

Rechtspolitisches Forum

Legal Policy Forum

45

Torsten Verrel

Ist das Sterben normierbar?

Patrick Kinsch

Der luxemburgische Gesetzesvorschlag
zur Sterbehilfe

Franz-Josef Tentrup

Palliativmedizinische Erwägungen

Das Institut für Rechtspolitik an der Universität Trier hat die wissenschaftliche Forschung und Beratung auf Gebieten der Rechtspolitik sowie die systematische Erfassung wesentlicher rechtspolitischer Themen im In- und Ausland zur Aufgabe. Es wurde im Januar 2000 gegründet.

Das *Rechtspolitische Forum* veröffentlicht Ansätze und Ergebnisse national wie international orientierter rechtspolitischer Forschung und mag als Quelle für weitere Anregungen und Entwicklungen auf diesem Gebiet dienen. Die in den Beiträgen enthaltenen Darstellungen und Ansichten sind solche des Verfassers und entsprechen nicht notwendig Ansichten des Instituts für Rechtspolitik.

Die Notwendigkeit einer rechtlichen Regelung der Sterbehilfe ist seit langem Gegenstand intensiver Diskussion in Deutschland, die Rechtsunsicherheit bezüglich zulässiger bzw. unzulässiger Sterbehilfe heute aber größer denn je. Der erste Beitrag setzt sich mit den Gründen dieser Entwicklung auseinander und zeigt Möglichkeiten auf, wie der Bereich zulässiger Sterbehilfe im Strafrecht ohne Verlust an Einzelfallgerechtigkeit präzisiert werden kann. Der sich anschließende Beitrag geht auf die luxemburgische Gesetzgebung zur Sterbehilfe ein. Schließlich werden die Beiträge aus der Sicht eines Palliativmediziners unter Heranziehung von Fällen aus der Praxis diskutiert.

Prof. Dr. Torsten Verrel ist seit 2003 Professor sowie Direktor des Kriminologischen Seminars an der Universität Bonn. Er ist u.a. Mitglied der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn.

Dr. Kinsch ist seit 1988 Rechtsanwalt in Luxemburg. Seit 2008 ist er Gastprofessor an der Universität Luxemburg. Er war von 1999 bis 2005 Honorarprofessor an der Universität Strassburg und ist seit 2005 Gastprofessor an der Universität Luxemburg.

Dr. med. Franz-Josef Tentrup ist ehemaliger Chefarzt und Palliativmediziner des Mutterhauses Trier sowie u.a. Mitglied des Arbeitskreises Ethik der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

IST DAS STERBEN NORMIERBAR?

ANMERKUNGEN ZUR ENTWICKLUNG UND ZUM STAND DER STERBEHILFEDISKUSSION

PROF. DR. TORSTEN VERREL

I. Einleitung und Themenbeschränkung

Nachrichten, wie etwa die über die 13-jährige *Hannah Jones* aus Mittelengland, die sich einer Herztransplantation verweigert, um im Kreise ihrer Familie sterben zu können¹, oder über die 38 Jahre alte Italienerin *Eluana Englaro*, die 17 Jahre im Koma lag und nunmehr gestorben ist, nachdem ihr Vater die Einstellung der künstlichen Ernährung erstritten hatte², konfrontieren uns nicht nur mit bewegenden, ja geradezu bedrückenden Einzelschicksalen, sondern zeigen, dass die Sterbehilfediskussion nichts von ihrer nunmehr schon viele Jahre währenden Aktualität verloren hat. In Anbetracht solcher Fälle taucht nämlich regelmäßig die Frage danach auf, welche Maßnahmen der Sterbehilfe in Deutschland erlaubt sind und wird schnell der Ruf nach einer Reform des § 216 StGB laut, der bekanntlich Tötungen auf Verlangen mit Strafe bedroht. Da es nicht möglich ist, alle rechtlichen Aspekte der Sterbehilfediskussion in einem Vortrag zu beleuchten³, soll der folgende Beitrag zum einen auf die Betrachtung der strafrechtlichen Per-

1 Meldung in der SZ vom 12.11.2008; s. auch www.sueddeutsche.de/thema/Hannah-Jones.

2 Meldung in der FAZ vom 09.02.2009; s. auch www.stern.de/panorama/Italien-Eluana-Koma/654269.html.

3 Umfassender *Verrel*, Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung. Gutachten C zum 66. Deutschen Juristentag Stuttgart 2006, München 2006; einen Überblick geben u. a. *Schreiber*, NStZ 2006, 473; *Will*, Das Recht auf einen menschenwürdigen Tod, Vorgänge, Heft 2, 2006, 43; *Ingelfinger*, JZ 2006, 830; *Otto*, NJW 2006, 2230; *Schroth*, GA 2006, 549 ff.

spektive⁴ und zum anderen auf zwei Erscheinungsformen der Sterbehilfe beschränkt bleiben, nämlich auf die Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen – also die sog. passive Sterbehilfe – und auf die Vornahme potentiell lebensverkürzender Maßnahmen der Leidenslinderungen – also die sog. indirekte Sterbehilfe.

Die Begrenzung auf das Strafrecht ist nicht nur der Herkunft des Verfassers geschuldet, sondern vor allem der Einschätzung, dass es in erster Linie die Unsicherheit über den Umfang strafrechtlich erlaubter Sterbehilfe bzw. die vielfach irrationale Furcht vor strafrechtlicher Verfolgung ist, die sich in der Praxis als Hindernis für ein selbstbestimmtes und möglichst leidensfreies Sterben auswirkt.⁵ Dies sei nicht aus fachlicher Eitelkeit gesagt oder um eine natürlich nicht gegebene Alleinzuständigkeit des Strafrechts zu reklamieren. Der bekannte Göttinger Medizinrechtler und Kollege *Schreiber* betont auf Tagungen zu Recht, dass die Strafrechtler „nicht scharf auf die Sterbehilfe“ seien und gerne die Zivil- und Öffentlichrechtler, Theologen und Ethiker sie „haben“ könnten. Doch was solle man denn tun, wenn Sterbehilfe geleistet oder unterlassen wurde und einer der Beteiligten deswegen Anzeige erstattet? In diesen Fällen muss das Strafrecht eine Antwort geben, müssen der Staatsanwalt und ggf. Strafrichter, aber auch die Betroffenen selbst wissen, ob sich Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige und Stellvertreter des Patienten wegen eines Tötungsdelikts strafbar machen, wenn sie lebenserhaltende Maßnahmen einstellen oder Leiden auf Kosten der verbleibenden Lebenszeit lindern oder ob sie im umgekehrten Fall der Weiterbehandlung bzw. der nicht an die Grenze womöglich letaler Dosierungen gehenden Leidenslinderung eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung fürchten müssen.

Mit der Beschränkung auf Behandlungsbegrenzungen und todesbeschleunigende Leidenslinderungen soll ein ganz bewusster Kontrapunkt zur medialen Wahrnehmung und Aufbereitung des Problemfelds Sterbehilfe gesetzt werden. Die auch von manchen selbstdarstellungssüchtigen Personen immer wieder angefachte

4 Zum Zivilrecht s. nur *Taupitz*, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Gutachten A zum 63. DJT; München 2000.

5 S. dazu etwa *Czerner*, JR 2005, 98; *Strätling u. a.* MedR 2004, 435, Fn. 17 a; *Heyers*, JuS 2004, 104; *Kutzer*, FPR 2004, 689; ZRP 2004, 213 sowie jüngst *Küng* in FAZ v. 21.02.2009, S. 31.

Diskussion über eine Liberalisierung des Verbots der Tötung auf Verlangen oder über organisierte Sterbehilfe hat mit den in der Praxis drängenden Fragen und Problemen eher wenig zu tun. Vielmehr betreffen diese Erscheinungsformen der Sterbehilfe, also die sog. aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid, Sonderfälle, die als ultima ratio-Konstellationen gewiss in eine Gesamtbeurteilung mit einbezogen werden müssen.⁶ Sie machen aber nicht den Kernbereich der Entscheidungsfindungen am Lebensende aus. Anders ausgedrückt: Der Dauerdisput über aktive Sterbehilfe und die Empörung über Sterbehilfetourismus und Sterbehilfeorganisationen würden sich deutlich beruhigen und auf ein vernünftiges Maß zurückschrumpfen, wenn ein angemessener gesetzlicher und medizinischer Rahmen für Behandlungsbegrenzungen und für Leidenslinderungen zur Verfügung stünde.

II. *Behandlungsbegrenzungen*

Wo liegen nun die Probleme von Behandlungsbegrenzungen? Hier sollen vier Aspekte herausgegriffen werden, nämlich a) die bestehende terminologische Verunsicherung, b) die mangelnden Kenntnisse über die (richter)rechtliche Zulässigkeit von Behandlungsbegrenzungen und c) die bedauerliche Untätigkeit der Rechtspolitik bzw. deren momentane Fokussierung auf den Teilaspekt Patientenverfügung; schließlich soll aufgezeigt werden, wie denn d) eine wünschenswerte gesetzliche Regelung aussehen könnte.

1. *Begrifflichkeit*

Der Diskurs über und die Praxis von Sterbehilfe in Deutschland leiden ganz erheblich an der überkommenen, aber missverständlichen terminologischen Unterscheidung zwischen der grundsätzlich erlaubten sog. passiven und der verbotenen sog. aktiven Sterbehilfe. Sie hat zu der bei Ärzten tief verwurzelten Fehlvorstellung geführt, dass sich die Zulässigkeit einer Behandlungsbegrenzung danach richtet, ob sie durch eine anfängliche bzw. nachträgliche

⁶ Näher dazu Verrel (Fn. 3), C 68, 111 ff.

Untätigkeit bewirkt oder durch die aktive Einstellung einer zunächst eingeleiteten Therapie realisiert wird.⁷

Begünstigt wird diese Annahme durch die unbestreitbare psychologisch-emotionale Differenz, die zwischen der schlichten Nichtbehandlung und beispielsweise dem Abstellen eines Beatmungsgeräts besteht. Der Druck auf den Schalter macht den Gehalt und die Konsequenz der Behandlungsbegrenzung besonders deutlich, während die bloße Nonintervention als ein erträglicheres „dem Schicksal seinen Lauf lassen“ erscheint. Eine zumindest für den Zeitpunkt des Todeseintritts ursächliche Entscheidung trifft aber genauso derjenige, der die Maschine gar nicht erst anschließt, obwohl dies technisch möglich gewesen wäre. Die rechtliche Beurteilung einer Behandlungsbegrenzung hängt folglich nicht von der gewählten Handlungsform, sondern davon ab, ob

1. lebenserhaltende Maßnahmen überhaupt **medizinisch indiziert** sind und wenn ja, ob
2. deren Begrenzung dem aktuell erklärten oder in einer validen Patientenverfügung vorausverfügten oder dem feststellbaren mutmaßlichen **Willen des Patienten** entspricht.

Kurz gesagt: Jedes ärztliche Verhalten, das der Umsetzung eines zuverlässig festgestellten Nichtbehandlungswillens des Patienten dient, ist erlaubt, ja sogar geboten und fällt nicht unter die Kategorie der sog. aktiven Sterbehilfe wie umgekehrt jede eigenmächtige passive oder aktive Begrenzung einer medizinisch indizierten lebenserhaltenden Behandlung ein Tötungsdelikt bis hin zum Mord darstellen kann.⁸

Zur Begriffsverwirrung trägt weiterhin die mitunter postulierte Zugehörigkeit der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu einer angeblich unabdingbaren Basisversorgung bzw. das behauptete Verbot bei, Menschen nicht verhungern oder verdursten lassen zu dürfen.⁹ Diese Einschätzung ist jedoch weder juristisch noch medizinisch haltbar. Wäre sie richtig, müsste die Erfindung der PEG-Sonde in die Medizingeschichte eingehen als wesentlicher Einschnitt in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, aber auch in das für jeden ärztlichen Eingriff geltende Erfordernis einer medizi-

7 So offenbar auch LG München, JR 2000, 64.

8 Vgl. BGHSt 37, 376.

9 S. etwa *Alberts*, NJW 1999, 836; *Eibach*, MedR 2000, 15; v. *Dewitz/Kirchner*, MedR 2005, 137; *Weber*, ArztR 2004, 309; *Student*, ZfL 2004, 97.

nischen Indikation. Wie wir aber nicht zuletzt aus der in sechs europäischen Ländern durchgeführten EURELD-Studie wissen, gehört die Einstellung von Flüssigkeitszufuhr und Ernährung heute zu den häufigsten Formen der Behandlungsbegrenzung¹⁰ und geben auch in Deutschland weder die höchstrichterliche Rechtsprechung¹¹ noch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung¹², die zutreffend zwischen der Befriedigung von Hunger- und Durstgefühlen und einer lebenserhaltenden Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr differenzieren, Anlass, an der grundsätzlichen Disponibilität künstlicher Ernährung und Hydratation zu zweifeln.

2. Unkenntnis der Rechtsprechung

Dass gleichwohl erhebliche Verunsicherung über die Zulässigkeit etwa einer Ernährungseinstellung besteht, hat damit zu tun, dass wir uns in Deutschland – einem Land, das eigentlich für seine Regulierungsfreude bekannt ist – gesetzgeberische Abstinenz ausgerechnet bei der Frage nach den strafrechtlichen Grenzen zulässiger Sterbehilfe leisten. Der sonst so hilfreiche Blick in das Gesetzbuch vermittelt uns den Eindruck einer uneingeschränkten ärztlichen Lebenserhaltungspflicht, scheint doch nach §§ 212, 216 StGB jedes Verhalten strafbar zu sein, dass zu einer Abkürzung medizinisch möglicher Lebenszeit führt, selbst wenn der Patient dies ausdrücklich und ernsthaft gewünscht hat. Bekanntlich bedarf das Gesetz aber im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, also dessen Macht, selbst vital indizierte Behandlungsmaßnahmen ablehnen zu können, einer einschränkenden Interpretation. Und so fällt der Rechtsprechung die Aufgabe zu, die in ihren Grundzügen noch aus dem 19. Jahrhundert stammenden Tötungsdelikte mit Hilfe der Strafrechtswissenschaft zeitge-

10 *Bosshard*, Ärztliche Entscheidungen am Lebensende im internationalen Vergleich, in: *Schildmann/Fahr/Vollmann* (Hrsg.), *Entscheidungen in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*, 2006, 204 f.; vgl. auch *van der Heide* et al., *Lancet*, Vol. 361, August 2, 2003, 345 ff.

11 BGHSt 40, 257 (265 f.); BGHZ 154, 205; OLG Frankfurt, NJW 1998, 2749; s. auch *Verrel* (Fn. 3), C 25 f.

12 Erstmals veröffentlicht in DÄBl 2004, A 1298; Neuauflage durch die BÄK und die Kassenärztliche Vereinigung in 2008, abrufbar unter www.baek.de unter der Rubrik „Medizin und Ethik“.

mäß auszulegen. Wir haben es also im Bereich der Sterbehilfe mit einem für unsere Rechtskultur bemerkenswerten case law zu tun, so dass sich die Grenzziehung zwischen Verbotenem und Erlaubtem in erster Linie aus der Kenntnis, Abgrenzung und Interpretation einiger Leitentscheidungen, insbesondere des BGH ergibt.

- (1) Grundlegend ist zunächst die schon im Jahr 1957 geäußerte Rechtsansicht des BGH¹³, dass jeder ärztliche Eingriff eine tatbestandliche Körperverletzung darstellt, die nicht schon durch eine medizinische Indikation, sondern nur dann gerechtfertigt ist, wenn der Patient darin ausdrücklich oder mutmaßlich einwilligt. Insoweit stellt der BGH mit bemerkenswerter Deutlichkeit fest:

„Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden; (...) selbst ein lebensgefährlich Kranker kann triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte.“

- (2) Im Jahr 1984 fällt in der berühmten Wittig-Entscheidung des 3. Strafsenats des BGH¹⁴ der viel zitierte Satz, dass es „keine Rechtspflicht zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt“ und „nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht (bestimmt)“. Aus diesem Leitsatz ergibt sich die Zulässigkeit der sog. Hilfe beim Sterben, also des Verzichts auf Maßnahmen, die den nahe bevorstehenden, letztlich nicht mehr abwendbaren Tod lediglich hinauszögern würden. Eine ärztliche Behandlungspflicht besteht also von vornherein nur im Rahmen einer medizinisch indizierten Therapie.

13 BGHSt 11, 111.

14 BGHSt 32, 367.

- (3) Zwei Jahre später hat das LG Ravensburg¹⁵ in dem bewegenden Fall eines Ehemannes, der seine im Endstadium an ALS leidende Ehefrau auf deren ausdrücklichen Wunsch von der künstlichen Beatmung nahm, klargestellt, dass die Umsetzung eines vom Patienten aktuell geäußerten Nichtbehandlungswunsches auch dann straflos ist, wenn sie in der aktiven Beendigung einer bereits eingeleiteten lebenserhaltenden Maßnahme besteht, dort also in dem wunschgemäßen Abschalten des Beatmungsgeräts.
- (4) Dieses Urteil scheint jedoch ebenso wenig bekannt zu sein, wie eine gleich lautende Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 1991¹⁶, in der es um eigenmächtige Tötungen einer Wuppertaler Intensivkrankenschwester ging. Der Leitsatz lautet: *„Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten, sondern nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – ggf. unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen.“*
- (5) Im Jahr 1994 folgt die bislang bedeutendste Rechtsfortbildung auf dem Gebiet der Sterbebegleitung. In der sog. *Kemptener Entscheidung* weitet der 1. Strafsenat¹⁷ die Zulässigkeit des Therapieverzichts im Fall einer Wachkomapatientin in mehrfacher Hinsicht aus. So hält der BGH eine Behandlungsbegrenzung auch schon vor Eintritt in die Finalphase für möglich, subsumiert darunter auch die Einstellung künstlicher Nahrungszufuhr und stellt nochmals fest, dass ein zuverlässig zu ermittelnder mutmaßlicher Nichtbehandlungswunsch, der sich u. a. aus früheren schriftlichen oder mündlichen Äußerungen des Patienten ergeben kann, genauso verbindlich ist wie ein aktuell erklärter Behandlungsverzicht. Der BGH geht sogar noch weiter und handelt sich harsche Kritik für die Auffassung ein, dass sich die Entscheidung über die Weiterbehandlung in Fällen unzureichender Anhaltspunkte für den individuellen mutmaßlichen Willen des Patienten nach „allge-

15 LG Ravensburg, NStZ 1987, 229.

16 BGHSt 37, 376.

17 BGHSt 40, 257.

meinen Wertvorstellungen“ richtet, wobei jedoch der Grundsatz in dubio pro vita zu beachten sei.

- (6) Die bislang letzte einschlägige Entscheidung des BGH in Strafsachen ist der Dolantinfall aus dem Jahr 1996¹⁸. Der 3. Strafsenat nimmt darin einen nicht unproblematischen Fall missbräuchlicher Sterbehilfe zum Anlass, um erstmals die Zulässigkeit der sog. indirekten Sterbehilfe, also einer Leidenslinderung mit der unbeabsichtigten Nebenfolge einer Lebensverkürzung, höchstrichterlich zu bestätigen. Spätestens seit dieser Entscheidung kann eine unzureichende Symptomkontrolle nicht mehr mit angeblichen juristischen Bedenken begründet werden. Im Gegenteil: Werden Leiden des Patienten nicht ausreichend gelindert, kann dies als Körperverletzung durch Unterlassen strafbar sein!

Nach diesen Entscheidungen gingen die Strafrechtler davon aus, dass es nur noch wenige weiße Flecken auf der Landkarte der durch Gerichtsentscheidungen abgesicherten Kasuistik erlaubter Sterbehilfe gibt und dass die Praxis nunmehr einen richterrechtlich abgesicherten Bezugsrahmen hat, in dem sich ärztliche Entscheidungsverantwortlichkeit und -ethik ohne Furcht vor Strafbarkeitsrisiken entfalten können.¹⁹ Diese Hoffnung hat sich aber, wie geradezu erschreckende Ergebnisse aus neueren deutschen Untersuchungen zeigen, nicht erfüllt. Vielmehr scheint die rechtliche Verunsicherung heute größer denn je zu sein. Wie wenig bekannt selbst palliativmedizinisch geschulten Ärzten die sich aus den eben dargestellten Urteilen ergebende Unterscheidung zwischen den verschiedenen Formen zulässiger und verbotener Sterbehilfe ist, wissen wir spätestens seit den Befragungen von *Weber*²⁰ und von *van Oorschot*²¹. Noch viel dramatischer sind aus juristischer Sicht die Resultate einer von *Simon*²² und anderen im Jahr 2003 bundesweit durchgeführten Befragung von fast 480 Vormundschaftsrichtern, also von Juristen.

18 BGHSt 42, 301; bestätigt in BGHSt 46, 284.

19 *Verrel*, MedR 1999, 550.

20 *Weber u. a.*, DÄBl. 2001, A 3184; s. auch DMW 2004; 129: 1556 ff.

21 *Van Oorschot u. a.*, DMW 2005; 130: 261 ff.

22 *Simon u. a.*, MedR 2004, 303 ff.

Zuordnung von Sterbehilfemaßnahmen durch Vormundschaftsrichter (n= 479)

		aktive Sterbeh.	passive Sterbeh.	indirekte Sterbeh.
herz-/kreislaufstabilisierende Medikamente	Verzicht	3,4 %	48,4 %	40,4 %
	Beendigung	17,4 %	48,3 %	27,3 %
Chemotherapie	Verzicht	1,7 %	42,7 %	43,6 %
	Beendigung	13,9 %	42,9 %	31,7 %
künstliche Beatmung	Verzicht	7,8 %	57,4 %	29,8 %
	Beendigung	34,5 %	41,2 %	18,8 %
Flüssigkeitszufuhr über Sonde	Verzicht	8,8 %	53,7 %	30,5 %
	Beendigung	34,0 %	42,5 %	17,1 %
Nahrungszufuhr über Sonde	Verzicht	8,4 %	54,5 %	31,2 %
	Beendigung	31,8 %	43,5 %	18,8 %

Quelle: Simon et al, MedR 2004, 305

Auf die Frage, wie sie die in der linken Spalte aufgeführten Behandlungsbegrenzungen in die Kategorien aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe einordnen würden, waren etwa 1/3 der Befragten der Ansicht, dass die Beendigung einer künstlichen Beatmung ebenso wie die Beendigung von Sondenernährung oder Flüssigkeitszufuhr eine Form verbotener aktiver Sterbehilfe sei, als habe es den Fall Ravensburg oder die Kemptener Entscheidung nie gegeben. Wie schon bei Ärzten zeigt sich auch bei den Vormundschaftsrichtern die Tendenz, den anfänglichen Behandlungsverzicht eher für zulässig zu halten als die Beendigung einer bereits eingeleiteten Therapie: Ein untrügliches Zeichen für die Verwirrung, die das Begriffspaar aktiv/passiv gestiftet hat. Erstaunlich ist auch der hohe Prozentsatz von Falscheinordnungen unter die Rubrik der indirekten Sterbehilfe, denn mit einer Todesbeschleunigung durch Maßnahmen der Symptomkontrolle hat keine der hier aufgeführten Behandlungsbegrenzungen etwas zu tun. Wenn dagegen, wie Simon weiter berichtet²³, 8,5 % der Befragten die bewusste Überdosierung eines Schmerzmittels als passive

²³ Simon, MedR 2004, 305.

oder indirekte Sterbehilfe bezeichnen, die ärztlich indizierte terminale Sedierung dagegen von fast einem Fünftel als aktive Sterbehilfe angesehen wird, schlägt es einem fast die Sprache. Wie um Himmels willen wollen wir von Ärzten verlangen, sich in der Kasuistik der Sterbehilfe zurecht zu finden, wenn sich noch nicht einmal Juristen, die sogar kraft ihres Amtes mit Behandlungsentscheidungen bei entscheidungsunfähigen Patienten zu tun haben, darin auskennen?

Zusätzlich verschärft hat sich das Problem der Rechtsunsicherheit durch zwei Entscheidungen des 12. Zivilsenats aus den Jahren 2003 und 2005, in denen es eigentlich nur um betreuungsrechtliche Aspekte von Behandlungseinstellungen bei Wachkomapatienten ging. In dem ersten Judikat, das zu einer höchstrichterlichen Klärung des Streits über die vormundschaftsgerichtliche Genehmigungszuständigkeit bei vom Betreuer gewünschten Behandlungsbegrenzungen führen sollte, fällt der 12. Zivilsenat eine zwar gut gemeinte, aber in einem zentralen Teil verfehlte Grundsatzentscheidung.²⁴ So erkennt das Gericht zwar erstmals die Beachtlichkeit von Patientenverfügungen an, kommt aber aufgrund einer Fehlinterpretation des Kemptener Urteils dazu, die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auf Krankheiten mit einem irreversibel tödlichen Verlauf zu beschränken und verlangt für diese Einschätzung auch noch eine völlig unrealistische 100-prozentige Prognosesicherheit.²⁵ Dies ist die Geburtsstunde der sog. Reichweitenbeschränkung, für die sich bis dato niemand ausgesprochen hatte, die sich jedenfalls nicht aus der Strafrechtsprechung des BGH herleiten lässt.

Es kann nicht verwundern, dass es nach dieser auch für Juristen nur schwer zu durchschauenden Entscheidung, die zu einem Bruch zwischen zivil- und strafgerichtlicher Beurteilung der Zulässigkeit von Behandlungsbegrenzungen führt, zu einer Vielzahl von Stellungnahmen und Reformvorschlägen diverser Kommissionen und Gremien gekommen ist.²⁶ Dabei hätte der 12. Zivilsenat in einem Kostenbeschluss aus dem Jahr 2005²⁷ noch die Möglich-

24 BGHZ 154, 205.

25 Zur Kritik u. a. Verrel (Fn. 3), C 43 ff.; 451 ff.; Saliger, MedR 2004, 237 ff.; Kutzer, ZRP 2003, 213.

26 Überblick bei Verrel (Fn. 3), C 10 f.

27 BGHZ 163, 195.

keit gehabt, seine in der Fachwelt überaus heftig kritisierte Entscheidung von 2003 zu korrigieren. Stattdessen fällt der für die Rechtssicherheit geradezu verheerende Satz, dass die „strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe im weiteren Sinne nicht hinreichend geklärt seien“.

3. *Rechtspolitik: Fokussierung auf Patientenverfügungen*

Damit kommt der dritte Punkt der Problemanalyse in den Blick, die Verantwortung des Gesetzgebers für Rechtssicherheit und -klarheit bei ärztlichen Entscheidungen über Behandlungsbegrenzungen. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass es der Rechtsprechung trotz ihrer durchaus anzuerkennenden Bemühungen um eine Absicherung der Kasuistik zulässiger Sterbehilfe letztlich nicht gelungen ist, einen für alle Betroffenen transparenten Rechtsrahmen zu entwickeln. Es kann dahinstehen, ob dies auf unklare Entscheidungen oder/und eine Unwilligkeit der Praxis zurückzuführen ist, einschlägige Rechtsprechung differenziert zu rezipieren. Angesichts der mit Händen zu greifenden Verunsicherung täte der Gesetzgeber gut daran, den Forderungen vieler Ärzte, Juristen und anderer²⁸ nachzukommen, die Zulässigkeitsvoraussetzungen insbesondere von Behandlungsbegrenzungen endlich im Strafgesetzbuch zu regeln. Entsprechende Vorschläge wie etwa der 2005 von deutschen, österreichischen und schweizerischen Strafrechtslehrern vorgelegte Alternativentwurf Sterbebegleitung²⁹ oder die im Jahr 2006 gefassten Beschlüsse der strafrechtlichen Abteilung des 66. Deutschen Juristentags³⁰ liegen auf dem Tisch. Derzeit steht jedoch allein die zivilrechtliche Absicherung der Patientenverfügung auf der Agenda der Rechtspolitik und haben sich die Parlamentarier zu allem Überfluss bisher an der sog. Reichweitenbeschränkung festgebissen, die auf eine erhebli-

28 Wie etwa kürzlich der Theologe *Küng* in FAZ vom 21.02.2009, S. 31.

29 *Schöch/Verrel*, GA 2005, 553 ff.

30 *Ständige Deputation des Deutschen Juristentags* (Hrsg.), Verhandlungen des 66. DJT, Band II/1, München 2006, N 73 ff.; Ergänzungen des StGB fordern u. a. auch die *Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz* (Bericht abrufbar unter <http://www.justiz.rlp.de> unter den Rubriken: Ministerium und Bioethik) und die *BMJ-Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“* (<http://www.bmj.de/media/archive/695.pdf>).

che Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts hinauslaufen würde.

Der Forderung nach einer gesetzlichen Klarstellung der Fälle erlaubter Sterbehilfe wird nun aber nicht nur aus dem Bundesjustizministerium³¹ entgegengehalten, dass Entscheidungen über Therapiebegrenzungen viel zu komplex und einzelfallbezogen seien, als dass man dafür abstrakt-generell formulierte Regelungen vorgeben könnte. Im Zusammenhang mit den bislang gescheiterten Bemühungen um ein Patientenverfügungsgesetz hat auch der Präsident der Bundesärztekammer *Hoppe* gesagt, Sterben sei eben nicht normierbar.³² Dem ist entgegenzuhalten, dass es bei einer Reform lediglich darum geht, die schon jetzt geltenden richterrechtlichen Beurteilungsmaßstäbe in Gesetzesform zu gießen. Dass eine solche Regelung – wie alle auf Abstraktion angelegten Kodifizierungen – mit Begriffen arbeiten muss, die ausgelegt und in jedem Einzelfall neu ausgefüllt werden müssen, versteht sich von selbst und erlaubt ja gerade die Berücksichtigung besonderer Umstände, stellt aber nicht den Orientierungsgewinn in Frage, den eine gesetzliche Benennung der leitenden Prinzipien und die Ersetzung der unzulänglichen Sterbehilfeterminologie mit sich brächte.

4. Normierungsvorschläge

Wie eine solche Norm aussehen könnte, die den Umfang erlaubter Behandlungsbegrenzungen abbildet, zeigt der Regelungsvorschlag, den der 66. Deutsche Juristentag³³ dem Gesetzgeber mit großer Mehrheit unterbreitet hat.

„Es ist im StGB klarzustellen, dass das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen straflose Behandlungsbegrenzung ist (bisher sog. „passive Sterbehilfe“),

a) wenn für solche Maßnahmen keine medizinische Indikation (mehr) besteht,

31 *Zypries*, FAZ v. 8.3.2005; RuP 2005, 6.

32 *Hoppe* in DER SPIEGEL 13/2007.

33 *Ständige Deputation* (Fn. 30), Beschluss II. 1., N 73 f.

- b) wenn dies vom Betroffenen ausdrücklich und ernstlich verlangt wird,
- c) wenn dies vom (einwilligungsunfähigen) Betroffenen in einer Patientenverfügung für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit angeordnet wurde,
- d) wenn dies von einem Vertreter des Patienten (Betreuer, sonstiger gesetzlicher Vertreter oder Vorsorgebevollmächtigter) – erforderlichenfalls mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts – verlangt wird und der erklärte oder mutmaßliche Wille des Betroffenen nicht erkennbar entgegensteht,
- e) wenn der Patient einwilligungsunfähig ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er diese Behandlung ablehnen würde (mutmaßlicher Wille).“

Unter Verzicht auf den missverständlichen Ausdruck der passiven Sterbehilfe werden darin alle ihre denkbaren Erscheinungsformen, nämlich das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden jeglicher lebenserhaltender Maßnahmen genannt. Von den in einer solchen Vorschrift aufgezählten Fällen erlaubter Therapiebegrenzungen beziehen sich die Punkte b) bis e) auf das Selbstbestimmungsrecht des konkreten Patienten und unterstreichen damit die schon bisher von der Rechtsprechung betonte Bedeutung, die der Willenserforschung zukommt. Zugleich macht die sukzessive Erwähnung aller denkbaren Ausdrucksformen deutlich, dass der Wille des Patienten nicht nur beachtlich ist, wenn er entscheidungsnah geäußert oder in einer aussagekräftigen Patientenverfügung fixiert wurde, sondern auch dann, wenn eine Willensanamnese Rückschlüsse auf den mutmaßlichen Patientenwillen erlaubt. Der an die Spitze der Gründe für eine Behandlungsbegrenzung gestellte Fall einer fehlenden medizinischen Indikation entspricht der verbreiteten Ansicht, dass sich das Selbstbestimmungsrecht nur innerhalb des Rahmens medizinisch indizierter Maßnahmen bewegt oder anders formuliert, dass der Patientenwille zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung einer ärztlichen Behandlung

ist.³⁴ Insoweit ist allerdings durchaus kritisch anzumerken, dass der Begriff der fehlenden medizinischen Indikation keineswegs so klar konturiert ist, wie man annehmen könnte.³⁵ Es sollte daher im Kontext der Sterbehilfe auf Fälle beschränkt bleiben, in denen nach ärztlicher Einschätzung nur noch eine Hinauszögerung des unausweichlichen Sterbeprozesses erreicht werden kann.

In Anbetracht der aktuellen Bemühungen um eine gesetzliche Verankerung von Patientenverfügungen sei noch in aller Kürze erwähnt, welche Vorschläge der 66. Deutsche Juristentag³⁶ zu den Verbindlichkeitsvoraussetzungen und zur Reichweite von Patientenverfügungen gemacht hat.

„Patientenverfügungen sollen verbindlich sein, sofern folgende Voraussetzungen vorliegen:

- (a) Eindeutigkeit und Situationsbezogenheit,
- (b) Fehlen konkreter Anhaltspunkte für Willensmängel (Einwilligungsunfähigkeit, Irrtum, Täuschung, Zwang),
- (c) Fehlen konkreter Anhaltspunkte für eine zwischenzeitliche Willensänderung (vor allem ausdrücklicher oder konkludenter Widerruf),
- d) Schriftform,
- e) sonstige verlässliche Dokumentation (z. B. Videoaufnahme).“

Dieser Beschluss zeigt, dass der Deutsche Juristentag keine unnötigen formalen und inhaltlichen Hindernisse für die Verbreitung verbindlicher Patientenverfügungen aufstellen wollte. Insbesondere wurde die Forderung nach einer obligatorischen ärztlichen Aufklärung und der Vorgabe einer letztlich willkürlichen Gültigkeitsdauer abgelehnt. Hervorzuheben ist weiterhin die klare Absage³⁷ an die sog. Reichweitenbeschränkung, die in abgeschwächter

34 BGHZ 154, 224; *Taupitz* (Fn. 4), 24.; *Hufen*, ZRP 2004, 44.

35 Zweifel an seiner juristischen Tragfähigkeit äußert daher *Duttge*, NStZ 2006, 480 ff.

36 *Ständige Deputation* (Fn. 30), Beschluss II, 7., N 76 f.

37 *Ständige Deputation* (Fn. 30), Beschluss II, 9. N 77 f.

Form nach wie vor Gegenstand des Gesetzentwurfs von *Bosbach* und anderen³⁸ für ein Patientenverfügungsgesetz ist. Zwar ist anzuerkennen, dass die Befürworter einer Reichweitenbeschränkung die unbestreitbare Differenz zwischen dem aktuell erklärten und dem vorausverfügten Willen im Auge haben und dem Problem begegnen wollen, dass die Einschätzung des Willens für eine erst künftige Erkrankungssituation fehlerhaft sein kann.³⁹ Jede Form der Reichweitenbeschränkung schüttet aber das Kind mit dem Bade aus, indem sie Patienten per se die Fähigkeit abspricht, wohlüberlegte Vorausverfügungen für den Fall noch nicht irreversibel tödlicher Krankheitsverläufe zu treffen. Daher handelt es sich bei der Reichweitenbeschränkung auch nicht um einen schonenden Ausgleich zwischen Selbstbestimmungsrecht und Lebensschutz, sondern um eine verfassungsrechtlich problematische partielle Suspendierung der Patientenautonomie und damit in letzter Konsequenz um einen staatlich auferlegten Behandlungszwang, um die Pflicht zum Weiterleben, solange eine Lebenserhaltung medizinisch möglich ist. So könnten sich beispielsweise alte zuckerkrank Menschen in einer Patientenverfügung nicht mehr eine, wenn auch lebensrettende, Amputation ihrer Extremitäten mit der Begründung verbitten, „vollständig begraben“ werden zu wollen.⁴⁰ Und schließlich würde eine Reichweitenbeschränkung geradezu kontraproduktive Effekte haben, indem sie Menschen, die sich nicht mehr sicher sind, dass ihr vorausverfügter Wille beachtet wird, dazu treiben kann, die Dinge „rechtzeitig“ selbst in die Hand und dabei womöglich die Dienste von Sterbehilfeorganisationen in Anspruch zu nehmen. Um es zuzuspitzen: Die Reichweitenbeschränkung ist Wasser auf die Mühlen der Herren *Minelli* und *Kusch!*

III. Leidenslinderung

Um nicht weiter in rechtspolitische Depression zu verfallen, soll der Blick von den Behandlungsbegrenzungen und den bisher er-

38 BT-Drucksache 16/11360; abrufbar u. a. unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/113/1611360.pdf>.

39 S. dazu auch *Verrel*, Probleme und Zukunftsperspektiven der Patientenverfügung, in: *Albers* (Hrsg.), *Patientenverfügungen*, Baden-Baden 2008, S. 203 f.

40 So geschehen in einem von Rechtsanwalt *Putz* unter www.putz-medizin.recht.de (Rubrik Pressemitteilungen) geschilderten Fall aus dem Jahr 2007.

folglosen Versuchen, Rechtssicherheit für Patientenverfügungen zu schaffen, nun noch auf die sog. indirekte Sterbehilfe gerichtet werden, die man besser mit dem weniger anrühigen Begriff der Leidenslinderung bezeichnen sollte.⁴¹ Die Situation stellt sich hier insofern etwas anders als bei der Behandlungsbegrenzung dar, als der Regelungsbedarf für leidenslindernde Maßnahmen mit der möglichen Folge einer Lebensverkürzung keineswegs unstreitig ist. So wird teilweise von ärztlicher Seite geltend gemacht, dass es gar keinen Bedarf mehr für das Konstrukt der sog. indirekten Sterbehilfe gebe, da eine fachgerechte Schmerzmedikation heute nicht mehr mit dem Risiko einer Todesbeschleunigung verbunden sei, sondern im Gegenteil lebensverlängernd wirke.⁴² Im Übrigen habe der BGH die auch im Schrifttum seit jeher anerkannte Zulässigkeit einer medizinisch indizierten, aber möglicherweise lebensverkürzenden Leidenslinderung in dem bereits erwähnten Urteil aus dem Jahr 1996 klargestellt⁴³, so dass kein gesetzgeberischer Klarstellungsbedarf bestehe. Die Schmerzbehandlung in Deutschland sei also kein juristisches Problem, sondern allein eines der unzureichenden palliativmedizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten.⁴⁴

Darüber, dass die Praxis der Schmerztherapie in Deutschland nach wie vor hinter ihren Möglichkeiten zurückbleibt, dürfte in der Tat Konsens bestehen. Der EURELD-Studie können wir entnehmen, dass aber offenbar auch in anderen Ländern erhebliche Unsicherheiten bei der Opiatdosierung bestehen, insbesondere das Risiko eines lebensverkürzenden Effekts von vielen Ärzten deutlich überschätzt wird.⁴⁵ Die Forderung nach einer breiten palliativmedizinischen Schulung ist daher mit allem Nachdruck zu unterstützen, sollte aber nicht den Blick dafür verstellen, dass eine wenn auch nur gefühlte Rechtsunsicherheit ebenfalls ein Hindernis für eine effektive Schmerztherapie sein kann und sich der Jurist daher fragen muss, was das Recht zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen kann. Da sich wiederum die Furcht vor

41 Näher zur Terminologie *Verrel* (Fn. 3), C 61.

42 *Borasio* in Ständige Deputation (Fn. 30), N 58.

43 BGHSt 42, 301 (305), bestätigt in BGHSt 46, 284 (285).

44 *Borasio* (Fn. 30), N 59.

45 *Bosshard* (Fn. 10), S. 208.

strafrechtlicher Verfolgung behandelungshemmend auswirkt⁴⁶, ist eine plakative gesetzliche Klarstellung der Straflosigkeit einer indizierten, aber u. U. lebensverkürzenden Leidenslinderung, wie sie der nachfolgend wiedergegebene § 214a aus dem Alternativ-Entwurf-Sterbebegleitung⁴⁷ vorschlägt, dringend geboten.

„§ 214a Leidenslindernde Maßnahmen

Wer als Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklicher Einwilligung oder aufgrund des in einer wirksamen schriftlichen Patientenverfügung geäußerten Willens oder gemäß mutmaßlicher Einwilligung nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft Maßnahmen zur Linderung schwerer, nicht anders behebbender Leidenszustände trifft, handelt nicht rechtswidrig, wenn dadurch als nicht vermeidbare und nicht beabsichtigte Nebenwirkung der Eintritt des Todes bescheunigt wird.“

Dass gute Schmerzmedizin diesen Effekt nur noch selten hat, macht die juristische Absicherung eben dieser Ausnahmefälle nicht entbehrlich, zumal sich Ärzte schon dann im Bereich des bedingten Tötungsvorsatzes bewegen, wenn sie eine Todesbeschleunigung bloß für möglich halten, mag diese auch objektiv höchst unwahrscheinlich sein. Hinzu kommt, dass mit der Entscheidung des BGH, die sich nur auf eine Schmerzbehandlung in der Sterbephase bezog, keineswegs alle Rechtsfragen lebensverkürzender Leidenslinderungen geklärt sind.⁴⁸

Was nun die Einzelheiten einer wünschenswerten Regelung angeht, möchte ich nur auf die von manchen geäußerte Skepsis⁴⁹ gegenüber der auch in § 214a AE-StB vorgeschlagenen Lösung eingehen, den Unterschied zwischen verbotener aktiver und erlaubter indirekter Sterbehilfe an dem Kriterium der ärztlichen Ab-

46 *Kutzer* in Ständige Deputation (Fn. 30), N 26.

47 *Schöch, Verrel*, GA 2005, 573 ff., 585.

48 Zu den verbleibenden Streitfragen *Verrel* (Fn. 3), C 31 f.

49 Besonders kritisch *Merkel*, Aktive Sterbehilfe, in: *Hoyer* (Hrsg.), Festschrift für Schroeder, 2006, 314 ff.

sicht festzumachen, also daran, ob die Lebensverkürzung das vom Arzt angestrebte Primärziel der Medikation oder lediglich dessen mögliche, vielleicht sogar sicher vorausgesehene Nebenfolge sein sollte.

Man wird insoweit zwischen der juristisch-ethischen Wertigkeit des Absichtskriteriums einerseits und den forensischen Möglichkeiten zur Rekonstruktion der ärztlichen Intention andererseits unterscheiden müssen. Erstere erscheint durchaus gegeben, denn es ist etwas anderes, ob Leiden des Patienten um den Preis einer Lebensverkürzung gelindert oder Leiden durch die gezielte Tötung des Patienten beendet werden sollen.⁵⁰ Wegen der zweifellos schwierigen Aufklärung der subjektiven Tatseite und der besonderen Gefahr missbräuchlicher Medikationen sollte die Straflosigkeit der sog. indirekten Sterbehilfe aber nicht allein von der in dubio pro reo zu unterstellenden fehlenden Tötungsabsicht des Arztes, sondern zusätzlich von dem objektiven Kriterium der Einhaltung der anerkannten Regeln der Schmerzbehandlung abhängig gemacht werden, zu der insbesondere eine kontrollierte und nachvollziehbare Dosistitrierung bis zum Erreichen der gewünschten Symptomlinderung gehört.⁵¹ Um eine dahingehende Überprüfung der Medikation zu ermöglichen, könnte sich weiterhin die flankierende Einführung einer bußgeldbewehrten Dokumentationspflicht empfehlen, wie dies u. a. vom 66. Deutschen Juristentag vorgeschlagen worden ist.⁵²

IV. Schluss

Der vorstehende Beitrag sollte zeigen, dass die Furcht vor allem von Ärzten vor strafrechtlichen Konsequenzen von Behandlungs- bzw. Nichtbehandlungsentscheidungen unbegründet ist, wenn diese Entscheidungen auf einer sorgfältigen, möglichst gut dokumentierten Prüfung der medizinischen Indikation und des Patientenwillens beruhen und ggf. in Absprache mit dem Betreuer des Patienten erfolgen. Wirkliche Rechtssicherheit, die Ärzten erst den Raum und Mut für ethisch verantwortliches Handeln gibt, wird sich jedoch erst dann einstellen, wenn sich der Rahmen zulässiger

50 Zu diesem Unterschied s. etwa *Sahm*, ZfL 2005, 47 f.

51 *Verrel* (Fn. 6), C 106 ff.

52 *Ständige Deputation* (Fn. 30), Beschluss III. 2., N 78.

Sterbehilfe aus einem Blick in das Strafgesetzbuch und nicht erst aus dem Studium von Entscheidungssammlungen, Kommentaren oder ausgefeilten dogmatischen Straflosigkeitkonstruktionen ergibt.

DIE LUXEMBURGISCHE GESETZGEBUNG ZUR STERBEHILFE⁵³

PATRICK KINSCH

*Rechtsanwalt in Luxemburg
Professeur invité an der Universität Luxemburg*

Meine Damen und Herren,

Ich danke dem Institut für Rechtspolitik an der Universität Trier für die Einladung, vor Ihnen hier sprechen zu dürfen. Mein Vortrag befasst sich mit einem kleinen Nachbarland, das Ihnen vielleicht (im Vergleich zu der rechtspolitischen Diskussion in Deutschland) ein ungewöhnlich radikales Nachbarland zu sein scheint. In Luxemburg gibt es die Diskussion über die Zulässigkeit „indirekter“ oder „passiver“ Sterbehilfe eigentlich nicht mehr. Beide Formen sind ganz klar zulässig. Worüber wir in Luxemburg rechtspolitisch diskutieren, politisch Entscheidungen zu treffen haben, ist die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe; also eine andere Problematik als diejenige, die die Diskussion in Deutschland beherrscht.

Ich werde Ihnen von einem Gesetzesvorhaben berichten, [das am 16. März 2009 zu einem Gesetz wurde⁵⁴ und] das die aktive Sterbehilfe zulässt. Der Gesetzesvorschlag, der von zwei Parlamentariern eingebracht wurde, hieß *Gesetzesvorschlag über das Recht in Würde zu sterben*⁵⁵. Der Titel war zeitweilig abgeändert worden in *Gesetzesvorschlag über das Recht in Würde zu sterben durch Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung*. Dabei muss ich unterstreichen, dass damit nicht gemeint war, dass nur Euthanasie

53 Aktualisierte, um einige Details zur luxemburgischen Parteipolitik gekürzte und mit wenigen Fußnoten zusätzlich versehene, ansonsten aber im Wesentlichen unveränderte Fassung des am 17. November 2008 vor dem Institut für Rechtspolitik an der Universität Trier gehaltenen Kurzvortrags.

54 Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, *Mémorial A* 2009, S. 615 ff.

55 Vom 5. Februar 2002, *Document parlementaire* Nr. 4909.

und Beihilfe zur Selbsttötung „würdiges Sterben“ sind, sondern dass diese Aufzählung dazu diene, zu erklären, dass diese beiden Formen unter anderem Formen des würdigen Sterbens seien.⁵⁶ [Der endgültige Titel des Gesetzes lautet bescheidener: *Gesetz über Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung.*]

Die Einladung ist die Einladung eines Instituts für Rechtspolitik. Rechts-Politik: In der Frage der Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe ist nach luxemburgischer Auffassung eigentlich von Seiten des Rechts wenig Entscheidendes beizutragen,⁵⁷ sondern die Politik entscheidet. Hier sekretiert Politik Recht, wird aber nicht vom Recht dominiert, d. h. es geht zunächst um Politik.

I. Politik

Der erste Aspekt ist die öffentliche Meinung. Die öffentliche Meinung in Luxemburg ist Umfragen zu Folge zu 80 % für aktive Sterbehilfe in gewissen Fällen. Beispielsweise bei der letzten Umfrage, deren Resultate Anfang November 2008 bekannt gegeben wurden, und die zu der Frage „Sind Sie für aktive Sterbehilfe in den Fällen, in denen Palliativmedizin nicht mehr hilft?“ gestartet wurde, antworteten 80 % der Luxemburger mit „Ja“. Es gibt also in der Bevölkerung eine breite Zustimmung zu dieser Idee.

Diese Zustimmung gibt es je nach Umfrageergebnissen (oder Fragestellung) teilweise auch in Deutschland. Der Unterschied zwischen Luxemburg und Deutschland liegt wohl darin, dass Sie in Deutschland mit einer Vergangenheit belastet sind, die den Begriff der Euthanasie als Ausdruck von Staatskriminalität behandelt. Ob diese Art von Vergegenwärtigung vergangener Verbrechen noch einen entscheidenden Einfluss auf heutige politische Entscheidungsfragen in Sachen Sterbehilfe haben soll, will ich – als Nichtdeutscher – dahin gestellt lassen.

In Luxemburg jedenfalls ist die Öffentlichkeit für die straffreie Euthanasie. Warum? Darüber mag man spekulieren. Doch die einfachste Antwort ist vermutlich die beste: Es ist wohl das allgemei-

⁵⁶ Nachricht des Vorsitzenden der Abgeordnetenkammer an den Vorsitzenden des Staatsrats vom 3. Juni 2008, *Document parlementaire* Nr. 4909¹⁰, S. 1 f.

⁵⁷ Vgl. *Verf., Actes de la section des sciences morales et politiques de l'Institut grand-ducal*, Bd. XII (2008), S. 195 ff.

ne postmoderne Lebensgefühl, das die menschliche Autonomie als in solchen höchstpersönlichen Fragen bedeutenden Wert ansieht.

Dann gibt es Fälle – wie überall auf der Welt: Persönliche Fälle mit Angehörigen vielleicht, die leidensvoll gestorben sind, und den Wunsch, nicht selbst so zu sterben; und es gibt auch die Medien. Die Luxemburger schauen viel deutsches Fernsehen, lesen deutsche Zeitungen und Zeitschriften. Man schaut aber auch französisches Fernsehen und belgisches Fernsehen. In Belgien und Frankreich wird die Euthanasie-Problematik ganz anders gesehen als in Deutschland. Sie wird als etwas Mögliches dargestellt; oder in Frankreich als etwas, das möglich sein sollte (Frankreich ist genau genommen ein sehr vorsichtiges Land, was die Gesetzgebung über Euthanasie angeht. Luxemburg ähnelt hierin eher den Niederlanden und Belgien. Die französischen Medien dagegen sind offener). Es gibt zwei Euthanasie-Fälle, die aus Frankreich zu berichten sind.

Der erste Fall ist der Fall des Vincent Hubert: Ein junger Mann, der nach einem Verkehrsunfall querschnittsgelähmt und blind war, nicht mehr sprechen konnte und den Wunsch geäußert hatte zu sterben. Seine Mutter hat ihm dann ein tödliches Mittel verabreicht. Es wurde zwar eine Strafverfolgung angesetzt, aber diese führte zu einem solchen Skandal, dass sie abgebrochen wurde.

Der andere Fall ist der rezente Fall der Chantal Sébire. Diese an Krebs erkrankte Frau hatte den Wunsch geäußert zu sterben. Sie hatte dem französischen Präsidenten geschrieben, dass sie sterben wolle und ihn um Erlaubnis zur Euthanasie in ihrem Fall gebeten. Das sind Fälle, die auch in Luxemburg betroffen machten. So viel also zur öffentlichen Meinung.

Der zweite Aspekt ist die Parteipolitik. Die luxemburgische Politik stellt sich so dar, dass sie jeweils aus Permutationen von Regierungskoalitionen aus jeweils zwei Parteien besteht. Da ist die Christliche Soziale Volkspartei (CSV); sie entspricht der deutschen CDU und ist die wichtigste Partei des Landes. Aber die CSV ist nie so mächtig, dass sie allein regieren kann. Sie muss mit einer der beiden anderen großen Parteien regieren. Entweder der luxemburgischen SPD, der LSAP, oder der luxemburgischen FDP, die DP heißt und im Gegensatz zur deutschen FDP in etwa mit denen

der LSAP vergleichbare Wahlergebnisse hat. Es gibt also in Luxemburg einen Unterschied zur deutschen Parteienlandschaft.

Mit der luxemburgischen CSV lässt sich ein Euthanasie-Gesetz nicht machen. Nur ist es so, dass die beiden anderen Parteien, LSAP und DP, gemeinsam mit den Grünen, wenn man über die Regierungskoalition hinwegsieht, die Mehrheit des Parlaments darstellen. Als der Gesetzesvorschlag von einer sozialistischen Abgeordneten und einem grünen Abgeordneten eingebracht wurde, stellte sich heraus, dass die Regierung dazu bereit war, zu erklären, dass es keinen Fraktionszwang gäbe. Jeder Abgeordnete dürfe selbst frei abstimmen. Dann hat sich zum Erstaunen der luxemburgischen Bevölkerung erwiesen, dass die kleineren Parteien, LSAP, DP und Grüne, das Gesetz gemeinsam in der ersten Abstimmung durchgebracht haben.⁵⁸

Rechtspolitisch interessant ist auch die Verbindung zwischen dem Euthanasie-Projekt und einem anderen, sehr breit konsensfähigen und von der Regierung eingebrachten Gesetzesentwurf über Palliativmedizin.⁵⁹ Dieser Gesetzesentwurf wurde einstimmig angenommen, gleichzeitig mit dem Euthanasiegesetz, das mit einer knappen, aber realen Mehrheit angenommen wurde.

Das Gesetz zur Palliativmedizin klärt eigentlich auch die Fragen, die Herr Verrel in seinem Vortrag problematisiert hat. Aus ihm geht ganz klar hervor, dass passive Sterbehilfe und indirekte Sterbehilfe erlaubt sind. Der Patient darf bestimmen, dass er eine Behandlungsunterbrechung wünscht. An diesen Wunsch werden auch keine Bedingungen geknüpft. Der Wunsch ist einfach eine Frage der persönlichen Autonomie.⁶⁰ Das Palliativgesetz wurde, wie ge-

58 Es war die Rede vom Wiederaufleben der 74er – eine Anspielung auf die Zeit von 1974 bis 1979, als die Regierungskoalition ausnahmsweise von der LSAP und der DP gebildet war, ohne Beteiligung der CSV. Damals wurde eine Reihe wichtiger gesellschaftspolitischer Reformen verabschiedet, die auch nachher nicht zurückgerollt wurden.

59 Aus dem Gesetzesentwurf wurde das Gesetz vom 16. März 2009 *relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie*, *Mémorial A* 2009, S. 610 ff.

60 Nach Art. 6(1) ist der in einer Patientenverfügung (*directive anticipée*) ausgedrückte Patientenwunsch für den behandelnden Arzt bindend. Sprechen für den Arzt Gewissensgründe gegen die Befolgung des Patientenwillens, so hat der Arzt innerhalb von 24 Stunden den Patienten an einen anderen Arzt zu überwei-

sagt, von 100 % der luxemburgischen Abgeordneten angenommen, also auch von 100 % der CSV-Abgeordneten. Diese Frage, die in Deutschland sehr problematisch ist, stellt sich in Luxemburg somit überhaupt nicht. In Luxemburg stellt sich nur die Frage der Euthanasie.

Die Luxemburger Verfassung ist so gestaltet, dass es in Luxemburg keine zweite parlamentarische Kammer gibt, wohl aber einen Staatsrat. In dieser Frage trifft es sich, dass der Staatsrat konservativer ist als das Parlament und gegen die Legalisierung der Euthanasie. Der Staatsrat hat nach der ersten Abstimmung beschlossen, was sein verfassungsrechtliches Privileg ist, dass es eine zweite Abstimmung geben muss. [Bei der zweiten Abstimmung wurde das Gesetz erneut angenommen, unten unter III.]

Das ist also die Politik in Luxemburg. Ich komme nun zum Recht.

II. *Recht*

Zunächst einmal zum Inhalt des Gesetzes und danach einen kurzen Hinweis dazu, ob es Diskussionen über seine Verfassungsmäßigkeit gibt.

Inhalt des Gesetzes ist, dass unter folgenden Bedingungen eine ärztliche – nur ärztliche – Euthanasie, also aktive Sterbehilfe oder eine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt ist, sowohl strafrechtlich als auch zivilrechtlich. Die Bedingungen⁶¹ sind, dass

- der Patient großjährig und mündig ist;
- der Patient sich in einer medizinisch ausweglosen Situation befindet und ständigen und unerträglichen physischen und psychischen Leiden ausgesetzt ist;
- und dass er in freier Entscheidung den ausdrücklichen Wunsch zu sterben geäußert hat. Dieser Wunsch kann entweder geäußert werden, wenn der Patient noch bei Bewusstsein ist und den Wunsch äußert zu sterben oder er kann in einer Patientenverfügung geäußert worden sein. Also auch

sen, der gewillt ist, den Wunsch zu respektieren, Art. 6(5). Die Frage der Situation von Patienten, die nicht in der Lage sind, Ihren Willen kundzutun, wird in Art. 4 geregelt; hier soll der Arzt sich am mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren.

61 Art. 2 des Euthanasiegesetzes.

ein komatöser Patient kann Objekt einer Euthanasie sein, wenn er diesen Wunsch im Vorfeld geäußert hat.

Das Verfahren ist so, dass es eigentlich auf eine Gewissensentscheidung des Arztes ankommt: Es gibt kein ex-ante Kontrollverfahren. Das Einzige, was zwischen dem Arzt und der Euthanasie steht, ist die Pflicht des Arztes, einen zweiten Arzt zu konsultieren. Er kann somit nicht ganz allein entscheiden, sondern muss einen zweiten Arzt hinzurufen, der den Patienten auch untersuchen muss. Die Kontrolle geschieht bloß ex-post, d. h. nach erfolgter Euthanasie. Der Fall wird dann einer Kontrollkommission vorgelegt, die überprüft, ob die Euthanasie gesetzeskonform geschehen ist.

Es gibt keine Bedingungen in dem Gesetz über Staatsangehörigkeit oder Wohnsitz. Somit wäre es denkbar, dass sich ein Sterbehilfetourismus nach Schweizer Vorbild auch in Luxemburg entwickeln könnte: sicherlich unerwünscht, aber doch ein mögliches Resultat des Gesetzes.

Noch eine kleine Anmerkung zur Frage, ob ein Argument, das Gesetz verstoße gegen die Verfassung, diskutiert wird, und ob Verfassungsklagen erwogen werden. Die Antwort ist „Nein“. Zunächst einmal: Verfassungsrechtlich ist es so, dass Luxemburg erst seit zehn Jahren ein Verfassungsgericht hat, das jetzt 44 Urteile gesprochen hat – übrigens nicht schlecht für Luxemburg. Aber das Verfassungsgericht ist rein nach dem Modell der konkreten Normenkontrolle organisiert. Eine eigentliche Verfassungsklage ist nicht vorgesehen. Eine Anrufung des Verfassungsgerichts wäre demnach nur möglich im Laufe eines Gerichtsverfahrens, und ein normales Gerichtsverfahren in dieser Materie ist eigentlich schwierig denkbar. Davon abgesehen, ist in der luxemburgischen Diskussion – selbst im Gutachten des Staatsrates – nie ernsthaft der Gedanke geäußert worden, dass das Gesetz gegen die Verfassung verstoßen könnte.⁶² Es ist also eine Frage, die im gesetzgeberischen Ermessensspielraum steht.

62 Lesenswert in dieser Hinsicht ist das Gutachten des Staatsrats vom 13. Juli 2007, *Document parlementaire* Nr. 4909², S. 6 f., in dem der Staatsrat im Detail auf das *Pretty*-Urteil des EGMR (Nr. 37971/97) und auf die Verfassungsklagen der Vereine *Jurivie* und *Pro Vita* vor dem belgischen Verfassungsgericht (Urteil Nr. 4/2004) eingeht.

III. Aktualisierung

Nach der ersten Abstimmung über den Gesetzesentwurf kam es, völlig überraschend, zu einem institutionellen Problem. Der Großherzog, der nach der Verfassung den vom Parlament verabschiedeten Gesetzen zustimmen muss, damit sie in Kraft treten können, ließ wissen, aus Gewissensgründen sei es ihm völlig unmöglich, dem Euthanasiegesetz zuzustimmen. Er bat die Regierung darum, eine Lösung zu finden, die es ermöglichen sollte, im Falle einer nochmaligen Annahme des Gesetzesvorhabens sowohl den Willen der parlamentarischen Mehrheit als auch den Gewissenskonflikt des Staatsoberhauptes zu respektieren. Die Reaktion seitens der Regierung – die von allen politischen Parteien geteilt wurde – war von verhaltenem Entsetzen über die Haltung des Großherzogs geprägt. Der Premierminister urteilte bei einer Pressekonferenz, diese Haltung sei mit der „Verfassungspraxis“ Luxemburgs unvereinbar.⁶³ Dennoch ließ sich eine pragmatische, und insofern typisch luxemburgische, Antwort finden. Im Eilverfahren wurde der Verfassungsartikel, der die Zustimmung des Großherzogs zu Gesetzen vorsieht, abgeändert und durch eine Bestimmung ersetzt, nach der der Großherzog die Gesetze nur noch verkündet.⁶⁴ Daraufhin wurde das Euthanasiegesetz, das im Dezember bei der zweiten Abstimmung erneut angenommen worden war, am 16. März 2009 (vom Großherzog) verkündet.

63 Luxemburger Wort vom 3. Dezember 2008, S. 2 („... well mir eis an enger exceptionneller Situatioun befannen“, Erklärung von Premierminister *J.-C. Juncker*).

64 Loi du 12 mars 2008 portant révision de l'article 34 de la Constitution, *Mémorial A* 2009, S. 586. Die Veröffentlichung der Verfassungsänderung hat deshalb drei Monate (nach ihrer Verabschiedung in erster Lesung im Dezember 2008) in Anspruch genommen, weil ein Komitee von fünf Luxemburgern einen Referendumsvorschlag über die Verfassungsänderung eingebracht hatte. Mangels Unterstützung durch wenigstens 25.000 Wahlberechtigte (vgl. Art. 114, Abs. 3 Verfassung) fand das Referendum schlussendlich nicht statt.

DISKUSSION

Bernd von Hoffmann:

Die heutige Diskussion stellt in zweifacher Hinsicht eine Premiere dar. Der Beitrag eines Luxemburgers, Dr. Kinsch, führt wohl dazu, dass wir unsere Perspektive, die jetzt allein auf die deutschen Fragestellungen gerichtet ist, doch deutlich korrigieren können.

Dazu kommt ein zweites Novum, da wir *Dr. Tentrup* gebeten haben, einen Diskussionsbeitrag zu liefern. Herr *Dr. Tentrup* gehört der mehrfach schon angesprochenen Zunft der Palliativmediziner an. Er hat, wenn ich das richtig sehe, die Palliativmedizin in Trier etabliert und widmet jetzt auch nach seiner Pensionierung dem Hospiz seine Arbeit. Ich denke also, dass hier nicht nur Theorie, sondern eine ganze Menge lokaler Praxis dabei ist. Darf ich Sie bitten, *Herr Tentrup*.

PALLIATIVMEDIZINISCHE ERWÄGUNGEN

FRANZ-JOSEF TENTRUP

Franz-Josef Tentrup:

Danke, dass ich hier sein darf. Ich wurde als vorbereitet angekündigt, doch vorbereitet bin ich eigentlich nicht, es sei denn, Sie nehmen meine Berufstätigkeit als Vorbereitung.

Ich habe zu dem ersten Vortrag [Anmerkung: Vortrag von *Prof. Dr. Verrel*] einige Anmerkungen und auch einige Fragen.

Ich finde es gut, dass Sie die Begriffsunklarheit oder die unscharfen Begriffe genannt haben. Ich denke, man soll die Dinge beim Namen nennen. „Aktive Sterbehilfe“ sehe ich als Tötung auf Verlangen, wobei das Verlangen durchaus begründet sein kann. Ich ziehe also die Bezeichnung „Tötung auf begründetes Verlangen“ vor.

„Passive Sterbehilfe“ vermittelt den Eindruck von Passivität, als wende sich der Arzt vom Sterbenden ab. Ich würde den Ausdruck

„Sterben zulassen“ vorziehen. Zulassen ist mehr als lassen. Lassen bedeutet, ich gehe weg. Zulassen bedeutet, ich nehme das Sterben als Teil des Lebens – das ist zumindest meine Erfahrung aus meiner Arbeit –, als vielleicht intensivsten Teil, wenn es denn gelingt, das intensive Potential dieser Lebensphase zu erschließen. Das lasse ich dann zu und begleite es. Es geht nicht darum, die ärztliche Tätigkeit einzustellen, sondern ihren Charakter zu verändern. Es geht darum, die bisherigen, eher kurativen Therapieziele zu überprüfen und neue Therapieziele zu definieren. Therapieziele, die der Situation des Sterbenden entsprechen, z. B. Symptomkontrolle, Kommunikation oder Förderung der Autonomie. Das erleben wir ja nicht nur bei Sterbenden, sondern in der Medizin immer wieder, dass wir in bestimmten Situationen unser Therapieziel ändern müssen und dass wir dann eben bestimmte Behandlungsanteile einstellen und dafür andere Maßnahmen einsetzen müssen.

Den Tatbestand der indirekten Sterbehilfe haben Sie zutreffend dargestellt. Lange Zeit hat man sich auf die hohe Dosierung von Schmerzmitteln fokussiert. Das kann man heute nicht mehr so sagen. Wenn die Schmerzmedikation *lege artis* durchgeführt wird, muss das nicht zur Verkürzung des Lebens führen. Es kann eine Verkürzung des Lebens – und das ist so ein bisschen außerhalb des Blickfeldes – geben, wenn man gezwungen ist, Schmerzmittel mit Sedativa, also mit Beruhigungsmitteln, zu kombinieren.

Sie haben die terminale Sedierung angesprochen, ich würde lieber sagen, Sedierung am Lebensende. Was ist terminal? Wo mache ich die Grenze? Das ist sehr schwer festzulegen. Sedierung am Lebensende soll aber aus meiner Sicht so durchgeführt werden, dass sie jederzeit unterbrochen werden kann, dass man also den Todkranken zwischendurch wieder aufwachen lassen kann. Die Möglichkeiten haben wir heute. Die Medikamente haben wir und wir wissen, wie man mit diesen Medikamenten umgeht.

Ich erinnere mich an eine Frau, deren Schmerzen wir nicht mit konventionellen Schmerzmitteln lindern konnten und die wir drei Wochen lang sedieren mussten. Ich bin von Haus aus Anästhesist und Intensivmediziner. Wir haben ihr damals eine Narkose gemacht. Wir haben zwischendurch immer wieder versucht, sie wachwerden zu lassen, aber es ging nicht. Nach drei Wochen ging es doch und wir konnten dann die Schmerzmittel konventionell

dosieren und die Frau konnte nach Hause entlassen werden, bis sie Wochen später zurück auf die Palliativstation kam, bis sie dann komatös wurde und verstorben ist. Dieser Fall zeigt den Unterschied zwischen dem palliativmedizinischen Vorgehen und dem Vorgehen der aktiven Sterbehilfe oder der Tötung auf Verlangen. Die Frau hatte auch darum gebeten: „Gib mir doch die Spritze!“ Das ist kein Einzelfall.

Oft wird behauptet: „Wenn wir genug Palliativmedizin haben, erübrigt sich die Diskussion über die aktive Sterbehilfe.“ Das habe ich früher auch gesagt. So sage ich es heute nicht mehr. Es gibt Einzelfälle, in denen ein Sterben sehr hart ist, von großem Leiden begleitet ist und wo ich als Arzt außer einer Sedierung nichts mehr in der Hand habe. Doch ist das ein hinreichender Grund, diesem Zustand dann ein Ende zu machen durch eine Tötung? Das ist für mich die Frage.

Ein wichtiger Punkt, der aus meiner Sicht zu wenig beachtet wird und bei Ihnen wiederholt im Vortrag angesprochen wurde, ist der Wille des Patienten oder der Wunsch des Patienten. Wir unterscheiden zu wenig zwischen Willensbildung und Willensäußerung. Betrachtet man den akut geäußerten Willen des Patienten, so fragt sich, ob ein Patient in jedem Fall, wenn er akut einen Willen äußert, in der Lage ist, eine Willensbildung zu vollziehen, die seiner Persönlichkeit entspricht. Um in dem Zusammenhang das Instrument der Patientenverfügung anzusprechen: Eine Patientenverfügung, die wiederholt aktualisiert worden ist, die ich also über längere Zeit verfolgen kann, bedeutet einen fundierten Willensbildungs- oder Willensfestigungsprozess. Wenn dem dann plötzlich eine akute Willensäußerung entgegensteht, habe ich ein Problem. Ich nenne Ihnen ein oder zwei konkrete Beispiele. Jeder Arzt, der im operativen Bereich gearbeitet hat, hat erlebt, dass Patienten sich dagegen gewehrt haben, operiert zu werden. Er hat sie operiert und nachher haben sie sich bedankt. Ich erinnere mich persönlich an einen Mann, den ich von mehreren Intensivstationsaufenthalten gut kannte, der immer so an der Grenze einer Lungensuffizienz war. Wenn er einen kleinen Infekt bekam, dann dekompensierte er und musste für einige Tage beatmet werden. Er kam immer wieder auf die Intensivstation, und eines Abends wurde er wieder gebracht. Er sagte, soweit er noch sprechen konnte, er wolle nicht beatmet werden. Heute weiß ich nicht, was ich tun

würde, vielleicht würde ich ihn nicht beatmen. Ich habe mich damals darüber hinweggesetzt und ihn beatmet. Nach einer Woche war er vom Gerät weg und man konnte wieder mit ihm sprechen. Ich habe mich dann entschuldigt und gesagt: „Ich bin da sehr rüde mit Ihnen umgegangen.“ Und da hat er sich bedankt und gesagt: „Was stört mich mein dummes Geschwätz von gestern.“

Das sind Erlebnisse, die Ihnen eigentlich jeder meiner Kollegen, der im Intensivbereich oder im operativen Bereich arbeitet oder gearbeitet hat, aus dem eigenen Erleben schildern kann. Da steht also auf der einen Seite die Willensäußerung, auf der anderen Seite meine Fürsorgepflicht als Arzt. Wenn ich jemanden gut kenne oder zu kennen meine, muss dann in dieser Krisensituation, in der ich vermuten muss, dass die Willensbildung nicht mehr der Grundeinstellung des Patienten entspricht, muss da nicht irgendwo auch meine ärztliche Fürsorgepflicht greifen?

Ich nenne Ihnen ein anderes Beispiel. Das Beispiel eines jungen Mannes, der mit einer Patientenverfügung zu mir kam. Er hatte einen Blutkrebs. Es ging ihm unter Therapie noch relativ gut, aber es war eine Frage der Zeit, bis alles zusammenbrechen würde. Für ihn stand die Entscheidung an: Knochenmarkstransplantation oder nicht. Eine Knochenmarkstransplantation ist in 50 % aller Fälle, wenn der Patient einigermaßen gut in Form ist, lebensrettend. Bei 30 % bleiben Nebenwirkungen, 20 % sterben. Aber die, die es überstanden haben, sagen, es war die Hölle. Man ist in dieser Zeit bis aufs äußerste einem ganz starken Leiden unterworfen. Und dieser junge Mann sagte dann, er möchte in jedem Moment dieser Behandlung Einfluss haben, so dass er sie jederzeit abbrechen bzw. in ihrem Verlauf beeinflussen könne. Ich habe mit einem befreundeten Arzt gesprochen, der das Gleiche über sich hat ergehen lassen, der im Verlauf dieser Behandlung auch eine schwerwiegende, d. h. akut lebensbedrohliche Komplikation gehabt hat. Ich habe ihn gefragt, was er gesagt hätte, wenn man ihm mitgeteilt hätte, man müsste ihn jetzt beatmen und auf die Intensivstation bringen, weil er ein massives Lungenödem hätte. Er antwortete, dass er in dem Moment gesagt hätte, man solle ihn endlich in Ruhe lassen.

Die Frage der akuten Willensbildung in einer Krisensituation ist für mich nicht geklärt, und der Begriff „Wille“ ist für mich zu pauschal.

Da würde ich wirklich unterscheiden zwischen Willensbildung und Willensäußerung.

Sie [Anmerkung: *Prof. Dr. Verrel*] haben dann vom Juristentag berichtet, dass bei der Patientenverfügung eine notarielle Beurkundung wohl nicht erforderlich sei. Jedoch wurde eine ärztliche Beratung gefordert.

Ärztliche Beratung würde ich nach meinen Erfahrungen aus der Beratungstätigkeit bei Patientenverfügungen für sinnvoll halten. Eine Patientenverfügung kann so schlecht sein, dass sie nicht anwendbar ist. Wenn da Formulierungen stehen wie beispielsweise: „Ich möchte würdig sterben.“, was heißt das? Damit kann ich als Arzt nichts anfangen. Oder: „Ich möchte schmerzfrei sterben.“ Man muss schon, wenn man es will, auf bestimmte Situationen eingehen. Man muss nicht zu allen Maßnahmen Stellung nehmen, aber es ist gut, wenn man schreibt, welche Maßnahmen man nicht möchte: „Ich möchte keine Reanimation, keine künstliche Ernährung usw.“ Um solche Aussagen zu machen, ist eine gute Information erforderlich, eventuell eine kompetente Beratung.

Noch einige Anmerkungen zu Ihrem Vortrag [Anmerkung: an *Dr. Kinsch* gerichtet.]. Mit den Umfragen, das ist so eine Sache. Ich erinnere mich an eine Umfrage, so um 2000 herum, die in einer medizinischen Zeitschrift veröffentlicht worden ist, wo es auch um die aktive Sterbehilfe ging. Da hat man differenziert nach Nähe zum Krankenhausbetrieb bzw. Gesundheitsbetrieb. Je näher die Menschen zum Krankenhausbetrieb standen, also je mehr sie informiert waren, was eigentlich im Krankenhaus vor sich geht, umso stärker waren sie für eine Patientenverfügung, umso weniger sprachen sie sich aber auch für die aktive Sterbehilfe aus. Ich denke, auch auf dem Gebiet der Umfragen spielt es eine Rolle, wie ich die Fragen stelle: Ob ich nur grob frage, ob ich frage, ob jemand dafür oder dagegen ist oder ob ich frage, wie jemand in dieser oder jener Situation entscheiden würde. Es gibt auch Untersuchungen, wo anhand von Fallschilderungen die Meinung erfragt wurde. Da sah das dann auch schon etwas anders aus. Bei Umfragen zur aktiven Sterbehilfe bin ich deshalb so ein bisschen skeptisch.

Sie [Anmerkung: *Dr. Kinsch*] haben die Euthanasie als Möglichkeit der Verwirklichung von Autonomie genannt, wenn ich das richtig verstanden habe. Das kann so gesehen werden, aber ich denke,

die erste Verwirklichung von Autonomie wäre der Suizid. Und bei der Euthanasie, vor allen Dingen unter ärztlicher Mithilfe, d. h., wenn ich die Hilfe von jemand anderem in Anspruch nehme oder die Gesellschaft einen Berufsstand verpflichtet, Hilfe zu leisten, da scheint mir doch eine Minderung der Autonomie vorzuliegen, um es mal vorsichtig auszudrücken.

Und was mich dann immer besonders aufregt: Weshalb müssen es die Ärzte tun? Wenn die Gesellschaft entscheidet – ich würde das auch durchaus akzeptieren –, wir lassen jetzt diese Tötung auf begründetes Verlangen zu, weshalb muss das vom Arzt getan werden? Es ist nicht besonders schwer. Die Technik ist leicht zu erlernen und wir hätten ein ganzes Spektrum von Berufen zwischen Seelsorger und Henker, die für eine solche Zusatzausbildung in Frage kämen. Warum wird das unserem Berufsstand, und da bin ich schon irgendwo allergisch, weshalb wird das mir oder uns als Ärzten, die wir uns dem Leben verpflichtet fühlen, aufgedrückt? Ich gebe zu, wir haben unsere Unschuld mit dem Schwangerschaftsabbruch verloren, wenn man nun das vorgeburtliche Leben als Mensch bezeichnen will – auch das lässt sich sicher diskutieren. Aber weshalb machen die Tötung auf Verlangen nicht andere?

Ein anderer Punkt ist, dass in der Diskussion um die aktive Sterbehilfe mit unscharfen Begriffen gearbeitet wird. Der Begriff „unheilbar krank“ ist ein sehr unscharfer Begriff. Ebenso wie der Begriff „Leben“. Als ich vor 35 Jahren anfing, Notfallmedizin und Anästhesie zu erlernen, glaubte ich, dass ich wüsste, was Leben ist. Ich weiß es immer weniger. Ich weiß auch keine besseren Begriffe. Meine Frage an die Juristen: Wieweit können Sie Gesetze vorschlagen oder Gesetze schaffen, die mit unscharfen Begriffen operieren?

Noch speziell zu Luxemburg: Ich finde es sehr gut, dass das Luxemburger Euthanasiegesetz fordert, dass erst dann die aktive Sterbehilfe zum Zuge kommt, wenn die Möglichkeiten der Palliativmedizin ausgeschöpft sind. Ich finde diese Bedingung sehr gut. Nur muss ich einfach nachfragen – bei aller Freundschaft zu Luxemburg –, gibt es in Luxemburg überhaupt Palliativmedizin? [Antwort von *Dr. Kinsch*: „Ja.“]

Hier in Deutschland haben wir noch ein großes Defizit. Es wird beispielweise nicht an allen Universitäten Palliativmedizin gelehrt.

Die Zahl der palliativmedizinischen Einrichtungen liegt deutlich unter dem Bedarf. Aber wir haben zumindest im Pflegebereich die „Palliativ Care“ Qualifikation. Im ärztlichen Bereich haben wir die Zusatzbezeichnung „Spezielle Palliativmedizin“. In Luxemburg gibt es noch keine definierten Qualifikationsmaßnahmen. In Luxemburg gibt es insofern noch keine, im Medizinbetrieb etablierte, Palliativmedizin. Ich denke, da besteht mit Blick auf das neue Gesetz Nachholbedarf. Die politische Seite sollte bemüht sein, dass da nachgebessert wird, dass wirklich versucht wird, flächendeckend einen gewissen Qualifikationsgrad zu erreichen, bevor die Zulassung der aktiven Sterbehilfe zum Tragen kommt.

Impressum

Herausgeber

Prof. Dr. Bernd von Hoffmann, Prof. Dr. Gerhard Robbers

Unter Mitarbeit von

Lisa Günther, Bärbel Junk und Claudia Lehnen

Redaktionelle Zuschriften

Institut für Rechtspolitik an der Universität Trier,
Im Treff 24, 54296 Trier, Tel. +49 (0)651 / 201-3443
Homepage: <http://www.irp.uni-trier.de>,
Kontakt: sekretariat@irp.uni-trier.de.

Die Redaktion übernimmt für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung und kann diese nicht zurückschicken. Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Herausgeber/Redaktion wieder.

Bezugsbedingungen

Die Hefte erscheinen in unregelmäßigen Abständen mehrfach jährlich und können zum Stückpreis zuzüglich Porto im Abonnement oder als Einzelheft bei der Redaktion angefordert werden. Die zur Abwicklung des Abonnements erforderlichen Daten werden nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes verwaltet.

© Institut für Rechtspolitik an der Universität Trier, 2009
ISSN 1616-8828