

Ekkehardt Kumbier
Stefan J. Teipel · Sabine C. Herpertz (Hrsg.)

Ethik und Erinnerung

Zur Verantwortung der Psychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich · Berlin · Bremen · Miami
Riga · Viernheim · Wien · Zagreb

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Einleitung	9
I „Euthanasie“ im NS-Staat unter besonderer Berücksichtigung der Mecklenburger Verhältnisse	
Sterbebegleitung – Leidminderung – Tötung: Zur Entwicklung des Begriffs Euthanasie, ca. 1880 bis 1939	15
<i>Volker Roelcke</i>	
Probleme der Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten im Hinblick auf die Krankenmordaktionen des Zweiten Weltkriegs: Das Beispiel Berlin-Wittenau	29
<i>Thomas Beddies</i>	
Umsetzung der zentralen und dezentralen Euthanasie in der Heil- und Pflegeanstalt Schwerin-Sachsenberg	38
<i>Catalina Lange</i>	
Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4“ der Universitätsnervenklinik Rostock-Gehlsheim	46
<i>Kathleen Haack und Ekkehardt Kumbier</i>	
Mecklenburgische Kinderärzte und NS-„Kindereuthanasie“	59
<i>Lothar Pelz</i>	
II Grenzen medizinischen Handelns – psychiatrische Patienten zwischen Ressourcenverknappung und Verteilungsgerechtigkeit	
Ärztliche Entscheidungen am Lebensende	73
<i>Hans Lauter</i>	
Trends und Muster in Lebenserwartung und Gesundheit und Prognose der Demenzerkrankungen in Deutschland bis 2050	91
<i>Gabriele Doblhammer, Uta Ziegler und Elena Muth</i>	

Anthropologie der Endlichkeit – der Beitrag psychiatrischer Krankheit, speziell der Demenzkrankungen, zu unserem Verständnis vom Menschen	109
<i>Hans G. Ulrich</i>	
Rechtliche Entscheidungen am Lebensende: Rechtssituation in Deutschland im Vergleich zu den Niederlanden	129
<i>Christoph Sowada</i>	
Möglichkeiten und Grenzen der Versorgungsmedizin am Beispiel demenzieller Erkrankungen	151
<i>Johannes Pantel</i>	
Das selbst bestimmte Sterben: zur Geistesgeschichte eines aktuellen Verlangens	173
<i>Hans-Uwe Lammell</i>	
Autoren	187

Rechtliche Entscheidungen am Lebensende: Rechtssituation in Deutschland im Vergleich zu den Niederlanden¹

Christoph Sowada

Zusammenfassung

Nach einer Darstellung der unterschiedlichen juristischen Fallgruppen im Bereich der Sterbehilfe (einschließlich des Suizids) richtet sich der Blick auf die Rechtslage (und die Rechtswirklichkeit) in den Niederlanden, wo die aktive Sterbehilfe seit 2001 unter bestimmten Voraussetzungen seit 2001 legalisiert ist. Die rechtsvergleichende Betrachtung führt zur Ablehnung einer Übertragung des niederländischen Modells in das deutsche Rechtssystem. Die problematischste Fallkonstellation im Sterbehilfekontext bildet die Frage des Behandlungsabbruchs (= passive Sterbehilfe) beim entscheidungsunfähigen Patienten. Hierbei erweist sich das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowohl unter rechtlichen als auch unter ethischen Vorzeichen als der maßgebliche Gesichtspunkt. Die Wahrung dieses Selbstbestimmungsrechts ist auch das Anliegen des nach intensiver rechtspolitischer Diskussion unlängst verabschiedeten Gesetzes zur Regelung der Patientenverfügung. Abschließend ist ein Blick auf die besondere Situation von Demenzkranken zu werfen.

Vor wenigen Monaten erschien ein Buch des Publizisten Tilman Jens mit dem Titel „Demenz – Abschied von meinem Vater“. Dieser Vater ist der bekannte Tübinger Professor für Rhetorik und für Altphilologie Walter Jens, der im Jahre 2004 an Demenz erkrankte. Das Buch thematisiert die Schwierigkeit im Umgang mit existenzieller Wahrheit: zum einen mit Blick auf den Vater bezüglich der kurz vor Ausbruch der Krankheit erfolgten Aufdeckung seiner Mitgliedschaft in der NSDAP, und zum anderen mit Blick auf den Sohn hinsichtlich seiner Unfähigkeit, mit der Erkrankung des Vaters angemessen umzugehen (inzwischen hat auch Inge Jens, die Ehefrau von Walter Jens, ihre Gedanken unter dem Titel „Unvollständige Erinnerungen“ publiziert). Eröffnet bereits dieser (selbst-)kritische Blick auf Sprachlosigkeit und Verdrängung einen Zugang zu unserem Thema, so kommt hinzu, dass Walter Jens in dem 1995 gemeinsam mit dem Tübinger Theologen Hans Küng verfassten Buch „Menschenwürdig sterben“ – wie es im Untertitel dieses Buches heißt – ein

¹ Bezüglich des nach der Veranstaltung verabschiedeten Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts aktualisierter und mit Nachweisen versehener Vortrag vom 13.6.2009. Der Vortragstil wurde beibehalten.

„Plädoyer für Selbstverantwortung“ gehalten hat. In der Sache treten beide Autoren für die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe ein. Walter Jens ist also ein Mensch, der in gesunden Tagen nach eingehender innerer Auseinandersetzung und Reflexion für die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe plädiert hat und inzwischen an Demenz erkrankt ist. Damit lenkt er unseren Blick auf zentrale Probleme des hier zu behandelnden Themas.

I Überblick über die unterschiedlichen juristischen Fallgruppen im Bereich der Sterbehilfe

Schon im alten Rom wusste man: „Gut entscheidet, wer unterscheidet.“ Dieser Rat gilt gerade auch für den Bereich der Sterbehilfe, in dem die weithin geläufige, aber recht grobe Gegenüberstellung zwischen (verbotener) aktiver Sterbehilfe und (weitgehend erlaubter) passiver Sterbehilfe unter juristischen Vorzeichen in vier Fallgruppen aufzufächern ist (vgl. Achenbach, 2002; s. auch Kreß, 2009: 242 ff.; Roxin, 2007: 321 ff.). Hierbei ist auch ein teilweise zu konstatierender terminologischer Wandel (ohne sachliche Änderung) zu berücksichtigen (vgl. Beckmann, 2005; Schreiber, 2006: 474 f.; Verrel, 2006: 60 ff.; s. auch Neumann und Saliger, 2006: 281 f.; Schöch und Verrel, 2005: 560 ff.).

1. Aktive Sterbehilfe

Was traditionell als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet wird, heißt in moderner Terminologie „Tötung auf Verlangen“. Diese Bezeichnung entspricht der Überschrift des § 216 des Strafgesetzbuchs (StGB). Nach dieser Vorschrift wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer „durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden“ ist. In dieser Strafnorm ist weder von einer unheilbaren Krankheit oder Todesnähe noch von einer Mitleidsmotivation des Täters ausdrücklich die Rede. Überhaupt ist zu konstatieren, dass es in der gegenwärtigen deutschen Strafrechtsordnung keine explizite Strafvorschrift über die Sterbehilfe gibt (zu rechtspolitischen Vorschlägen Eser, 1986; Schöch und Verrel, 2005; Schreiber, 2006). Vielmehr handelt es sich bei § 216 StGB um eine allgemeine Privilegierung gegenüber dem Totschlag. Der Bedeutungsgehalt dieser Strafnorm liegt darin, dass der Täter (also z.B. der Arzt, der seinem Patienten auf dessen Wunsch ein tödliches Gift injiziert) trotz der Einwilligung des Opfers strafbar ist, aber mit einer im Vergleich zum Totschlag (§ 212 StGB) milderen Strafe belegt wird. Für eine Mitleidstötung, die ohne ein ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen des Opfers erfolgt, ist § 216 StGB nicht einschlägig. Die Krankenschwester, die als sog. „Todesengel“ den Patienten ohne dessen vorherige Aufforderung zu seinem vermeintlich Besten mit einem Kissen erstickt, macht sich also ungeachtet ihrer altruistischen Motivation eines Totschlags oder sogar eines Mordes schuldig (Bundesgerichtshof, 1991 und 2008). In der Sterbehilfediskussion geht es unter dem Stichwort der aktiven Sterbehilfe ausschließlich um die dem erklärten Willen des

Patienten entsprechende Tötung. Die Strafbarkeit der dem Moribunden oktroyierten Fremdtötung steht außer Frage (so auch v. Hirsch und Neumann, 2007: 693, die im Übrigen für eine Entkriminalisierung im Bereich der Tötung auf Verlangen eintreten).

2. Passive Sterbehilfe

Die gemeinhin „passive Sterbehilfe“ genannte Fallkonstellation wird in moderner Terminologie als „Behandlungsbegrenzung“ oder – meines Erachtens vorzugswürdig – als „Behandlungsabbruch“ bezeichnet. In der Sache geht es hierbei um das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen. Die Abgrenzung zwischen einem Tun und einem Unterlassen wird überwiegend anhand des normativen Kriteriums des „Schwerpunkts der Vorwerfbarkeit“ vorgenommen. Hiernach wird insbesondere das Abschalten einer Herz-Lungen-Maschine durch den behandelnden Arzt – obwohl hierbei in einem physikalischen Sinne Kraft entfaltet wird – überwiegend nicht als Tun, sondern als Unterlassen beurteilt, weil nach der sozialen Bedeutung des Geschehens der Aspekt des Nicht-Weiterbehandelns im Vordergrund steht (Kühl, 2007: vor § 211 Rdn. 8a m.w.N.; ausführlich – zur Konstruktion freilich kritisch – Schneider, 2003: vor § 211 Rdn. 108 ff.). Auch die Aufrechterhaltung der Basisversorgung (z.B. durch das Zuführen von Tee) ändert den Unterlassungscharakter nicht.

3. Indirekte Sterbehilfe

Die sog. indirekte Sterbehilfe firmiert auch unter der moderneren Bezeichnung der „Leidensminderung“. Hierunter versteht man jene Fälle, in denen dem Patienten zum Zwecke der Schmerzbekämpfung Mittel verabreicht werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge eine Lebensverkürzung mit sich bringen. Über die Straflosigkeit derartiger Maßnahmen sind sich Mediziner, Juristen, Philosophen und Theologen im Ergebnis einig. Da es sich eigentlich um eine Form der aktiven Sterbehilfe handelt, bereitet die dogmatisch saubere Begründung der Straflosigkeit gewisse Schwierigkeiten, die aber an dieser Stelle dahingestellt bleiben sollen (näher hierzu Merkel, 2006; Schneider, 2003: vor § 211 Rdn. 95 ff.).

4. Mitwirkung am Suizid

Die vierte Konstellation, die „Mitwirkung am Suizid“, ist keine reine Kategorie der Sterbehilfe; denn Selbsttötungen kommen auch bei an sich gesunden Menschen vor, die ihrem Leben aus anderen als medizinischen Gründen ein Ende setzen möchten. Andererseits illustrieren der Hinweis auf die Organisationen „Dignitas“ und „Exit“ (vgl. Birkner, 2006; zu Exit auch Fischer, 2004: 117 ff.) sowie die Namen Julius Hackethal (Oberlandesgericht München, 1987; Herzberg, 1988) und Roger Kusch (2007; s. auch ders., 2006) mit hinreichender Deutlichkeit, dass der Suizid

auch im Kontext der Sterbehilfe eine Möglichkeit darstellt, mittels derer ein Patient einen von ihm als unerträglich empfundenen Leidenszustand beenden kann.

Der strafrechtliche Ausgangspunkt ist – ungeachtet aller mit der Selbsttötung einhergehenden ethischen und religiösen Aspekte – eindeutig (Schneider, 2003: vor § 211 Rdn. 30 ff.): Weil sich die Tötungsdelikte des Strafgesetzbuches ausschließlich gegen die Tötung eines anderen Menschen richten (Kühl, 2007: vor § 211 Rdn. 9), unterfällt die freiverantwortliche Selbsttötung – wie wir Juristen sagen – keinem Straftatbestand. Hieraus folgt zugleich, dass auch die Teilnahme am Suizid eines anderen straflos bleibt. Wer einen anderen anstiftet, sich das Leben zu nehmen, oder wer ihm bei diesem Vorhaben Hilfe leistet, wird also nicht bestraft. Einige andere Staaten (z.B. Österreich und Großbritannien, unter der einschränkenden Voraussetzung eines Handelns aus „selbstsüchtigen Motiven“ auch die Schweiz) haben die Mitwirkung am Suizid durch eigenständige Strafnormen unter Strafe gestellt. Dass es entsprechende Strafnormen in Deutschland (bislang) nicht gibt, ist Ausdruck einer bewussten liberalen Grundentscheidung des Gesetzgebers. Zugleich tritt in dieser Entscheidung eine wichtige Grenzziehung zutage: Strafbar ist, wer einen anderen (sei es auch auf dessen Verlangen; vgl. § 216 StGB) tötet; straflos ist, wer lediglich dazu beiträgt, dass ein anderer sich selbst töten kann. Exemplarisch auf die Sterbehilfe projiziert: Der Arzt, der dem Patienten die von diesem erbetene tödliche Giftspritze verabreicht, wird wegen Tötung auf Verlangen bestraft; sein Kollege, der einem Patienten auf dessen Wunsch ein Glas mit in Wasser aufgelöstem Gift an die Lippen hält, aus dem der vom Hals an gelähmte Patient dann mittels eines Strohhalms trinkt, bleibt straflos, weil es sich hier um eine straflose Beihilfe zur Selbsttötung handelt. Die Forderung, beide Fälle seien gleich zu beurteilen, da sie sich doch allein hinsichtlich der Darreichungsform des Giftes unterscheiden, würde den letztlich durchschlagenden prinzipiellen Unterschied ignorieren, wem im entscheidenden, todbringenden Augenblick die Herrschaft über das Geschehen zufällt. Es ist – psychologisch und normativ – etwas fundamental anderes, ob jemand seinen Todeswunsch im kritischen Moment „durchhält“ und seinen Tod durch sein Tun selbst verantwortet oder ob er lediglich den erwünschten Tod aus der Hand eines anderen empfängt (vgl. Duttge, 2006: 576 f.; Roxin, 1993: 183 ff.).

Vier weitere Aspekte zum Suizidbereich können an dieser Stelle lediglich schlagwortartig benannt werden: Erstens muss es sich um einen freiverantwortlichen Suizid handeln. Der Maßstab für die Freiverantwortlichkeit ist umstritten (vgl. Schneider, 2003: vor § 211 Rdn. 37 ff.). Allerdings steckt die Rechtsprechung die Grenzen diesbezüglich sehr weit; zudem ist in Sterbehilfekonstellationen regelmäßig von einem sog. Bilanzsuizid auszugehen, für den auch nach dem vergleichsweise strengeren Maßstab die Freiverantwortlichkeit grundsätzlich bejaht wird. Zweitens besteht eine rechtliche Grauzone hinsichtlich jener Fälle, in denen sog. Garanten (das sind Personen, die rechtlich – grundsätzlich – zur Erfolgsabwendung verpflichtet sind) gegenüber einem bewusstlos gewordenen Suizidenten von Rettungsmaßnahmen absehen (vgl. Bundesgerichtshof, 1984; hierzu Sowada, 1985; s. auch Schneider, 2003: vor § 211 Rdn. 65 ff.). Zur Vermeidung normativer Wertungswidersprüche erscheint insoweit die Position vorzugswürdig, angesichts der

Straflosigkeit der aktiven Suizidmitwirkung (auch für Garanten) eine rechtliche Erfolgsabwendungspflicht zu verneinen. Drittens bestimmt das ärztliche Standesrecht in Deutschland eine strikte Missbilligung jeglicher ärztlicher Suizidassistenz (Bundesärztekammer, 2004; s. auch Hoppe, 2006). Diese ausnahmslose Haltung hat zu Recht Kritik erfahren (vgl. Birnbacher, 2006; Deutscher Juristentag, 2006, Beschlüsse IV.5 und 6 [N = 202, 206]; Kreß, 2009: 279 f.; Verrel, 2006: C 114 ff.; s. auch Lorenz, 2009: 64 f., sowie Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2004: Richtlinien 4.1 und 4.2). Aus rechtlicher Perspektive erscheint es insbesondere problematisch, dass ein nach allgemeiner gesetzlicher Wertentscheidung für jedermann strafloses Verhalten ohne jede Abwägung im Einzelfall mit berufsrechtlichen Sanktionen bedroht wird, die bis zum Berufsverbot reichen können. Dass kein Arzt zur Mitwirkung an einem Suizid verpflichtet ist, versteht sich von selbst. Viertens schließlich ist auf die Diskussion um die Einführung einer Strafbarkeit der Suizidbeihilfe aus Gewinnsucht hinzuweisen (vgl. Lorenz, 2009: 64 f.; Schöch und Verrel, 2005: 581 f.; Verrel, 2006: C 116 f.; hier dürfte gegebenenfalls eine verwaltungsrechtliche Lösung den Vorzug vor der Einführung einer Kriminalstrafe verdienen, Duttge, 2006: 584; Neumann und Saliger, 2006: 287 f.; Schreiber, 2006: 478).

II Die Regelung der Sterbehilfe in den Niederlanden

Das im Jahr 2001 beschlossene und zum 1. 4. 2002 in Kraft getretene, sehr umstrittene und insbesondere auch im Ausland heftig kritisierte niederländische „Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ eröffnete erstmals die Möglichkeit der Straflosigkeit aktiver ärztlicher Sterbehilfe (zur Rechtslage in den Niederlanden Janssen, 2001; Schreiber, 2004: 546 ff.; Tak, 2001; sowie monographisch Fischer, 2004; Grundmann, 2004 – zu beiden Antoine, 2006 – und Reuter, 2002). Inzwischen gibt es vergleichbare Regelungen in Belgien (2002) (vgl. Lorenz, 2009: 65 f.; Kreß, 2009: 271 f.; s. auch Oduncu und Eisenmenger, 2002; sowie die Nachweise zu rechtsvergleichenden Untersuchungen bei Roxin, 2007: 347 in Fn. 84) und in Luxemburg (2008).

1. Entstehungsgeschichte der Neuregelung

Bis zur Neuregelung war in den Niederlanden die Tötung auf Verlangen unter den gleichen Voraussetzungen wie in Deutschland (bei einem weitergehenden Strafrahmen) strafbar. Darüber hinaus enthielt das niederländische Strafgesetzbuch eine Strafbestimmung über die Hilfe zum Suizid. Hiernach wurde – sofern der „Selbstmord“ erfolgte – mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 10.000 Gulden (= 4.537,80 Euro) bestraft, „wer einen anderen vorsätzlich zu einem Selbstmord bestimmt, ihm dabei behilflich ist oder ihm die dazu benötigten Mittel beschafft“. Zu dieser Norm gibt es im deutschen Strafgesetzbuch kein Gegenstück. Insgesamt kann man also feststellen, dass die früheren niederländischen Regelungen zur Sterbehilfe eher strenger waren als die deutschen.

Etwa seit Beginn der 70er Jahre vollzog sich in den Niederlanden ein gesellschaftlicher Anschauungswandel zur Euthanasiefrage, der zu einem Rechtsprechungswandel führte und schließlich seinen Niederschlag in dem Gesetzeswandel fand (vgl. Tak, 2001: 906 ff.). Als Auslöser oder doch zumindest als Verstärker dieser Entwicklung kann der großes Aufsehen erregende Strafprozess gegen die niederländische Ärztin Geertruide Postma-van Boven angesehen werden, die ihre schwermütige, sprachgestörte und halbseitig gelähmte 78-jährige Mutter in einem Pflegeheim auf deren jahrelang ausdrücklich geäußerten Wunsch mit einer Morphiumspritze getötet hatte und hierfür 1973 eine Gefängnisstrafe von einer Woche auf Bewährung erhielt (hierzu Reuter, 2002: 16 ff.). Auch in der Folgezeit gab es zahlreiche ausgesprochen milde Urteile in Fällen aktiver Sterbehilfe (Reuter, 2002: 16 ff., 49 f.). Mitte der 80er Jahre wurde höchstrichterlich die Möglichkeit anerkannt, dass ein Arzt, der dem Tötungsverlangen seines Patienten nachgibt und aktive Sterbehilfe leistet, nach den Regeln des Notstandes (§ 40 nStGB) gerechtfertigt sein kann (Reuter, 2002: 28 ff.). Die Bejahung eines Rechtfertigungsgrundes (hier also des Notstands) bedeutet, dass das betreffende Verhalten als rechtlich einwandfrei beurteilt wird und deshalb straflos bleibt. Nachdem 1993 durch eine Ergänzung des Gesetzes über die Leichenschau ein Meldeverfahren eingeführt und 1998 regionale Kontrollkommissionen geschaffen wurden, begann ebenfalls im Jahre 1998 die parlamentarische Vorbereitung des drei Jahre später in Kraft getretenen Gesetzes zur Kontrolle der Tötung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (ausführlich zum Gesetzgebungsverfahren Reuter, 2002: 71-140).

2. Inhalt der neuen gesetzlichen Regelung

Das neue Gesetz hält im Grundsatz am Verbot der aktiven Sterbehilfe fest. Von entscheidender Bedeutung ist jedoch die im neuen Abs. 2 des Art. 293 nStGB normierte Ausnahme: Danach ist die Tat „nicht strafbar“, sofern sie durch einen Arzt begangen wurde, welcher die gesetzlich festgelegten Sorgfaltsanforderungen eingehalten und dem Leichenbeschauer gemäß den Vorschriften des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen Meldung erstattet hat. Diese Ausnahmeregelung gilt bezüglich der Beihilfe zum Suizid (nicht aber hinsichtlich der Anstiftung zur Selbsttötung) entsprechend.

Das Gesetz nennt sechs zu beachtende Sorgfaltskriterien. Hiernach muss der Arzt

1. zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat;
2. zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist;
3. den Patienten über dessen Zustand und Aussichten aufgeklärt haben;
4. mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es in dessen Situation keine andere annehmbare (bzw. „angemessene“) Lösung gibt;
5. mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den vorgenannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und schließlich

6. bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe zur Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen sein.

Des Weiteren enthält das Gesetz abgestufte Regelungen für minderjährige Patienten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ist ferner die Rolle der fünf regionalen Kontrollkommissionen von Bedeutung, denen neben einem Juristen als Vorsitzendem (mindestens) ein Mediziner und ein Ethiker angehören. Anders als nach dem früheren Recht kommt der Kontrollkommission heute nicht nur eine beratende, sondern eine selbständige Entscheidungsfunktion in dem Sinne zu, dass das Verfahren beendet ist, sofern die Kommission aufgrund des ärztlichen Berichts und etwaiger weiterer Untersuchungen mehrheitlich zu der Überzeugung gelangt, dass der Arzt die soeben dargestellten Sorgfaltsanforderungen eingehalten hat; andernfalls legt sie den Fall der Staatsanwaltschaft vor. Ferner verfassen die Kommissionen in jedem Jahr einen zwar anonymen, aber mit einem Höchstmaß an Offenheit gestalteten Bericht über ihre Tätigkeit.

3. Die niederländische Rechtswirklichkeit

Neben dem geschriebenen Gesetz – dem „law in the books“ – ist auch die tatsächliche Handhabung des Rechts – das „law in action“ – von Bedeutung. Erkenntnisse zur niederländischen Rechtswirklichkeit vermitteln zum einen die Jahresberichte der Regionalen Kontrollkommissionen, zum anderen mehrere (auch ältere) von der niederländischen Regierung in Auftrag gegebene empirische Studien (s. auch Finger, 2004; Jochemsen, 2005; Verrel, 2006: C 65 f.).

Aus den insoweit erhobenen Daten ergibt sich, dass den Kontrollkommissionen jährlich ca. 1900 Fälle gemeldet werden (vgl. die Jahresberichte der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe der Niederländischen Regierung; in deutscher Übersetzung abrufbar unter <http://www.forum-sterbehilfe.de/download.html>). In den letzten Jahren ist die Zahl der gemeldeten Fälle jedoch gestiegen (2007: 2.120 Fälle, 2008: 2.331 Fälle nach <http://aerzteblatt-student.de> in der Rubrik Ausland/News/Archiv, Meldung vom 29.5.2009). Zu etwa 90% handelt es sich um Fälle aktiver Sterbehilfe; auf die Beihilfe zur Selbsttötung entfallen nur etwa 10%. Die meisten Betroffenen starben zu Hause (88%), und in über 80% der Fälle erfolgte die Tat durch den Hausarzt (Grundmann, 2004: 201 ff., auch zum Folgenden und zu weiteren empirischen Angaben). Ebenfalls über 80% der betroffenen Patienten litten an einer Krebserkrankung (hierzu auch Schäfer et al., 2006). Das Ausmaß der Lebensverkürzung wird für die aktive Sterbehilfe am häufigsten auf ein bis vier Wochen geschätzt, bei der Beihilfe zur Selbsttötung überwiegend auf mehr als einen Monat.

Manche Angaben gestatten den Vergleich mit der Situation unter der früheren Gesetzeslage: So ist der Anteil der Ärzte, die weder jemals aktive Sterbehilfe leisten noch eine Weiterverweisung vornehmen würden, von 4% im Jahre 1990 und 3% im Jahre 1995 auf 1% im Jahr 2001 gesunken. Die Meldebereitschaft ist von 41%

im Jahre 1998 auf (immer noch recht niedrige) 54% gestiegen, wobei eine Meldung gerade in den Fällen unterblieben ist, in denen das Risiko einer Strafverfolgung als vergleichsweise hoch eingeschätzt wurde (Grundmann, 2004: 204 f.). Insgesamt ist die Zahl der Fälle aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden (von ca. 3.500 Fällen = 2,6% aller Todesfälle im Jahr 2001 auf 2.300 Fälle = 1,7% aller Todesfälle im Jahr 2005) zurückgegangen (Kreß, 2009: 276). Zur Einordnung dient auch die Feststellung, dass auf einen Fall aktiver Sterbehilfe jeweils acht Fälle der indirekten und der passiven Sterbehilfe kamen (vgl. – für 2001 – Grundmann, 2004: 204). Besonderes Augenmerk verdient der Umstand, dass die empirische Untersuchung für das Jahr 2001 982 Fälle (= 0,7% aller Todesfälle) zutage förderte, in denen „aktive Sterbehilfe ohne Verlangen“ verübt wurde (Grundmann, 2004: 209). Zu diesem erschreckenden Befund ist freilich anzumerken, dass auch schon im Bericht der Rimmelink-Kommission für das Jahr 1990 eine vergleichbare Zahl von 1.030 Fällen aktiver Sterbehilfe ohne Verlangen angegeben wurde (Grundmann, 2004: 64; s. auch Reuter, 2002: 141 ff., 154 ff.).

Einen weiteren Zugang zur Rechtswirklichkeit eröffnet die Frage, welche Probleme die niederländischen Gerichte bei der Anwendung des neuen Gesetzes beschäftigt haben (vgl. hierzu Grundmann, 2004: 194 ff.). In diesem Zusammenhang erweist sich die Interpretation des Merkmals eines „aussichtslosen und unerträglichen Leidens“ des Patienten als schwierig; hierbei ist insbesondere umstritten, inwieweit auch rein psychische Umstände diese Voraussetzung erfüllen können.

III Zur Frage der Übertragbarkeit auf das deutsche Rechtssystem (de lege ferenda)

Angesichts dieser rechtsvergleichenden Befunde ist zu fragen, ob sich eine Übertragung der niederländischen Regelung in das deutsche Rechtssystem empfiehlt (vgl. Antoine, 2006; Schreiber, 2004). In Deutschland ist das auch in den Niederlanden selbst kontrovers diskutierte Sterbehilfegesetz (vgl. zur Haltung der niederländischen Kirchen Grundmann, 2004: 146 ff; Kreß, 2009: 280) sowohl von politischer als auch von kirchlicher Seite auf nahezu einhellige Ablehnung gestoßen (Fischer, 2004: 195 ff.). In einem gewissen Gegensatz hierzu weisen Meinungsumfragen eine hohe Zustimmungquote für die Zulassung ärztlicher aktiver Sterbehilfe auf. So waren bei einer Umfrage des Instituts für Demoskopie in Allensbach im Jahre 2001 64% der Westdeutschen und sogar 80% der Ostdeutschen der Meinung, ein schwerkranker Patient im Krankenhaus solle das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt (vgl. Fischer, 2004: 204 f.). Auch bei einer Erhebung aus dem vergangenen Jahr sprach sich eine Mehrheit von 58% für die aktive Sterbehilfe aus (Allensbacher Berichte, 2008; kritisch hierzu die Stellungnahmen von DGSS und DGP; vgl. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/33297/>). Nach einer Umfrage des Meinungsforschungsinstituts TNS Healthcare aus dem Jahr 2008 (vgl. <http://www.spiegel.de/politik/debatte/0,1518,592070,00.html>) waren 16,4% der befragten Mediziner für aktive Sterbehilfe, 35% für eine

Regelung, die es Ärzten erlaubt, Patienten mit fortgeschrittener schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu helfen; 31,5% wünscht sich die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe für den Fall eigener schwerer, unheilbarer Krankheit. In einer bundesweiten Vollerhebung unter den erstinstanzlich tätigen Vormundschaftsrichtern stimmten immerhin 46% der Befragten für eine Straffreistellung der aktiven Sterbehilfe (Höfling und Schäfer, 2006: 69; s. auch Höfling und Schäfer, 2005: 249 ff.). Freilich hängen die Ergebnisse in den Meinungsumfragen stark von der konkreten Fragestellung ab (Antoine, 2006). Generell nimmt die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe ab, je differenzierter die Frage formuliert ist und je stärker neben dem harten „Schwarz-Weiß“ auch weitere Handlungsoptionen (z.B. Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung, Hospize etc.) thematisiert werden. Trotz erheblicher Vorbehalte gegen die Vergleichbarkeit der einzelnen Studien zeigt eine Gesamtschau zu 15 Studien aus den letzten 40 Jahren immerhin, dass ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung entgegen der in Politik und Kirchen vorherrschenden Sichtweise die aktive Sterbehilfe als eine Möglichkeit ansieht, die jedem für den potenziell eintretenden Notfall zur Verfügung stehen sollte (Fischer, 2004: 223 ff., 244).

Es gibt aber nicht nur zustimmende Äußerungen in Meinungsumfragen, sondern es gibt auch aktive Sterbehilfe in Deutschland. Obwohl sie strafbar ist und von der Bundesärztekammer ausdrücklich als unethisch gebrandmarkt wird, ist sie eine – geleugnete – Realität (Kreß, 2009: 276 f.; Verrel, 2006: C 67; Wolfslast, 2003: 914 f.). Und als Problem ist sie Realität auch dort, wo sie nicht praktiziert wird, wo aber ein Wort oder auch nur ein flehentliches Blick eine diesbezügliche Frage stellt. Es besteht also ein Bedarf an offener und öffentlicher Diskussion auch bei uns. Ein solcher Diskurs wird teilweise dadurch erschwert, dass gerade die Auseinandersetzung um die aktive Sterbehilfe vielfach vom Dammbrech-Argument beherrscht wird, das häufig auch mit dem Hinweis auf die NS-Ideologie von der Vernichtung sog. „lebensunwerten Lebens“ verknüpft wird (vgl. Saliger, 2007: 644 ff.; kritisch auch Merkel, 2006: 321 mit Fn. 87). Wenngleich „Gefahrenbeschwörung ... noch keine Widerlegung der Sache (ist)“ (Küng in: Jens und Küng, 1995: 67), ist die Warnung vor einem Dammbrech als empirisches Folgeargument grundsätzlich legitim (Saliger, 2007: 635 ff., 652 ff., auch zum Folgenden; s. auch Grundmann, 2004: 167 ff.). Man sollte sich aber bewusst machen, dass eine solche Argumentation verführerisch und gefährlich zugleich ist, indem sie – ebenso wie das Bild von der schiefen Ebene oder Rutschbahn, der sog. „slippery slope“ – auf die suggestive Kraft dramatischer Bilder setzt. Hiermit verbindet sich eine Simplifizierungs- und eine Ablenkungs-, vor allem aber eine „Totschlagsfunktion“: Wer will schon einen Dammbrech auslösen oder im wahrsten Sinne des Wortes „auf die schiefe Bahn“ geraten? Die emotionale Evidenz, die mit diesen Bildern einhergeht, schiebt demjenigen, dem das Dammbrech- oder Schiefe-Ebene-Argument entgegengehalten wird, im praktischen Diskurs die Beweislast zu, die eigentlich bei demjenigen liegt, der die Folgenbetrachtung als Argument verwenden will.

Wenn auch diese Aspekte einen fairen Umgang mit der niederländischen Regelung anmahnen (vgl. Tak, 2001; s. auch Kreß, 2009: 272; Schreiber, 2004: 550), so ändert dies nichts daran, dass das niederländische Modell nach meiner Überzeugung

kein geeignetes Vorbild für das deutsche Recht darstellt und der deutsche Gesetzgeber an der Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe festhalten sollte. Hierfür spricht erstens, dass das Lebensschutzkonzept des niederländischen Modells mindestens zwei Schwachstellen aufweist: Die Kontrolle, ob es sich um einen Fall zulässiger ärztlicher Sterbehilfe handelt, erfolgt erst nachträglich und kommt somit gegebenenfalls zu spät (s. auch Grundmann, 2004: 172 ff.; Saliger, 1998: 148 mit Fn. 192); ferner ist die Wahl des zweiten hinzuzuziehenden Arztes dem Arzt überlassen, der schließlich die aktive Sterbehilfe leisten will (hierin liegt die Gefahr begründet, dass wechselseitige Allianzen die Effektivität der Kontrolle mindern können). Wichtiger ist jedoch ein zweiter, prinzipieller Grund: Das Tabu der gezielten Fremdtötung sollte als unverrückbarer Eckpfeiler der Sterbehilfediskussion nicht ohne Not preisgegeben werden. Gerade in Anbetracht vielfältiger Abwägungen in diesem Bereich ist die Begrenzung der Autonomie dahingehend, dass niemand die Macht hat, einem anderen die Tötung zu gestatten, als eine stabile Orientierungsgröße beizubehalten. Dies gilt auch im Hinblick auf die (vorerst abstrakten) Gefahren, die sich aus strukturellen Faktoren wie steigende Gesundheitskosten und die demographischen Entwicklung in Bezug auf eine Verschärfung der Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen ergeben können (vgl. hierzu kritisch Saliger, 2007: 644, 645 f.; zum zunehmenden Gewicht ökonomischer Aspekte auch Duttge, 2006a: 482 f.). Drittens schließlich bedarf es einer Preisgabe des Fremdtötungstabus nicht (s. auch Kutzer, 2003). Sowohl bei der Beihilfe zum Suizid als auch bei der indirekten Sterbehilfe handelt es sich um aktive Verhaltensweisen, die zur Tötung eines anderen Menschen beitragen und die dennoch straflos sind. Eine zusätzliche Einschränkung des § 216 StGB resultiert daraus, dass der technische Behandlungsabbruch als Fall des Unterlassens angesehen und dem Bereich der passiven Sterbehilfe zugeordnet wird. Alle diese Restriktionen halte ich für richtig. Umgekehrt gilt aber: Mit dem verbleibenden engen Anwendungsbereich kann und sollte § 216 StGB beibehalten werden (Roxin, 2007: 346 ff.; s. auch Ingelfinger, 2006: 822 ff.).

IV Die „passive“ Sterbehilfe (= der Behandlungsabbruch) als problematische Fallkonstellation (insbesondere bei Entscheidungsunfähigkeit des Patienten)

Warum soll die passive Sterbehilfe erlaubt sein, wenn die aktive Sterbehilfe verboten bleiben soll? Der maßgebliche Unterschied liegt im Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Eben zur Wahrung der Patientenautonomie wird die ärztliche Heilbehandlung von der ständigen Rechtsprechung (vgl. nur Bundesgerichtshof, 1997; sowie die Nachweise bei Kühl, 2007: § 223 Rdn. 8) als tatbestandsmäßige Körperverletzung angesehen mit der Folge, dass der Arzt der Rechtfertigung seines Handelns bedarf. Diese Rechtfertigung resultiert regelmäßig aus der tatsächlich erteilten oder mutmaßlichen Einwilligung des Patienten. Die Einwilligung in die Behandlungsmaßnahme bildet hiernach den „Dreh- und Angelpunkt des Arzt-Patienten-Verhältnisses“; sie markiert sowohl den Grund als auch die Grenze zulässiger ärztlicher Intervention (Schneider, 2003: vor § 211 Rdn. 105). Die Entscheidungsmacht des Patienten umfasst das Recht, einen medizinisch gebotenen Eingriff abzulehnen,

auch dann, wenn er durch ihn und nur durch ihn von seinem Leiden befreit werden könnte (grundlegend Bundesgerichtshof, 1991: 379; s. auch Bundesgerichtshof, 1957: 114; Generalstaatsanwalt Nürnberg, 2008; Sternberg-Lieben, 1998: 352 f.). Wenn dem Selbstbestimmungsrecht schon bei einer möglichen Lebensrettung Vorrang zukommt, so gilt dies erst recht, wenn die ärztliche Behandlung lediglich dazu dient, den Todeskampf zu verlängern (Landgericht Ravensburg, 1987; Ingelfinger, 2006: 825 f.). Die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe bildet gleichsam die Kehrseite des Verbots eigenmächtiger Heilbehandlung (Sternberg-Lieben, 1998: 373).

Was bezüglich des bewusstseinsklaren Patienten unmittelbar einleuchtet, gilt grundsätzlich ebenso hinsichtlich des entscheidungsunfähig gewordenen Patienten. Der Verlust der Entscheidungsfähigkeit beseitigt nicht das Selbstbestimmungsrecht (Generalstaatsanwalt Nürnberg, 2008; Hahne, 2003: 1620). Allerdings führt das Fehlen der aktuellen Entscheidungsfähigkeit (abgesehen von den Fällen einer im Vorhinein getroffenen Patientenverfügung; s. dazu unten zu V.) dazu, auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abzustellen. Es ist also danach zu fragen, wie dieser konkrete Patient (wichtig: nicht etwa, wie ein verständiger Normalpatient oder der Arzt, wenn er in der Lage des Patienten wäre) – wie also dieser konkrete Patient wohl entschieden hätte, wenn man ihn hätte fragen können. Dies gilt – wie der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofs in seiner Leitentscheidung aus dem Jahre 1994, dem sog. „Kemptener Fall“ (Bundesgerichtshof, 1994; hierzu Höfling und Schäfer, 2006: 6-9, 14-17; Merkel, 1995; Saliger, 1998; Verrel, 2006: C 20-29), zu Recht hervorgehoben hat – auch vor Einsetzen des Sterbeprozesses (leider hat der 12. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs in einer späteren Entscheidung [Bundesgerichtshof 2003; hierzu Hahne, 2003; Verrel, 2003 und 2006: C 43 ff. sowie Saliger, 2004] infolge einer Fehlinterpretation dieses Urteil nur auf die Sterbephase bezogen und damit – oder doch durch zumindest missverständliche Formulierungen [Saliger, 2004: 240 f.; s. auch Kutzer, 2005: 260 f.] – eine weitgehende und folgenreiche Verwirrung ausgelöst [s. auch Deutscher Bundestag, 2008: 16; Simon et al. 2004: 306 f.]).

Mit dem Abstellen auf den mutmaßlichen Willen verknüpfen sich zwei Fragen:

1. Wie kann der mutmaßliche Wille festgestellt werden? Und
2. wie ist zu verfahren, wenn ein mutmaßlicher Wille nicht ermittelt werden kann?

Nach Ansicht des Strafsenats des Bundesgerichtshofs (Bundesgerichtshof, 1994: 257, 261 ff.) sind an die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses in den Behandlungsabbruch „strenge Anforderungen“ zu stellen; als Faktoren werden frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen genannt. Lasse sich ein individueller mutmaßlicher Wille des Kranken nicht feststellen, so bedürfe es eines Rückgriffs auf die „allgemeinen Wertvorstellungen“, wobei nach Auffassung des Bundesgerichtshofs „Zurückhaltung geboten“ ist und dem Schutz menschlichen Lebens im Zweifel Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, des Angehörigen oder einer anderen Person zukomme. Als „Faustformel“ formuliert der Bundesge-

richtshof: „(J)e weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, um so eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen.“

Diese Linie des Bundesgerichtshofs hat vielfach Zustimmung, aber auch Kritik aus gegenläufiger Richtung erfahren. Während einige Kritiker einen unbedingten Lebensschutz anmahnen und das Urteil insoweit als zu weitgehend ablehnen, werden umgekehrt die vom Bundesgerichtshof für den mutmaßlichen Willen zur Behandlungseinstellung geforderten „strengen Anforderungen“ kritisiert. Weil auch lebensverlängernde Eingriffe grundsätzlich tatbestandliche Körperverletzungen darstellen, sei nicht der Behandlungsabbruch, sondern die Fortführung der Behandlung legitimierungsbedürftig. Von diesem Ansatzpunkt aus sei der Grundsatz „in dubio pro vita“ nicht als rechtliche Auslegungsregel anzuerkennen; vielmehr sei im Zweifel für den Abbruch oder doch zumindest ohne Vorrang nach den gewichtigeren Indizien im Einzelfall zu entscheiden (Schneider, 2003: vor § 211 Rdn. 121; Verrel, 2006: C 37 f., 119 f.).

Naturgemäß problematisch sind die „allgemeinen Wertvorstellungen“. Einerseits wird die Ansicht vertreten, gegenwärtig sei kein rechtlich akzeptabler Weg zu einer Billigung der Lebensbeendigung in Fällen der Intensivpflege ersichtlich, zumal die Gesellschaft die Pflege ihrer Alten und Gebrechlichen zum Bestandteil des Generationenvertrages gemacht habe und der bloße Umstand, dass sich der Zustand des Apallikers nach seiner Dauer und oft seinem Entstehungsgrund von Altersleiden unterscheide, insoweit keine andere Beurteilung rechtfertige (Jähnke, 2005: vor § 211 Rdn. 20c). Zielt diese Argumentation gegen die prinzipielle Möglichkeit, unter Berufung auf „allgemeine Wertvorstellungen“ jemals eine Lebensbeendigung zu legitimieren, so lässt sich andererseits mit umgekehrter Blickrichtung fragen, ob der Bundesgerichtshof vielleicht ja nicht zuletzt deshalb Zuflucht zu den „allgemeinen Wertvorstellungen“ genommen hat, weil ihm auf diese Weise die Verankerung des Grundsatzes „in dubio pro vita“ möglich schien. Ob aber die heutigen „allgemeinen Wertvorstellungen“ tatsächlich den 1994 vom Bundesgerichtshof postulierten Inhalt haben, kann aufgrund zahlreicher empirischer Befunde ernsthaft bezweifelt werden (vgl. Coeppecus, 1998: 3385 zur Einstellung von Schwestern und Pflegern; Höfling und Schäfer, 2006: 67 ff. zur Haltung von Vormundschaftsrichtern; Allensbacher Berichte, 2005 und 2008; vgl. auch oben III. zur aktiven Sterbehilfe). Es könnte gut sein, dass hier von den Bundesrichtern eine Sollensaussage in das Gewand einer Seinsaussage gekleidet worden ist.

V Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung

Weil entscheidungsunfähige Patienten ihr Selbstbestimmungsrecht in der aktuellen Situation nicht mehr ausüben können, stellt sich die Frage nach der Möglichkeit vorheriger Festlegungen (Sternberg-Lieben, 1998). Damit ist die Thematik der Patientenverfügung angesprochen, die inzwischen nach langer intensiver parlamentarischer Beratung und mehreren fraktionsübergreifenden Gesetzentwürfen (Müller,

2008; Olzen, 2009: 355 ff.; s. auch Höfling und Schäfer, 2006: 29 ff.; Wagenitz, 2005: 673 ff. sowie rechtsvergleichend Röthel, 2007) eine gesetzliche Regelung im Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. 7. 2009 (Bundesgesetzblatt, 2009, Teil I: 2286) gefunden hat. Patientenverfügungen sind (nach dem neuen § 1901a BGB) für den Fall späterer Einwilligungsunfähigkeit getroffene schriftliche Festlegungen eines Volljährigen, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt. Haben Patientenverfügungen – ungeachtet früherer prinzipieller Bedenken gegen ihre Rechtswirksamkeit – bereits durch die Rechtsprechung eine Aufwertung vom bloßen Indiz zur „antizipativen Willensbekundung“ als eigenständiger Legitimationsgrundlage für Behandlungsbegrenzungen erfahren (Bundesgerichtshof, 2003), so bedeutet die gesetzliche Normierung ihrer Verbindlichkeit dennoch ein erhöhtes Maß an Rechtssicherheit. Die Patientenverfügung stellt „allerdings eine nur statische Antwort in dem dynamischen Prozess von Krankheit und Therapie“ dar (Sternberg-Lieben, 1998: 363); die hiermit angesprochene Differenz zwischen der Verfügungs- und der Umsetzungssituation (Albers, 2009: 139) begründet zwar besondere Schwierigkeiten bei der Abfassung (zahlreiche Muster sind dokumentiert durch das Zentrum für medizinische Ethik in Bochum, abrufbar unter <http://www.medizinethik.de/verfuegungen.htm>) und der Auslegung von Patientenverfügungen; diese Probleme rechtfertigen es aber nicht, den Patienten für die Phase aktueller Entscheidungsfähigkeit zum Objekt bloßer Fremdbestimmung zu degradieren.

Rechtspolitisch umstritten waren zum einen die für eine verbindliche Patientenverfügung zu verlangenden formellen Voraussetzungen (Albers, 2009: 142 f.; Müller, 2008: 588). Hier hat sich der Gesetzgeber für sehr geringe Anforderungen entschieden: Es muss sich (nur) um die schriftliche Erklärung eines Volljährigen handeln. Damit haben weitergehende Forderungen wie das Erfordernis einer vorherigen ärztlichen Aufklärung oder gar einer notariellen Beurkundung sowie die Einführung von sog. „Verfallklauseln“ keinen Eingang in das Gesetz gefunden. Dessen ungeachtet ist die vorherige Beratung durch einen Arzt des Vertrauens gewiss nachdrücklich zu empfehlen, schon allein um die einzelnen prognostischen Verläufe möglichst klar antizipieren zu können. Für die geringe Wirksamkeitsschwelle lässt sich unter dogmatischen Vorzeichen immerhin darauf verweisen, dass nicht die Ablehnung oder der Abbruch einer Behandlungsmaßnahme der Rechtfertigung bedarf, sondern deren Vornahme, und dass die Legitimationsvoraussetzungen daher nicht höher sein sollten als bei der Einwilligung, die auch dann wirksam ist, wenn der Patient die ihm angebotene Aufklärung ablehnt (Deutscher Bundestag, 2008: 14; Schneider, 2003: vor § 211 Rdn. 124 f.; Verrel, 2006: C 84, 119 f.; s. auch Sternberg-Lieben, 1998: 355 f.). Das Schriftformerfordernis ist hingegen durchaus plausibel, da es sowohl einen (gewissen) Übereilungsschutz bietet als auch ein hinreichend konsistentes Substrat für die ohnehin schwierigen Auslegungsfragen sichert. Ist es daher verständlich, dass man sich grundsätzlich nicht mit (relativ unsicheren) mündlichen Äußerungen begnügen will, so sind dennoch Fälle denkbar, in denen jemand (sei es als Analphabet oder infolge krankheitsbedingter körperlicher Beeinträchtigung) nicht zur schriftlichen Niederlegung seines Willens in der Lage ist. Deshalb hatte der Deut-

sche Juristentag 2006 mehrheitlich auch eine sonstige verlässliche Dokumentation (z.B. in Form einer Videoaufnahme) als ausreichend angesehen (Deutscher Juristentag, 2006: Beschluss II 7e [N = 202, 206]). Wenn das Gesetz diese Alternative nicht aufgenommen hat, so führt dies freilich nicht zu einem Behandlungsautomatismus. Vielmehr verweist § 1901a Abs. 2 für den Fall, dass keine Patientenverfügung vorliegt oder die in ihr enthaltenen Festlegungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, auf den dann maßgeblichen mutmaßlichen Willen des Patienten. Dessen mutmaßlicher Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln, wobei frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betroffenen zu berücksichtigen sind. In prozeduraler Hinsicht dient die Einschaltung von Betreuern und Bevollmächtigten der Ermittlung und Umsetzung des Patientenwillens. Der behandelnde Arzt erörtert die medizinisch indizierte(n) Maßnahme(n) mit diesen Personen (§ 1901b Abs. 1 und 3 BGB); ferner soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1901b Abs. 2 BGB). Einer Genehmigung des Betreuungsgerichts bedarf es nur, wenn zwischen dem Arzt und dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten kein Einvernehmen über den Patientenwillen erzielt werden kann (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB). Dem Gesetz liegt damit ein dialogisches Modell mit einer gerichtlichen Kontrolle (nur) in Dissensfällen (hierfür auch 60% der befragten Vormundschaftsrichter; vgl. Höfling und Schäfer, 2006: 66 f.; kritisch insoweit Saliger, 2004: 243 f.) zugrunde. Dieser prozeduralen Absicherung der Patientenautonomie entsprechen auch die teilweise installierten, vom Gesetz allerdings nicht vorgeschriebenen ethischen Fallbesprechungen, bei denen ein Konsil von Ärzten, Pflegeern und Angehörigen (freilich nur mit beratender Funktion für die gesetzlich bestimmten Entscheidungsträger) die Patientenverfügung und den mutmaßlichen Patientenwillen in Bezug auf die jeweilige aktuelle Lage interpretiert (vgl. Albers, 2009: 143 f.; May, 2004; s. auch zur Abgrenzung der Entscheidungsträger Müller, 2008: 586 f.).

Am heftigsten umstritten war im Gesetzgebungsverfahren die Frage der Reichweitenbegrenzung (vgl. Albers, 2009: 141 f.; Müller, 2008: 588). Während teilweise eine den Behandlungsabbruch legitimierende Patientenverfügung grundsätzlich nur beim Vorliegen einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit für zulässig erachtet wurde, stellt das Gesetz in Übereinstimmung mit der wohl auch in der erachteten Diskussion überwiegend vertretenen Ansicht klar, dass die Patientenverfügung unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Patienten gilt (§ 1901a Abs. 3 BGB). Auch diese Festlegung verdient Zustimmung (ebenso u.a. Krefß, 2009: 266 f.; Roxin, 2007: 338 f.). Die Intention des gesetzgeberischen Handelns liegt gerade in der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten auch für den Fall, dass er zur aktuellen Willensbildung bzw. -äußerung nicht imstande ist. Eine auf todesnahe Fälle verengte Regelung würde aber – pointiert formuliert – geradezu als „Patientenverfügungsverhinderungsgesetz“ wirken, da hierdurch die praktisch wichtigsten Fälle, insbesondere der zwar infauste, aber eben nicht todesnahe Zustand von Wachkomapatienten, dem Selbstbestimmungsrecht entzogen würden.

Mit der legislatorischen Entscheidung ist eine Klärung herbeigeführt worden, die grundsätzlichen Diskussionen bei vordergründiger Betrachtung den Boden entzogen hat. Dennoch sollen – gerade im Rahmen einer ethischen Fragen über den Augenblick hinaus reflektierenden Veranstaltung – noch einmal für die Sterbehilfeproblematik relevante grundsätzliche Aspekte in den Blick genommen werden. Auch in diesem Bedeutungsrahmen ergibt sich nach meiner Überzeugung keine über die jetzt Gesetz gewordenen Grenzziehungen hinausgehende Beschneidung der Patientenautonomie. Zwar hat niemand das Recht, einem anderen dessen Lebensrecht abzuspochen oder ihm – sei es auch auf dessen Wunsch – das Leben zu nehmen. Eben hieraus folgen der Gedanke der Unantastbarkeit fremden Lebens und das Verbot der aktiven Sterbehilfe. Umgekehrt hat aber auch niemand das Recht, jemanden gegen dessen Willen dauerhaft zu einem Weiterleben zu zwingen, das den Vorstellungen des Betroffenen von einem ihm lebenswert erscheinenden Leben unumkehrbar widerspricht. Hiergegen lässt sich auch das traditionelle religiös-ethische Argument von der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens nicht ins Feld führen. Abgesehen davon, dass sich in einem weltanschaulich neutralen Staat Strafnormen unabhängig von religiösen Anschauungen begründen lassen müssen (vgl. Jarass, 2007: Art. 4 Rdn. 5; Bundesverfassungsgericht, 1971: 106 ff.; s. auch Goertz, 2008: 23, 25), darf die Selbstbestimmung des Kranken nicht gegen ein von Dritten zugesprochenes, abstraktes Lebensinteresse ausgespielt werden, indem die Rationalität Dritter zur Grenze der auf das eigene Leben als höchstpersönliches Gut bezogenen Autonomie erklärt wird (Sternberg-Lieben, 1998: 359). Im Rechtsinne ist sicher niemand dem Staat oder der Gemeinschaft verpflichtet zu leben (was eine moralische Verpflichtung zum Leben im Einzelfall – z.B. bezüglich einer für die Versorgung kleiner Kinder verantwortlichen Bezugsperson – nicht a priori ausschließt). Es erscheint mir aber auch zweifelhaft, aus dem Gabe-Charakter des Lebens eine absolute Lebenspflicht ableiten zu wollen (ebenso Kreß, 2009: 281). Hans Küng, der mit seinen Bemühungen um ein Weltethos gewiss nicht im Verdacht steht, die Weisung „Du sollst nicht töten!“ – oder positiv formuliert: „Hab Ehrfurcht vor dem Leben!“ – gering zu achten, weist in seinem schon angesprochenen, gemeinsam mit Walter Jens verfassten Buch (Jens und Küng, 1995: 60; s. zum Folgenden auch a.a.O.: 58, 71 f. und 74; vgl. ferner Schreiber, 2004: 550) zu Recht darauf hin, dass Selbstbestimmung nicht Willkür, sondern Gewissensentscheidung meint. „Zum menschenwürdigen Sterben gehört [nach Küng] auch eine menschenwürdige Verantwortung für das Sterben – nicht aus Misstrauen und Überheblichkeit gegenüber Gott, sondern aus unerschütterlichem Vertrauen in Gott, der kein Sadist ist, sondern der Barmherzige, dessen Gnade ewig währt.“ Im Bemühen um „einen theologisch und ethisch verantworteten Weg der Mitte... zwischen einem antireligiösen Libertinismus ohne Verantwortung... und einem reaktionären Rigorismus ohne Mitleid“ schreibt Küng, dass „der allbarmherzige Gott, der dem Menschen Freiheit geschenkt und Verantwortung für sein Leben zugemutet hat, gerade auch dem sterbenden Menschen die Verantwortung und Gewissensentscheidung für Art und Zeitpunkt seines Todes überlassen (hat)... Diese Selbstbestimmung ist kein Akt hybriden Trotzes gegen Gott; wie sich Gnade Gottes und Freiheit des Menschen nicht ausschließen, so auch nicht Gottes Vorherbestimmung und des Menschen Selbstbestimmung.“ Nicht nur Kirchenkritiker, sondern auch Männer und Frauen in

der Kirche (z.B. Mutter Teresa; vgl. Coeppicus, 1998: 3385) haben für sich erklärt, eine Lebensverlängerung „um jeden Preis“ nicht zu wollen. Vom großen Renaissancekünstler Michelangelo ist der Satz überliefert (Bösen, 2006: 16): „Wenn wir das Leben lieben, sollten wir den Tod nicht fürchten; denn er kommt aus derselben Hand.“ Und vom heiligen Franziskus wird berichtet, dass er – als er im Jahre 1226 vierundvierzigjährig, erblindet und mit unerträglichen Schmerzen vom Arzt erfährt, dass er demnächst sterben werde, voll Freude ausgerufen haben soll: „Bruder Tod, sei mir willkommen!“ Und wenig später ergänzte er seinen berühmten Sonnengesang um eine letzte Strophe: „Sei gelobt, mein Herr, durch unseren Bruder, den Leibestod...!“ (vgl. Bösen, 2006: 16). Man muss als gläubiger Christ nicht unbedingt diese Einstellung haben, aber ich denke, die Vorstellung, der Mensch habe auf seinem Lebens-Posten heroisch auszuharren, bis ihn der göttliche Feldherr abberuft (vgl. hierzu Goertz, 2008: 23 f., 25), ist – wie auch die Existenz kirchlicher Patientenverfügungsmuster belegt – zumindest nicht erzwungen und es gibt auch aus christlicher Perspektive heraus ein „Recht auf Kapitulation“ (Kamann, 2009; s. auch Pfarrer Albertz, zitiert nach Coeppicus, 1998: 3385; vgl. ferner Schröder, 2005). Das ärztliche Ethos, die mitmenschliche Solidarität und die christliche Geschwisterlichkeit sind eine gute Basis, auf einen Menschen einzuwirken, damit er nicht aufgibt; ein Recht, ihn gegen seinen Willen ins Leben zu zwingen, gibt diese Grundhaltung nach meiner Überzeugung nicht.

Der von mir sehr geschätzte seelsorgerische Leiter und Vorsitzende des Klinischen Ethikkomitees des Flensburger Malteserkrankenhauses fügt seinen E-Mails neben den Adressangaben – gleichsam als Leitspruch – einen (in etwas freierer Übersetzung) aus dem zweiten Korintherbrief (2. Kor. 4,7) entnommenen Satz bei: „Wir sind Gottes Schatz in zerbrechlichen Gefäßen.“ In seiner Kürze bringt dieser Satz zwei wesentliche Aspekte zum Ausdruck: zum einen die große Würde, die jedem Menschen dadurch zuteil wird, dass Gott ihn unendlich und bedingungslos liebt, und zum anderen die Gefährdungen, denen dieses kostbare Gut ausgesetzt ist. Gerade dieser zweite Gesichtspunkt lenkt den Blick auf ein prinzipielles ethisches Problem: Ist die Betonung der Autonomie nicht die Überhöhung eines realitätsfernen Pathos, weil die Menschen, um die es geht, eher schwach als stark sind und eher der Fürsorge als der Respektierung ihres „freien“ Willens bedürfen? Ist die Anerkennung ihres „freien“ Willens nicht die Überwälzung der Verantwortung auf die schwachen Schultern des überforderten Einzelnen? In pointierter Form bezeichnete Margot von Renesse (zit. nach Wagenitz, 2005: 678) die Patientenautonomie als „die goldene Kehrseite einer Medaille, deren Nachtseite die Angst ist, dass niemand ‚seines Bruders Hüter‘ sein will.“ Das ist ein schwieriges Problem. Intuitiv wird wohl jeder sofort der Formel zustimmen: „Fürsorge ja, Bevormundung nein“. Das Recht muss allerdings generelle Regelungen für alle Bürger bereitstellen, Normen, die ebenso für die Starken gelten wie für die Schwachen. In der Lebenswirklichkeit gibt es beide Gruppen. Damit muss sich die Rechtsordnung entscheiden, ob sie um der Fürsorge willen die Autonomie des Starken missachten oder um der Selbstbestimmung des Starken willen den Schwachen mit der Verantwortung belasten will. Meines Erachtens sollte sich unser Recht am Leitbild des zu eigenverantwortlicher Selbstbestimmung fähigen Menschen orientieren. Denn auch eine im

Einzelfall nur abgeschwächte Form der Selbstbestimmung verdient gegenüber einer noch viel problematischeren Fremdbestimmung – und diese ist die unausweichliche Alternative! – den Vorzug. Niemand ist verpflichtet, eine Patientenverfügung zu verfassen (ebenso kann eine einmal getroffene Patientenverfügung jederzeit formlos widerrufen werden, § 1901a Abs. 1 S. 3 BGB). Auch sollte man im Sinne einer Präventiv- und Präventionsverantwortung die Bemühungen um die Palliativmedizin verstärken, die Einrichtung von Hospizen fördern und Angebote (wie z.B. die Wertanamnese) ausbauen, die dem Einzelnen bei der Ermittlung seines Willens und bei der Ausübung seiner Autonomie helfen (Kreß, 2009: 253 ff.; Sternberg-Lieben, 1998: 368 f). Das Selbstbestimmungsrecht generell in seinem Wert zurückzudrängen und die existenziellen Fragen auf andere Entscheidungsträger (Angehörige, Ärzte, Gerichte) zu verlagern, ist kein akzeptabler Ausweg. In dem Bewusstsein leben zu müssen, bei Verlust der eigenen Entscheidungsfähigkeit der Beurteilung Dritter hilflos ausgeliefert zu sein und gegebenenfalls nicht gewollte lebensverlängernde Maßnahmen erdulden zu müssen, erscheint mir sowohl rechtlich als auch ethisch unannehmbar (gegen einen die Entscheidung einer freiverantwortlich handelnden Person übergehenden sog. „harten Paternalismus“ auch Sternberg-Lieben, 1998: 357). Es bleibt also festzuhalten: Der maßgebliche Gesichtspunkt für die rechtliche Beurteilung des Behandlungsabbruchs ist in erster Linie der tatsächlich erklärte, in zweiter Linie der im Vorhinein verfügte oder drittens schließlich der mutmaßliche Wille des Patienten. (Übrigens würde auch der Flensburger Seelsorger sein Zitat nicht zur Relativierung des Selbstbestimmungsrechts, sondern zur Stärkung der Patientenautonomie anführen.)

VI Ein kurzes Schlaglicht auf die Demenz

Abschließend ist mit drei kurzen Bemerkungen auf das Stichwort „Demenz“ einzugehen.

1. Für die praktische Rechtsanwendung ergeben sich aus der Demenz keine juristischen Besonderheiten (vgl. exemplarisch Amtsgericht Siegen, 2007; und als Beschwerdeinstanz Landgericht Siegen, 2007). Stets ist – gegebenenfalls durch eine gerichtliche Beweisaufnahme – zu klären, ob der Patient noch aktuell entscheidungsfähig ist. Dies setzt voraus, dass die betreffende Person die maßgeblichen Tatsachen und ihre Bedeutung erfassen kann und überdies diese Tatsachen prognostisch zu beurteilen vermag. Fehlt es hieran (so z.B. bei schwerer Demenz), so ist zu untersuchen, ob sich aus einer Patientenverfügung eine die vorliegende Situation hinreichend konkret erfassende antizipative Handlungsanweisung ergibt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Versorgung mittels einer PEG-Sonde (Synofzik, 2007) eine der Rechtfertigung bedürftige lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme darstellt (Bundesgerichtshof, 2003: 210 f. und 2005: 197) und dass die Wirksamkeit einer Patientenverfügung nicht auf den Zeitraum der unmittelbaren Todesnähe beschränkt ist. Liegt keine Patientenverfügung vor oder erfasst sie die aktuelle Situation nicht hinreichend konkret, so

ist der mutmaßliche Wille des Patienten zu ermitteln. Bei Zweifeln des behandelnden Arztes und des Betreuers bzw. Bevollmächtigten sieht § 1904 BGB die Einschaltung des Betreuungsgerichts vor (Deutscher Bundestag, 2008: 19).

2. In den Niederlanden hat der Gesundheitsrat im Jahre 2002 ein Gutachten zur Demenz vorgelegt (vgl. Grundmann, 2004: 192 ff.). Danach sind zwei Situationen zu unterscheiden: In der ersten Konstellation bittet der Patient bei beginnender Demenz seinen Arzt um dessen Beihilfe zur Selbsttötung. Solche Fälle seien jedoch äußerst selten, da in einem Stadium, in dem die Diagnose zweifelsfrei gestellt werden kann, die Krankheitseinsicht meist fehle. Auch seien bei tatsächlich zweifelsfreier Diagnose die geistigen Fähigkeiten eines Demenzkranken nur in Ausnahmefällen noch ausreichend, um derart weitreichende Entscheidungen wie diejenige zum Suizid zu treffen. Ferner schließt der Gesundheitsrat es grundsätzlich aus, dass Patienten allein an der Demenz unerträglich leiden (eben dies ist aber eines der niederländischen Sorgfaltskriterien für die Straflosigkeit des Arztes). In der zweiten Konstellation verfasst der Patient bei Verdacht auf eine Alzheimer-Erkrankung eine Patientenverfügung, in der er um aktive Sterbehilfe in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium bittet. Auch hier sei es aber nicht wahrscheinlich, dass der Patient seine Demenz als aussichtslos und unerträglich erfahren könne. Daher käme ein unerträgliches und aussichtsloses Leiden allenfalls in Bezug auf andere Erscheinungen oder Krankheiten in Betracht. Im Ergebnis gibt das Sterbehilfegesetz nach der Einschätzung des Gesundheitsrats keine Möglichkeit, Demenzkranken aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten. Vor diesem Hintergrund regt der Gesundheitsrat eine „breite Diskussion über die Möglichkeiten oder Unmöglichkeiten von Lebensbeendigung in dieser Situation“ an. Im Jahresbericht der Regionalen Kontrollkommissionen für das Jahr 2004 ist allerdings ein Fall dokumentiert, in dem die einem 65-jährigen Alzheimer-Patienten geleistete aktive Sterbehilfe (ausnahmsweise) als gesetzesgemäß beurteilt worden ist (vgl. den betreffenden Bericht der Regionalkommissionen für 2004, abrufbar unter <http://www.forum-sterbehilfe.de/download.html>: 6, 12 f., 14 f.).
3. In der rechtspolitischen Diskussion in Deutschland umstritten ist die Frage, ob die infolge krankheitstypischer Persönlichkeitsveränderungen im Zustand fehlender Entscheidungsfähigkeit geäußerten Anzeichen von Lebenswillen beachtlich sein und damit der Patientenverfügung ihre Wirksamkeit entziehen sollen oder ob der früher niedergelegte freiverantwortliche Wille weiterhin als maßgeblich anzusehen ist (Verrel, 2006: C 88 f.; s. auch Merkel, 1995: 566 ff.; Sternberg-Lieben, 1998: 359 in Fn. 53). Eine eingehende Erörterung dieses Problems ist an dieser Stelle nicht möglich. Dass das Gesetz in § 1901a Abs. 1 S. 3 BGB den Widerruf für jederzeit formfrei zulässig erklärt, befreit nur von formalen Kautelen, aber nicht (ohne Weiteres) vom Erfordernis einer eigenverantwortlichen Willensentscheidung beim Widerruf. Insofern sprechen die dogmatisch besseren Argumente wohl für eine Fortgeltung der freiverantwortlichen Willensäußerung. Immerhin sind die Hemmungen dagegen, die (wenn auch nicht als Ausdruck eines freiverantwortlichen Willens zu deutenden) Zeichen einer Lebensbejahung

zu ignorieren und einen Menschen entgegen dem unmittelbaren aktuellen Eindruck sterben zu lassen, unschwer nachvollziehbar (vgl. Kutzer, 2005: 261). Es sollte dem Verfasser einer Patientenverfügung zumindest rechtlich möglich sein, diese schwierige Situation im Vorhinein zu regeln, indem er etwaige später (im Zustand der fehlenden Entscheidungsfreiheit) geäußerte Anzeichen für einen Lebenswillen entweder ausdrücklich für unbeachtlich erklärt oder umgekehrt bestimmt, bei Vorliegen derartiger Indizien sei von einem aktuellen Lebenswillen auszugehen, sodass entgegenstehende Anordnungen in der Verfügung obsolet werden. Ohne eine solche Vorabfestlegung wird im Rahmen der Feststellung des mutmaßlichen Willens zu untersuchen sein, ob nach den Wertvorstellungen des Patienten dem freiverantwortlichen Willen oder der aktuellen Empfindung der Vorrang zukommen soll. Diese schwierige Frage macht zugleich deutlich, wie wichtig und wie wünschenswert es ist, dass eine Patientenverfügung – sofern sie von dem Patienten gewünscht ist – im Dialog und in der „Verantwortungspartnerschaft“ von Arzt und Patient während einer frühen Phase der dementiellen Erkrankung, mithin zu einer Zeit erarbeitet wird, in der einerseits der Zustand der Urteils- und Einwilligungsfähigkeit noch erhalten ist und dem Patienten andererseits – anders als bei der fernliegenden, abstrakten Situationsbeschreibung einer in gesunden Tagen abgefassten Verfügung – die Krankheitssituation bereits konkret vor Augen steht (Kreß, 2009: 267). Diese Erkenntnis gilt freilich über den Bereich der Demenz hinaus ganz allgemein: Wird der Wille des Patienten in Bezug auf einen konkret absehbaren Krankheitsverlauf im vertrauensvollen Gespräch mit dem Arzt gemeinsam herausgearbeitet, so verbessert dies nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung, sondern es erhöht sich hierdurch zugleich die Aussicht, dass die Interessen des Patienten vom Arzt zutreffend erkannt werden und dass sein Selbstbestimmungsrecht respektiert wird.

Literatur

- Achenbach, H. (2002): Beteiligung am Suizid und Sterbehilfe, Juristische Ausbildung (Jura) 24: 542-548.
- Albers, M. (2009): Zur rechtlichen Ausgestaltung von Patientenverfügungen, Medizinrecht (MedR) 27: 138-144.
- Allensbacher Berichte (2005): Nr. 8: Einstellungen zur passiven Sterbehilfe – Fall Schiavo (www.ifd-allensbach.de).
- Allensbacher Berichte (2008): Nr. 14: Einstellungen zur aktiven und passiven Sterbehilfe (www.ifd-allensbach.de).
- Amtsgericht Siegen: Beschluss vom 28.9.2007 – 33 XVII B 710 (abrufbar unter: <http://www.juris.de>).
- Antoine, J. (2006): Buchbesprechung zu Grundmann (2004) und Fischer (2004), Medizinrecht (MedR) 24: 553-554.
- Beckmann, R (2005): Patiententötung, Behandlungsabbruch, Schmerzbehandlung, Deutsche Richterzeitung (DRiZ) 83: 252-254.
- Birkner, S. (2006): Assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe – Gesetzgeberischer Handlungsbedarf? Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP) 39: 52-54.
- Birnbacher D. (2006): Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik, Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006: 7-19.

- Bösen, W. (2006): Auferweckt gemäß der Schrift.
- Bundesärztekammer (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 101: A 1298-1299
- Bundesgerichtshof (1957): Urteil vom 28.11.1957 – 4 StR 525/57, BGHSt (= Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen) Band 11: 111-116.
- Bundesgerichtshof (1984): Urteil vom 4.7.1984 – 3 StR 96/84, BGHSt (= Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen) Band 32: 367-381.
- Bundesgerichtshof (1991): Urteil vom 8.5.1991 – 3 StR 467/90, BGHSt (= Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen) Band 37: 376-379.
- Bundesgerichtshof (1994): Urteil vom 13.9.1994 – 1 StR 357/94, BGHSt (= Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen) Band 40: 257-272.
- Bundesgerichtshof (1997): Urteil vom 19.11.1997 – 3 StR 271/97, BGHSt (= Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen) Band 43: 306-311.
- Bundesgerichtshof (2003): Beschluss vom 17.3.2003 – XII ZB 2/03, BGHZ (= Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen) Band 154: 205-230.
- Bundesgerichtshof (2005): Beschluss vom 8.6.2005 – XII ZR 177/03, BGHZ (= Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen) Band 163: 195-201.
- Bundesgerichtshof (2008): Urteil vom 18.10.2007 – 3 StR 226/07, Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSStZ) 28: 93-94.
- Bundesverfassungsgericht (1971): Beschluss vom 19.10.1971 – 1 BvR 387/65, BVerfGE (= Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts) Band 32: 98-111.
- Coeppecus, R. (1998): Behandlungsabbruch, mutmaßlicher Wille und Betreuungsrecht, Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 51: 3381-3386.
- Deutscher Bundestag (2008): Gesetzentwurf der Abg. Stünker u.a. zu einem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, Bundestags-Drucksache 16/8442.
- Duttge, G. (2006): Der Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB) 2005, Goldammer's Archiv für Strafrecht (GA) 153: 573-585.
- Duttge, G. (2006a): Einseitige („objektive“) Begrenzung ärztlicher Lebenserhaltung? Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSStZ) 26: 479-484.
- Eser, A. (1986): Freiheit zum Sterben – Kein Recht auf Tötung, Juristenzeitung (JZ) 41: 786-795.
- Finger, C. (2004): Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe und der Hilfe bei der Selbsttötung in den Niederlanden für das Jahr 2001, Medizinrecht (MedR) 22: 379-382.
- Fischer, E. (2004): Recht auf Sterben?! Ein Beitrag zur Reformdiskussion der Sterbehilfe in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Frage nach der Übertragbarkeit des Holländischen Modells der Sterbehilfe in das deutsche Recht.
- Generalstaatsanwalt Nürnberg (2008): Verfügung vom 15.1.2008 – 1 BerL 144/07, Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSStZ) 28: 343-344.
- Goertz, S. (2008): Das Gut des natürlichen Sterbens, Zeitschrift f. Evangelische Ethik, 52: 23-33.
- Grundmann, A. (2004): Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung.
- Hahne, M. (2003): Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung, Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ) 50: 1619-1622.
- Herzberg, R. D. (1988): Straffreie Beteiligung am Suizid und gerechtfertigte Tötung auf Verlangen, Juristenzeitung (JZ) 43: 182-189.
- v. Hirsch, A.; Neumann, U. (2007): „Indirekter“ Paternalismus im Strafrecht am Beispiel der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), Goldammer's Archiv für Strafrecht (GA) 154: 671-694.
- Höfling, W.; Schäfer, A. (2005): Die Einstellung der Vormundschaftsrichter zur Sterbehilfe, Deutsche Richterzeitung (DRiZ) 83: 248-251.
- Höfling, W.; Schäfer, A. (2006): Leben und Sterben in Richterhand?
- Hoppe, J.-D. (2006): Den Tod nicht zuteilen. Die Haltung der deutschen Ärzteschaft zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid, in: Rehmann-Sutter, C.; Bondolfi, A.; Fischer, J.; Leuthold, M. (Hrsg.), Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, S. 79-82.

- Ingelfinger, R. (2006): Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung, *Juristenzeitung (JZ)* 61: 821-831.
- Jähnke, B. (2005): in: Jähnke, B.; Laufhütte, H. W.; Odersky, W. (Hrsg.), *Leipziger Kommentar zum StGB*, Band 5.
- Janes, I.; Schick, S. (2006): Sterbehilfe – im Spiegel der Rechtstatsachenforschung, *Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSTZ)* 26: 484-489.
- Janssen, A. (2001): Die Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden – Ein Novum, *Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP)* 34: 179-183.
- Jarass, H. D. (2007): In: Jarass, H. D.; Pieroth, B., *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*, 9. Aufl.
- Jens, I. (2009): Unvollständige Erinnerungen.
- Jens, T. (2009): Demenz – Abschied von meinem Vater.
- Jens, W.; Küng, H. (1995): *Menschenwürdig sterben*, 2. Aufl.
- Jochensen, H. (2005): Sterbehilfe in den Niederlanden: Medizinische und politische Entwicklungen, *Deutsche Richterzeitung (DRiZ)* 83: 255-256.
- Kamann, M. (2009): Sterbehilfe oder das Recht auf Kapitulation, (welt-online vom 10.2.2009, abrufbar unter <http://www.welt.de/politik/article3180060/Sterbehilfe-oder-das-Recht-auf-Kapitulation.html>).
- Kreß, H. (2009): *Medizinische Ethik*, 2. Aufl.
- Kühl, K. (2007): In: Lackner, K.; Kühl, K., *Strafgesetzbuch*, 26. Aufl.
- Kusch, R. (2006): Tabu Sterbehilfe, *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)* 59: 261-264.
- Kusch, R. (2007): In Würde sterben – nur im Ausland? *Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSTZ)* 27: 436-441.
- Kutzer, K. (2003): Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe – Ein spezifisches Problem der Deutschen? *Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP)* 36: 209-212.
- Kutzer, K. (2005): Sterbehilfe – rechtlich ethische Aspekte, *Deutsche Richterzeitung (DRiZ)* 83: 257-261.
- Landgericht Ravensburg (1987): Urteil vom 3.12.1986 – 3 Kls 31/86, *Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSTZ)* 7: 229-230.
- Landgericht Siegen (2007): Beschluss vom 28.11.2007 – 4 T 344/07 (abrufbar unter: <http://www.juris.de>).
- Lorenz, D. (2009): Aktuelle Verfassungsfragen der Euthanasie, *Juristenzeitung (JZ)* 64: 57-67.
- May, A. (2004): Ethische Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis, *Ethik in der Medizin* 16: 242-252.
- Merkel, R. (1995): Tödlicher Behandlungsabbruch und mutmaßliche Einwilligung bei Patienten im apallischen Syndrom, *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft (ZStW)* 107: 545-575.
- Merkel, R. (2006): Aktive Sterbehilfe, in: Hoyer, A.; Müller, H.E.; Pawlik, M.; Wolter, J. (Hrsg.) *Festschrift für Friedrich-Christian Schroeder zum 70. Geburtstag*, S. 297-321.
- Müller, G. (2008): Verbindlichkeit und Grenzen der Patientenverfügung – Zur Rechtslage de lege lata et de lege ferenda, *Zeitschrift für Erbrecht und Vermögensnachfolge (ZEV)* 15: 583-588.
- Neumann, U.; Saliger, F. (2006): Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung – Kritische Anmerkungen zur aktuellen Sterbehilfedebatte, *HRRS (= Onlinezeitschrift für Höchstgerichtliche Rechtsprechung im Strafrecht; <http://hrr-strafrecht.de>)* 7: 280-288.
- Oberlandesgericht (OLG) München (1987): Beschluss vom 31.7.1987 – 1 Ws 23/87, *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)* 40: 2940-2946.
- Oduncu, F.; Eisenmenger, W. (2002): Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung, *Medizinrecht (MedR)* 20: 327-337.
- Olzen, D. (2009): Die gesetzliche Neuregelung der Patientenverfügung, *Juristische Rundschau (JR)* 63: 354-362.
- Reuter, B. (2002): Die gesetzliche Regelung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe des Königreichs der Niederlande – ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland? 2. Aufl.

- Röthel, A. (2007): Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in europäischer Perspektive, *Familie Partnerschaft Recht (FPR)* 13: 79-82.
- Roxin, C. (1993): Die Abgrenzung von strafloser Suizidteilnahme, strafbarem Tötungsdelikt und gerechtfertigter Euthanasie, in: Wolter, J. (Hrsg.) 140 Jahre Goldammer's Archiv für Strafrecht, S. 177-190.
- Roxin, C. (2007): Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, in: Roxin, C.; Schroth, U. (Hrsg.) *Handbuch des Medizinstrafrechts*, 3. Aufl., S. 313-356.
- Saliger, F. (1998): Sterbehilfe nach Verfahren – Betreuungs- und strafrechtliche Überlegungen im Anschluss an BGHSt 40, 257, *Kritische Vierteljahresschrift für die Gesetzgebung und Rechtswissenschaft (KritV)* 81: 118-151.
- Saliger, F. (2004): Sterbehilfe und Betreuungsrecht, *Medizinrecht (MedR)* 22: 237-245.
- Saliger, F. (2007): Das Dammbruchargument in Medizinrecht und Medizinethik, *Jahrbuch für Recht und Ethik* 15: 633-655.
- Schäfer, C.; Dietl, B.; Kölbl, O. (2006): Neue Einblicke in die niederländische Praxis der Euthanasie bei terminal Krebskranken, *Der Onkologe* 12: 464-470.
- Schneider, H. (2003): in: Joecks, W.; Miebach, K. (Hrsg.) *Münchener Kommentar zum StGB*, Band 3.
- Schöch, H.; Verrel, T. (2005): Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StGB), *Goldammer's Archiv für Strafrecht (GA)* 152: 553-586.
- Schreiber, H.-L. (2004): Soll die Sterbehilfe nach dem Vorbild der Niederlande und Belgiens neu geregelt werden? in: Rogall, K.; Puppe, I.; Stein, U.; Wolter, J. (Hrsg.) *Festschrift für Hans-Joachim Rudolphi zum 70. Geburtstag*, S. 543-552.
- Schreiber, H.-L. (2006): Das ungelöste Problem der Sterbehilfe – Zu den neuen Entwürfen und Vorschlägen, *Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSTZ)* 26: 473-479.
- Schröder, R. (2005): Religiöse Aspekte der Sterbehilfe II, *Deutsche Richterzeitung (DRiZ)* 83: 264-265.
- Schweizerische Akademie der Medizinische Wissenschaften (2005): *Betreuung von Patienten am Lebensende*, *Schweizerische Ärztezeitung* 86: 172-176.
- Simon, A.; Lipp, V.; Tietze, A.; Nickel, N.; van Oorschot, B. (2004): Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterrinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, *Medizinrecht (MedR)* 22: 303-307.
- Sowada, C. (1985): Strafbares Unterlassen des behandelnden Arztes, der seinen Patienten nach einem Selbstmordversuch bewußtlos auffindet? *Juristische Ausbildung (Jura)* 7: 75-88.
- Sternberg-Lieben, D. (1998): Selbstbestimmtes Sterben: Patientenverfügung und gewillkürte Stellvertretung, in: Eser, A.; Schittenhelm, U.; Schumann, H. (Hrsg.) *Festschrift für Theodor Lenckner zum 70. Geburtstag*, S. 349-375.
- Synofzik, M. (2007): PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz, *Der Nervenarzt* 78: 418-428.
- Tak, P. (2001): Das niederländische Gesetz zur Kontrolle der Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Selbstmord, *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft (ZStW)* 113: 902-922.
- Verrel, T. (2003): Mehr Fragen als Antworten – Besprechung der Entscheidung des XII. Zivilsenats des BGH vom 17.3.2003 über die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen bei einwilligungsunfähigen Patienten, *Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSTZ)* 23: 449-453.
- Verrel, T. (2006): *Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung*, Gutachten C zum 66. Deutschen Juristentag Stuttgart 2006.
- Wagenitz, T. (2005): *Finale Selbstbestimmung? Zu den Möglichkeiten und Grenzen der Patientenverfügung im geltenden und künftigen Recht*, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ)* 52: 669-678.
- Wolfslast, G. (2003): *Rechtliche Neuordnung der Tötung auf Verlangen?* in: Amelung, K.; Beulke, W. et al. (Hrsg.) *Strafrecht – Biorecht – Rechtsphilosophie*, *Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag*, S. 913-927.