Sterbehilfe aus rechtlicher Perspektive

Monika Meyer-Rentz, Birte Rantze

Der „Fall Terri Schiavo“ hat vor kurzem das öffentliche Interesse wie schon lange nicht mehr auf die Problematik der Sterbehilfe gerichtet, bei der immer rechtliche und ethische Überzeugungen zusammenfließen. Dieser Beitrag soll einerseits eine begriffliche Klärung zur Thematik leisten, andererseits sollen die rechtlichen Grenzen zwischen straffreien und strafbaren Tatbeständen im Rahmen einer Hilfe zum Sterben gezogen werden.

1. Begriffsklärung

Euthanasie

Der Begriff Euthanasie ist griechischen Ursprungs und bedeutet „leichter Tod“. Er wird definiert als:

a) Erleichterung des Sterbens, besonders durch Schmerzlinderung mit Narkotika
b) Beabsichtigte Herbeiführung des Todes bei unheilbar Kranken durch Anwendung von Medikamenten (Duden 1982, S. 231)

In der gegenwärtigen Alltagssprache enthält der Begriff mehrere Sinngehalte – von einer „Kunst zu sterben“ bis hin zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Dies lässt sich durch die geschichtliche Entwicklung erklären:

In der Antike ging es um den leichten, schmerzfreien, unbeschwerten Tod, den Tod als Erfüllungsgehilfen des Lebens – eine Lebensverkürzung im Rahmen einer Euthanasie war möglich. Im frühen 19. Jahrhundert bemühte sich die Medizin um die Begleitung und Schmerzlinderung beim Sterben, schloss jedoch eine Verkürzung des Lebens kategorisch aus. Allerdings gab es Hinweise auf eine heimliche Praxis, die aber nicht öffentlich propagiert wurde. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts setzte eine bejahende Diskussion um lebensverkürzende Sterbehilfe bei unheilbar Kranken ein. Diese Debatte erweiterte sich auf Grund von rassischen, wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Überlegungen und führte zu einer Definition, die nun auch die Tötung ohne Verlangen bei so genanntem „lebensunwertem Leben“ gestattete. Im 20. Jahrhundert dehnte der Begriff Euthanasie sich auf eine erneute Abwertung menschlichen Lebens aus: Es wurde erörtert, inwieweit der Staat die Pflege „nicht nur absolut wertloser, sondern auch negativ zu wertender Existenzen“ betreiben solle. Diese Euthanasieprogramme der Nationalsozialisten fanden unter dem Deckmantel des Gnadentodes noch bis 1945 statt. (Eser, Fuchs, Lanzerath, Wiesing 2000, S. 704-706)

> Sterbebegleitung
> Zur Abgrenzung eine kurze Definition:
> Sterbebegleitung ist die ärztliche und pflegerische Versorgung des sterbenden Patienten sowie die psychische Betreuung ohne Eingriff in den Sterbeprozess selbst.

Im Folgenden werden die Begriffe aktive, passive und indirekte Sterbehilfe definiert und zum Teil durch Beispiele zum besseren Verstehen ergänzt

Aktive / Direkte Sterbehilfe

Die Tötung eines Schwerstkranken (mit dem Ziel der Beseitigung unerträglicher Schmerzen) auf den ausgesprochenen und ernsthaften Wunsch des selbstbestimmungsfähigen Kranken. (Robert Koch-Institut 2001, S. 4)

Beispiel: Die Ärztin V. Doven hatte dem Leiden ihrer 78jährigen unheilbar kranken Mutter auf deren mehrfaches flehentliches Verlangen mit einer Überdosis von 200 g Morphin ein Ende bereitet. Die Ärztin hat sich damit strafbar gemacht. (Klie 2001, S. 142)

Passive Sterbehilfe

1. Unter passiver Sterbehilfe versteht man das Unterlassen (oder den Abbruch) lebensverlängernder Maßnahmen, wenn die Krankheit eines Patienten einen tödlichen Verlauf angenommen hat.
Bsp.: Entscheidung über die Reanimation eines Apallikers oder die Operation eines unheilbar Krebskranken.

2. Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, wodurch der Sterbevorgang beschleunigt wird. Sie ist grundsätzlich zulässig, wenn

- der Patient im Sterben liegt, d. h. die Krankheit einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat.
- ein tatsächlicher oder mutmaßlicher Wille des Patienten feststellbar ist (Stichwort: Patiententestament; Ermittlung durch Befragung von Angehörigen etc.)
- lediglich ein Unterlassen einer lebenserhaltenden Maßnahme vorliegt, wobei es hier auf den Gesamtzusammenhang ankommt. Auch das (aktive!) Abschalten eines Beatmungsgerätes durch den behandelnden Arzt kann hier als Unterlassen gewertet werden.

Beispiel für die Entscheidung eines Landgerichtes:
Im Jahre 1986 sprach das LG Ravensburg einen Ehemann frei, der bei seiner schwerstkranken Frau auf deren Wunsch hin das Beatmungsgerät abgeschaltet hatte. Er habe sich nicht nach § 216 StGB strafbar gemacht; Sinn und Zweck sei es, Leben zu erhalten, nicht aber im Todeskampf befindliche Menschen gewaltsam

Probeseiten

und gegen ihren Willen am Sterben zu hindern. (LG Ravensburg, MDR 1987, 692, zit nach Rehborn 2000, S. 345)

Bei lebensverlängernden Maßnahmen ist grundsätzlich der Wille des Patienten maßgebend. Wünscht er keine weitere Behandlung nach eingehender Beratung und Aufklärung, so ist diese zu unterlassen. Eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen stellt eine Körperverletzung dar. (Klie 2001, S. 144)

Indirekte Sterbehilfe

1. Die Anwendung leidensmindernder Maßnahmen, auch wenn diese zu einem schnelleren Eintritt des Todes führen. (Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode, Drucksache 14/9020, S. 198)
2. Indirekte Sterbehilfe ist die Gabe von Schmerzmitteln mit lebensverkürzender Wirkung. Sie ist zulässig und nicht strafbar, wenn die Wirkung des Mittels gegenüber dem eigentlichen therapeutischen Ziel der Schmerzlinderung nur von untergeordneter Bedeutung ist.
   Allerdings besteht eine Pflicht zur Fortsetzung der Behandlung. Das bedeutet, dass der behandelnde Arzt grundsätzlich immer dann die Behandlung fortsetzen muss, wenn der Patient dies wünscht. (Rehborn 2000, S. 347)

Wichtig ist also die Unterscheidung zwischen aktiver Sterbehilfe und der Abkürzung eines qualvollen Sterbens. „Wer als Sterbender eine qualvolle Lebens- bzw. Sterbensverlängerung ablehnt, sondern dem natürlichen Verlauf des Sterbens Vorrang vor einer – letztlich doch nutzlosen – Intensivmedizin einräumt, ist kein Selbstmörder!“ (Uhlenbruck 1997, S. 186)

2. Gesetze

Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland existiert kein eigenes Gesetz zur aktiven Sterbehilfe. In der Rechtssprechung bilden verschiedene Gesetze die Grundlage für die Entscheidungen. Im Folgenden eine Auflistung der für den Umgang mit aktiver Sterbehilfe relevanten Gesetze.

Als Grundlage für alle Entscheidungen, die das menschliche Leben betreffen, sind die Grundrechte des Grundgesetzes (Artikel 1 und 2) zu sehen. Geschützt werden hier: Die Würde des Menschen, die Menschenrechte, das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Jeder Mensch hat also einerseits das Recht auf Leben, aber andererseits auch das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, was eine eigene Entscheidung über den Sinn und die Dauer des Lebens mit einschließt, wenn nicht hierdurch gegen ein Gesetz verstoßen wird.

Sterbehilfe ist strafbar als

- Begehen durch Unterlassen (§ 13 StGB – Garantenstellung von Ärzten und Pflegekräften),
- Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB),
- Mord (§ 211 StGB), wenn die Arg- und Wehrlosigkeit des Patienten ausgenutzt wird,
- Totschlag (§ 212 StGB),
- minder schwerer Fall des Totschlags (§ 213 StGB) oder
- Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), wenn der Patient ernsthaft und ausdrücklich seinen Tod verlangt.

(Strafgesetzbuch 2005)

§ 13 StGB
Begehen durch Unterlassen
(1) Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.
(2) ...
Passive Sterbehilfe kann also im Falle der Garantenstellung als Straftat (z.B. als Totschlag) gewertet werden.

§ 323c StGB
Unterlassene Hilfeleistung
Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 211 StGB
Mord
(1) Der Mörder wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft.
(2) Mörder ist, wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebs, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mittel oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.

§ 212 StGB
Totschlag
(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.
(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

§ 213 StGB
Minder schwerer Fall des Totschlags
War der Totschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Misshandlung oder schwere Beleidigung von dem Getöteten zum Zorne gereizt und hierdurch auf der Stelle zur Tat hingerissen worden oder liegt sonst ein minder schwerer Fall vor, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren.

§ 216 StGB
Tötung auf Verlangen
(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernsthafte Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren zu erkennen.
(2) Der Versuch ist strafbar.

Allerdings sind in Deutschland der Suizid und somit auch Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung straffrei. (Robert-Koch-Institut 2001, S. 5) Wobei die Abgrenzung in der Rechtssprechung nicht unproblematisch ist.

Einen weiteren wichtiger Hinweis im Bezug auf Entscheidungen zur Sterbehilfe in Deutschland beinhaltet der Hippokratische Eid bzw. das Genfer (Ärzte-) Gelöbnis. Die folgende vom Weltärztebund 1948 in Genf beschlossene Neufassung der ärztlichen Berufspflichten, wurde in Anlehnung an den

Hippokratischen Eid erstellt und vom Deutschen Ärztetag modifiziert.
„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen, weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztlichen Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.“ (Weltärztebund 1948)
Der Berufsstand der Mediziner nimmt weiterhin Stellung zur Sterbehilfe in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“.
Nach diesen Grundsätzen ist es „Aufgabe des Arztes, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten sein kann. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.
Unabhängig von dem Ziel der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.“ (Klie, Stascheit 2000, S. 781)
Diese Grundsätze geben sicher eine Richtung vor und Hilfestellung für die Behandlung Sterbender, nehmen jedoch dem Arzt nicht die eigene Verantwortung in der konkreten Situation ab.

Auch wenn auf Gesetzesebene keine Unterscheidung zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe vorgenommen wird, wird an verschiedenen Urteilen deutlich, dass die Gerichte sich in ihrer Argumentation sowohl an dieser Unterteilung als auch an den Grundsätzen der Bundesärztekammer orientieren.

Niederlande

Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung

Im April 2001 trat in den Niederlanden nach fast dreißigjähriger Diskussion das aktuelle "Sterbehilfegesetz" in Kraft. Sterbehilfe wird hier verstanden als lebensbeendende Handlung, die ein Arzt auf Verlangen des Patienten vornimmt. Die Hilfe bei der Selbsttötung wird definiert als vorsätzliche Unterstützung des anderen bei der Selbsttötung oder die Verschaffung der dazu erforderlichen Mittel.

Dieses Gesetz ist für die niederländische Regierung die Folge der Tatsache, dass Sterbehilfe "praktisch und täglich" geleistet wird, obwohl es grundsätzlich verboten ist bzw. war. "Mit der Aufhebung der Strafbarkeit will man erreichen, dass Ärzte, die entsprechend den Bestimmungen sorgfältig abgewogen und gehandelt haben, sich nicht mehr als Kriminelle fühlen müssen und offen und ehrlich zu ihrem Handeln stehen." (Ministerium für auswärtige Angelegenheiten, S. 2) Diese Offenheit und ein einheitliches Verfahren sollen die Sorgfalt beim lebensbeendenden Handeln gewährleisten.

Die Hauptgründe, welche für die Durchführung aktiver Sterbehilfe sprechen, lassen sich auf folgende wesentliche Aspekte konzentrieren.

- Unerträgliche Schmerzen
- Körperlicher und geistiger Verfall

Aus beiden letztlich abgeleitet, der Wunsch, menschenwürdig zu sterben.

Das niederländische Sterbehilfegesetz beinhaltet nachfolgende vier Aspekte.

- Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen
- Hilfe bei der Selbsttötung
- Änderung des Strafgesetzbuches
- Änderung des Leichen- und Bestattungswesens. (...)

"Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Freitod bleiben zwar strafbar, werden aber unter bestimmten Bedingungen entkriminalisiert. Dazu wird in das Strafgesetzbuch ein besonderer Strafausschließungsgrund aufgenommen. Bei Beachtung entsprechender Sorgfaltsanforderungen sind die aktive Sterbehilfe auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und die ärztliche Suizidbetreuung nicht mehr strafbar. Bislang beurteilte eine Prüfungskommission, die der Arzt nach Durchführung der Tötung auf Verlangen selber informieren musste, ob die Handlungsweise "vertretbar" war oder ob eine Strafverfolgung eingeleitet wird.
Nun muss der Arzt die gesetzlich definierten Sorgfaltsanforderungen bei der Tötung auf Verlangen bzw. bei der Beihilfe zur Selbsttötung einhalten und sein Handeln dem Leichenbeschauer gemäß ebenfalls genau beschriebener gesetzlicher Bestimmungen melden. Alle anderen Formen der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung bleiben somit strafbar. Der Gesetzesentwurf stellt folglich keine Legalisierung der Euthanasie und der Beihilfe zum Freitod dar." (Schell 2001, S. 1)

Unter dem Aspekt der Sorgfaltsbedingungen (vgl. Kap.2 Art.2 Abs.1) muss sich der Arzt im Hinblick auf "Tötung auf Verlangen bzw. Hilfe bei der Selbsttötung" davon überzeugt haben, dass die Bitte um Lebensbeendigung freiwillig und nach reiflicher Überlegung vom Patienten gestellt wurde. Der Arzt muss ferner davon überzeugt sein, dass das Leiden des Patienten unerträglich und aussichtslos ist und er muss den Patienten über seine Situation und Aussichten aufgeklärt haben. Beide müssen gemeinsam zu der Überzeugung gelangt sein, dass es in dieser Situation keine andere annehmbare Lösung gibt. Das Konsil (Gutachten) eines weiteren unabhängigen Arztes bestätigt diese Meinung, so dass die Lebensbeendigung unter Einhaltung von medizinischer Sorgfalt vorgenommen wer-

den kann. Auch die absichtliche Lebensbeendigung von Minderjährigen ist unter Einhaltung von Kriterien möglich. (vgl. Kap.2 Art.2 Abs.2 / Anhang)
Eine, aus einer ungeraden Anzahl von Mitgliedern bestehende Kontrollkommission, deren Zusammensetzung zwingend einen Juristen, einen Arzt und einen Sachkundigen in Ethik- und Sinnfragen verlangt, beurteilt, ob die Sorgfaltskriterien vom Arzt eingehalten wurden. Sie tritt zusammen, nachdem der örtliche Leichenbeschauer diese informiert hat, da er vom behandelnden Arzt keinen "regulären" Totenschein bekommen hat, sondern ein zu diesem Zwecke eigens "kreiertes" Formular.
Im Falle des Verdachts auf Nichteinhaltung der Sorgfaltskriterien informiert die Kontrollkommission die Staatsanwaltschaft. Ein Untersuchungsverfahren beginnt. Andernfalls hat der Arzt, nach Meinung und einfachem Beschluss der Kontrollkommission, alle Sorgfaltskriterien berücksichtigt und bleibt nach dem Gesetz straffrei. Weitere Aufgaben dieser Kontrollkommission beziehen sich auf Statistik, Rechenschaftsberichte und Forschungsfragen zum Thema aktive Sterbehilfe.
Entsprechend des Gesetzes (vgl. Kap.3 Art. 16) werden die Mitglieder der Kontrollkommission ausdrücklich aufgefordert, das Vorhaben eines Arztes - die Tötung auf Verlangen durchzuführen - im Vorwege nicht zu beurteilen.
"Zum Schluss erkennt das Gesetz explizit die Gültigkeit schriftlicher Willenserklärungen bezüglich einer Lebensbeendigung (der sogenannten Euthanasieerklärungen) an. Der Arzt kann einer solchen Erklärung Folge leisten, es sei denn, es gibt gewichtige Gründe, davon abzusehen. (...) Übrigens ist kein Arzt verpflichtet, einem solchen Verlangen nachzukommen". (Schell 2001, S. 1)

Belgien

Gesetz zur Sterbehilfe vom 28.05.2002

Das belgische Gesetz zur Sterbehilfe, so sagt die Literatur, sei das liberalste Sterbehilfegesetz der Welt. Es trat drei Monate nach der Unterzeichnung durch den Belgischen Monarchen im September 2002 in Kraft. Die Deutschen wählten zu diesem Zeitpunkt einen neuen Bundestag.
Sterbehilfe wird hier definiert als eine von einem Dritten vorgenommene Handlung, durch welche vorsätzlich das Leben eines Menschen auf dessen Verlangen hin beendet wird. Sie darf ausschließlich nur von einem Arzt durchgeführt werden. (vgl. Kap.1 u. 2. des Belgischen Gesetzes / Anhang)
Der behandelnde Arzt darf unter den Voraussetzungen, dass der Pat. volljährig ist oder dafür erklärt wurde, er zurechnungsfähig und bei vollem Bewusstsein ist und er dieses Verlangen freiwillig, mehrfach und ohne Druck von außen kundgetan und schriftlich verfasst hat sowie auf der Basis eines Zustandes von dauernden, unerträglichen körperlichen oder seelischen Qualen ohne Aussicht auf Linderung den Akt der Tötung vollziehen. (Kap.2 Art.3 §1)
Im Laufe des Verfahrens sind zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten unter Einbezug von Angehörigen und betreuenden Personen mehrere Gespräche zu führen, deren Inhalt der Gesundheitszustand, die voraussichtliche Lebenserwartung, die verbleibenden Therapieformen und das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe sein sollen. Arzt und Patient müssen gemeinsam zu der Überzeugung kommen, dass in dieser Lage keine andere Lösung für den Patienten verbleibt.
Zwingend ist das weitere Konsil eines anderen auf das Krankheitsbild erfahrenen Arztes. Sollte der Patient offenkundig nicht in absehbarer Zeit sterben, so muss ein weiterer psychiatrischer oder im Krankheitsbild erfahrener Arzt zwecks Konsil hinzugezogen werden.
Zwischen dem schriftlich zu verfassenden Sterbewunsch und dem Vorgang der aktiven Sterbehilfe muss mindestens eine Zeitspanne von vier Wochen liegen.
Der schriftlich niedergelegte Sterbewunsch sollte vom Patienten selber verfasst, datiert und unterschrieben werden. Andernfalls übernimmt dieses eine volljährige, nicht durch dessen Tod bevorteilte Person unter Darlegung der Gründe, weshalb der Patient nicht in der Lage ist zu schreiben. Dieses muss von einem weiteren Mediziner bestätigt werden.
Auch einer vorweggenommenen schriftlichen Erklärung bzgl. aktiver Sterbehilfe kann vom Arzt entsprochen werden, wenn die dafür in Kap.3 Art.4 §1 beschriebenen gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden. Vertrauenspersonen des Patienten übernehmen dann dessen Information und die entsprechende Gesprächsführung.
Die vorweggenommene Erklärung darf nicht älter als fünf Jahre sein.
Eine weiteres ärztliches Konsil ist auch hier nötig.
Eine aus 16 Mitgliedern bestehende, für vier Jahre bestimmte und mit 2/3 Mehrheit entscheidende Bundes- Überwachungs- und Evaluierungskommission (= Kommission), die sich aus Medizinern (Ärzten und Professoren), Juristen (Professoren) und Mitgliedern, "die sich mit der Problematik von unheilbar erkrankten Menschen auskennen", zusammensetzt, wacht darüber, ob der Arzt, der die aktive Sterbehilfe durchgeführt hat, die gesetzlichen Bestimmungen (Voraussetzungen und Verfahren) eingehalten hat. Andernfalls wird auch hier die Staatsanwaltschaft informiert. Weitere Aufgaben der Kommission beziehen sich auf Statistik, Rechenschaftsberichte und Forschungsfragen zum Thema aktive Sterbehilfe.
Der die aktive Sterbehilfe vornehmende Arzt hat die Pflicht, mittels eines Regierungsdokumentes die Kommission innerhalb von vier Werktagen vom Tod des Patienten zu unterrichten.

Kein Arzt ist verpflichtet, aktive Sterbehilfe zu leisten. Auf Wunsch des Patienten muss er jedoch die Angelegenheit an einen Kollegen weiterleiten.

Jeder rechtskräftig durch aktive Sterbehilfe verstorbene Mensch gilt als eines natürlichen Todes verstorben, so dass Ansprüche im Hinblick auf Versicherungen u.ä. geltend gemacht werden können.

Selbstbestimmungsrecht und Gesetz

Die rechtliche Diskussion

Das Selbstbestimmungsrecht

In der Diskussion um das Selbstbestimmungsrecht von Sterbenden kommen immer wieder Fragen auf, wie:
Wo endet das Selbstbestimmungsrecht?
Kann ein Sterbender nicht das Recht auf Leidensminderung einfordern, auch wenn er diese in der Lebensbeendigung sieht?

Muss nicht auch aktive Sterbehilfe als eine Form der Selbstbestimmung, gesehen werden?
In den Niederlanden und Belgien haben Sterbende dieses „uneingeschränkte" Selbstbestimmungsrecht. Eine Beendigung des Lebens kann auf Verlangen durchgeführt werden und bleibt straffrei, wenn einige Richtlinien eingehalten wurden.
In der BRD wird dieses Recht eingeschränkt. Eine Selbsttötung ist erlaubt, aktive Sterbehilfe nicht. Man kann also von einer Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes sprechen. Argumentiert wird an dieser Stelle mit staatlichen Schutzpflichten und der im Grundgesetz verankerten Unantastbarkeit der Menschenwürde und dem Recht auf Leben.
„Das Selbstbestimmungsrecht gibt dem Menschen ‚nur' das Recht, über die eigene Lebensgestaltung selbstverantwortlich zu bestimmen. Es berechtigt aber nicht, von einem anderen Handlungen zu verlangen, die dessen eigene Selbstbestimmung betreffen." (Klaschik 1999, S. 277)
Ein anderes wichtiges Argument geht davon aus, „dass es unendlich schwierig ist, im Einzelfall festzustellen, ob der entsprechende Sterbewille wirklich frei verantwortlich und „endgültig" gebildet wurde." (Taupitz 1998, S. C2329) Vielleicht befindet sich der Sterbende in der von Kübler-Ross beschriebenen Phase der Depression und die gehört zum „natürlichen Sterben" dazu und hilft weltliche Bindungen zu lösen. Sie kann jedoch auch zu Angst und Verzweiflung führen und eventuell eine nicht durchdachte Bitte um Tötung zur Folge haben!

Sind das Selbstbestimmungsrecht und das Lebensrecht gleichwertige Güter?

Um diese Frage beantworten zu können, muss man eine Wertung und Gewichtung des Lebensrechtes gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht vornehmen. Hierzu legt die Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, in Artikel 2 (Recht aller auf Leben) in Absatz 1 fest: „Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt." (Europäische Konvention 1994)
Das bedeutet in enger Auslegung, dass das Leben gesetzlich geschützt ist, jede Einflussnahme in Richtung Tötung oder aktiver Sterbehilfe nicht erlaubt ist und stellt das Lebensrecht vor das Selbstbestimmungsrecht.
Eine andere Gewichtung wird in den Niederlanden und Belgien vorgenommen, da dort aktive Sterbehilfe zulässig ist und somit das Selbstbestimmungsrecht eindeutig vor das Lebensrecht gestellt wird.

Ist passive Sterbehilfe erlaubt?

Betrachtet man das Selbstbestimmungsrecht, ist passive Sterbehilfe eine berechtigte Forderung. Der Sterbende, der entweder diesen Wunsch noch äußern kann oder in einem Patiententestament, einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung geäußert hat, darf und kann die Unterlassung oder den Abbruch lebensverlängernde Maßnahmen fordern. (Hier sei auf das eingangs erwähnte Urteil des LG Ravensburg verwiesen.)
Der Weltärztebund nahm hierzu folgendermaßen Stellung: „Der Patient hat das Recht, einer Behandlung nach angemessener Aufklärung zuzustimmen oder sie abzulehnen. Der Patient hat das Recht in Würde zu sterben." (Klaschik 1999, S. 277)
Dieses Argument wird unterstützt durch folgende Aussage: „Wer aber auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet oder bereits eingeleitete abbricht, weil sie das Leiden nur verlängern und therapeutisch sinnlos sind, der beendet das Leiden nicht, sondern nimmt die Verkürzung des Sterbeprozesses in Kauf."
(Eser, Fuchs, Lanzeratz, Wiesing 2000, S. 453)

Ist aktive Sterbehilfe erlaubt?

In ähnlicher Weise kann für die aktive Sterbehilfe argumentiert werden: „Wenn die Minderung bzw. Erlösung von schweren unerträglichen Schmerzen und Leiden das Motiv ist, jemandem die Bitte um Tötung oder Beihilfe zum Suizid zu erfüllen, dann ist die Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen moralisch irrelevant, insofern das Resultat des aktiven Tuns wie des Unterlassens jeweils der Tod des Patienten ist. (Eser, Fuchs, Lanzeratz, Wiesing 2000, S. 452) Es kann also eine selbstbestimmte Verkürzung des eigenen Lebens, ob aktiv oder passiv, um den Willen der menschlichen Würde, nicht unbedingt verboten werden; denn hierin besteht das Selbstbestimmungsrecht. Hier ist eine Krux der deutschen Rechtsprechung zu sehen, da sie den Suizid straffrei lässt, die Tötung auf Verlangen jedoch unter Strafe stellt.
Abgrenzung zwischen passiver und aktiver Sterbhilfe ist hier nur eine Gradwanderung und man darf die berechtigte Frage stellen, warum eigentlich passive Sterbhilfe erlaubt ist und aktive nicht? Da scheint die Rechtssprechung Belgiens und die der Niederlande konsequenter und gradliniger zu sein.

Aktive Sterbehilfe bei Minderjährigen?

Während das belgische Gesetz nicht explizit Minderjährige bzw. Kinder erwähnt, die um Sterbehilfe bitten und bei denen dieses auch durchgeführt werden kann, sondern von "für volljährig erklärt" spricht, unterteilen die Niederländer im Gesetzestext, dass an 12 bis 15- jährige Kinder (die darum bitten) mit Einverständnis der Eltern aktive Sterbehilfe durchgeführt werden kann. Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren können diese Entscheidung selber treffen, müssen jedoch ihre Eltern bei der Entscheidungsfindung einbeziehen.

Bestehende niederländische Bestimmungen für die medizinische Behandlung von Minderjährigen waren die Grundlage für diese Entscheidungsvollmacht. Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere terminal kranke Krebspatienten infolge unerträglicher Schmerzen um Sterbehilfe bitten; so auch bei Kindern und Jugendlichen. "Die Eltern oder der Vormund müssen natürlich mit der letztlich getroffenen Entscheidung leben können. In der Praxis finden immer ausführliche Gespräche zwischen dem behandelnden Arzt, dem Patienten und den Eltern oder Vormund statt. Es kommt eigentlich nie vor, dass keine Einigung erzielt wird." (Ministerium für auswärtige Angelegenheiten, S. 16)

Es fällt schwer, an dieser Stelle unbeteiligt und objektiv die Sachverhalte darstellen zu wollen. Wenn es schon schwer ist, den ernsthaften und reiflich überlegten Sterbewunsch eines erwachsenen Menschen feststellen zu können, wie viel mehr Genauigkeit und Maß muss dann in Erwägung ge-

zogen werden, wenn es um das Leben eines noch so jungen Menschen bzw. Kindes geht. Jeder pubertäre Jugendliche hat ein Recht auf "spinnige" Ideen und Selbstverwirklichung in alle Richtungen. Aber überschreitet nicht diese weitreichende und für Erwachsene schon nicht leichte Entscheidung die Kompetenz der Halbwüchsigen? Es gibt ein Diskoverbot ab 24.00 Uhr, doch diese Lebensentscheidung wird einem Jugendlichen zugetraut?!

Wirtschaftliche Aspekte in der Diskussion um Sterbehilfe

In Deutschland wird die rechtliche Diskussion um das Thema Sterbehilfe noch lange Bestand haben. Die Probleme bei der Finanzierung unserer Gesunderhaltung könnten dabei durchaus das Ergebnis beeinflussen.
So ist es nur wenige Jahre her, als man so wie jedes Jahr im Dezember das „Unwort" des Jahres suchte. Eines der Favoriten hieß „sozialverträgliches Frühableben". Es fasst die Diskussion um jene enormen Kosten zusammen, die alte, immobile, vor allem chronisch und / oder schwer kranke Menschen jährlich für die Gesellschaft verursachen und deren Lösung in der „Verringerung der Lebenszeit" zu liegen scheint. Das Wort wurde im Gegensatz zu „Peanuts" nicht gewählt.

Fazit

Die Rechtslage ist in Deutschland nach wie vor nicht völlig eindeutig. Die Gesetzeslage ist nicht zuletzt ein Ausdruck der unterschiedlichen Standpunkte, die sich quer durch unsere Gesellschaft ziehen. Die Suche nach eindeutigen Regelungen wird weitergehen. In jedem Fall bleibt zu hoffen, dass wir es uns auch in Zukunft leisten können, jede Form von wirtschaftlicher Erwägungen aus gesetzlichen Regelungen heraus zu lassen.
Das Hauptaugenmerk darf auf nichts anderes gerichtet sein als auf die Abwägung zwischen Selbstbestimmung eines jeden Individuums und der Fürsorge für das Leben.

Literatur

Ministerium für auswärtige Angelegenheiten, Abteilung Auslandsinformation (Hrsg.): FAQ: Sterbehilfe. Fragen und Antworten zum niederländischen Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung. Broschüre.

Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung, Artikel 16. http://www.humanlife.ch/news/p_neus/ meld_45.html **Deutscher Bundestag** – 14. Wahlperiode, Drucksache 14/9020, S. 198

Duden: Das Fremdwörterbuch. 4., neu bearb. u. erw. Aufl. – Mannheim; Wien; Zürich: Bibliographisches Institut. 1982

Eser, A., Fuchs, M., Lanzerath, D., Wiesing, U.: Lexikon der Bioethik. Pdf-Version. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. 2000

Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (zuletzt geändert 1994). Quelle: http://www.menschenrechtsbuero.de/html/emrk.htm

Hesselberger, D.: Das Grundgesetz. Kommentar für die politische Bildung. 9. Auflage. Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag. 1995

Honnefelder, L. in Frühauf, M. und Bertsch, L. (Hrsg.): Humanes Heilen, inhumanes Sterben? Gratwanderungen der Intensivmedizin. Fünftes Sankt Georgener Symposium. Stiftung Hochschule Sankt Georgen. Frankfurt a.M.: Verlag Josef Knecht. 1999

Klaschik, E.: Sterbehilfe – Sterbebegleitung. In: Der Internist. 3/99, S. 277

Klie, T., Stascheit, U.: Gesetze für Pflegeberufe. Gesetze, Verordnungen, Richtlinien. 5. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 2000

Klie, T.: Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover: Vincentz Verlag. 2001

Rehborn, M.: Arzt Patient Krankenhaus. Rechte und Pflichten. 3. Auflage. München: Verlag C. H. Beck oHG. 2000

Robert Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 01/01. Leistungen des Gesundheitswesens. Sterbebegleitung

Schell, W.: Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen, Richtlinien, Stellungnahmen. 3. Auflage. Hannover: Brigitte Kunz Verlag. Fachbuchreihe der Schlüterschen GmbH. 2002

Schell, W. (2001): Überprüfungsverfahren bei aktiver Sterbehilfe und ärztlich betreutem Freitod. Gesetzentwurf im Niederländischen Parlament angenommen. http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Heilkunde/ueberpruefungsverfahren.htm

Taupitz, J.: Die Macht der Gesetze ist beschränkt. Selbstbestimmtes Sterben. Die nationalen Rechtsordnungen haben einen nahezu unerschöpflichen Vorrat an unterschiedlichen Lösungen erarbeitet. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 98. Heft 45, S. C2329

Uhlenbruck, W.: Selbstbestimmtes Sterben durch Patienten-Testament Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung. 1. Auflage. Berlin: Verlag Klaus Vahle.1997

Strafgesetzbuch (zuletzt geändert m. W. zum 01.07.2005). Quelle: http://dejure.org/gesetze/StGB

Weltärztebund (1948): Genfer (Ärzte-) Gelöbnis. Quelle: http://www.laekh.de/Links/hippgenfeid.html.