor dem Betroffenen als Person, dass Handlungen, die sich auf seinen Gesamtzustand oder auf die Verlängerung des Sterbeprozesses auswirken, nur vorgenommen werden dürfen, wenn der Betroffene dem zustimmt oder wenn er zumindest mutmaßlich einverstanden ist. Zugleich umfasst die Selbstbestimmung auch das Recht, Hilfsangebote abzulehnen, selbst wenn die Ablehnung aus Sicht anderer wenig nachvollziehbar oder sogar unvernünftig erscheint. Zwar gibt es Situationen, in denen es für sterbensranke Menschen aus körperlichen und psychischen Gründen schwierig oder gar unmöglich ist zu bestimmen, was sie selbst wünschen und wie sie in der ihnen verbleibenden Zeit leben wollen. Eine solche Situation rechtfertigt jedoch keine Fremdbestimmung; vielmehr ist durch menschliche Zuwendung, Beistand und Schmerzlinderung dafür zu sorgen, dass unheilbar kranken und sterbenden Menschen die Fähigkeit der eigenen Willensbildung und Selbstbestimmung so weit wie möglich erhalten bleibt oder wieder hergestellt wird.

Menschen, die im Sterben liegen oder unheilbar erkrankt sind, haben in besonderer Weise Anspruch auf die Zuwendung ihrer Mitmenschen und die Solidarität der Gesellschaft, weil sie hilflos und verletzlich sind. Angehörige, Freunde, medizinische Helfer und die staatliche Gemeinschaft tragen Verantwortung dafür, dass die Betroffenen nicht allein gelassen werden, sondern Fürsorge erfahren, die sie im Rahmen des Möglichen vor Schmerzen, Angst und Verzweiflung bewahrt. Es muss gewährleistet sein, dass unheilbar kranke und sterbende Menschen den Schutz genießen, der ihre Rechte als Person garantiert, ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung nach Möglichkeit fördert und ihnen erlaubt, unter würdevollen Umständen zu sterben. Der Auftrag der Leidminderung ist ein wichtiges Element ärztlicher Fürsorge am Lebensende.

6.2. Zu den einzelnen Fallkonstellationen

Ein Grundproblem der ethischen Bewertung von Entscheidungen und Handlungen am Lebensende besteht darin, dass die im Grundsatz von allen akzeptierten Normen und Werte bei den unterschiedlichen Fallkonstellationen in Konflikt zueinander geraten können und kein Konsens darüber besteht, wie dann zwischen ihnen auszugleichen ist.

Die moralische Bewertung der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung, aber auch des Abbruchs einer medizinisch indizierten Behandlung, hängt letztlich davon ab, wie das Verhältnis von Lebensschutz, Selbstbestimmung sowie gesellschaftlicher Einbindung und Fürsorge gesehen wird. Hier stellen sich zahlreiche konkrete Fragen: Ist es moralisch bedeutsam, wenn das soziale Umfeld, in das der Betroffene integriert ist, sich gegen dessen Todeswunsch wendet? Kann der Betroffene Dritte, zu deren Pflichten es gehört, ihn zu betreuen, insbesondere Angehörige und behandelnde Ärzte, von diesen Pflichten entbinden? Darf die Hinnahme der Entscheidung zur Selbsttötung bei dem Betroffenen in seiner besonderen Not- und Gefahrenlage auch zur Hinnahme einer Mitwirkung anderer Menschen führen, bei denen die existentielle Ausnahmesituation nicht vorliegt? Muss der Betroffene damit rechnen, gegen seinen Willen gerettet zu werden? Wie ist die Situation zu beurteilen, wenn der Betroffene zu einer aktuellen Willensäußerung nicht mehr in der Lage ist, es keine eindeutigen Anhaltspunkte für die Ermittlung seines Willens gibt und die übrigen Beteiligten den Willen des Betroffenen aus dessen Biographie und vorhergehenden Äußerungen erschließen müssen (siehe auch die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zur Patientenverfügung)? Welche Bedeutung hat es, dass ärztliche Entscheidungen zuweilen unter Zeitdruck und unter diagnostischer und prognostischer Unsicherheit getroffen werden müssen? Wie ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Einstellungen und Erwartungen von Patienten, aber auch von ihren Angehörigen, nicht selten Schwankungen unterliegen?

6.2.1. Therapien am Lebensende

Der Arzt ist dem Wohl des ihm anvertrauten Patienten verpflichtet. Gemäß einer langen ethischen und standesrechtlichen Tradition hat er sein Handeln auf die Erhaltung des Lebens, die Wiederherstellung der Gesundheit und die Vermeidung von Krankheit und Leiden auszurichten. Die ärztliche Aufgabe endet nicht, wenn das Ziel einer Heilung oder einer deutlichen Lebensverlängerung unerreichbar wird. Vielmehr rücken neben der Aufrechterhaltung der Basisversorgung (Stillen von Hunger und Durst, Körperpflege, angemessene Unterbringung sowie menschliche Zuwendung) palliative Behandlungen in den Vordergrund, wie etwa die Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Angstzuständen. Die palliativmedizinischen Maßnahmen sind vor allem an Aspekten der Lebensqualität orientiert. Bei einer weit fortgeschrittenen Erkrankung mit einer begrenzten Lebenserwartung gilt es, das Sterben als einen Teil des Lebens in die ärztliche und pflegerische Perspektive zu integrieren. Welche medizinischen Maßnahmen in diesem Zusammenhang indiziert sind, richtet sich nach dem Krankheitsbild des Patienten. Inwieweit sie umgesetzt werden, entscheidet der Patient. Die Therapiebegrenzung kann zum Beispiel auch bedeuten, dass eine im früheren Stadium begonnene künstliche Ernährung beendet wird. Therapiebegrenzung darf nicht generell als suboptimale Therapie missverstanden werden.

Auch eine umfassende Sedierung des Patienten, der schwere, auf anderem Wege nicht behandelbare Schmerzen oder quälende Angstzustände hat, kann unter palliativen Gesichtspunkten indiziert sein. Die Begleiterscheinungen solcher Maßnahmen sind möglicherweise mit einer Lebenszeitverkürzung verbunden, weil physiologische Prozesse, etwa die selbständige Atmung, reduziert werden mit der Folge, dass zum Beispiel Lungenentzündungen leichter auftreten. Solche Nebenwirkungen sind im Rahmen einer Güterabwägung in Kauf zu nehmen, um das Ziel der Behandlung, nämlich eine angemessene ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung, zu erreichen.

6.2.2. Sterbenlassen

Wie in Kapitel 4 vorgeschlagen, sollte man von Sterbenlassen sprechen, wenn der krankheitsbedingte Eintritt des Todes durch Unterlassen möglicher lebensverlängernder Maßnahmen nicht verhindert wird. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass die Maßnahme erst gar nicht begonnen wird. Es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird. Dabei wird in Kauf genommen, dass der krankheitsbedingte Tod des Patienten zu einem früheren Zeitpunkt eintritt, als unter Behandlung erwartbar gewesen wäre. Hat der Sterbeprozess bereits begonnen, so können lebensverlängernde Maßnahmen häufig nur für einen kurzen Zeitraum wirksam werden. Hat der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt, kann es auch um längere Zeiträume gehen, um die das Leben des Betroffenen verlängert werden könnte.

6.2.2.1. Der äußerungsfähige Patient

Es herrscht weitgehend Konsens, dass es ethisch vertretbar ist, einen Menschen, der sich bereits in einer zum Tode führenden Phase des Erkrankungsverlaufs befindet, auf seinen aktuellen und ausdrücklichen Wunsch hin unter Aufrechterhaltung der Grundversorgung sterben zu lassen.

Der Arzt ist zwar grundsätzlich zur Erhaltung des Lebens verpflichtet; auf Verlangen des Patienten darf er aber eine medizinische Behandlung unterlassen und dadurch dessen Tod hinnehmen, obwohl er ihn mit seinen Möglichkeiten noch hinausschieben könnte; er sollte dann strafrechtliche oder berufsrechtliche Sanktionen nicht befürchten müssen. Er muss sogar die Behandlung unterlassen, da andernfalls der Patient gegen seinen Willen behandelt würde. Dies widerspräche jedoch allgemein geteilten ethischen und rechtlichen Grundsätzen, nach denen jede medizinische Behandlung der Zustimmung des betroffenen Patienten bedarf (siehe Stellungnahme zur Patientenverfügung).

Auch wenn Übereinstimmung darin besteht, dass der Arzt nicht berechtigt ist, unter Berufung auf sein Gewissen gegen den Willen des Patienten einen Eingriff vorzunehmen, bestehen unterschiedliche Auffassungen zu der Frage, ob er aus Gewissensgründen ablehnen kann, eine einmal begonnene Handlung nicht nur auslaufen zu lassen, sondern sie auch in der Form eines aktiven Eingreifens abzubrechen. Beispielsweise kann es darum gehen, eine Beatmung zu beenden oder eine der Ernährung dienende Magensonde zu entfernen. Hier ist zu bedenken, dass es unzulässig ist, einen Menschen gegen sein Gewissen zu bestimmten Handlungen zu zwingen, insbesondere wenn es um einen so grundlegenden Wert wie das Leben des Menschen geht. Andererseits bedarf wie der Beginn auch die Fortsetzung einer Behandlung einer Rechtfertigung. Der Arzt darf dem Patienten keine Zwangsbehandlung zumuten, die auf seiner, des Arztes, Gewissensentscheidung beruht. Die persönliche Konfliktsituation kann im klinischen Alltag unter Umständen dadurch gelöst werden, dass ein anderer Arzt den Therapieabbruch vollzieht.

Lange Zeit wurden Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu einem unverzichtbaren Bestandteil einer palliativen Basisversorgung gezählt, auf die noch nicht einmal der Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes verzichten könne. Konsequenterweise wurde es als Tötung gewertet, wenn der Patient verstarb, weil ihm keine Nahrung oder Flüssigkeit mehr gegeben wurde. Seit einiger Zeit wird jedoch danach unterschieden, ob es sich um das Eingehen auf subjektive Empfindungen wie das Stillen von Durst und Hunger handelt oder ob eine medizinische Maßnahme der Lebenserhaltung in Frage steht. Das Stillen von Durst und Hunger gehört nach wie vor zu Recht zur unabdingbaren Basisversorgung jedes Patienten. Dagegen handelt es sich bei der künstlichen Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit, ohne das subjektive Empfinden von Hunger und Durst zum Maßstab zu nehmen, um eine medizinische Maßnahme, die wie alle anderen medizinischen Maßnahmen einen Eingriff darstellt, der an die Einwilligung des Patienten gebunden ist.

Es ist allgemein bekannt, durch Statistiken gut belegt und in der jüngeren Literatur überdies dramatisch veranschaulicht, dass es in unserer Gesellschaft eine Notlage von Schwerkranken gibt. Die Defizite in der langfristigen medizinischen Versorgung und in der umfassenden Pflege Hilfsbedürftiger sind gravierend. Hinzu kommt die anhaltende Unterfinanzierung von Pflegeheimen und Hospizstationen. In dieser Lage sieht sich der Nationale Ethikrat zu der folgenden, einmütig getroffenen Feststellung genötigt: Es ist nicht vertretbar, einen Patienten gegen seinen Willen durch das Vorenthalten verfügbarer, medizinisch indizierter Maßnahmen sterben zu lassen. Die Festlegung des medizinisch Notwendigen muss auch den Lebenswunsch eines Patienten berücksichtigen können. Es muss dem Arzt möglich sein, die gegebenen medizinischen Leistungen anzubieten, und der Patient muss erwarten können, dass sie ihm auch zur Verfügung stehen. Er muss überdies Gelegenheit haben können, sich von den ihm Nahestehenden zu verabschieden. Selbstbestimmung kann sich nicht nur auf die Unterlassung, sondern auch auf die Bereitstellung lebenserhaltender Maßnahmen richten, selbst wenn diese krankheitsbedingt nur für einen begrenzten Zeitraum wirksam sind.

6.2.2.2. Der nicht äußerungsfähige Patient

Kann ein Patient seinen Willen nicht äußern, ist auf frühere Willensäußerungen des Patienten zurückzugreifen. Besteht eine Patientenverfügung, kann damit eine eindeutige, rechtlich erhebliche Willensäußerung vorliegen. Fehlt es an ihr oder bestehen Zweifel an ihrer Geltung für die aktuelle Entscheidungslage, so kann versucht werden, auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen abzustellen. Daraus allerdings wird der Arzt keine hinreichend sichere Entscheidungsgrundlage gewinnen können. Dazu bedarf es vielmehr zusätzlicher Verfahren der Abwägung und Entscheidungsfindung.⁶⁹ Können auch dann nicht alle Zweifel ausgeräumt werden, hat die Erhaltung des

⁶⁹ Vgl. die Empfehlungen Nr. 8 und 9 des Nationalen Ethikrates zur Patientenverfügung.

Lebens Vorrang. Diesen Grundsatz stets zu beachten ist auch gegen die Gefahren missbräuchlichen Verhaltens beim Sterbenlassen eine wirksame Vorsorge.

Angst vor Missbrauch besteht insbesondere bei Patienten, die nie einen Willen bilden konnten, sowie Patienten im sogenannten Wachkoma. Diese zeigen keinerlei Zeichen von Bewusstsein und haben je nach Ursache, Dauer und Ausmaß der Zerstörung des Gehirns kaum mehr Aussicht auf ein Wiedererwachen. Allein die Unmöglichkeit einer Willensbildung, der Zustand des Wachkomas oder die Länge einer Bewusstlosigkeit bedeuten noch nicht, dass der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Lebenserhaltende Maßnahmen sind bei solchen Patienten immer dann indiziert, wenn sie nicht durch eindeutige frühere Willensäußerungen abgelehnt worden sind. Allerdings sollte für strafrechtliche und berufsrechtliche Sanktionen kein Raum sein, wenn eine medizinische Behandlung unter Abwägung ihrer Aussichten auf Erfolg, des Leidenszustandes des Patienten und seiner voraussichtlichen Lebenserwartung nicht mehr angezeigt ist und sie deshalb unterlassen, begrenzt oder beendet wird. In Zweifelsfällen hat die Erhaltung des Lebens Vorrang.

6.3. Suizid, Suizidintervention und Beihilfe zum Suizid

6.3.1. Allgemeine Erwägungen zum Suizid

Von den etwa 12.000 Suiziden, die – neben einer Dunkelziffer und vielen Suizidversuchen – in Deutschland jährlich registriert werden müssen, erfolgen die allermeisten aufgrund krankhafter psychischer Störungen, wie sie durch Depressionen, Schizophrenien, chronischen Alkoholismus etc. verursacht werden können. Andere Suizide und Suizidversuche werden aus situativer Verzweiflung unternommen, die, gewiss von Depressionen nicht immer scharf abzugrenzen, dem Betroffenen sein Leben akut unerträglich erscheinen lässt, aber aller Voraussicht nach

behebbar wäre. In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle haben solche Suizidversuche appellativen Charakter. Wohl niemand wird der Auffassung widersprechen, dass diese Selbsttötungen Unglücksfälle sind beziehungsweise wären, die es zu verhindern gilt. Im ersten Falle wäre der Suizident nach unseren gängigen ethischen Vorstellungen nicht als urteils- und entscheidungsfähig anzusehen und dürfte, ja müsste von seinem Entschluss abgebracht und für eine Therapie gewonnen werden. Im zweiten Fall wäre der Tod nicht ernstlich gewollt und der Suizidversuch eher als ein Hilfeschrei zu verstehen. Moralisch wäre es nicht vertretbar, den Suizid in einem solchen Fall einfach geschehen zu lassen. Vielmehr muss tätige Hilfe geleistet werden, um den Betroffenen von seiner Selbsttötungsabsicht abzubringen.

Wenn ein entscheidungsfähiger Patient sich angesichts unbeherrschbarer Krankheit zum Suizid entschließt, handelt es sich in der Regel um eine andere Problemkonstellation. Es ist durchaus möglich, dass der Patient im Rahmen einer „wohlüberlegten“ Güterabwägung zu dem Ergebnis kommt, dass er nicht mehr leben will und dass er für einen erfolgreichen Rettungsversuch auch im Nachhinein nicht dankbar wäre. Auch liebevolle Zuwendung und umfassende Versorgung werden an dem Entschluss eines solchen Patienten, sterben zu wollen, nicht notwendigerweise etwas ändern. Der Suizid eines unheilbar Kranken dürfte nahe bei dem liegen, was als „Bilanzsuizid“ bezeichnet wird, also ein Handeln darstellen, bei dem jemand in freier Verantwortung und nach ernsthafter Erwägung seiner Perspektiven den Entschluss fasst, nicht mehr leben zu wollen.

Das Urteil über die ethische Unzulässigkeit oder Zulässigkeit ernsthaft bedachter Suizide fällt von der Antike bis heute sehr unterschiedlich aus. In der griechischen Antike waren es vor allem Platon und Aristoteles, die sich gegen die Zulässigkeit der Selbsttötung wandten: Platon hielt sie für einen Verstoß gegen den Willen der Götter, während Aristoteles darin ein Unrecht gegen die Polis sah, der man sich gleichsam nicht entziehen durfte. In striktem Gegensatz hierzu proklamierten die epikureischen

und stoischen Schulen und vorher einige Sophisten es gerade als eine den Menschen auszeichnende und ihm besonderen Rang verleihende natürliche Freiheit, sich selbst aus dem Leben „hinauszuführen“. Im Römischen Reich galt insbesondere unter stoischem Einfluss die Selbsttötung als natürliches Recht eines jeden (freien) Menschen. Scharfe Verurteilung erfuhr jede Form der Selbsttötung, die als „Selbstmord“ qualifiziert wurde, hingegen in der christlichen Theologie. Augustinus erblickte darin einen Verstoß gegen das fünfte Gebot und damit eine schwere Sünde. Thomas von Aquin griff das politische Argument des Aristoteles von der Gemeinschaftsschädlichkeit der Handlung auf, betonte den Widerspruch zum natürlichen Selbsterhaltungstrieb und ergänzte beide Argumente um die originär christliche Überlegung von der fehlenden Verfügungsbefugnis des Einzelnen über das ihm von Gott geschenkte Leben. In der Praxis der christlichen Kirchen wurde demgemäß viele Jahrhunderte lang der Selbstmordversuch mit Kirchenbußen geahndet, der Selbstmörder selbst (wenn überhaupt) „außer der Reihe“ beerdigt. Noch in ihrem aktuellen Katechismus wertet die katholische Kirche sowohl den Selbstmord als auch die freiwillige Beihilfe dazu als schweren Verstoß gegen das Sittengesetz und als Verstoß gegen das Tötungsverbot.

Staatliche Sanktionen gegen die Selbsttötung wurden im Zeitalter von Humanismus und Aufklärung sukzessive abgebaut, in Preußen etwa durch Friedrich den Großen im Jahre 1751. Während sich Montesquieu, Voltaire, Rousseau und Diderot gegen die Bestrafung des Selbstmordes aussprachen, plädierten deutsche Autoren wie Samuel Pufendorf, Christian Wolff oder Immanuel Kant dafür. Kant sah in der „Selbstentlebung“ einen Verstoß gegen die Selbsterhaltungspflicht und ein „Verbrechen (Mord)“, mehr noch eine Vernichtung des Sittengesetzes sowie die Verletzung der Würde des Menschen. Ungeachtet dessen wurde definitiv mit dem Strafgesetzbuch von 1871 für das gesamte Deutsche Reich die Strafbarkeit der Selbsttötung aufgehoben. Der Rückzug des Rechts hat nicht zu einem Rückzug aus der moralischen Bewertung der Selbsttö-

tung geführt. Aber es gibt darüber keinen Konsens.

In der ethischen Bewertung der Selbsttötung eines Patienten im Angesicht unbeherrschbarer Krankheit lassen sich zwei unterschiedliche Positionen ausmachen, die auch von Mitgliedern des Nationalen Ethikrates vertreten werden.

A. Nach der ersten Auffassung muss grundsätzlich jeder Suizid als ein praktisch ausgeführter Widerspruch zum Leben und damit zu den Voraussetzungen der Selbstbestimmung begriffen werden. In ihm widerspreche der Einzelne nicht nur dem Impuls, aus dem er lebt; er widerlege nicht nur die Absichten, die sein Handeln bis dahin geleitet haben; er stelle sich auch in Gegensatz zu allen, die zu seinem Dasein beigetragen haben. Der Suizid sei daher als solcher moralisch nicht zu billigen. Dieses Urteil könne allerdings niemals unbedingt, also ohne Rücksicht auf die individuelle Lage eines Menschen, gelten. Das sei insbesondere in den Fällen zu bedenken, in denen ein schweres, unheilbares Leiden und der absehbare Tod zu dem Entschluss geführt oder beigetragen haben, sich das Leben zu nehmen. Niemand könne von außen wirklich die Gründe erkennen und bewerten, die zu einer Selbsttötung geführt haben. Darum verbiete es sich, die Selbsttötung in derartigen Fällen zu verurteilen.

Diese Auffassung kann auch in religiösen oder theologischen Kategorien beschrieben werden.⁷⁰ Die Selbsttötung erscheint dann – bei allem menschlichen Verständnis, das man ihr im Einzelfall entgegenbringen muss – als der unzulässige

⁷⁰ Vgl. den Passus über die Selbsttötung in der gemeinsamen Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz 1989: „In der Selbsttötung verneint ein Mensch sich selbst. Vieles kann zu einem solchen letzten Schritt führen. Doch welche Gründe es auch sein mögen – keinem Menschen steht darüber von außen ein Urteil zu. Die Beweggründe und die Entscheidungsmöglichkeiten eines anderen bleiben ebenso wie eventuelle Auswirkungen einer Krankheit im Letzten unbekannt. Für den Christen bedeutet die Selbsttötung eines anderen Menschen eine enorme Herausforderung: Er kann diese Tat im Letzten nicht verstehen und nicht billigen und kann dem, der so handelt, seinen Respekt doch nicht versagen. Eine Toleranz gegenüber dem anderen noch über das Verstehen seiner Tat hinaus ist dabei gefordert. Doch die

Versuch, ein definitives Urteil über den Wert oder Unwert des eigenen Lebens zu sprechen. Aufgrund ihrer Irreversibilität komme sie einer endgültigen Absage an die Hoffnung gleich, dass der Mensch im Vertrauen auf Gottes Hilfe jede Lebenssituation annehmen und bestehen könne und es kein aussichtsloses menschliches Leiden gebe.

- B. Der anderen Auffassung zufolge ist der Suizid eines entscheidungsfähigen unheilbar Kranken nicht nur menschlich zu verstehen und zu respektieren, sondern kann, wie auch jeder andere ernstlich bedachte Suizid, ethisch durchaus zulässig sein. Wenn Selbstbestimmung der Befolgung individueller Grundüberzeugungen und höchstpersönlicher Vorstellungen vom richtigen und auch vom guten Leben dienen dürfe, solange damit keine Rechte und Ansprüche anderer Personen verletzt werden, so müsse gerade auch die persönliche Vorstellung vom richtigen Sterben bis hin zum Suizid als *ultima ratio* respektiert werden. Vorauszusetzen sei selbstverständlich, dass der Selbsttötungswunsch ernsthaft bedacht sei. Die dem Schwerkranken geschuldete Fürsorge und Solidarität bestehe nicht nur darin, ihm Hilfe und Zuwendung zu gewähren, die es ihm erleichtern, sein Leben zu ertragen. Fürsorge und Solidarität könne sich auch darin bewähren, Verständnis und Unterstützung für den Entschluss aufzubringen, dieses Leben nicht mehr ertragen zu wollen.

Die Vertreter beider Auffassungen sind sich darin einig, dass versucht werden sollte, die Ursachen für einen Suizidwunsch zu beheben. Freundschaft und Liebe, tätiges Mitleid und praktiziertes Wohlwollen sollten dem Lebensmüden helfen, sein natürliches Ende abwarten zu können.

Selbsttötung billigen und gutheißen kann der Mensch nicht, der begriffen hat, dass er nicht nur für sich lebt. Jeder Selbsttötungsversuch kann für ihn nur ein ‚Unfall‘ und ein Hilfeschrei sein“ (107).

6.3.2. Suizidintervention

Wenn ein Mensch versucht, sich das Leben zu nehmen, und ein Dritter davon weiß, hinzukommt oder anwesend ist, stellt sich die Frage, inwiefern dieser berechtigt oder verpflichtet ist, einzugreifen und den Suizid abzuwenden. Unstrittig ist, dass ein Suizident, über dessen Lebensumstände und Motive nichts bekannt ist, wenn irgend möglich gerettet werden sollte. In ihrer Mehrheit erfüllen Selbsttötungen gerade nicht die Kriterien des ernsthaft bedachten Suizids, vielmehr sind sie eine Folge psychischer Erkrankung oder unüberlegte Kurzschlussreaktionen in Situationen akuter Verzweiflung und dann meist als Hilferuf zu verstehen. Daher sollte hier die *Maxime in dubio pro vita* gelten.

Ob es auch im Falle einer erkennbar ernsthaft bedachten Entscheidung für den Suizid eine Rettungspflicht gibt, ist sowohl ethisch als auch rechtlich strittig (siehe oben Abschnitt 5.2.3. zur Reichweite der „Garantenpflicht“). Die Mitglieder des Nationalen Ethikrates halten ungeachtet ihrer unterschiedlichen Positionen zur grundsätzlichen moralischen Bewertung der Selbsttötung eines unheilbar Kranken Zurückhaltung bei der Suizidintervention für geboten, wenn ein frei verantworteter und ernsthaft bedachter Entschluss zur Selbsttötung vorliegt. Ein derartiger Entschluss eines unheilbar Kranken, aus dem Leben zu scheiden, sollte jedenfalls ihm nahestehende Personen von jeder moralischen und rechtlichen Verpflichtung entbinden, rettend einzugreifen, um den Suizid zu verhindern.

Ob dasselbe allerdings auch für Ärzte gelten soll, ist im Nationalen Ethikrat umstritten.

- A. Einige Mitglieder vertreten die Auffassung, Ärzte müssten, gemäß ihrer Verpflichtung zum Dienst am Leben, einen Suizidversuch, der sich in ihrer Gegenwart abzeichnet, er eignet oder zu dem sie zugezogen werden, grundsätzlich so lange vereiteln, wie es eine realistische Aussicht auf Rettung gibt. Lediglich dann, wenn ein tödlich erkrankter oder schwer

leidender Mensch seine letzte Lebensphase selbst beenden wolle und davon auch durch Hilfe und Überzeugungsarbeit nicht abgebracht werden könne, dürfe ein Arzt ausschließlich im Rahmen einer individuellen Gewissensentscheidung auf ein rettendes Eingreifen verzichten.

- B. Dem halten andere entgegen, ein Arzt habe generell keine ethische und rechtliche Verpflichtung zur Verhinderung eines ernsthaft bedachten und ernstlich gewollten Suizids. Ein Arzt, der durch Dritte zu einem solchen Suizidversuch herbeigerufen werde, müsse von einer nachträglichen Rettung seines Patienten absehen dürfen, ohne Strafverfolgung befürchten zu müssen. Tragender Grund sei der Respekt vor der Selbstbestimmung des Suizidenten, der den Arzt daran hindere, gegen dessen erkennbaren Willen zu handeln.

6.3.3. Beihilfe zum Suizid

6.3.3.1. Individuelle Beihilfe zum Suizid

Die Beihilfe zum Suizid wird meist ebenso bewertet wie der Suizid selbst. Wenn man den Suizid unter bestimmten Bedingungen für vertretbar hält oder sich zumindest einer moralischen Verurteilung enthält, wird man auch eine Handlung, die den Suizidenten bei der Tat unterstützt, etwa indem sie ihm geeignete Mittel verschafft, nicht schlechthin verwerfen. Jedenfalls sollte es nach ganz überwiegender Meinung der Mitglieder des Nationalen Ethikrates bei der Straflosigkeit der individuellen Beihilfe zur Selbsttötung bleiben.

Umstritten ist jedoch, wie die Beihilfe von Ärzten bei einer Selbsttötung ethisch und berufsrechtlich zu bewerten ist.

Ärzte kommen leicht in die Lage, dass sie bei der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizids dem zur Selbsttötung Entschlossenen Hilfe leisten sollen. Bei ihnen liegt nicht nur besondere Kompetenz zur medizinischen Behandlung, sondern auch die Verschreibungshoheit für rezeptpflichtige Arzneimittel. Sie

können somit den Zugang zu tödlichen Medikamenten (zum Beispiel zu Pentobarbital) verschaffen und eine Art der Selbsttötung ermöglichen, die manchen Suizidenten als die bestmögliche erscheint und die für Schwerkranke oft die einzig praktikable ist.

- A. Nach verbreiteter Ansicht, die in Deutschland von der Mehrheit der Ärzte und auch von der Bundesärztekammer⁷¹ geteilt wird, widerspricht die Suizidbeihilfe dem beruflichen Auftrag des Arztes. Dieser sei aufgerufen, schwere körperliche und psychische Leidenszustände mit allen zulässigen Mitteln zu bekämpfen. Die Bereitstellung von Mitteln, die den Suizid ermöglichen, oder die direkte Beteiligung an derartigen Handlungen seien dagegen mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar. Gegen eine Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe spreche auch, dass Ärzte von ihren Patienten unter Druck gesetzt werden könnten, solche Hilfe zu gewähren.

Ferner wird geltend gemacht, dass für Patienten die Schwelle, die es bei einem Suizid zu überwinden gilt, immer niedriger werde, wenn der Suizid mit ärztlicher Hilfe geschehen kann. Hinzu komme die Schwierigkeit, sicherzustellen, dass der Suizidwunsch des Patienten tatsächlich einem frei verantworteten und ernsthaft bedachten Entschluss entspringt und nicht einer depressiven Verstimmung oder einer vorübergehenden seelischen Krise. Problematische Abgrenzungsfragen stellten sich auch in der Hinsicht, ob dem Wunsch eines psychisch kranken Menschen, der um Beihilfe zum Suizid bittet, stattgegeben werden dürfe. Schon wegen der beschriebenen Abgrenzungsprobleme wird eine ärztliche Suizidbeihilfe von vielen Mitgliedern des Nationalen Ethikrates abgelehnt. Die Gefahr, dass Regeln, die man für eine Mitwirkung von Ärzten aufstellt, in der Praxis nicht kontrollierbar sind und sich Missbrauch ausbreitet, sei zu groß.

⁷¹ Vgl. Abschnitt 4.7.1.

- B. Diejenigen Mitglieder des Nationalen Ethikrates, die ärztliche Hilfe beim Suizid billigen, widersprechen der Einschätzung, dass solche Hilfe immer und notwendigerweise mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar sei.

Ärzte seien verpflichtet, ihre medizinischen Kompetenzen zum Besten ihrer Patienten einzusetzen und deren Selbstbestimmung zu respektieren. In aller Regel seien danach Maßnahmen der Vorbeugung und Heilung von Krankheiten, der Lebensrettung und Leidlinderung geboten. Aber in der Krisensituation unheilbarer Krankheit, wenn verzweifelte Patienten entschlossen sind, sich zu töten, könne auch Suizidbeihilfe dem Gebot entsprechen, zum Wohl des Patienten zu handeln, und damit vom ärztlichen Ethos gedeckt sein. Ärzten sei es nicht nur möglich, dem Patienten ein tödlich wirkendes Medikament zu verschaffen, das ihm erlaubt, so zu sterben, wie er es sich wünscht. Sie könnten auch kompetenten Beistand im Sterben leisten und den Betroffenen und seine Angehörigen von der Sorge entlasten, der Patient müsse beim Vollzug des Suizids mehr als notwendig leiden oder es könnten unvorhergesehene Schwierigkeiten auftreten. Es würde das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt eher bestärken als schwächen, wenn der Patient wisse, dass sein Arzt auch in dieser Situation für ihn da ist, wobei sich selbstverständlich jeder Arzt dem Ansinnen auf Gewährung von Suizidbeihilfe unter Berufung auf sein Gewissen entziehen könne.

Auch könnten Ärzte durchaus beurteilen, ob ein Patient entscheidungsfähig ist; denn die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit gehöre auch bei alltäglichen medizinischen Maßnahmen zum Aufgabenkreis der Ärzte. Bestimmte Abgrenzungsprobleme und Missbrauchsmöglichkeiten seien bei der Suizidbeihilfe sogar eher geringer als bei anderen Entscheidungen am Lebensende. Denn bei der Suizidbeihilfe stehe weder zur Diskussion, ob es auf den bloß mutmaßlichen Willen des Patienten ankommt und wie dieser zu ermitteln ist, noch ob sie gegebenenfalls auch ohne Ein-

willigung des Patienten durchgeführt werden darf. Derartige Fragen stellten sich dagegen nicht selten bei Nichtbehandlungsentscheidungen und bei palliativer Sedierung. Daher gebe es bei diesen Entscheidungen, nicht aber bei der Suizidbeihilfe das Problem zu kontrollieren, dass normale ärztliche Praxis nicht unter der Hand in die Tötung von Patienten abgeleitet.

Gleiches gelte für die Befürchtung, dass kranke Menschen durch die leicht erlangbare Hilfe dazu neigen könnten oder sogar unter Druck gesetzt werden könnten, ihr Leben zu beenden. Auch dieses Problem sei bei Entscheidungen, Patienten sterben zu lassen, indem man eine noch mögliche medizinische Behandlung am Lebensende nicht einleitet oder abbricht, gegeben. Schließlich sei nicht zu erwarten, dass die Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe Hemmschwellen beseitigen und Selbsttötung für eine große Zahl von Patienten zum Mittel der Wahl beim Umgang mit ihrem Leiden werden lasse. Erfahrungen aus Ländern, in denen ärztliche Suizidbeihilfe zugelassen ist, belegten vielmehr, dass nur ein Bruchteil der Patienten, die solche Hilfe erlaubtermaßen in Anspruch nehmen könnten, von dieser Option tatsächlich Gebrauch machten. Denkbar sei sogar, dass die Gewissheit, notfalls auf ärztliche Suizidbeihilfe zählen zu können, den Patienten Kraft gebe, ihr Leiden zu tragen, im Ergebnis also die Zahl der Suizide eher verringern werde.

Die Vertreter dieser Auffassung plädieren dafür, die ärztliche Beihilfe zum Suizid berufsrechtlich zuzulassen, sofern ein unerträgliches und unheilbares Leiden des Patienten vorliegt, die Entscheidungsfähigkeit des Patienten gegeben ist und sein Wunsch zu sterben – nach Beratung und ausreichender Bedenkzeit – als endgültig anzusehen ist.

- C. Gemäß einer dritten Position ist die Entscheidung des Arztes für oder gegen eine Beihilfe beim Suizid seines schwer kranken und leidenden Patienten eine höchstpersönliche Gewissensentscheidung. Trotz der grundsätzlichen Verpflichtung

auf den Erhalt des Lebens könne ein Arzt nach langer Begleitung seines Patienten zu dem Schluss kommen, dass dessen Wunsch nach Suizidbeihilfe ernstlich bedacht und angesichts seiner individuellen Situation zwar tragisch, aber nachvollziehbar ist. Der Arzt könne dann persönlich die Verantwortung für die Hilfe beim Suizid seines Patienten übernehmen. Im weiteren Geschehensablauf solle er dann auch nicht in der (Garanten-)Pflicht stehen, den begonnenen Suizidversuch bei Eintritt der Bewusstlosigkeit zu vereiteln. Vielmehr solle er seinen Patienten bis zum Eintritt des Todes begleiten können.

Standesethisch sollten derartige Gewissensentscheidungen als tragische Einzelfallentscheidungen gebilligt und auch berufsrechtlich nicht geahndet werden.⁷²

6.3.3.2. Organisierte Beihilfe zum Suizid

Erhebliche öffentliche Diskussionen hat in jüngster Zeit die Frage ausgelöst, ob die organisierte Vermittlung von Suizidbeihilfe vertretbar ist. Organisationen, deren erklärter Zweck darin besteht, unheilbar kranken Menschen die Gelegenheit zur Selbsttötung zu vermitteln, sind etwa die Vereine EXIT und „Dignitas“ in der Schweiz. Diese verschaffen satzungsgemäß ihren Mitgliedern Zugang zu einem ärztlich verschriebenen, tödlich wirkenden Medikament für einen Suizid; vorausgesetzt sind Entscheidungsfähigkeit des Suizidwilligen, ein dauerhafter Todeswunsch und „hoffnungslose Prognose, unerträgliche Beschwerden oder unzumutbare Behinderung“.⁷³ Die Mitwirkung des Arztes und der vom Verein beauftragten Suizidbegleiter muss vergütet werden, Gewinne darf der Verein jedoch nicht machen. Die Vereine sind auf langfristige Mitgliederbin-

⁷²Diese Lösung hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft 2004 gewählt.

⁷³Die letztere in Art. 2 der Satzung von EXIT niedergelegte Bedingung wird weit ausgelegt; der Verein leistet nach eigenen Angaben auch Mitgliedern Freitodhilfe, „die nicht an einer Krankheit leiden, die in absehbarer Zeit zum Tode führt, denen die Summe ihrer Leiden, Schmerzen und Gebrechen aber so zusetzt, dass sie – im strikten Sinne des Wortes – lebensmüde sind.“ Siehe www.exit.ch.

dung ausgerichtet. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass jemand erst dann Mitglied wird, wenn er schon zum Suizid entschlossen ist. In diesem Fall wird man davon sprechen können, dass die Suizidbeihilfe der Organisation wie eine Dienstleistung in Anspruch genommen wird.

Die ethische Bewertung der organisierten Vermittlung Suizidbeihilfe ist im Nationalen Ethikrat umstritten.

A. Nach überwiegend vertretener Auffassung im Nationalen Ethikrat bestehen grundlegende Bedenken gegen jede Form der organisierten Vermittlung von Suizidbeihilfe, weil derartige Angebote Handlungen, die auf die Auslöschung des eigenen Lebens gerichtet sind, den Anschein der Normalität verleihen. Auf diese Weise werde die Schwelle erheblich herabgesetzt, die suizidgefährdete Personen durch die gesellschaftliche Tabuisierung der Selbsttötung in zahlreichen Fällen davon abhält, ihrer psychischen Verfassung entsprechend zu handeln. Wenn die öffentliche Tätigkeit von Organisationen, deren einziger oder hauptsächlicher Zweck die Ermöglichung von Suiziden ist, soziale und kulturelle Akzeptanz erfährt oder auch nur geduldet wird, könne die Gesellschaft ihren Schutzauftrag gegenüber suizidgefährdeten Menschen nicht mehr in der gebotenen Weise erfüllen.

Zwar könne unter Umständen die in klarer Willensfreiheit und in eindeutig extremer Notlage (Krankheit) ausgesprochene Bitte des Betroffenen um Hilfe bei der Selbsttötung die moralische Missbilligung solcher Mitwirkung mildern oder äußerstenfalls ganz entfallen lassen. Für solche Art der Hilfeleistung im Einzelfall kämen jedoch allenfalls nahestehende Personen oder Freunde in Betracht, Organisationen dagegen nicht.

B. Einige Mitglieder wollen unheilbar Kranken, die im Suizid den einzigen ihnen noch möglichen Ausweg sehen, zugestehen, dass sie dafür die Hilfe von Organisationen in Anspruch nehmen. Die Tatsache der „Organisation“ dieser Hilfe löse

zwar Unbehagen aus, weil dadurch eine existentielle Grenzsituation wie die Beteiligung an der Selbsttötung eines anderen nach Organisationsregeln und unter Einbeziehung spezialisierter Suizidhelfer abgewickelt werde. Gleichwohl könne die Verschiebung der Suizidbeihilfe in solche Organisationen nicht nur negativ gesehen werden. Sie könne zugleich die Transparenz und Kontrollierbarkeit der Suizidbeihilfe erhöhen und gewährleisten, dass die Patienten angemessen betreut werden. Suizidprävention sei zwar ein hochrangiges öffentliches Ziel, aber dieses Ziel müsse unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit verfolgt werden. Es sei nicht notwendig und daher auch nicht gerechtfertigt, organisierte Beihilfe zum Suizid überhaupt zu verbieten und im Ergebnis die betroffenen Patienten entweder hilflos sich selber zu überlassen oder Suizidbeihilfe allein von den damit in aller Regel überforderten Angehörigen oder Freunden zu erwarten. Stattdessen sei es eine vertretbare Alternative, die organisierte Suizidbeihilfe nur so weit zu verbieten, wie sie als illegitim angesehen wird, und die Einhaltung für notwendig befundener Regeln durch staatliche Aufsicht zu gewährleisten.

Die Mitglieder des Nationalen Ethikrates, die diese Position vertreten, sind nicht der Meinung, dass organisierte Suizidbeihilfe wünschenswert sei. Die bessere Lösung wäre es zweifellos, wenn Patienten auf professionelle Suizidhilfe durch ihre behandelnden Ärzte rechnen könnten. Solange das aber nicht der Fall ist, solle Suizidbeihilfe durch darauf spezialisierte Organisationen jedenfalls nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.

6.3.3.3. Gewinnorientierte Suizidbeihilfe

Im Nationalen Ethikrat besteht Übereinstimmung darin, dass eine gewerbsmäßig auf Gewinnerzielung ausgerichtete Suizidbeihilfe (sei sie individuell oder in organisierter Form angeboten) ethisch nicht akzeptabel ist. Eine Kommerzialisierung der Suizidbeihilfe sollte nötigenfalls strafrechtlich verboten werden.

6.3.4. Anstiftung zum Suizid

Nach gemeinsamer Überzeugung der Mitglieder des Nationalen Ethikrates ist es ethisch nicht zu billigen, dass man einen Menschen durch Überredung oder durch Anreize dazu bewegt, sich selbst zu töten. Das gilt selbst dann, wenn das Handlungsmotiv des Anstifters, sei dies ein Angehöriger, Pfleger oder Arzt, uneigennützig ist und etwa aus der Überzeugung entsteht, sein Mitleid gebiete ihm, einem Schwerstkranken bei der Suche nach dem richtigen Weg zu „helfen“. Der Entschluss, nicht mehr leben zu wollen, muss, wenn ihm bei der Bewertung von Entscheidungen am Lebensende eine Bedeutung zugemessen werden soll, nach allen Kriterien, die hierfür anwendbar sind, der eigene Entschluss des Kranken sein und darf nicht durch Dritte herbeigeführt werden. Trotz dieses moralischen Verdikts sieht die ganz überwiegende Mehrheit der Mitglieder des Nationalen Ethikrates allerdings gegenwärtig keine Notwendigkeit, die Anstiftung zur Selbsttötung auch zu bestrafen. Wer allerdings über die Anstiftung hinaus den Willen des Suizidenten in einer Weise manipuliert, die die Eigenverantwortlichkeit des Suizidenten aufhebt, kann nach geltendem Recht wegen Tötung in (mittelbarer) Täterschaft bestraft werden.

6.4. Tötung auf Verlangen

Die Frage, ob es ethisch vertretbar sein kann, einen Menschen, der unheilbar krank ist und unerträglich leidet, auf sein Verlangen hin zu töten, markiert einen besonders schwerwiegenden Konflikt, der sich bei Entscheidungen am Lebensende stellen kann. Die Auffassungen darüber, ob man einem solchen Verlangen unter bestimmten Bedingungen nachgeben darf, gehen in der Öffentlichkeit und im Nationalen Ethikrat weit auseinander.

Ungeachtet der unterschiedlichen Bewertungen gibt es unter den Mitgliedern des Nationalen Ethikrates jedoch auch Übereinstimmungen bei der Definition der Konfliktlage: Alle Mitglieder

räumen ein, dass Patienten in Situationen aussichtslosen, unbeherrschbaren Leidens geraten können, in denen sie verzweifelt ihren Tod herbeisehnen und, wenn sie diesen nicht selbst herbeiführen können, in der Tötung auf Verlangen den einzigen Ausweg und einen letzten Akt mitmenschlicher Hilfe sehen.

Im Ergebnis tragen alle Mitglieder die Empfehlung mit, dass in das deutsche Strafrecht gegenwärtig keine Ausnahmetatbestände eingefügt werden sollen, die die Tötung auf Verlangen unheilbar Kranker ausdrücklich zulassen. Diesem einheitlichen Ergebnis liegen jedoch divergierende Argumentationen zugrunde, die im Folgenden dargestellt werden.

A.1 Diejenigen, die schon die Beihilfe zum Suizid für ethisch unvertretbar halten, sprechen sich konsequenterweise aus denselben Gründen gegen die Vertretbarkeit der Tötung auf Verlangen aus.

A.2 Aber auch diejenigen, die die Beihilfe zum Suizid zumindest nicht ausnahmslos missbilligen, gelangen mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass eine Tötung auf Verlangen anders zu bewerten sei.

Verwiesen wird zum einen auf den Umstand, dass ein kategorialer Unterschied zwischen der Selbsttötung und der Fremdtötung bestehe. Während der Suizident das unmittelbar zum Tode führende Geschehen selbst in der Hand habe, liege die Tatherrschaft bei der Tötung auf Verlangen bei einer anderen Person; diese übernehme in weit stärkerem Ausmaß als bei der bloßen Beihilfe die Verantwortung für das Geschehen und müsse sich über das Tabu der Tötung eines anderen Menschen hinwegsetzen. Dies sei insbesondere mit dem ärztlichen Berufsethos unvereinbar.

Da zudem die Hemmschwelle, sich durch einen anderen töten zu lassen, niedriger sei als die Hemmschwelle, sich selbst zu töten, wird befürchtet, dass die Zulassung der Tötung auf Verlangen Menschen besonders anfällig dafür mache, sozialem Druck nachzugeben, aus dem Leben zu

scheiden. Zugleich könne das Ausweichen in den Tod zur Normalität des Umgangs mit schwerem Leiden werden und die allgemeine Wertschätzung des Lebens beeinträchtigen. Schließlich sei die Gefahr besonders groß, dass es zu schleichenden Übergängen zur Tötung ohne ausdrückliches Verlangen komme.

A.3 Des Weiteren wird geltend gemacht, dass auch die Tötung auf Verlangen ein grundlegend anders gearteter Handlungstyp als das Sterbenlassen sei und als solcher in ethischer Hinsicht anders bewertet werden müsse. Sei die Tötung auf Verlangen unmittelbar gegen das Leben eines anderen Menschen gerichtet, werde beim Sterbenlassen der Tod des anderen als Ergebnis eines Krankheitsprozesses, gegen den man nichts mehr unternehme, hingenommen. Der Arzt, der seinen Patienten sterben lässt, nehme sich im Gesamtzusammenhang als Handelnder zurück, auch wenn er zunächst aktiv eine begonnene Therapie abbrechen müsse. Er müsse dabei den Tod des Patienten nicht beabsichtigen, auch wenn er ihn möglicherweise als ein gutes Ende des schweren Leidens des Patienten ansieht. Der Arzt, der seinen Patienten auf Verlangen tötet, richte demgegenüber seine Absicht gegen das Leben und verursache den Tod in alleiniger Verantwortung. Diese Unterschiede zu verwischen bedeute, die ethische Relevanz von Handlungsabsichten und komplexen Handlungsgründen einer handelnden Person zu vernachlässigen und einseitig auf das Ergebnis zu blicken sowie die Selbstbestimmung desjenigen, an dem gehandelt wird, für ausschlaggebend zu halten.

B. Andere verweisen demgegenüber auf den Gesichtspunkt, dass der Arzt auf das Wohl des Patienten verpflichtet, dieses Wohl aber nicht immer gleichbedeutend mit dem Lebenserhalt sei. In Einzelfällen könne es gerade dem Wohl des Patienten entsprechen, wenn er unter ärztlicher Begleitung auf sein Verlangen hin getötet werden und damit sterben

dürfe, weil er diesen Weg als den einzigen Ausweg aus schwerem Leid ansieht. Dies gelte erst recht für Patienten, die zu einer Suizidhandlung (zum Beispiel wegen einer weitreichenden Lähmung) nicht in der Lage sind und auch den Weg des Sterbenlassens als keinen erträglichen Ausweg ansehen. Zwar bestehe durchaus eine kategoriale Differenz zwischen den Handlungstypen des Tötens einerseits und der Beihilfe zur Selbsttötung und des Sterbenlassens andererseits. Diese Differenz sei jedoch nicht zwangsläufig mit einer grundsätzlichen Unterscheidung in der ethischen Bewertung verbunden.

Ob jemand einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Wunsch hin ein tödliches Medikament verschafft und hinlegt, das dieser noch selbst einnehmen kann, oder ob er ihm das Medikament darüber hinaus noch einflößt, weil der Patient zu der Einnahme nicht mehr fähig ist, mache vom beabsichtigten Ergebnis her gesehen, nämlich der Herbeiführung des Todes, und in Bezug auf die kausale Verantwortung keinen entscheidenden Unterschied. In beiden Fällen rechtfertige der Wunsch des Patienten nach Beendigung eines aussichtslosen Leidenszustandes den zur Verwirklichung seines Wunsches notwendigen Tatbeitrag des Dritten. Nach denselben Maßstäben sei das Handeln eines Arztes, der einem aussichtslos und schwer leidenden Patienten das Atemgerät abstellt, nicht anders zu bewerten als die Verabreichung einer tödlichen Spritze.

Diejenigen Mitglieder des Nationalen Ethikrates, die, wie voranstehend ausgeführt, die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen als ethisch vertretbar ansehen, halten gleichwohl eine ausdrückliche rechtliche Zulassung für nicht wünschenswert, und zwar aus zwei verschiedenen Gründen.

B.1 Einige sehen die Gefahren einer schleichenden Ausweitung der erforderlichen Voraussetzungen und die Gefahren des

Missbrauchs als zu gravierend an, zumal die Anzahl der in Frage kommenden Fälle zu gering sein dürfte.

B.2 Andere halten dagegen die Sorge vor negativen gesellschaftlichen Auswirkungen für unbegründet. Die Gesellschaft habe gelernt, mit begrenzten Ausnahmen vom Tötungsverbot (zum Beispiel Notwehr oder übergesetzlicher Notstand) umzugehen, ohne in Missbrauch abzugleiten. Auch sei die Zahl der berichteten Fälle von Tötung ohne Verlangen in den Ländern, die die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen zulassen, nicht durchweg höher als in Ländern, die am Verbot der Tötung auf Verlangen strikt festhalten (siehe Kapitel 2). Missbrauchskontrolle, um zu verhindern, dass unheilbar kranke Patienten getötet werden, sei bei allen Entscheidungen am Lebensende notwendig. Das Missbrauchsrisiko sei bei der Tötung auf Verlangen geringer als bei den sehr häufigen Nichtbehandlungsentscheidungen am Lebensende; auch dort handelten in der Regel die Ärzte und nicht die Patienten selbst. Der Grund, warum auch Mitglieder des Nationalen Ethikrates, welche die vorstehenden Begründungen gelten lassen, sich gleichwohl der Empfehlung anschließen, das Verbot der Tötung auf Verlangen aufrechtzuerhalten, ist die politische Rücksicht auf die besondere Situation, in der sich Deutschland angesichts der Geschichte der Euthanasie-Verbrechen des Nazi-regimes befindet.

Im Ergebnis sind daher alle Mitglieder des Nationalen Ethikrates der Auffassung, dass es beim Verbot der Tötung auf Verlangen bleiben und § 216 StGB nicht geändert werden soll. Wenn jemand in einer extremen Leidenssituation, in der auf andere Weise keine Abhilfe möglich ist, einen anderen auf dessen Verlangen hin tötet, muss er bereit sein, die Sanktionen der Rechtsgemeinschaft auf sich zu nehmen. Unter Umständen kann allerdings im Einzelfall von einer Bestrafung abgesehen werden.

7. EMPFEHLUNGEN

7.1. Handlungsfelder und Sprachgebrauch

Der Nationale Ethikrat hält die Begriffe „aktive“, „passive“ und „indirekte Sterbehilfe“ für missverständlich und irreführend. Entscheidungen und Handlungen am Lebensende, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken, können angemessen beschrieben und unterschieden werden, wenn man sich terminologisch an folgenden Begriffen orientiert:

- » Unter dem Begriff der Sterbebegleitung werden Maßnahmen der Pflege und Betreuung von Menschen verstanden, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Zur „Sterbebegleitung“ zählen zum Beispiel die körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen sowie das Mindern von Übelkeit, Angst und Atemnot. Dazu gehören ebenso menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen gewährt werden.
- » Therapien am Lebensende sind alle medizinischen, das heißt auch palliativmedizinischen Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern oder jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Der bisher in diesem Zusammenhang verwendete Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ ist unzutreffend, weil das Handeln weder direkt noch indirekt auf den Tod des Patienten zielt.
- » Von Sterbenlassen statt von „passiver Sterbehilfe“ sollte man sprechen, wenn eine lebenserhaltende medizinische

Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird.

- » Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) ist gegeben, wenn Ärzte oder andere Personen jemandem ein todbringendes Mittel verschaffen oder ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung unterstützen.
- » Als Tötung auf Verlangen werden solche Handlungen bezeichnet, durch die auf den ernsthaften Wunsch eines Menschen hin sein Tod durch aktives Handeln bewirkt wird. Derartige Handlungen können zum Beispiel in der Verabreichung eines therapeutisch nicht indizierten Medikamentes oder in einer Überdosierung indizierter Medikamente bestehen.

7.2. Sterbebegleitung und Therapien am Lebensende

1. Jeder unheilbar kranke und sterbende Mensch hat Anspruch darauf, unter menschenwürdigen Bedingungen behandelt, gepflegt und begleitet zu werden.
2. Bei allen Maßnahmen der Sterbebegleitung und der Therapien am Lebensende ist der Wille des Betroffenen maßgebend.
3. Jedem unheilbar kranken und sterbenden Menschen muss eine ausreichende palliativmedizinische Versorgung gewährt werden. Ärzte sollten dabei Aspekte der Lebensqualität des

- Patienten über solche der maximalen Verlängerung seines Lebens stellen dürfen, ohne strafrechtliche Verfolgung befürchten zu müssen.
4. Eine ausreichende stationäre und ambulante Versorgung in Pflegeheimen, Palliativstationen und Hospizen ist dringend geboten.
 5. Das Angebot an interdisziplinärer Aus- und Fortbildung für Ärzte und Pflegende im Umgang mit schwer kranken und leidenden Patienten und mit Sterbenden bedarf der Verstärkung.
 6. Das ehrenamtliche Engagement bei der Sterbebegleitung sollte gefördert und unterstützt werden.
 7. Angehörigen sollte eine kompetente Beratung über Pflege- und Versorgungsmöglichkeiten schwer kranker Menschen zur Verfügung stehen.
 8. Es sollten arbeitsrechtliche Freistellungsansprüche eingeräumt werden, um nahestehenden Personen die Begleitung eines Sterbenden zu ermöglichen, wie es in einigen anderen europäischen Ländern bereits realisiert ist.

7.3. Sterbenlassen

1. Jeder Patient hat das Recht, eine medizinische Maßnahme abzulehnen. Dies gilt auch dann, wenn die medizinische Maßnahme sein Leben verlängern könnte.
2. Ärzte, Pflegende und Angehörige sollten daher gemäß dem Willen des Patienten lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen, begrenzen oder beenden dürfen, ohne strafrechtliche oder berufsrechtliche Sanktionen befürchten zu müssen.

3. Gleiches gilt, wenn der Betroffene zu einer Erklärung außer Stande ist, seine Ablehnung aber hinreichend sicher aus einer Patientenverfügung oder sonstigen verlässlichen Anhaltspunkten zu entnehmen ist (siehe Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zur Patientenverfügung).
4. Sofern es keine sicheren Erkenntnisse über den Willen des Patienten gibt oder ein solcher nicht gebildet werden konnte, sollte für strafrechtliche und berufsrechtliche Sanktionen kein Raum sein, wenn eine medizinische Behandlung unter Abwägung ihrer Aussichten auf Erfolg, des Leidenszustandes des Patienten und seiner voraussichtlichen Lebenserwartung nicht mehr angezeigt ist und sie deshalb unterlassen, begrenzt oder beendet wird.
5. In Zweifelsfällen hat die Erhaltung des Lebens Vorrang.

7.4. Suizid, Suizidintervention und Beihilfe zum Suizid

1. Rechtsordnung und gesellschaftliche Praxis sollten weiterhin darauf ausgerichtet sein, Menschen, auch wenn sie schwer krank sind, von dem Wunsch, sich selbst das Leben zu nehmen, abzubringen und ihnen eine Perspektive für ihr Leben zu eröffnen.
2. Bestehen bei einem Suizidversuch eines schwer kranken Menschen klare Anhaltspunkte, dass der Versuch aufgrund eines ernsthaft bedachten Entschlusses erfolgt und dass der Betroffene jegliche Rettungsmaßnahme ablehnt, so sollen nach Auffassung der Mehrheit der Mitglieder des Nationalen Ethikrates Personen, die beispielsweise als Ärzte oder Angehörige eine besondere Einstandspflicht für den Suizidenten haben, von einer Intervention absehen dürfen, ohne Strafverfolgung befürchten zu müssen. Einige Mitglieder

des Nationalen Ethikrates halten es für erforderlich, diese Möglichkeit auf Situationen zu beschränken, in denen die schwere Krankheit absehbar zum baldigen Tod führen wird.

3. Suizidversuch und Beihilfe zum Suizid sind in Deutschland grundsätzlich straflos. Dies sollte so bleiben, wobei für die Beihilfe zum Suizid die nachfolgenden Einschränkungen geltend gemacht werden.

- 3.1 Im Hinblick auf die Zulässigkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid bestehen im Nationalen Ethikrat unterschiedliche Auffassungen:

Viele Mitglieder sehen in der ärztlichen Beihilfe zum Suizid einen Widerspruch zum ärztlichen Ethos und lehnen es deshalb ab, sie berufsrechtlich zuzulassen.

Nach Auffassung eines anderen Teils der Mitglieder sollte es Ärzten möglich sein, einem Patienten bei der Durchführung eines Suizids behilflich zu sein, sofern ein unerträgliches und unheilbares Leiden des Patienten vorliegt, die Entscheidungsfähigkeit des Patienten gegeben ist und sein Wunsch zu sterben – nach Beratung und ausreichender Bedenkzeit – als endgültig anzusehen ist.

- 3.2 Auch im Hinblick auf die Zulässigkeit der organisierten Beihilfe zum Suizid bestehen im Nationalen Ethikrat zum Teil unterschiedliche Auffassungen:

Der überwiegende Teil der Mitglieder lehnt die Etablierung einer organisierten Vermittlung der Beihilfe zum Suizid in Deutschland ab. Gegebenenfalls sollte ein strafrechtliches Verbot erwogen werden.

Einige Mitglieder treten dafür ein, dass die organisierte Beihilfe zum Suizid auch in Deutschland stattfinden kann, sofern bestimmte Voraussetzungen (Beratung, Bedenkzeit etc.) erfüllt sind. Dies gilt nach Auffassung einiger Mitglieder jedenfalls so lange, wie es Ärzten berufsethisch beziehungs-

weise berufsrechtlich verwehrt ist, Beihilfe zum Suizid zu leisten.

- 3.3 Einmütig spricht sich der Nationale Ethikrat für ein strafbewehrtes Verbot einer gewinnorientiert betriebenen Beihilfe zum Suizid aus.

4. Der Nationale Ethikrat hält eine Anstiftung zum Suizid für ethisch verwerflich.

7.5. Tötung auf Verlangen

Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) sollte beibehalten werden.

Um Fällen gerecht zu werden, in denen jemand aus Gewissensnot handelt und einen anderen auf dessen Verlangen hin tötet, ist nicht eine ausdrückliche gesetzliche Verbotsausnahme in Betracht zu ziehen, sondern der getroffenen Abwägung zwischen der Erhaltung des Lebens und der Beendigung des Leidens durch Absehen von Bestrafung Rechnung zu tragen.

ERGÄNZENDES VOTUM

Obwohl wir den vom Nationalen Ethikrat gegebenen Empfehlungen teilweise zustimmen, bleiben die vorangehenden ethischen und rechtlichen Begründungen aus unserer Sicht an manchen Stellen zu undeutlich. Sie zeichnen ein Bild vom Menschen, das einseitig an den Idealen von Selbstbestimmung, Autonomie und Unabhängigkeit ausgerichtet ist. Die Achtung vor der Selbstbestimmung Schwerkranker und Sterbender ist ohne Zweifel ein Grundgebot des ärztlichen Ethos. Doch fordert die Achtung vor der Würde des schwer kranken und sterbenden Menschen mehr als bloßen Respekt vor einer angeblich unbeflügelten Selbstbestimmung. Um die letzte Wegstrecke ihres Lebens bestehen zu können, sind Schwerkranke und Sterbende auf Fürsorge und Unterstützung, auf ausreichende medizinische Versorgung und pflegerische Betreuung, auf mitmenschliche Nähe und Zuwendung angewiesen. Die Achtung vor der Person des Schwerkranken und Sterbenden erfordert daher die Bereitschaft, ihm in der letzten Phase seines Lebens verlässlich beizustehen; dazu gehört auch das gemeinsame Warten auf den Tod und das Dabeibleiben, das den Sterbenden nicht seiner Einsamkeit und Not überlässt.

Die Rechtsordnung und die medizinische Gesundheitsfürsorge sind Ausdruck der Hochschätzung, die der demokratische Staat dem Leben seiner Bürger entgegenbringt.

Das Verbot der Tötung auf Verlangen sollte unserer Auffassung nach nicht nur aus den historischen Gründen aufrechterhalten werden, die sich aus der besonderen Verantwortung unseres Landes angesichts der Euthanasie-Verbrechen der Nazizeit ergeben. Zwischen dem Sterbenlassen in medizinisch aussichtsloser Lage und der Tötung auf Verlangen besteht vielmehr ein moralisch relevanter Unterschied; sowohl hinsichtlich der Absicht ärztlichen Handelns als auch im Blick auf seine ursächliche Wirksamkeit zur unmittelbaren Herbeiführung des Todes stellen beide unterschiedliche Handlungstypen dar. Während der Verzicht auf weitere lebenserhaltende Maßnahmen erlaubt

und unter Umständen sogar geboten sein kann, wenn diese das Leiden des Schwerkranken und Sterbenden nur unnötig verlängern würden, ist die absichtliche Herbeiführung des Todes mit der Hochschätzung des Lebens unvereinbar, die unsere Rechtsordnung gerade von Ärzten und Pflegekräften erwartet. Die rechtliche Zulassung der Tötung auf Verlangen oder ihre geregelte Duldung in Ausnahmefällen würden den Druck noch weiter erhöhen, dem die Schwerkranken und Sterbenden vonseiten des Gesundheitssystems und seiner knappen pflegerischen und medizinischen Ressourcen ausgesetzt sein können; zudem würden Schwerkranke und Sterbende den Ängsten und Selbstzweifeln ausgeliefert, ob sie ihrer Umgebung noch weiter zur Last fallen dürfen. Die entschiedene Respektierung des Tötungsverbotes durch alle Beteiligten gewährt den Sterbenden dagegen die nötige Freiheit zur Annahme ihres eigenen Todes.

Auch widerspricht es dem beruflichen Auftrag des Arztes, schwer kranken Patienten oder Sterbenden zur Durchführung eines Suizids zu verhelfen. Der Arzt ist aufgerufen, schwere körperliche und psychische Leidenszustände mit den Mitteln zu bekämpfen, die ihm sein ärztliches Ethos erlaubt; dazu hat er alle Möglichkeiten einer wirksamen Leidlinderung durch palliativmedizinische Maßnahmen auszuschöpfen. Die Bereitstellung von Mitteln, die den Suizid ermöglichen, oder die direkte Beteiligung an derartigen Handlungen sind dagegen mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar. Es kann allerdings in einem fortgeschrittenen Stadium einer schweren Krankheit Fälle geben, in denen der Arzt einem Suizidversuch des Patienten nicht mehr entgegenzutreten muss; die individuelle Entscheidung zur Nichtbehinderung eines Suizidversuchs muss seiner Garantstellung nicht widersprechen. Im ärztlichen Ethos oder in standesrechtlichen Vorschriften verankerte Regelungen zur ärztlichen Suizidbeihilfe würden hingegen dem irrtümlichen Eindruck Vorschub leisten, es handle sich dabei um Tätigkeiten, die zum normalen Auftrag des Arztes gehören und denen er sich allenfalls durch die Berufung auf einen entgegenstehenden Gewissenszwang entziehen könne.

Ebenso verbietet die Hochschätzung des Lebens, die unserer Rechtsordnung zugrunde liegt, die öffentliche Duldung oder Förderung einer institutionalisierten Suizidberatung und -hilfe durch entsprechende Dienstleistungsangebote. Unsere Rechtsordnung und unser spontanes Verhalten gegenüber Suizidwilligen müssen darauf ausgerichtet bleiben, diese von dem Wunsch abzubringen, sich das Leben zu nehmen, und ihnen eine Perspektive für ihr Weiterleben zurückzugeben. Das öffentliche Angebot einer organisierten Suizidbeihilfe würde Handlungen, die auf die Auslöschung des eigenen Lebens gerichtet sind, den Anschein von Normalität und gesellschaftlicher Akzeptanz verleihen. Auf diese Weise würde die Schwelle erheblich herabgesetzt, die eine suizidgefährdete Person durch die gesellschaftliche Tabuisierung der Selbsttötung in zahlreichen Fällen davon abhält, ihrer psychischen Disposition entsprechende Taten folgen zu lassen. Wenn die öffentliche Tätigkeit von Organisationen, deren einziger oder hauptsächlicher Zweck die Ermöglichung von Suiziden ist, soziale, kulturelle und rechtliche Akzeptanz erfährt oder auch nur geduldet wird, kann die Gesellschaft ihren Schutzauftrag gegenüber suizidgefährdeten Menschen nicht mehr in der gebotenen Weise erfüllen. Die aktive Beihilfe zur Selbsttötung eines anderen kann von der Rechtsordnung unserer Auffassung zufolge nur als individuelle Gewissensentscheidung eines dem Suizidwilligen nahestehenden Menschen toleriert werden. Dagegen muss schon im Ansatz der Eindruck vermieden werden, durch die Bereitstellung und Förderung von Möglichkeiten der Suizidbeihilfe lege die Gesellschaft den Schwerkranken und Sterbenden ein freiwilliges Abschiednehmen aus der Mitte der Lebenden nahe, wenn sie diesen zur Last zu fallen drohen.

Anton Losinger
Peter Radtke
Eberhard Schockenhoff

Literaturverzeichnis

- Allensbach**, Institut für Demoskopie (2001). Allensbacher Berichte 2001, Nr. 9. http://www.ifd-allensbach.de/pdf/prd_0109.pdf.
- Beauchamp, T. L.**; Childress, J. F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. New York.
- Becker, W.**; Meifort, B. (1998). Altenpflege. Abschied vom Lebensberuf. Bielefeld.
- Binding, K.**; Hoche, A. (1920). Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig.
- Bosshard, G.**; Jermini, D. et al. (2003). Assisted Suicide Bordering on Active Euthanasia. Int J Legal Med 117: 106–108.
- Bosshard, G.**; Ulrich, E. et al. (2003). 748 Cases of Suicide Assisted by a Swiss Right-to-Die Organisation. Swiss Med Wkly 133: 310–317.
- Bundesärztekammer** (2004). Strukturelles Defizit. Ärzte kritisieren unzureichende Finanzierung der Palliativmedizin. BÄK intern 10: 2.
- Centraal Bureau voor de Statistiek**, NL (2003). Het levenseinde in de medische praktijk. Resultaten sterfgevallenonderzoek 2001. Onderzoek op verzoek van de ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voorburg.
- Chochinov, H. M.**; Tataryn, D. et al. (1999). Will to Live in the Terminally Ill. The Lancet 354 (9181): 816–819.
- Deutsche Hospizstiftung** (2005). Was denken die Deutschen wirklich über die Sterbehilfe? Oktober 2005. http://www.hospize.de/ftp/langzeit_web.pdf.
- Deutscher Bundestag** (2002). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 14/8822 vom 18.04.2002. Berlin.
- Emnid** "<http://www.hospize.de/texte/emnid2000.htm>."
- Emnid** (2004a). Umfrage im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS). Zitiert nach: DGHS (Hrsg.): Patientenverfügung im Kontext einer möglichen gesetzlichen Regelung. Humanes Sterben 2/2004.
- Emnid** (2004b). Umfrage im Auftrag der Freizeit- und Fernsehzeitschrift „Auf einen Blick“ (28.05.2004).
- Frei, A.**; Schenker, T.-A. et al. (2001). Assisted Suicide as Conducted by a "Right-to-Die"-Society in Switzerland: a Descriptive Analysis of 43 Consecutive Cases. Swiss Med Wkly 131: 375–380.
- Jochimsen, H.** (2001). Why Euthanasia Should not be Legalized. D. N. Weisstub, D. C. Thomasma, S. Gauthier G. F. Tomossy (Hrsg.). Aging: Decisions at the End of Life. Dordrecht: 67–90.
- Kirschner, R.**; Elkeles, Th. (1998). Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. Eine Repräsentativbefragung unter Ärzten. Gesundheitswesen 60: 247–253.
- Klee, E.** (1985). Euthanasie im NS-Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Frankfurt am Main.
- Mautner, S. L.**; Standl, A. et al. (1994). Wer überlebt in Pflegeheimen? Situationsanalyse zur Mortalität im Pflegeheim und Untersuchung von Beurteilungskriterien mit prognostischer Valenz. Zeitschrift für Gerontologie 27 (2): 149–156.

Meier, D.; Emmons, C.-A. et al. (1998). A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 338: 1193–1201.

Müller-Busch, H. C. (2004). "Terminale Sedierung". *Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene?* *Ethik in der Medizin* 4: 369–377.

Müller-Busch, H. C.; Andres, I. et al. (2003). Sedation in Palliative Care – a Critical Analysis of 7 Years Experience. *BMC Palliative Care* 2: 2.

Müller-Busch, H. C.; Klaschik, E. et al. (2004a). Einstellung und Erfahrung von Ärzten zur vorzeitigen Lebensbeendigung bei unerträglichem Leid. Eine Befragung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1318>.

Müller-Busch, H. C.; Oduncu, F. S. et al. (2004b). Attitudes on Euthanasia, Physician-Assisted Suicide and Terminal Sedation – A Survey of the Members of the German Association for Palliative Medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy* 7: 333–339.

Onwuteaka-Philipsen, B.; van der Heide, A. et al. (2003). Euthanasia and Other End-of-Life Decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *The Lancet* 362 (9381): 395–399.

Oregon Department of Human Services, Office of Disease Prevention and Epidemiology (2006). Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, March 9, 2006. Portland, OR. <http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year8.pdf>.

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.

Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland; Deutsche Bischofskonferenz (1989). Gemeinsame Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens – Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“. http://www.ekd.de/EKD-Texte/sterbebegleitung_sterbehilfe_4.html.

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, NL (2005). *Jaarverslag 2004*. Rotterdam.

Rietjens, J. A.; van der Heide, A. et al. (2004). Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands. *Ann Intern Med* 141: 178–185.

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

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) (2004). *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW vom 25. November 2004*. http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf.

Seale, C. (2006). National Survey of End-of-Life Decisions Made by UK Medical Practitioners. *Palliative Medicine* 20: 3–10.

Spaemann, R.; Fuchs, Th. (1997). *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*. Freiburg im Breisgau.

Statistisches Bundesamt (2005a). *Statistisches Jahrbuch 2004*. <http://www.destatis.de/jahrbuch/>.

Statistisches Bundesamt (2005b). *Datenreport 2004. 2., aktualisierte Auflage*. Bonn. <http://www.destatis.de/download/d/datenreport/datrepo4gesch.pdf>.

Steinbock, B.; Norcross, A. (1994). *Killing and Letting Die*. New York.

Tolmein, O. (2006). *Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung*. München.

Van der Heide, A.; Deliens, L. et al. (2003). End-of-Life Decision-Making in Six European Countries: Descriptive Study. *The Lancet* 362 (9381): 345–350.

Die Mitglieder des Nationalen Ethikrates

Staatssekretärin a. D. Kristiane Weber-Hassemer (Vorsitzende)
Prof. Dr. med. Jens Reich (Stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff (Stellv. Vorsitzender)
Dr. theol. Hermann Barth
Prof. Dr. jur. Wolfgang van den Daele
Prof. Dr. jur. Horst Dreier
Prof. Dr. phil. Eve-Marie Engels
Prof. Dr. med. Detlev Ganten
Prof. Dr. phil. Volker Gerhardt
Prof. Dr. rer. nat. Regine Kollek
Dipl.-Ing. Christiane Lohkamp
Prof. Dr. med. Martin J. Lohse
Weihbischof Dr. theol. Dr. rer. pol. Anton Losinger
Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel
Prof. Dr. rer. pol. Therese Neuer-Miebach
Prof. Dr. rer. nat. Christiane Nüsslein-Volhard
Prof. Dr. med. Peter Propping
Heinz Putzhammer †
Dr. phil. Peter Radtke
Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert
Bundesminister a. D. Dr. jur. Jürgen Schmude
Prof. Dr. theol. Dr. h. c. Richard Schröder
Prof. Dr. jur. Dres. h. c. Spiros Simitis
Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz
PD Dr. med. Christiane Woopen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Carola Böhm
Dr. Katja Crone
Ulrike Florian
Dr. Rudolf Teuwsen M. A.
Andrea Weichert
Dr. Christina de Wit

