

Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz

**Sterbehilfe
und
Sterbebegleitung**

**Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses
zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten**

Bericht der Bioethik-Kommission
des Landes Rheinland-Pfalz
vom 23. April 2004

Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz

**Herausgegeben von der Bioethik-Kommission
des Landes Rheinland-Pfalz**

**Vorsitzender: Herbert Mertin,
Justizminister des Landes Rheinland-Pfalz**

Referentin: Ministerialrätin Dr. Victoria Stein-Hobohm

Sitz: Justizministerium Rheinland-Pfalz

Ernst-Ludwig-Straße 3

55116 Mainz

Tel: 06131/16-4922

Fax: 06131/16-5876

E-Mail: Dr.Victoria.Stein-Hobohm@min.jm.rlp.de

ISBN (*noch nicht vergeben*)

Druck:

Download: www.justiz.rlp.de

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Geleitwort von Justizminister Herbert Mertin | 1 |
| Einsetzung und Aufgabe der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz | 3 |
| Präambel | 8 |
| Thesen | 9 |
| I. Selbstbestimmung über das eigene Sterben | 9 |
| II. Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose im Endstadium ihrer Erkrankung | 14 |
| III. Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose, die sich noch nicht im Endstadium ihrer Erkrankung befinden | 16 |
| IV. Problematik der Selbsttötung | 20 |
| V. Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals und der Träger von Einrichtungen | 22 |
| Empfehlungen der Kommission | 24 |
| Erläuterungen der Thesen | 27 |
| I. Selbstbestimmung über das eigene Sterben | 27 |
| These 1: Selbstbestimmung am Lebensende | 27 |
| These 2: Reichweite der Selbstbestimmung | 33 |
| These 3: Ausübung der Selbstbestimmung | 35 |
| These 4: Wirksamkeitsvoraussetzungen einer Patientenverfügung | 38 |
| These 5: Bindungswirkung einer Patientenverfügung | 41 |
| These 6: Entscheidungen in Stellvertretung | 44 |
| These 7: Gesundheitsbevollmächtigte | 48 |
| These 8: Feststellung des mutmaßlichen Willens | 51 |
| These 9: Entscheidungsmaßstab bei fehlenden Anhaltspunkten | 54 |
| These 10: Überprüfung der in Stellvertretung getroffenen Entscheidungen durch das Vormundschaftsgericht (§ 1904 BGB) | 56 |
| II. Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose im Endstadium ihrer Erkrankung | 61 |
| These 11: Situation im Sterbeprozess | 61 |
| These 12: Passive Sterbehilfe | 64 |
| These 13: Indirekte Sterbehilfe | 67 |
| These 14: Aktive Sterbehilfe | 70 |

| | |
|---|-----|
| III. Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose, die sich noch nicht im Endstadium ihrer Erkrankung befinden | 74 |
| These 15: Therapiebegrenzung | 74 |
| These 16: Entscheidungen in Stellvertretung über eine Therapiebegrenzung..... | 78 |
| These 17: Entscheidungen in Notfallsituationen..... | 81 |
| These 18: Notfallmaßnahmen | 83 |
| These 19: Patientinnen oder Patienten im Wachkoma..... | 85 |
| These 20: Entscheidungen bei Minderjährigen | 93 |
| These 21: Entscheidungen bei Neugeborenen | 96 |
| IV. Problematik der Selbsttötung..... | 100 |
| These 22: Rechtslage zur Selbsttötung de lege lata | 100 |
| These 23: Entschluss zur Selbsttötung | 103 |
| These 24: Einschränkung der Hilfespflicht | 105 |
| These 25: Ärztlich assistierte Selbsttötung..... | 107 |
| V. Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals und der Träger von Einrichtungen | 110 |
| These 26: Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht | 110 |
| These 27: Ethos des Pflegepersonals | 113 |
| These 28: Ethos der Träger und der Leitung von Krankenhäusern und Heimen | 117 |
| These 29: Künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde | 119 |
| Empfehlungen der Kommission..... | 124 |
| Empfehlung 1: Ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung..... | 124 |
| Empfehlung 2: Ärztliche Pflichten und Rechte | 128 |
| Empfehlung 3: Hilfeleistung und Teilnahme bei Selbsttötung | 133 |
| Empfehlung 4: Die Stärkung des Rechts zur Selbstbestimmung auf einen würdigen Tod | 137 |
| Empfehlung 5: Änderung/Ergänzung im Betreuungsrecht (§ 1904 BGB) .. | 142 |
| Minderheiten-Votum | 144 |
| Sondervoten | 145 |
| Anhang A: Gerichtsentscheidungen..... | 153 |
| Anhang B: Auszüge aus dem Strafgesetzbuch..... | 157 |
| § 13 StGB Begehen durch Unterlassen..... | 157 |
| § 212 StGB Totschlag | 158 |
| § 216 StGB Tötung auf Verlangen | 158 |

| | |
|--|-----|
| Anhang C: Auszug aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch..... | 158 |
| § 1904 BGB Ärztliche Maßnahmen | 158 |
| Anhang D: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998 | 158 |
| Anhang E: Auszug aus: Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe)..... | 162 |
| Anhang F: Zusammensetzung der Kommission | 164 |
| Anhang G: Quellen- und Literaturhinweise..... | 170 |
| Normen und Richtlinien | 170 |
| Rechtsprechung | 170 |
| Stellungnahmen und Sonstiges | 172 |
| Wissenschaftliche Veröffentlichungen | 173 |

Geleitwort von Justizminister Herbert Mertin



Für jeden Menschen steht bereits im Zeitpunkt seiner Geburt unumstößlich fest, dass er eines Tages sterben wird. Die Menschen besitzen nicht die Macht, hieran etwas zu ändern. Sie haben aber in gewisser Weise die Möglichkeit, den Zeitpunkt des Sterbens und seine Umstände zu bestimmen. Der medizinisch-technische Fortschritt verstärkt diese „Entscheidungskompetenz“. Er macht das Sterben häufig zu einem steuerbaren Prozess, was Konflikte auslösen kann. Auf der einen Seite steht der einzelne Mensch mit seinen persönlichen Wünschen, Vorstellungen und Ängsten hinsichtlich seines Sterbens. Auf der anderen Seite steht die Ärzteschaft mit ihren vorwiegend technischen Möglichkeiten, das Sterben hinauszögern zu können. Dabei führt die Verpflichtung der Ärzte, zu heilen, ihr Wunsch, den Tod des Patienten zu verhindern, aber auch die Angst vor dem Strafrichter nicht selten zum therapeutischen und diagnostischen Zuviel. Angesprochen ist auch die Gesellschaft insgesamt, die gerade derzeit im Gesundheitssektor den Kampf der Verteilungsgerechtigkeit kämpft.

Die Fragen, wann die Behandlungspflicht endet, unter welchen Voraussetzungen ein Behandlungsabbruch erlaubt ist, wie sich strafbare Tötung auf Verlangen und straflose Beihilfe zum Selbstmord abgrenzen lassen, gehören zu den schwierigsten ethischen und strafrechtlichen Fragen unserer Zeit. Der Gesetzgeber hat seine Regelungskompetenz nicht ausgeschöpft. Fragen der Sterbehilfe sind gesetzlich unvollständig geregelt. Bislang hat sich vorwiegend die Rechtsprechung mit den Problemen der Sterbehilfe auseinandergesetzt. Hierbei ist es in wichtigen Bereichen zu abweichenden Beurteilungen gekommen. Das schafft zusätzliche Unsicherheit. Doch eine am jeweiligen Einzelfall orientierte Rechtsprechung kann nicht alle Probleme der

Praxis beleuchten und lösen. Das ist auch nicht ihre Aufgabe. Es ist allein die Aufgabe des Gesetzgebers, den betroffenen Patienten, Ärzten und Angehörigen im sensiblen Bereich der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung allgemeinverbindliche Regelungen an die Hand zu geben und damit möglichst umfassende Rechtssicherheit zu gewähren.

Die grundsätzliche Positionierung zu Fragen der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung und die Klärung von Zweifelsfragen werden angesichts der rasanten Entwicklungen in der Medizin immer drängender. Die Bioethik-Kommission will mit ihren Thesen einen Beitrag dazu leisten, der notwendigen Diskussion über dieses Thema ein sachliches Fundament zu geben, wobei das Beratungsergebnis durch die interdisziplinäre Besetzung der Kommission und die zusätzliche Anhörung von externen Sachverständigen auf ein möglichst breites Wissens- und Erfahrungsspektrum gestützt werden konnte.

Ich hoffe, der Abschlussbericht der Bioethik-Kommission kann dazu beitragen, die komplexe Problematik der Sterbehilfe und -begleitung erneut bewusst zu machen. Er soll bei der Suche nach Antworten auf die insoweit wesentlichen ethischen und rechtlichen Fragen helfen und als Denkanstoß für künftigen gesetzgeberischen Handlungsbedarf dienen.

Mainz, den 23. April 2004

Herbert Mertin
Justizminister des Landes Rheinland-Pfalz

Einsetzung und Aufgabe der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz

Erstmals im Jahr 1985 hat der Minister der Justiz im Auftrag des rheinland-pfälzischen Ministerrats die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz einberufen. Anlass hierfür war der Wunsch des Ministerrats, sich mit den aktuellen Entwicklungen der Lebenswissenschaften und insbesondere auch den möglichen Folgewirkungen neuer Technologien aus ethischer, sozialer, rechtlicher und wirtschaftlicher Perspektive auseinanderzusetzen. Hierbei wollte er sich durch eine interministerielle Kommission unter Einbeziehung von Sachverständigen verschiedener Fachrichtungen und von Vertreterinnen und Vertretern der beiden Großen Kirchen, der Gewerkschaften und der Industrie unterstützen lassen.

Die Regierungsfraktion hat den Auftrag an die Kommission wiederholt bestätigt. Die Regierungskoalition hat für die 14. Wahlperiode des rheinland-pfälzischen Landtages 2001-2006 Folgendes erklärt: „Fragen der Biotechnologie werden in der Zukunft eine immer größere Bedeutung erlangen. Die Bioethikkommission in Rheinland-Pfalz hat in den vergangenen Jahren in diesem Themenkreis beeindruckende Stellungnahmen erarbeitet. Die Koalitionspartner legen Wert darauf, dass die Arbeit der Bioethikkommission fortgesetzt wird.“

Als Ergebnis ihrer Arbeit hat die Kommission bisher sechs Berichte vorgelegt: ¹

1. Bericht „Zur Aufarbeitung von Fragen der Bioethik - Fortpflanzungsmedizin -“ vom 18. März 1986
(veröffentlicht: Gentechnologie, Chancen und Risiken, Band. 11, 1987, S. 119 ff.),
2. Bericht „Humangenetik“ vom 24. Januar 1989
(veröffentlicht: Recht, Justiz, Zeitgeschehen, Band. 47, 1989),
3. Bericht „Gentechnologie“ vom 26. Juni 1990
(veröffentlicht: Bio Tech Forum, Band 4, 1990),

¹ Die ersten drei Berichte waren Grundlage der Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppen „Fortpflanzungsmedizin“ und „Genomanalyse“. Sie beeinflussten die Entstehung des Embryonenschutzgesetzes und des Gentechnikgesetzes. Die Landesregierung berücksichtigte die Berichte insbesondere bei ihren Entscheidungen im Bundesrat.

4. Bericht „Zur ethischen Verantwortung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern für ihre Forschung und deren Folgen“ vom 11. September 1995 (veröffentlicht: Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz 1995),
5. Bericht „Präimplantationsdiagnostik. Thesen zu den medizinischen, rechtlichen und ethischen Problemstellungen“ vom 20. Juni 1999 (veröffentlicht: Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz 1999),
6. Bericht „Stammzellen. Medizinische, ethische und juristische Bewertung der Forschung an humanen embryonalen Stammzellen unter Einbeziehung des Stammzellgesetzes vom 28. Juni 2002“ vom 23. August 2003 (veröffentlicht Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz 2002).

Hinzu kommen vier veröffentlichte Stellungnahmen:

1. Zum Entwurf des Übereinkommens zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin des Europarats: Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin (früher: Bioethik-Konvention) hat sich die Kommission im Jahr 1994 geäußert. Damit hat sie auf die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Konventionsentwurf (Bundesrats-Drucksache 117/95 [Beschluss]) maßgeblichen Einfluss genommen.
2. Sie hat dann die weitere Entwicklung des Übereinkommens verfolgt und 1996 eine weitere Stellungnahme abgeben.
3. Weiterhin hat die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz vor Verabschiedung des Transplantationsgesetzes im Jahr 1997 eine Stellungnahme zu Fragen der Organtransplantation vorgelegt.
4. Zum Import von und zur Forschung an humanen embryonalen pluripotenten Stammzellen hat die Bioethik-Kommission am 16. Januar 2002 eine Stellungnahme veröffentlicht und somit vor dem Gesetzesbeschluss zu dem „Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen vom 28. Juni 2002“, gültig ab dem 1. Juli 2002, Gehör gefunden.

Die Kommission ist ein unabhängiges, multidisziplinär besetztes Gremium, an dem neben Vertreterinnen und Vertretern der zuständigen Landesministerien, der Industrie und der Gewerkschaften auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Fachrichtungen Medizin, Ethik, Theologie, Natur- und Rechtswissenschaften sowie externe Sachverständige mitwirken. Zur Problematik der Sterbehilfe und Sterbebegleitung hörte die Kommission 18 Sachverständige.

Zu den medizin-ethischen Fragestellungen waren dies:

Privatdozent Dr. med. Dietmar Mauer, Facharzt für Anästhesie, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Geschäftsführender Arzt der Region Mitte, zu „Sterben in Würde - aus der Sicht der Intensivmedizin“;

Professor Dr. med. H.W. Opderbecke, ehem. Vorstand des Instituts für Anästhesiologie des Städtischen Klinikums, Nürnberg, zu dem Thema „Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht“;

Dr. med. Martin Weber, III. Medizinische Klinik der Universitätskliniken Mainz, Oberarzt für den Bereich „Palliativmedizin“, Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Rheinland-Pfalz, zu dem Thema „Sterben in Würde: Aus der Sicht der ärztlichen Praxis“;

Professor Dr. med. Herwig Stopfkuchen, Universitätskliniken Mainz, Kinderklinik, zu der Frage „Sterben in Würde: Aus der Sicht der neonatologischen Intensivstation“;

Dr. med. Günther Frey, Rheinhessen-Fachklinik, Alzey, Facharzt für Neurologie, Rehabilitationswesen, Leitender Oberarzt der Abt. Neurologie und Neurologische Frührehabilitation, zu „Prognose - Entscheidungen beim Wachkoma-Patienten“;

Univ.-Prof. (a.D.) Dr. med. Christian Rittner, Vorsitzender der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, zu dem Thema „Tod und Sterben aus der Sicht eines Rechtsmediziners“.

Zur rechtlichen Beurteilung referierten:

Dr. jur. Meo-Micaela Hahne, Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof, Karlsruhe, über den Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17.März 2003, AZ.: XII ZB 2/03;

Klaus Kutzer, Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a.D., Karlsruhe, Ordentliches Mitglied im Ausschuss ethischer und medizinisch-juristischer Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, zu dem Thema „Strafrechtliche und zivilrechtliche Überlegungen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und zur Zulässigkeit der Sterbehilfe“;

Rudolf Sonntag, Richter am Amtsgericht (Vormundschaftsgericht), Mainz, „Aus der Sicht eines Betreuungsrichters“;

Rechtsanwalt Wolfgang Putz, Überregionale medizinrechtliche Sozietät Putz und Teipel, Rechtsanwälte - Notar, Berlin - München über seine „Praktische Erfahrungen mit Sterbehilfemandaten“, insbesondere zum so genannten Traunsteiner Fall;

Professor Dr. jur. Friedhelm Hufen, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staats- und Verwaltungsrecht, Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, Stellvertretender Vorsitzender der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer, Rheinland-Pfalz, zu verfassungsrechtlichen Fragestellungen „Selbstbestimmtes Sterben: Schranken der Verfassung - grundrechtlicher Schutz am Ende des Lebens“ und

Professor em. Dr. jur. Heinz Holzauer, Westfälische Wilhelms-Universität Münster zu „Fragen des Betreuungsrechts“.

Zur theologischen und geisteswissenschaftlichen Sicht hörte die Kommission:

Professor Dr. theol. Ulrich Eibach, Evangelisch Theologische Fakultät, Abt. Systematische Theologie, Rheinische Friedrich Wilhelms-Universität, Bonn, Pfarrer am Universitätsklinikum, Beauftragter der Evangelischen Kirche im Rheinland für Fortbildung und Fragen der Ethik in Biologie und Medizin, zu Überlegungen zur „Künstliche Ernährung“;

Professor Dr. phil. Werner Burgheim, Professor für Erwachsenenbildung und Krisenpädagogik, Lehrbeauftragter am Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften, 1. Vorsitzender der „Internationalen Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand“ (IGSL-Hospiz)“ von 1996 bis 2003, mit einem Vortrag zur „Hospizbewegung“;

Dr. phil. Kurt F. Schobert, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V., Chefredakteur der Verbandszeitschrift „Humanes Leben - Humanes Sterben“, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der DGHS, zu „Meinungen zur aktiven direkten Sterbehilfe“;

Professor Dr. phil. Randolph Ochsmann, Vorsitzender des Interdisziplinären Arbeitskreises „Thanatologie“, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, FB 12 - Psychologisches Institut, zu einer Untersuchung über „Die Einstellungen von professionellen Helferinnen und Helfern zur Sterbehilfe“.

Zu Erfahrungen in der medizinischen und rechtlichen Praxis im Alltag hörte die Kommission einen Vortrag von:

Ursula Phillip, Dipl.-Religionspädagogin, Dipl.-Sozialarbeiterin, Mitarbeiterin der Betreuungsbehörde, Kreisverwaltung Neuwied, Ehrenamtliche Mitarbeiterin beim Hospizverein Neuwied mit dem Thema „Die praktischen Auswirkungen der PEG-Sonde“.

Zur Situation in den Niederlanden referierte:

Professor Dr. Henk Jochemsen, Director G.A. Lindeboom Institut, Zentrum für medizinische Ethik, Niederlande, „Sterbehilfe und Sterbebegleitung in den Niederlanden“.

Die Vorträge können, soweit sie schriftlich vorliegen, bei der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz angefordert werden.

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Beratungen zu den ethischen, rechtlichen und medizinischen Fragestellungen in 29 Thesen zusammen, die anschließend auf der Grundlage der Beratungsprotokolle erläutert werden und dann in fünf Empfehlungen einmünden. Der Bericht setzt sich auch mit dem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003 ¹ auseinander, der sich unter anderem mit der Frage befasste, ob die auf einer Patientenverfügung beruhende Entscheidung eines Betreuers zur Einstellung der künstlichen Ernährung eines Koma-Patienten entsprechend § 1904 BGB der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf oder nicht.

Die Kommission hatte, insbesondere in manchen Einzelfragen, sehr unterschiedliche Auffassungen zu bewerten. Dies führte erstmals in der Geschichte der Kommission bei einer These zur Verabschiedung eines Mehrheits- und Minderheiten-Votums. Außerdem wurden zwei Sondervoten abgegeben. Gleichwohl hat die Kommission insgesamt ein hohes Maß an Übereinstimmung erzielt.

¹ BGHZ XII ZB2/03, in: NJW 2003, S.1588, FamRZ 2003,748 (siehe hierzu Anhang)

Präambel

Die Fortschritte der Biowissenschaften und der modernen Medizin stellen die Patientinnen und Patienten in vielfacher Hinsicht vor neue Entscheidungen. Das gilt auch für schwerst und ohne Aussicht auf Heilung leidende Patientinnen oder Patienten und den ärztlichen Umgang mit ihnen. Weder die Ärztinnen und Ärzte noch die Rechtsordnung können gegenüber den neuen Herausforderungen auf überkommenen Standards und Regelungen künstlicher Lebenserhaltung und Lebensverlängerung beharren. Die nötige Neuorientierung muss ethisch reflektiert sein und kann sich in Deutschland am Grundgesetz orientieren. In deren oberstem Wert, der Menschenwürde, wurzelt das Selbstbestimmungsrecht. Dieses umfasst die Entscheidung über das eigene Sterben und über lebenserhaltende Eingriffe und schließt eine rein fremdbestimmte Erhaltung oder Verlängerung des Lebens aus.

In diesem Sinn hat die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz Thesen und Empfehlungen erarbeitet, die den Angehörigen der medizinischen Heilberufe als Orientierung und dem Gesetzgeber und den Gerichten, die geltendes Recht anzuwenden und in Grenzen fortzubilden haben, als Anregung und als Bestärkung dienen sollen.

Darüber hinaus wenden sich die Thesen und ihre Erläuterungen an jede Bürgerin und jeden Bürger unseres Landes und wollen anregen, sich mit Fragen zum Lebensende eingehend auseinander zu setzen.

Thesen

I. Selbstbestimmung über das eigene Sterben

These 1: Selbstbestimmung am Lebensende

Die Würde des Menschen und sein Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung sind grundrechtlich geschützt. Dies umfasst auch die Entscheidung über das eigene Sterben und über lebenserhaltende Eingriffe Dritter und schließt die fremdbestimmte Erhaltung oder Verlängerung seines Lebens aus.

These 2: Reichweite der Selbstbestimmung

Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen erlaubt es ihm, einem natürlichen Geschehen bis zum Tod seinen Lauf zu lassen.

Diese Freiheit begründet aber keinen Anspruch gegen Dritte auf aktive Hilfe bei der Selbsttötung oder auf aktive Sterbehilfe .

These 3: Ausübung der Selbstbestimmung

Das Selbstbestimmungsrecht wird ausgeübt durch Willensäußerung des entscheidungsfähigen Menschen (vor allem auch vorausschauend durch eine Patientenverfügung oder durch Bestellung einer oder eines Gesundheitsbevollmächtigten). Es bleibt auch erhalten, wenn er keine Erklärungen mehr abgeben kann. Seine frühere Willensäußerung wirkt fort.

These 4: Wirksamkeitsvoraussetzungen einer Patientenverfügung

Die formellen Anforderungen an die Wirksamkeit einer vorausschauenden Patientenverfügung sollen maßvoll sein:

- Die oder der Verfügende muss hinsichtlich der Bedeutung und Tragweite der von ihr bzw. ihm getroffenen Verfügung einsichts- und urteilsfähig sein.
- Bei Minderjährigen muss das Elternrecht berücksichtigt werden.
- Die Patientenverfügung ist formfrei und bleibt bis zum formfrei möglichen Widerruf wirksam. Eine schriftliche Patientenverfügung, ggf. unter Verwendung eines geeigneten Formulars, wird aber empfohlen.
- Die zwischenzeitlich eingetretene Einwilligungsunfähigkeit steht der Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht entgegen.
- Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung ist nicht von einer vorherigen ärztlichen oder rechtlichen Aufklärung abhängig. Eine vorherige Aufklärung ist indes zu empfehlen.
- Die Wirksamkeit der Patientenverfügung ist nicht von einer Bestätigung der bzw. des Verfügenden in bestimmten Zeitabständen abhängig. Eine Bestätigung stärkt aber die Position der bzw. des Verfügenden und wird daher empfohlen.

These 5: Bindungswirkung einer Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung, deren Befolgung die Gesundheit oder das Leben der bzw. des Betroffenen gefährdet, bindet die Adressatinnen und Adressaten der Verfügung, wenn zusätzlich zu den in These 4 genannten Voraussetzungen folgende Anforderungen erfüllt sind:

- Die Patientenverfügung wurde schriftlich verfasst.
- Sie ist auf die spätere Situation hinreichend konkret zugeschnitten.
- Die Patientin oder der Patient wurde über die Folgen hinreichend beraten.

Die Bindungswirkung darf von Adressatinnen und Adressaten der Verfügung nicht durch Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen korrigiert werden, es sei denn, dass die bzw. der Betroffene seine frühere Verfügung widerrufen hat oder die vorausgesetz-

ten Umstände sich inzwischen so erheblich geändert haben, dass die frühere selbstverantwortlich getroffene Entscheidung die aktuelle Situation nicht mehr umfasst.

Wirksame Patientenverfügungen im Sinne von These 4, die die zusätzlichen Anforderungen im Sinne von These 5 Satz 1 nicht erfüllen, sind keineswegs unbeachtlich. Sie sind ein besonders starkes Indiz für den mutmaßlichen Willen und entfalten auch insoweit Bindungswirkung, unabhängig davon, ob das Grundleiden der Patientin oder des Patienten einen tödlichen Verlauf angenommen hat.

These 6: Entscheidungen in Stellvertretung

Liegt eine Patientenverfügung vor, so hat sich die Stellvertreterin oder der Stellvertreter für deren Verwirklichung einzusetzen.

Fehlt eine auf die Behandlung ausgerichtete Bestimmung der oder des Betroffenen, wird das Selbstbestimmungsrecht von einer Vertreterin oder einem Vertreter wahrgenommen.

Als Vertreterin oder Vertreter kommen zum Beispiel in Betracht:

- Die oder der von der Patientin oder dem Patienten bestimmte Gesundheitsbevollmächtigte,
- die gesetzliche Vertreterin oder der Vertreter der Minderjährigen bzw. des Minderjährigen,
- die vom Gericht bestellte Gesundheitsbetreuerin bzw. der -betreuer.

Die Vertreterin bzw. der Vertreter soll so entscheiden, wie die Patientin oder der Patient mutmaßlich selbst entscheiden würde, wenn sie oder er dazu in der Lage wäre.

These 7: Gesundheitsbevollmächtigte

Die Bestimmung einer oder eines Gesundheitsbevollmächtigten durch die so genannte Vorsorgevollmacht ist ein wichtiges Instrument der Selbstbestimmung für die Situation der Einwilligungsunfähigkeit.

Die Bestellung einer Gesundheitsbetreuerin oder eines -betreuers ist dann nicht erforderlich (§ 1896 BGB).

Wirksamkeitsvoraussetzung für die Ermächtigung ist die Einsichts- und Urteilsfähigkeit der oder des Verfügenden und die Volljährigkeit der oder des Bevollmächtigten.

Die zwischenzeitlich eingetretene Einwilligungsunfähigkeit der Vollmachtgeberin oder des Vollmachtgebers steht der Wirksamkeit der Bevollmächtigung nicht entgegen.

Die Bevollmächtigung bedarf der Schriftform und bleibt bis zum formfrei möglichen Widerruf wirksam.

Eine generelle Vollmacht zur Regelung von Gesundheitsangelegenheiten ist keine ausreichende Legitimation für einen das Leben der oder des Betroffenen gefährdenden Behandlungsverzicht. Die Befugnis, einen Behandlungsverzicht zu fordern, muss entsprechend der Regelung in § 1904 Absatz 2 BGB ausdrücklich von der Vollmachtgeberin oder von dem Vollmachtgeber eingeräumt werden.

Eine Verständigung über Inhalt und Tragweite der Vollmacht zwischen der die Vollmacht gebenden und der die Vollmacht nehmenden Person wird empfohlen.

These 8: Feststellung des mutmaßlichen Willens

An die Feststellung des mutmaßlichen Willens, sterben zu wollen, sind strenge Anforderungen zu stellen. Diese Anforderungen gelten in der Regel als erfüllt, wenn sich die Patientin oder der Patient zuvor wohlüberlegt und auf der Grundlage ihrer bzw. seiner persönlichen Lebenseinstellungen und Wertüberzeugungen gegenüber einer Vertrauensperson geäußert hat. Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass die Patientin oder der Patient eine Basisversorgung im Sinne von These 29 wünscht und erhält.

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind die sich ändernden gesundheitlichen Umstände (insbesondere die ärztliche Indikation) zu berücksichtigen, unter denen lebenserhaltende Maßnahmen begonnen, fortgesetzt oder gegebenenfalls auch beendet werden sollen.

These 9: Entscheidungsmaßstab bei fehlenden Anhaltspunkten

Fehlt es an konkreten Anhaltspunkten für einen mutmaßlichen Willen, so hat die Vertreterin oder der Vertreter so zu entscheiden, wie es dem Wohl der Patientin oder des Patienten entspricht. Sie bzw. er hat dabei grundsätzlich davon auszugehen, dass diese bzw. dieser ihr bzw. sein Leben erhalten will, wenn dies in Würde möglich ist.

These 10: Überprüfung der in Stellvertretung getroffenen Entscheidungen durch das Vormundschaftsgericht (§ 1904 BGB)

Das Verlangen einer Gesundheitsbetreuerin oder eines -betreuers, die ärztliche Behandlung der oder des Vertretenen zu beenden, sollte nur in Konfliktfällen einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedürfen, also beispielsweise, wenn das Leben der Betroffenen nur durch Fortsetzung der Behandlung erhalten werden kann und diese nach der Überzeugung der Ärztin oder des Arztes indiziert ist.

Verweigert die Gesundheitsbetreuerin oder der -betreuer bereits die Einwilligung in die lebenserhaltende Aufnahme der ärztlichen Behandlung, so sollte auch dies der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedürfen, allerdings ebenfalls nur in den in Satz 1 genannten Konfliktfällen.

Das Vormundschaftsgericht soll überprüfen, ob die Entscheidung der Gesundheitsbetreuerin oder des -betreuers zulässig ist und dem erklärten oder mutmaßlichen Willen der oder des Betroffenen entspricht bzw. ob im Hinblick auf die nunmehr vorliegende Situation Anhaltspunkte für eine (mutmaßliche) Willensänderung vorliegen.

Ist kein Wille der oder des Betroffenen feststellbar, so soll das Vormundschaftsgericht überprüfen, ob eine Stellvertreter-Entscheidung zulässig ist und sie dem Wohl der oder des Betroffenen entspricht.

Die die Gesundheitsbetreuung betreffenden vorstehenden Überlegungen gelten entsprechend für Entscheidungen von Stellvertretern und Gesundheitsbevollmächtigten.

II. Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose im Endstadium ihrer Erkrankung

These 11: Situation im Sterbeprozess

Die Sterbehilfe (im Sinne dieses Abschnitts) betrifft nicht nur die unmittelbar im Sterbeprozess (in der Agonie) befindlichen Menschen, sondern auch diejenigen, deren weit fortgeschrittene Krankheit unumkehrbar in absehbarer Zeit zum Tod führt.

Der unumkehrbare Sterbeprozess ist durch ein fortschreitendes Versagen der lebenswichtigen Funktionen gekennzeichnet. Dieser Sterbeprozess dauert erfahrungsgemäß nur kurze Zeit.

In diesem kurzen Zeitraum darf die Ärztin oder der Arzt dem Sterbeprozess seinen natürlichen Verlauf lassen. Die Verpflichtung, die Leiden und Schmerzen der Patientin oder des Patienten zu lindern, besteht fort.

These 12: Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe ist die Nichtaufnahme oder Einstellung lebenserhaltender bzw. -verlängernder Maßnahmen.

Als lebensverlängernde Maßnahmen gelten u.a.:

- Parenterale Ernährung (Infusion),
- Ernährung über eine Sonde,
- Einsatz von Respiratoren (künstliche Beatmung),
- die Gabe Herz- und Kreislauf aktivierender Medikamente,
- die Behandlung hinzutretender Erkrankungen.

Auch diese Maßnahmen sind zustimmungsbedürftige Eingriffe in die körperliche Integrität. Ihr Unterlassen oder Einstellen ist keine Tötungshandlung. Patientinnen oder Patienten haben vielmehr einen Anspruch darauf, dass Maßnahmen zur Verlängerung ihres Lebens unterlassen oder nicht weiter geführt bzw. abgebrochen werden.

These 13: Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe ist eine schmerzlindernde oder sonstige leidensmindernde Therapie, die unbeabsichtigt und unvermeidbar eine Lebensverkürzung zur Folge haben kann. Da die Patientin oder der Patient im Endstadium ihrer oder seiner Erkrankung bzw. ihres oder seines Leidens einen Anspruch darauf hat, dass auch schwerste und anhaltende Schmerzen zuverlässig gelindert werden, müssen die unerwünschten Nebenwirkungen der Schmerztherapie, im äußersten Fall eine Lebensverkürzung, wenn nicht zu vermeiden, in Kauf genommen werden. Eine wirksame Schmerzbehandlung vorzuenthalten, verstößt gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht und kann eine strafrechtlich relevante Körperverletzung sein.

These 14: Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen ernstliches und ausdrückliches Verlangen durch einen anderen. Nach dem geltenden deutschen Recht darf sie auch bei aussichtsloser Prognose nicht geleistet werden.

Hiervon sollte grundsätzlich auch nicht abgewichen werden. Zu bedenken sind aber extreme Ausnahmefälle, in denen medizinische einschließlich palliative Maßnahmen ein von der Patientin oder dem Patienten als unerträglich empfundenenes Leiden nicht mindern können. In solchen Extremfällen kann aufgrund des Selbstbestimmungsrechts Sterbenskranker ausnahmsweise eine aktive Sterbehilfe ethisch und rechtlich toleriert werden. Der Gesetzgeber sollte die Möglichkeit einräumen, in solchen Fällen von Strafe abzusehen.

III. Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose, die sich noch nicht im Endstadium ihrer Erkrankung befinden

These 15: Therapiebegrenzung

Das Recht, würdig sterben zu dürfen, wird in Ausübung ihrer Freiheit und Selbstbestimmung auch von kranken Menschen geltend gemacht, die sich noch nicht im eigentlichen Sterbeprozess (These 11) befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis ohne Aussicht auf Heilung aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden. Entschieden eine Patientin oder ein Patient, der Krankheit ihren natürlichen Verlauf zu lassen, bedeutet dies kein Verlangen nach Sterbehilfe, sondern nach einer Änderung des Therapieziels. Besteht die Änderung in der Einstellung einer lebenserhaltenden Behandlung (Therapiebegrenzung), muss dies grundsätzlich ausdrücklich verlangt werden oder in einer Vorausverfügung verlangt worden sein.

These 16: Entscheidungen in Stellvertretung über eine Therapiebegrenzung

Nur in Ausnahmefällen kommt eine Entscheidung Dritter über Therapiebegrenzung im Sinne der Einstellung der lebenserhaltenden Behandlung in Betracht. Nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Erfahrungen und Therapiemöglichkeiten ist dies insbesondere vorstellbar bei

- Notfällen (Thesen 17 und 18),
- lang andauerndem Wachkoma (These 19),
- unheilbar schwerstkranken Minderjährigen (These 20),
- Neugeborenen mit lebensbedrohender Schädigung (These 21).

Bei Entscheidungsunfähigkeit soll auch in ähnlich schweren Fällen mit irreversiblen Krankheitsverlauf eine Stellvertreterentscheidung im Sinne der Patientin oder des Patienten in engen Grenzen möglich sein.

Demenzkranke sind, obwohl zeitweise entscheidungsunfähig, als solche keine Sterbenden. Daher kommt eine Stellvertreter-Entscheidung zur Sterbehilfe in diesen Fällen nicht in Betracht¹.

These 17: Entscheidungen in Notfallsituationen

Auch in Notfallsituationen, die sofortiges ärztliches Handeln erforderlich machen, hat die Ärztin oder der Arzt einen Patientenwillen, der unmittelbar ersichtlich ist, zu beachten. Lässt die Dringlichkeit der notwendigen Maßnahmen zeitlich die Feststellung des Patientenwillens nicht zu, entscheidet die behandelnde Ärztin oder der Arzt über die zu treffenden Maßnahmen.

Die Entscheidung ist so zu treffen, wie es dem Wohl und dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Dabei ist davon auszugehen, dass diese bzw. dieser ihr bzw. sein Leben erhalten will.

These 18: Notfallmaßnahmen

Notfallmaßnahmen zur Lebensrettung können mit der Zeit ihre anfängliche Begründung, d.h. ihre ursprüngliche Indikation verlieren.

Im Notfall ergriffene ärztliche Maßnahmen dürfen beendet werden, wenn das über eine Reanimation hinausgehende Behandlungsziel nicht mehr zu erreichen ist. Dies bedeutet dann nicht, dass der Tod gezielt herbeigeführt, sondern vielmehr eine Maßnahme beendet wird, die der Patientin oder dem Patienten weder geschuldet noch (mutmaßlich) von ihr bzw. ihm gewollt wird.

These 19: Patientinnen oder Patienten im Wachkoma

Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind *keine* Sterbenden. Ihre andauernde tiefe Bewusstlosigkeit ist durch den Ausfall der meisten Großhirnfunktionen bedingt.

¹ Helmchen, Hanfried und Lauter, Hans: "Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? - Analyse des Problemfeldes, Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik" Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York 1995

Insbesondere nach sehr langer Dauer des Wachkomas ist dieser Zustand nur in äußerst seltenen Fällen und auch dann nur sehr eingeschränkt reversibel. Solange die vegetativen Funktionen stabil erhalten werden, tritt der Tod nicht ein.

Ein Behandlungsabbruch kommt bei diesen Patientinnen oder Patienten grundsätzlich nur dann in Betracht, wenn dies aus deren ausdrücklichen Willensäußerungen hervorgeht.

Bindend für die Beteiligten ist die Willensäußerung bei

- schriftlicher Erklärung in einer die eingetretene Situation erfassenden Patientenverfügung (vgl. These 5),
- vorheriger mündlicher Erklärung gegenüber einer Vertrauensperson in Bezug auf einen Behandlungsverzicht,
- Vorliegen einer schriftlichen Erklärung über die Bestellung einer Vertreterin oder eines Vertreters, der oder dem ausdrücklich eingeräumt wurde, den Behandlungsverzicht im Sinne der Patientin oder des Patienten zu verlangen (so genannte Vorsorgevollmacht vgl. These 7).

Fehlt es daran, kann eine Vertreterentscheidung, die den mutmaßlichen Willen der Wachkoma-Patientin oder des -Patienten zugrunde legt, zulässig werden, wenn nach der Stellungnahme der bzw. des behandelnden und einer weiteren unabhängigen Ärztin bzw. eines Arztes keine Chance einer Remission besteht. Eine unbedingte und unbegrenzte Lebenserhaltung ist ethisch nicht zwingend geboten, wenn bei einer Wachkoma-Patientin oder einem -Patienten nach Ablauf einer erheblichen Zeitspanne nach dem Stand der medizinischen Erkenntnis mit Gewissheit keine Besserung zu erwarten ist.

Bei Vertreterentscheidungen ist in Fällen, in denen Zweifel über die Auslegung der in Absatz 3 genannten Willensäußerungen bestehen, und im Konfliktfall die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen.

These 20: Entscheidungen bei Minderjährigen

Bei Entscheidungen einsichts- und urteilsfähiger Minderjähriger über passive, indirekte Sterbehilfe und eine Therapiebegrenzung sind die Sorgeberechtigten einzubeziehen.

Bei nicht Urteils- und Einsichtsfähigen ist der Wille der Sorgeberechtigten ausschlaggebend.

These 21: Entscheidungen bei Neugeborenen¹

Auch bei einem schwerstgeschädigten oder extrem unreifen Neugeborenen ist - unabhängig von seinem Leidenszustand - die gezielte Verkürzung seines Lebens durch aktive Eingriffe verboten.

Lebenserhaltende Maßnahmen können aber unterlassen oder abgebrochen werden, wenn der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat oder wenn sich herausgestellt hat, dass das Leben des Neugeborenen nicht auf Dauer zu erhalten, sondern der Tod in Kürze zu erwarten ist.

Im Übrigen müssen im Rahmen der ärztlichen Behandlungspflicht und der elterlichen Fürsorge bei extrem unreifen oder schwerstgeschädigten Neugeborenen nicht immer alle lebenserhaltenden oder -verlängernden Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Dies gilt erst recht für zum Entscheidungszeitpunkt noch als experimentell einzustufende Maßnahmen.

Es ist aus ethischer und rechtlicher Sicht nicht zu beanstanden, wenn im Einzelfall der Leidensvermeidung oder -linderung der Vorrang gegeben wird gegenüber dem Bemühen um Lebenserhaltung oder -verlängerung.

In allen Fällen muss Einvernehmen zwischen den Eltern, gegebenenfalls den Sorgeberechtigten und der Ärztin oder dem Arzt bestehen. Besteht das Einvernehmen nicht, dürfen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts unterbleiben.

Ausreichende Basisversorgung, Leidenslinderung und insbesondere menschliche Zuwendung sind immer zu gewährleisten.

¹ Neugeborene sind nach Definition der WHO Kinder bis zu einem Alter von vier Wochen.

IV. Problematik der Selbsttötung

These 22: Rechtslage zur Selbsttötung de lege lata

- a) Die Selbsttötung ist nach geltendem Recht nicht strafbar.
- b) Handelt die oder der Sterbenskranke frei verantwortlich, ohne durch Irrtum, Täuschung oder Druck zu der Handlung veranlasst worden zu sein, so ist auch die Mitwirkung anderer Personen bei der Selbsttötung jedenfalls solange nicht strafbar, als die Suizidentin oder der Suizident selbst das zum Tode führende Geschehen beherrscht.
- c) Wer einem infolge Suizids Hilflosen in einer lebensbedrohenden Lage die erforderliche Hilfe zur Lebensrettung nicht leistet, macht sich eines Tötungsdelikts durch Unterlassung strafbar, wenn ihn Garantenpflichten (z.B. als Ehegatte oder behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt) für das Leben des Hilflosen treffen.
- d) Auch Nichtgaranten können unter den Voraussetzungen des c) wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323 c StGB strafbar sein.

These 23: Entschluss zur Selbsttötung

Der Wille der oder des Sterbenskranken, ihr oder sein Leben zu beenden, ist für den Fall des freien, wohl bedachten und auf der Basis der persönlichen Wertüberzeugungen getroffenen Entschlusses zur Selbsttötung zu respektieren, wenn anzunehmen ist, dass die Entscheidung unabänderlich ist.

Sterbenskranke im Sinne dieser These sind Patientinnen und Patienten, deren weit fortgeschrittene Krankheit unumkehrbar in absehbarer Zeit zum Tode führt.

Auch unter extremem physischen Leidensdruck stehende Suizidentinnen oder Suizidenten können eine frei verantwortliche Entscheidung treffen.

These 24: Einschränkung der Hilfspflicht

Die Pflicht zu Rettungsmaßnahmen (Garantenpflicht, § 323 c StGB) sollte nach Auffassung der Kommission nicht angenommen werden, wenn die Suizidentin oder der Suizident nach ihrem oder seinem deutlich erkennbar geäußerten Willen auf Hilfe verzichten und ihr oder sein Leiden beenden wollte.

These 25: Ärztlich assistierte Selbsttötung

Die ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung bleibt weiterhin standesrechtlich untersagt. In Fällen unerträglichen, unheilbaren Leidens, das trotz Ausschöpfung aller palliativmedizinischer Maßnahmen nicht ausreichend zu lindern ist, kann eine abweichende Entscheidung, die unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls und unter Zugrundelegung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin oder des Patienten in ärztlicher Verantwortung getroffen worden ist, im Einzelfall zu rechtfertigen sein.

V. Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals und der Träger von Einrichtungen

These 26: Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht

Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht zu Handlungen verpflichtet werden, die sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können. Die Gewissensfreiheit rechtfertigt aber in keinem Fall einen Eingriff in Selbstbestimmung und körperliche Integrität der Patientin oder des Patienten durch Einleitung oder Fortsetzung einer nicht gewollten Maßnahme. Wird von der Ärztin oder dem Arzt ein Tun oder Unterlassen verlangt, das sie oder er nicht mit ihrem oder seinem Gewissen vereinbaren kann, so soll sie bzw. er an eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt verweisen. In jedem Fall müssen eine ausreichende Basisversorgung¹, Leidenslinderung und menschliche Zuwendung zur Verfügung stehen.

These 27: Ethos des Pflegepersonals

Das Pflegepersonal ist an den Willen der Patientin oder des Patienten und an ärztliche Weisungen gebunden. Bei Entscheidungen über Maßnahmen der Sterbehilfe sind die Gewissensüberzeugungen der Pflegerinnen und Pfleger zu achten. Diese können jedoch einen Eingriff in die Selbstbestimmung und körperliche Integrität der Patientin oder des Patienten nicht legitimieren. Wird die Mitwirkung an einer Maßnahme oder deren Unterlassung für nicht mit dem individuellen Gewissen vereinbar gehalten, so kann sich die betreffende Person aus der Pflege zurückziehen. In jedem Fall muss für ausreichende Basisversorgung, Leidenslinderung und menschliche Zuwendung gesorgt werden.

¹ Unter Basisversorgung versteht die Kommission u.a.: Menschenwürde Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger- und Durstgefühlen.

These 28: Ethos der Träger und der Leitung von Krankenhäusern und Heimen

Die ethische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung von Krankenhäusern und Heimen ist zu achten. Auch diese darf aber nicht dazu führen, dass es zur Missachtung der Selbstbestimmung und der körperlichen Integrität von Patientinnen und Patienten kommt. Gegebenenfalls ist eine rechtzeitige Verlegung zu ermöglichen.

These 29: Künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde

Die künstliche Ernährung¹ insbesondere über eine PEG-Sonde geht über die Basisversorgung² hinaus und ist ein Eingriff in die körperliche Integrität. Sie ist ärztlich nur indiziert, wenn die Patientin oder der Patient unter Hunger und Durst leidet und bedarf der Einwilligung der bzw. des Betroffenen oder seiner Stellvertreterin bzw. seines Stellvertreters.

Nach dem Grundsatz der Vertragsfreiheit kann die medizinische oder pflegerische Einrichtung diese Maßnahme der künstlichen Ernährung der Patientin oder des Patienten zur Aufnahmebedingung machen. Wenn hierzu keine Einwilligung vorliegt, ist die Einrichtung zur Übernahme der Patientin oder des Patienten nicht verpflichtet (außer im Notfall). Die Forderung nach genereller Vorabereinwilligung kann im Einzelfall rechtsmissbräuchlich sein, wenn die Maßnahme zu diesem Zeitpunkt medizinisch nicht indiziert ist.

¹ Unter künstlicher Ernährung versteht die Kommission die intravenöse Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr und/oder die Ernährung über eine Sonde (PEG-Sonde und Nasen-Sonde).

² Unter Basisversorgung versteht die Kommission u.a.: Menschenwürde Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger- und Durstgefühlen.

Empfehlungen der Kommission

Empfehlung 1: Ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung

Die Kommission fordert sowohl die nachhaltige Unterstützung der häuslichen Pflege als auch den verstärkten Ausbau kommunaler und caritativer Einrichtungen der Sterbebegleitung (Hospize, Palliativstationen).

Es ist unerlässlich, dass

- die Schmerzforschung weiter intensiviert wird,
- die Ärzteschaft über die Maßnahmen der Schmerztherapie und deren Grenzen, insbesondere im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung besser informiert wird und
- in die ärztliche und pflegerische Ausbildung auch die umfassende Beratung über Situationen am Lebensende aufgenommen wird,
- schmerztherapeutische Einrichtungen sowie Institutionen der Sterbebegleitung ausgebaut und ein breites örtliches Angebot für die Patientinnen oder Patienten zur Verfügung gestellt werden,
- die Bevölkerung mit den Möglichkeiten der Schmerztherapie durch Öffentlichkeitsarbeit vertraut gemacht wird und die Patientinnen oder Patienten bei gegebenem Anlass, vor allem aber auf ihren eigenen Wunsch hin durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte umfassend aufgeklärt werden.

Sterbende haben das Recht auf religiösen Beistand ihrer Wahl und sollen im Fall des Aufenthalts im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung ungestört und an einem geeigneten Ort von ihren Nächsten Abschied nehmen können.

Empfehlung 2: Ärztliche Pflichten und Rechte

Wegen der weit verbreiteten Unsicherheit hinsichtlich der rechtlichen Bewertung ist eine klarstellende Regelung durch den Gesetzgeber zur aktiven, passiven und indirekten Sterbehilfe zu empfehlen.

Es sollte in diesem Zusammenhang auch festgelegt werden, dass unabhängig von den Maßnahmen der Sterbehilfe eine Basisversorgung zu garantieren und was darunter zu verstehen ist.

Empfehlung 3: Hilfeleistung und Teilnahme bei Selbsttötung

Eine Aussage zur Garantenstellung und zur Hilfeleistungspflicht nach einem Selbsttötungsversuch ist wünschenswert. So sollte im Gesetz klargestellt werden, dass eine Garanten- und eine Hilfeleistungspflicht jedenfalls dann nicht besteht, wenn ein Suizidversuch nach ernsthafter Überlegung und aufgrund freier Willensbestimmung zur Beendigung schweren unheilbaren Leidens begangen worden ist.

Die Mitwirkung bei einer Selbsttötung sollte gesetzlich generell verboten und unter Strafe gestellt werden, wenn sie aus Gewinnsucht erfolgt.

Dem Gesetzgeber wird empfohlen, Kriterien zur Bewertung von Organisationen zu erarbeiten, die sich mit der Unterstützung der Selbsttötung befassen.

Empfehlung 4: Die Stärkung des Rechts zur Selbstbestimmung auf einen würdigen Tod

Es wird zum Zwecke der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Patientinnen oder Patienten empfohlen,

- die Voraussetzungen und Folgen einer Patientenverfügung,
- die Voraussetzungen und Folgen der Bestellung einer oder eines Gesundheitsbevollmächtigten und
- die Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts zur Überprüfung von Stellvertreter-Entscheidungen (Gesundheitsbevollmächtigte und Betreuer)

gesetzlich zu regeln.

Empfehlung 5: Änderung/Ergänzung im Betreuungsrecht (§ 1904 BGB)

Die Kommission empfiehlt dem Gesetzgeber, § 1904 BGB dahingehend zu ergänzen, dass Gesundheitsbevollmächtigte, Betreuerinnen oder Betreuer und Vormundschaftsgerichte bei Vorliegen einer rechtswirksamen Patientenverfügung an diese Willensäußerung gebunden sind.

Erläuterungen der Thesen

I. Selbstbestimmung über das eigene Sterben

These 1: Selbstbestimmung am Lebensende

Die Würde des Menschen und sein Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung sind grundrechtlich geschützt. Dies umfasst auch die Entscheidung über das eigene Sterben und über lebenserhaltende Eingriffe Dritter und schließt die fremdbestimmte Erhaltung oder Verlängerung seines Lebens aus.

Im Mittelpunkt der hier vorgelegten Thesen zur Sterbehilfe stehen das Anliegen, dass sich menschliches Sterben in Würde vollzieht, weil das Sterben in Würde als Teil der Menschenwürde zu gelten hat, und die Forderung, dass ein so weit wie realisierbar selbst bestimmtes Sterben möglich sein soll. Denn der für die Ethik und die Rechtsordnung fundamentale Begriff der Menschenwürde beinhaltet neben der Einsicht, dass jede menschliche Existenz schutzwürdig ist, auch noch den weiteren Gedanken, dass die Menschenwürde, die jedem Individuum zu eigen ist, sich in dem persönlichen Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung konkretisiert. Unter den heutigen Bedingungen bedeutet ein menschenwürdiges Sterben, dass der Sterbeprozess in Schmerzfreiheit oder zumindest unter möglichst weitgehender Schmerzlinderung erfolgen und dass keine künstliche Verlängerung des Leidens bewirkt werden sollte. Dies gilt vor allem dann, wenn Patienten selbst sich in diesem Sinne äußern. Die Autonomie des Patienten, sein Recht zur Selbstbestimmung verdient Respekt.

Allerdings wird oftmals auch die Frage nach der Legitimität von Einschränkungen der Patientenautonomie aufgeworfen. Insbesondere wird das Fürsorgeprinzip genannt, aufgrund dessen solche Einschränkungen zu rechtfertigen seien. Zum Beispiel sei zweifelhaft, ob ein Schwerkranker angesichts des Todes und der damit verbundenen Ängste sowie der zu ertragenden Schmerzen überhaupt noch autonome Entschei-

dungen treffen könne. In diesem Fall könne sich aus der ärztlichen Fachkompetenz heraus eine Einschränkung der Patientenautonomie rechtfertigen.

Vor diesem Hintergrund ist die eingangs genannte These zu verstehen. Sie gibt Antwort auf folgende Fragen: Gibt es ein verfassungsrechtlich geschütztes Recht auf ein selbst bestimmtes Sterben? Darf durch staatliche Maßnahmen in dieses Recht eingegriffen werden? Muss der Staat Maßnahmen ergreifen, um das Recht des Einzelnen auf ein selbst bestimmtes Sterben zu schützen?

Aus verfassungsrechtlicher Sicht kann man diese Fragen nur beantworten, wenn klargestellt ist, welche Grundrechte berührt werden (Schutzbereich der Grundrechte). Dies sind vor allem die Menschenwürde (Artikel 1 GG), das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Artikel 2 Abs. 1 GG), das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 GG), aber auch der Schutz von Ehe und Familie, das Elternrecht (Artikel 6 Absatz 1 und Absatz 2 GG) und die Gewissens- und Religionsfreiheit (Artikel 4 GG). Diese Grundrechte sind ihrer ursprünglichen und überwiegenden Bedeutung nach Abwehrrechte, die den Einzelnen gegen Eingriffe des Staates in seine grundrechtlich gewährleisteten Freiheitsbereiche schützen. Ein problematischer Eingriff von Seiten des Staates in diese Grundrechte ist zum Beispiel dann gegeben, wenn dem Einzelnen ein Verhalten, das vom Schutzbereich dieser Grundrechte umfasst ist, durch den Staat verwehrt wird. In verfassungsrechtlicher Hinsicht stellt sich daher nicht die Frage „Ist Sterbehilfe erlaubt?“, sondern „Darf der Staat in die genannten Grundrechte eingreifen, beispielsweise indem er durch Gesetz (§ 216 StGB) verbietet, dass jemand einem anderen Menschen auf dessen dringendes Verlangen zu einem erlösenden Sterben verhilft?“

Die Thematik des Rechts auf ein menschenwürdiges, selbst bestimmtes Sterben berührt gleichfalls die Schutzpflichtdimension eines Grundrechts. Demnach ist der Staat verpflichtet, durch ausreichende gesetzliche und organisatorische Vorkehrungen die Grundrechte zu schützen. Wenn die Rechte auf Menschenwürde, auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, auf Leben und körperliche Unversehrtheit bedroht sind, verpflichtet der hohe Wert dieser Grundrechte den Staat, tätig zu werden. Die Schutzpflicht des Staates begründet zwar keine unmittelbar rechtlichen Ansprüche zwischen Privatpersonen, also beispielsweise zwischen Patient und Arzt. Jedoch verpflichtet sie den Staat, Rahmenbedingungen herzustellen, aufgrund derer sich die Rechtsbeziehungen zwischen den Privaten grundrechtskonform ausgestalten lassen. Diese

Pflichten können unterschieden werden in Rechtssetzungsaufträge, also Auftragswirkungen der Grundrechte an die gesetzgebenden Staatsorgane, und Rechtsanwendungsaufträge, insbesondere an die Verwaltung und Rechtsprechung mit dem Ziel, das gesetzte Recht grundrechtskonform anzuwenden. Diese mittelbare Drittwirkung der Grundrechte soll letztlich auch die materiellen Rechtsbeziehungen zwischen Privaten prägen.

Was Artikel 1 Absatz 1 GG angeht, so ist nach einer an Immanuel Kant anknüpfenden, von Günther Dürig geprägten und allgemein anerkannten Formel „die Menschenwürde betroffen, wenn der konkrete Mensch zum Objekt wird, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird“. Deshalb stellt es zum Beispiel eine Verletzung der menschlichen Würde dar, wenn der Mensch zum willenlosen, passiven Objekt der Intensivmedizin gemacht wird, ohne dass der Fortsetzung der Behandlung noch irgendein durch Lebensschutz und Menschenwürde gerechtfertigter Sinn abzugewinnen ist. Die Achtung vor der Menschenwürde konkretisiert sich im Übrigen nicht zuletzt in der zwischenmenschlichen Zuwendung. Daher ist die voreilige Einführung einer die zeit- und personalaufwändige natürliche Ernährung von Patienten ersetzenden Magensonde keine gerechtfertigte „Sparmaßnahme“, sondern letztlich eine Verletzung der Menschenwürde. Das Menschenwürdegebot verbietet die Erniedrigung des Menschen. Deshalb stellt eine unterlassene Schmerzbehandlung nicht nur eine Körperverletzung dar, sondern kann sogar als eine besondere Form der menschlichen Erniedrigung bezeichnet werden. Aus Artikel 1 GG lässt sich ein Anspruch auf Leidensminderung ableiten, denn Schmerz kann so weit gehen, dass er die individuelle menschliche Existenz in ihrem Selbstverständnis und ihrer personalen Identität beeinträchtigt.

Selbstbestimmung gehört zum Kern der Menschenwürde. Das Recht auf Selbstbestimmung soll den Menschen vor Fremdbestimmung schützen. Kein Dritter hat das Recht, für einen anderen zu bestimmen, was dieser für sich selbst als menschenwürdig anzusehen hätte. So gesehen, können der gewünschte Abbruch der Therapie, die Verweigerung der Nahrungsaufnahme und das Verlangen nach einer Höherdosierung von Schmerzmitteln Ausdruck einer der Menschenwürde gemäßen Selbstbestimmung sein, die zwangsweise Ernährung und die allein auf die quantitative Lebensverlängerung zielende Verweigerung starker Schmerzmittel ungerechtfertigte Angriffe auf die Menschenwürde.

Über die grundrechtliche Verortung der Selbstbestimmung innerhalb von Artikel 2 GG besteht Streit. Während das Bundesverfassungsgericht Artikel 2 Abs. 2 GG auch als Grundrecht der Selbstbestimmung über den eigenen Körper interpretiert¹, rückt die zivilrechtliche Diskussion das in Artikel 2 Absatz 1 GG geregelte allgemeine Persönlichkeitsrecht in den Mittelpunkt². Im Ergebnis kommt es aber nicht auf die exakte Zuordnung zu einem der beiden in Artikel 2 GG enthaltenen Grundrechte an. Entscheidend ist, dass Artikel 2 GG der Interventionsbefugnis Dritter und auch wohlmeinender Fürsorge strikte Grenzen setzt. Der Patient ist nicht Objekt der ärztlichen Heilkunst, sondern selbst bestimmter und selbst bestimmender Partner des Arztes. In der neueren medizinethischen Diskussion ist daher der Begriff der „Verantwortungspartnerschaft“ zwischen Arzt und Patient geprägt worden. Der erklärte Wille des Patienten besitzt Vorrang vor dem ärztlichen Heilauftrag, und es ist grundsätzlich ausgeschlossen, diesem persönlichen Willen des Patienten, dessen Subjektstatus und Selbstbestimmungsrecht rechtlich und ethisch gesehen unwiderlegbar sind, einen objektivierten „eigentlichen Willen“ zur medizinischen Indikation entgegenzusetzen, der durch den Arzt oder einen Betreuer durchgesetzt werden könnte.

Unstreitig schützt das Grundrecht des Artikels 2 Absatz 2 GG das Leben als „Höchstwert innerhalb der verfassungsrechtlichen Ordnung“. Artikel 2 Absatz 2 GG darf aber nicht auf den Schutz des Lebens im biologischen Sinn reduziert oder in einen von außen auferlegten Lebenszwang umgedeutet werden. Körperliche Unversehrtheit heißt aus verfassungsrechtlicher Sicht auch Schutz vor nicht gewollter Heilbehandlung, vor lebensverlängernden Maßnahmen und auch Schutz vor vermeidbarem, linderbarem Schmerz. Aus dem verfassungsrechtlichen Schutz des gesundheitsbezogenen Selbstbestimmungsrechts folgt daher, dass eine Verlängerung des Lebens des Einzelnen durch medizinische Maßnahmen nicht nur medizinisch gerechtfertigt, sondern vor allem durch die Einwilligung des Betroffenen rechtlich legitimiert sein muss. Noch so gut gemeintes Eingreifen der Ärzte in die körperliche Integrität der Patienten (auch wenn es im wirklichen oder vermeintlich objektiven Interesse des Patienten geschieht) bedeutet eine Verletzung der Grundrechte in Artikel 2 Absatz 1 und 2 GG, wenn es sich über den Willen des Betroffenen hinwegsetzt, der rechtlich erheblich ist und dem ethisch ein herausragender Stellenwert zukommt. Der

¹ BVerfGE 52, 131,

² Taupitz, „Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?“, Gutachten A für den 63. DJT 2000, S. 12

Staat ist seiner insoweit bestehenden Schutzpflicht nachgekommen, indem er das gesundheitsbezogene Selbstbestimmungsrecht über eine Bestrafungsmöglichkeit nach § 223 StGB und eine zivilrechtliche Haftung nach § 823 BGB abgesichert hat. Danach wird ein Arzt für eine die körperliche Integrität verletzende Behandlung bestraft, auch wenn diese einen Heilungszweck oder den Zweck, das Leben des Betroffenen zu verlängern, verfolgt, sofern sie ohne oder sogar gegen die Einwilligung des Betroffenen aufgenommen oder fortgesetzt wird. Eine solche, die Einwilligung des Betroffenen voraussetzende, lebensverlängernde Maßnahme ist u.a. jegliche Form der künstlichen Ernährung. Sowohl eine künstliche Ernährung durch die Speiseröhre als auch durch die Bauchdecke ist also nur rechtmäßig, wenn sie durch den Willen des Patienten legitimiert ist (siehe hierzu These 29).

Der zur Selbstbestimmung und Einwilligung fähige Patient kann grundsätzlich über die Art und die Schwerpunkte des Lebens- und Gesundheitsschutzes verfügen. Insbesondere kann er den reinen Lebensschutz zugunsten des gleichfalls aus Artikel 2 Absatz 1 und 2 GG geschützten Rechts auf Leidensfreiheit und körperliche Unversehrtheit zurückstellen und eine entsprechende Behandlung durch den Arzt verweigern. Aus Artikel 2 Absatz 1 und 2 GG folgt - unabhängig von der Todesnähe - ein Anspruch auf Unterlassung nicht gewollter medizinischer Maßnahmen. Das Grundrecht auf Wahrung der körperlichen Unversehrtheit wie auch das Selbstbestimmungsrecht gelten während der gesamten medizinischen und pflegerischen Behandlung, nicht erst während des unmittelbaren Sterbevorgangs. Der Patient hat vielmehr auch schon vorher das grundrechtlich gesicherte Recht, durch Verweigerung oder durch Entziehung der Einwilligung zur Fortsetzung von ärztlichen Maßnahmen seine körperliche Integrität und seine Menschenwürde zu wahren (in dubio pro dignitate). Insofern geht dieses Recht dem ärztlichen Auftrag zur Lebenserhaltung (in dubio pro vita) vor¹. In der Medizinethik ist inzwischen der Satz geprägt worden: *salus ex voluntate aegroti suprema lex*; *suprema lex*; mithin: das Wohl, so wie es sich aus dem Willen und in der Perspektive des Patienten selbst darstellt, soll die maßgebende Richt-

¹ Hufen F.: „In dubio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, 849

schnur für das ärztliche Handeln sein ¹. Diese Norm, die das Wohl des Patienten sowie seinen Willen, d.h. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmungsrecht in Korrelation bringt, muss mit ihrer Betonung des Selbstbestimmungsrechtes in der Gegenwart insbesondere auch in Bezug auf die Gültigkeit und Wirksamkeit von Patientenverfügungen (siehe hierzu Thesen 4 und 5) beachtet werden. Insofern sind die voranstehenden Bemerkungen über Würde, Lebensschutz, Wohl und Freiheitsrechte für die nachfolgenden Thesen und ihre Erläuterungen generell grundlegend.

¹ Sass, H.-M.: Sterbehilfe in der Diskussion, in: Kreß, H. / Kaatsch, H.-J. (Hg.), Menschenwürde, Medizin und Bioethik, Münster 2000, 89-113, bes. 91; Kreß, H.: Medizinische Ethik, Stuttgart 2003, 20, 171ff.

These 2: Reichweite der Selbstbestimmung

Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen erlaubt es ihm, einem natürlichen Geschehen bis zum Tod seinen Lauf zu lassen.

Diese Freiheit begründet aber keinen Anspruch gegen Dritte auf aktive Hilfe bei der Selbsttötung oder auf aktive Sterbehilfe .

Wie jedes Grundrecht ist auch das Grundrecht auf Selbstbestimmung nicht grenzenlos. Gegenstand dieser These ist daher die Bestimmung der Reichweite seines Schutzbereichs und seiner Schranken. Jedes Grundrecht findet zunächst seine Grenze dort, wo seine sachliche Reichweite endet. Hinsichtlich der sachlichen Reichweite muss unterschieden werden zwischen Behandlungsverboten und Behandlungsverlangen.

Das Recht, Maßnahmen zu verbieten, steht dem Patienten uneingeschränkt, auch für ärztlich indizierte Behandlungen, zu. Der Patient kann also eine bestimmte Behandlung oder auch alle Behandlungen ablehnen. Der selbstverantwortliche Wille, sich nicht behandeln zu lassen, wird durch das Freiheitsrecht absolut geschützt. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten enthält daher auch ein Recht zur Selbstgefährdung bis hin zur Selbstaufgabe und damit ein subjektives Recht auf Ablehnung lebensverlängernder und die Gesundheit erhaltender Maßnahmen. Der 4. Strafsenat des Bundesgerichtshofs¹ hat schon 1957 ausgesprochen, dass selbst ein lebensgefährlich Kranker triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben kann, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte. Der 6. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs² hat dies 1984 bestätigt: „Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten schützt auch eine Entschließung, die aus medizinischen Gründen unvertretbar erscheint.“

Das Recht, bestimmte Behandlungen zu verlangen, ist indessen nicht schrankenlos gewährleistet, sondern wird unter anderem begrenzt durch Gesetze (z.B. durch das

¹ BGHSt 11, 111

² BGHZ 90,103

Strafgesetzbuch, das Arzneimittelgesetz u.a.), letztlich auch durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, durch das zivilrechtliche Institut der Vertragsfreiheit (z.B. Krankenhaus- und Heimverträge usw.) sowie durch eine fehlende ärztliche Indikation.

Diese Beschränkungen sind Ausdruck eines Menschenbildes, in dem der Einzelne nicht ein isoliertes Individuum ist, sondern als Glied der Gemeinschaft Grenzen seiner Selbstbestimmung hinnehmen muss. Die frei getroffene Entscheidung zur Selbstgefährdung und Selbstaufgabe findet also ihre Grenze dort, wo Rechte Dritter oder Rechtsgüter der Allgemeinheit betroffen sind. So können Selbstgefährdung und Selbstaufgabe durch staatliches Eingreifen dann - aber auch nur dann - verhindert werden, wenn Rechtsgüter der Allgemeinheit oder Rechte Dritter betroffen sind. Zu diesen Rechtsgütern zählt auch die Schutzpflicht des Staates für das Leben und die Achtung des Lebens als Wert für die Gemeinschaft. Deshalb ist zum Beispiel das Verbot aktiver Sterbehilfe verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Der Gesetzgeber darf dem „Dambruch-Argument“ oder dem gesellschaftlichen und ethischen „Tötungstabu“ Rechnung tragen und dem bei einer Zulassung der aktiven Sterbehilfe wohl drohenden Druck auf Ärzte und Patienten vorbeugen.

Da dem Gesetzgeber beim Schutz des Lebens ein Beurteilungsspielraum zukommt, wäre er aber auch nicht gehindert, die Strafbarkeit konsentierter aktiver Sterbehilfe für solche - strikt eingegrenzten - Fälle aufzuheben, in denen zum Beispiel ein Todkranker sie ohne äußeren Druck und bei vollem Bewusstsein verlangt. Zu weiteren Ausführungen hierzu wird auf die Thesen zur aktiven Sterbehilfe (These 14), zum ärztlich assistierten Suizid (These 25) und zur Hilfspflicht nach einem Suizidversuch (These 24) verwiesen.

These 3: Ausübung der Selbstbestimmung

Das Selbstbestimmungsrecht wird ausgeübt durch Willensäußerung des entscheidungsfähigen Menschen (vor allem auch vorausschauend durch eine Patientenverfügung oder durch Bestellung einer oder eines Gesundheitsbevollmächtigten). Es bleibt auch erhalten, wenn er keine Erklärungen mehr abgeben kann. Seine frühere Willensäußerung wirkt fort.

Aufgrund der ihnen zustehenden Eigenverantwortung möchten Patienten zunehmend selbst entscheiden, ob und wie sie behandelt werden wollen.

Sie wollen diese Entscheidung weder den Ärzten noch den Angehörigen allein überlassen. Die Patienten haben einerseits Angst vor einer Übertherapierung, die durch die Fortentwicklung in der Medizin möglich ist. Andererseits haben sie Angst, dass man im Hinblick auf die finanziellen Probleme im Gesundheitswesen nicht alle möglichen Maßnahmen ausschöpft, es sei denn, die Patienten zahlen direkt. Da dies zu einer Schmälerung ihres Vermögens führt, könnten sich potentielle Erben möglicherweise veranlasst sehen, bei nicht mehr erklärungs-fähigen Patienten die medizinischen Maßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren. Aus all diesen Ängsten heraus wächst bei vielen Menschen der Wunsch, Vorsorge zu treffen. Durch diese Möglichkeit soll dem Patienten Sicherheit dafür gewährt werden, dass sein Selbstbestimmungsrecht auch im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit gewahrt bleibt.

Andererseits bietet die Vorausregelung auch für die betroffenen Ärzte stärkere Rechtssicherheit hinsichtlich ihrer rechtlichen Verantwortung im Rahmen der Ausübung ihres Berufs. Denn das Recht und die Pflicht des Arztes zur Behandlung von Patientinnen und Patienten ergeben sich - von der Notfallbehandlung abgesehen - nur aus dem Behandlungsvertrag und der Einwilligung der Patientin und des Patienten in die Behandlung: Solange die Patienten urteilsfähig sind, muss deshalb nach ihren Wünschen gefragt werden. Die Form der Willenserklärung ist unerheblich, sofern nur die innere Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten nach außen manifestiert ist. Das kommt zwar am deutlichsten (und in der Regel auch beweismäßig am sichersten) durch eine schriftliche Willenserklärung zum Ausdruck. Doch ist eine

solche weder erforderlich noch in jedem Fall hinreichend. Das Einverständnis kann auch mündlich erklärt werden oder sich sogar nur aus den Umständen oder dem Gesamtverhalten der Patientin bzw. des Patienten ergeben, wobei freilich bloße Passivität nicht genügt. Andererseits kann selbst eine mündliche oder sogar schriftliche Erklärung nicht genügen, wenn sie zu global gehalten ist oder gar einer totalen Freizeichnung gleichkommt. Daher erfordert eine gültige Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit. Da es um die Disposition über ein höchstpersönliches Rechtsgut geht, hängt die Einwilligungsbefugnis weder von der zivilrechtlichen Geschäftsfähigkeit, noch von der strafrechtlichen Schuldfähigkeit, sondern entscheidend von der natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit ab. Diese kann einerseits selbst einem volljährigen, an sich verständigen Patienten fehlen, wenn er derart auf seine Schmerzen fixiert ist, dass er in seiner Aufnahmefähigkeit erheblich eingeschränkt erscheint, wie ebenso andererseits auch ein noch minderjähriger oder psychisch Kranker allein und selbständig eine voll wirksame Willenserklärung abgeben kann, wenn er die Bedeutung und Tragweite des vorzunehmenden Eingriffs oder Unterbleibens einer Behandlung in ihrem Für und Wider hinreichend zu beurteilen vermag.

Problematisch wird die aktuelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten über ihre Behandlung dann, wenn sie entscheidungs- oder erklärungsunfähig sind. Möglich ist dies nicht nur im Fall von Bewusstlosigkeit, sondern auch dann, wenn wegen des Alters oder des Gesundheitszustandes des Patienten unüberwindliche Bedenken in Bezug auf die Wirksamkeit einer Einwilligung bestehen. Eine Entscheidung über das „Ob“, „Wie“ und die Dauer der Behandlung kann die Patientin bzw. der Patient dann nicht mehr treffen. Die fehlende tatsächliche Fähigkeit zur Selbstbestimmung lässt allerdings das Recht des Patienten zur Selbstbestimmung nicht entfallen. Die Würde des Betroffenen (Artikel 1 Absatz 1 GG) verlangt, dass eine von ihm früher eigenverantwortlich getroffene Entscheidung auch dann noch respektiert wird, wenn er die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Entscheiden inzwischen verloren hat. In den Schutz der grundrechtlich garantierten Selbstbestimmung einbezogen ist das Recht, solche Äußerungen der Selbstbestimmung für den Fall nicht mehr bestehender Einwilligungsfähigkeit im Vorhinein festzulegen, also eine Art „Testierfreiheit“ für den Fall späterer Unfähigkeit der Grundrechtsausübung. Ist also der Patient im Zeitpunkt der Maßnahme nicht einwilligungsfähig, so gilt: Eine frühere Willensbe-

kundung, mit welcher der Patient seine Einwilligung in medizinische Maßnahmen für eine Situation, so wie sie jetzt aktuell eingetreten ist, erklärt oder verweigert hat, wirkt fort, falls der Patient sie nicht widerrufen hat.

Die inzwischen eingetretene Einwilligungsunfähigkeit ändert nach dem Rechtsgedanken des § 130 Absatz 2 BGB nichts an der fortdauernden Maßgeblichkeit des früher erklärten Willens.

Zur Absicherung, dass auch im Fall der Erklärungs- oder Einwilligungsunfähigkeit der Patienten ihre Vorstellungen und Wünsche gewahrt werden, bieten sich mehrere Instrumente der Vorsorge an: Mit der gesetzlich geregelten Betreuungsverfügung (§ 1901a BGB) können dem Vormundschaftsgericht für den Fall der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung Vorschläge zur Person des Betreuers sowie der Art und Weise der Betreuung gemacht werden. Durch eine so genannte Vorsorgevollmacht (§ 1896 Absatz 2 BGB) kann der Patient einer selbst ausgewählten Person die Entscheidungsbefugnis für Situationen, in denen er selbst seinen Willen nicht äußern kann, übertragen (siehe dazu These 7). Als weiteres Vorsorgeinstrument bietet sich die bislang gesetzlich nicht geregelte Patientenverfügung an (siehe hierzu Thesen 4 und 5).

These 4: Wirksamkeitsvoraussetzungen einer Patientenverfügung

Die formellen Anforderungen an die Wirksamkeit einer vorausschauenden Patientenverfügung sollen maßvoll sein:

- Die oder der Verfügende muss hinsichtlich der Bedeutung und Tragweite der von ihr bzw. ihm getroffenen Verfügung einsichts- und urteilsfähig sein.
- Bei Minderjährigen muss das Elternrecht berücksichtigt werden.
- Die Patientenverfügung ist formfrei und bleibt bis zum formfrei möglichen Widerruf wirksam. Eine schriftliche Patientenverfügung, ggf. unter Verwendung eines geeigneten Formulars, wird aber empfohlen.
- Die zwischenzeitlich eingetretene Einwilligungsunfähigkeit steht der Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht entgegen.
- Die Wirksamkeit einer Patientenverfügung ist nicht von einer vorherigen ärztlichen oder rechtlichen Aufklärung abhängig. Eine vorherige Aufklärung ist indes zu empfehlen.
- Die Wirksamkeit der Patientenverfügung ist nicht von einer Bestätigung der bzw. des Verfügenden in bestimmten Zeitabständen abhängig. Eine Bestätigung stärkt aber die Position der bzw. des Verfügenden und wird daher empfohlen.

Zu den lange Zeit umstrittensten Themen im Zusammenhang mit der Selbstbestimmung gehörte die Frage, ob und inwieweit ein Mensch mit einer Patientenverfügung¹ (umgangssprachlich auch Patiententestament) vorausschauend regeln kann, was mit ihm zu geschehen hat, wenn er selbst entscheidungsunfähig geworden ist, ohne dass für seine Angehörigen oder den behandelnden Arzt noch die Möglichkeit be-

¹ Die Bezeichnung Patientenverfügung ist nicht im Sinne juristisch strenger Terminologie zu verstehen, da unter einer rechtsgeschäftlichen Verfügung eine „unmittelbare Einwirkung auf den Bestand eines Rechts durch Übertragung, Aufhebung, Belastung oder inhaltliche Änderung“ verstanden wird. Vielmehr „verfügt“ der Erklärende über sein künftiges persönliches Schicksal bzw. seinen Körper.

steht, von diesen Anordnungen abzuweichen. Dabei ist insbesondere die Regelung der medizinischen Behandlung oder Nichtbehandlung von Bedeutung.

Aus Sicht der Verfassung ist das Recht zur Selbstbestimmung durch zukunftsweisende Entscheidungen anzuerkennen.

Das grundgesetzlich geschützte Selbstbestimmungsrecht umfasst auch Selbstverantwortung für die Zukunft.

Dementsprechend hat der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung im so genannten „Kemptener Urteil“¹ entschieden, dass zur Ermittlung des Willens des betroffenen Patienten auf dessen frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen abzustellen ist. In seiner jüngsten Entscheidung vom 17.03.2003² hat der Bundesgerichtshof dies bestätigt. Der Leitsatz der genannten Entscheidung lautet: „Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor - etwa in Form einer so genannten Patientenverfügung - geäußerten Willen entspricht. Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein im einwilligungsfähigen Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichen Entscheidungen nicht mehr in der Lage ist....“

Die Patientenverfügung ist bislang gesetzlich nicht geregelt. Das Fehlen klarer rechtlicher Normierungen und geringes Wissen über Anforderungen an Form, Inhalt und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen führen in der Praxis häufig zu Unsicherheiten. Daher hat die Kommission Überlegungen zu der Frage angestellt, welche gesetzlichen Anforderungen man an Patientenverfügungen stellen sollte, wenn man sie als Rechtsinstitut etablieren will. Man war sich einig, dass die Anforderungen in formeller Hinsicht maßvoll sein müssen, damit das verfassungsrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht nicht durch eine „Hürde von Formvorschriften“ quasi ausgehebelt würde. Aus rechtsdogmatischer Sicht weist eine Patientenverfügung keine Probleme auf.

Zu der Frage, ob eine Patientenverfügung nur wirksam sein soll, wenn der Verfügende geschäftsfähig ist, kann auf die Ausführungen in der Begründung zu These 3

¹ BGHSt 40, 257 (siehe hierzu Anhang)

² BGHZ XII ZB2/03, in: NJW 2003, S.1588, FamRZ 2003,748 (siehe hierzu Anhang)

verwiesen werden. Jedenfalls wird eine Patientenverfügung nicht dadurch unwirksam, dass der Erklärende nach Abgabe der Erklärung geschäftsunfähig wird (§§ 130 Abs. 2, 153 BGB). Soweit Minderjährige eine Verfügung treffen, soll zusätzlich das verfassungsrechtlich verbürgte Elternrecht gewahrt werden. Insoweit kann auf die Ausführungen in These 20 verwiesen werden.

Im Übrigen gilt für eine Patientenverfügung dasselbe wie für die Mehrzahl anderer Willenserklärungen, die regelmäßig formfrei und nur in bestimmten Fällen gesetzlich an eine Formvorschrift gebunden sind. Auch eine Patientenverfügung ist formfrei, denn auch eine mündliche Erklärung wird, wie oben dargelegt, anerkannt, und sie bleibt bis zu ihrem Widerruf wirksam (§ 130 BGB). Der Widerruf bedarf selbst dann keiner Form, wenn die widerrufenen Erklärung formell abgefasst wurde. Gleichwohl kann es im Einzelfall eher zu Streitigkeiten über den Inhalt einer Patientenverfügung kommen, wenn keine Schriftform gewahrt wurde. Schon aus Gründen der Beweiserleichterung empfiehlt sich daher die Schriftform, bestenfalls sogar die Handschriftlichkeit. Sofern Formulare verwandt werden, was ebenfalls der Wirksamkeit der Erklärung nicht entgegensteht, soll darauf geachtet werden, dass dieses Formular so differenziert ist, dass Auslegungstreitigkeiten vermieden werden.

Für die Wirksamkeit der Erklärung kann nicht entscheidend sein, ob der Erklärende vor Abgabe der Erklärung hinsichtlich ihrer Bedeutung in medizinischer und rechtlicher Hinsicht ausreichend aufgeklärt worden ist. Das widerspricht dem Selbstbestimmungsrecht, das, wie in These 2 ausgesprochen, auch das Recht umfasst, „unvernünftige“ Entscheidungen zu fällen. Deshalb kann die Verfügende bzw. der Verfügende auch bewusst das Risiko des Verzichts einer Aufklärung eingehen.

Eine Patientenverfügung wird auch nicht allein durch Zeitablauf unwirksam. Damit würde man unterstellen, dass der Verfügende später „vielleicht“ etwas anderes will. Der Umstand, dass der Erklärende zu einem späteren Zeitpunkt „mutmaßlich“ etwas anderes will, ist aber keine Frage der Wirksamkeit der Erklärung, sondern eine Frage der Bindungsfähigkeit, auf die in These 5 noch näher eingegangen wird. Es empfiehlt sich indes, die Verfügung in bestimmten Abständen erneut zu unterzeichnen, um die Auslegungsfrage zu vermeiden, ob die Verfügende bzw. der Verfügende zum Zeitpunkt der Entscheidung immer noch das will, was sie bzw. er in der Verfügung angeordnet hat. Zur Bedeutung und den Folgen einer wirksamen Patientenverfügung folgen weitere Ausführungen in den Erläuterungen zu These 5.

These 5: Bindungswirkung einer Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung, deren Befolgung die Gesundheit oder das Leben der bzw. des Betroffenen gefährdet, bindet die Adressatinnen und Adressaten der Verfügung, wenn zusätzlich zu den in These 4 genannten Voraussetzungen folgende Anforderungen erfüllt sind:

- Die Patientenverfügung wurde schriftlich verfasst.**
- Sie ist auf die spätere Situation hinreichend konkret zugeschnitten.**
- Die Patientin oder der Patient wurde über die Folgen hinreichend beraten.**

Die Bindungswirkung darf von Adressatinnen und Adressaten der Verfügung nicht durch Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen korrigiert werden, es sei denn, dass die bzw. der Betroffene seine frühere Verfügung widerrufen hat oder die vorausgesetzten Umstände sich inzwischen so erheblich geändert haben, dass die frühere selbstverantwortlich getroffene Entscheidung die aktuelle Situation nicht mehr umfasst.

Wirksame Patientenverfügungen im Sinne von These 4, die die zusätzlichen Anforderungen im Sinne von These 5 Satz 1 nicht erfüllen, sind keineswegs unbeachtlich. Sie sind ein besonders starkes Indiz für den mutmaßlichen Willen und entfalten auch insoweit Bindungswirkung, unabhängig davon, ob das Grundleiden der Patientin oder des Patienten einen tödlichen Verlauf angenommen hat.

Die Annahme der Bindung an eine Patientenverfügung (insbesondere wenn sie auf einen Behandlungsverzicht ausgerichtet ist) stößt seitens der Ärzte oftmals auf Unbehagen. Deren Bedenken ergeben sich unter anderem daraus, dass für den Fall, dass nur mündliche Weisungen der Patienten wiedergegeben werden, die Ärzte die Vertrauenswürdigkeit dieser Wiedergabe nicht einzuschätzen wissen. In anderen Fällen haben die in Verantwortung stehenden Ärzte mitunter nur ein Stück Papier mit einer mehr oder minder ausführlichen Anweisung der nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten in der Hand und stehen auch hier vor der Frage, ob diese zum Zeitpunkt der Erklärung einsichts- und urteilsfähig waren, ob sie möglicherweise unter

Druck von Dritten standen, ob sie sich über die Tragweite ihrer Erklärung in medizinischer und rechtlicher Hinsicht im Klaren waren, insbesondere auch beim Ausfüllen von Formulartexten. Die Ärzte fragen, was sie zu befolgen haben, wenn sich die Patienten zwischenzeitlich mündlich gegenüber einer Vertrauensperson in abweichender Weise geäußert haben. Es wird vorgebracht, dass in der Regel nur die betreuenden (Haus-)Ärzte wissen können, ob die Verfügenden über ihre Krankheits-situation ausreichend ärztlich aufgeklärt worden sind. Insbesondere wenn aus ärztlicher Sicht eine Indikation zur Fortsetzung der Behandlung angenommen wird, ist es schwer, sich an Verfügungen der Patienten zu halten, wenn man von deren individuellem Kenntnisstand nichts weiß. Es wird auch vorgebracht, dass man sich als Arzt ungern an Patientenverfügungen gebunden fühle, die vor langer Zeit verfasst worden sind. Man könne nicht ausschließen, dass sich die Einstellung der Patienten zwischenzeitlich geändert habe. Es erweise sich immer wieder, dass die Hoffnung und der Lebenswille gerade in ausweglos erscheinenden Lagen wachse. Auch müsse an jene Fälle gedacht werden, in denen bei Abfassung der Patientenverfügung die weitere medizinische Fortentwicklung nicht absehbar gewesen sei und zwischenzeitlich Heilungsmöglichkeiten bestünden, von denen die Verfügende oder der Verfügende keine Kenntnis erlangt habe.

Diese Bedenken haben nichts mit dem in diesem Zusammenhang gern angeführten ärztlichen Paternalismus zu tun. Die Patienten sollen nicht fremdbestimmt werden. Vielmehr stellt sich die Frage, ob es Ärzten zugemutet werden kann, sich entgegen ärztlicher Erkenntnis dem Willen von Patienten unterordnen zu müssen, von denen man unter anderem nicht weiß, ob sie über die Folgen ihrer Erklärung ausreichend aufgeklärt worden sind und ob sie bei Abgabe der Erklärung einsichts- und urteilsfähig waren.

Um diesen verständlichen Bedenken Rechnung zu tragen und andererseits sicherzustellen, dass nicht zulasten der Selbstbestimmung doch wieder ein ärztlicher Entscheidungsspielraum eröffnet wird, hat sich die Kommission dafür ausgesprochen, eine Bindung an eine Verfügung der Patienten nur dann anzunehmen, wenn die Patienten über die Folgen der Behandlung bzw. deren Beendigung oder Unterlassen nachweislich aufgeklärt worden sind. Damit soll sichergestellt werden, dass die Betroffenen, die in der aktuellen Situation wegen ihrer Einwilligungsunfähigkeit nicht mehr aufgeklärt und belehrt werden können, alle für ihre Entscheidung wichtigen In-

formationen vorher erlangt haben. Bei der Aufklärung soll den Betroffenen bewusst gemacht werden, dass gesunde Menschen ohne die Erfahrung ernsthafter Erkrankungen Krisensituationen oftmals vollkommen anders einschätzen als Erkrankte.

Eine Bindung der Ärzte kann außerdem nur angenommen werden, wenn seitens der Patienten eine schriftliche, die Entscheidungssituation erfassende Erklärung abgegeben worden ist.

Die darüber hinaus erhobene Forderung, eine Bindung an eine länger zurückliegende Verfügung nur dann anzunehmen, wenn die Verfügung zeitnah von den Verfügenden bestätigt worden ist, lehnt die Kommission ab. Denn dies würde zu einer Art Umkehr der Beweislast führen. Es müsste nachgewiesen werden, dass die Patienten, das, was sie im Voraus bewusst verfügt haben, auch aktuell noch wollen. Vielmehr erschien der Kommission eine Beweisvermutung für den Inhalt der Patientenverfügung als der bessere Weg. Eine Bindung sollte nur für den Fall entfallen, dass die Betroffenen ihre frühere Verfügung widerrufen haben oder die vorausgesetzten Umstände sich inzwischen so erheblich geändert haben, dass die frühere selbstverantwortlich getroffene Entscheidung die aktuelle Situation nicht mehr umfasst.

Sind die Voraussetzungen für eine Bindung gegeben, müssen die berufenen Entscheidungsträger - also auch die Ärzte - entsprechend handeln. Wird dem verfügten Wunsch auf Behandlungsabbruch oder Therapiebegrenzung zuwider gehandelt, droht die Strafbarkeit des Verhaltens unter dem Gesichtspunkt der Körperverletzung. Auch Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche - selbst der Erben - können darin eine Begründung finden.

Dass nur Patientenverfügungen, die den dargestellten Anforderungen genügen, ihre Adressaten binden, bedeutet keinesfalls, dass alle anderen im Sinne von These 4 wirksamen Patientenverfügungen ohne Wirkung bleiben. So kann eine Patientenverfügung, die die anstehende Entscheidung nicht ausreichend konkret umfasst, eine Grundlage zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens darstellen. Je konkreter und zeitnaher diese Erklärungen ausfallen, um so schwieriger wird es sein, zu widerlegen, dass die Betroffenen in der konkreten Behandlungssituation etwas Anderes gewollt hätten, als sie dies zum Ausdruck gebracht haben. Auf die spezielle Frage, inwieweit Stellvertretende an den Willen der Patienten gebunden sind, wird in der nachfolgenden These eingegangen.

These 6: Entscheidungen in Stellvertretung

Liegt eine Patientenverfügung vor, so hat sich die Stellvertreterin oder der Stellvertreter für deren Verwirklichung einzusetzen.

Fehlt eine auf die Behandlung ausgerichtete Bestimmung der oder des Betroffenen, wird das Selbstbestimmungsrecht von einer Vertreterin oder einem Vertreter wahrgenommen.

Als Vertreterin oder Vertreter kommen zum Beispiel in Betracht:

- **Die oder der von der Patientin oder dem Patienten bestimmte Gesundheitsbevollmächtigte,**
- **die gesetzliche Vertreterin oder der Vertreter der Minderjährigen bzw. des Minderjährigen,**
- **die vom Gericht bestellte Gesundheitsbetreuerin bzw. der -betreuer.**

Die Vertreterin bzw. der Vertreter soll so entscheiden, wie die Patientin oder der Patient mutmaßlich selbst entscheiden würde, wenn sie oder er dazu in der Lage wäre.

Wenn Patienten aktuell selbst nicht entscheidungsfähig sind und eine aus therapeutischen Gründen notwendige Behandlungsentscheidung getroffen werden muss, fragt sich, wer diese zu treffen und nach welchem Maßstab sie sich zu richten hat.

Haben die Patienten durch eine Patientenverfügung ganz konkrete Anweisungen getroffen, so kommt es für die Regelung ihrer Gesundheitsangelegenheiten insoweit nicht zur Stellvertretung. Da aber in aller Regel andere, ebenso bedeutsame Entscheidungen, wie beispielsweise die Frage der Aufenthaltsbestimmung getroffen und Verträge mit Ärzten oder Krankenhäusern abgeschlossen werden müssen, wird es jedenfalls insoweit zur Stellvertretung kommen. Die Stellvertreter sind gehalten, dafür zu sorgen, dass den Patientenverfügungen der Betroffenen auch Folge geleistet wird. Das gilt insbesondere für solche Verfügungen, denen nach den Ausführungen in These 5 eine Bindungswirkung zuzuerkennen ist. Denn wenn man einer wirksamen Patientenverfügung Bindungswirkung zuerkennt, hat das zur Folge, dass nie-

mand von dieser Verfügung abweichen darf. Die hohen Anforderungen, die an die Annahme einer Bindungswirkung der Patientenverfügung gestellt werden, sollen sicherstellen, dass Patientenverfügungen auch beachtet und nicht unterlaufen werden.

Fehlt eine solche konkret auf die Behandlung ausgerichtete Bestimmung der Betroffenen, entscheiden die vom Betroffenen bestimmten Bevollmächtigten. Der Gesetzgeber hat mit dem Betreuungsrechtsänderungsgesetz¹ entschieden, dass die Bevollmächtigung in Fragen der Gesundheitsfürsorge zulässig ist und damit die Patientenautonomie gestärkt. Denn Fremdbestimmung durch einen selbst gewählten Vertreter enthält noch ein Element der Selbstbestimmung. Soweit die Betroffenen von ihrem Selbstbestimmungsrecht durch Bestimmung eines Bevollmächtigten Gebrauch gemacht haben, ist für die Bestellung eines Betreuers kein Raum. Patientenautonomie am Ende des Lebens verwirklicht sich auch durch die Auswahl des Entscheidungsträgers. Es ist verständlich, wenn Patienten Entscheidungen über menschliche Grenzsituationen durch einen von ihnen ausgewählten Bevollmächtigten gefällt sehen möchten. Die vom Patienten benannte Vertrauensperson ist in der Regel mit seiner Wertewelt und seinen allgemeinen ethischen Überzeugungen vertraut; ihr fällt es leichter, eine Entscheidung zu treffen, die mit den Überzeugungen des Patienten übereinstimmt. An die Entscheidungen des Bevollmächtigten sind die Ärzte in gleicher Weise gebunden wie an die Weisungen des Patienten selbst.

Bei Minderjährigen entscheiden die gesetzlichen Vertreter. Inwieweit bei der Entscheidung auf die Vorstellungen des Minderjährigen abzustellen ist, wird in These 20 geklärt.

Das Betreuungsrecht konstituiert zur Absicherung der Patientenautonomie die Entscheidungszuständigkeit eines gesetzlichen Betreuers (§§ 1896 ff. BGB). Da der Betreuer als gesetzlicher Vertreter des Patienten handelt, kollidiert seine Zuständigkeit nicht etwa mit der „Notvertretungskompetenz“ des Arztes (siehe hierzu These 17) im Sinne einer konkurrierenden oder gemeinschaftlichen Kompetenz. Vielmehr hat bei einem einwilligungsunfähigen Patienten allein der Betreuer zu entscheiden. An dessen Weisung ist der Arzt aufgrund des geltenden Repräsentationsprinzips in gleicher Weise gebunden wie an die des Patienten. Ist die Betreuung zum Zeitpunkt der zu

¹ Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts sowie weiterer Vorschriften (Betreuungsrechtsänderungsgesetz - BtÄndG) vom 25. Juni 1998 (BGBl I 1998, S. 1580)

treffenden Entscheidung noch nicht angeordnet, so ist vom gesetzlich vorgesehenen Instrumentarium Gebrauch zu machen und - soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen (insbesondere § 1896 Absatz 2 BGB) - ein Betreuer zu bestellen. Die Zuständigkeit des Arztes ist somit auf eine Not- und Eilfallkompetenz begrenzt (siehe These 17).

Wissenswert scheint in diesem Zusammenhang zu sein, dass der Bundesrat¹ den Entwurf eines 2. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts eingebracht hat, der unter anderem vorsieht, für die Gesundheitsfürsorge des entscheidungsunfähig gewordenen Betroffenen der Ehegattin/dem Ehegatten die gesetzliche Vertretungs- und Entscheidungsbefugnis einzuräumen, wenn der Wille des Betroffenen dem nicht entgegensteht. Diese Regelung entspricht Artikel 6 Abs. 1 GG. So richtig es ist, dass auch der Ehepartner nicht einfach über das Leben des nicht mehr einwilligungsfähigen Ehepartners entscheiden kann, so deutlich muss sein, dass ihm im Regelfall eine Priorität bei der Bestellung eines Betreuers und ein Interpretationsvorrang bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zukommt. Was hier unbestritten für das Sorgerecht der Eltern (Artikel 6 Absatz 2 GG) gilt, gilt im Prinzip auch für die grundsätzliche Lebens- und Fürsorgegemeinschaft der Ehe und für die Familie insgesamt.

Die Stellvertreter haben auch im Bereich der Heilbehandlung die Wünsche der Vertretenen zu beachten. Denn auch wenn der Patient zur autonomen Wahrnehmung seiner Rechte selbst nicht mehr in der Lage ist, besteht sein Selbstbestimmungsrecht selbstverständlich fort und muss bei jeder Entscheidung über Fortdauer und Wahl der Behandlung berücksichtigt werden. Denn Träger des Grundrechts auf Selbstbestimmung gemäß Artikel 2 Absatz 1 GG sind neben den Einwilligungsfähigen auch diejenigen, die ihren Willen nicht mehr oder noch nicht artikulieren können. Die Grundrechtsposition aus Artikel 2 Absatz 1 und Absatz 2 GG geht mit dem Verlust der Entscheidungsfähigkeit nicht verloren. Es ist für den Fall, dass der Betroffene keine Vorausverfügung getroffen hat, zur Sicherung dieser Grundrechtsposition auf den mutmaßlichen subjektiven Willen abzustellen, in dessen Sinne Eltern, Betreuer, Gerichte und Ärzte quasi treuhänderisch handeln müssen. Bei der Bestimmung des mutmaßlichen Willens haben Ärzte, Betreuer und Vormundschaftsgericht keine origi-

¹ Gesetzentwurf des Bundesrates, Entwurf eines...Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts (Bundestag - Drucksache 15/2494)

näre Entscheidungs-, sondern nur eine auf die Subjektivität des konkreten Patienten Bezug nehmende Ermittlungskompetenz (siehe These 8).

These 7: Gesundheitsbevollmächtigte

Die Bestimmung einer oder eines Gesundheitsbevollmächtigten durch die so genannte Vorsorgevollmacht ist ein wichtiges Instrument der Selbstbestimmung für die Situation der Einwilligungsunfähigkeit.

Die Bestellung einer Gesundheitsbetreuerin oder eines -betreuers ist dann nicht erforderlich (§ 1896 BGB).

Wirksamkeitsvoraussetzung für die Ermächtigung ist die Einsichts- und Urteilsfähigkeit der oder des Verfügenden und die Volljährigkeit der oder des Bevollmächtigten.

Die zwischenzeitlich eingetretene Einwilligungsunfähigkeit der Vollmachtgeberin oder des Vollmachtgebers steht der Wirksamkeit der Bevollmächtigung nicht entgegen.

Die Bevollmächtigung bedarf der Schriftform und bleibt bis zum formfrei möglichen Widerruf wirksam.

Eine generelle Vollmacht zur Regelung von Gesundheitsangelegenheiten ist keine ausreichende Legitimation für einen das Leben der oder des Betroffenen gefährdenden Behandlungsverzicht. Die Befugnis, einen Behandlungsverzicht zu fordern, muss entsprechend der Regelung in § 1904 Absatz 2 BGB ausdrücklich von der Vollmachtgeberin oder von dem Vollmachtgeber eingeräumt werden.

Eine Verständigung über Inhalt und Tragweite der Vollmacht zwischen der die Vollmacht gebenden und der die Vollmacht nehmenden Person wird empfohlen.

Die Kommission geht davon aus, dass es für die Patienten eine große Beruhigung ist, wenn sie selbst eine Vertrauensperson aussuchen und mit dieser ihre Vorstellungen über ihre am Lebensende gegebenenfalls erforderlichen Entscheidungen besprechen können. Mit der Bevollmächtigung einer Vertrauensperson können die Betroffenen das ebenfalls zu ihrem Schutz vom Gesetzgeber eingeführte, aber vergleichsweise nüchterne und emotionslose, von Amts wegen durchzuführende

Betreuungsverfahren ausschließen. Die Kommission empfiehlt daher eine insoweit verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, um die Bedeutung und Vorteile der Vorsorgevollmacht in der Bevölkerung weiter bekannt zu machen. Bislang ist die Rechtsfigur des privatrechtlichen Gesundheitsbevollmächtigten unter Ärzten und Patienten, insbesondere potentiellen Patienten, immer noch weitgehend unbekannt.

Die Kommission hat sich mit der Frage befasst, ob es sinnvoll ist, für die Wirksamkeit der Gesundheitsfürsorgebevollmächtigung die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers zu verlangen. Es wird insoweit vorgebracht, dass die Bevollmächtigung ihrerseits ein Rechtsgeschäft darstelle, auf das die Vorschriften über die Geschäftsfähigkeit unmittelbar anwendbar seien. Zudem werde durch die Bevollmächtigung einer anderen Person faktisch eine Fremdbestimmung ermöglicht. Die Vollmacht reiche in der Regel auf zeitlich unübersehbare Dauer in die Zukunft und erfasse daher alle im späteren Entscheidungszeitpunkt erforderlichen medizinische Maßnahmen, auch wenn diese im Zeitpunkt der Vollmachterteilung noch nicht bekannt gewesen seien. Die Kommission meint hingegen, dass gleichwohl keine Geschäftsfähigkeit zu fordern ist, sondern eine Einsichtsfähigkeit in die konkrete Bedeutung der Bevollmächtigung ausreichen muss. Eine Auffassung, die die volle Geschäftsfähigkeit als erforderlich ansieht, berücksichtigt nicht, dass die Altersdemenz ein zunehmendes Problem der Überalterung der Gesellschaft ist. Die Demenz-Erkrankung hat verschiedenste Ursachen und Stadien, die oft fließend ineinander übergehen¹. Daher ist schwer festzulegen, wann der Kranke noch alleine entscheiden kann und wann er einen Stellvertreter braucht. Es wäre eine unzumutbare Einschränkung, wenn man diese Patienten, die an manchen Tagen klarsichtig, dann aber auch wieder eingetrübt und daher gegebenenfalls nicht voll geschäftsfähig sind, von der Möglichkeit ausschliesse, in dem persönlichen Bereich der Gesundheitsfürsorge eine Person ihres Vertrauens zu bestimmen, ihr alle Ängste und Vorstellungen anzuvertrauen und entsprechende Weisungen zu erteilen. Sofern die Meinung vertreten wird, der Geschäftsunfähige habe schließlich die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit, Wünsche bezüglich der Bestellung eines Betreuers zu äußern, erscheint der Kommission diese Möglichkeit von geringerer Qualität. Im Interesse der Sicherheit für den Betroffenen

¹ Helmchen, Hanfried und Lauter, Hans: "Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? - Analyse des Problemfeldes, Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik", Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1995.

als auch der Rechtssicherheit scheint es allerdings angezeigt, eine Schriftlichkeit der Vollmacht zu verlangen. Die Kommission betont zudem, dass eine Bevollmächtigung dann wenig Sinn macht, wenn sie erstmals nachdem der Verfügende sein Bewusstsein verloren hat, dem Bevollmächtigten zugeht und zuvor zwischen beiden keine Verständigung stattgefunden hat. Daher spricht sie die in These 7 Absatz 7 enthaltene Empfehlung zu einer vorherigen möglichst ausgiebigen Verständigung aus.

Es steht den Patienten frei, wie konkret sie den Erklärungsspielraum der Vertreter umschreiben. Sie können sie an ganz „kurzer Leine“ führen und genaue Anweisungen treffen; sie können aber auch in einer Art Generalvollmacht die Entscheidung über die weitere Behandlung in die Entscheidungsbefugnis der Vertreter legen, und auch festlegen, was sie als ihr „eigenes Wohl“ ansehen, selbst wenn dies allgemeinen Vorstellungen widerspricht. Daher hält es die Kommission für richtig, dass die Rechtsmacht für Maßnahmen, die beim Vollmachtgeber zu irreversiblen Folgen führen können, in der Vollmacht ausdrücklich eingeräumt werden muss. So können Bevollmächtigte den zum Tode des Patienten führenden Behandlungsabbruch nur dann anordnen, wenn die Vorsorgevollmacht schriftlich erteilt wurde und ausdrücklich auch die Entscheidung umfasst, die Behandlung einzustellen und den Patienten sterben zu lassen (§ 1904 Absatz 2 Satz 2 BGB).

Auf die Frage, ob auch Entscheidungen des Bevollmächtigten - jedenfalls sofern sie das existenzielle Wohl des Vollmachtgebers gefährden - einer vorherigen Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht bedürfen sollen, wird in These 10 eingegangen.

These 8: Feststellung des mutmaßlichen Willens

An die Feststellung des mutmaßlichen Willens, sterben zu wollen, sind strenge Anforderungen zu stellen. Diese Anforderungen gelten in der Regel als erfüllt, wenn sich die Patientin oder der Patient zuvor wohlüberlegt und auf der Grundlage ihrer bzw. seiner persönlichen Lebenseinstellungen und Wertüberzeugungen gegenüber einer Vertrauensperson geäußert hat. Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass die Patientin oder der Patient eine Basisversorgung im Sinne von These 29 wünscht und erhält.

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind die sich ändernden gesundheitlichen Umstände (insbesondere die ärztliche Indikation) zu berücksichtigen, unter denen lebenserhaltende Maßnahmen begonnen, fortgesetzt oder gegebenenfalls auch beendet werden sollen.

Aus dem verfassungsrechtlich gewährleisteten Selbstbestimmungsrecht ergibt sich, dass die entscheidungsfähigen Patienten die Aufnahme einer ärztlichen Behandlung verweigern oder deren Beendigung fordern dürfen, selbst wenn sie infolge dieser Anweisung sterben.

Wie aber ist zu entscheiden, wenn über die Unterlassung der Behandlung oder den Behandlungsabbruch von nicht (mehr) äußerungs- oder einwilligungsfähigen Patienten zu entscheiden ist, die keine Vorausverfügungen getroffen haben? Für diese Konstellation hat der BGH im so genannten Kemptener Fall¹ entschieden, *dass ein zulässiges Sterbenlassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme nicht von vornherein ausgeschlossen ist, sofern der Patient mit dem Abbruch mutmaßlich einverstanden ist. Denn auch in dieser Situation sei das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten, gegen dessen Willen eine ärztliche Behandlung grundsätzlich weder eingeleitet noch fortgesetzt werden dürfe. An die Voraussetzungen für die Annahme eines solchen mutmaßlichen Einverständnisses seien - im Interesse des Schutzes menschlichen Lebens - in tatsächlicher Hinsicht strenge Anforderungen zu stellen. Hierfür komme es auf frühere mündliche oder schriftliche*

¹ BGHSt 40, 257 (siehe hierzu Anhang)

Äußerungen des Kranken ebenso an, wie auf seine religiösen Überzeugungen, seine sonstigen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder auf das Erleiden von Schmerzen .

Umstritten ist bisher allerdings der genaue verfassungsrechtliche Stellenwert des mutmaßlichen Willens. Dieser ist gegenüber dem wirklich erklärten Willen stets nur ein Hilfskonstrukt, da er gerade nicht auf der geäußerten Selbstbestimmung beruht, sondern letztlich durch Dritte - die Ärzte, die Betreuer, die Familienangehörigen oder Gesundheitsbevollmächtigten - ermittelt und von diesen auch formuliert wird. Insofern wird bezweifelt, ob die nur „scheinbar harmlose Figur“¹ der mutmaßlichen Einwilligung eine hinreichende Basis zur Beurteilung eines entsprechenden (Nicht-) Behandlungswillens der Grundrechtsträger bieten kann. Wer unter Hinweis auf den sich aus der Verfassung ergebenden Anspruch auf Lebensschutz eine Entscheidung auf der Basis der Mutmaßlichkeit ablehnt, verkennt, dass Träger des Grundrechts auf Selbstbestimmung neben den (jedenfalls potentiell) Einwilligungsfähigen auch diejenige sind, die ihren Willen nicht (mehr) äußern können. An ihre Stelle treten gleichsam treuhänderisch die gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter, treten aber auch Ärzte, Seelsorger und letztlich auch die Gerichte, die bei jeder Entscheidung den mutmaßlichen subjektiven Willen interpretieren und ihn nicht etwa Kraft eigenen Rechts bestimmen. Auch Schwerstkranke und Schwerstbehinderte haben insofern das Recht zur Selbstbestimmung.

Da der Mensch sich selbst frei für oder gegen eine Behandlung entscheiden kann, ist derjenige, der bei fehlender eigener Entscheidungsfähigkeit des Betroffenen an dessen Stelle entscheidet, immer verpflichtet, sich zu fragen, wie der nicht mehr Entscheidungsfähige selbst entscheiden würde, wenn er gefragt werden könnte. Es geht also keineswegs um einen objektivierten Willen oder gar um allgemeine Wertvorstellungen der Gemeinschaft, sondern um den vermuteten Ausdruck des eigenen Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen. Bei so weittragenden Entscheidungen, wie eine zum Sterben führende Behandlungsverweigerung bzw. ein Behandlungsabbruch, kann ein Abstellen auf den mutmaßlichen Willen im Hinblick auf den verfassungsrechtlich garantierten Lebensschutz aber nur genügen, wenn tatsächliche Feststellungen für den wirklichen Willen getroffen werden können.

¹ Roxin/Schroth, „Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht“ , 2001

Dies korrespondiert im Übrigen mit den Vorgaben, die auch § 1901 Absatz 3 Satz 1 und 2 BGB für das Betreuerhandeln normiert. Maßgebend sind demnach die früher geäußerten Wünsche des Betroffenen, sofern sie sich feststellen lassen und nicht durch entgegenstehende Bekundungen widerrufen sind und dem Wohl des Betreuten nicht zuwiderlaufen. Das Wohl des Betreuten ist dabei nicht nur objektiv, sondern - im Grundsatz sogar vorrangig - subjektiv zu verstehen. Denn zum Wohl des Patienten gehört auch die Möglichkeit, sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.

Für die mutmaßliche Einwilligung können frühere Äußerungen der Patienten, seien sie nun schriftlich oder mündlich erfolgt, Bedeutung erlangen. Zu denken ist an Patientenverfügungen ohne Bindungswirkung, mündliche Äußerungen der Patienten insbesondere im Zusammenhang mit ihrer eigenen Krankheitsgeschichte, gegebenenfalls gegenüber dem behandelnden Hausarzt, ihre religiösen Überzeugungen und ihre ethischen Ideale. Nach allgemeiner Auffassung sind solche Äußerungen um so gewichtiger und verbindlicher, je kürzer sie zurückliegen und je stärker sie situationsbezogen in dem Sinne sind, dass sich die Patienten dabei mit der aktuellen und konkreten oder einer vergleichbaren Situation auseinandergesetzt haben. In der exakt gleichen Krankheitssituation müssen sich die Patienten nicht befunden haben. Wesentlich ist, dass sich Feststellungen zum mutmaßlichen Willen treffen lassen.

These 9: Entscheidungsmaßstab bei fehlenden Anhaltspunkten

Fehlt es an konkreten Anhaltspunkten für einen mutmaßlichen Willen, so hat die Vertreterin oder der Vertreter so zu entscheiden, wie es dem Wohl der Patientin oder des Patienten entspricht. Sie bzw. er hat dabei grundsätzlich davon auszugehen, dass diese bzw. dieser ihr bzw. sein Leben erhalten will, wenn dies in Würde möglich ist.

Lassen sich trotz der gebotenen sorgfältigen Prüfung keine konkreten Feststellungen hinsichtlich des individuellen, subjektiven mutmaßlichen Willens der Patienten treffen, stellt sich die Frage, ob dann auf objektive Kriterien zurückgegriffen werden kann. Der BGH hat im bereits genannten Kemptener-Fall¹ entschieden: *„Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen.“* Wenn man darunter nur jene Vorstellungen versteht, die als *„gemeinhin normal und vernünftig“* angesehen werden, lehnt die Kommission dies ab. Denn diese Kriterien eröffnen einen großen Interpretationsspielraum und können ökonomischen Überlegungen Vorrang vor dem Lebensschutz einräumen. Ein Abstellen auf allgemeine Wertvorstellungen bedeutet ein Einfallstor für Nützlichkeitsabwägungen.

Vielmehr muss die Entscheidung im Rahmen der medizinischen Verantwortung nach pflichtgemäßem Ermessen, vor allem unter Berücksichtigung dessen, was dem Wohl der Patienten entspricht, getroffen werden. Damit hat man die Möglichkeit, mit Hilfe objektiver Kriterien dennoch einen Bezug zu den konkreten Patienten herzustellen. Deutlich wird dies, wenn man zwischen Pflege, die stets dem objektiven Interesse der Patienten dient, und der eigentlichen Weiterbehandlung unterscheidet. Letztere ist in aller Regel dann nicht in ihrem objektiven Interesse, wenn der Sterbeprozess bereits irreversibel eingesetzt hat oder eine unverhältnismäßig belastende Behandlung ansteht, die weder durchgreifend erfolgreich sein wird noch den Tod abwenden

¹ BGHSt 40,257 (siehe hierzu Anhang)

kann. Auf der Grundlage ärztlicher Prognose kommen unter anderem folgende objektive Kriterien für eine Entscheidung in Betracht: Die Lebenserwartung oder Todesnähe der Patienten aufgrund deren Krankheitsverläufen, das Erleiden nicht stillbarer Schmerzen, die Art und Schwere eines Eingriffs, die Unmöglichkeit der Wiederherstellung eines menschenwürdigen Lebens. Im Rahmen der objektiven Interessenabwägung ist der Grundsatz „in dubio pro vita“ zu achten, auch wenn er als solcher kein verfassungsrechtliches Eigengewicht hat. Es gilt aber gleichermaßen, den Grundsatz „in dubio pro dignitate“¹ ins Blickfeld zu nehmen. Es ist also ebenso davon auszugehen, dass Menschen nicht unerträglich und unverhältnismäßig leiden möchten. Solange ein würdegemäßes Weiterleben ermöglicht werden kann, ist das Leben zu erhalten.

¹ Hufen F.: „In dubio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, 849
siehe auch Erläuterungen zu These 1 hinsichtlich des Grundsatzes *salus ex voluntate aegroti suprema lex*

These 10: Überprüfung der in Stellvertretung getroffenen Entscheidungen durch das Vormundschaftsgericht (§ 1904 BGB)

Das Verlangen einer Gesundheitsbetreuerin oder eines -betreuers, die ärztliche Behandlung der oder des Vertretenen zu beenden, sollte nur in Konfliktfällen einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedürfen, also beispielsweise, wenn das Leben der Betroffenen nur durch Fortsetzung der Behandlung erhalten werden kann und diese nach der Überzeugung der Ärztin oder des Arztes indiziert ist.

Verweigert die Gesundheitsbetreuerin oder der -betreuer bereits die Einwilligung in die lebenserhaltende Aufnahme der ärztlichen Behandlung, so sollte auch dies der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedürfen, allerdings ebenfalls nur in den in Satz 1 genannten Konfliktfällen.

Das Vormundschaftsgericht soll überprüfen, ob die Entscheidung der Gesundheitsbetreuerin oder des -betreuers zulässig ist und dem erklärten oder mutmaßlichen Willen der oder des Betroffenen entspricht bzw. ob im Hinblick auf die nunmehr vorliegende Situation Anhaltspunkte für eine (mutmaßliche) Willensänderung vorliegen.

Ist kein Wille der oder des Betroffenen feststellbar, so soll das Vormundschaftsgericht überprüfen, ob eine Stellvertreter-Entscheidung zulässig ist und sie dem Wohl der oder des Betroffenen entspricht.

Die die Gesundheitsbetreuung betreffenden vorstehenden Überlegungen gelten entsprechend für Entscheidungen von Stellvertretern und Gesundheitsbevollmächtigten.

Zu der Frage, ob die Betreuer die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der Betreuten nur mit vorheriger Genehmigung des Vormundschaftsgerichts verweigern dürfen, löste die bereits mehrfach genannte „Kemptener Entscheidung“ des 1. Strafsenats des BGH¹ zur Sterbehilfe aus dem Jahr 1994 eine erhebliche Kontroverse innerhalb der Rechtsprechung und der juristischen Literatur aus, die nunmehr durch die jünger-

¹ BGH 40, 257 ff. (siehe hierzu Anhang)

te Entscheidung des BGH vom 17.03.2003¹ vielleicht als beendet angesehen werden kann. Der 1. Strafsenat stellte (im Wege der Rechtsfortbildung als obiter dictum) fest, *dass der Betreuer eines entscheidungsunfähigen Schwerstkranken mit aussichtsloser Prognose die Beendigung dessen ärztlicher Behandlung in analoger Anwendung der betreuungsrechtlichen Vorschriften des § 1904 Absatz 1 BGB nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts verlangen kann.* Nach § 1904 Absatz 1 BGB bedarf die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Nach Auffassung des 1. Strafsenats des BGH *war die Vorschrift des § 1904 Absatz 1 BGB ihrem Sinn und Zweck nach in Fällen der Sterbehilfe jedenfalls dann - erst recht - entsprechend anzuwenden, wenn die ärztliche Maßnahme in der Beendigung einer bisher durchgeführten lebenserhaltenden Maßnahme besteht und der Sterbevorgang noch nicht unmittelbar eingesetzt hat. Wenn schon bestimmte Heileingriffe wegen ihrer Gefährlichkeit der alleinigen Entscheidungsbezugnis des Betreuers entzogen seien, dann müsse dies umso mehr für Maßnahmen gelten, die eine ärztliche Behandlung beenden wollen und mit Sicherheit binnen kurzem zum Tode des Kranken führten.* Während zwei Obergerichte die Auffassung des 1. Strafsenats des BGH stützten, verweigerte ihm in der Folgezeit offenbar die Überzahl der zuständigen Amts- bzw. Vormundschaftsgerichte die Gefolgschaft. Gegen eine analoge Anwendung des § 1904 Absatz 1 BGB wurde vorgebracht, dies sei eine Ausnahmenvorschrift und daher einer Analogie nicht zugänglich. Ferner fehle die Vergleichbarkeit der in § 1904 Absatz 1 BGB geregelten Fallgruppen. § 1904 Absatz 1 BGB stelle gerade auf eine Maßnahme zur Verbesserung bzw. Verhinderung der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes ab, so dass seine Anwendbarkeit auf eine Maßnahme, die den Tod zur Folge haben soll, ausscheiden müsse. Weiter wurde vorgebracht, es fehle an einer für jede Analogie erforderlichen Regelungslücke, da dem Gesetzgeber die Problematik bei Änderung des Betreuungsrechts bekannt gewesen sei. Letztlich steht hinter der Ablehnung einer analogen Anwendung die Furcht, hierdurch würden die Richter zu „Herren über Leben und Tod“.

¹ BGHZ, XII ZB2/03, in: NJW 2003, S.1588, FamRZ 2003,748 (siehe hierzu Anhang)

Diese Streitfragen können nunmehr mit dem Beschluss des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003 jedenfalls als vorläufig beendet angesehen werden. Der 12. Zivilsenat hat entschieden: *„Ist für einen Patienten ein Betreuer bestellt, so hat dieser dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung und nach Maßgabe des § 1901 BGB Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder -verlängernde Behandlung kann der Betreuer jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wirksam verweigern...“* Der Zivilsenat hat sich zwar gegen eine analoge Heranziehung der §§ 1904 bis 1907 BGB ausgesprochen, indes die Befugnis angenommen, für die verweigerte Einwilligung des Betreuers in eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung oder Weiterbehandlung eines nicht einwilligungsfähigen Betroffenen im Wege der Rechtsfortbildung eine vormundschaftsgerichtliche Prüfungszuständigkeit zu eröffnen. Die Entscheidung des 12. Zivilsenats besagt aber nicht, dass der Betreuer, der einen Behandlungsabbruch für den Betreuten geltend macht, generell hierfür einer vormundschaftsrichterlichen Genehmigung bedürfe. Vielmehr hat er eine wesentliche Einschränkung aufgenommen: *„Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird - sei es, dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist.“* Auf diese Einschränkung reagierte die juristische Literatur teilweise mit heftiger Kritik. So wurde vorgebracht, dass man nicht verstehen könne, was mit dem *„ärztlichen Angebot“* gemeint sei. Wenn hierfür die fehlende medizinische Indikation ausschlaggebend sein sollte, sei dagegen nichts einzuwenden. Es werde allerdings nicht klar, ob es nicht auch ausreiche, dass ein Arzt die ärztliche Behandlung anbiete bzw. nicht anbiete, weil dies seiner eigenen ethischen Einstellung entspreche.

Die Kommission hat sich ausführlich mit dem Beschluss des 12. Zivilsenats befasst. Sie ist in Übereinstimmung mit dem 12. Zivilsenat zu der Auffassung gelangt, dass Entscheidungen der Betreuer zum Behandlungsabbruch bei Betreuten nicht generell von einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung abhängig gemacht werden sollten. Andernfalls dürfe künftig - von den Akutfällen abgesehen - niemand mehr ohne *„gerichtliche Genehmigung“* sterben. Wenn die Betreuer auf der Grundlage des ermittelten Willens der Betreuten zu der Einsicht gelangen, dass diese nicht weiter

behandelt werden möchten und ärztlicherseits eine Behandlung nicht mehr indiziert ist, dann besteht kein Bedürfnis, das Vormundschaftsgericht einzuschalten. Zum Schutz der Betroffenen ist eine Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht nur in Grenz- bzw. Streitfragen angezeigt. Wenn also zwischen den Betreuern und den entscheidenden Ärzten keine Einigkeit hinsichtlich des Willens der Betroffenen oder hinsichtlich der medizinischen Indikation besteht, dann bedarf es in diesem Konfliktfall einer Entscheidung des Vormundschaftsgerichts. Das Vormundschaftsgericht hat dann zu prüfen, ob die Entscheidung der Betreuer der Selbstbestimmung der Betroffenen Rechnung trägt. Mit einer solchen auf Konfliktfälle beschränkten Regelungszuständigkeit soll den Patienten geholfen werden, ihren Willen durchzusetzen.

Die Kommission hält es für konsequent, die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nicht nur dann vorzusehen, wenn die Betreuer die Einwilligung in eine Fortsetzung der Behandlung verweigern, sondern auch dann, wenn die Betreuer bereits die Einwilligung in die Aufnahme der Behandlung versagen und die Gefahr besteht, dass die Betreuten aufgrund dieser Weigerung sterben oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden. Die Kommission denkt hierbei etwa an den Fall, dass die Betreuer die Zustimmung zum Legen einer Magensonde verweigern. Wenn feststeht, dass eine lebenserhaltende Ernährung der Betroffenen ausschließlich über eine Magensonde möglich ist, bedarf diese Verweigerung der Einwilligung durch die Betreuer dann der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die Ärzte das Verlegen der Sonde als medizinisch indiziert ansehen, bzw. ernstzunehmende Zweifel hinsichtlich eines diesbezüglichen Willens der Betroffenen bestehen.

Die Kommission hat sich auch mit der Frage befasst, ob mit einer Beschränkung der Genehmigungsbedürftigkeit auf die genannten Konfliktfälle die Möglichkeit zu rechtsmissbräuchlichen Absprachen zwischen Betreuern und Ärzten besteht und daher der Kreis der Personen, die in die Entscheidung einzubinden sind, erweitert werden sollte (Anverwandte, Pflegekräfte, Ethik-Konsile an Krankenhäusern). Ein Bedürfnis hierfür sah die Kommission nicht, denn selbstverständlich bleibt die Missbrauchskontrolle durch das Vormundschaftsgericht immer möglich. Wenn also Dritte den Eindruck gewinnen, dass die vom Betreuer und den behandelnden Ärzten in gemeinsamer Verantwortung getroffene Entscheidung missbräuchlich ist, weil sie entweder dem

Willen der Betroffenen widerspricht oder eine medizinische Indikation zu bejahen ist, ist es ihnen unbenommen, das Vormundschaftsgericht anzurufen.

Die Kommission hat diskutiert, ob die Genehmigungsbedürftigkeit von Betreuerentscheidungen in den genannten Konfliktfällen auch für die Gesundheitsbevollmächtigten gelten soll.

Es wurde erwogen, ob sich die Rechtsstellung der Bevollmächtigten von der der Betreuer so wesentlich unterscheidet, dass sich bereits daraus eine Ungleichbehandlung rechtfertigt. Denn die so genannten Berufsbetreuer können im Einzelfall erstmals im Zusammenhang mit der Anordnung der Betreuung auf die Betroffenen getroffen sein. Hingegen sind die Bevollmächtigten in aller Regel mit den Lebensverhältnissen der Betroffenen wohl vertraut. Die Bevollmächtigten rücken in die Rechtsstellung der Betroffenen selbst ein. Ihre Erklärungen sind nicht anders zu beurteilen, als wenn diese von den Betroffenen selbst abgegeben würden. Wenn die Betroffenen selbst die Behandlung verweigern, ist dies von keiner vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung abhängig. Da eine wirksame Bevollmächtigung zudem voraussetzt, dass die Betroffenen den Bevollmächtigten schriftlich dazu bevollmächtigt haben müssen, den Behandlungsabbruch zu fordern, scheint eine Gleichbehandlung mit den Betreuern zumindest nicht zwingend zu sein. Andererseits darf nicht verkannt werden, dass die Entscheidungen der Bevollmächtigten für die Betreuten nicht nur schwerwiegende, sondern tödliche Folgen haben und den davon Betroffenen weder strafrechtliche Sanktionen noch zivilrechtliche Schadensersatzansprüche nutzen. Die Kommission hat sich letztlich aus pragmatischen Gründen dafür ausgesprochen, für die Betreuer und die Bevollmächtigten eine Gleichbehandlung zu fordern. Dies folgt aus der Erkenntnis, dass das Erfordernis einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung eine Sicherheit dafür bieten soll, dass dem Willen der Betroffenen wirklich gefolgt wird. Auch die Bevollmächtigten müssen im Konfliktfall die Möglichkeit haben, das Vormundschaftsgericht anzurufen, um den Willen der Betroffenen rechtlich durchsetzen zu können.

In Empfehlung 4 hat die Kommission die Empfehlung ausgesprochen, die Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts zur Überprüfung von Stellvertreter-Entscheidungen in diesem Sinne gesetzlich zu regeln.

II. Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose im Endstadium ihrer Erkrankung

These 11: Situation im Sterbeprozess

Die Sterbehilfe (im Sinne dieses Abschnitts) betrifft nicht nur die unmittelbar im Sterbeprozess (in der Agonie) befindlichen Menschen, sondern auch diejenigen, deren weit fortgeschrittene Krankheit unumkehrbar in absehbarer Zeit zum Tod führt.

Der unumkehrbare Sterbeprozess ist durch ein fortschreitendes Versagen der lebenswichtigen Funktionen gekennzeichnet. Dieser Sterbeprozess dauert erfahrungsgemäß nur kurze Zeit.

In diesem kurzen Zeitraum darf die Ärztin oder der Arzt dem Sterbeprozess seinen natürlichen Verlauf lassen. Die Verpflichtung, die Leiden und Schmerzen der Patientin oder des Patienten zu lindern, besteht fort.

Mit den fortschreitenden Möglichkeiten der Medizin verändert sich für viele Menschen nicht nur ihr Leben, sondern auch ihr Sterben. Früher dominierte ein rascher Tod in jüngerem Alter, z.B. durch Infektionen oder akutes Herz- und Kreislaufversagen. Heute dominiert der Alterstod mit langer Agonie. Das gilt insbesondere für Patienten mit Karzinom, Schlaganfall, chronischer Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder mit Demenz in den letzten Jahren ihres Lebens. Die Medizin kann den Sterbeprozess aufhalten, verlangsamen oder verzögern. Diese Veränderungen im Zusammenhang mit dem Sterben müssen auch bei der Definition des „Sterbeprozesses in zeitlicher Hinsicht“ Ausdruck finden. Die zunehmenden Handlungsmöglichkeiten der Medizin werfen nicht selten Fragen der Sinnhaftigkeit ihrer Anwendung auf. Dies gilt in besonderem Umfang bei Sterbenden: Hier kann die Pflicht zur Lebensrettung und -erhaltung in einen Konflikt zwischen medizinisch-technischem Können und ethisch-rechtlichem Dürfen geraten. Um das Ausmaß der Verunsicherung in der Ärzteschaft auszuloten und Konzepte dagegen entwerfen zu können, wurde unter anderem von Mitgliedern der Kommission mit Unterstützung der

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz im Jahr 2000 eine Umfrage unter Ärzten in Rheinland-Pfalz vorgenommen¹. Aus dieser Untersuchung geht hervor, dass große Meinungsunterschiede und Unsicherheiten in der Frage bestehen, welche Maßnahmen bei Sterbenden beendet werden dürfen und was zur unverzichtbaren Basisversorgung gehört. Erhebliche Unsicherheiten bestehen auch hinsichtlich der Einschätzung der juristischen Verbote und Konsequenzen. Die ärztlichen Pflichten ergeben sich aus den aktuellen medizinischen Standards, den jeweils gültigen Rechtsnormen, der höchstrichterlichen Rechtsprechung² und dem Standesrecht³. Haben Ärzte die Behandlung von Patienten übernommen, so sind sie grundsätzlich verpflichtet, das ihnen Mögliche zu tun, um das Leben der Patienten zu erhalten, und zwar auch dann, wenn feststeht, dass die lebensverlängernden Maßnahmen das Ende nur um einen absehbaren Zeitraum hinausschieben. Unterlassen die Ärzte diese Lebenserhaltung vorsätzlich oder fahrlässig, so können sie für die dadurch begründete Lebensverkürzung wegen eines fahrlässigen oder vorsätzlichen Tötungsdelikts durch Unterlassen haftbar sein. Diese Pflicht zur Lebensverlängerung, sei es auch nur um einen absehbaren kurzen Zeitraum, ist grundsätzlich anerkannt. Es gibt aber keine Rechtspflicht zur Erhaltung des Lebens um jeden Preis. Denn die Erhaltung eines Lebens bei einem unabwendbar bevorstehenden Tod bedeutet nicht mehr Achtung der Würde der Person des Sterbenden, sondern eine Verletzung seiner Personwürde durch Verweigerung des ihm als Person eigenen Todes. Ärzte handeln also pflichtgemäß, wenn sie die Behandlung beenden, weil das Grundleiden der Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar (irreversibel) ist und bereits einen tödlichen Verlauf genommen hat, so dass der Tod in kurzer Zeit eintreten wird. Sie dürfen dann auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung, Bluttransfusion oder künstliche Ernährung verzichten. Ist der Patient noch bei Bewusstsein, so darf auf die lebensverlängernden Maßnahmen nur in Übereinstimmung mit seinem Willen verzichtet werden. Maßnahmen, die den Sterbevorgang lediglich verlängern oder den Eintritt des Todes nur noch verzögern würden, wären allenfalls dann ethisch zu-

¹ Weber M., Stiehl M., Reiter J., Rittner C.: „Ethische Entscheidungen am Lebensende: Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation“, in: Deutsche Ärzteblatt vom 30.11.2001, B. -2697 - 2699

² BGHSt 32,367 (siehe hierzu Anhang) und BGHSt 40,257 (siehe hierzu Anhang)

³ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998, in NJW 1998,3406 www.bundesaerztekammer.de/bak/owa/idms.show?key=Sterben

lässig, wenn die Sterbenden ¹dies entweder ausdrücklich fordern oder ihr mutmaßlicher Wille dahin gehen würde. Wünschen die Sterbenden hingegen keine Verlängerung des Sterbeprozesses oder fehlt begründeter Zweifel am diesbezüglichen mutmaßlichen Willen, so **dürfen** lebensverlängernde Maßnahmen nicht nur unterlassen, sondern sie **müssen** unterlassen werden. Weder gibt es aus ethischer Sicht eine Verpflichtung des Menschen zur Verlängerung des eigenen Sterbeprozesses, noch existiert eine entsprechende Pflicht oder gar ein Recht der Ärzte, diesen Prozess ohne den erklärten oder mutmaßlichen Willen der Sterbenden fortzusetzen.

Sowohl aus der Rechtsprechung als auch aus den Grundsätzen der Bundesärztekammer ergibt sich also, dass „Sterbehilfe“ nur geleistet werden darf, wenn das Grundleiden der Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar (irreversibel) ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird. Ist eine derartige Prognose gegeben, so hat der Sterbevorgang eingesetzt. Erst in diesem Stadium ist es deshalb gerechtfertigt, von Hilfe für die Sterbenden und Hilfe beim Sterben, kurz: von Sterbehilfe zu sprechen.

Die Hilfe beim Sterben besteht in Schmerzlinderung und der Sorge für die Basisbetreuung, sowie der Verpflichtung, vorhandenen Ängsten Rechnung zu tragen. Ziel ist ein „Sterben in Würde“.

Zu den zulässigen Maßnahmen der Sterbehilfe in Form der passiven und der indirekten Sterbehilfe folgen Ausführungen in den anschließenden Thesen.

¹ Sterbende im Sinne von These 11 Absatz 1 , 2. Halbsatz

These 12: Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe ist die Nichtaufnahme oder Einstellung lebenserhaltender bzw. -verlängernder Maßnahmen.

Als lebensverlängernde Maßnahmen gelten u.a.:

- **Parenterale Ernährung (Infusion),**
- **Ernährung über eine Sonde,**
- **Einsatz von Respiratoren (künstliche Beatmung),**
- **die Gabe Herz und Kreislauf aktivierender Medikamente,**
- **die Behandlung hinzutretender Erkrankungen.**

Auch diese Maßnahmen sind zustimmungsbedürftige Eingriffe in die körperliche Integrität. Ihr Unterlassen oder Einstellen ist keine Tötungshandlung. Patientinnen oder Patienten haben vielmehr einen Anspruch darauf, dass Maßnahmen zur Verlängerung ihres Lebens unterlassen oder nicht weiter geführt bzw. abgebrochen werden.

Von passiver Sterbehilfe spricht man, wenn der behandelnde Arzt und das Pflegepersonal, aber auch Angehörige es unterlassen, ein sich dem Ende zuneigendes Leben zu verlängern. Es wird auf eine Operation oder eine Intensivbehandlung verzichtet, die den Patienten noch ein etwas längeres Leben ermöglicht hätte. Das bloße Unterlassen einer Behandlung ist strafrechtlich relevant, wenn durch die Aufnahme oder Fortführung der Behandlung der Todeseintritt noch weiter hätte hinausgezögert werden können. Dabei macht es keinen Unterschied, ob durch die Behandlung das Leben über eine längere Phase oder nur kurzfristig hätte erhalten werden können. Wegen Unterlassens der Behandlung können, von den Fällen des § 323c StGB abgesehen, nur diejenigen bestraft werden, die als Garanten im Sinne von § 13 StGB eine entsprechende Erfolgsabwendungspflicht haben. Eine solche Pflicht haben auch Ärzte kraft Behandlungsübernahme oder aufgrund von Bereitschaftsdienst. Für Familienmitglieder oder andere Gemeinschaften mit naher Verbundenheit besteht zumindest die Pflicht zum Herbeirufen ärztlicher Hilfe. Liegt eine Pflicht zur Lebenserhaltung vor, so ist ihr Unterlassen dann unproblematisch, wenn der Moribunde selbst trotz medizinischer Indikation keine lebensverlängernden Maß-

nahmen will oder sie nicht mehr will. Denn für die Versorgung und Behandlung eines Menschen am Ende seines Lebens gelten zunächst dieselben Grundsätze wie für jede andere ärztliche Behandlung. Dieser Ansatz wird bei der Diskussion um die Sterbehilfe häufig vernachlässigt. Das Recht des Menschen, eine medizinische Behandlung zu gestatten oder zu verweigern, ist Ausfluss seines im Grundgesetz verankerten Rechts zur Selbstbestimmung. Es ist nicht Sache des Staates oder der Ärzte, ihm lebensverlängernde Maßnahmen aufzuzwingen. Die Pflicht der Ärzte, das Leben zu verlängern, hat grundsätzlich gegenüber dessen Autonomie zurückzutreten. Der Wille der Patienten¹ ist oberstes Gebot ärztlichen Handelns. Verweigern die Patienten ihre Zustimmung zu einer Behandlung oder widerrufen sie eine früher erteilte Einwilligung zu einer Behandlung, so sind die Ärzte verpflichtet, die Behandlung einzustellen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob sich die Entscheidung der Patienten in den Augen der verantwortlich Behandelnden als vernünftig oder unvernünftig darstellt. Behandeln sie die Patienten gegen deren Willen, begehen sie eine strafbare Körperverletzung. Diese allgemeinen Grundsätze gelten auch für Menschen am Ende ihres Lebens. Auch sie können selbst bestimmen, ob, wie lange und in welcher Weise sie behandelt und versorgt werden wollen. Das bedeutet, dass die Patienten auch nicht mehr ernährt werden dürfen, wenn sie sich dies ausdrücklich oder konkludent verboten haben. Auch wenn die Patienten in Folge ihrer Entscheidung sterben, liegt darin keine Tötung der Patienten durch Unterlassen. Die Pflicht der Ärzte zur Lebenserhaltung besteht nur in dem Rahmen, den die Patienten selbst bestimmen. Ob für die Suizidpatienten insoweit anderes gilt, wird im Zusammenhang mit Thesen 22 bis 25 erörtert.

Es ist unerheblich, ob das Sterben-Lassen bereits durch Nichtaufnahme oder erst durch Abbruch einer (bereits begonnenen) Behandlung erfolgt; denn soweit man von der Behandlungsaufnahme absehen darf, muss man sie auch straflos beenden dürfen. Das führt zu dem viel diskutierten Problem, ob ein „technischer“ Behandlungsabbruch, wie das Abschalten von Respiratoren, im Hinblick auf das aktive Eingreifen eine strafbare aktive Sterbehilfe ist. In der bereits angesprochenen, in den Jahren 1995 bis 1999 in Rheinland-Pfalz durchgeführten, Befragung von 400 Ärzten², gaben 48,8 % der befragten Ärzte an, das Abstellen einer künstlichen Beatmung bei

¹ Salus ex voluntate suprema lex, siehe hierzu auch Erläuterung zu These 1

² Deutsches Ärzteblatt 2001 vom 30.11.2001, B-2697, 2699

einem Patienten mit infauster Prognose und weit fortgeschrittener Erkrankung sei aktive Sterbehilfe. Dass diese Ansicht falsch ist, ergibt sich mit hinreichender Klarheit aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung. In der Terminologie des Bundesgerichtshofs handelt es sich bei einem „aktiven“ Abbruch der Beatmung nicht um „aktive Tötung“, sondern um zulässige „passive Sterbehilfe“¹. Denn nach seiner sozialen Bedeutung stellt sich der Vorgang als eine Einstellung der Behandlung und damit als ein Unterlassen weiterer Tätigkeit dar. Für die genannte Beurteilung eines „technischen“ Behandlungsabbruchs ist es unerheblich, ob er von einem Arzt oder einer Privatperson vorgenommen wird². Auf die Frage, wie im Zusammenhang mit dem „technischen Behandlungsabbruch“ das Ziehen einer Magensonde zu bewerten ist, wird in These 29 eingegangen.

Schwieriger sind hingegen die Fälle entscheidungsunfähiger Patienten. Als Entscheidungsmaßstab kommt eine gegebenenfalls vorliegende Vorausverfügung der Patienten bzw. hilfsweise ihr mutmaßlicher Wille (vgl. Thesen 5 und 4 bzw. 8) in Betracht. Wenn man mangels Feststellbarkeit eines mutmaßlichen Willens auf objektive Kriterien (vgl. These 9) zurückgreifen muss, kann als Leitlinie das Diktum des Bundesgerichtshofs³ gelten, wonach es *„keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt. Maßnahmen zur Lebenserhaltung sind nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts der bisherigen Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht“*.

Unberührt bleibt davon jedoch in jedem Fall die Pflicht zur Aufrechterhaltung jener Basispflege, wie sie jedem hilfsbedürftigen Menschen zusteht. Unter Basisversorgung ist eine unverzichtbare medizinische Behandlung zu verstehen, die vermeidet, dass der Patient an Schmerzen, unter Hunger- und Durstgefühl und an fehlender Zuwendung leidet. Nähere Ausführungen sind These 29 zu entnehmen.

¹ BGHSt 40, 257 (siehe hierzu Anhang) und Schöch, NSTZ 1995,153,154

² LG Ravensbrück, in: NSTZ 1987,229

³ BGHSt 32,379 (siehe hierzu Anhang)

These 13: Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe ist eine schmerzlindernde oder sonstige leidensmindernde Therapie, die unbeabsichtigt und unvermeidbar eine Lebensverkürzung zur Folge haben kann. Da die Patientin oder der Patient im Endstadium ihrer oder seiner Erkrankung bzw. ihres oder seines Leidens einen Anspruch darauf hat, dass auch schwerste und anhaltende Schmerzen zuverlässig gelindert werden, müssen die unerwünschten Nebenwirkungen der Schmerztherapie, im äußersten Fall eine Lebensverkürzung, wenn nicht zu vermeiden, in Kauf genommen werden. Eine wirksame Schmerzbehandlung vorzuenthalten, verstößt gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht und kann eine strafrechtlich relevante Körperverletzung sein.

Unter Sterbehilfe versteht man eine Hilfe, die sterbenden Menschen auf ihren Wunsch oder im Hinblick auf ihren mutmaßlichen Willen geleistet wird, um ihnen ein ihren Vorstellungen entsprechendes menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Es gehört daher zu den ärztlichen Pflichten, Sterbenden Schmerzmittel zu verabreichen. Wenn die Schmerzlinderung unterlassen oder nur unzureichend gewährt wird, ist dieses Verhalten in der Regel eine strafbare Körperverletzung durch Unterlassen. Leider muss immer noch davon ausgegangen werden, dass Deutschland auf dem Gebiet der Schmerztherapie hinter dem internationalen Standard zurückgeblieben ist, woraus sich die in Empfehlung 1 erhobene Forderung der Kommission nach verbesserter Ausbildung in Palliativmedizin ergibt. Nimmt man das Menschenwürdegebot als Verbot der Verächtlichmachung und der Erniedrigung ernst, dann wird deutlich, dass eine unterlassene Schmerzbehandlung nicht nur Körperverletzung, sondern auch eine besondere Form der menschlichen Erniedrigung sein kann. Die Verbindung von Menschenwürde und Schmerzfreiheit und der unmittelbar aus Artikel 1 Grundgesetz abgeleitete Anspruch auf Leidenslinderung werden dann plausibel. Schmerz kann so weit gehen, dass er die Menschenwürde elementar beeinträchtigt. Schmerzlinderung wird primäres Gebot der Medizin, auch wenn sie aus medizinischer Sicht Risiken beinhalten mag. Das Verlangen nach einer Höherdosierung von Schmerzmitteln kann Ausdruck menschenwürdiger Selbstbestimmung sein; und die

allein auf Lebensverlängerung zielende Verweigerung starker Schmerzmittel ein durch nichts zu rechtfertigender Eingriff in die Menschenwürde.

Möglicherweise ist die Zurückhaltung deutscher Ärzte gerade mit der Angst zu erklären, sich strafbar zu machen, wenn sie einem todkranken Menschen Schmerzmittel verabreichen und dadurch den Eintritt seines Todes beschleunigen. Diese Angst ist hinsichtlich der rechtlichen Bewertung eines solchen Handelns unbegründet, solange die Schmerzmittelvergabe nicht zu dem Ziel erfolgt, den Tod der Patienten herbeizuführen. Die Zulässigkeit der im Einzelfall möglicherweise lebensverkürzenden Schmerzlinderung ist höchstrichterlich anerkannt. Der Bundesgerichtshof hat erstmals 1996¹ entschieden, dass *„eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig wird, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“* In diesem Sinne äußern sich auch die bereits genannten Grundsätze der Bundesärztekammer. Die juristische Begründung macht deshalb Schwierigkeiten, weil eine durch aktives Handeln herbeigeführte, bedingt vorsätzlich bewirkte Lebensverkürzung als Totschlag gemäß § 212 StGB oder Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB zu beurteilen ist. Die wohl herrschende juristische Meinung vertritt die Auffassung, dass die indirekte Sterbehilfe zwar eine Tötung ist, aber im Hinblick auf die Notstandssituation gemäß § 34 StGB gerechtfertigt sei. Die Kommission schließt sich der in den Urteilsgründen vertretenen Auffassung an, wonach *„die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ein höherwertiges Rechtsgut ist als die Aussicht, unter schwersten Schmerzen, insbesondere Vernichtungsschmerzen, noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“* Nur sollte eben dies nach Möglichkeit im Zusammenhang mit § 216 StGB künftig im Gesetz auch klargestellt werden (siehe dazu Empfehlung 2). Es müsste auch klargestellt werden, dass die indirekte Sterbehilfe nicht nur bei bereits in Agonie befindlichen Patienten zulässig ist, sondern der Begriff des Sterbenden (siehe These 11) auch derart tödlich Erkrankte erfasst, in deren Krankheitsverlauf ärztlich erfolgreich nicht mehr eingegriffen werden kann. Weiter müsste aus einer gesetzlichen Regelung hervorgehen, dass nicht nur Schmerzen im engeren Sinn, sondern auch schwe-

¹ BGHSt 42,301

re, nicht anders zu behebende Leidenszustände, wie etwa Erstickungsangst auslösende Atemnot gemeint sind.

Besonderes Augenmerk verdient insbesondere die gerade im jüngsten Fall einer in Hannover tätigen Internistin wieder brisant gewordene Vorsatzproblematik. Es macht wenig Sinn, wenn man einerseits von einer „unbeabsichtigten, aber in Kauf genommenen unvermeidbaren tödlichen Nebenfolge“ ausgeht, andererseits aber fordert, dass das „Unvermeidbare“ nur möglicherweise (dolus eventualis) eintritt. Entscheidend ist vielmehr ausschließlich das Motiv des Handelns. Wenn das Motiv die Leidenslinderung ist, darf eine Schmerztherapie nicht daran scheitern, dass eine Lebensverkürzung sicher ist. Im Hinblick auf die Fortentwicklung der medizinischen Erkenntnisse kann davon ausgegangen werden, dass eine langsame Steigerung der Dosierung möglich ist, so dass der Tod in aller Regel nicht durch Schmerzmittelgabe verursacht wird. Eine Fortentwicklung der Schmerzforschung ist daher durchaus auch von forensischem Interesse. Um nicht in den Verdacht einer als Schmerzbehandlung getarnten aktiven Sterbehilfe zu geraten, sollte der behandelnde Arzt für Nachvollziehbarkeit und Transparenz seiner Medikationsentscheidung sorgen. Dazu gehört vor allem eine genaue Dokumentation des Therapieverlaufs, also der Dosierung des Schmerzmittels, des vom Patienten geäußerten Schmerzempfindens und der gegebenenfalls zunehmenden Dosierung. Vergleichsweise hohe Einstiegsdosierung sowie auffällige Dosierungssprünge müssen sich therapeutisch rechtfertigen lassen; bei Erreichen kritischer Werte sollte es keine „einsamen“, sondern nur von kompetenten Kollegen mitgetragene (und ebenfalls dokumentierte) Entscheidungen oder Empfehlungen geben. Bei fehlender Sachkunde sollte ein Konsil mit weiteren Fachärzten Standard sein, bzw. die Patienten an einen anderen Arzt überwiesen werden.

These 14: Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen ernstliches und ausdrückliches Verlangen durch einen anderen. Nach dem geltenden deutschen Recht darf sie auch bei aussichtsloser Prognose nicht geleistet werden.

Hiervon sollte grundsätzlich auch nicht abgewichen werden. Zu bedenken sind aber extreme Ausnahmefälle, in denen medizinische einschließlich palliativer Maßnahmen ein von der Patientin oder dem Patienten als unerträglich empfundenes Leiden nicht mindern können. In solchen Extremfällen kann aufgrund des Selbstbestimmungsrechts Sterbenskranker ausnahmsweise eine aktive Sterbehilfe ethisch und rechtlich toleriert werden. Der Gesetzgeber sollte die Möglichkeit einräumen, in solchen Fällen von Strafe abzusehen.

Nach geltendem deutschen Recht ist die aktive Sterbehilfe, d.h. die vorsätzliche, zielgerichtete Beendigung des Lebens von Sterbenden oder Schwerkranken unzulässig und strafbar. Rein begrifflich kommt aktive Sterbehilfe in Betracht aufgrund von ausdrücklichem Verlangen, aufgrund von mutmaßlichem Verlangen und sogar ohne ausdrückliches Verlangen der Getöteten. Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen ist allerdings nur das Verbot der aktiven Sterbehilfe auf ausdrückliches Verlangen der Patienten, so wie dies in § 216 StGB unter Strafe steht. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe und auch der Tötung auf Verlangen wird mit der Unantastbarkeit fremden Lebens begründet, der Gefahr eines Dammbrochs beim Lebensschutz, der Sorge vor Missbrauch, der Gefährdung des Vertrauensschutzes und der Unvereinbarkeit mit der Rolle der Ärzte. Schwerkranke, alte und behinderte Menschen dürfen nicht dem Druck ausgesetzt werden, dass man ihnen die Bitte um den eigenen Tod nahe legt. Warnend wird insoweit auch auf die Entwicklungen aus jüngster Zeit hingewiesen, in denen Kranke durch Ärzte und Pflegepersonal angeblich aus Mitleid getötet wurden.

Die Kommission hat sich nicht nur eingehend mit dem geltenden deutschen, sondern auch mit dem niederländischen und dem belgischen Recht befasst. Sie hat einen Sachverständigen aus den Niederlanden befragt, um über den Wortlaut des Gesetzes hinaus Einblicke in die Rechtswirklichkeit der Niederlande zu erhalten. Auch in

den Niederlanden wird die Tötung auf Verlangen bestraft. Die Tötung ist aber dann nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der die dafür eigens aufgestellten Sorgfaltskriterien erfüllt hat. Zu einer gerichtlichen Überprüfung seines Tuns kommt es dann nicht. Die Tötung auf Verlangen darf auch an Patienten durchgeführt werden, die sich noch nicht im Sterbeprozess befinden. Es ist nicht vorgesehen, dass der Patient die Bitte um Lebensbeendigung in der aktuellen Entscheidungssituation geäußert haben muss; es ist vielmehr ausreichend, dass der Patient diese Bitte früher schriftlich geäußert hat.

In These 14 spricht sich die Kommission dezidiert für die Aufrechterhaltung des Verbotes der aktiven Sterbehilfe aus. Insbesondere bei den heutigen Möglichkeiten der Palliativmedizin ist es grundsätzlich nicht erforderlich, aktive Sterbehilfe zu leisten, selbst wenn der Patient dies noch so sehr wünscht. Nach Meinung der Kommission soll jede Tötung auf Verlangen strafbar sein und einer gerichtlichen Prüfung unterzogen werden. Ein Handeln, das den Todeseintritt beschleunigt, darf nicht aufgrund generalisierter, in Gesetzesform umschriebener Voraussetzungen gestattet werden. Die Kommission ist zu der Überzeugung gelangt, dass eine generelle Freistellung von Strafe im Hinblick auf die Tötung auf Verlangen (wie z.B. in den Niederlanden) keinesfalls in Betracht kommen kann. Eine solche Freistellung könnte sowohl in der Bevölkerung als auch in der ärztlichen Praxis die Hemmschwelle gegen die Mitleidstötung senken. Eine extensive Praxis der aktiven Sterbehilfe, einmal zur ärztlichen Routine geworden, würde zu schwerwiegenden menschlichen und ethischen Problemen führen und liefe darauf hinaus, das Selbstbestimmungsrecht, auf das sich die Begründung für eine generelle Freigabe der aktiven Sterbehilfe eigentlich beruft, in Anbetracht vielfältiger möglicher Drucksituationen letztlich sogar auszuhöhlen.

Die Kommission hat in ihre weiteren Überlegungen Krankheitsverläufe einbezogen, in denen das Leiden der Patienten unerträglich wird und nicht durch wirksame Schmerztherapie gelindert werden kann. Die Kommission diskutierte in diesem Zusammenhang unter anderem die als Hackethal-Fall bekannt gewordene Konstellation, den der Entscheidung des LG Ravensbrück¹ zugrunde liegenden Fall eines vom Ersticken bedrohten Menschen, der vom Halswirbel abwärts querschnittsgelähmt war, und den Fall einer jungen Frau, deren Krebsleiden dazu geführt hatte, dass sich

¹ LG Ravensbrück, in: NStZ 1987,229

ihr Gewebe an der Scheide, dem Darm und der Blase, sogar am Damm auflöste, so dass alle innen liegenden Organe nach unten durchfielen.

Für solche gänzlich ausweglosen Situationen hat der Alternativ-Entwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe aus dem Jahr 1986 ¹ vorgesehen, dass das Gericht bei Tötung auf Verlangen von Strafe absehen kann, wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann. Diesem Vorschlag, der auch einer Empfehlung der strafrechtlichen Abteilung des 56. Deutschen Juristentages von 1986 entspricht, schließt sich die Kommission an, denn er wahrt einerseits das Gebot der Unantastbarkeit fremden Lebens, ermöglicht es aber andererseits, in einer ansonsten ausweglosen Konfliktsituation dem Willen des Patienten gerecht zu werden und die Menschenwürde des Patienten, der aus eigenem Entschluss um die Beendigung seines Leidens bittet, zu wahren. Für die geschilderten Extremfälle, in denen alle anderen Mittel ausgeschöpft sind, die einem tödlich Erkrankten helfen können, ist ein die Gewissensentscheidung des Handelnden und die konkreten Umstände, nämlich die Notstandssituation berücksichtigender Strafverzicht verantwortbar. Die Vorstellung der Kommission unterscheidet sich somit wesentlich von der Regelung, wie sie etwa in den Niederlanden gesetzlich fixiert ist. Die vorgeschlagene Regelung verstößt auch nicht gegen die Verfassung. Der Gesetzgeber hat bei der konkreten Ausgestaltung des Lebensschutzes einen weiten Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum, der es ihm erlaubt, konkurrierende Interessen zu berücksichtigen. Er wäre daher nicht gehindert, das Verbot der aktiven Sterbehilfe zugunsten des Selbstbestimmungsrechts der Patienten in den eng begrenzten Fällen zu lockern, in denen Todkranke ohne äußeren Druck und bei vollem Bewusstsein einen unheilbaren und unerträglichen Leidenszustand beendet haben möchten (siehe hierzu Empfehlungen der Kommission in Empfehlung 2).

Wenn man sich mit der Frage befasst, ob eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe erwogen werden kann, dann muss man sich von vorneherein klarmachen, dass der Grundsatz des Verbots der aktiven Sterbehilfe ohnehin nur mit Einschränkungen und unter Inkaufnahme von Unschärfen und Inkonsequenzen gilt: Eine Ausnahme ist die

¹ Alternativentwurf eines Gesetzes zur Sterbehilfe, NStZ 1986, 337 ff.

Zulässigkeit der bereits erörterten indirekten Sterbehilfe, die, so wird dieser Sachverhalt in medizinrechtlichen Leitlinien der Schweiz¹ auch benannt, eine indirekte aktive Sterbehilfe im Rahmen der Schmerztherapie darstellt (vgl. These 13). Eine zweite Inkonsequenz kann im so genannten technischen Behandlungsabbruch gesehen werden, wenn also bestimmte aktive Handlungen vorgenommen werden müssen, um ein Sterben zu ermöglichen, auch wenn das Geschehen insgesamt als Unterlassung zu würdigen ist (vgl. These 12). Die dritte Einschränkung liegt in der Strafflosigkeit der aktiven Beihilfe zur Selbsttötung, auf die noch näher in der nachfolgenden These 23 eingegangen wird. Der entscheidende Unterschied zur aktiven Sterbehilfe ist bei der passiven wie auch grundsätzlich bei der indirekten Sterbehilfe der Umstand, dass der Krankheitsverlauf als solcher die Ursache für den Tod der Patienten ist. Die aktive Sterbehilfe löst sich hingegen vom natürlichen Krankheitsverlauf und führt den Tod durch einen gezielten Eingriff, der sich gegen das Leben richtet, herbei.

Aus Kreisen der Ärzteschaft wurde vorgetragen, dass anstelle der aktiven Tötung auf Verlangen eine terminale oder palliative Sedierung vorzuziehen sei. In den geschilderten Ausnahmefällen solle den Patienten das Bewusstsein genommen werden. Sie müssten in diesem Fall nicht künstlich ernährt werden und würden somit in überschaubarer kurzer Zeit versterben. Die Patienten versterben dann aber nicht an ihrem Grundleiden, sondern aufgrund der terminalen Sedierung. Die Grundsätze der Bundesärztekammer vom 11.9.1998 bewegen sich ebenfalls in dieser Grauzone. Zur aktiven Sterbehilfe wird in deren Präambel ausgeführt, dass *aktive Sterbehilfe unzulässig und auch dann mit Strafe bedroht sei, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschehe, dass aber dieser Grundsatz dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation aber nicht abnehmen könne*. Diese Formulierung deutet die Notstandssituation an, die auch bereits nach bestehender Rechtslage einen Freispruch zur Folge haben könnte. Auf diese Notstandssituation hat auch die Kommission mit ihrer These aufmerksam machen wollen.

¹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, www.samw.ch: Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. 1. Publikation zur Vernehmlassung, Februar 2004.

III. Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose, die sich noch nicht im Endstadium ihrer Erkrankung befinden

These 15: Therapiebegrenzung

Das Recht, würdig sterben zu dürfen, wird in Ausübung ihrer Freiheit und Selbstbestimmung auch von kranken Menschen geltend gemacht, die sich noch nicht im eigentlichen Sterbeprozess (These 11) befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis ohne Aussicht auf Heilung aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden. Entscheidet eine Patientin oder ein Patient, der Krankheit ihren natürlichen Verlauf zu lassen, bedeutet dies kein Verlangen nach Sterbehilfe, sondern nach einer Änderung des Therapieziels. Besteht die Änderung in der Einstellung einer lebenserhaltenden Behandlung (Therapiebegrenzung), muss dies grundsätzlich ausdrücklich verlangt werden oder in einer Vorausverfügung verlangt worden sein.

Auch ein bewusstseinsklarer kranker Mensch, der noch nicht im Sterben liegt (siehe hierzu These 11), kann selbst bestimmen, ob er sich behandeln lassen möchte oder nicht. Er kann dies auch durch eine Vorausverfügung für den Fall bestimmen, dass er in der aktuellen Entscheidungssituation seine Einwilligungsfähigkeit, etwa wegen Bewusstlosigkeit verloren hat. Verlangt er, dass eine Behandlung, eine Operation, die Einleitung einer neuen Therapie unterbleibt, selbst wenn diese Maßnahmen seinen Tod noch hinauszögern könnten, müssen sich die Ärzte dieser Entscheidung beugen. Das Unterlassen ärztlicher Behandlung ist in diesem Fall aber keine passive Sterbehilfe, denn diese kann nur bei Sterbenden gewährt werden. Vielmehr handelt es sich insoweit um den Verzicht auf eine gegebenenfalls lebensverlängernde Therapie. Bei dieser sprachlichen Unterscheidung handelt es sich nicht nur um eine die Akzeptanz erleichternde sprachliche Beschönigung, sondern um eine sachliche Unterscheidung. Bei Sterbenden hat die Krankheit bereits so weit ihren Lauf genommen, dass ärztliches Handeln den baldigen Todeseintritt nicht mehr hindern kann. Die Ärzte können nicht mehr therapieren, sondern nur noch beim Sterben im Sinne einer Erleichterung helfen. Bei Patienten, die an einer nicht heilbaren tödlich verlaufenden Erkrankung leiden, die noch nicht das Endstadium erreicht hat, bedeutet ärzt-

liches Handeln eine mögliche Lebenserhaltung auf gegebenenfalls sogar unbestimmte Zeit.

Die jüngste Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 17.03.2003¹ hat die Frage erneut aufgeworfen, ob sich Ärzte bei Therapieverweigerung der Patienten auch dann daran halten müssen, wenn die Patienten noch nicht im Sterben liegen. Bei der Entscheidung des BGH ging es um einen Patienten, der in Folge eines Myokardinfarkts einen hypoxischen Gehirnschaden im Sinne eines apallischen Syndroms erlitten hatte und seither über eine PEG-Sonde ernährt wurde. Dieser Krankheitszustand dauerte bereits zwei Jahre und fünf Monate. Der Patient selbst hatte in einer wirksamen und nach Bewertung der Kommission auch bindenden Patientenerklärung (siehe hierzu These 5) die Einstellung der Behandlung und Ernährung verlangt. Der BGH hat in seiner Entscheidung ausgesprochen, *dass die lebenserhaltenden oder -verlängernden Maßnahmen bei einem einwilligungsunfähigen Patient unterbleiben müssen, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht und sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat*. Es gibt Stimmen, die diese Entscheidung dahingehend auslegen, dass der BGH nunmehr hinter seine früheren Entscheidungen in Strafsachen zurückgehen wollte und eine Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen nur noch dann als zulässig ansieht, wenn der Sterbeprozess eingesetzt hat.

Andere weisen darauf hin, dass die vom BGH formulierte Einschränkung nur so verstanden werden könne, dass sich der geforderte irreversible tödliche Verlauf nur auf das Grundleiden, nicht aber auf den Sterbeprozess beziehe. Die Vorsitzende Richterin am BGH Frau Dr. Hahne hat mehrfach die Gelegenheit wahrgenommen, die Entscheidung ihres Senats zu erläutern. So hat sie vor dem Nationalen Ethikrat in Berlin ausgeführt ², *dass für den Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme dort kein Raum sei, wo aus ärztlicher Sicht das Grundleiden des Patienten noch keinen unumkehrbaren tödlichen Verlauf genommen habe, also noch Chancen auf Besserung bestehen*. Zu dem zusätzlichen Merkmal der unmittelbaren Todesnähe erklärte sie, *dass sie die Differenzierung nach einem reinen Zeitmoment - nämlich, „dass der Tod kurz bevorstehe -“ für problematisch und in der Sache für nicht hilfreich halte*.

¹BGHZ, XII/ZB 2/03, in: NJW 2003,1588, FamRZ 2003,748

² Hahne, „Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung. Über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung“ Vortrag gehalten vor dem Nationalen Ethikrat in Berlin am 11.6.2003, in: FamRZ 2003,1619

Auch nach dem genannten Beschluss des Bundesgerichtshofs ist daher davon auszugehen, dass es der Selbstbestimmung des Menschen unterliegt, ob er behandelt werden möchte oder nicht. Dazu kommt es nicht auf das Merkmal der Todesnähe oder der Irreversibilität seiner Erkrankung an. Der Gesichtspunkt des „irreversiblen tödlichen Verlaufs der Grunderkrankung“ ist insofern von Bedeutung, als es rechtlich und moralisch schwierig ist, über die Zulässigkeit der Unterlassung einer ärztlichen Behandlung zu entscheiden, wenn es sich um schwer oder unheilbar und nicht mehr äußerungsfähige Kranke handelt, deren Krankheit weit fortgeschritten ist, die zwar eine generell schlechte Prognose haben, aber nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben werden, sondern Monate oder Jahre leben können. Der Bundesgerichtshof hat in dem bereits genannten Kemptner Fall¹ zu dem Abbruch der lebenserhaltenden Sondenernährung bei „Nicht-Sterbenden“ u. a. ausgeführt, *dass bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein kann, wenn der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat, wenn dies dem expliziten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspricht.*

Aus dieser Rechtsprechung lässt sich ein Grundsatz ableiten, den die Kommission nachdrücklich unterstützen möchte:

Die Einstellung einer Behandlung bei Patienten, deren Sterbeprozess noch nicht begonnen hat und die bei Fortführung der lebenserhaltenden Maßnahmen noch unbestimmte Zeit weiterleben könnten, kommt **grundsätzlich** nur in Betracht, wenn die Patienten dies in concreto ausdrücklich wünschen, d.h. diesen Wunsch in einer die gegenwärtige Situation erfassenden Patientenverfügung (Thesen 4 und 5) im Voraus geäußert haben. Nur insoweit erlangt das Selbstbestimmungsrecht Vorrang vor dem Lebensschutz und der Missbrauchsgefahr. Es darf natürlich nicht verkannt werden, dass es Konstellationen geben kann, die Ausnahmen von diesem Grundsatz rechtfertigen können (vgl. Thesen 15 - 21). Entscheidend ist die Feststellung, dass es sich beim Behandlungsabbruch bei „Nicht-Sterbenden“ um **Ausnahmen** handeln muss, die an strengen Kriterien ausgerichtet werden müssen. Das Verhältnis von Grundsatz und Ausnahme kommt auch darin zum Ausdruck, dass auch verifizierbare Patientenverfügungen zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung dahingehend hinterfragt

¹ BGHSt 40, 257 (siehe hierzu Anhang)

werden müssen, ob die Patienten in Kenntnis der konkreten Situation bei ihrer Willensäußerung bleiben würden, die sie möglicherweise in gesunden Tagen getroffen haben. Es ist ein bekanntes Phänomen, dass sich die Bewertung von Krankheit und Behinderung ändert, wenn man mit dieser Situation konkret konfrontiert ist. Diese „Überprüfungspflicht“ entspricht dem in § 665 Satz 1 BGB zugrunde liegenden Rechtsgedanken. Danach ist der Beauftragte berechtigt, von den Weisungen des Auftraggebers abzuweichen, wenn er den Umständen nach annehmen darf, dass der Auftraggeber bei Kenntnis der Sachlage die Abweichung billigen würde. Eine Änderung des in einer Patientenverfügung verlautbarten Willens darf aber nicht aufgrund hypothetischer Erwägungen unterstellt, sondern nur bei hinreichend konkreten objektivierbaren Anhaltspunkten angenommen werden.

These 16: Entscheidungen in Stellvertretung über eine Therapiebegrenzung

Nur in Ausnahmefällen kommt eine Entscheidung Dritter über Therapiebegrenzung im Sinne der Einstellung der lebenserhaltenden Behandlung in Betracht. Nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Erfahrungen und Therapiemöglichkeiten ist dies insbesondere vorstellbar bei

- **Notfällen (Thesen 17 und 18),**
- **lang andauerndem Wachkoma (These 19),**
- **unheilbar schwerstkranken Minderjährigen (These 20),**
- **Neugeborenen mit lebensbedrohender Schädigung (These 21).**

Bei Entscheidungsunfähigkeit soll auch in ähnlich schweren Fällen mit irreversiblen Krankheitsverlauf eine Stellvertreterentscheidung im Sinne der Patientin oder des Patienten in engen Grenzen möglich sein.

Demenzkranke sind, obwohl zeitweise entscheidungsunfähig, als solche keine Sterbenden. Daher kommt eine Stellvertreter-Entscheidung zur Sterbehilfe in diesen Fällen nicht in Betracht¹.

Der Standpunkt, wonach bei bewusstlosen Schwerkranken, deren Sterbeprozess noch nicht begonnen hat, ein Behandlungsabbruch grundsätzlich nur dann in Betracht kommen könne, wenn sie dies selbst im Voraus so entschieden haben, erklärt sich aus der Sorge, eine Behandlung könne aus Irrtum oder Nachlässigkeit oder aus missbräuchlichen, etwa finanziellen Gründen eingestellt werden, obwohl die Hoffnung auf ein erfülltes Leben noch bestehen könnte. Dieser Standpunkt lässt sich rechtlich damit begründen, dass der Staat zum Lebensschutz verpflichtet ist und jeder Einzelne es schließlich in der Hand habe, durch Patientenverfügung sein Selbstbestimmungsrecht wahrzunehmen. Wer von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht habe, könne einem Dritten (Stellvertreter) die Bürde einer solchen Entscheidung nicht auflasten, sondern werde dann eben nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ weiterbehandelt. Dieser Standpunkt geht indes in vielen Fällen an der Lebenswirklichkeit vorbei, denn Patientenverfügungen sind häufig vor allem nur älteren

¹ Helmchen, Hanfried und Lauter, Hans: "Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? - Analyse des Problemfeldes, Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik" Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York 1995

Menschen bekannt, die allein schon auf Grund ihrer Lebenserfahrung Gelegenheit hatten, sich mit Krankheit und Sterben auseinanderzusetzen. Junge Menschen werden sich in aller Regel mit solchen Fragen nicht befasst haben. Gerade aber junge Menschen, zum Beispiel „Führerscheinneulinge“, sind häufig Unfallopfer, über deren weiteres Schicksal zu entscheiden ist. Darüber hinaus hatte die Kommission exemplarisch folgende Fallkonstellationen im Auge:

Ein Notfallmediziner wird zu einem schweren Verkehrsunfall gerufen. Die Unfallverletzung der Patientin ist sehr schwer, es droht die Amputation eines oder beider Beine. Die Unfallverletzungen sind gleichwohl so, dass nicht von einem tödlichen unabwendbaren Verlauf ausgegangen werden kann. Die Patientin befindet sich nicht im Sterben. Es liegt eine Patientenverfügung vor, in der die Patientin zum Ausdruck bringt, dass sie schon seit Jahren an Erkrankungen unterschiedlichen Ausmaßes leide und im Falle einer schwerwiegenden Erkrankung keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr wünsche. Eine auf eine Unfallsituation bezogene Patientenerklärung liegt nicht vor. Wenn man eine Entscheidung eines Stellvertreters auf der Grundlage des mutmaßlichen Willens der Patientin nicht zulassen will, müsste man dem Grundsatz „in dubio pro vita“ folgend die Amputation bei der Patientin durchführen und sie am Leben erhalten¹.

In dem bereits genannten Kemptener Fall² ging es um eine schwerst zerebral geschädigte alte Frau, die seit Ende 1990 nicht mehr ansprechbar, geh- und stehunfähig war, künstlich ernährt werden musste und auf optische, akustische und Druckreize nur mit Gesichtszuckungen oder Knurren reagierte; Anzeichen für Schmerzempfinden bestanden nicht. Eine Patientenverfügung lag nicht vor. Die Patientin hatte acht oder zehn Jahre zuvor unter dem Eindruck einer Fernsehsendung, in der ein ähnlicher Fall behandelt worden war, gesagt, „so wolle sie nicht enden“. Wenn man den genannten strengen Standpunkt durchhalten wollte, müsste auch in diesem Fall nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ das Leben der Patientin weiter erhalten werden.

Bei einem urteils- und einsichtsfähigen Minderjährigen, der mit schwersten Erkrankungen, etwa durch familiäres oder berufliches Erleben, vertraut ist und sich diesbe-

¹ Amtsgericht Frankfurt, Beschluss vom 12.06.2002, AZ:45 XVII MOO 890/02 in: FamRZ 2002 S. 1508

² BGHSt 40, 257 (siehe hierzu Anhang)

zöglich eine konkrete Meinung gebildet hat, käme nach oben genanntem Standpunkt ebenfalls keine Entscheidung seiner gesetzlichen Vertreter in Betracht.

Auch bei schwerst kranken Neugeborenen käme unabhängig von ihrem Leidenszustand und ihren Perspektiven, jemals ein selbstbestimmtes Leben zu führen, ein Behandlungsabbruch nur in Betracht, wenn sich das Neugeborene bereits im Sterbeprozess befände.

Die aufgeführten Fälle zeigen, dass es Konstellationen gibt, in denen ein Behandlungsabbruch bei Nicht-Sterbenden auch ohne ausdrückliches Verlangen der Betroffenen ethisch gerechtfertigt erscheint. Selbstverständlich sind gewichtige Indizien zu fordern, die zwar noch unterhalb einer dezidierten Meinungsäußerung der Betroffenen liegen, aber einen zuverlässigen Rückschluss auf einen Sterbewillen der Patienten zulassen. Auch in den Fällen, in denen feststeht, dass die Betroffenen jahrelang als eine Art „lebender Leichnam“ zum Objekt der Apparatedizin werden und niemals ein Leben führen werden, das über die bloße biologische Existenz hinausgeht, muss eine Vertreterentscheidung möglich sein.

These 17: Entscheidungen in Notfallsituationen

Auch in Notfallsituationen, die sofortiges ärztliches Handeln erforderlich machen, hat die Ärztin oder der Arzt einen Patientenwillen, der unmittelbar ersichtlich ist, zu beachten. Lässt die Dringlichkeit der notwendigen Maßnahmen zeitlich die Feststellung des Patientenwillens nicht zu, entscheidet die behandelnde Ärztin oder der Arzt über die zu treffenden Maßnahmen.

Die Entscheidung ist so zu treffen, wie es dem Wohl und dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Dabei ist davon auszugehen, dass diese bzw. dieser ihr bzw. sein Leben erhalten will.

Die Vorrangigkeit des Patientenwillens gilt auch für Maßnahmen der Notfallmedizin. Wenn ein mit dem Willen des Patienten vertrauter Hausarzt zu einem Notfall seines Patienten gerufen wird, muss er sich bei der Wahl seiner Mittel nach dem Patienten richten. Das gilt auch für den Notfallarzt, der den Patienten nicht kennt, solange der Patient seinen Willen selbst bestimmt und frei äußern kann. Für diesen Fall ist eine zuvor verfasste Patientenverfügung grundsätzlich bedeutungslos und allein der aktuelle Wille maßgeblich. Wenn eine aktuelle Willensäußerung nicht mehr möglich ist, was bei Notfällen meistens der Fall sein dürfte, ist eine Patientenverfügung, die dem Arzt rechtzeitig zur Kenntnis gelangt, zu beachten. Zu denken ist in diesem Zusammenhang an den Fall, in dem ein Notarzt in ein Altenheim gerufen wird und die dort anwesenden Vertrauenspersonen zuverlässig bekunden, dass die Patientin bzw. der Patient für den Fall einer lebensbedrohenden Erkrankung keine Notfallmaßnahmen wünscht.

Die Notfallmedizin nimmt innerhalb der „Sterbehilfethematik“ insoweit eine Sonderstellung ein, als bei einem Notfall sofort gehandelt werden muss und ein Patientenwille in aller Regel gerade nicht sofort ersichtlich ist. Die zu einem Notfall gerufenen Ärzte haben in aller Regel keine Zeit, eine zuverlässige Diagnose oder verlässliche Prognose zu stellen. Wenn Patienten einen Atemstillstand haben, kann man sie nicht gründlich untersuchen, kein Labor einschalten, keine Röntgenaufnahmen anfertigen. Da gilt es, schnellstmöglich die Vitalfunktionen wiederherzustellen. Die Patienten

selbst können sich in aller Regel nicht mehr äußern. Sind auskunfts- und handlungsbevollmächtigte Personen nicht anwesend und ist den Ärzten keine Patientenverfügung bekannt, müssen sie als Geschäftsführer ohne Auftrag handeln. Der Entscheidungsmaßstab für diesen außervertraglichen Bereich bestimmt sich nach § 677 BGB, der die Interessen der Patienten unter Berücksichtigung ihres tatsächlichen oder - nachrangig - hypothetischen Willens für maßgeblich erklärt. Wenn schon keine Zeit für eine gründliche Befunderhebung bleibt, versteht es sich von selbst, dass erst recht keine Zeit zur Ermittlung des Patientenwillens zur Verfügung steht. Es erscheint richtig, dass Ärzte im Notfall, wenn der tatsächliche oder mutmaßliche Wille und das Wohl der Patienten nicht dagegen sprechen, gehalten sind, alle erforderlichen Notfallmaßnahmen zu ergreifen. Die Ärzte müssen entsprechend dem Wohl der Patienten entscheiden. Daher müssen sie nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ handeln, auch wenn dies den eigenen Vorstellungen widerstreben mag. Gerade Notärzte beklagen immer wieder, dass sie in einem Akutfall zunächst das Schema der Notfallintervention ablaufen lassen (müssen), obwohl sie die Patienten bei besserer Kenntnis in den Tod entlassen hätten, ohne ihnen noch eine quälende Zeit des Siechtums zuzumuten. Auch für die Notfallmedizin wären Patientenverfügungen hilfreich. Es müsste überlegt werden, wie man sicherstellen kann, dass sie im Notfall dann auch wirklich zur Verfügung stehen. Die in der nachfolgenden These aufgenommenen Überlegungen der Kommission, wonach der Arzt unter bestimmten Umständen berechtigt ist, die Behandlung trotz erfolgreicher Rettung nachträglich einzustellen, können möglicherweise den geschilderten Konflikt, in dem sich Notärzte befinden können, mildern.

These 18: Notfallmaßnahmen

Notfallmaßnahmen zur Lebensrettung können mit der Zeit ihre anfängliche Begründung, d.h. ihre ursprüngliche Indikation, verlieren.

Im Notfall ergriffene ärztliche Maßnahmen dürfen beendet werden, wenn das über eine Reanimation hinausgehende Behandlungsziel nicht mehr zu erreichen ist. Dies bedeutet dann nicht, dass der Tod gezielt herbeigeführt, sondern vielmehr eine Maßnahme beendet wird, die der Patientin oder dem Patienten weder geschuldet noch (mutmaßlich) von ihr bzw. ihm gewollt wird.

Die Möglichkeiten der Notfallmedizin sind nicht nur ein Segen, sondern fordern von einigen Patienten, die sich trotz der intensivmedizinischen Behandlung nicht mehr erholen oder gerade durch sie zusätzlich schwer geschädigt werden, hohe Opfer. In der Notfallmedizin stehen Ärzte oft vor der quälenden Frage, ob sie ein Menschenleben retten sollen, selbst um den Preis, dass sie den Betroffenen möglicherweise durch ihre Rettungsmaßnahmen nur ein menschenunwürdig erscheinendes Leben ermöglichen. Die Kommission hat sich daher mit der Frage befasst, ob in den Fällen, in denen die ursprünglichen Notfallpatienten in Folge der Notfallmaßnahmen nicht im Sterben liegen, und diese selbst keine entsprechende Vorausverfügung getroffen haben, ein Behandlungsabbruch in Betracht kommen kann oder ob dies eine Tötung durch Unterlassung ist.

Die Beendigung einer lebenserhaltenden Behandlung kann nur dann eine Tötung durch Unterlassung sein, wenn eine Behandlung geschuldet wird. Ob eine Behandlung geschuldet wird, hängt von den konkreten Umständen ab. Im Falle eines Notfalles, bei dem eine Prognoseentscheidung nicht möglich ist, wird der Wille der Patienten im Zweifel darauf gerichtet sein, erst einmal alle lebenserhaltende Maßnahmen zu ergreifen; eine Behandlung wird also geschuldet. Wenn das Ziel der Lebenserhaltung durch den Notfalleinsatz gelungen ist, kann sich mit der Zeit aber herausstellen, dass die mit der Notfallmedizin verbundenen Maßnahmen ihre ursprüngliche Zielsetzung nicht erreicht haben. Bei Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind auch die sich ändernden gesundheitlichen Umstände (insbesondere die ärztliche Indikation) zu berücksichtigen, unter denen lebenserhaltende Maßnahmen fortgesetzt werden sollen. Wenn sich erweist, dass über die reine Existenz hinaus eine Zurückführung in

ein Leben mit Wahrnehmung, eine - sei es nur begrenzte - Genesung durch die Behandlung nicht zu erreichen ist, dann kann man im Einzelfall davon ausgehen, dass die Fortsetzung der Behandlung vom mutmaßlichen Willen der Patienten nicht gedeckt ist, also nicht geschuldet wird. Alle ärztlichen Maßnahmen, auch die zum Zwecke der Lebenserhaltung sind zustimmungspflichtig, notfalls eben durch die Mutmaßung. Dem muss allerdings die ärztliche Indikation für die betreffende Maßnahme vorausgehen. Dabei ist zu prüfen, was bei Bewusstlosen über die reine Lebenserhaltung hinaus für sie erwartet werden kann. Wo keine weitere Besserung dieses Zustandes möglich ist, entfällt die Indikation und damit in aller Regel der mutmaßliche Wille zur Fortsetzung der Behandlung.

Die Gefahren, die darin gesehen werden, dass die Mutmaßung des Patientenwillens missbraucht werden könnte, sind nicht von der Hand zu weisen. Insoweit ist auf die Ausführungen in These 8 zu verweisen. Eine Entscheidung Dritter zur Beendigung lebenserhaltender Therapie bei Betroffenen lediglich auf der Grundlage von deren mutmaßlichem Willen kommt daher nur in Betracht, wenn sich konkrete Feststellungen zum mutmaßlichen Willen treffen lassen.

These 19: Patientinnen oder Patienten im Wachkoma

Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind *keine* Sterbenden. Ihre andauernde tiefe Bewusstlosigkeit ist durch den Ausfall der meisten Großhirnfunktionen bedingt. Insbesondere nach sehr langer Dauer des Wachkomas ist dieser Zustand nur in äußerst seltenen Fällen und auch dann nur sehr eingeschränkt reversibel. Solange die vegetativen Funktionen stabil erhalten werden, tritt der Tod nicht ein.

Ein Behandlungsabbruch kommt bei diesen Patientinnen oder Patienten grundsätzlich nur dann in Betracht, wenn dies aus deren ausdrücklichen Willensäußerungen hervorgeht.

Bindend für die Beteiligten ist die Willensäußerung bei

- schriftlicher Erklärung in einer die eingetretene Situation erfassenden Patientenverfügung (vgl. These 5),
- vorheriger mündlicher Erklärung gegenüber einer Vertrauensperson in Bezug auf einen Behandlungsverzicht,
- Vorliegen einer schriftlichen Erklärung über die Bestellung einer Vertreterin oder eines Vertreters, der oder dem ausdrücklich eingeräumt wurde, den Behandlungsverzicht im Sinne der Patientin oder des Patienten zu verlangen (so genannte Vorsorgevollmacht vgl. These 7).

Fehlt es daran, kann eine Vertreterentscheidung, die den mutmaßlichen Willen der Wachkoma-Patientin oder des -Patienten zugrunde legt, zulässig werden, wenn nach der Stellungnahme der bzw. des behandelnden und einer weiteren unabhängigen Ärztin bzw. eines Arztes keine Chance einer Remission besteht. Eine unbedingte und unbegrenzte Lebenserhaltung ist ethisch nicht zwingend geboten, wenn bei einer Wachkoma-Patientin oder einem -Patienten nach Ablauf einer erheblichen Zeitspanne nach dem Stand der medizinischen Erkenntnis mit Gewissheit keine Besserung zu erwarten ist.

Bei Vertreterentscheidungen ist in Fällen, in denen Zweifel über die Auslegung der in Absatz 3 genannten Willensäußerungen bestehen, und im Konfliktfall die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen.

Patienten mit apallischem Syndrom befinden sich in einem Zustand tiefster, durch äußere Reize nicht zu unterbrechenden Bewusstseinsstörung mit sehr verschiedenen Ursachen. Weil Apalliker die Augen geöffnet haben, spricht man von Wachkoma. In medizinischer Hinsicht wird dies als Störung bzw. Trennung der wichtigen Verbindungen von Hirnmantel (Pallium) und Hirnstamm beschrieben. Wachkoma bedeutet eine funktionelle Störung der Gehirntätigkeit, daher lässt sich dieser Zustand nicht nur durch ein MRT nachweisen. Die Hirnrinde ist inaktiv, nur der Hirnstamm arbeitet noch, auch das Herz schlägt, die Haut ist durchblutet und die Verdauung funktioniert. Häufig atmen die Patienten auch selbständig. Apalliker reagieren auf Reize bestenfalls mit primitiven Reflexen. Vom Wachkoma können Kinder genauso betroffen sein wie Jugendliche oder Erwachsene. Wachkoma-Patienten sind keine Sterbenden. Sie können durch die Möglichkeit, ihnen über eine Magensonde Nahrung zuzuführen, über Jahre auf unbestimmte Zeit am Leben erhalten werden. In medizinischer Hinsicht ist die entscheidende Frage, ob es ein Zurück aus dem Wachkoma durch individuelle Therapie bzw. frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen gibt. Medizinische Untersuchungen ergaben, dass die Reversibilität nach Wachkoma auch davon abhängt, ob ein Trauma oder ein Sauerstoffmangel (Hypoxie) Ursache des Wachkomas ist. Bei atraumatischer (meist hypoxischer) Genese ist die Remissionschance deutlich schlechter als bei traumatischer Genese. Ist ein Wachkoma durch Sauerstoffmangel bedingt, ist nur innerhalb weniger Wochen mit einer Remission zu rechnen. Bei einem traumatischen Auslöser beträgt die Dauer, innerhalb derer eine Remission denkbar ist, maximal 1 Jahr. Unabhängig von der Ursache des Wachkomas steht fest, dass nach mehreren Monaten in diesem Zustand eine schwere cognitive und funktionale Beeinträchtigung zeitlebens bleibt. Feststellen lässt sich ein Wachkoma durch die Ableitung eines EEG und die Auslösung von optisch und akustisch evozierten Potentialen.

Die jüngste Entscheidung des BGH vom 17.03.2003¹ hat die Diskussion um das Schicksal von Wachkoma-Patienten deutlich belebt. Der Senat hat entschieden, dass *die Fortführung der künstlichen Ernährung auch bei einem Wachkoma-Patienten sei-*

¹ BGHZ, XIIIZB 2/03, in: NJW 2003,1588, FamRZ 2003,748

ner Einwilligung bedarf. Wenn diese Einwilligung durch eine ausdrückliche Vorausverfügung des Betroffenen versagt wird, muss diese lebenserhaltende und -verlängernde Maßnahme unterbleiben. Dabei ist der Senat davon ausgegangen, dass bei dem betroffenen Wachkoma -Patienten zwar keine unmittelbare Todesnähe gegeben ist, der Sterbeprozess also noch nicht eingesetzt hat, gleichwohl aber davon ausgegangen werden muss, dass das Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat und daher durch Behandlungsabbruch „Sterbehilfe im weiteren Sinn“ geleistet werden dürfe.

Die Kommission begrüßt, dass der BGH mit dieser Entscheidung den Vorrang des Patientenwillens gestärkt hat. Sie bedauert, dass der Senat davon abgesehen hat, sich mit dem Zustand des „Wachkomas“ näher zu befassen und stattdessen auf den irreversiblen tödlichen Verlauf eines komatösen Zustandes abgestellt hat. Daraus ergibt sich ein Widerspruch zur sonstigen Rechtslage. Danach können Patienten jegliche medizinische Maßnahme unabhängig vom Krankheitsverlauf verbieten. Dieses Recht zur Selbstbestimmung wird nicht durch die Bewusstlosigkeit der Patienten eingeschränkt. Nichts anderes gilt für Apalliker.

Schwieriger wird es dann, wenn die Behandlung bei Patienten mit apallischem Syndrom eingestellt werden soll und keine (schriftliche oder mündliche) dahingehende Vorausbestimmung der Patienten vorliegt. Dann stellt sich die Frage, ob Dritte auf der Grundlage des lediglich mutmaßlichen Willens von Nicht-Sterbenden oder aufgrund „sonstiger“ objektiver Kriterien die Einstellung der Behandlung fordern dürfen. Obwohl die oben angesprochene Entscheidung des Zivilsenats des BGH über diese Konstellation nicht zu entscheiden hatte, lassen sich aus den Urteilsgründen doch wichtige Hinweise ableiten.

Für die Beurteilung solcher Fälle sind zunächst die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998¹ und die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom September 1994² im so genannter Kemptener Fall, die durch eine zivilrechtliche Entscheidung des OLG Frankfurt vom Juli 1998³ im Wesentlichen bestätigt worden ist, heranzuziehen. Aus den Grundsätzen der Bundes-

¹ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998, in NJW 1998,3406; www.bundesaerztekammer.de/bak/owa/idms.show?key=Sterben

² BGHSt 40, 257 (siehe hierzu Anhang)

³ NJW 1998, 2749

ärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung geht folgendes hervor: *Patienten mit einer lebensbedrohenden Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich - ggfs. künstlicher - Ernährung ist daher geboten. Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, sog. „Wachkoma“). Bei fortgeschrittener Krankheit kann aber auch bei diesen Patienten eine Änderung des Therapieziels und die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in Betracht kommen. So kann der unwiderrufliche Ausfall weiterer vitaler Organfunktionen die Entscheidung rechtfertigen, auf den Einsatz substituierender technischer Hilfsmittel zu verzichten. Die Dauer der Bewusstlosigkeit dürfte dabei nicht alleiniges Kriterium sein. Alle Entscheidungen müssen dem Willen des Patienten entsprechen. Bei bewusstlosen Patienten werde in der Regel zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.*

In dem vom BGH entschiedenen Fall ging es, wie schon in den Erläuterungen zu These 16 dargestellt, um eine „cerebral schwerst geschädigte“ alte Frau, die seit Ende 1990 nicht mehr ansprechbar, geh- und stehunfähig war, künstlich ernährt werden musste und auf optische, akustische und Druckreize nur mit Gesichtszuckungen oder Knurren reagierte; Anzeichen für Schmerzempfinden bestanden nicht. Anfang 1993 wiesen der behandelnde Arzt und der zum Betreuer bestellte Sohn das Pflegepersonal an, die künstliche Ernährung auf Tee umzustellen, was mangels Nahrungszufuhr zum baldigen Tode der Patientin geführt hätte. Das hier interessierende Rechtsproblem ist, ob der Arzt und der Sohn aufgrund ihres Verhaltens wegen versuchten Totschlags zu bestrafen sind. Der BGH würdigte die Einstellung der Ernährung zu Recht als Unterlassen (siehe hierzu These 12). Eine Garantenstellung von Arzt und Sohn wurde bejaht. *Da die Patientin nicht im Sterben gelegen habe, könne nicht von Sterbehilfe im engen Sinn ausgegangen werden* (siehe hierzu These 11). *Dennoch müsse bedacht werden, dass auch vor dem Einsetzen des Sterbevorgangs das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten sei. Ein Behandlungsabbruch sei deshalb dann, aber auch nur dann, zulässig, wenn er dem mutmaßlichen Willen des entscheidungsunfähigen Patienten entspreche.* Bei der Festlegung des mutmaßlichen Willens legte der BGH strenge Maßstäbe an.

Die Grundsätze der Bundesärztekammer und die genannte Rechtsprechung haben heftige Auseinandersetzungen ausgelöst.

Dabei machen die Kritiker geltend, die Möglichkeit, lebensverlängernde Maßnahmen bei Apallikern lediglich aufgrund eines gemutmaßten Patientenwillens zu unterlassen, berühre unmittelbar das grundgesetzliche Prinzip des Lebensschutzes. Die Berufung auf den mutmaßlichen Willen helfe gerade beim Wachkoma-Patienten in der Lebenswirklichkeit nicht weiter. Denn entweder hätten sich die Patienten vorher eindeutig in Bezug auf die zu entscheidende Situation geäußert, dann gehe es nicht um den mutmaßlichen, sondern um den wirklichen Willen. Oder sie hätten sich nicht eindeutig geäußert, dann bestehe in der Regel kein Anlass, anzunehmen, dass sie, obwohl sie nicht leiden, etwa durch Entzug der künstlichen Ernährung getötet werden wollen. Denn es sei das Gesetz des Lebens, dass jedes Lebewesen weiterleben will. Kommunikationsfähigkeit oder aktuelles Bewusstsein seien für diesen elementaren Lebenswunsch unerheblich. Wenn die Gesellschaft solche Menschen nicht ernähren wolle, ohne durch ausdrückliches oder wenigstens eindeutig interpretierbares Verhalten des Betroffenen dazu legitimiert zu sein, handele sie nicht zum Wohl des Patienten, sondern zu ihrem eigenen Wohl.

Die Befürworter hingegen fordern, bei Wachkoma-Patienten einen Behandlungsabbruch sogar in weitergehendem Maße zuzulassen, denn einem für immer bewusst- und empfindungslosen Apalliker könne kein Interesse an der Fortdauer einer rein biologischen Existenz unterstellt werden.

Die Kommission verweist hinsichtlich der Anforderungen, die an die Feststellung eines mutmaßlichen Willens zu stellen sind, auf ihre Ausführungen in These 8. Sie geht davon aus, dass der mutmaßliche Wille der Betroffenen jedenfalls dann, wenn objektiv davon auszugehen ist, dass keine Remissionschancen bei den Betroffenen mehr bestehen, eine tragfähige Grundlage für die Entscheidung eines Behandlungsabbruchs sein kann. Wegen der Tragweite der Entscheidung fordert die Kommission über die Stellungnahme des behandelnden Arztes hinaus die Einholung eines Gutachtens eines unabhängigen (Fach-)arztes bei der Prognosestellung.

Unterstellt man die Konstellation, dass sich die Patienten, was vorwiegend bei jüngeren Menschen der Fall sein dürfte, über das Schicksal von Wachkoma-Patienten noch keine Gedanken gemacht haben, bedeutet das nicht, dass auf Behandlungsbe-

endigung gerichtete Stellvertreter-Entscheidungen, die sich am Wohl der Patienten orientieren, unzulässig sind. Lassen sich trotz sorgfältiger Prüfung keine konkreten Umstände für die Feststellung des individuellen Willens finden, dann hat man die Möglichkeit, auf das Wohl der Betroffenen abzustellen und damit anhand objektiver Überlegungen einen Bezug zu den Betroffenen herzustellen. Dieses Wohl gebietet lebenserhaltende Maßnahmen, soweit sie ärztlich für sinnvoll angesehen werden, etwa weil dadurch Heilungs- oder Besserungschancen bestehen. Das objektive Wohl gebietet es gerade nicht, jede heute technisch mögliche Maßnahme zu ergreifen und damit das Leben der Patienten künstlich zu verlängern, obwohl ihr Grundleiden irreversibel ist und bei natürlichem Verlauf zum Tode führen würde. Die Kommission ist zu der Überzeugung gelangt, dass beim Wachkoma die medizinischen Aussichten der Patienten von besonderem Gewicht sind. Zwar sind Apalliker „Lebende“, doch verdanken sie ihr Leben ausschließlich der medizin-technischen Substitution. Ihr physisches Leben ist nur möglich, solange es von außen gestützt wird. Auch ohne den Eintritt zusätzlicher Erkrankungen darf man sich nicht der Erkenntnis verschließen, dass mit zunehmendem Zeitablauf die Chance der Wachkoma-Patienten, das Bewusstsein wieder zu erlangen und ein bewusstes und selbst bestimmtes Leben führen zu können, gegen Null geht. Deshalb muss die Lebenserhaltungspflicht dort enden, wo dem Menschen auf Grund unwiderruflichen Verlustes jeglicher Reaktions- und Kommunikationsfähigkeit die Möglichkeit weiterer Selbstwahrnehmung und Selbstverwirklichung genommen ist. Dies ist spätestens bei irreversiblen Bewusstseinsverlust der Fall. Eine unbedingte Lebenserhaltung von Wachkoma-Patienten, bei denen eine Wiederherstellung nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse mit Gewissheit nicht zu erwarten ist, entspricht in aller Regel nicht den Vorstellungen der Betroffenen von einem würdigen Leben bzw. von einem würdigen Sterbeschicksal. Wenn daher sowohl die behandelnden Ärzte als auch ein weiterer unabhängiger Arzt zu der Gewissheit gelangen, dass keine Besserung zu erwarten und nicht von einem gegenteiligen Willen der Patienten auszugehen ist, dann kann eine weitere Lebenserhaltung nicht ethisch zwingend geboten, sondern im Gegenteil für die Betroffenen unzumutbar sein.

In diesen Fällen sollte nach umfassender Beratung zwischen Stellvertretern und Ärzten ein einvernehmlicher Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen zulässig sein.

Angehörige, die sich in einer menschlich sehr belastenden Situation befinden, sollten in die Kommunikations- und Beratungsprozesse einbezogen und ihrerseits begleitet werden.

Strittig ist die Frage, ob ein Behandlungsabbruch, der nicht auf eine ausdrückliche Verfügung der Patienten zurückzuführen ist, auch durch Einstellung der künstlichen Ernährung erfolgen darf. Kritiker sprechen hier von einem „Verhungernlassen“, das sie für unzulässig halten. Der BGH hat diese Einschränkung nicht vorgenommen. Auch die Kommission teilt diese Meinung und geht davon aus, dass Beatmung, Ernährung durch Sonden oder Medikamentenzuführung gleich zu bewertende Formen künstlicher Lebensverlängerung sind.

In jedem Fall ist für eine ausreichende Basisversorgung, für Schmerzlinderung und menschliche Zuwendung zu sorgen. Es muss also stets eine weitere orale Flüssigkeitszufuhr zur Vermeidung quälenden Austrocknens erfolgen.

Weiterhin hat die Kommission die beim Umgang mit Wachkoma-Patienten wichtige Frage erörtert, ob für den Fall, dass zwischen den Ärzten und den Stellvertretern Einigkeit dahin besteht, dass der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen geboten ist und dies dem mutmaßlichen Willen und dem Wohl der Betroffenen entspricht, eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eingeholt werden sollte. Es entspricht durchaus rechtsstaatlicher Tradition, dass Entscheidungen von solcher Tragweite in einem ordentlichen Gerichtsverfahren auf ihre Zulässigkeit hin überprüft werden. Das Gericht hat zudem die Möglichkeit, ein weiteres Gutachten über den Zustand der Patienten einzuholen. Die Dauer eines solchen Verfahrens wäre kein Hindernis, da Eile nicht geboten ist. Andererseits ist es fraglich, ob es generell einer Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht bedarf, wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander die Begutachtung des Patienten vorgenommen haben und der Stellvertreter zu der Erkenntnis gelangt, dass der Betroffene mutmaßlich nicht sein Einverständnis für eine weitere Behandlung erteilen würde. Das Gericht kennt weder den Betroffenen persönlich, noch hat es ausreichenden medizinischen Sachverstand, um seine Erkenntnisse anstelle der Aussage der Mediziner setzen zu können. Es erscheint daher ausreichend, die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts nur dann vorzusehen, wenn es hinsichtlich der Auslegung des mutmaßlichen Willens der Patienten oder der medizinischen Bewertung zu unterschiedlichen Auffassungen zwischen den Stellvertretern und den behandelnden Ärzten kommt.

In diesem Sinn ist die in Empfehlung 4 ausgesprochene Empfehlung für eine gesetzliche Regelung der Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts zur Überprüfung von Stellvertreter-Entscheidungen zu verstehen.

These 20: Entscheidungen bei Minderjährigen

Bei Entscheidungen einsichts- und urteilsfähiger Minderjähriger über passive, indirekte Sterbehilfe und eine Therapiebegrenzung sind die Sorgeberechtigten einzubeziehen.

Bei nicht Urteils- und Einsichtsfähigen ist der Wille der Sorgeberechtigten ausschlaggebend.

Der Wunsch, einer Krankheit ihren Lauf zu lassen, wird nicht nur von Erwachsenen, sondern auch von Kindern und Jugendlichen geäußert. Im Zusammenhang mit These 3 wurde bereits ausgeführt, dass das Recht zur Selbstbestimmung weder von der zivilrechtlichen Geschäftsfähigkeit, noch von der strafrechtlichen Schuldfähigkeit, sondern entscheidend von der natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit abhängt. Im Zusammenhang mit der Einsichts- und Urteilsfähigkeit von Minderjährigen wurde vorgeschlagen, im Interesse der Rechtssicherheit und -klarheit eine Altersgrenze von 14 Jahren festzuschreiben. Damit korrespondiert, dass sich eine entsprechende Grenze im positiven Recht, aber auch in Rechtsprechung und Lehre an verschiedener Stelle findet. So kann man ab der Vollendung des 14. Lebensjahres sein religiöses Bekenntnis bestimmen, seine Einwilligung zur Adoption widerrufen, sein Recht auf Gehör im Sorgerechtsverfahren selbständig ausüben und entsprechende Rechtsmittel geltend machen. Nach Auffassung der Kommission ist es freilich nicht nur richtig, sondern auch unbedingt notwendig zu betonen, dass die Altersgrenze von 14 Jahren allenfalls als Richtlinie zur Bestimmung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit in Betracht kommen kann. Gerade im Problemfeld der Sterbehilfe und -begleitung empfiehlt es sich, diese Fähigkeit von Minderjährigen nicht von einer starren Altersgrenze abhängig zu machen. Schwere Krankheiten können dazu führen, dass die geistige Entwicklung und psychische Reife rascher voranschreitet als dies bei gleichaltrigen gesunden Minderjährigen der Fall ist. Andererseits sind schwerkranke Minderjährige, wie auch schwerkranke Erwachsene, eingeengt durch Schmerzen und Ängste oftmals in einem mentalen Zustand, der Zweifel an ihrer Einsichts- und Urteilsfähigkeit aufkommen lässt. Die Kommission lehnt daher starre Altersgrenzen, wie etwa „ein 13-jähriger ist nicht einsichtsfähig, ein 15-jähriger aber doch“, ab. Stattdessen bevorzugt sie eine gleitende Altersgrenze. Es wird in einer Art Stufenmodell

im Einzelfall zu prüfen sein, ob eine Einsichtsfähigkeit in die abstrakte Krankheitssituation besteht, ob ein Selbstbezug auf das konkrete, individuelle Schicksal hergestellt werden kann und ob diese Einsichten in eine Kommunikation eingebracht werden können.

Die weitere Diskussion ergab unterschiedliche Meinungen zu der Frage, ob einsichts- und urteilsfähigen Minderjährigen dann auch allein das Entscheidungsrecht über die Behandlungsaufnahme, deren Fortsetzung oder Beendigung zusteht. So wurde die Meinung vertreten, dass es ausschließlich auf die Entscheidung des urteilsfähigen Minderjährigen ankomme¹. Denn wenn von einer Einsichtsfähigkeit der Minderjährigen in ihre Krankheitssituation auszugehen ist, steht damit auch die Grundrechtsmündigkeit hinsichtlich der Grundrechte aus Artikel 1 Absatz 1, Artikel 2 Absatz 1 und 2 GG fest. Das bedeutet, dass diese Minderjährigen das Recht zur Selbstbestimmung haben. Diesem Recht steht jedoch das elterliche Erziehungsrecht aus Artikel 6 Absatz 2 GG gegenüber. Das Selbstbestimmungsrecht der Kinder wird durch das elterliche Erziehungsrecht, das sie im Interesse ihrer Kinder auszuüben haben, begrenzt. Es ergibt sich daher bereits aus der Verfassung, dass es auch bei einsichtsfähigen Minderjährigen nicht von vornherein ausschließlich auf die Entscheidung der Minderjährigen ankommt. Vielmehr ist in jedem Einzelfall eine Abwägung der betroffenen Grundrechte vorzunehmen. Bei Abwägung dieser widerstrebenden Grundrechte ist davon auszugehen, dass das Selbstbestimmungsrecht mit zunehmenden Alter der Minderjährigen ansteigt und mit Eintritt der Volljährigkeit endgültig gegeben ist. Das bedeutet, dass die Schranken um das Selbstbestimmungsrecht der Minderjährigen um so enger zu ziehen sind, je jünger die Minderjährigen sind und je nachhaltiger und unumkehrbarer sich eine Entscheidung auf ihr Leben auswirken kann. Das gilt insbesondere für Entscheidungen, wie die der letztlich zum Tode führenden Behandlungsverweigerung bzw. -beendigung oder der den Todeseintritt möglicherweise beschleunigenden Schmerztherapie. Gerade insoweit meint die Kommission, dass diese Entscheidungen, selbst wenn sie von einsichts- und urteilsfähigen Minderjährigen getroffen worden sind, nur wirksam sein sollten, wenn auch die Eltern Gelegenheit hatten, die Behandlung mit den Minderjährigen

¹ Taupitz, „Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?, Gutachten A für den 63. DJT 2000, S. 12“

und mit den Ärzten ausführlich zu erörtern. Nur in diesem Rahmen sollte es bei der Alleinentscheidungsbefugnis der einsichtsfähigen Minderjährigen bleiben.

These 21: Entscheidungen bei Neugeborenen¹

Auch bei einem schwerstgeschädigten oder extrem unreifen Neugeborenen ist - unabhängig von seinem Leidenszustand - die gezielte Verkürzung seines Lebens durch aktive Eingriffe verboten.

Lebenserhaltende Maßnahmen können aber unterlassen oder abgebrochen werden, wenn der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat oder wenn sich herausgestellt hat, dass das Leben des Neugeborenen nicht auf Dauer zu erhalten, sondern der Tod in Kürze zu erwarten ist.

Im Übrigen müssen im Rahmen der ärztlichen Behandlungspflicht und der elterlichen Fürsorge bei extrem unreifen oder schwerstgeschädigten Neugeborenen nicht immer alle lebenserhaltenden oder -verlängernden Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Dies gilt erst recht für zum Entscheidungszeitpunkt noch als experimentell einzustufende Maßnahmen.

Es ist aus ethischer und rechtlicher Sicht nicht zu beanstanden, wenn im Einzelfall der Leidensvermeidung oder -linderung der Vorrang gegeben wird gegenüber dem Bemühen um Lebenserhaltung oder -verlängerung.

In allen Fällen muss Einvernehmen zwischen den Eltern, gegebenenfalls den Sorgeberechtigten und der Ärztin oder dem Arzt bestehen. Besteht das Einvernehmen nicht, dürfen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts unterbleiben.

Ausreichende Basisversorgung, Leidenslinderung und insbesondere menschliche Zuwendung sind immer zu gewährleisten.

Bei Neugeborenen sind nicht nur lebensverlängernde Maßnahmen zu beurteilen, sondern auch Maßnahmen, die das Leben außerhalb des Mutterleibs überhaupt erst ermöglichen.

Die Möglichkeiten der Behandlung und Lebenserhaltung, die der Neugeborenenmedizin zur Verfügung stehen, haben sich erheblich erweitert. Das Leben zahlreicher

¹ Neugeborene sind nach Definition der WHO Kinder bis zu einem Alter von vier Wochen.

Kinder, die früher binnen kürzester Zeit gestorben wären, kann heute gerettet oder jedenfalls verlängert werden. So musste vor 20 Jahren ein Frühgeborenes wenigstens 1000 Gramm wiegen, wenn es eine echte Chance zum Überleben haben sollte. Heute können in Einzelfällen selbst in der 23. Schwangerschaftswoche Geborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 400 Gramm am Leben erhalten werden. Zur nachgeburtlichen Behandlung gehören auch Absaugen, Intubieren, maschinelle Beatmung, Behandlung mit Substanzen zur Lungenreifung, Sondenernährung, die Verabreichung von Schmerz- und Beruhigungsmitteln, sowie die Gabe von Antibiotika, Monitorüberwachung und Hirnstromableitung. Bei Neugeborenen mit Fehlbildungen und erworbenen Schädigungen können operative Eingriffe hinzukommen.

Trotz dieser medizinischen Fortschritte versterben Neugeborene und überleben unreife Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen und Neugeborene mit erworbenen Schädigungen nur mit geistigen oder körperlichen Behinderungen unterschiedlichen, zum Teil hohen Ausmaßes.

Ob im einzelnen Fall das technisch Mögliche immer getan oder ob es ausnahmsweise unterlassen werden soll, wird damit zur kritischen Frage.

Es lassen sich drei Grenzen der Lebenserhaltungspflicht unterscheiden:

Eine erste Grenze der Lebenserhaltungspflicht ergibt sich aus einer Unmöglichkeit, das Leben zu erhalten. Wo die Ärzte das sterbende Neugeborene nicht mehr am Leben erhalten können, sind sie zu keinen über die Basisversorgung hinausgehenden Maßnahmen verpflichtet. Die Ärzte sind keinesfalls verpflichtet, den Eintritt des Todes durch die technischen Möglichkeiten der Intensiv-Medizin hinauszuzögern.

Eine weitere Grenze besteht dort, wo der unumkehrbare Sterbeprozess zwar noch nicht eingesetzt hat, aber unvermeidbar in überschaubar kurzer Zeit einsetzen wird.

Die Neugeborenenmedizin sieht sich oftmals mit Erkenntnissen der individuellen Pränataldiagnostik konfrontiert. Wenn sich daraus mit Gewissheit eine sehr eingeschränkte Überlebensfähigkeit des Kindes ableiten lässt, können Ärzte und Sorgeberechtigte schon vorgeburtlich einvernehmlich auf lebenserhaltende Maßnahmen nach der Geburt verzichten.

Fraglich ist, ob eine weitere Grenze der Lebenserhaltungspflicht in den Fällen anzunehmen ist, in denen das Leben zwar auf Dauer oder/und zumindest auf längere Zeit

erhalten werden kann, aber nur mit schwersten körperlichen oder geistigen Schädigungen.

Der Umstand, dass dem Neugeborenen ein Leben mit Behinderung bevorsteht, rechtfertigt es nicht, lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen oder abzubrechen. Wenn aber feststeht, dass das Neugeborene, etwa infolge schwerster perinataler Hirnschädigungen, niemals die Fähigkeit zur Wahrnehmung und damit zu einem kommunikativen Leben erlangen wird, besteht entsprechend den Überlegungen, die man für Erwachsene anstellt, keine Behandlungspflicht.

Für Geburtshelfer und Neonatologen ist es häufig ein Problem, dass sie sich aus juristischen Gründen zur Lebenserhaltung verpflichtet fühlen, obgleich sie nach ihrem ärztlichen Wissen und Gewissen anders entscheiden würden. Die Kommission rät, diesen Konflikt im Sinne von These 21 Absatz 4 zu lösen. Ist das Leben eines extrem unreifen Neugeborenen oder eines Neugeborenen mit angeborenen schwersten Fehlbildungen oder schwersten Stoffwechselstörungen auf Dauer mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht bzw. nur unter Einsatz von zur Zeit des Geschehens als experimentell zu betrachtenden Maßnahmen zu erhalten, oder bestehen im Fall des Überlebens schwerwiegendste Folgeschäden, kann auf lebenserhaltende Maßnahmen im Konsens mit den Eltern verzichtet werden.

Diese Auffassung muss sich allerdings dem Einwand stellen, der besagt, dass die Zulassung der Sterbehilfe nur mit der verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmung zu begründen sei und daher eine einsichtsfähige Person voraussetze. Sterbehilfe bei Neugeborenen, die sich noch nicht in der Sterbephase befänden, könne als die Vernichtung lebensunwerten Lebens missverstanden werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Grundrecht des Artikels 2 Abs. 2 GG zwar das Leben als „Höchstwert innerhalb der verfassungsrechtlichen Ordnung“ schützt, dabei aber offen bleibt, ob schwerst geschädigtes Leben auf jeden Fall künstlich gestützt und verlängert werden muss. Artikel 2 Abs. 2 GG begründet keine Pflicht zum Leben, schon gar nicht eine Pflicht zu einem Leben unter entwürdigenden Schmerzen oder unter zutiefst belastenden Bedingungen. Aus dem grundrechtlichen Lebensschutz lässt sich nicht ableiten, dass der Staat durch seine Gesetzgebung und Rechtsprechung den Schutz der biologischen Existenz so weit auszudehnen hätte, dass die Medizin tätig werden müsste, um mit dem Menschsein unvereinbar erscheinendes Leiden künstlich zu verlängern. Das gilt umso mehr, wenn mit dieser Lebensverlän-

gerung ein Eingriff in die körperliche Integrität verbunden ist - wie beispielsweise bei einer Magensonde, aber auch bei der künstlichen Beatmung des nicht-lebensfähigen, leidenden Neugeborenen. Aus Artikel 2 Abs. 2 GG ist kein absolutes Verbot der Sterbehilfe im Falle eines schwerstgeschädigten und leidenden Neugeborenen abzuleiten.

Wenn zwischen den behandelnden Ärzten und den Sorgeberechtigten Einigkeit über die Aufnahme, die Fortsetzung oder die Unterlassung der Behandlung besteht, gibt es kein Erfordernis, das Vormundschaftsgericht einzuschalten.

Fordern hingegen nur die Sorgeberechtigten - entgegen ärztlicher Meinung - Maßnahmen, die zur Lebensbeendigung des Kindes führen, ist das Vormundschaftsgericht anzurufen.

Wenn die Entscheidung getroffen wird, lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen, so bedeutet das keinesfalls, dass man das Neugeborene unversorgt lässt. Vielmehr ist eine Basisversorgung, möglichst unter Einbeziehung der Eltern, sicherzustellen.

IV. Problematik der Selbsttötung

These 22: Rechtslage zur Selbsttötung de lege lata

- a) Die Selbsttötung ist nach geltendem Recht nicht strafbar.
- b) Handelt die oder der Sterbenskranke frei verantwortlich, ohne durch Irrtum, Täuschung oder Druck zu der Handlung veranlasst worden zu sein, so ist auch die Mitwirkung anderer Personen bei der Selbsttötung jedenfalls solange nicht strafbar, als die Suizidentin oder der Suizident selbst das zum Tode führende Geschehen beherrscht.
- c) Wer einem infolge Suizids Hilflosen in einer lebensbedrohenden Lage die erforderliche Hilfe zur Lebensrettung nicht leistet, macht sich eines Tötungsdelikts durch Unterlassung strafbar, wenn ihn Garantenpflichten (z.B. als Ehegatte oder behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt) für das Leben des Hilflosen treffen.
- d) Auch Nichtgaranten können unter den Voraussetzungen des c) wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323 c StGB strafbar sein.

Die Tötungstatbestände im Strafgesetzbuch richten sich gegen die Tötung eines anderen Menschen. Daher ist die Selbsttötung nicht strafbar, und zwar schon mangels Tatbestandsmäßigkeit¹. Ebenso wie die Selbsttötung als solche ist auch die vorsätzliche Teilnahme daran nach herrschender Meinung straflos, da es mangels Tatbestandsmäßigkeit an einer entsprechenden Haupttat fehlt, wobei sich dieses formale Akzessorietätsargument vor allem aus dem Prinzip der Selbstbestimmung des Opfers begründet.

Die straflose Beihilfe zur Selbsttötung wird von der strafbaren Tötung auf Verlangen danach abgegrenzt, wer das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht. Im Einzelfall ist dafür die Art und Weise entscheidend, wie der Suizident über sein Schicksal verfügt. Hat er sich in die Hand des anderen gegeben, weil er dulgend von

¹ Der Bundesgerichtshof bewertet eine Selbsttötung im Urteil vom 7.2.01, AZ: 5 StR 474/00 von äußersten Ausnahmefällen abgesehen als rechtswidrig, aber straflos (siehe hierzu BGHSt 46, 279)

ihm den Tod entgegennehmen wollte, dann hatte dieser andere die Tatherrschaft. Behielt er dagegen bis zuletzt die freie Entscheidung über sein Schicksal, dann tötete er sich selbst, wenn auch mit fremder Hilfe¹. Im sogenannten Hackethal-Fall² ist das Gericht von strafloser Beihilfe zum Suizid ausgegangen, *weil der Suizidentin das zum Tod führende Gift nicht eingeflößt wurde, sondern sie es selbst ohne Hilfe Dritter zum Mund geführt und getrunken hat.*

Trotz eigenhändiger Selbsttötung kann jedoch ein Tötungsdelikt vorliegen, wenn der Suizident als unfreies Werkzeug eines das Geschehen beherrschenden Hintermannes tätig geworden ist. Eine solche Tötung in mittelbarer Täterschaft liegt dann vor, wenn der Suizident nicht eigenverantwortlich gehandelt hat, wenn er also als Werkzeug gegen sich selbst benutzt wurde. Von fehlender Eigenverantwortlichkeit ist zum Beispiel dann auszugehen, wenn bei dem Suizidenten eine krankhafte seelische Störung vorliegt. Juristisch wird das Fehlen der Eigenverantwortlichkeit unterschiedlich begründet. Nach einer zum Teil vertretenen Auffassung werden zur Begründung §§ 20, 35 StGB herangezogen, Andere verlangen, dass der Suizidwunsch einem „ernstlichen Verlangen“ im Sinne von § 216 StGB vergleichbar ist.

Wenn der Suizident das Geschehen beherrschte und auch an seiner Eigen- oder Freiverantwortlichkeit keine Zweifel bestehen, kommt nach verbreiteter Meinung eine Strafbarkeit aber gleichwohl in Betracht. Der BGH hat im sogenannten Peterle- oder Wittig- Fall³ entschieden, *ein Arzt oder ein sonstiger Dritter sei aus dem Gesichtspunkt der Garantenhaftung solange nicht verpflichtet einzuschreiten, wie der Suizident noch Herr des Geschehens ist. Verliere der Suizident aber infolge Bewusstlosigkeit die tatsächliche Möglichkeit der Beeinflussung des Geschehens, so hänge der Eintritt des Erfolges jetzt allein vom Verhalten des Garanten ab. Wer einen Bewusstlosen in einer lebensbedrohenden Lage antreffe, und ihm die erforderliche zumutbare Hilfe zur Lebensrettung nicht leiste, obwohl ihn - z.B. als Ehegatten oder behandelnden Arzt – Garantenpflichten für das Leben des Verunglückten treffen, mache sich eines Tötungsdelikts durch Unterlassen strafbar. An dieser Beurteilung ändere sich nichts dadurch, dass der die Hilfeleistung erfordernde Zustand des handlungs- und willensunfähig gewordenen Opfers von diesem absichtlich herbeigeführt worden*

¹ BGHSt 19,135

² OLG München, Beschluss vom 31.7.1987 - 1 Ws 23/87 (siehe hierzu Anhang)

³ BGHSt 32,374 (siehe hierzu Anhang)

sei. Zum Schuldspruch im genannten Peterle- oder Wittig- Fall kam es gleichwohl nicht, weil der BGH zur Überzeugung gelangte, dass wegen der infolge des Suizidversuchs zu befürchtenden zusätzlichen schweren Schädigung der Patientin ein ärztliches Einschreiten im Hinblick auf die ärztliche Gewissensentscheidung nicht zumutbar gewesen sei.

Die Rechtsprechung des BGH stieß in der Literatur überwiegend auf Kritik, was seinerseits wiederum gegenläufige Kritik auslöste. So wurde unter anderem unter Bezugnahme auf Ergebnisse der Suizidforschung in Frage gestellt, ob man bei Suizidenten überhaupt einen freien Entschluss (Freiverantwortlichkeit) annehmen könne. Jedenfalls sei diese Einschätzung allenfalls theoretisch begründbar, für die Praxis aber nicht aussagekräftig, da die Eigen- und Freiverantwortlichkeit des Suizidenten für Dritte nicht eindeutig erkennbar sei. Gegen eine Hilfeleistungspflicht aus § 323 c StGB wurde vorgebracht, es könne bei einem freiverantwortlichen Suizid nicht von einem Unglücksfall ausgegangen werden, sonst würde man die Selbstbestimmung des Patienten für unbeachtlich erklären. Zudem könne die eine Hilfeleistungspflicht auslösende Garantenstellung dann nicht angenommen werden, wenn der Suizident seine Lebensrettung nach einem Selbsttötungsversuch untersagt habe.

Die Kommission hat sich in den nachfolgenden Thesen daher mit den Fragen befasst, inwiefern bei dem Suizid eines Sterbenskranken von eigenem Entschluss oder Freiverantwortlichkeit ausgegangen werden kann, ob ausnahmslos eine Hilfeleistungspflicht zur Rettung nach einem Suizidversuch angenommen werden und ob das standesrechtliche Verbot der ärztlichen Assistenz beim Suizid aufrechterhalten werden soll.

These 23: Entschluss zur Selbsttötung

Der Wille der oder des Sterbenskranken, ihr oder sein Leben zu beenden, ist für den Fall des freien, wohl bedachten und auf der Basis der persönlichen Wertüberzeugungen getroffenen Entschlusses zur Selbsttötung zu respektieren, wenn anzunehmen ist, dass die Entscheidung unabänderlich ist.

Sterbenskranke im Sinne dieser These sind Patientinnen und Patienten, deren weit fortgeschrittene Krankheit unumkehrbar in absehbarer Zeit zum Tode führt.

Auch unter extremem physischen Leidensdruck stehende Suizidentinnen oder Suizidenten können eine frei verantwortliche Entscheidung treffen.

Die Tendenz der höchstrichterlichen Rechtsprechung, selbst einen erkennbar wohlüberlegten und menschlich nachvollziehbaren Selbsttötungswillen in der Regel spätestens dann für unbeachtlich zu halten, wenn der Suizident nach Ausführung seines Entschlusses bewusstlos geworden ist (siehe oben These 22), findet nicht die Zustimmung der Kommission. Eine solche Haltung wäre nur dann gerechtfertigt, wenn auch der in der These beschriebene Suizid als krankhaft bedingt bewertet werden müsste. Bei den Überlegungen zur Freiverantwortlichkeit konnte sich die Kommission auf jene Fälle beschränken, die auch Gegenstand ihrer sonstigen Untersuchungen waren: Vorliegend geht es ausschließlich um Schwerkranke und um aus diesem Grund aus eigenem Entschluss sterbewillige Patienten. Die Problematik der Selbsttötung aus anderen Motiven der Lebensrealität (andere Motive der Lebensbilanzierung, persönliche, familiäre Probleme) scheidet aus. Ob man die Freiverantwortlichkeit der genannten schwerkranken Menschen dogmatisch über die Grundsätze der Schuldfähigkeit nach § 20 StGB oder über die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit nach BGB oder das ernstliche Verlangen im Sinne von § 216 StGB beurteilt, kann hier dahinstehen.

Die nachfolgenden Überlegungen der Kommission gehen jedenfalls von einem Menschen aus, der sich unter voller Einsicht in seine Krankheitssituation und unter sorg-

fältiger Abwägung aller für ihn maßgeblichen Umstände zum Suizid entschließt. Nach Auffassung der Kommission entfällt die freie Willensentscheidung („Freiverantwortlichkeit“) des Suizidenten nicht schon deshalb, weil er unter extremem physischem Leidensdruck steht. Es ergibt sich aus den vorstehenden Thesen, dass die Möglichkeiten einer Schmerztherapie in vielen Fällen dazu führen können, den Leidensdruck zu reduzieren und deshalb einen Wunsch nach Selbsttötung oder aktiver Sterbehilfe erst gar nicht aufkommen zu lassen. Selbstverständlich müssen diese Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Unbestritten gibt es aber Leidenszustände, die auch durch eine Schmerzmittelbekämpfung nicht zu beseitigen sind. Es wurde bereits in den vorausgehenden Thesen begründet, dass Leiden und Schmerz beim Einzelnen einen Zustand herbeiführen können, den er selbst als unvereinbar mit einem menschenwürdigen Leben ansieht. Es wird in der philosophischen, theologischen und der rechtlichen Auseinandersetzung durchaus anerkannt, dass es Situationen gibt, in denen der Selbsttötung die zentrale Norm der menschlichen Würde nicht entgegensteht, sondern die Selbsttötung die persönliche Inanspruchnahme des aus der individuellen Menschenwürde resultierenden Freiheits- und Selbstbestimmungsrechtes darstellen kann. So gilt zum Beispiel allgemein der Verzicht auf das eigene Leben als rechtsbeachtlich und mit dem Anspruch auf Achtung menschlicher Würde vereinbar, wenn dieser Verzicht zur Rettung anderer Leben erfolgt. Die philosophisch- und theologisch-ethische Tradition hat die Möglichkeit der Aufopferung des eigenen Lebens zugunsten anderer (Opfersuizid) oftmals ausdrücklich akzeptiert. Gleiches muss gelten, wenn die Selbsttötung darauf zielt, einer anders nicht behebbaren Verletzung der eigenen Menschenwürde, das heißt einem Leiden und Sterben ein Ende zu bereiten, das der Betroffene als mit der eigenen Menschenwürde nicht mehr vereinbar erachtet. Wenn man die „Freiverantwortlichkeit“ bzw. das Recht auf freie, eigene Entscheidung unter Hinweis auf die mögliche mentale Verengung im Hinblick auf Schmerz und Leid pauschal in Frage stellt, würde dies zu einer Pflicht führen, wider Willen leben zu müssen.

These 24: Einschränkung der Hilfespflicht

Die Pflicht zu Rettungsmaßnahmen (Garantenpflicht, § 323 c StGB) sollte nach Auffassung der Kommission nicht angenommen werden, wenn die Suizidentin oder der Suizident nach ihrem oder seinem deutlich erkennbar geäußerten Willen auf Hilfe verzichten und ihr oder sein Leiden beenden wollte.

Hinsichtlich der Pflicht, einen Menschen nach Suizidversuch zu retten, kann auf die Ausführungen in These 17 zu Notfällen verwiesen werden. Soweit die Ärzte oder andere Hinzutretende über die Motive des Suizidenten oder die näheren Umstände des Suizides keine oder keine genauen Kenntnisse haben, sind sie zur Hilfe verpflichtet. Auch von den Gerichten können gründliche Ermittlungen erwartet werden, um auszuschließen, dass Suizide nicht durch Untätigkeit hingenommen werden, die auf einer verantwortungsausschließenden Depression beruhen oder als Appell-Suizid anzusehen sind.

Hingegen erfordert die Rettungspflicht bei einem Suizidversuch eines unheilbar Kranken, der sich in einem unwiderruflich und in absehbarer Zeit ablaufenden Sterbeprozess befindet, eine andere Beurteilung als die Rettungspflicht bei Suizidversuchen jener Personen, die aus anderen Gründen nicht mehr weiterleben wollen. Hat der Patient für den Hilfepflichtigen erkennbar und unzweifelhaft seine Entscheidung eigen- und freiverantwortlich getroffen, um dem absehbaren Verlauf einer tödlichen Krankheit durch Suizid zuvor zu kommen, sollte niemand, auch die Ärzte nicht, (straf)rechtlich verpflichtet sein, ihn daran zu hindern. Davon bleibt die Pflicht unberührt, sich bereits im Vorfeld zu bemühen, die Patienten von diesem endgültigen Schritt abzuhalten. Dazu gehört die Gabe ausreichender Schmerzmittel ebenso wie das Bemühen um Gespräche, in denen auch religiöse oder weltanschauliche Sinndeutungen sowie vor allem mitmenschliche Einbindungen eine Rolle spielen sollten. Wenn ein Mensch in dieser Situation gleichwohl die Entscheidung für eine bewusste Beendigung seiner personalen Existenz trifft, so löst dies keine Pflicht zum Handeln im Sinne von § 323 c StGB oder aufgrund einer Garantenstellung aus. Den Suizidenten entgegen seinem Willen einer Behandlung zu unterwerfen oder ihn sonst zwangsweise zu hindern, die letzte, ihn persönlich betreffende Entscheidung zu fäl-

len, ist mit seiner aus der Menschenwürde resultierenden Selbstbestimmung nicht in Einklang zu bringen.

Da eine Änderung der Rechtsprechung nicht absehbar ist, sollte in Bezug auf die unterlassene Hilfeleistung eine Änderung des geltenden Strafrechts erfolgen (siehe hierzu Empfehlung 3).

These 25: Ärztlich assistierte Selbsttötung

Die ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung bleibt weiterhin standesrechtlich untersagt.

In Fällen unerträglichen, unheilbaren Leidens, das trotz Ausschöpfung aller palliativ-medizinischer Maßnahmen nicht ausreichend zu lindern ist, kann eine abweichende Entscheidung, die unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls und unter Zugrundelegung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin oder des Patienten in ärztlicher Verantwortung getroffen worden ist, im Einzelfall zu rechtfertigen sein.

Hierzu gibt es ein Minderheiten-Votum (siehe Seite 144).

Die Grundsätze der Bundesärztekammer vom 11.09.1998¹ enthalten in der Präambel eine Aussage zum ärztlich assistierten Suizid. *Danach widerspricht die Mitwirkung eines Arztes bei der Selbsttötung eines anderen dem ärztlichen Ethos und es erfolgt der Hinweis, dass dies strafbar sein kann.* Auf der Grundlage der Erkenntnis, dass es unerträgliches und unheilbares Leiden gibt, das objektiv nicht zu lindern ist, stellte sich der Kommission die Frage, ob es bei diesem standesrechtlichen Verbot, das über die Normen des Strafrechts hinausgeht, bleiben soll.

Im Hinblick auf den Heilauftrag der Ärzte, das Tötungstabu, die berechtigten Ängste vor einem Tabubruch und die Erinnerung an das freilich ganz andere Sachverhalte betreffende so genannte Euthanasieprogramm der NS-Zeit hat sich die Kommission geschlossen dafür ausgesprochen, dass es bei dem standesrechtlichen Verbot bleiben soll und generell keine Ausnahmetatbestände geschaffen werden sollten. Sie hat sich dabei von der Einsicht leiten lassen, dass sich Normen aufzulösen drohen, sobald man generalisierend Ausnahmebedingungen zulässt.

Die Kommission hat weiter überlegt, ob man es vertreten könne, bei Nachvollziehbarkeit des Todeswunsches in Einzelfällen die ärztliche Assistenz beim Suizid

¹ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998, in NJW 1998,3406; www.bundesaerztekammer.de/bak/owa/idms.show?key=Sterben

ethisch als hinnehmbar und legitimierbar anzusehen und daher keine standesrechtlichen Folgen auszusprechen.

Zum Mehrheits-Votum

Die Mehrheit der Kommission meinte, dass es Ausnahmefälle gibt, in denen auf Grund der Tragik des Geschehens im Einzelfall das Sanktionsbedürfnis entfallen kann. Insoweit kann auf die Erläuterungen der These 14 (aktiven Sterbehilfe) verwiesen werden. Wenn feststehe, dass Schmerzen und Qualen den Betroffenen peinigen, eine Besserung und Linderung nicht möglich und nur noch der Zeitpunkt abzuwarten ist, in dem die Last so unerträglich geworden ist, dass der vollständige körperliche Zusammenbruch folgt, kann es im Einzelfall ethisch vertretbar und legitimierbar sein, wenn die Ärzte bei einer solchen Notlage die Selbsttötung auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten ermöglichen oder unterstützen. Normativ könne für die Ärzte nicht etwas anderes gelten als für andere Personen, deren Hilfe beim Suizid straflos ist. Zur Vermeidung von Missverständnissen betonen die Mitglieder der Kommission, dass die Ärzte zur Beihilfe nicht verpflichtet seien und auch Einzelne keinen Anspruch darauf hätten, dass ihnen bei der Selbsttötung geholfen werde. Diejenigen, die Ärzte wegen Hilfe beim Suizid auch dann standesrechtlich sanktionieren wollten, wenn sie in einem Fall, in dem weder die passive noch die indirekte Sterbehilfe weiterhelfen konnten, gehandelt haben, müssten sich darüber im Klaren sein und es verantworten, dass sie verzweifelte Menschen allein ließen und diese das von ihnen selbst gewünschte Lebensende gar nicht oder nur unter qualvollen Bedingungen herbeiführen könnten. Solange im Bewusstsein der Menschen verankert bleibe, dass Ärzte niemals, in keinerlei Notlage beim Suizid helfen dürfen, ohne deswegen mit erheblichen Sanktionen rechnen zu müssen, hätten Länder wie die Niederlande, Belgien und die Schweiz Zulauf und würde der weitergehende Ruf nach Zulassung der aktiven Sterbehilfe nicht verstummen. Man schütze mit der strengen Auffassung der Minderheit letztlich ausschließlich das ärztliche Selbstverständnis, jedoch zu Lasten von Patienten, die man sich selbst überlässt. Die Bewahrung des generellen Vertrauens in ärztliches Handeln könne, so gewichtig sie sei, keine Rechtfertigung dafür sein, dem Einzelnen objektiv nicht linderbares Leiden zuzumuten. Solches Leiden dürfe einem Einzelnen nur zugemutet werden, wenn Lebensinteres-

sen eines anderen zu verteidigen seien. Demgegenüber habe im Konflikt zwischen dem selbstbestimmten, vom Leiden motivierten Wunsch des Einzelnen und gesellschaftlichen oder standesrechtlichen Interessen unter bestimmten Umständen der Einzelne moralische Prävalenz.

V. Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals und der Träger von Einrichtungen

These 26: Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht

Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht zu Handlungen verpflichtet werden, die sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können. Die Gewissensfreiheit rechtfertigt aber in keinem Fall einen Eingriff in Selbstbestimmung und körperliche Integrität der Patientin oder des Patienten durch Einleitung oder Fortsetzung einer nicht gewollten Maßnahme. Wird von der Ärztin oder dem Arzt ein Tun oder Unterlassen verlangt, das sie oder er nicht mit ihrem oder seinem Gewissen vereinbaren kann, so soll sie bzw. er an eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt verweisen. In jedem Fall müssen eine ausreichende Basisversorgung¹, Leidenslinderung und menschliche Zuwendung zur Verfügung stehen.

Im Mittelpunkt der Fragen zur ärztlichen Behandlung stehen die Patienten. Sie können sich aus verfassungsrechtlicher Sicht auf ihr Selbstbestimmungsrecht (Artikel 2 GG), die Menschenwürde (Artikel 1 GG) und ihre Gewissens- und Religionsfreiheit (Artikel 4 Absatz 1 GG) stützen.

Wie aber ist die Stellung der Ärzte zu beurteilen? Können sie sich auf ihre Religions- oder die Gewissensfreiheit aus Artikel 4 Absatz 1 GG berufen, wenn es darum geht, ob ein mit ihrem ärztlichen Ethos oder ihren religiösen Bindungen nicht zu vereinbarendes Patiententestament oder die am mutmaßlichen Willen des Patienten orientierte Interpretation des Bevollmächtigten oder des Betreuers Beachtung findet? Ein in der Praxis häufiges Beispiel ist die künstliche Ernährung. Sind Patienten nicht damit einverstanden, dass ihnen eine PEG-Sonde gelegt wird, erscheint dies manchen Ärzten, auch bei sterbenskranken Patienten, offenbar immer noch als ein ethisch verwerfliches „Verhungernlassen“, das sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren

¹ Unter Basisversorgung versteht die Kommission u.a.: Menschenwürde Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger- und Durstgefühlen.

können. Unter Gewissen versteht man eine individuelle moralische Instanz, die die personale Identität eines Menschen mitkonstituiert und ihm subjektiv bindend vorschreibt, in einer konkreten Situation bestimmte - auf der Grundlage ethischer Gewissenstheorie - persönlich verantwortete Handlungen als „gut“ oder „gerecht“ zu tun bzw. als „böse“ oder „ungerecht“ zu lassen. Die Entscheidung, einen Menschen nicht verhungern zu lassen, ist eine Gewissensentscheidung. Sie unterliegt mithin dem Schutzbereich von Artikel 4 Absatz 1 GG. Wie jedes Grundrecht ist aber auch das Grundrecht auf Gewissensfreiheit nicht grenzenlos. Es findet seine Grenze in dem Schutzbereich anderer Grundrechte. Das bedeutet, dass die Gewissensfreiheit der Ärzte kein Recht zu ungewollten Eingriffen in die Rechte der Patienten verleiht oder gar eine Pflicht hierzu verbürgt. Im Fall der Verweigerung einer künstlichen Ernährung kollidiert das Recht der Ärzte auf Gewissensfreiheit mit dem Recht der Patienten auf Selbstbestimmung und deren Gewissensfreiheit. Zwischen den kollidierenden Grundrechten muss eine praktische Konkordanz hergestellt werden¹, d.h. die verschiedenen betroffenen Grundrechtspositionen müssen miteinander ausgeglichen werden, was auf eine Güterabwägung im konkreten Fall hinausläuft. Dieser Ausgleich verlangt und rechtfertigt bei allen Beteiligten Beschränkungen. Bei Herbeiführung der Konkordanz soll darauf geachtet werden, nach Möglichkeit eine das Gewissen schonende Alternative bereitzustellen. Denn mit der Eröffnung von Alternativen kann die Rechtsordnung Eingriffe in die Glaubens- und Gewissensfreiheit vermeiden. Sofern es hinsichtlich der Unterbringung und Versorgung des Patienten Alternativen gibt, lassen sich die jeweiligen Grundrechtspositionen am besten durch eine einvernehmliche Vertragsauflösung wahren. Wenn es keine Alternative für die Patienten gibt, können die Ärzte gezwungen werden, eine nicht gewünschte Heilbehandlung und künstliche Ernährung auch gegen ihr eigenes Gewissen zu unterlassen oder abubrechen (vgl. weiter Thesen 27 und 28). Denn die Gewissensfreiheit gibt ihnen weder ein Recht noch gar eine Pflicht zu ungewollten Eingriffen in die Rechte der Patienten. Das Gewissen der Ärzte steht nicht über den Grundrechten der Patienten. Die Patienten müssen sich daher nicht deshalb künstlich ernähren lassen, weil ein Einstellen der künstlichen Ernährung gegen das Gewissen der behandelnden Ärzte verstößt.

¹ dazu Hesse, Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 20. Auflage (1995), Rdnr. 364

Solange sich die Patienten allerdings in der Obhut des Heimes befinden, ist für eine ausreichende Basisversorgung, für Leidenslinderung und menschliche Zuwendung zu sorgen. Was im Einzelnen hierunter zu verstehen ist, kann These 29 entnommen werden.

These 27: Ethos des Pflegepersonals

Das Pflegepersonal ist an den Willen der Patientin oder des Patienten und an ärztliche Weisungen gebunden. Bei Entscheidungen über Maßnahmen der Sterbehilfe sind die Gewissensüberzeugungen der Pflegerinnen und Pfleger zu achten. Diese können jedoch einen Eingriff in die Selbstbestimmung und körperliche Integrität der Patientin oder des Patienten nicht legitimieren. Wird die Mitwirkung an einer Maßnahme oder deren Unterlassung für nicht mit dem individuellen Gewissen vereinbar gehalten, so kann sich die betreffende Person aus der Pflege zurückziehen. In jedem Fall muss für ausreichende Basisversorgung, Leidenslinderung und menschliche Zuwendung gesorgt werden.

Zu der Aussage in These 27 sieht sich die Kommission im Hinblick auf den so genannten Traunsteiner Fall¹ veranlasst. In diesem Fall, dessen nähere Einzelheiten dem Anhang entnommen werden können, verweigerten die Pflegekräfte aus „pflegeethischen“ Gründen die Durchführung einer, auf Reduktion der künstlichen Ernährung eines Wachkoma-Patienten gerichteten, ärztlichen Anordnung. Dieser Fall hat unter anderen die Frage aufgeworfen, ob das Pflegeteam ein eigenes Recht hat, das es legitimiert, gegen den Willen der Patienten bzw. deren Betreuer und der betreuenden Ärzte eine künstliche Ernährung aufrechtzuerhalten.

Das Oberlandesgericht München hat hierzu u.a. ausgeführt, *dass dem beklagten Pflegeheim gegenüber dem Verlangen des Patienten auf Reduktion der künstlichen Ernährung ein aus ihren verfassungsmäßigen Rechten abzuleitendes Verweigerungsrecht zustehe. Dieses sei begründet durch das anerkannte Recht der Pflegekräfte der Beklagten auf Berücksichtigung ihrer Gewissensentscheidung nach Artikel 1, 2, 4 ff. GG. Einem solchen Ethikvorbehalt werde bisher ausdrücklich in den Resolutionen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung Rechnung getragen. Eine Parallele zu der Frage einer Verpflichtung Dritter zu einer Mitwirkung an einer gewünschten Sterbehilfe könne in*

¹ OLG München 3 U 5090/02 (LG Traunstein 3 O 205/02; AG Rosenheim XVII 0062/99) - NJW 2003,1743), (siehe hierzu Anhang)

der Regelung zum Schwangerschaftsabbruch gesehen werden. Auch im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs stellen sich die Fragen zur Abgrenzung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht und dem Gebot des Lebensschutzes sowie der Gewissensfreiheit derjenigen, von denen eine Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch - sei er auch rechtlich zulässig - gefordert wird. Dazu sei in § 12 Absatz 1 des Schwangeren - und Familienhilfeänderungsgesetzes vom 21.08.1995 geregelt, dass niemand verpflichtet ist, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Das Weigerungsrecht des Pflegeheimes bzw. seiner Pflegekräfte sei zwar nicht aus einer gesetzlichen Regelung abzuleiten, jedoch bereits aufgrund der ihnen zustehenden verfassungsmäßigen Rechte gemäß Artikel 1, 2, 4 GG begründet, denn unstreitig berufe sich das Pflegeheim zur Begründung seiner Weigerung auf die von seinen Mitarbeitern geltend gemachten ethischen Gründe.

Zu den Grundrechten des Pflegepersonals als verfassungsimmanente Schranke ist Folgendes anzumerken: Der Schutzbereich der Menschenwürde seitens der Pflegekräfte ist erkennbar nicht berührt. Zwar sind auch diese in ihrer beruflichen Tätigkeit unstreitig Träger der Menschenwürde, doch heißt dies noch nicht, dass ihre sämtlichen ethischen und medizinischen Vorstellungen in gleicher Weise durch das Grundrecht geschützt sind. Die Einstellung der Ernährung der Patienten bedeutet im Übrigen auch keinen Eingriff in die Menschenwürde der Pflegekräfte. Durch eine solche Entscheidung werden die Pflegekräfte nicht zum „Objekt“ staatlicher Willkür, Erniedrigung und/oder Brandmarkung. Die Anordnung, die künstliche Ernährung bei den Patienten einzustellen, ist auch nicht Ausdruck der prinzipiellen Geringschätzung oder gar Verachtung des Wertes der Pfleger als Subjekt. Unerfindlich ist auch, warum sich die Pflegekräfte auf Artikel 2 GG berufen können sollten. Soweit die Selbstbestimmung gemeint ist, findet diese unweigerlich im entgegenstehenden Willen der Patienten, der Ärzte und der Betreuer ihre Grenze, bei denen es sich um „Rechte anderer“ im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 GG handelt. Es liegt auch kein Eingriff in die Rechte der Pflegekräfte aus Artikel 2 Absatz 2 GG - deren körperliche Unversehrtheit - vor. Vielmehr handelt es sich um einen solchen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Patienten. Das Verhalten der Pflegekräfte lässt sich daher allenfalls auf Artikel 4 GG, also die Gewissensfreiheit der Pfleger, gründen. Es ist bereits fraglich, ob in der Anweisung der Ärzte, die künstliche Ernährung zu reduzieren, überhaupt ein Eingriff in die Gewissensfreiheit der Pflegekräfte zu sehen ist. Die Ärzte verlan-

gen hier ein Unterlassen, eine Therapiebegrenzung. Es geht also nicht um einen aktiven Eingriff in das Leben, sondern um die Beendigung eines Eingriffs in Unversehrtheit, Selbstbestimmung und Würde der Patienten. Aus diesem Grund muss auch der vom OLG angeführte Vergleich zum Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz als verfehlt angesehen werden. Dieses Gesetz schützt Ärzte und Pflegepersonal vor einer erzwungenen Mitwirkung an Abtreibungen. Gemeint ist damit aber zunächst die aktive Mitwirkung am Schwangerschaftsabbruch, keinesfalls die mittelbare Unterstützung der Handlung anderer. Das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz schützt vor der Mitwirkung an einer nur sozial indizierten, als solchen aber noch rechtswidrigen Handlung. Die Therapiebegrenzung ist aber nicht rechtswidrig. Umso weniger ist es die Befolgung des Patientenwillens beim Einstellen eines Eingriffs. Die Gewissensfreiheit der Pflegekräfte ist also nicht berührt. Selbst wenn es aber so wäre, dass bereits durch das Befolgen des Patientenwillens auf Einstellung medizinischer Eingriffe der Schutzbereich der Gewissensfreiheit der Pflegekräfte berührt wäre, so könnte in der Anordnung zur Therapiebegrenzung kein unzulässiger Eingriff in dieses Recht gesehen werden. Gewissensfreiheit gibt nämlich in keinem Fall das Recht, in die Rechte anderer Bürger einzugreifen bzw. die Selbstbestimmung eines anderen Bürgers zu durchbrechen. Das Gewissen kann nur die Unterlassung bestimmter Maßnahmen rechtfertigen, nicht aber die Fortsetzung eines aktiven Tuns, das sich im strafrechtlichen Sinne immerhin als Körperverletzung darstellt. Niemand kann sich auf sein Gewissen zur Rechtfertigung eines Eingriffs in die Grundrechte eines anderen berufen. Im Übrigen wäre nach den Grundsätzen der praktischen Konkordanz selbst dann eine Abwägung zwischen Gewissensfreiheit und Selbstbestimmung des Patienten vorzunehmen, wenn der Schutzbereich der Gewissensfreiheit berührt wäre und in diese Gewissensfreiheit eingegriffen würde. Es kann insoweit auf die Ausführungen in These 26 verwiesen werden, als bei Herbeiführung der Konkordanz darauf geachtet werden soll, nach Möglichkeit eine das Gewissen schonende Alternative bereit zu stellen. Mit der Öffnung von Alternativen können Eingriffe in die Glaubens- und Gewissensfreiheit vermieden werden. Eine solche Alternative wäre es, dass sich die Pflegekräfte aus der Pflege zurückziehen und andere Pflegekräfte eingesetzt werden.

Sollte sich diese Alternative aus tatsächlichen Gründen nicht anbieten, würde eine Abwägung zum Ergebnis haben, dass die Menschenwürde und die körperliche Unversehrtheit der Patienten gegenüber der Gewissensfreiheit der Pflegekräfte den Vorrang verdienen.

These 28: Ethos der Träger und der Leitung von Krankenhäusern und Heimen

Die ethische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung von Krankenhäusern und Heimen ist zu achten. Auch diese darf aber nicht dazu führen, dass es zur Missachtung der Selbstbestimmung und der körperlichen Integrität von Patientinnen und Patienten kommt. Gegebenenfalls ist eine rechtzeitige Verlegung zu ermöglichen.

Der bereits mehrfach genannte Traunsteiner-Fall¹ macht auch die Problematik deutlich, die sich daraus ergibt, dass die Träger bzw. die Leitung von Krankenhäusern und Heimen in ihrem Angebot zum Abschluss eines Heimvertrages die Leistungen festlegen, zu denen sie bereit bzw. nicht bereit sind. So könnte also in einem solchen Angebot stehen, dass bei Patienten mit einem apallischen Syndrom die ausreichende oder hochkalorische Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr zwingend geleistet wird und auf sie aus ethischen Gründen nicht verzichtet werden kann.

Die Möglichkeit zur Vertragsgestaltung ergibt sich aus dem Grundsatz der Privatautonomie, deren wichtigste Erscheinungsform die Vertragsfreiheit ist. Wegen dieses im Zivilrecht herrschenden Grundsatzes sind die Parteien in der Ausgestaltung ihrer vertraglichen Beziehung grundsätzlich frei. Für besonders wichtige und häufig vorkommende Verträge hat der Gesetzgeber aber spezielle Rechtsnormen aufgestellt und zuzüglich die Verträge mit einem Namen bezeichnet, so z.B. mit der Regelung des Heimgesetzes². Hinsichtlich der vorliegend interessierenden Problematik enthält § 5 Absatz 3 Heimgesetz eine Regelung zum Heimvertrag, *wonach im Heimvertrag die Rechte und Pflichten des Trägers und der Bewohnerin oder des Bewohners, insbesondere die Leistungen des Trägers und das von der Bewohnerin oder dem Bewohner insgesamt zu entrichtende Heimentgelt, zu regeln sind. Der Heimvertrag muss eine allgemeine Leistungsbeschreibung des Heimes, insbesondere der Ausstattung, enthalten. Im Heimvertrag müssen die Leistungen des Trägers, insbesondere Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich der auf die Unterkunft, Verpflegung und Betreuung entfallenden Entgelte ange-*

¹ OLG München 3 U 5090/02 (LG Traunstein 3 O 205/02; AG Rosenheim XVII 0062/99), (siehe hierzu Anhang

² Heimgesetz vom 7. August 1974 (BGBl. I 1974, 1873)

geben werden. Auch das Heimgesetz erlaubt es also, dass die genannten Träger ihre Vorstellungen auch in religiöser und ethischer Hinsicht in die Vertragsgestaltung einfließen lassen. Die Privatautonomie überlässt es dem Einzelnen, also auch den Trägern von Krankenhäusern oder Heimen, seine bzw. ihre Lebensverhältnisse im Rahmen der Rechtsordnung eigenverantwortlich zu gestalten. Sie ist Teil des allgemeinen Prinzips der Selbstbestimmung und wird zumindest in ihrem Kern durch Artikel 1 und Artikel 2 GG geschützt¹.

Es darf aber nicht vergessen werden, dass der Grundsatz der Vertragsfreiheit auch die Gefahr des Missbrauchs in sich birgt und als Instrument gesellschaftlicher Machtausübung benutzt werden kann. Die Vertragsfreiheit darf also nicht dazu führen, dass sie für den einen Vertragsteil zur schrankenlosen Selbstbestimmung und für den anderen zur Fremdbestimmung wird. Von Ausnahmen abgesehen stellen die Grundrechtsartikel und die sonstigen Normen des Grundgesetzes zwar keine unmittelbar wirkenden Schranken der Vertragsfreiheit dar, weil sie nach ihrer geschichtlichen Entwicklung, ihrem Inhalt und Zweck das Verhältnis zwischen Bürger und öffentlicher Gewalt betreffen; sie wirken aber unter anderem über die Generalklauseln (§§ 138, 242, 826 BGB) in das Privatrecht hinein. Diesen Schranken unterliegt nicht nur die Abschlussfreiheit, sondern auch die Freiheit inhaltlicher Gestaltung.

Für die eingangs angesprochene Fallkonstellation bedeutet dies, dass es dem Träger und der Leitung von Krankenhäusern und Heimen grundsätzlich freisteht, einen Vertrag zur Pflege von Patienten nur abzuschließen, wenn die passive Sterbehilfe mittels Unterlassen der künstliche Ernährung als Vertragsleistung ausgeschlossen wird. Führt diese Freiheit aber dazu, dass die Patienten in ihrer Region keinen zumutbaren Heimplatz finden, an dem die Verpflegung ohne künstliche Ernährung erfolgt, dann muss die Vertragsfreiheit von Krankenhaus und Heim hinter dem Recht des Patienten zur Selbstbestimmung zurücktreten. Solange eine natürliche Ernährung zudem objektiv in ausreichendem Maß möglich, die medizinische Indikation für eine künstliche Ernährung also nicht gegeben ist, mithin die Verpflegung über Sondennahrung nur wegen Reduktion des pflegerischen Einsatzes erfolgen soll, wäre die Weigerung, einen Heimvertrag zu diesen Konditionen zu schließen, ebenfalls rechtsmissbräuchlich.

¹ BVerfG 70, 115 (123); 72, 155, (170)

These 29: Künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde

Die künstliche Ernährung ¹ insbesondere über eine PEG-Sonde geht über die Basisversorgung ² hinaus und ist ein Eingriff in die körperliche Integrität. Sie ist ärztlich nur indiziert, wenn die Patientin oder der Patient unter Hunger und Durst leidet und bedarf der Einwilligung der bzw. des Betroffenen oder seiner Stellvertreterin bzw. seines Stellvertreters.

Nach dem Grundsatz der Vertragsfreiheit kann die medizinische oder pflegerische Einrichtung diese Maßnahme der künstlichen Ernährung der Patientin oder des Patienten zur Aufnahmebedingung machen. Wenn hierzu keine Einwilligung vorliegt, ist die Einrichtung zur Übernahme der Patientin oder des Patienten nicht verpflichtet (außer im Notfall). Die Forderung nach genereller Vorabewilligung kann im Einzelfall rechtsmissbräuchlich sein, wenn die Maßnahme zu diesem Zeitpunkt medizinisch nicht indiziert ist.

Unter künstlicher Ernährung versteht die Kommission die intravenöse Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr und/oder die Ernährung über eine Sonde (PEG-Sonde und Nasen-Sonde). Die PEG- (Percutane Endoskopische Gastrostomie) Sonde ist eine Ernährungssonde, die unter Umgehung aller normalen Nahrungsaufnahme-Organen den Magen direkt durch die Bauchdecke erreicht und die täglich erforderliche Kalorienmenge incl. erforderlicher Flüssigkeit in den Magen bringt. Eine Ernährung über eine Magensonde ist erst seit 1986 möglich. Die PEG-Sonde kommt in den letzten Jahren bei alten, kranken und geschwächten Menschen immer häufiger zum Einsatz und hat mitunter weitgehende medizinisch und sozial nachteilige Folgen. So kann, wenn auf ergänzende natürliche Nahrungsaufnahme verzichtet wird, der Schluckreflex verloren gehen und infolge der technisierten Ernährung die mitmenschliche Zuwendung entfallen. Die Kommission hat infolge von Anhörungen den Eindruck ge-

¹ Unter künstlicher Ernährung versteht die Kommission die intravenöse Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr und/oder die Ernährung über eine Sonde (PEG-Sonde und Nasen-Sonde).

² Unter Basisversorgung versteht die Kommission u.a.: Menschenwürde Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger- und Durstgefühlen.

wonnen, dass das Anlegen von PEG-Sonden in Krankenhäusern und Heimen oftmals nicht gründlich durchdacht wird und dadurch ein langer Leidensweg für sehr alte Patienten vorprogrammiert ist, die man in problematischer Weise zum Leben „verurteilt“.

Ist die Fähigkeit, Speisen und Getränke zu sich zu nehmen, aufgrund von Verletzungen, Geschwülsten oder sonstigen - auch psychogen verursachten - Beeinträchtigungen des Schluckapparates erheblich vermindert oder ausgeschlossen, müssen Nahrung und Flüssigkeit künstlich zugeführt werden, um ein Verhungern des Betroffenen zu verhindern. Die Tatsache, dass die Patienten nur durch künstliche Zufuhr von Nährstoffen am Leben erhalten werden können, so dass erst ihr Entzug zum Tode durch Verhungern und Verdursten führt, löst diverse ethische und auch juristische Debatten aus.

Ausgehend von der in den vorstehenden Thesen erörterten Selbstbestimmung könnte man davon ausgehen, dass es, jedenfalls soweit bewusstseinsklare Menschen eine künstliche Ernährung aktuell oder durch Vorausverfügung verweigern, kein Problem geben dürfte, da sie selbst bestimmen können, ob sie ernährt werden möchten.

Es wird allerdings die Meinung vertreten, auf eine medizinisch indizierte künstliche Ernährung könne gar nicht verzichtet werden, da sie zur ausnahmslos geschuldeten Basisbetreuung gehöre. In Erinnerung an die *ars moriendi* im Mittelalter und eine Rede von Papst Pius XII. auf dem Anästhesisten-Kongress in Rom 1958 haben Weißauer und Opderbecke¹ eine Unterscheidung in gewöhnliche („ordinaria“) und außergewöhnliche („extraordinaria“) Maßnahmen vorgeschlagen. Sie ordnen die Sondenernährung als natürliche Nahrung auf natürlichem Weg, wenn auch über Sonde, ein. Die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr über Sonden, auch über die PEG-Sonde, gehöre wegen ihrer relativ geringen medizinischen Schwierigkeiten zur Basisversorgung, die bei jedem Patienten sicherzustellen sei, da er andernfalls verhungere und verdurste. Wenn man die künstliche Ernährung unterlasse, verstoße man gegen Artikel 20 Absatz 3 in Verbindung mit Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz und leiste quasi aktive Sterbehilfe. In diesem Sinne sei auch die Präambel der Grundsätze der Bun-

¹ Weißauer und Opderbecke „Behandlungsabbruch bei unheilbarer Krankheit aus medikolegalen Sicht“, in: MedR 1995,456

desärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Stand vom 11.09.1998¹ zu verstehen: „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“.

Betrachtet man diese Debatte um die künstliche Ernährung, so kann man den Eindruck gewinnen, als bedürfe nicht die künstliche Ernährung, sondern deren (partielle) Einstellung der rechtlichen Rechtfertigung. Grundrechtsdogmatisch gesehen ist es aber genau umgekehrt: Beides sind invasive Maßnahmen, bedeuten also einen Eingriff in die körperliche Integrität des Betroffenen. Es handelt sich beim Legen von Sonden also tatbestandsmäßig um Körperverletzung, die durch die Einwilligung der Patienten oder ihrer Stellvertreter gerechtfertigt sein muss, denn jeder Eingriff in die körperliche Integrität des Menschen ist ein rechtfertigungsbedürftiger Eingriff in das Grundrecht des Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz. Das gilt für den Beginn der künstliche Ernährung gleichermaßen wie für deren unerwünschte Fortsetzung. Die zwangsweise Ernährung ist ebenfalls ein Eingriff in die Menschenwürde. Die Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder die Verweigerung der Einwilligung in eine künstliche Ernährung sind Ausdruck menschenwürdiger Selbstbestimmung. Auch die vorilige Einführung einer die normale Nahrungsaufnahme ersetzenden Magensonde ist eine Sparmaßnahme, die in die Menschenwürde eingreift. Eine Ausnahme gilt nur insoweit, als es sich um die Überbrückung einer vorübergehenden Notsituation handelt. Kein Eingriff in die körperliche Integrität und die Menschenwürde sind hingegen die medizinische Grundversorgung, die menschenwürdige Unterbringung, Pflege, Zuwendung, Körperpflege und Linderung von Schmerzen sowie das Stillen von Hunger und Durst auf natürlichem Weg. Diese Maßnahmen bezeichnet die Kommission als Basisversorgung.

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.9.1998² können nur in diesem Sinn verstanden werden. Danach gehört gemäß den Ausführungen in der Präambel neben Körperpflege und Lindern von Schmerzen,

¹ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998, in NJW 1998,3406; www.bundesaerztekammer.de/bak/owa/idms.show?key=sterben

² Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998, in NJW 1998,3406; www.bundesaerztekammer.de/bak/owa/idms.show?key=sterben

Atemnot und Übelkeit das Stillen von Hunger und Durst zur unverzichtbaren Basisbetreuung. Dabei geht die Bundesärztekammer davon aus, dass Hunger und Durst subjektive Empfindungen sind. Weiter unterscheidet die Bundesärztekammer dann „Ärztliche Pflichten bei Sterbenden“ und „Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose“ und die „Behandlung bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung“. Für alle Patienten gilt, unabhängig von ihrer weiteren Eingruppierung, die Präambel, mithin das Gebot zur Gewährung der Basisbetreuung.

Ein Gebot zur (künstlichen) Ernährung sterbender Menschen gibt es hingegen nicht. Gerade bei Sterbenden stellt eine natürliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr oftmals eine unerträgliche Belastung dar. Ganz bewusst wurde daher seitens der Bundesärztekammer bei der Definition der Basisbetreuung auf den Begriff „Ernährung“ verzichtet. Es ist anerkannt, dass die künstliche Ernährung eine medizinische Maßnahme ist, für die dann keine Indikation besteht, wenn sie ihren Sinn verloren hat. Hiervon wird beim Sterbenden ausgegangen. Auch das ärztliche Standesrecht verpflichtet den Arzt nicht, das Sterben durch künstliche Ernährung zu verlängern. Die Formulierung der Bundesärztekammer in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998 ist daher salomonisch. Wenn der Moribunde keinen Hunger und Durst mehr verspürt, braucht er nicht mehr ernährt zu werden, wenn dies seinem (mutmaßlichen) Willen entspricht. Wenn er sich das ausdrücklich oder konkludent wie durch Abwehrhaltung oder Herausreißen des Sondenschlauchs verboten hat, darf er nicht mehr künstlich ernährt werden. Maßnahmen zur Verringerung des Durstgefühls wie Mundpflege, Befeuchten der Lippen und der Zunge, Einsprühen reichen dann aus. Damit ist die Beendigung der lebenserhaltenden (künstlichen) Ernährung beim Sterbenden passive Sterbehilfe. Das Tötungsverbot wird von einem Verzicht auf Ernährung nicht berührt, weil der Eintritt des Todes damit nicht oder nur unbedeutend beeinflusst wird.

Unproblematisch ist auch das Unterlassen der medizinisch indizierten (künstlichen) Ernährung bei bewusstseinsklaren Patienten, die noch nicht im Sterben liegen (vgl. These 11). Sie können selbst bestimmen, ob sie sich behandeln lassen möchten oder nicht. Verlangen sie, dass eine Behandlung, eine Operation, die Einleitung einer neuen Therapie unterbleibt, selbst wenn diese Maßnahmen den Tod noch hinauszögern könnten, müssen sich die Ärzte dieser Entscheidung beugen. Das gilt auch im Hinblick auf die Einstellung einer eventuellen „künstlichen Ernährung“, denn eine Dif-

ferenzierung zwischen Entzug der invasiven Nahrungszufuhr und anderen lebenserhaltenden Maßnahmen, z.B. dem Abstellen des Respirators, ist unter dem Gesichtspunkt der Achtung der Autonomie der Patienten nicht begründbar.

Schwieriger wird die Problematik, wenn über das Unterlassen der medizinisch indizierten künstlichen Ernährung hinsichtlich jener Menschen zu entscheiden ist, die noch nicht im Sterben liegen und nicht bei Bewusstsein sind. Da es sich bei der Nahrungs- und Flüssigkeitssubstitution durch intravenöse Zufuhr oder Sondenernährung um ärztliche Maßnahmen handelt, bedürfen diese ihrer Einwilligung bzw. der ihrer Stellvertreter. Ob und unter welchen Voraussetzungen bindende Vorausverfügungen durch die Patienten selbst getroffen werden können oder Stellvertreter die Einwilligung in die künstliche Ernährung verweigern dürfen, ist in den Thesen 16 -21 abgehandelt. In diesem Zusammenhang wurde stets betont, dass in jedem Fall die Pflicht aufrechterhalten bleibt, für die Basispflege zu sorgen, so wie sie jedem hilfsbedürftigen Menschen zusteht. Hinsichtlich der Ernährung ist mithin entscheidend, dass die Patienten keinen Hunger und Durst mehr verspüren. Maßnahmen zur Verringerung des Durstgefühls, wie Mundpflege, Befeuchten der Lippen und der Zunge, Einsprühen sind gleichermaßen erforderlich aber auch ausreichend.

Hier bestehen bei Ärzten und manchmal auch bei Juristen noch erhebliche Unklarheiten. Bei einer Befragung von 400 Ärzten, die von 1995 bis 1999 an onkologischen und palliativmedizinischen Fortbildungen des Tumorzentrums Rheinland-Pfalz teilgenommen haben ¹, haben nur etwa 1/3 der Ärzte bei Sterbenden die Beendigung der Flüssigkeitszufuhr parenteral oder über eine Sonde für zulässig gehalten.

Eine Klarstellung des Gesetzgebers zur Abgrenzung von aktiver und passiver Sterbehilfe (siehe hierzu These 31 bzw. Empfehlung 2) ist im Interesse der Rechtssicherheit zu empfehlen.

Die Einordnung der künstlichen Ernährung zu den medizinischen Maßnahmen und die Eingrenzung der Maßnahmen, die zur Basisbetreuung gehören, wird von einigen Angehörigen der Heilberufe und von manchen Krankenhausträgern als ethisch unakzeptabel bewertet. Inwieweit für sie die Möglichkeit besteht, ihren „Ethikvorbehalt“ durchzusetzen, wurde in den vorstehenden Thesen 26 bis 28 ausgeführt.

¹ Weber M., Stiehl M., Reiter J., Rittner C.: „Ethische Entscheidungen am Lebensende: Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation“, in: Deutsche Ärzteblatt vom 30.11.2001, B. -2697 - 2699

Empfehlungen der Kommission

Empfehlung 1: Ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung

Die Kommission fordert sowohl die nachhaltige Unterstützung der häuslichen Pflege als auch den verstärkten Ausbau kommunaler und caritativer Einrichtungen der Sterbebegleitung (Hospize, Palliativstationen).

Es ist unerlässlich, dass

- die Schmerzforschung weiter intensiviert wird,
- die Ärzteschaft über die Maßnahmen der Schmerztherapie und deren Grenzen, insbesondere im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung besser informiert wird und
- in die ärztliche und pflegerische Ausbildung auch die umfassende Beratung über Situationen am Lebensende aufgenommen wird,
- schmerztherapeutische Einrichtungen sowie Institutionen der Sterbebegleitung ausgebaut und ein breites örtliches Angebot für die Patientinnen oder Patienten zur Verfügung gestellt werden,
- die Bevölkerung mit den Möglichkeiten der Schmerztherapie durch Öffentlichkeitsarbeit vertraut gemacht wird und die Patientinnen oder Patienten bei gegebenem Anlass, vor allem aber auf ihren eigenen Wunsch hin durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte umfassend aufgeklärt werden.

Sterbende haben das Recht auf religiösen Beistand ihrer Wahl und sollen im Fall des Aufenthalts im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung ungestört und an einem geeigneten Ort von ihren Nächsten Abschied nehmen können.

Es macht wenig Sinn, Appelle gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu erheben, wenn man nicht gleichzeitig die Gründe beseitigt, die zu einem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe führen. Der Ruf nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wird solange nicht verstummen, wie sich an der fehlenden menschlichen und medizinischen Zuwendung bei Sterbenden nichts ändert. Heute wird in Privathäusern häufig

einsam, in Kliniken und Altenheimen oftmals geradezu anonym gestorben, ohne ausreichende Therapie der Schmerzen und Angstzustände.

Es gilt daher, die Pflege von Todkranken und Sterbenden sowohl in ihrer gesellschaftlichen Wertigkeit als auch in ihrer finanziellen Ausstattung zu stärken. Die Kommission geht zudem davon aus, dass Hausärzte und Betroffene noch zu wenig über die Alternativen zum Tod im Krankenhaus und die Möglichkeiten der Palliativmedizin informiert sind.

Die **Hospizarbeit** verdient große Anerkennung und Unterstützung. Die Betreuung durch Mitarbeiter von Hospizen ermöglicht es unheilbar Kranken, in der Regel schmerzfrei und an einem würdigen Ort umgeben von vertrauten Menschen zu sterben. Dabei steht die Linderung von Leiden und nicht die Lebensverlängerung im Vordergrund. Die Mehrzahl der Bundesbürger wünscht das Sterben zu Hause. Damit das keine Wunschvorstellung bleibt, muss gerade auch die ambulante Hospizarbeit gefördert werden. Es sollte darauf geachtet werden, dass Hospize nicht in eine so genannte Bürokratiefalle geraten, in der dann letztlich die individuelle Betreuung von sterbenskranken Menschen auf der Strecke bleibt. Seit Jahresbeginn müssen Einrichtungen zur Betreuung Sterbender die Leistungs- und Qualitätsanforderungen für Pflegeeinrichtungen nach dem Heimgesetz (SGB XI) erfüllen. Dies bedeutet für diese Einrichtungen einen bedeutenden Anstieg an Bürokratie, was bei gleich bleibendem Personaleinsatz möglicherweise zum Nachteil der Patienten gereicht. Weiterhin sollte erneut über einen arbeitsrechtlichen Freistellungsanspruch zur Sterbebegleitung im Familienkreis, so wie dies in Frankreich und Österreich gehandhabt wird, nachgedacht werden.

Auch der Ausbau der **Palliativmedizin** darf nicht nur ein frommer Wunsch bleiben. Es ist unumstritten, dass die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland unzureichend ist. Obwohl dies allgemein bekannt ist, stehen sogar preisgekrönte Modellprojekte zur Palliativmedizin mangels weiterer Finanzierung vor dem endgültigen Aus. Es muss daher eine finanzielle Förderung der Palliativmedizin sichergestellt, und ihr muss auch ein adäquater Platz in der Aus- und Fortbildung eingeräumt werden. Zwar wurde Palliativmedizin zwischenzeitlich auf die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten gesetzt. Solange sie aber nicht zum prüfungsrelevanten Gebiet erklärt wird, ist zu besorgen, dass die Vorlesungssäle leer bleiben. Die Palliativmedizin muss für approbierte Ärzte zum verpflichtenden Fortbildungsfach erklärt werden.

Die Studenten und Ärzte in Ausbildung, auch die bereits praktizierende Ärzte müssen lernen, wie Palliativmedizin in der Praxis tatsächlich umgesetzt werden kann ¹. Konkret bedeutet dies u.a., gegen Schwindel und Erbrechen frühzeitig anzugehen, Patienten mit Sonden oder einem Port adäquat zu versorgen oder auch Patienten nach einer Chemotherapie umfassend zu betreuen.

Gerade der derzeit zur Entscheidung anstehende so genannte Fall Dr. Bach ² in Hannover zeigt, welche Folgen eine fehlende Ausbildung in Palliativmedizin haben kann. Es kann, unabhängig von der strafrechtlichen Bewertung des Vorgehens der genannten Ärztin, die des achtfachen Mordes angeklagt ist, jedenfalls davon ausgegangen werden, dass diese offenbar gegen ihre Dokumentations- und Aufklärungspflichten verstieß. Beides sind Pflichten von außerordentlicher Bedeutung. Eine umfassende Aufklärung ermöglicht den Patienten erst die Ausübung ihrer verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmung. Weiter ist eine Fortentwicklung der Schmerzforschung und Ausbildung in Palliativmedizin auch von forensischem Interesse. Um nicht in den Verdacht einer als Schmerzbehandlung getarnten aktiven Sterbehilfe zu geraten, sollten die behandelnden Ärzte für Nachvollziehbarkeit und Transparenz ihrer Medikationsentscheidung sorgen. Dazu gehört vor allem eine genaue Dokumentation der Therapieverläufe, des von den Patienten geäußerten Schmerzempfindens und der gegebenenfalls ansteigenden Dosierung der Medikamente.

Es wäre wünschenswert, dass alle Kliniken eine eigene Palliativstation erhielten. Sterbende haben in vielen Bereichen gänzlich andere Bedürfnisse als Kranke. Sie empfinden die alltägliche Routine in Kliniken als belastend. Allzu oft empfangen sie seitens der Ärzte und Pflegekräfte die Botschaft, dass sie nicht so wichtig wie andere Patienten sind, da man sie nicht mehr heilen kann. Daher wendet man den Sterbenden weniger Aufmerksamkeit und Zeit zu. Dies ist weniger ein Zeichen von Gleichgültigkeit als ein Zeichen der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Man wird nicht davon ausgehen können, dass jene Ärzte, denen eine Fähigkeit zur Empathie nicht gegeben ist, diese entwickeln, nur weil Palliativmedizin ein Prüfungsfach wird. Aber vielleicht

¹ Weber M, Schildmann J, Schüz J, Herrmann E, Vollmann J und Rittner C: "Ethische Entscheidungen am Lebensende - Kenntnisstand und Einstellungen Medizinstudierender". Deutsche Medizinische Wochenschrift, i.Dr

² Focus vom 6.10.2003

kann ihnen die eine oder andere Hilfestellung gegeben werden, die es ihnen erleichtert, den Sinn ihrer ärztlichen Aufgabe nicht nur im Heilen, sondern vorwiegend im Lindern von Leiden zu sehen. Nötig ist es, dass man für Sterbende geeignete Räumlichkeiten in Krankenhäusern vorsieht. Dies müssten freundlich ausgestattete Räume sein, in denen die Sterbenden ungestört von ihren Nächsten Abschied nehmen können, wobei die Klarstellung wichtig erscheint, dass „ungestört“ nicht mit „abgeschoben und einsam“ verwechselt werden darf.

Empfehlung 2: Ärztliche Pflichten und Rechte

Wegen der weit verbreiteten Unsicherheit hinsichtlich der rechtlichen Bewertung ist eine klarstellende Regelung durch den Gesetzgeber zur aktiven, passiven und indirekten Sterbehilfe zu empfehlen.

Es sollte in diesem Zusammenhang festgelegt werden, dass unabhängig von den Maßnahmen der Sterbehilfe eine Basisversorgung zu garantieren und was darunter zu verstehen ist.

Um die Akzeptanz und die konkrete Umsetzung der bereits mehrfach genannten, 1998 veröffentlichten „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung“ in der Praxis zu ermitteln, wurde im Frühjahr 2000 mit Unterstützung der Landesärztekammer die bereits an anderer Stelle erwähnte Umfrage unter Ärzten in Rheinland-Pfalz¹ vorgenommen. Diese Befragung, die von 41 % (427) der befragten Ärzte beantwortet wurde, ergab neben einer großen Akzeptanz der genannten Grundsätze beachtliche Meinungsunterschiede und Unsicherheiten unter anderem in der Frage, welche Behandlungsmaßnahmen tatsächlich beendet werden dürfen und was zur unverzichtbaren Basisversorgung gehört. Unsicherheiten bestanden auch hinsichtlich der juristischen Konsequenzen. So ist das Abstellen einer künstlichen Beatmung, die Beendigung von Flüssigkeitszufuhr mittels einer PEG-Sonde bei Sterbenden und Patienten mit infauster Prognose rechtlich deutlich unterschiedlich bewertet worden (siehe hierzu These 29). Die geschilderten Unsicherheiten beschränken sich nicht auf die Ärzteschaft. Auch die Rechtsprechung offenbart mitunter erstaunliche Fehldeutungen. In einem Fall aus dem Jahr 2002 wurde über die Frage entschieden, ob bei einer 76-jährigen Betreuten, die sich nach wiederholten Hirninfarkten im Wachkoma befand, die Ernährung über Magensonde beendet werden durfte, obwohl sich die Betreute noch nicht in dem akuten Sterbevorgang befand. Ihr Hausarzt und ihr Sohn (Betreuer) entschieden unter Berufung auf das Patiententestament der Betreuten, die Sondenernährung zu beenden. In dem Beschluss des Amtsgerichts (Vormundschaftsgericht) war zu lesen: „Die Betreute ist durch PEG-

¹ Weber M., Stiehl M., Reiter J., Rittner C.: „Ethische Entscheidungen am Lebensende: Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation“, in: Deutsche Ärzteblatt vom 30.11.2001, B. -2697 - 2699

Magensonde weiterhin und auf Dauer ausreichend mit Nahrung zu versorgen“, weil, so die Begründung der Entscheidung, die Befolgung der Patientenverfügung gegen § 216 StGB verstoße und daher nicht nur rechtswidrig, sondern auch strafbar sei.

Aus den festgestellten Unsicherheiten und Fehldeutungen von „zulässigen Behandlungsabbrüchen“ als „rechtswidrige aktive Tötungen“ ergab sich die Frage, ob die 1986 vom Alternativentwurf ¹ vorgeschlagenen Änderungen des Strafgesetzbuchs nicht doch notwendig und sinnvoll gewesen wären. Der dagegen vorgebrachte Einwand, es drohe eine zu starke Verrechtlichung des Arztberufs zulasten eines notwendigen Spielraums für die lex artis, geht heute mehr denn je an den Bedürfnissen der Praxis vorbei. Hätte man schon damals die heute durch richterliche Rechtsfortbildung mühsam nachgeholt Klarstellung Gesetz werden lassen, wäre Ärzten und Angehörigen manches Strafverfahren wegen ihres Verhaltens erspart geblieben.

Die Kommission empfiehlt, den richtungsweisenden Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe) aus dem Jahr 1986 wieder aufzugreifen und mit einigen Änderungen in ein Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Danach waren zur Problematik der passiven, der indirekten und der aktiven Sterbehilfe folgende Regelungen vorgeschlagen worden:

§ 214 Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen²

(1) Wer lebenserhaltende Maßnahmen abbricht oder unterlässt, handelt nicht rechtswidrig, wenn

- 1. der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich verlangt oder*
- 2. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewusstsein unwiederbringlich verloren hat oder im Falle eines schwerstgeschädigten Neugeborenen niemals erlangen wird oder*
- 3. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis sonst zu einer Erklärung über Aufnahme oder Fortführung der Behandlung dauernd außer Stande ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er im Hinblick auf Dauer und Verlauf seines aussichtslosen Leidenszustandes, insbesondere seinen nahe bevorstehenden Tod, diese Behandlung ablehnen würde oder*

¹ Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe). NSTZ 1986, 337 ff.

² Nach derzeitiger Auffassung des Bundesgerichtshofs entfällt schon der Tatbestand

4. *bei nahe bevorstehendem Tod im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung die Aufnahme oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist.*

(2) *Absatz 1 gilt auch für den Fall, dass der Zustand des Betroffenen auf einem Selbsttötungsversuch beruht.*

§ 214 a Leidensmindernde Maßnahmen

Wer als Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklichem oder mutmaßlichen Einverständnis Maßnahmen zur Linderung schwerer, anders nicht zu behebender Leidenszustände trifft, handelt nicht rechtswidrig, auch wenn dadurch als nicht vermeidbare Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.

§ 216 Tötung auf Verlangen

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

(2) *Das Gericht kann unter den Voraussetzungen des Abs. 1 von Strafe absehen, wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.*

Nach Auffassung der Kommission müsste, so wie im Alternativentwurf vorgesehen, durch Gesetz klargestellt werden, dass weder das Unterlassen oder der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, noch die als Nebenwirkung einer notwendigen und vom Patienten gewünschten Medikation in Kauf genommene Lebensverkürzung rechtswidrig sind. Im Zusammenhang mit den Vorschlägen zu § 214 Absatz 1 und § 214 a Alternativentwurf müsste zusätzlich klargestellt werden, dass die Zulässigkeit der dort genannten Maßnahmen nicht davon abhängt, ob das Grundleiden des Patienten einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat (vgl. These 15). Bereits in diesem Zusammenhang könnte auch ein Hinweis erfolgen, dass die künstliche Ernährung nur mit Einwilligung der Betrof-

fenen erfolgen darf, ihre Unterlassung mit Willen des Patienten keine Beendigung unabdingbarer Basisversorgung bedeutet (vgl. These 29).

In § 214 Absatz 1 Ziffer 3 Alternativentwurf wird der Fall angesprochen, dass kein ausdrücklicher Wunsch des Patienten vorliegt. Hier richtet sich die Entscheidung über das Unterlassen einer Behandlung danach, ob „aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass der Patient im Hinblick auf Dauer und Verlauf seines aussichtslosen Leidenszustandes und insbesondere seinen nahe bevorstehenden Tod, diese Behandlung ablehnen würde“. Dies kann mit dem mutmaßlichen Willen gleichgesetzt werden, dessen Kriterien allerdings im Gesetz noch näher eingegrenzt werden müssten. Bei einem feststellbaren mutmaßlichen Willen unterscheidet § 214 Abs. 1 Ziffer 3 des Alternativentwurfs hinsichtlich der Rechtsfolgen zutreffend nicht zwischen „Sterbephase im engen Sinn“ und dem „Zustand des Nicht-Sterbenden mit infauster Prognose“.

§ 214 Absatz 1 Ziffer 2 Alternativentwurf hat die Problematik der Koma-Patienten und der schwerst geschädigten Neugeborenen zum Gegenstand. Diese beiden Fallgruppen gehören zu der Gruppe der „Nicht-Sterbenden mit infauster Prognose“. Hier sieht der Alternativentwurf die Beachtung des erklärten Patientenwillens oder des mutmaßlichen Willens nicht vor. Der Kommission erscheinen Eingrenzungen, wie in den Thesen 19 und 21 ausgeführt, aber unbedingt angezeigt. Es ist nicht richtig, die Einstellung der lebensverlängernden Maßnahmen ausschließlich von der ärztlichen Erkenntnis abhängig zu machen. Für die Wachkoma-Patienten, die sich in Bezug auf ein solches Schicksal zuvor nicht ausdrücklich geäußert haben, hat die Kommission eine auf Behandlungsbeendigung gerichtete Vertreter-Entscheidung dann für zulässig angesehen, wenn der mutmaßliche Wille des Wachkoma-Patienten festgestellt werden konnte und wenn nach der Stellungnahme der behandelnden Ärzte und eines weiteren unabhängigen Arztes keine Chance einer Remission besteht. Wenn man in den genannten Fallgruppen dem Umstand Rechnung tragen möchte, dass beim Neugeborenen dessen Wille nie und beim Koma-Patienten dessen Wille häufig nicht feststellbar ist, darf man aber nicht nur auf die ärztliche Erkenntnis, sondern muss in Zusammenschau mit dieser vorrangig auf den Gesichtspunkt abstellen, ob die Behandlungsbeendigung dem Wohl des Patienten entspricht. Hierzu hat die Kommission in These 19 Absatz 4 Satz 2 ausgeführt: „Eine unbedingte und unbegrenzte Lebenserhaltung ist ethisch nicht zwingend geboten, wenn bei einer Wach-

koma-Patientin oder einem -Patienten nach Ablauf einer erheblichen Zeitspanne nach dem Stand der medizinischen Erkenntnis mit Gewissheit keine Besserung zu erwarten ist.“

§ 214 Absatz 1 Ziffer 4 regelt die passive Sterbehilfe bei Patienten, die sich bereits in der unmittelbaren Sterbephase befinden. Hier wird nicht auf den Willen des Patienten, sondern ausschließlich auf die ärztliche Erkenntnis abgestellt. Auch hier bedürfte es der ergänzenden Ausführungen. In der Begründung zu These 11 hat die Kommission ausgeführt, dass auch beim Sterbenden auf lebensverlängernde Maßnahmen nur in Übereinstimmung mit dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten verzichtet werden kann.

Die Regelung zur indirekten Sterbehilfe in § 214 a Alternativentwurf findet die Zustimmung der Kommission. Die Kommission empfiehlt, diesen Vorschlag in ein Gesetz zu übernehmen. Sie verweist auf ihre Aussagen in These 13.

Auch der Vorschlag in § 216 Absatz 2 Alternativentwurf findet die Zustimmung der Kommission. Nehmen Ärzte in Fällen objektiv nicht behebbaren schwersten Leidens eine Tötung auf Verlangen vor, sollte das Gericht von Strafe absehen können. Insofern wird auf These 14 verwiesen.

Empfehlung 3: Hilfeleistung und Teilnahme bei Selbsttötung

Eine Aussage zur Garantenstellung und zur Hilfeleistungspflicht nach einem Selbsttötungsversuch ist wünschenswert. So sollte im Gesetz klargestellt werden, dass eine Garanten- und eine Hilfeleistungspflicht jedenfalls dann nicht besteht, wenn ein Suizidversuch nach ernsthafter Überlegung und aufgrund freier Willensbestimmung zur Beendigung schweren unheilbaren Leidens begangen worden ist.

Die Mitwirkung bei einer Selbsttötung sollte gesetzlich generell verboten und unter Strafe gestellt werden, wenn sie aus Gewinnsucht erfolgt.

Dem Gesetzgeber wird empfohlen, Kriterien zur Bewertung von Organisationen zu erarbeiten, die sich mit der Unterstützung der Selbsttötung befassen.

Wie bereits in These 22 dargelegt, ist die Beihilfe zur freiverantwortlichen Selbsttötung mangels Tatbestandsmäßigkeit nicht strafbar. Sobald der Suizident aber infolge seines Selbsttötungsversuchs das Bewusstsein verloren hat, muss er gerettet werden, da andernfalls die Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß § 323 c StGB oder sogar wegen Tötung durch Unterlassen droht. Hinsichtlich der dogmatischen Herleitung wird auf die Begründungen zu den oben stehenden Thesen 22 und 24 verwiesen. Die Rechtslage zur Beihilfe beim Suizid bzw. zur Nichthinderung desselben wird von vielen als widersprüchlich empfunden.

Die Kommission hat, wie in These 23 ausgeführt, keinen Zweifel daran, dass der Wunsch eines Sterbenskranken, seinem Leben ein Ende zu setzen, auch dann als frei verantwortlich angesehen werden kann, wenn der Patient unter extremem physischen Leidensdruck steht. Dabei wird nicht verkannt, dass die Rechtsprechung möglicherweise in dem einen oder anderen Fall zu Unrecht von der Annahme einer Freiverantwortlichkeit ausgegangen ist, wo gründlicheres Hinterfragen vielleicht doch eine verantwortlickeitsausschließende Depression oder einen Appell-Suizid ergeben hätte. Solchen tatsächlichen Fehleinschätzungen braucht aber nicht durch eine generelle Pönalisierung der Nichthinderung eines Suizides begegnet zu werden. Je-

denfalls erfordert der Suizidversuch eines unheilbar Kranken, der sich in einem unwiderruflich und in absehbarer Zeit ablaufenden Sterbeprozess befindet, eine andere Beurteilung, als die Suizidversuche jener Personen, die aus anderen Gründen nicht mehr weiterleben wollen. Ob hier generell die Rettungspflicht (fort-)bestehen soll, ist eine zweifelhafte und umstrittene Frage. Hat der Patient seine Entscheidung freiverantwortlich getroffen, um dem absehbaren Verlauf einer tödlichen Krankheit durch Suizid zuvor zu kommen, sollte niemand, auch der Arzt nicht, (straf)rechtlich verpflichtet sein, ihn daran zu hindern. Da eine Änderung der Rechtsprechung nicht absehbar ist, könnte das Strafrecht im Sinne von § 215 Alternativentwurf ergänzt werden, also die Nichthinderung eines Suizides straflos gestellt werden. Die Überlegungen der Kommission beschränken sich allerdings, wie bereits in der Begründung zu These 23 ausgeführt, auf einen Suizid, der nach ernsthafter Überlegung und freier Willensbestimmung „zur Beendigung schweren Leidens“ begangen wurde.

Im Hinblick auf die Garanten- und Hilfeleistungspflicht nach einem solchen frei verantworteten Suizidversuch empfiehlt die Kommission die genannte Liberalisierung des bestehenden Rechts; im Hinblick auf die Tätigkeit von so genannten Sterbehilfeorganisationen spricht sie sich hingegen für eine Verschärfung des Strafrechts aus.

Da die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland nach herrschender Meinung nicht strafbar ist, fragt sich, warum deutsche Sterbewillige zu diesem Zweck in die Schweiz reisen. In der deutsch-sprachigen Schweiz gibt es derzeit bereits vier Suizidhilfeorganisationen. Im Hinblick auf diese Organisationen hat in den letzten Jahren ein „Sterbetourismus“ eingesetzt. Deshalb und wegen der leichtfertigen Handhabung wird nunmehr in der Schweiz über eine Beschränkung dieser Organisationen nachgedacht. Dadurch soll verhindert werden, dass Zürich, Bern oder andere Städte zu einer „Drehschreibe des internationalen Sterbetourismus“ werden. Es soll mit einer Bewilligungspflicht und Registrierung von Suizidhilfeorganisationen erreicht werden, dass sich nicht jedermann für Sterbehilfe empfehlen kann. Mit der Bewilligung sollen auch bestimmte Rahmenbedingungen verknüpft werden, so z.B. Anforderungen an Instruktionen und Supervision der Sterbehilfe. Schließlich soll im Hinblick auf die „selbstsüchtigen“ Motive“ von Artikel 15 StGB die Entschädigung geregelt werden.

Zusätzlich wird überlegt, die schweizerische Staatsangehörigkeit der Sterbewilligen zur Voraussetzung der Zulässigkeit der Sterbehilfe zu erheben ¹.

Es ist zu bedenken, dass Sterbehilfeorganisation auch in Deutschland zulässig sind. Wenn also von den Sterbehelfern ein schnell wirksames Gift verwandt würde, das eine Hilfeleistungspflicht objektiv unmöglich macht und es sich bei dem Sterbehelfer nicht um einen Arzt handelte, dieser also keine standesrechtlichen Folgen zu fürchten hätte, würde nur noch das Betäubungsmittelgesetz eingreifen, wenn der Suizid mittels verschreibungspflichtiger Betäubungsmittel verübt würde. So im Fall des Gründers der Sterbehilfeorganisation Exit, der aus der Schweiz nach Deutschland einreiste und auf Wunsch einer Patientin, die selber als Ärztin tätig gewesen war und an Multipler Sklerose mit progredientem Verlauf litt, ein Betäubungsmittel aus der Schweiz beschaffte, an dem sie so schnell starb, dass es nach Eintritt ihrer Bewusstlosigkeit keine Rettungsmöglichkeit mehr für sie gab. Nach der deutschen Rechtslage konnte der Angeklagte nur wegen Einfuhr und Überlassung eines Betäubungsmittels verurteilt werden. Das Landgericht hat den Angeklagten in der Tat wegen unerlaubter Einfuhr von Betäubungsmitteln in Tateinheit mit unerlaubtem Überlassen von Betäubungsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch unter Einbeziehung von zwei früheren Verurteilungen zu einer Gesamtgeldstrafe von 70 Tagessätzen verurteilt. Auf die Revision des Angeklagten hat der BGH² lediglich eine Verwarnung mit Strafvorbehalt nach § 59 StGB verhängt. Er hat seine Ermessensentscheidung damit begründet, dass der Angeklagte mit dem Betäubungsmittel in altruistischer Weise unter relativ geringer Gefährdung Unbeteiligter in der Absicht umgegangen sei, der in schwerster Weise unheilbar kranken Empfängerin zu einem in jeder Hinsicht freien Suizid zu verhelfen, was seinem humanen Engagement entsprungen sei.

Die Entwicklung in der Schweiz zeigt, dass die Sterbehilfe nicht mehr nur physisch schwerstkranken Patienten, deren Leiden anders nicht zu beseitigen ist, sondern zunehmend auch psychisch kranken Personen geleistet wird, dies zudem ohne vor-

¹ siehe hierzu Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, www.samw.ch: Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. 1. Publikation zur Vernehmlassung, Februar 2004.

² BGH, Urteil vom 7.2.2001 - 5 StR 474/00 (LG Berlin), BGHSt 46,279

herige fundierte Abklärung. Um eine der Schweiz vergleichbare Entwicklung zu verhindern, hält die Kommission die in Empfehlung 3 Satz 2 genannte gesetzliche Regelung für angezeigt.

Empfehlung 4: Die Stärkung des Rechts zur Selbstbestimmung auf einen würdigen Tod

Es wird zum Zwecke der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Patientinnen oder Patienten empfohlen,

- die Voraussetzungen und Folgen einer Patientenverfügung,**
- die Voraussetzungen und Folgen der Bestellung einer oder eines Gesundheitsbevollmächtigten und**
- die Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts zur Überprüfung von Stellvertreter-Entscheidungen (Gesundheitsbevollmächtigte und Betreuer)**

gesetzlich zu regeln.

Die Möglichkeit, durch eine Patientenverfügung Vorsorge dafür zu treffen, dass das Selbstbestimmungsrecht der Patienten auch im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit gewahrt bleibt, wird zunehmend propagiert. Eine kaum noch überschaubare Vielfalt von Formulierungsvorschlägen ist im Umlauf. Auch die genannten Grundsätze der Bundesärztekammer stellen auf die Patientenverfügungen ab. Die Bedeutung der Patientenverfügung wurde durch den Beschluss des BGH vom 17.03.2003¹ außerordentlich gestärkt. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs genießt die Patientenverfügung obersten Vorrang. Damit liegt die Begründungsverpflichtung, eine Patientenverfügung nicht zu akzeptieren, beim Arzt. Ein gegebenenfalls eingesetzter Stellvertreter des Patienten ist diesem gegenüber verpflichtet, dessen „erklärten“ oder „hilfsweise dessen individuell-mutmaßlichen Willen“ gegenüber dem Arzt oder dem Pflegepersonal durchzusetzen.

Wenn man sich aber mit dem klinischen Alltag befasst, gewinnt man den Eindruck, als bestünden bei allen Beteiligten gleichwohl weitgehend unverändert erhebliche Unsicherheiten fort. Dabei kann man den Ärzten mitunter keine Vorwürfe machen, denn in Bezug auf die Wirksamkeitsvoraussetzungen und die Rechtsfolgen einer Patientenverfügung sind noch einige Fragen offen und überdies gibt es keine gesetzli-

¹ BGHZ, XII ZB 2 / 03, in: NJW 2003, S.1588, FamRZ 2003,748

che Regelung. Es ist daher der Ärzteschaft nicht zu verdenken, wenn sie sich im Zweifelsfall ausschließlich an die ärztliche Indikation und ihr ärztliches Ethos hält. Daher spricht sich die Kommission für die gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung aus. Es sollte klargestellt werden, dass frühere Äußerungen eines inzwischen entscheidungsunfähigen Patienten zur aktuell bestehenden Behandlungssituation unter den in Thesen 4 und 5 genannten Voraussetzungen verbindlich sind, sofern keine konkreten Anhaltspunkte auf eine Willensänderung des Patienten hinweisen und sie den Stellvertretern des Betroffenen, den Ärzten und Pflegenden kein verbotenes Tun abverlangen. Weiterhin könnte im Gesetz ausdrücklich klargestellt werden, dass für den Fall einer wirksamen und verbindlichen Patientenverfügung kein Bedürfnis für die Bestellung eines Betreuers besteht (vgl. 1896 Absatz 2 BGB). Die Kommission hat Einvernehmen hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Wirksamkeitsvoraussetzungen und Rechtsfolgen erzielt:

Wirksamkeitsvoraussetzungen für die Errichtung einer bindenden Patientenverfügung ist,

- die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Verfügenden,
- die Rechtmäßigkeit des geforderten Handelns oder Unterlassens,
- die Wahrung der Schriftform,
- die hinreichend konkrete Erfassung der jeweiligen Situation,
- eine angemessene Aufklärung des Betroffenen über Gehalt und Tragweite der Patientenverfügung, die in der Verfügung dokumentiert werden soll,
- das Nicht-Vorliegen eines nach Errichtung der Verfügung erklärten Widerrufs

Wirkung der Patientenverfügung ist die Bindung

- der behandelnden Ärzte und Ärztinnen, einschließlich der Pflegekräfte,
- der Gesundheitsbevollmächtigten,
- der Betreuer und Betreuerinnen der Betroffenen

an die darin getroffene Willensäußerung.

In einer gesetzlichen Regelung sollte auch erwähnt werden, dass eine Verfügung, die den strengen Wirksamkeitsvoraussetzungen nicht genügt, auf jeden Fall bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu berücksichtigen ist.

Die Kommission empfiehlt, die Bedeutung der Patientenverfügung und der Bevollmächtigung insgesamt rechtspolitisch zu stärken. Daher empfehlen sich eine Reihe flankierender Maßnahmen:

- Die Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung der Möglichkeiten von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten muss verstärkt werden.
- Es sollte über eine Ablieferungspflicht der Patientenverfügungen und Vollmachten entsprechend der Regelung in § 1901 a BGB nachgedacht werden, damit - auch aus Kostengründen - die Bestellung von Betreuern nicht erforderlich wird. Zumindest sollte eine zentrale Dokumentationsstelle für Vorsorgeverfügungen errichtet werden. Der Beschluss der Bundesnotarkammer, ein zentrales elektronisches Register für Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen einzurichten, ist in diesem Zusammenhang sehr zu begrüßen.
- Die Ärzte sollten zu Beratungsgesprächen hinsichtlich der Abfassung von Patientenverfügungen explizit aufgerufen werden. Denn vor der Erstellung einer Patientenverfügung muss sich der Patient sowohl seiner individuellen medizinischen Situation und deren vorhersehbaren Entwicklung sowie auch seiner individuellen Präferenzen und Wünsche klar werden. Dies kann am besten im Rahmen einer Beratung geschehen, die auch mögliche Entscheidungskonflikte deutlich macht. Eine Patientenverfügung sollte idealerweise am Ende eines längeren Reflexionsprozesses stehen. Ein solches Beratungsgespräch dient auch der Vermeidung von Zweifeln an der Urheberschaft der Patientenverfügung und der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Erklärenden in die medizinische und rechtliche Bedeutung der Vorausverfügung.

Auch in der Einschätzung der Möglichkeit, in Gesundheitsangelegenheiten eine Vertrauensperson mit der Wahrung der höchstpersönlichen Interessen zu betrauen, besteht Einvernehmen in der Kommission. Für den Betroffenen stellt es im Vergleich zu dem von Amts wegen durchzuführenden gerichtlichen Betreuungsverfahren einen erheblichen Vorteil dar, wenn er selbst eine Vertrauensperson im Vorhinein bestimmen kann. Daher sollte diese Möglichkeit rechts- und gesellschaftspolitisch auch weiterhin bekannt gemacht und gefördert werden. Die Kommission hat in These 10 Überlegungen zu der Frage angestellt, ob es im Hinblick auf das Vertrauensverhältnis zwischen Betroffenenem und Bevollmächtigtem angezeigt erscheint, auf eine gerichtli-

che Kontrolle, so wie sie in § 1904 Absatz 2 BGB vorgesehen ist, zu verzichten. Die Kommission kam zu dem Ergebnis, dass die Kontrolle des Bevollmächtigten zumindest deutlich weniger angezeigt ist als bei einem dem Betroffenen möglicherweise vollkommen fremden Berufsbetreuer. Gleichwohl hat sich die Kommission aus rein pragmatischen Gründen dafür ausgesprochen, auch beim Bevollmächtigten unter bestimmten Voraussetzungen eine Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts anzuerkennen, da andernfalls die Durchsetzung der Entscheidung eines Bevollmächtigten vollstreckungsrechtlich schwieriger wird. Hinsichtlich der im Gesetz als erforderlich angesehenen Regelungen wird auf die Ausführungen in These 7 verwiesen. Im Wesentlichen soll es nach der Bewertung der Kommission bei der Regelung in § 1904 Absatz 2 BGB bleiben. Im Hinblick auf die in These 10 aufgezeigte tatsächliche Problematik der Altersdemenz sollte künftig eine wirksame Bevollmächtigung aber nicht nur bei Geschäftsfähigkeit des Betroffenen angenommen werden, sondern die insoweit festzustellende Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Betroffenen ausreichen.

Zu der Frage der Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts wurde bereits in der Begründung zu These 10 dargelegt, dass das Betreuungsrecht keine Regelung dazu enthält, ob das Vormundschaftsgericht medizinische Entscheidungen, die den Tod des Patienten nach sich ziehen werden, genehmigen muss.

Zu der Frage, ob die vorhandene Regelung des § 1904 BGB insoweit analog angewandt werden soll, wurden sehr unterschiedliche Auffassungen vertreten. Mit dem bereits genannten Beschluss des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 17.03.2003¹ dürfte diese Streitfrage weitgehend als geklärt angesehen werden können. Die Kommission würde es, schon im Hinblick auf die offenkundige Grundrechtswesentlichkeit der berührten Fragen, begrüßen, wenn die nunmehr zumindest vorläufig durch den Beschluss des 12. Zivilsenats entschiedene Kontroverse auch einer differenzierten rechtspolitischen Lösung zugeführt würde. Der Beschluss hat nicht alle in diesem Zusammenhang bestehenden Streitigkeiten gelöst, was auch nicht seine Aufgabe war. Die Kommission befürchtet, dass die Streitfragen, die auch die aktuelle BGH-Entscheidung offen gelassen bzw. erstmals aufgeworfen hat, dazu beitragen werden, dass die weit verbreiteten Unsicherheiten im Zusammenhang mit § 1904 Abs. 1 BGB weiter bestehen. Bevor sich die fortbestehenden Kontroversen

¹ BGHZ, XII ZB 2 / 03, in: NJW 2003, S.1588, FamRZ 2003,748

wiederum zu einer unterschiedlichen obergerichtlichen Rechtsprechung ausweiten, muss der Gesetzgeber schon aus Gründen der Rechtssicherheit umgehend für Klarheit sorgen. Zum Inhalt einer solchen Regelung enthält die nachfolgende Empfehlung 5 die dahingehenden Überlegungen der Kommission.

Empfehlung 5: Änderung/Ergänzung im Betreuungsrecht (§ 1904 BGB)

Die Kommission empfiehlt dem Gesetzgeber, § 1904 BGB dahingehend zu ergänzen, dass Gesundheitsbevollmächtigte, Betreuerinnen oder Betreuer und Vormundschaftsgerichte bei Vorliegen einer rechtswirksamen Patientenverfügung an diese Willensäußerung gebunden sind.

Zu der Frage, ob bzw. unter welchen Bedingungen die Einwilligung eines Stellvertreters in medizinische Entscheidungen am Lebensende einer richterlichen Genehmigung bedarf und hierfür eine gesetzliche Klarstellung in § 1904 BGB erfolgen sollte, hat die Kommission bereits in den Thesen 10 und 21 Stellung genommen. Die Kommission regt daher an, dass durch Gesetz folgende Klarstellungen oder Änderungen erfolgen:

- Aus dem Gesetz sollte hervorgehen, dass Gesundheitsbevollmächtigte, Betreuerinnen oder Betreuer und Vormundschaftsgerichte bei Vorliegen einer rechtswirksamen Patientenverfügung an diese Willensäußerung gebunden sind.
- Die Einwilligung des Betreuers in das Unterlassen und das Abbrechen einer lebenserhaltenden Maßnahme soll nur dann der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedürfen, wenn
 - die Sterbephase noch nicht begonnen hat und
 - zwischen dem behandelnden Arzt und dem Betreuer keine Einigkeit in der Auslegung des Patientenwillens hinsichtlich der Aufnahme oder der Beendigung der Behandlung besteht.
- Die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts soll unter den genannten Voraussetzungen auch dann erforderlich sein, wenn dieser Konflikt zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt besteht.
- Der Genehmigungsvorbehalt sollte auch für Entscheidungen von Eltern über die Lebenserhaltung von Neugeborenen gelten, wenn es zum Konflikt zwischen den Eltern und den behandelnden Ärzten kommt.
- Es wäre zu begrüßen, wenn in dem Gesetz eine Klarstellung oder zumindest eine Verweisung auf §1908 b BGB erfolgte, aus der man zweifelsfrei entnehmen kann,

dass auch bei fehlendem Einwilligungsvorbehalt eine Missbrauchskontrolle, die auf Anregung von jedermann von Amts wegen durchzuführen ist, möglich bleibt.

- Da der Wortlaut von § 1904 BGB bei einem lebensgefährlichen Heileingriff die Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes generell vorsieht, und zwar ohne Rücksicht auf bestehende Konfliktfälle, empfiehlt sich auch insoweit eine Änderung des 1904 BGB.

Minderheiten-Votum

These 25: Ärztlich assistierte Selbsttötung

Die ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung bleibt standesrechtlich untersagt. Auch Fälle unerträglichen, unheilbaren Leidens begründen wegen der notwendigen Bewahrung des Vertrauens in ärztliches Handeln und der Gefahr des Dammbrochs nicht eine standesrechtlich legitimierte ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung.

In solchen Fällen ist es dem Arzt – wie bisher – nicht untersagt, im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten alle Möglichkeiten der indirekten und passiven Sterbehilfe zu nutzen.

Erläuterung des Minderheiten-Votums

Einzelne Mitglieder der Kommission haben diesen Vorschlag abgelehnt. Sie vertraten die Auffassung, dass man hierdurch eine Rechtsunsicherheit schaffe, die man keinem Arzt und keinem Patienten zumuten könne. Es sei niemals die Aufgabe der Ärzte, bei einer Selbsttötung zu helfen, unabhängig davon, wie verständlich der Wunsch der Patienten auch sei. Schon der Anschein der Duldung von ärztlich assistiertem Suizid, der aus einem Sanktionsverzicht im Einzelfall folge, bringe die Ärzteschaft insgesamt in ein Zwielicht, wenn nicht sogar in Misskredit. Wenn man den ärztlich assistierten Suizid nicht ausnahmslos standesrechtlich sanktioniere, eröffne man einen Schleichweg zur aktiven Sterbehilfe.

Sondervoten

Sondervotum von Professor Dr. Reiter

**Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
Fachbereich Katholische Theologie
Seminar für Moraltheologie und Sozialethik**

*Abweichende Auffassung zum Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz vom
23.04.2004*

Dem vorliegenden Bericht kann ich nicht zustimmen. In seiner Tendenz scheint er mir zu liberal, in einzelnen Aussagen zu unbestimmt und allzu offen für Auslegungen, die von ethischer Seite her nicht vertretbar sind.

Im Einzelnen möchte ich dies an folgenden Punkten exemplifizieren:

Zu These 14: Aktive Sterbehilfe

Mit dem von der Kommission beschlossenen Schlusssatz des zweiten Absatzes („In solchen Extremfällen kann aufgrund des Selbstbestimmungsrechts Sterbenskranker ausnahmsweise eine aktive Sterbehilfe ethisch toleriert werden.“) wird die Tür zur aktiven Sterbehilfe endgültig geöffnet, was aus ethischer Sicht, in jedem Fall aus Sicht der christlichen Ethik, keinesfalls toleriert werden kann.

Zu These 19: Patientinnen und Patienten im Wachkoma

Im vierten Absatz geht es um Patienten, von denen keine ausdrückliche Willensäußerung vorliegt. Hier soll eine Vertreterentscheidung dem mutmaßlichen Patientenwillen Geltung verschaffen, was an sich schon problematisch ist, insofern es sich hier um keine Entscheidung in der Sterbephase handelt. „Eine unbedingte und unbegrenzte Lebenserhaltung“ wird dann weiter im Text von der Voraussetzung abhängig gemacht, dass der Arzt bzw. die Ärztin keine Chance einer Remission mehr sieht. Demgegenüber gibt es etliche dokumentierte Fälle einer Remission. Es ist daher zu fragen, ob überhaupt mit Bestimmtheit etwas über den Zustand der Wachkoma-Patienten gesagt werden kann. Solange noch die geringsten Zweifel bestehen, wird man mit einer Entscheidung so lange warten müssen, bis definitive Klarheit über die Endgültigkeit des Zustandes gewonnen ist. Auch die im weiteren Text gebrauchte Formulierung „erhebliche Zeitspanne“ ist zu vage.

Zu These 21: Entscheidungen bei Neugeborenen

Der vierte Absatz erweckt den Eindruck, als sei es ethisch vertretbar, unmittelbar und gezielt auf Lebenserhaltung zu Gunsten der Leidensvermeidung zu verzichten. Damit läge aber eine aktive Euthanasie vor, die doch eigentlich mit der These 21 ausgeschlossen werden sollte.

Zu These 25: Ärztlich assistierte Selbsttötung

Zu dieser These ist meiner Auffassung im Minderheiten-Votum Rechnung getragen worden.

Zu These 29: Künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde

Über die Einstufung der Ernährung mittels einer PEG-Sonde als künstlich oder natürlich kann man geteilter Meinung sein. Johannes Paul II. rechnet die künstliche Ernährung zu den natürlichen Mitteln der Lebenserhaltung und bezeichnet ihre Anwendung deshalb als normal und als moralisch verpflichtend (vgl. Ansprache an die Teilnehmer am Internationalen Fachkongress zum Thema „Lebenserhaltende Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata“ am 20. März 2004). Von daher ist die Eindeutigkeit in These 29 hinterfragbar.

Zu Empfehlung 2: Ärztliche Pflichten und Rechte

In dieser These wird für eine rechtliche Regelung der Sterbehilfe plädiert und dabei eine Orientierung an dem Alternativentwurf Sterbehilfe aus dem Jahr 1986 empfohlen. Der Alternativentwurf hatte in § 216 Abs. 2 unter bestimmten Voraussetzungen eine Straffreiheit für aktive Euthanasie vorgesehen. Meines Erachtens müsste vor einer Neuregelung des § 216 genauer geprüft werden, ob das geltende Recht in all seinen Möglichkeiten ausgeschöpft ist.

- Auch in seiner jetzigen Form verbietet es dem Arzt nicht, die Schmerzen des Kranken weitgehend zu lindern. Der Arzt darf die Schmerzen auch dann lindern, wenn als Nebeneffekt und unbeabsichtigt der Tod des Patienten (früher) eintritt (indirekte Euthanasie). Die mitmenschliche Pflicht des Arztes zu einer solchen Gratwanderung wird durch das bestehende Recht nicht berührt.
- Auch bei dem geltenden Recht ist der Arzt nicht dazu verpflichtet, alle nur denkbaren Techniken einzusetzen, um das Leben seines Patienten um jeden Preis zu verlängern.
- Schließlich ist auch die Frage zu stellen, ob mit einer Änderung des § 216 das Sterben in unserer Gesellschaft wirklich menschenwürdiger gestaltet werden kann. Was Recht im Grenzbereich von Leben und Tod ist, kann nicht einfach aus Gesetzestexten abgelesen werden. Kein neues Gesetz kann mitmenschliche Hilfe und personale Begleitung garantieren, die dem Sterbenden die Treue

halten und seinen Abschied aus diesem Leben erleichtern und erträglich machen - ebenso wie kein unbefriedigendes Gesetz sie verhindern kann.

- Die Folgen einer Änderung des § 216 im Sinne des Alternativentwurfs wären sehr weitreichend und in ihrer Tragweite auf längere Sicht nicht zu übersehen. Die (eventuellen) Mängel der bestehenden Gesetzgebung sollen nicht daran hindern, zunächst deren Möglichkeiten voll auszuschöpfen, bevor auf eine Veränderung hingearbeitet wird.

Dieser von der Mehrheitsmeinung abweichenden Auffassung schließt sich das Kommissionsmitglied, Herr Professor Dr. med. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, ohne Vorbehalt an.

**Sondervotum von Dr. iur. utr. Frank Hennecke
Leitender Ministerialrat
Ministerium für Umwelt und Forsten**

Abweichende Auffassung zum Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz vom 23.04.2004

Zu These 19: Patientinnen oder Patienten im Wachkoma

Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind keine Sterbenden. Ihre andauernde tiefe Bewußtlosigkeit ist durch den Ausfall der meisten Großhirnfunktionen bedingt, der in äußerst seltenen Fällen und dann auch nur eingeschränkt reversibel ist. Solange aber die vegetativen Funktionen stabil erhalten werden, tritt der Tod nicht ein.

Ein Behandlungsabbruch besteht in der Abschaltung inversiver Apparaturen und führt den Tod des Patienten infolge Ernährungsmangels herbei. Der Behandlungsabbruch ist aktives Tun und damit eine Tötungshandlung. Die Tötungshandlung kann auch als „Tötung auf Verlangen“ nicht gerechtfertigt sein (§ 216 StGB).

Eine Tötungshandlung liegt im strafrechtlichen Sinne aber dann nicht vor, wenn eine zunächst aufgenommene inversive Behandlung deswegen abgebrochen wird, weil der Wille des Patienten, der sich erst nachträglich herausstellt, einer Fortsetzung der Behandlung als einem körperlichen Eingriff entgegensteht und schon entgegengestanden hätte, wäre der Wille zuvor bekundet worden. In diesem Falle steht der Behandlungsabbruch dem Unterlassen einer Heilbehandlung gleich, zu der niemand verpflichtet ist, wenn der Patient sie von vorneherein nicht will.

Ein solcher Wille des Patienten muß jedoch ausdrücklich geäußert sein und kann angenommen werden bei

- schriftlicher Erklärung in einer die eingetretene Situation erfassenden Patientenverfügung (vgl. These 5),
- vorheriger mündlicher Erklärung gegenüber einer Vertrauensperson in Bezug auf einen Behandlungsverzicht,
- Vorliegen einer schriftlichen Erklärung über die Bestellung einer Vertreterin oder eines Vertreters, der oder dem ausdrücklich eingeräumt wurde, den Behandlungsverzicht im Sinne der Patientin oder des Patienten zu verlangen (sog. Vorsorgevollmacht, vgl. These 7).

Besteht in diesen Fällen zwischen Vertreter und Arzt Einvernehmen, ist die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen zulässig. Um Mißbräuche zu vermeiden und Zweifel auszuräumen, sollte eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der einvernehmlichen Entscheidung, die Behandlung zu

beenden, eingeführt werden. Besteht das Einvernehmen nicht, ist der Patientenwille entweder durch das Vormundschaftsgericht oder durch Änderung oder anderweitige Begründung des Behandlungsvertrages durchzusetzen.

Ein nur „mutmaßlicher Wille“ genügt für sich allein nicht, die Beendigung des Lebens durch Abschaltung der Apparaturen zu rechtfertigen. Ein „mutmaßlicher Wille“ bleibt naturgemäß ungewiß. Diese Ungewißheit belastet Arzt und Betreuer mit dem Risiko einer ethischen Verfehlung und einer strafbaren Handlung. Die Ungewißheit macht angesichts eintretender schwerer Todesumstände das Sterbenlassen in ethischer Hinsicht unerträglich. Bleibt im Strafprozeß der Wille des Patienten im Ungewissen, droht eine Bestrafung. Die Ungewißheit kann weder durch einen Konsens zwischen Arzt und Betreuer noch durch das Hinzutreten ethischer Abwägungskriterien ausgeräumt oder ausgeglichen werden. Zudem muß einem „mutmaßlichen Willen“ eine auch nur entfernte Möglichkeit der Rehabilitation aus dem Wach-Koma gleichsam gegengerechnet werden.

Will man gleichwohl einen „mutmaßlichen Willen“ genügen lassen, müßte die Ungewißheit durch ein zusätzliches Sicherheitsmerkmal ausgeglichen werden. Die Sicherung könnte durch die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einer zwischen Arzt und Betreuer einvernehmlichen Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen geschaffen werden.

Ein Mangel an Einvernehmen begründet in jedem Falle Zweifel an dem „mutmaßlichen Willen“ und schließt ein Genehmigungsverfahren beim Vormundschaftsgericht von vorneherein aus.

Kommt es zu keiner Genehmigung, bleiben die Patienten am Leben.

Läßt sich ein „mutmaßlicher Wille“ schlechterdings nicht ermitteln, kommt eine Lebensbeendigung durch Abschalten der Apparaturen nicht in Betracht. In äußersten Fällen langandauernden Komata und irreparablen Folgeschäden mag es mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts jedoch Ausnahmen geben.

Dieses Ergebnis ist ethisch und rechtlich geboten.

Begründung:

In der von der Kommission mehrheitlich beschlossene These 19 scheinen die weitreichenden Konsequenzen, die verschiedenen Fallkonstellationen und die jeweils unterschiedliche Funktion des Vormundschaftsgerichts nicht hinreichend bedacht. Würde diese These in der Praxis befolgt, könnte in den zahlreichen in klinischer Behandlung befindlichen Fällen das Leben der Patienten allein aufgrund einer Absprache zwischen Arzt und Betreuer ohne weiteres beendet werden. Die öffentliche Unruhe wäre erheblich; Strafprozesse wären zu erwarten.

Die hier vorgelegte abweichende Meinung unterscheidet sich von der Meinung der Kommission im wesentlichen darin, daß in jedem Falle eine vormundschaftliche Genehmigung des einvernehmlichen Behandlungsabbruchs für erforderlich gehalten wird. An der abweichenden Meinung wird in Würdigung des umfangreichen und sorgfältigen Begründungstextes der These trotzdem festgehalten.

Die Grundkonstellation der betreffenden Fälle besteht darin, daß ein Wachkoma-Patient zunächst ohne Berücksichtigung seines eigenen Willens einer inversiven, auf dauerhafte Lebenserhaltung vornehmlich durch künstliche Ernährung zielenden Behandlung unterworfen worden ist. Erst im nachhinein, insbesondere im Falle erst nachträglich bekannt werdender Willensäußerungen des Patienten, stellt sich die Frage einer Beendigung dieser Behandlung. Stellt man die apparative Behandlung ab, tritt der Tod der körperlich meist vitalen Patienten infolge Ernährungsmangels und damit unter sehr belastenden Umständen ein.

Das Abstellen lebenserhaltender Apparaturen ist ein aktives Tun, das im Wissen um die Folgen und mit deren willentlicher Herbeiführung geschieht. Mit Verlaub: Es gehört zum Horror-Repertoire jedes Kriminalfilms, daß der Mörder in das Krankenhaus eindringt und den Tropf abstellt, an dem das Leben des Opfers hängt. Der Behandlungsabbruch ist aber im strafrechtlichen Sinne dann tatbestandlich keine Tötungshandlung, wenn der der Behandlung entgegenstehende Wille des Patienten bekannt wird und der Behandlungsabbruch daher dem schlichten Unterlassen einer Heilbehandlung gleichkommt, zu der niemand verpflichtet ist, wenn der Patient sie von vorneherein nicht will. In diesem Falle liegt auch keine „Tötung auf Verlangen“ vor (§ 216 Strafgesetzbuch). Eine tatbestandmäßige und rechtswidrige Tötungshandlung ist nicht gegeben, wenn sich die fortdauernde Behandlung selbst in einem rechtswidrigen Raum bewegt. Dies wäre der Fall, wenn der Wille des Patienten der Zwangsernährung und sonstigen Eingriffen in seine körperliche Integrität zwar entgegensteht, die Behandlung aber fortgesetzt würde. Ein Patient, der sich nicht oder nicht mehr behandeln lassen will, begehrt, wie die Kommission an anderer Stelle zu Recht hervorhebt, vom Arzt keine „Tötung“, sondern macht nur sein Recht auf Selbstbestimmung geltend. Niemand muß sich einer Zwangsbehandlung unterziehen. Folgt daher der Arzt dem Willen des Patienten und beendet er die Behandlung, beendet er damit einen rechtswidrigen Zustand und handelt er rechtmäßig. Für den Tod des Patienten ist er dann nicht mehr verantwortlich.

Hat sich ein Wachkoma-Patient vor Eintritt dieses Zustandes ausdrücklich erklärt, ist aufgrund seines Selbstbestimmungsrechtes dieser Wille bindend und die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen daher zulässig. Besteht zwischen Arzt und Betreuer entsprechend dem Willen des Patienten Einvernehmen, handeln die Beteiligten ethisch geboten und rechtmäßig. Um Mißbräuche zu vermeiden und verbleibende Restzweifel auszuräumen, sollte jedoch eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung des einvernehmlichen Behandlungsabbruchs eingeführt werden. Das gerichtliche Verfahren ist geeignet, den Sachverhalt zu klären, die Beteiligten zu hören, Verdachtsmomente und Mißbräuche zu ver-

meiden und die notwendige Öffentlichkeit herzustellen. Gerade wegen der Sensibilität der Fälle kommt es auf eine öffentliche Kontrolle an.

Besteht kein Einvernehmen zwischen Arzt und Betreuer, begründet dieser Dissens entweder einen Zweifel am Willen des Patienten, der dann die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen ausschließt, oder die Notwendigkeit, den Willen des Patienten durch ein vormundschaftsgerichtliches Verfahren durchzusetzen, das sich in diesem Falle jedoch von dem genannten Genehmigungsverfahren unterscheidet, den allgemeine Rechtsregeln unterliegt und hier daher nicht eigens konstituiert werden muß.

Auch im Falle eines nur „mutmaßlichen Willens“, also beim Fehlen einer ausdrücklichen und qualifizierten Vorabklärung des Patienten, ist theoretisch nicht anders zu entscheiden: Nimmt man den „mutmaßlichen Willen“ an, ist dieser Patientenwille maßgeblich; die lebenserhaltenden Maßnahmen sind dann durch Abschaltung der Apparaturen zu beenden. Dies entspricht dem von der Kommission ansonsten konsequent betonten Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Für zusätzliche ethische Abwägungen, wie sie die Kommission an dieser Stelle jedoch vornimmt, ist dann kein Raum. Ethische Abwägungen können außerdem etwa verbleibende Zweifel an dem „mutmaßlichen Willen“ gleichsam als Alibi nicht überwinden und nicht sozusagen an die Stelle des Defizits an Gewißheit treten. In die Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ muß zudem der Grad der Wahrscheinlichkeit einer Rehabilitation aus dem Wach-Koma einbezogen werden. Reichen die Indizien für einen (auch im Sinne der These 8 ermittelten) „mutmaßlichen Willen“ indes nicht aus und besteht sogar eine auch nur entfernte Möglichkeit der Rehabilitation, gibt es keine ethische und rechtliche Begründung für die Lebensbeendigung.

Das Problem des „mutmaßlichen Willens“ zeigt sich allerdings in der Praxis, und zwar in doppelter Weise: Selbst wenn man einen „mutmaßlichen Willen“ im Sinne eines Behandlungsabbruchs annehmen wollte, würden die Zweifel hieran in dem Maße wachsen, wie sich nach Behandlungsabbruch unerträgliche Sterbensumstände einstellen würden. In juristischer Hinsicht läßt ein „mutmaßlicher Wille“ das maßgebliche Tatbestandsmerkmal, das eine strafbare Handlung ausschließt, materiell-rechtlich und strafprozessual im Ungewissen, falls es zu einem Anklageverfahren gegen den Arzt oder den Betreuer kommt: Bleiben in einem strafgerichtlichen Verfahren die Zweifel am positiven Willen des Patienten zum Behandlungsabbruch bestehen, kann eine Straffreiheit allenfalls damit begründet werden, daß man einen Tatbestandsirrtum annimmt oder die Schuld ausschließt. Mit einem derartigen Risiko aber kann man Arzt und Betreuer nicht belasten.

In den Fällen des „mutmaßlichen Willens“ müßte daher ein Sicherheitsmerkmal, das Zweifel ausschließt, konstitutiv geschaffen werden. Dies könnte durch eine gesetzlich neu einzuführende Genehmigung des Behandlungsabbruchs durch das Vormundschaftsgericht geleistet werden. Durch die Genehmigung würde dann die Rechtssicherheit formal geschaffen. Das Vormundschaftsgericht hätte in diesen Fällen immer auch die zusätzliche Funktion, den Sachverhalt aufzuklären, die Beteiligten zu

hören, dem Mißbrauch und dem Verdacht entgegenzuwirken und die Öffentlichkeit herzustellen. Als Genehmigungskriterium käme der Gewißeitsgrad des „mutmaßlichen Willens“, die medizinische Prognose und gegebenenfalls negativ auch die Mißbrauchsvorbeugung in Betracht.

Wegen der inhaltlichen Unbestimmtheit der Genehmigungskriterien bleibt ein vormundschaftliches Verfahren jedoch insgesamt problematisch; eine nicht absehbare Belastung der Gerichte wäre einzuräumen. Dies muß jedoch angesichts der sensiblen Problemlage und im Interesse des öffentlichen Vertrauens in die ärztliche Heilbehandlung und in die Rechtsordnung hingenommen werden.

Kommt es zu der Genehmigung nicht, bleiben die Patienten am Leben. Hiergegen wäre ethisch und juristisch nichts einzuwenden.

Insgesamt aber spricht im Sinne einer abschließenden Bewertung Vieles dafür, einen „mutmaßlichen Willen“, soweit beunruhigende Ungewißeiten bleiben, grundsätzlich nicht dafür ausreichen zu lassen, das Leben eines Wach-Koma-Patienten durch aktives Abschalten der Apparaturen zu beenden. Auch hiergegen richten sich keine juristischen oder ethischen Einwände. Freilich sollte man in äußersten Fällen die Beendigung der Behandlung nicht vollständig ausschließen; die extreme Wirklichkeit der Welt läßt sich nicht vollkommen in einem geschlossenen Normensystem abbilden.

Anhang A.: Gerichtsentscheidungen

Bundesgerichtshof, Urteil vom 04.07.1984, AZ: 3 StR 96/84 (Landgericht Krefeld), BGHSt 32, 367 (im Sprachgebrauch auch bekannt als der so genannte Dr. Wittig-Fall oder Peterle-Fall)

Der BGH hatte über folgenden Sachverhalt zu entscheiden:

Eine 76-jährige, an hochgradiger Verkalkung der Herzkranzgefäße erkrankte Witwe hat in eindeutiger Selbsttötungsabsicht eine Überdosis Morphium und Schlafmittel eingenommen. Es existierte seit 1981 ein Schriftstück mit dem Text: „Willenserklärung. Im Vollbesitz meiner Sinne bitte ich meinen Arzt, keine Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim, keine Intensivstation und keine Anwendung lebensverlängernder Medikamente. Ich möchte einen würdigen Tod sterben. Keine Anwendung von Apparaten. Keine Organentnahme.“ Der Arzt fand die Patientin bewusstlos in der Wohnung vor. In den gefalteten Händen hielt sie einen Zettel, auf dem handschriftlich vermerkt war. „An meinen Arzt - bitte kein Krankenhaus - Erlösung! 28.11.1981 Unterschrift.“ Ein weiterer Zettel trug die Aufschrift: „ich will zu meinem Peterle“. Mit Peterle war ihr ein halbes Jahr vorher verstorbener Ehemann gemeint. Der angeklagte Arzt ging davon aus, dass die Patientin nicht ohne Inkaufnahme schwerer Dauerschäden zu retten sei und kam zu der Überzeugung, nichts zu ihrer Rettung zu unternehmen. Bis zur Todesfeststellung blieb der Arzt bei der Patientin. Das Gericht konnte nicht klären, ob das Leben der Patientin bei sofortiger Einleitung von Rettungsmaßnahmen und dem Transport in eine Klinik hätte verlängert oder gerettet werden können.

Der Arzt wurde vom Vorwurf der Tötung auf Verlangen durch Nichtgewährung ärztlicher Hilfe (§216 StGB) und der unterlassenen Hilfeleistung (§323c StGB) wegen der besonderen Umstände des Falles freigesprochen. Die rechtlich bedeutsame Konfliktsituation wurde nicht in der Frage gesehen, ob sich ein Arzt dem Todeswunsche eines Suizidenten beugen darf. Die den Angeklagten entlastende Lage bestand nach Wertung des BGH vielmehr darin, dass der Angeklagte wegen des weit fortgeschrittenen Vergiftungszustandes der Patientin davon überzeugt war, ihr Leben hätte allenfalls mittels der von ihr verabscheuten Maßnahmen der Intensivmedizin und auch dann nur unter Inkaufnahme irreparabler schwerer Schäden verlängert werden können. Die in dieser konkreten Konfliktsituation getroffene ärztliche Gewissensentscheidung wurde nicht als unvertretbar angesehen.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 13.09.1994, AZ: 1 StR 357, 94 (LG Kempten), BGHSt 40, 257

Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Bei einer 70-jährigen Patientin, die an einem ausgeprägten hirnrorganischen Psychosyndrom im Rahmen einer präsenilen Demenz mit Verdacht auf Alzheimer-Erkrankung litt, kam es zu einem Herzstillstand. Nach Reanimation blieb die Patientin irreversibel schwerst hirngeschädigt und war wegen Schluckunfähigkeit auf künstliche Ernährung angewiesen, die über eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Sonde) erfolgte. Die Patientin war nicht mehr ansprechbar und reagierte auf optische, akustische und Druckreize nur noch mit Gesichtszuckungen oder Knurren. Der Sohn der Patientin

tin, der als Betreuer bestellt war, entschied nach Rücksprache mit Verwandten, dass die künstliche Ernährung durch den behandelnden Arzt eingestellt und nur noch Tee verabreicht werden solle. Die Entscheidung des Sohnes beruhte darauf, dass die Patientin acht bis zehn Jahre zuvor anlässlich einer Sendung über Gelenkversteifung vor Zeugen erklärt hatte, so wolle sie nicht enden. Der Arzt wies die Pfleger entsprechend der Entscheidung des Sohnes an. Diese hielten sich jedoch nicht an die Anweisung und schalteten das zuständige Vormundschaftsgericht ein, das die Genehmigung dieser Maßnahme versagte. Die Patientin starb Monate später an einer zusätzlich aufgetretenen Erkrankung. Das Landgericht Kempten verurteilte den Arzt und den Sohn wegen versuchten Todschlages (§§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB). *Der 1. Strafsenat des BGH hat das Urteil des Landgerichts insgesamt aufgehoben und die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung mit der Maßgabe zurückverwiesen zu prüfen, ob weitere Anhaltspunkte für eine mutmaßliche Einwilligung der Patientin vorlagen.* Der Entscheidung wurde folgender Leitsätze vorangestellt:

- 1. Bei einem unheilbar Erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.*
- 2. An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierbei kommt es vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patientin, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.*
- 3. Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.*

Zum Themenkomplex der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung eines Behandlungsabbruchs nach § 1904 BGB stellt der BGH fest, dass die Vorschrift aufgrund des Wortlauts der Norm auf den ‚tödlich verlaufenen‘ Behandlungsabbruch nicht unmittelbar anwendbar ist. Ihrem Sinn und Zweck nach müsse sie jedoch in Fällen der Sterbehilfe jedenfalls dann - erst recht - entsprechend angewandt werden, wenn die ärztliche Maßnahme in der Beendigung einer bisher durchgeführten lebenserhaltenden Behandlung bestehe und der Sterbevorgang noch nicht unmittelbar eingesetzt habe. Wenn schon bestimmte Heileingriffe wegen ihrer Gefährlichkeit der alleinigen Entscheidungsbefugnis des Betreuers entzogen seien, dann müsse dies umso mehr für Maßnahmen gelten, die eine ärztliche Behandlung beenden sollen und mit Sicherheit binnen kurzem zum Tode führen können.

Bundesgerichtshof, Beschluss vom 17.03.2003, AZ: XII ZB 2/03, in: NJW 2003, S.1588

Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Der betroffene Patient erlitt am 29. November 2000 in Folge eines Myocardinfarktes einen hypoxischen Gehirnschaden im Sinne eines apallischen Syndroms. Seither wird er über eine PEG-Sonde ernährt; eine Kontaktaufnahme mit ihm ist nicht möglich. Das Vormundschaftsgericht bestellte den Sohn des Betroffenen zum Betreuer. Dieser beantragte im April 2002 beim Vormundschaftsgericht die Einstellung der Ernährung über die PEG-Sonde, da eine Besserung des Zustandes seines Vaters nicht zu erwarten sei und die Einstellung dessen früher geäußertem Wunsch entspreche. Der Betreuer konnte zum Nachweis hierfür eine maschinenschriftliche und vom Betreuten handschriftlich unter Angabe von Ort und Datum unterzeichnete Verfügung mit folgendem Wortlaut vorlegen: „Für den Fall, dass ich zu einer Entscheidung nicht mehr fähig bin, verfüge ich: Im Fall meiner irreversiblen Bewusstlosigkeit, schwerster Dauerschäden meines Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit, wenn die Behandlung nur noch dazu führen würde, den Vorgang des Sterbens zu verlängern, will ich: keine Intensivbehandlung, die Einstellung der Ernährung, nur Angst- oder schmerzlindernde Maßnahmen, wenn nötig, keine künstliche Beatmung, keine Bluttransfusion, keine Organtransplantation, keinen Anschluss eine Herz-Lungen-Maschine...“

Das Vormundschaftsgericht hat den Antrag mangels Rechtsgrundlage abgelehnt. Das Landgericht hat die hiergegen gerichtete Beschwerde zurückgewiesen. Das Oberlandesgericht hält die zulässige weitere Beschwerde für unbegründet, sieht sich an der Zurückweisung des Rechtsmittels durch die Beschlüsse des OLG Frankfurt vom 15. Juli 1998 -20 W 224/98 - FamRZ 1998,1137 und vom 20. November 2001 - 20 W 41/01 - FamRZ 2002,575 und des OLG Karlsruhe vom 29. Oktober 2001 - 19 Wx 21/01 - FamRZ 2002, 488 gehindert und hat folglich die Sache gemäß § 28 Absatz 2 FGG dem BGH vorgelegt.

Der Bundesgerichtshof hat die Entscheidung des Oberlandesgerichts aufgehoben und zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Amtsgericht zurückverwiesen. Der Leitsatz der Entscheidung lautet:

- a) Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor - etwa in Form einer so genannten Patientenverfügung - geäußerten Willen entspricht. Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist. Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden kann, beurteilt sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell - also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen - zu ermitteln ist.
- b) Ist für einen Patienten ein Betreuer bestellt, so hat dieser dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung und nach Maßgabe des § 1901 BGB Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder -verlängernde Behandlung kann der Betreuer jedoch nur mit Zustimmung des Vor-

mundschaftsgerichts wirksam verweigern. Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird - sei es, dass sie von vorne herein medizinisch nicht indiziert ist, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist. Die Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts ergibt sich nicht aus einer analogen Anwendung des § 1904, sondern aus einem unabweisbaren Bedürfnis des Betreuungsrechts.

Oberlandesgericht München, Beschluss vom 31. Juli 1987, AZ.: 1 Ws 23/87

Das Gericht hatte über folgenden Sachverhalt zu entscheiden:

Die zum Zeitpunkt ihres Todes 69 jährige Patientin litt seit ca. 7 Jahren an schwersten bösartigen Geschwulsten im Lippen- und Nasenbereich sowie im Kiefer. Eine Nahrungsaufnahme war schwer möglich. Es wurde ein rezidivierender Oberkieferhöhlentumor festgestellt, der in die Schädelbasis und die Augenhöhle hineinwuchs. Es bestand eine Mittelgesichtszerstörung mit Fehlen des Oberkiefers mit Oberlippe und unteren Nasenanteilen und eine starke beidseitige Unterlidschwellung mit völligem Verschluss des rechten Auges. Die Patientin litt trotz hoher Medikamenteneinnahme an ständigen Schmerzen. Nach vielfach geäußelter Bitte, ihr zu einem Freitod zu verhelfen, gab der Angeklagte der Patientin Kaliumcyanid mit der genauen Anweisung, wie es einzunehmen sei. Die Patientin trank das Mittel selbstständig und verstarb sodann alsbald.

Der Senat kam zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass die Entbindung des Angeklagten von seiner Lebensschutzverantwortung bei dieser Suizidpatientin nicht anders als bei einem „Normalpatienten“ zu beurteilen sei. Dem von der Patientin frei geäußerten Willen könne die rechtliche Wirksamkeit nicht abgesprochen werden. Mangels einer aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis resultierenden , auf den Lebensschutz zielenden Garantenpflicht des Angeklagten könne daher das Unterlassen einer Behandlung nach Eintritt der Bewusstlosigkeit nicht als strafbare Tötung nach den §§ 216,13 StGB angesehen werden.

Der Senat war weiterhin der Auffassung, dass der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung entfalle, weil die Verhinderung des Suizids bei den gegebenen außergewöhnlichen Umständen nicht mehr als erforderliche „Hilfe“ im Sinne des § 323c StGB gewertet werden könne.

Oberlandesgericht München, Urteil vom 13. 02.2003 - 3 U 5090/02 (Landgericht Traunstein Beschluss vom 16.10.2002, AZ: 3 O 205/02), NJW 2003, S.1743

Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Der heute 37-jährige Betroffene wurde nach einem Selbsttötungsversuch im Juli 1998 durch den Notarzt reanimiert, erlitt jedoch durch Sauerstoffmangel bleibende Gehirnschädigungen. Er fiel in ein Wachkoma, so dass er über eine PEG-Magensonde künstlich ernährt werden musste und wurde fortan in einem Pflegeheim betreut. Der zu seinem gesetzlichen Betreuer bestellte Vater des Betroffenen genehmigte die Anordnung des behandelnden Arztes gegenüber dem Pflegepersonal, die künstliche Ernährung einzustellen, da es dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entspreche, in einer Situation wie der vorliegenden sterben zu wollen. Das Pflegepersonal widersprach dem aus „pflege-

ethischen Gründen“. *Der daraufhin beim Amtsgericht (Vormundschaftsgericht) Rosenheim gestellte Antrag des Betreuers, die Einwilligung in die Ernährungseinstellung zu genehmigen, wurde zurückgewiesen, da § 1904 BGB - nach übereinstimmender Rechtsauffassung beider Parteien - nicht anwendbar und damit eine Genehmigung nicht erforderlich sei.*

Sodann beantragte der Kläger bei dem Landgericht Traunstein, das beklagte Pflegeheim u.a. zu verurteilen, die künstliche Ernährung des Klägers unter Gewährleistung der notwendigen Flüssigkeits- und Medikamentenzufuhr zu unterlassen. Anspruchsgrundlage für den zivilrechtlichen Unterlassungsanspruch war nach Auffassung des Klägers der zwischen den Parteien geschlossene Heimvertrag, im Rahmen dessen der Wille des Betroffenen zu beachten sei. Ferner ergebe sich die Pflicht der Beklagten aus den Grundsätzen der „unerlaubten Handlung“ (§§ 823 ff. BGB). Eine unerlaubte Handlung liege dann vor, wenn eine vertraglich vereinbarte medizinische Behandlung trotz des nunmehr entgegenstehenden Willens des Betroffenen fortgeführt werde. Die Beklagte bestritt eine Pflicht zur Leistung passiver Sterbehilfe aus dem Heimvertrag. Zudem handele es sich bei der Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit mittels Magensonde nicht um eine medizinische Heilbehandlung, sondern um Basispflege. *Das Landgericht Traunstein hat die Klage abgewiesen. Es fehle an einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung. Im Übrigen stünden dem Kläger die geltend gemachten Ansprüche weder aus dem Heimvertrag noch aus unerlaubter Handlung zu. Ein Wandel des bisherigen Pflege- und Behandlungsverlaufs im Sinne des klägerischen Vorbringens sei für das Pflegepersonal der Beklagten unzumutbar.*

Die hiergegen gerichtete Berufung des Klägers wurde vom Oberlandesgericht München zurückgewiesen. *Der Anspruch des Klägers lasse sich aus dem Heimvertrag nicht ableiten, da dieser auf die Bewahrung des Lebens ausgerichtet sei. Es stehe dem Kläger im Hinblick auf den Heimvertrag auch kein Anspruch auf Unterlassung bzw. Mitwirkung aus § 823 Absatz 1 und 2 BGB zu. Im übrigen stehe der Beklagten gegenüber dem Verlangen der Kläger ein aus ihren verfassungsmäßigen Rechten aus Artikel 1, 2, 4 ff GG abzuleitendes Verweigerungsrecht zu. Insoweit zog das Oberlandesgericht eine Parallele zu § 12 Absatz 1 des Schwangeren- und Familienänderungsgesetzes.*

Eine Entscheidung über die hiergegen beim BGH eingelegte Revision liegt bisher nicht vor.

Anhang B: Auszüge aus dem Strafgesetzbuch

§ 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 rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.

(2) Die Strafe kann nach § 49 Absatz 1 gemildert werden.

§ 212 StGB Totschlag

(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter 5 Jahren bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

§ 216 StGB Tötung auf Verlangen

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

(2) Der Versuch ist strafbar.

Anhang C: Auszug aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch

§ 1904 BGB Ärztliche Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur dann durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

Anhang D: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, 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.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen. Die Hilfe besteht neben palliativer Behandlung in Beistand und Sorge für Basisbetreuung.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige oder nahe stehende Personen informieren, es sei denn, der Wille des Patienten steht dagegen. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten mit infauster Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden, kommt eine Änderung des Behandlungszieles nur dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muss dem Willen des Patienten entsprechen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktion ersetzt, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapie künstlich in die Länge gezogen werden.

Alle diesbezüglichen Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

III. Behandlung bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung

Patienten mit einer lebensbedrohenden Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich - ggfs. künstlicher - Ernährung ist daher geboten. Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, „sog. Wachkoma“).

Bei fortgeschrittener Krankheit kann aber auch bei diesen Patienten eine Änderung des Therapiezieles und die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in Betracht kommen. So kann der unwiderufliche Ausfall weiterer vitaler Organfunktionen die Entscheidung rechtfertigen, auf den Einsatz substituierender technischer Hilfsmittel zu verzichten. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf dabei nicht alleiniges Kriterium sein.

Alle Entscheidungen müssen dem Willen des Patienten entsprechen. Bei bewusstlosen Patienten wird in der Regel zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z.B. der Eltern oder des Betreuers, oder des Bevollmächtigten maßgeblich. Diese sind gehalten, zum Wohl des Patienten

zu entscheiden. Bei Verdacht auf Missbrauch oder offensichtlicher Fehlentscheidung soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden.

Liegen weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten Erklärungen vor oder können diese nicht rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei einer früheren Erklärung des Patienten zu. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen einbezogen werden.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so handelt der Arzt im Interesse des Patienten, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.

V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Patientenverfügungen, auch Patiententestamente genannt, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Es muss stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen lässt, auch für die aktuelle Situation gelten soll. Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, dass solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfasst wurden und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen erwächst. Bei der Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu. Der Zeitpunkt der Aufstellung hat untergeordnete Bedeutung. Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber in der Regel schriftlich abgefasst sein.

Im Wege der Vorsorgevollmacht kann ein Bevollmächtigter auch für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, deren Unterlassung oder Beendigung bestellt werden. Bei Behandlung mit hohem Risiko für das Leben und Gesundheit bedarf diese Einwilligung der Schriftform (§ 1904 BGB) und muss sich ausdrücklich auf eine solche Behandlung beziehen. Die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in eine „das Leben gefährdende Behandlung“ bedarf der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 BGB). Nach der Rechtsprechung (Oberlandesgericht Frankfurt a.M.: vom 15.07.1998 - Az: 20W224/98) ist davon auszugehen, dass dieses auch für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase gilt.

Betreuungsverfügungen können Empfehlungen und Wünsche zur Wahl des Betreuers und zur Ausführung der Betreuung enthalten.

Anhang E: Auszug aus: Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe)

§ 214 Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen.

- (1) Wer lebenserhaltende Maßnahmen abbricht oder unterlässt, handelt nicht rechtswidrig, wenn
1. der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich verlangt oder
 2. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewusstsein unwiederbringlich verloren hat oder im Falle eines schwerstgeschädigten Neugeborenen niemals erlangen wird oder
 3. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis sonst zu einer Erklärung über Aufnahme oder Fortführung der Behandlung dauernd außerstande ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er im Hinblick auf Dauer und Verlauf seines aussichtslosen Leidenszustandes, insbesondere seinen nahe bevorstehenden Tod, diese Behandlung ablehnen würde, oder
 4. bei nahe bevorstehendem Tod im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung die Aufnahme oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist.
- (2) Abs. 1 gilt auch für den Fall, dass der Zustand des Betroffenen auf einem Selbsttötungsversuch beruht.

§ 214 a Leidensmindernde Maßnahmen

Wer als Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklichem oder mutmaßlichen Einverständnis Maßnahmen zur Linderung schwerer, anders nicht zu behebender Leidenszustände trifft, handelt nicht rechtswidrig, auch wenn dadurch als nicht vermeidbare Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.

§ 215 Nichthinderung einer Selbsttötung

- (1) Wer es unterlässt, die Selbsttötung eines anderen zu hindern, handelt nicht rechtswidrig, wenn die Selbsttötung auf einer frei verantwortlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren ernstlichen Entscheidung beruht.
- (2) Von einer solchen Entscheidung darf insbesondere nicht ausgegangen werden, wenn der andere noch nicht 18 Jahre alt ist oder wenn seine freie Willensbestimmung entsprechend §§ 20, 21 StGB beeinträchtigt ist.

§ 216 Tötung auf Verlangen

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

(2) Das Gericht kann unter den Voraussetzungen des Abs. 1 von Strafe absehen, wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.

(3) Der Versuch ist strafbar.

Anhang F: Zusammensetzung der Kommission

Unter dem Vorsitz des Ministers der Justiz Herbert Mertin und Frau Staatssekretärin Dr. Stefanie Lejeune haben an der Kommissionsarbeit mitgewirkt:

Als sachverständige Mitglieder:

Prof. em. Dr. theol. Dr. rer. nat. Dr. rer. nat. h. c. Günter Altner
Universität Koblenz - Landau
Fachbereich Evangelische Theologie
Gründungsmitglied des Freiburger Öko-Instituts e.V.
Mitglied bis 17.02.2002

Prof. Dr. rer. nat. Timm Anke
Universität Kaiserslautern
Fachbereich Biologie
Lehrbereich Biotechnologie
Sprecher des Forschungsschwerpunkts Biotechnologie
Vorstandsvorsitzender des Instituts für Biotechnologie und
Wirkstoff-Forschung e.V.

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Prof. (pensioniert) Dr. jur. Rudolf Gerhardt
Mitherausgeber der Zeitschrift für Rechtspolitik
Freier Mitarbeiter bei der „Frankfurter Allgemeine Zeitung“

Prof. Dr. phil. Dr. phil. h.c. Carl Friedrich Gethmann
Europäische Akademie zur Erforschung von Folgen
wissenschaftlich-technischer Entwicklungen Bad Neuenahr-Ahrweiler GmbH
und Universität Duisburg-Essen

Dipl.-Pädagogin Edeltraud Glänzer
Stellvertretende Landesbezirksleiterin der Industriegewerkschaft
Bergbau, Chemie, Energie
Landesbezirk Rheinland-Pfalz/Saarland

Prof. em. Dr. jur. Ernst-Walter Hanack
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
Fachbereich Rechts- und Wirtschaftswissenschaften

Prof. Dr. jur. Friedhelm Hufen
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staats- und Verwaltungsrecht
Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer
Stellvertretender Vorsitzender der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer,
Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. theol. Hartmut Kreß
Rheinische Friedrich Wilhelms-Universität, Bonn
Abteilung Sozialethik, Evangelisch-Theologische Fakultät

Prof. Dr. theol. Johannes Reiter
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
Fachbereich Katholische Theologie
Seminar für Moralthologie und Sozialethik

Univ.-Prof. (a.D.) Dr. med. Christian Rittner
Vorsitzender der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz

Dr. jur. Eckhard Sünner
Leiter des Zentralbereichs Recht, Steuern und Versicherung
BASF Aktiengesellschaft

Prof. Dr. med. Ursel Theile
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
Institut für Humangenetik am Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität
Leiterin der genetischen Beratungsstelle

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Gerhard Thews †
Altpräsident der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz
Stellvertretender Vorsitzender der Ethik-Kommission der
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Mitglieder aus den Ressorts der Landesregierung:

Staatskanzlei

Ministerialdirigent Prof. Dr. jur. Klaus Gebauer

Mitglied bis 01.08.2002

Politologin M.A. Iris Bauer

Mitglied ab 01.08.2002

Vertretung des Landes Rheinland-Pfalz beim Bund und der Europäischen Union

Ministerialrat Stefan Schnorr

Ministerium des Innern und für Sport

Ministerialrat Dr. jur. Hermann Franz

Mitglied bis 13.11.03

Ministerium der Finanzen

Ministerialrätin Doris Karwatzki

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit

Ministerialdirigent Wolfgang Glöckner

Ministerialrat Gernot Werther

Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau

Leitender Ministerialrat Dr.- Ing. Ulrich Müller

Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend

Diplom-Biologin Brigitte van Essen

Mitglied ab 28.05.2002

Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung, Forschung und Kultur

Ministerialrätin Brigitte Klempt

Ministerium für Umwelt und Forsten

Leitender Ministerialrat Dr. iur. utr. Frank Hennecke

Ministerium der Justiz

Ministerialdirigent Dr. jur. Klaus Böhm (mitgewirkt bis 24.01.2003)
Präsidentin des Landesprüfungsamts Marliese Dicke (mitgewirkt ab 28.05.2002)
Ministerialdirigent a.D. Heinrich Lenz (mitgewirkt 02.09.2003))
Ministerialdirigent Gerhard Meiborg (mitgewirkt bis 28.05.2002)
Leitender Ministerialrat Helmut Pandel
Ministerialrätin Dr. jur. Victoria Stein-Hobohm

Mitwirkende Gäste

Ministerialrätin Uta Becker
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit

Ministerialrat Dr. rer. publ. Jürgen Faltin
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit

Dr. phil. (AUS) Rudolf Teuwsen
Leiter der Geschäftsstelle des Nationalen Ethikrats

Sachverständige zu den Einzelthemen:

Prof. Dr. phil. Werner Burgheim
Professor für Erwachsenenbildung und Krisenpädagogik
Lehrbeauftragter am Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften
1. Vorsitzender der "Internationalen Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL-Hospiz)" von 1996 bis 2003

Prof. Dr. theol. Ulrich Eibach
Evangelisch Theologische Fakultät, Abt. Systematische Theologie
Rheinische Friedrich Wilhelms-Universität, Bonn
Pfarrer am Universitätsklinikum, Bonn
Beauftragter der Evangelischen Kirche im Rheinland für Fortbildung und Fragen der Ethik in Biologie und Medizin

Dr. med. Günther Frey
Rheinhessen-Fachklinik, Alzey
Facharzt für Neurologie
Rehabilitationswesen
Leitender Oberarzt der Abt. Neurologie und Neurologische Frührehabilitation

Dr. jur. Meo-Micaela Hahne
Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof, Karlsruhe

Prof. em. Dr. jur. Heinz Holzhauer
Westfälische Wilhelms-Universität, Münster

Prof. Dr. jur. Friedhelm Hufen
Sachverständiges Mitglied der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Henk Jochemsen
Director G.A. Lindeboom Institut, Zentrum für medizinische Ethik, Niederlande

Klaus Kutzer
Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a.D., Karlsruhe
Ordentliches Mitglied im Ausschuss ethischer und medizinisch-juristischer
Grundsatzfragen der Bundesärztekammer

Privatdozent Dr. med. Dietmar Mauer
Facharzt für Anästhesie
Deutsche Stiftung Organtransplantation
Geschäftsführender Arzt der Region Mitte

Prof. Dr. phil. Randolph Ochsmann
Vorsitzender des Interdisziplinären Arbeitskreises „Thanatologie“
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
FB 12 - Psychologisches Institut

Prof. Dr. med. H. W. Opderbecke
ehem. Vorstand des Instituts für Anästhesiologie des Städtischen Klinikums,
Nürnberg

Ursula Phillip
Dipl.-Religionspädagogin, Dipl.-Sozialarbeiterin
Mitarbeiterin der Betreuungsbehörde, Kreisverwaltung Neuwied
Ehrenamtliche Mitarbeiterin beim Hospizverein Neuwied

Rechtsanwalt Wolfgang Putz
Überregionale medizinrechtliche Sozietät Putz und Teipel
Rechtsanwälte - Notar
Berlin - München

Prof. Dr. med. Rittner
Sachverständiges Mitglied der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz

Dr. phil. Kurt F. Schobert
Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.
Chefredakteur der Verbandszeitschrift „Humanes Leben - Humanes Sterben“
Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der DGHS

Rudolf Sonntag
Richter am Amtsgericht (Vormundschaftsgericht), Mainz

Prof. Dr. med. Herwig Stopfkuchen
Universitätskliniken Mainz
Kinderklinik

Dr. med. Martin Weber
III. Medizinische Klinik der Universitätskliniken Mainz
Oberarzt für den Bereich „Palliativmedizin“
Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Rheinland-Pfalz

Anhang G: Quellen- und Literaturhinweise

Normen und Richtlinien

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i.d.F. v. 2.1.2002 (BGBl I 42; ber. S. 2909, 2003 S. 738), zuletzt geändert durch Gesetz 23.4.2004 (BGBl. I 2004, 598)

Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts sowie weiterer Vorschriften (BtÄndG) i.d.F. v. 25.6.1998 (BGBl. I 1998, 1580), zuletzt geändert am 1.1.1999

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) i.d.F. v. 23.5.1949, (BGBl I, S. 1) zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes am 16.7.1998, (BGBl I 1998, 1822)

Heimgesetz vom 7. August 1974 (BGBl. I 1974, 1873)

Strafgesetzbuch (StGB) i.d.F. v. 13.11.1998 (BGBl. I 1998, 3322), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes zu Änderung des Strafgesetzbuchs v. 27.12.2003 (BGBl. I 2003, 3007)

Zivilprozessordnung (ZPO) i.d.F. v. 12.9.1950 (BGBl. I 1950, 455,533), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung der Zivilprozessordnung vom 23.4.2004 (BGBl. I 2004, 598 m.W.v. 30.4.2004)

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998,
in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 3406
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Sterbebegleitung2004/index.html>

Parlamentarische Versammlung des Europarats, Empfehlung 1418 „Protection of the human rights and dignity of the terminally dying“ (1999)

Parlamentarische Versammlung des Europarats, Berichtsentwurf „Euthanasia“,
Doc. 9898, v. 10.09.2003

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, www.samw.ch: Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. 1. Publikation zur Vernehmlassung, Februar 2004.

Rechtsprechung

EGMR (Vierte Sektion), Urteil vom 29.04.2002 - 2346/02 (Pretty / Vereinigtes Königreich), in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2002, S. 2851

Europäische Grundrechtscharta, verkündet am 7.12.2000, Abl. EG C 364/1 v. 18.12.2000,
http://www.europarl.eu.int/charter/pdf/text_de.pdf

BVerfG, Beschluss des 1. Senats vom 04.6.85, 1 BvL 12/84, in: BVerfG 70, 115 (123)

BVerfG, Beschluss des 1. Senats vom 13.5.86, 1 BvR 1542/84, in: BVerfG 72, 155 (170)

BGH, Urteil vom 28.11.1957, 4 StR 525/57 (LG Essen), in: BGHSt 11, 111 (114)

BGH, Urteil vom 4.7.1984, 3 StR 96/84 (LG Krefeld), in: BGHSt 32, 367

BGH, Urteil vom 25.3.1988, 2 StR 93/88 (LG Aachen), in: BGHSt 35, 246 (249)

BGH, Urteil vom 8.5.1991, 3 StR 467/90 (LG Wuppertal), in: BGHSt 37, 376

BGH, Urteil vom 13.9.1994, 1StR 357/94 (LG Kempten), in: BGHSt 40, 257, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, S. 204

BGH, Urteil vom 15.11.1996, 3 StR 79/96 (LG Kiel), BGHSt 42,301, in *Neue Juristische Wochenschrift* 1997, S. 807

BGH, Urteil vom 7.2.2001, 5 StR 474/00 (LG Berlin), in: BGHSt 46,279 und in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, S. 1802

BGH, Beschluss vom 17.3.2003, XII ZB 2/03 (OLG Schleswig), in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1588

BGH, Urteil vom 20.5.2003, 5 StR 66/03 (LG Hamburg), in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 2326

BGH, Urteil vom 7.2.1984, VI ZR 174/82 (LG Frankfurt), in: BGHZ 90, 103 (111)

OLG München, Beschluss vom 31.7.1987, 1 Ws 23/87, in: *Juristische Arbeitsblätter* 1987, S. 579

BayObLG, Beschluss vom 3.8.1995, 3 ZBR 190/95, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 1995, S. 218

OLG Frankfurt/M., Beschluss vom 15.7.1998, 20 W 224/98, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 2747

OLG Zweibrücken, Beschluss vom 16.11.1999, 3 W 223/99, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, S. 2750

OLG Brandenburg, Beschluss vom 17.2.2000, 10 UF 45/99, in *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, S. 2361

OLG Hamm, Vorlagebeschluss vom 6.4.2000, 15 W 76/00, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, S. 3448

OLG Düsseldorf, Beschluss vom 27.3.2001, 25 Wx 128/00, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, S. 2807

OLG Karlsruhe/Freiburg, Beschluss vom 29.10.2001, 19 Wx 21/01, in: *Praxis der Freiwilligen Gerichtsbarkeit* 2002, S.26

OLG Frankfurt/M., Beschluss vom 20.11.2001, 20 W 419/ 01, in: *Monatsschrift für Deutsches Recht* 2002, S. 218

OLG Schleswig, Vorlagebeschluss vom 12.12.2002, 2 W 168/02, in: *Praxis der Freiwilligen Gerichtsbarkeit* 2003, S. 78

OLG München, Urteil vom 13.2.2003 - 3 U 5090/02, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S.1744

OLG Zweibrücken, Beschluss vom 26.2.2003, 3 W 17/03, in: *Neue Juristische Wochenschrift* Rechtsprechungs-Report 2003, S. 869

LG Ravensburg, Urteil vom 3.12.1986, 3 KIs 31/86, in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1987, S. 229

LG Augsburg, Beschluss vom 4.8.1999, 5 T 2780/99, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, 2363

LG München I, Beschluss vom 18.2.1999, 13 T 478/99, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1999, S.1788,

LG Duisburg, Beschluss vom 9.6.1999, 22 T 22/99, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1999, S. 2744

LG Mainz, Urteil 19.2.2003, 3214 Js 8484/02. 1 KLS

Amtsgericht Hamburg-Wandsbek, Beschluss vom 16.2.2001 - 708 N 528, in: *Neue Juristische Wochenschrift* Rechtssprechungs-Report 2001, S. 1159

Amtsgericht Frankfurt, Beschluss vom 12.6.2002, 45 XVII MOO 890/02, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2002 S. 1508

VG Karlsruhe, Urteil vom 11.12.1987, 8 K 205/87, in: *Juristenzeitung* 1988, S.208

Stellungnahmen und Sonstiges

Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg.),: „Passive und indirekte Sterbehilfe. Eine praxisorientierte Analyse des Regelungsbedarfs gesetzlicher Rahmenbedingungen in Deutschland“, Empfehlung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen, Juni 2003

<http://www.aem-online.de/main.htm>

Bundestagsdrucksache 13/11433 vom 11.9.1998, Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Knoche und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Sterbebegleitung, Sterbehilfe und der grundrechtliche Schutz des Lebens“

Bundestagsdrucksache 14/5659 vom 27.3. 2001, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Dr. Ruth Fuchs, Monika Balt und der Fraktion der PDS - 14/5489 - vom 07.03.2001 „Versorgung von Wachkoma-Patienten im häuslichen Bereich, in ambulanten und stationären Einrichtungen“

Bundestagsdrucksache 14/7398 vom 6.11.2001, Kleine Anfrage der Abgeordneten Seifert, Balt, Lüth, Dr. Fuchs, Maier und der Fraktion der PDS „Menschenwürde und Menschenrechte in Pflegeheimen“

Bundestagsdrucksache 14/7567 vom 26.11.2001, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Seifert, Balt, Lüth, Dr. Fuchs, Maier und der Fraktion der PDS „Menschenwürde und Menschenrechte in Pflegeheimen“

Bundestagsdrucksache 14/9020 vom 14.5.2002, Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“

Deutscher Ärztetag (106.) vom 20 bis 23. Mai 2003 in Köln, III. Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland

<http://www.aeksh.de/shae/200306/h036038a.html>

Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e.V. (DGMR), „Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben. Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte des Arzt-Patientenverhältnisses am Ende des Lebens. Empfehlungen“, Heidelberg, 2000

Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e.V. (DGMR), „Einbecker Empfehlungen, Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“ Revidierte Fassung 1992, in: *Medizinrecht* 1992, S. 206

Deutscher Juristinnenbund: Gesetzentwurf der Kommission „Ältere Menschen“ zum ärztlichen Behandlungsvertrag unter besonderer Berücksichtigung der Patientenrechte und unter Einbeziehung der Sterbebegleitung (Stand: Juni 2000)

<http://www.djb.de>

Deutscher Juristentag (Hrsg.), Gutachten D für den 56. Deutschen Juristentag. Erstattet von Prof. Dr. Harro Otto: „Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung“, Berlin 1986.

Deutscher Juristentag (Hrsg.), Sitzungsbericht M über die Verhandlungen der strafrechtlichen Abteilung zum 56. Deutschen Juristentag, Berlin 1986

Deutscher Juristentag (Hrsg.), Band I, Gutachten Teil A zum 63. Deutschen Juristentag. Erstattet von Prof. Dr. Jochen Taupitz: „Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?“, Leipzig 2000

Deutscher Juristentag (Hrsg.), Band II/1 Referat K 29/34 zum 63. Deutschen Juristentag, Leipzig 2000

Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“: „Schlussbericht“ vom 14.5.2002, *Bundestagsdrucksache 14/9020*

Fachtagung für Richterinnen und Richter sowie Staats- und Amtsanwältinnen und Staats- und Rechtsanwälte
Rechtsmedizinisches Seminar „Maximale Schmerztherapie und ihre Abgrenzung vom Tötungsdelikt“. Tagung I/9 des Gemeinsamen Justizbildungsprogramms der Länder Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz, November 2001,

Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 96, Heft 43 (29.10.1999), S. A-2720,
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Patientenverf.html>

Konferenz (75.) der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder am 20./21.6.2002 in Düsseldorf,
http://www.gesundheitstelematik.de/files/GMK75_Beschluss_TOP7.2_Telematik.pdf

Stellungnahme des Vormundschaftsgerichtstags e.V., *Betreuungsrechtliche Praxis*, 1998, S.161

Wissenschaftliche Veröffentlichungen

Alberts, H.: „Sterben mit Genehmigungsvorbehalt?“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis*, 2003, S.139

Alberts, H.: „Sterbehilfe, Vormundschaftsgericht und Verfassung“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1999, S. 835

Auerswald, U.: „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“, 106. Deutscher Ärztetag, 20.-23. Mai 2003, Köln, TOP III
http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/106_DAET/24Referate/Palliativmedizin.html

Baumann, W., Hartmann, C.: „Die zivilrechtliche Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens aus der Sicht der notariellen Praxis“, in: *Deutsche Notar Zeitung* 2000, S.594

Beckmann, J.: „Die ‚Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung‘ vom 11. September 1998 aus philosophischer Sicht“, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 1999, Band 4, S.419

Beckmann, J.: „Sterben und Tod aus der Sicht der Philosophie“, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 1997, Band 2, S.181

Berger, C.: Zum 63. Deutschen Juristentag Abteilung Zivilrecht. „Privatrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten zur Sicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens“, in: *Juristen Zeitung* 2000, S.797

- Bernat, E.: „Behandeln oder Sterbenlassen. Rechtsdogmatische und rechtsvergleichende Überlegungen zum Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlung“, in: Festschrift für Prof. Dr. Dr. hc. mult. Erwin Deutsch, 1999, 443 ff.
- Bienwald, W.: „Die Notwendigkeit der Schaffung einer Zentrale für Vorsorgeverfügungen“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S. 244
- Bienwald, W.: „Anmerkung zum Beschluss des OLG Frankfurt/M. vom 20.11.2001 - 20W419/01“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2002, S.577
- Birnbacher, D.: „Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland“, in: *Medizinethik und Kultur*, Gordijn, B., ten Have, H. (Hrsg.), Stuttgart-Bad Cannstadt, 2000
- Bockenheimer-Lucius, G.: „Verwirrung und Unsicherheiten im Umgang mit der Patientenverfügung. Auswirkungen des BGH-Urteils vom 17. März 2003 auf eine Entscheidung des Amtsgerichts Hamm vom 1. Juli 2003“, in: *Ethik in der Medizin* 2003, S.302
- Borasio, G.D., Putz, W., Eisenmenger, W.: „Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt“, in: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 100 Heft 31-32, 4. August 2003, A 2062
- Brysch, E.: „Fremdbestimmte Selbstbestimmung - Aktive Sterbehilfe als ‚Lebenshilfe‘ für ein unwürdiges Gesundheitssystem?“, in: Walter Schweidler u.a. (Hrsg.), *Menschenleben - Menschenwürde*, S. 281, Münster, 2003
- Bühler, E., Stolz, K.: „Wann hat ein Grundleid einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen?“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2003, S.1622
- Bühler, E., Stolz K.: „Sterbehilfe - Sterbebegleitung - Patientenverfügung: - Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage unter Ärzten“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S.232
- Burchardi, N., Rauprich, O., Vollmann, J.: „Patientenselbstbestimmung und Patientenverfügungen aus der Sicht von Patienten mit amyotropher Lateralsklerose. Eine qualitativ-empirische Studie“, in: *Ethik in der Medizin* 2004, S. 7
- Clie, T., Student, J.-Ch.: „Die Patientenverfügung“. Herder-Spektrum Band 5044, Freiburg/Br., 3. Aufl., 2001
- Coeppecus, R.: „Anreize zur Errichtung von Patientenverfügungen“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S 175
- Coeppecus, R.: „Behandlungsabbruch, mutmaßlicher Wille und Behandlungsrecht“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 3381
- Czerner, F.: „Aktive Sterbehilfe auch gegenüber Kindern? Zur Übertragbarkeit der aktuellen Diskussion in den Niederlanden auf die Bundesrepublik Deutschland unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten“, in: *Medizinrecht* 2001, S. 354
- Deichmann: „Vormundschaftsgerichtlich genehmigtes Töten durch Unterlassen“, in: *Monatsschrift für Deutsches Recht* 1995, S. 983
- Deutsch, E.: „Verfassungszivilrecht bei der Sterbehilfe“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1567
- Dodegge: „Die Entwicklung des Betreuungsrechts bis Anfang Juni 2000“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, S. 2704
- Eibach, U.: „Tötung aus Mitleid? Euthanasie und ‚lebenswertes‘ Leben“, Wuppertal, 1998

- Eibach, U.: „Verbot ‚aktiver‘ Sterbehilfe!? - Eines der letzten religiös begründeten ‚Tabus‘ der säkularen Gesellschaft - Eine theologisch-ethische Auseinandersetzung mit positivistisch-utilitaristischen Argumentationen“, in: *Medizinrecht* 2000, S. 10
- Eibach, U.: „Du sollst Menschenleben nicht töten“, in: *Medizinrecht* 2000, S.10
- Eibach, U.: „Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht“, Neunkirchen-Vluyn, 2000
- Eibach, U.: „Freiheit von Leiden durch uneingeschränkte Selbstverfügung über das eigene Leben - ein Menschenrecht? Ethische, theologische und seelsorgerliche Gesichtspunkte“
- Eibach, U.: „Künstliche Ernährung um jeden Preis? Ethische Überlegungen zur Ernährung durch percutane enterale Gastrostomie (PEG-Sonden)“, in: *Medizinrecht* 2002, S. 123
- Eibach, U.: „Fiktion Patientenautonomie? Empirisch-kritische Betrachtungen eines philosophisch-juristischen Postulats“, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 2002, S.109
- Eid, V.: „Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten?“, 2. Auflage, Mainz, 1985
- Erman, Bürgerliches Gesetzbuch, 10. Aufl., 2000
- Eser, A. und Koch, H.-G.: „Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation“, *Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht*, Freiburg im Breisgau, 1991
- Eser, A.: „Freiheit zum Sterben - Kein Recht auf Tötung“, in: *Juristenzeitung* 1986, S.786
- Fritsche, P.: „Ärztlich-ethische Aspekte zur Ambivalenz der Lebensverlängerung“, in: Lebensverlängerung aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht: Deutsche Sektion der Internationalen Juristen Kommission. Jahrestagung 30.9.-2.10.1994 in Wolfenbüttel, 1995
- Fröschle, T.: „Maximen des Betreuerhandelns und die Beendigung lebenserhaltender Eingriffe“, in: *Juristenzeitung* 2000, S. 72
- Füllmich, R.: „Zur Ablehnung künstlich lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen durch nicht entscheidungsfähige Patienten“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1990, S. 2301
- Gerhardt, R.: „Keine Halbgötter in schwarz“, ZRP-Rechtsgespräch mit dem Vorsitzenden Richter am Bundesgerichtshof Klaus Kutzer, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2000, S. 402
- Gerhardt, R.: „Der Vormundschaftsrichter als Schicksalsbeamter?“ ZRP-Rechtsgespräch mit Klaus Kutzer, Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a.D., in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 213
- Gerhardt, R.: „Klarheit ‚Im Namen des Volkes‘?“ (Sprach-)Kritische Anmerkung zum neuen Sterbehilfe-Urteil des BGH [NJW 2003, 1588 ff.], in: *Deutsche Richter Zeitung* 2003, S. 256
- Gerhardt, R.: „Der Wille des Patienten bindet den Arzt. Interview mit dem Präsidenten des Bundesverfassungsgerichts Prof. Dr. Dr. h.c. H.J. Papier“, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 15.4.2003
- Gerhardt, R.: „Der Patientenwille hat Vorrang. Ein Gespräch mit der Vorsitzenden Richterin am Bundesgerichtshof Meo-Micaela Hahne“ in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 18.07.2003
- Grewel, H.: „Lizenz zum Töten. Der Preis des technischen Fortschritts in der Medizin“, Stuttgart, 2002
- Grimm, Ch., Caesar, P. (Hrsg.): „Verfassung für Rheinland-Pfalz“ Kommentar, Mainz, August 2001
- Gründel, M.: „Einwilligung des Betreuers in den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1999, S. 3391

- Hahne, M.-M.: „Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2003, S. 1619
- Hahne, M.-M.: „Der Patientenwille hat Vorrang.“ Ein Gespräch mit der Vorsitzenden Richterin am Bundesgerichtshof Meo-Micaela Hahne, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 18.7.03
- Halliday, S., Wittek, L.: „Nichtaufnahme und Abbruch einer medizinischen Behandlung am Lebenden in Deutschland und in England“, in: *Juristen Zeitung* 2002, S. 752
- Hanack, E.-W.: „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen aus juristischer Sicht“, in: *Medizinrecht* 1985, S. 33
- Herzberg, R.D.: „Straffreie Beteiligung am Suizid und gerechtfertigte Tötung auf Verlangen“, in: *Juristenzeitung* 1988, S. 182
- Herzberg, R.D.: „Sterbehilfe als gerechtfertigte Tötung im Notstand?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1996, S. 3043
- Hesse, K.,: „Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 20. Auflage, Heidelberg, 1995
- Hiersche, H.-D.: „Der Kemptener Fall cui bono? Aus der Sicht eines Arztes“, in: Festschrift für Prof. Dr. jur. Ernst-Walter Hanack, hrsg. von Udo Ebert, Berlin, New York, 1999
- Höfling, W.: „Von Menschen und Personen. Verfassungsrechtliche Überlegungen zu einer bioethischen Schlüsselkategorie“, in: Dörr/Fink u.a. (Hrsg.), *Die Macht des Geistes*, Festschrift für Prof. Dr. Hartmut Schiedermaier, 2000
- Höfling, W.: „Forum: Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz“, in: *Juristische Schulung* 2000, S.111
- Höfling, W.: „Das Tötungsverbot und die Grenzen seiner Einschränkung aus verfassungsrechtlicher Sicht“, in: *Zeitschrift für Lebensrecht* 2002, S. 33
- Holderegger, A., (Hrsg.): „Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht“, Freiburg/Schw. / Freiburg/Br., 2. Aufl., 2000
- Holzauer, H.: „Justizverwaltung in Schicksalsdingen“, Anmerkungen zum Beschluss des BGH v. 17.03.2003 - XII ZB 2/03-, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2003, S. 991
- Holzauer, H.: „Von Verfassungs wegen: Straffreiheit für passive Sterbehilfe“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2004, S. 41
- Hruscka, J.: „Utilitarismus in der Variante von Peter Singer“, in: *Juristen Zeitung* 2001, S.261
- Hubert-Fehler, A. und Hollmann, A.: „Entscheidung des Betreuers für oder gegen PEG“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 1996, S. 210
- Hufen, F.: „Verfassungsrechtliche Grenzen des Richterrechts“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 248
- Hufen F.: „In dubio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, S. 849
- Jans, J.: „'Sterbehilfe' in den Niederlanden und Belgien. Rechtslage, Kirchen und ethische Diskussion“, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 2002, S.283
- Jens, W., Küng, H.,: „Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung“, München / Zürich, 2. Aufl., 1995

- Jürgens, A., Marschner, R.: „Das neue Betreuungsrecht“, 2. Aufl., 1999
- Kamphaus, F.: „Wer nicht sterben kann, kann auch nicht leben“, Brief von Bischof Franz Kamphaus an die Gemeinden des Bistums Limburg zur österlichen Bußzeit, 2003
- Kaufmann, A.: „Zur ethischen und strafrechtlichen Beurteilung der so genannten Früheuthanasie“, in: *Juristenzeitung* 1982, S. 481
- Keyserlingk, E.: „Die Strafbarkeit der Nichtbehandlung von Neugeborenen und Kindern in Kanada und in den Vereinigten Staaten von Amerika“, in: *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 1985, S.179
- Kielstein, R., Sass, H.-M.: „Die persönliche Patientenverfügung. Vorbereitung, Bausteine, Modelle“, Münster, 2001
- Kintzi, H.: „Ärztliche Indikation zum Töten?“, in: *Deutsche Richter Zeitung* 2002, S. 256
- Klaschik, E.: „Humanität am Ende des Lebens. Palliativmedizin und Schmerztherapie“, in: Kreß, H., Racké, K. (Hrsg.): „Medizin an den Grenzen des Lebens“, S. 94, Münster 2002
- Klaschik, E.: „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“, 106. Deutscher Ärztetag 20. - 23. Mai 2003, Köln, TOP III,
http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/106_DAET/24Referate/KlaschikTOPIII.html
- Klaschik, E.: „Sterbehilfe - Sterbebegleitung - Palliativmedizin“
- Koch, H.-G.: „Materialien internationaler Institutionen“, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg im Breisgau
- Körtner, U.: „Bedenken, dass wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik“, München, 1996
- Kreß, H.: „Menschenwürde im modernen Pluralismus. Wertedebatte - Ethik der Medizin - Nachhaltigkeit“, Hannover, S. 112, 1999
- Kreß, H.: „Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin“, S.162, Stuttgart, 2003
- Kreß, H.: „Menschenwürde am Ende des Lebens. Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Patientenverfügung in ethischer Sicht“ Vortrag vom 20.10. 2001 im Rahmen des Symposiums „Selbstbestimmtes Leben- selbstbestimmtes Sterben“ in der FH Wiesbaden
<http://www.evtheol.uni-bonn.de/sozethik/sterbehilfe2001.html>
- Kreß, H.: „Freiheit und Selbstbestimmung am Ende des Lebens. Ethische Aspekte zur Patientenverfügung. Referat auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden am 20.04.2004
http://www.uni-bonn.de/www/Evangelische_Theologie/Sozialethik/Vortraege/Sterbehilfe.html
- Kriesi, W.: „Endlich in Würde sterben“, in: *Bild der Wissenschaft* 2000, S. 56
- Kutzer, K.: „Wir brauchen keine neuen Gesetze zur Sterbehilfe“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 1997, S. 117

- Kutzer, K.: „Rechtliche und rechtspolitische Aspekte einer verbesserten Schmerzbekämpfung in Deutschland“, in: *Straf- und Strafverfahrensrecht, Recht und Verkehr, Recht und Medizin - Festschrift für Hannskarl Salger*, 1995, S. 663
- Kutzer, K.: „Strafrechtliche Überlegungen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und zur Zulässigkeit der Sterbehilfe“, in: *Monatsschrift für Deutsches Recht* 1985, S. 710
- Kutzer, K.: „Keine Halbgötter in Schwarz“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2000, S.402
- Kutzer, K.: „Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 209
- Kutzer, K.: „Strafrechtliche Grenzen der Sterbehilfe“, in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1994, S. 110
- Kutzer K.: „Sterbehilfeproblematik in Deutschland - Rechtssprechung und Folgen für die klinische Praxis“, in: *Medizinrecht* 2001, S. 77
- Kutzer, K.: „Ist eine gesetzliche Regelung der erlaubten passiven Sterbehilfe zur Abgrenzung von der unerlaubten aktiven Sterbehilfe erforderlich?“, in: Arnd, T., May, A., Sylke, E., Geißendörfer, S., Simon, A., Strätling, M., (Hrsg.): „Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.“, LIT Verlag Münster - Hamburg - London, 2002
- Laufs, A.: „Selbstverantwortetes Sterben?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1996, S.763
- Laufs, A.: „Zivilrichter über Leben und Tod?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 3399
- Laufs, A., Uhlenbruck, W. und andere: „Handbuch des Arztrechts“, 3. Auflage, München 2002
- Limbach, J.: „In Würde sterben“, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2002, S. 87
- Lipp V.: „Freiheit und Fürsorge: der Mensch als Rechtsperson“, Tübingen; 1. Auflage, 2000
- Lipp V.: „Privatautonomie, Sterbehilfe und Betreuung“, in: *Deutsche Richter-Zeitung* 2000, S. 231
- Lipp, V.: „Rechtliche Aspekte stellvertretender Entscheidungen bei ‚passiver Sterbehilfe‘“, in: Arnd, T., May, A., Sylke, E., Geißendörfer, S., Simon, A., Strätling, M., (Hrsg.): „Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.“, LIT Verlag Münster - Hamburg - London, 2002
- Lipp V.: „Patientenautonomie und Sterbehilfe“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S.47
- Lipp; V.: „Anmerkungen zur BGH-Entscheidung“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2003, S. 756
- Maunz, T., Dürig, G., Herzog, R., Scholz, R., Lerche, P., Papier, H.J., Randelzhofer, A., Schmidt-Aßmann, E.: „Grundgesetz, Kommentar“, München, 1958, Stand 1.2.2003
- May, A., Sylke, E., Geißendörfer, S., Simon, A., Strätling, M., (Hrsg.): „Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.“, LIT Verlag Münster - Hamburg - London, 2002
- Meier, S.: „PEG-Sonde und Sterbehilfe“, in: *Berufsverband der Berufsbetreuer/innen (BdB)*, Heft 25, Juli 2000, S.5
- Meier, S.: „Inhalt und Reichweite einer Vorsorgevollmacht“, in: *Praxis der freiwilligen Gerichtsbarkeit* 2002, S.184

- Merkel, R.: "Früheuthanasie": rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin, 1. Auflage, Baden-Baden 2001
- Milzer, L.: „Die adressatengerechte Vorsorgevollmacht“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1836
- v.Münch/Kunig, P., (Hrsg.): „Grundgesetz-Kommentar“, 5. Auflage, München, 2000
- Muschke, A.: „Gesetzliche Regelung der Sterbehilfe?“, Diss., Gießen, 1988
- Neumann, H.A.: „Aufgaben der Palliativmedizin“, in: Walter Schweidler u.a. (Hrsg.), „Menschenleben - Menschenwürde“, S. 269, Münster, 2003,
- Niethammer, D.: „Kinder im Angesicht ihres Todes“, in: Claudia Wiesemann u.a. (Hrsg.), „Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille“, S. 92, Frankfurt/M., 2003
- Oduncu, F.: „Sterbebegleitung und Sterbehilfe“, in: *Stimmen der Zeit*, Heft 8, August 1999, Verlag Herder Freiburg
- Opperbecke, H.W. und Weißauer, W.: „Behandlungsabbruch bei unheilbarer Krankheit aus medikolegaler Sicht“, in: *Medizinrecht* 1995, S. 456
- Opperbecke, H.W. und Weißauer, W.: „Grenzen der Intensivmedizin - medikolegale Aspekte“, in: *Der Anaesthetist* 2000, S. 834
- Opperbecke, H.W. und Weißauer, W.: „Ein Vorschlag für Leitlinien - Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht“, in: *Medizinrecht* 1998, S. 395
- Otto, H.: „Sterbehilfe und Patientenautonomie“, in: *Zeitschrift für das Lebensrecht*, 2002, S. 42
- Paehler, H.: „Recht und Gefühl“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 141
- Petzold, H.: „Psychotherapeutische Begleitung von Sterbenden - ein integratives Konzept für die Thanatotherapie“, Johannes Gutenberg-Universität. Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie, Heft 16, 1999
- Pieroth, B., Schlink, B.: „Grundrechte, Staatsrecht II“, 18. Auflage, Berlin/Münster, Juni 2002
- Putz, W., Geißendörfer, S., May, A.: „Therapieentscheidung am Lebensende - ein ‚Fall‘ für das Vormundschaftsgericht?“, Medizinethische Materialien Nummer 141, Zentrum für Medizinische Ethik, 2002
- Reuter, B.: „Die gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe des Königreiches der Niederlande - ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland?“, Frankfurt/M., 2001
- Rittner, Ch.: „Tod und Sterben aus der Sicht eines Rechtsmediziners - ein Beitrag zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion“. Teil 1: „Über so genannte Mitleidstötungen“, in: *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz* Oktober 2000, S. 1
- Rittner, Ch.: „Tod und Sterben aus der Sicht eines Rechtsmediziners - ein Beitrag zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion. Teil 2: „Selbsttötung des todkranken Patienten - ärztlich unterstützt?“, in: *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz*, Oktober 2000, S. 1
- Rittner, Ch.: „Tod und Sterben aus der Sicht eines Rechtsmediziners - ein Beitrag zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion. Teil 3: „Sterbenlassen in Würde nach dem erklärten oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten/der Patientin“, in: *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz*, Oktober 2000, S. 313
- Roth, A.: „Die Einwilligung des Betreuers in den Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 215

- Roxin, C.: Die Sterbehilfe im Spannungsfeld von Suizidteilnahme, erlaubtem Behandlungsabbruch und Tötung auf Verlangen, in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1987, S.348
- Roxin, C., Schroth, J.: „Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht“, 2001
- Sachs, M. (Hrsg.): „Grundgesetz Kommentar“, 2. Auflage, München, 1999
- Sackmann, N.: „Keine richterliche Anordnung von Sterbehilfe“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1568
- Saliger, F.: „Sterbehilfe mit staatlicher Genehmigung - OLG Frankfurt a.M.“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 2747
- Sass, H.M.: „Sterbehilfe in der Diskussion. Zur Validität und Praktikabilität wertanamnestischer Betreuungsverfügungen“, in: Kreß, H., Kaatsch, H.-J.: (Hrsg.), „Menschenwürde, Medizin und Bioethik“, S. 89, Münster, 2000
- Sass, H.-M., Kielstein, R.: „Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht“, Münster 2001
- Schaffer, W.: „Patientenautonomie am Ende des Lebens“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S.143
- Scheffen, E.: „Noch einmal: Selbstverantwortetes Sterben?“, *Neue Juristische Wochenschrift* 1996, S. 1581
- Scheffen, E.: „Zivilrechtliche Neuregelung der passiven Sterbehilfe und Sterbebegleitung“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2000, S. 313
- Schindler, T.: „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“, 106. Deutscher Ärztetag 20.-23. Mai 2003, Köln, TOP III, http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/106_DAET/24Referate/Schindler.pdf
- Schlögel, H., Alkofer, A.-P.: „Was soll ich dir tun? Kleine Bioethik der Krankenhauseelsorge“, Stuttgart, 2003, S.102
- Schmidt-Jortzig, E.: „Die Entpersönlichung des Sterbens. Das Dilemma staatlicher Regelungsambitionen“, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 2002, S. 20
- Schönke, A.: „Strafgesetzbuch: Kommentar“, 26. neubearbeitete Aufl., München, 2001
- Schreiber H.-L.: „Sterbehilfe und Therapieabbruch“, in: Festschrift für Prof. Dr. Ernst-Walter Hanack, hrsg. von Udo Ebert, Berlin, New York, 1999
- Schreiber, H.- L.: „Gesetzliche Regelung der Sterbehilfe“, Johannes Gutenberg-Universität. Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie, Heft 15, 1999
- Schreiber, H.-L.: „Das Recht auf den eigenen Tod - zur gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe“, in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1986, S. 337
- Schreiber, H.-L.: „Die Neuregelung der Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien - Vorbild für die Bundesrepublik?“, in: Kreß, H., Racké, K., (Hrsg.), „Medizin an den Grenzen des Lebens“, S. 123, Münster 2002
- Schreiber, L.H.: „Probleme bei dem Gebrauch einer PEG-Sonde“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 148
- Seibert, A., Ochsmann, R., Feith, G., Klein, T.: „Erfahrungen professioneller Helferinnen und Helfer im Umgang mit Tod und Sterben: Einstellungen zur Sterbehilfe“ Beiträge zur Thanatologie, Johannes Gutenberg-Universität. Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie, Heft 17, 1999

- Seitz, W.: „Das OLG Frankfurt a.M. und die Sterbehilfe“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 1998, S. 417
- Siep, L., Quante, M.: „Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen?“, in: Holderegger, A., (Hrsg.) „Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht“, S. 37, Freiburg/Schw. / Freiburg/Br., 2. Aufl. 2000
- Soergel/Zimmermann: „BGB“, 13. Aufl., Stuttgart, Berlin, Mainz, 2000
- Spickhoff, A.: „Die Patientenautonomie am Lebensende: Ende der Patientenautonomie?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, S. 2297
- Stackmann, N.: „Keine richterliche Anordnung von Sterbehilfe“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1568
- Stalinski, D.: „Gerichtlich genehmigte Sterbehilfe“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 1999, S. 86
- Staudinger: „BGB“, 13. Auflage, Berlin, 1999
- Strätling, M., Schmucker, P., Eisenbart, B., Scharf, V.E., Bartmann, F.: „Medizinische Entscheidungen am Lebensende“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 47
- Strätling M., Sedemund-Adib B., Scharf V.E., Schmucker P.: „Gesetzliche Normierung von Patientenverfügungen“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 154
- Strätling M., Sedemund-Adib B., Scharf V.E., Schmucker P.: „Gesetzliche Wirksamkeitsvoraussetzungen von Patientenverfügungen“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 289
- Stürner, M.W.: „Verfügung über das eigen Leben zwischen Lebensrecht und Tötungsverbot“, Diss. München, 1989
- Taupitz, J.: „Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?“ Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag 2000
- Tröndle, H., Fischer, T.: „Strafgesetzbuch und Nebengesetze“, 51. Auflage, München, 2003
- Tröndle, H.: „Warum ist die Sterbehilfe ein rechtliches Problem?“, in: *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 1987, S. 25
- Trück, T.: „Mutmaßliche Einwilligung und passive Sterbehilfe durch den Arzt“, Diss., Tübingen, 2000
- Uhlenbruck, W.: „Bedenkliche Aushöhlung der Patientenrechte durch die Gerichte“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1710
- Uhlenbruck, W.: „Brauchen wir in Deutschland ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, S. 2770
- Verrel, T.: „Der BGH legt nach: Zulässigkeit der indirekten Sterbhilfe“, in: *Medizinrecht* 1997, S. 248
- Verrel, T.: „Richter über Leben und Tod“, in: *Juristische Rundschau* 1999, S. 5
- Vossler, N.: „Bindungswirkung von Patientenverfügungen? - Gesetzgeberischer Handlungsbedarf?“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2002, S. 295
- Vossler, N.: „Verwirklichung der Patientenautonomie am Ende des Lebens durch Patientenverfügungen“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S. 240
- Wagenitz, T., Engers, M.: „Anmerkung zu OLG Frankfurt a. M., 20 ZS, B. v. 15.7.1998, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 1998, S. 1256

Weber, M., Kutzer, K.: „Ethische Entscheidungen am Endes Lebens - Grundsätze, Unsicherheiten, Perspektiven“ in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift, Ethik in der Medizin, Sonderdruck*, 2002; 127: 2689 -2693

Weber, M., Stiehl, M., Reiter, J., Rittner Ch.: „Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz“, in: *Deutsches Ärzteblatt, Sonderdruck*, 98. Jahrgang, Heft 48, S. A-3184-3188, B-2697-2701, C-2504-2508

Wils J.-P., „Sterben. Zur Ethik der Euthanasie“, Paderborn, 1999

Wolfslast, G., Conrads, Ch., (Hrsg.), Textsammlung Sterbehilfe, Berlin / Heidelberg / New York, 2001

Wuermeling, H.-B.: „Töten oder Sterbenlassen? Zur Frage der Patientenverfügung“ Angermühler Gespräche Medizin-Ethik-Recht, Band 10,
<http://www.klinik-angermuehle.de/buch/buchband/a-ban10a.htm>

Wuermeling, H.-B.: „Gebotenes Sterbenlassen“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 96. Jahrgang, Heft 36, Seiten A- 2205-2210, B-1788-1791, C-1641-1644

Zieger, A., Bavastro, P., Holfelder, H.-H., Dörner, K.: „Patientenverfügungen. Kein Sterben in Würde“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 99. Jahrgang, Heft 14, 5. April 2002

Zieger, A.: „Zur Persönlichkeit des Wachkomapatienten“, in:
<http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/medizin/zieger-persoenlichkeit.bdkb>

Zöller, M.A.: „Passive Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und mutmaßlicher Einwilligung“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 1999, S. 317
<http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/medizin/zieger-persoenlichkeit.bdkb>