



AUSGABE 90
März 2011

ANALYSEN & ARGUMENTE

Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid – Positionswandel in der Ärzteschaft ?

Dirk Lanzerath (ext.)

Die Bundesärztekammer hat im Februar 2011 eine Überarbeitung der „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vorgelegt. Als Gründe für die Änderungen werden notwendige Anpassungen an neue gesetzliche Regelungen sowie die Anerkennung der „verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralen Gesellschaft“ genannt.

Die grundsätzliche Ausrichtung der ärztlichen Aufgaben, „unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“ bleibt erhalten. Akzentverschiebungen gibt es jedoch beispielsweise in der Frage der ärztlichen Beihilfe zum Suizid.

Im vorliegenden Text werden Fragen der ärztlichen Beihilfe zum Suizid analysiert und bewertet.

Ansprechpartner

Dr. Norbert Arnold
Leiter des Teams Gesellschaftspolitik
Hauptabteilung Politik und Beratung
Telefon: +49(0)30 2 69 96-35 04
E-Mail: norbert.arnold@kas.de

Postanschrift

Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

www.kas.de

publikationen@kas.de



Konrad
Adenauer
Stiftung

ISBN 978-3-942775-19-9



INHALT

- 3 | ZWISCHEN SELBSTBESTIMMUNG UND NICHTSCHADENSPRINZIP
- 4 | GRUNDSÄTZLICHE RECHTSBESTIMMUNGEN UND DIE DEBATTE
IN DEUTSCHLAND
- 6 | DIE GRUNDSÄTZE DER BUNDESÄRZTEKAMMER
- 6 | ÄRZTLICHES ETHOS UND DIE BEIHILFE ZUM SUIZID
- 8 | FAZIT UND AUSBLICK

DER AUTOR

*Dr. Dirk Lanzerath ist Geschäftsführer des Deutschen
Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften,
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.*



Die Reichweite der Selbstbestimmung von kranken Menschen an ihrem Lebensende ist in den vergangenen Jahren sehr intensiv diskutiert worden und hat in Deutschland sowie in den Nachbarstaaten zu verschiedenen gesetzgeberischen Aktivitäten geführt. Sehr kontrovers werden Maßnahmen erörtert, die darauf abzielen, einer schwer erkrankten oder sterbenden Person einen möglichst schmerzfreien Tod zu ermöglichen. Diese werden allgemein unter den Stichworten „Sterbebegleitung“ und „Sterbehilfe“ zusammengefasst. Manche Krankheitszustände – so die zugrunde liegende Erfahrung – werden als derart leidvoll bewertet, dass die Betroffenen den Tod einem Weiterleben unter diesen Bedingungen vorziehen. Die Form des Leidens wird unter solchen Umständen als so unerträglich empfunden, dass die Erhaltung des Lebens nicht mehr als Wert betrachtet wird. Neben der Frage der Reichweite der Selbstbestimmung der Betroffenen in einer derart existenziell schwierigen Lage sind aber auch die Einstellungen, Intuitionen und Empfindungen anderer Beteiligter wie Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal zu berücksichtigen. Obwohl man schnell darin übereinstimmen mag, dass ein Sterben in Würde und die Vermeidung von Leid sehr berechtigte Anliegen darstellen, müssen die Wünsche und Interessen all derjenigen, die an einer Handlung oder einer Unterlassung im Sterbeprozess beteiligt sind, durchaus nicht immer im Einklang miteinander stehen.

Die Frage nach der Sterbehilfe gehört nicht nur im Kontext akademischer Disziplinen, wie Medizinethik oder Medizinrecht, zu den besonders umstrittenen Problemstellungen. Vielmehr haben in den vergangenen Jahren auch innerhalb der internationalen Öffentlichkeit die Fälle von Terri Schiavo (USA, † 2005) und Eluana Englaro (Italien, † 2009), die nach schweren Hirnschädigungen über viele Jahre hinweg keine oder nur minimale Bewusstseinsaktivitäten zeigten, erhebliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Die Patientinnen verstarben nach Reduktion bzw. Einstellung von lebenserhaltenden Maßnahmen. Zuvor hat es eine Vielzahl gerichtlicher, politischer und öffentlicher Auseinandersetzungen über die Maßnahmen gegeben. In Italien hat zudem das Schicksal von Piergiorgio Welby († 2006) die Medien bewegt. Er war durch eine Muskeldystrophie am Ende seines Lebens vollständig gelähmt und bat den italienischen Staatspräsidenten in einem offenen Brief um Sterbehilfe. Trotz eines ablehnenden Gerichtsentscheids verabreichte sein Arzt ein Betäubungsmittel und beendete die künstliche Beatmung. Eine Anklage wegen Mordes wurde abgewiesen.¹

ZWISCHEN SELBSTBESTIMMUNG UND NICHTSCHADENSPRINZIP

Neben der sehr grundsätzlichen Frage nach der Reichweite der Selbstbestimmung im Rahmen des Sterbeprozesses stellt sich die medizinethische Frage, ob und in welcher Form sich ein Arzt oder ein anderer Garant daran beteiligen darf, ein menschliches Leben zu beenden. Gibt es einen Kernbestand des ärztlichen Ethos, der die Garantstellung und das Arzt-Patient-Verhältnis wesentlich bestimmt und der es aus grundsätzlichen Erwägungen heraus möglicherweise verbietet, sich an der Beendigung eines menschlichen Lebens zu beteiligen? Denn auch dann, wenn das Prinzip der Selbstbestimmung und Autonomie in der Medizinethik gegenüber paternalen Vorstellungen ärztlichen Handelns erheblich an Gewicht gewonnen hat, kann es bei diesen Grenzfragen doch zu schweren Konflikten mit dem Nichtschadensgebot und dem Tötungsverbot kommen. Es ist daher sehr umstritten, ob die Beihilfe zum Suizid – unabhängig von der rechtlichen Zulässigkeit – grundsätzlich zu den ärztlichen Aufgaben zählen kann oder nicht. Nicht jeder Wunsch, der von einem Patienten an einen Arzt herangetragen wird, kann zwingend zur Ausführung seitens des Arztes kommen, insbesondere dann nicht, wenn dieser fundamentale Konflikte mit seinem Ethos erkennt. In solchen ohnehin schwierigen Entscheidungssituationen kommt noch hinzu, dass häufig genug am Lebensende ein Entscheidungsdruck entsteht und selbst ein *Unterlassen* als eine Form intentionalen Handelns bewertet werden kann. Die Konsequenzen eines Handelns oder Unterlassens, das zum Tod führt, sind in jedem Fall irreversibel, auch wenn man nie mit letzter Sicherheit sagen kann, welche Lösung für den Betroffenen die bessere ist – der Tod oder das Weiterleben unter den gegebenen Bedingungen.

In den ethischen, juristischen und politischen Debatten um die Sterbehilfe zeichnet sich bislang noch keine konsensfähige Lösung dahingehend ab, welche Grundsätze bei der Bewertung von Hilfeleistungen *beim* Sterben oder *zum* Sterben für den Einzelfall zur Anwendung kommen sollen. Gesetzliche Regelungen stehen in Deutschland nach wie vor aus. Rechtliche Orientierungspunkte sind Regelungen des ärztlichen Berufsrechtes sowie die höchstrichterlichen Entscheidungen, die anlässlich von Problemfällen der Sterbehilfe ergangen sind.² Gleichwohl hat der Deutsche Bundestag 2009 ein Gesetz verabschiedet, das am 1. September in Kraft getreten ist, welches im Betreuungsrecht die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen regelt.³ Berufsrechtlich sind es vor allem die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, die hier relevant sind. Die erste Fassung – nach den „Richtlinien“ von 1993 – stammt von 1998. Diese ist dann 2004 und schließlich jüngst 2011 überarbeitet worden.⁴ Auf den in ihnen enthaltenen Wandel hinsichtlich der Einstellung der Ärzteschaft soll in einem späteren Abschnitt näher eingegangen werden.



GRUNDSÄTZLICHE RECHTSBESTIMMUNGEN UND DIE DEBATTE IN DEUTSCHLAND

Bislang ist in Deutschland die Sterbehilfe, abgesehen vom ärztlichen Berufsrecht, nicht ausdrücklicher Gegenstand spezialgesetzlicher Regelungen. Weder der historisch vorbelastete und daher im deutschen Sprachraum weitgehend vermiedene Begriff der „Euthanasie“ noch der im gegenwärtigen Diskurs übliche Begriff der „Sterbehilfe“ wird in der deutschen Gesetzgebung verwendet. Vielmehr gelten für die rechtliche Beurteilung der einschlägigen Fälle die allgemeinen Vorschriften des Strafrechts und des Zivilrechts. Von besonderer praktischer Relevanz – insbesondere auch für die Ärzteschaft – ist dabei die Abgrenzung der strafbaren aktiven Verkürzung des Lebens im Sinne der Tötungsdelikte⁶ von den straflosen Maßnahmen zur Leidensminderung am Lebensende sowie der Beihilfe zum Suizid. In einem konkreten Fall wird geprüft, ob die den Fremdtötungsparagrafen § 211 (Mord), §§ 212 und 213 (Totschlag) und § 216 (Tötung auf Verlangen) des deutschen Strafgesetzbuchs (StGB) zugrunde liegenden Tatbestände erfüllt sind. Der Suizid ist nach deutschem Recht kein Straftatbestand, somit bleibt auch die Beihilfe zum Suizid straflos. Hier wird in der Rechtsprechung allerdings geprüft, ob andere Straftatbestände wie Totschlag oder Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) erfüllt werden. Wird die Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt oder nahen Angehörigen geleistet, ist ferner die Garanteneinstellung, die diese Personen dem Sterbewilligen gegenüber einnehmen, von besonderer Bedeutung, da in diesen Fällen auch eine Unterlassung als Straftat gewertet werden kann.⁷ Insgesamt sind die gesetzlichen Bestimmungen für diese besonderen Fälle sehr allgemein und abstrakt. Daher ist es bislang weder der Rechtsprechung noch der Rechtswissenschaft gelungen, allseits akzeptierte Maßstäbe zu entwickeln, anhand derer sich die Strafbarkeitsgrenze für Hilfeleistungen beim Sterben oder zum Sterben für den Einzelfall klar bestimmen lässt.

Bezüge zum Zivilrecht ergeben sich insbesondere im Zusammenhang mit den inhaltlichen und formalen Erfordernissen für die Wirksamkeit von Patientenverfügungen, Vorsorge- und Betreuungsvollmachten. Hier ist es die Änderung im Betreuungsrecht vom September 2009, die in einem begrenztem Umfang klarere Verhältnisse schafft.⁸ Das Verfassungsrecht stellt darüber hinaus mit dem Katalog der Grundrechte im Grundgesetz (GG) den Bezugsrahmen und letztverbindlichen Maßstab für den Gesetzgeber dar, wobei insbesondere die Artikel 1 Abs. 1 (Menschenwürde), Artikel 2 Abs. 1 (Anknüpfungspunkt für das Recht auf Selbstbestimmung) sowie Artikel 2 Abs. 2 (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) von Relevanz sind. Die grundrechtliche Werteordnung spielt auch in der strafrechtlichen Debatte eine Rolle.⁹

Eine Reihe von Ethikkommissionen in Deutschland hat mit Stellungnahmen zur Debatte um Sterbebegleitung, Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid beigetragen. Der Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz mit dem Titel „Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten“ ist 2004 publiziert worden. In diesem Papier werden die Spannungen zwischen den verschiedenen Haltungen und die Schwierigkeiten für eine Konsensbildung sehr deutlich. Die Kommission spricht sich dort für eine nachhaltige Unterstützung der häuslichen Pflege sowie den Ausbau von Hospizen und der palliativmedizinischen Versorgung aus. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen soll gestärkt und gesetzlich verankert werden (wie dies dann 2009 auch geschehen ist). Die Kommission plädiert dafür, 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“ (130) sein sollen. Dies soll unabhängig davon gelten, „ob das Grundleiden des Patienten einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat“ (130). Es soll zwar gemäß Mehrheitsvotum der Kommission am derzeitigen Recht festgehalten werden, grundsätzlich keine aktive Sterbehilfe leisten zu dürfen, wohl aber seien „extreme Ausnahmefälle“ zu bedenken, „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 Sterbender ausnahmsweise eine aktive Sterbehilfe ethisch und rechtlich toleriert werden. Der Gesetzgeber sollte die Möglichkeit einräumen, in solchen Fällen von Strafe abzusehen“ (70). Schließlich nimmt die Kommission Bezug auf ein Urteil des Bundesgerichtshofes von 1996.¹⁰ Der BGH hatte dort hinsichtlich der passiven Sterbehilfe 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‘“ (68). Die Kommission teilt die in den Urteilsgründen vertretene Auffassung, „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‘“ (68). Doch – so das Mehrheitsvotum in dem Papier – wenn das Selbstbestimmungsrecht des Menschen es ihm erlaubt, einem natürlichen Geschehen bis zum Tod seinen Lauf zu lassen, so begründe dies noch „keinen Anspruch gegen Dritte auf aktive Hilfe bei der Selbsttötung oder auf



aktive Sterbehilfe“ (33). Wohl sei unter bestimmten Umständen eine ärztlich assistierte Selbsttötung ausnahmsweise „zu rechtfertigen“ (107). Die Kommission empfiehlt eine gesetzliche Regelung, in der „eine Aussage zur Garantenstellung und zur Hilfeleistungspflicht nach einem Selbsttötungsversuch“ wünschenswert sei. Im Gesetz sollte „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“ (133). Die ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung solle weiterhin standesrechtlich untersagt bleiben, aber 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“ (107). Nach Auffassung der Kommission sollte eine „Pflicht zu Rettungsmaßnahmen (Garantenpflicht, § 323 c StGB)“ dann „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“ (105). Dem liberalen Umgang mit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid tritt aber ein Minderheiten-Votum entgegen, das betont: „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“ (144).¹¹

Neben der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages (15. Wahlperiode) (2004) befasste sich 2005 der Nationale Ethikrat¹² mit dem Thema „Patientenverfügung“. Die Mehrheit der Mitglieder plädiert dafür, Voraussetzungen und Reichweite von Patientenverfügungen gesetzlich zu regeln. Ebenfalls mehrheitlich spricht sich der Ethikrat für Ergänzungen im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Strafgesetzbuch aus, die die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen festlegen. Diese Verbindlichkeit soll nicht auf bestimmte Phasen der Erkrankung beschränkt sein. Eine Minderheit ist jedoch wie die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ der Meinung, dass Patientenverfügungen, in der die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen festgelegt sind, nur „im Falle von einem irreversiblen, in absehbarer Zeit zum Tode füh-

renden Krankheitsverlauf als bindend anzusehen sein sollten“ (31).¹³ Das Verbot der aktiven Sterbehilfe soll laut Ethikrat nicht in Frage gestellt werden (30). In seiner am 13. Juli 2006 veröffentlichten Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ beschäftigt sich der Nationale Ethikrat schwerpunktmäßig mit Problemen des derzeitigen Sprachgebrauchs im Zusammenhang von Sterbebegleitung, der als „missverständlich und irreführend“ beurteilt wird, sowie mit Fragestellungen im Kontext der Selbsttötung. Insbesondere werden die ethische Bewertung der Selbsttötung angesichts unheilbarer Krankheiten, die Aufgaben und Pflichten von Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf die Suizidintervention, der Beihilfe zum Suizid und der Frage nach Tötung auf Verlangen thematisiert. Der Ethikrat stellt in seiner Stellungnahme unterschiedliche Positionen dar: Einige Mitglieder machen geltend, dass die Suizidbeihilfe dem beruflichen Auftrag des Arztes widerspreche und die Schwierigkeit bestehe, festzustellen, wie frei der Suizidwunsch eines Patienten tatsächlich sei. Ist es ein frei verantworteter und ernsthaft bedachter Entschluss oder liegt dem nicht vielmehr eine temporäre seelische Krise oder eine behandlungsbedürftige Depression zugrunde (78ff, 85). Dem entgegen steht die Auffassung einer weiteren Gruppe von Ethikrat-Mitgliedern, die betont, dass Ärzte verpflichtet seien, „ihre medizinischen Kompetenzen zum Besten ihrer Patienten einzusetzen und deren Selbstbestimmung zu akzeptieren“ (86). In der Situation unheilbarer Krankheit könne dies auch die Beihilfe zum Suizid beinhalten, die straf-frei ist. Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eines Patienten gehöre überdies tagtäglich zum Aufgabenbereich von Ärzten. Eine dritte Position, die die Stellungnahme auf-führt, sieht in der Entscheidung des Arztes für oder gegen eine Beihilfe zum Suizid eine höchst persönliche Gewissens-entscheidung. Der Respekt vor einer solchen Entscheidung müsse so hoch sein, dass sie zu billigen sei und berufsrechtlich nicht geahndet werden solle (87f). Besonders umstritten ist im Nationalen Ethikrat die Frage nach organisierter Ver-mittlung von Suizidbeihilfe. Mehrheitlich bestehen grund-legende Bedenken gegen sie und auch ihre Befürworter be-werten sie gegenüber einer professionellen Suizidbeihilfe durch den behandelnden Arzt als nicht wünschenswert (88f). In der Frage der Tötung auf Verlangen besteht im Nationalen Ethikrat Übereinstimmung darin, dass das entsprechende Verbot nach § 216 StGB Bestand haben soll. Es solle aber im Einzelfall geprüft werden, ob von einer Bestrafung abge-sehen werden kann (91ff).¹⁴

In vielen Rechtssystemen gibt es Sanktionen bei ärztlicher Beihilfe zum Suizid. Inzwischen wird aber bspw. in den Niederlanden und in Belgien im Rahmen der neuen Regelungen zur Sterbehilfe diese Handlung nicht mehr strafrechtlich ver-folgt. Vor dem Hintergrund der Gründung von Sterbehilfe-organisationen in der Schweiz und dem damit verbundenen sogenannten „Sterbetourismus“ hat die dortige Nationale



Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) im April 2005 eine Stellungnahme zum Thema „Beihilfe zum Suizid“ verfasst, in der sie die aktuelle Rechtslage und die Praxis der Auslegung darstellt. Die Schweizer Kommission befürwortet die liberale Regelung des Artikels 115 StGB, der besagt, dass Suizidbeihilfe legal ist, solange sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Eine Ausnahme bilden jedoch psychisch Kranke; bei ihnen soll keine Suizidbeihilfe geleistet werden, wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom der psychischen Erkrankung ist. Die NEK plädiert außerdem dafür, Sterbehilfeorganisationen unter eine staatliche Aufsicht zu stellen, um die „Einhaltung von Qualitätskriterien für die Abklärung von Suizidhilfeentscheidungen“ (7) zu gewährleisten.¹⁵

Diese Zusammenstellung¹⁶ einiger ausgewählter Regelungen und Stellungnahmen zum Thema Sterbehilfe, assistierter Suizid und Patientenverfügung macht einerseits deutlich, wie dringlich eine gesetzgeberische Initiative gefordert wird, damit eine Rechtsklarheit herbeigeführt wird, die die Beteiligten entlastet, andererseits wird ersichtlich, dass das Thema – nicht nur in Deutschland – sehr kontrovers diskutiert und ein Konsens nur schwer herzustellen sein wird. Zumindest ist aber inzwischen beim Thema Patientenverfügung der Gesetzgebungsprozess mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts zu einem vorläufigen Ende gelangt.

DIE GRUNDSÄTZE DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Die Bundesärztekammer hat 2004 Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung verfasst und diese 2011 überarbeitet.¹⁷ Dort wird die „gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen“ als „aktive Sterbehilfe“ und somit als „unzulässig und mit Strafe bedroht“ abgelehnt. Wohl aber heißt es dort, dass bei Sterbenden die „Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen“ kann, „dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf“. Lebensverlängernde Maßnahmen können nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten abgebrochen oder ihre Anwendung unterlassen werden, wenn sie „nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann“. Bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt hierzu eine Erklärung der gesetzlichen Vertreter, die ggf. von einem Betreuungsgericht bestellt werden müssen, einzuholen (A1298f).¹⁸

Im Februar 2011 veröffentlichte die Bundesärztekammer ihre überarbeiteten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dies war nach eigenem Bekunden aus zwei Gründen notwendig geworden: erstens durch die Neufassung des

Betreuungsrechts und zweitens durch veränderte Grundhaltungen in der Ärzteschaft, die mittels einer Umfrage 2009 erhoben worden sind.¹⁹ Ebenso wie viele andere Passagen des Textes blieb dabei die programmatische Formel im ersten Satz der Präambel aus der Fassung von 2004 erhalten: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ Beide Präambeln weisen darauf hin, dass nicht immer das Leben erhalten werden kann und dass die ärztliche Verpflichtung, dies zu tun, begrenzt ist. Auch die schon aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen konsequente Absage an eine strafbewehrte „aktive Sterbehilfe“ (2004) bzw. „Tötung des Patienten“ (2011) bleibt bestehen. Doch verändert ist die Formulierung zum assistierten Suizid. Während es in der Fassung von 2004 heißt „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“, liest man in der Fassung von 2011: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ Dass damit die Beihilfe zum Suizid nicht wesentlich in das Tätigkeitsfeld des Arztes gehören soll, ist deutlich, dennoch ändert sich mit der neuen Formulierung der Tenor, auf den auch das Vorwort des Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe eingeht: „Diese eindeutige Aussage bekräftigt die Grundaussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung. Sie tritt an die Stelle der bisherigen Feststellung, dass die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten dem ärztlichen Ethos widerspricht. Damit werden die verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt, ohne die Grundaussagen und die grundlegenden Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung infrage zu stellen.“ (A346)²⁰

ÄRZTLICHES ETHOS UND DIE BEIHLIFE ZUM SUIZID

Aus dem Umstand – so Hoppe in einem Interview mit der *Frankfurter Rundschau* –, dass die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar, aber für Mediziner durch berufsrechtliche Vorgaben ethisch problematisch sei, ergebe sich die Notwendigkeit, diesen Widerspruch aufzulösen. „Mich schüttelt es allerdings bei der Vorstellung, dass ein Arzt beim Suizid hilft. Ich könnte das mit meinem Gewissen nicht vereinbaren.“²¹ Seitens der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung wird der Wegfall des Bezugs zum ärztlichen Ethos beklagt: „Ärztlich begleitete Selbsttötung sei weder die Fortführung der Sterbebegleitung noch eine Alternative zu ihr, kritisierte der Geschäftsführende Vorstand der Patientenschutzorganisation, Eugen Brysch. Er rief die Bundesregierung auf, endlich die gewerbsmäßige Vermittlung des Suizids unter Strafe zu stellen.“²² In der Pressemitteilung der Hospiz Stiftung erklärt Brysch: „Ärzte wollen sich nicht aus-



schließlich als Leistungserbringer verstehen. Medizinisches Handeln folge daher nicht nur der Gewinnmaximierung, sondern auch dem ärztlichen Ethos. Mit diesem Argument verschafft sich die Bundesärztekammer immer wieder Gehör in der gesundheitspolitischen Diskussion und versucht so, die Rolle des Patientenfürsprechers zu übernehmen. Nun aber ist das ärztliche Ethos vom Vorstand der deutschen Ärzteschaft abgeschafft worden. Das Ethos hat bei der Ablehnung der ärztlichen Begleitung zur Selbsttötung keine Bedeutung mehr. Die Ablehnung der Suizidbegleitung wird jetzt allein damit begründet, dass sie keine ärztliche Aufgabe sei. [...] Die Patientenschutzorganisation der Schwerstkranken und Sterbenden appelliert an den Deutschen Ärztetag, sich der Abschaffung des ethischen Prinzips in der Muster-Berufsordnung zu widersetzen. Schon heute erleben immer mehr Patienten ärztliches Handeln als wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb. Die Verunsicherung der Patienten ist groß. Deshalb sollte der Deutsche Ärztetag klären, was ethisches Handeln des Arztes heute ist. Ebenso muss deutlich werden, dass Beihilfe zur Selbsttötung keine ethische Fortführung der Sterbebegleitung ist.²³

Die Spaltung der Ärzteschaft in dieser Frage macht deutlich, dass der Wegfall des Verweises auf das „ärztliche Ethos“ in der Stellungnahme von 2011 gegenüber der Stellungnahme von 2004 mit Bedacht gewählt wurde. Da eine Teilnahme an einer Handlung nur dann bestraft werden kann, wenn die Handlung selbst strafbar ist – so das deutsche Recht –, wird die Beihilfe zum Suizid im Normalfall nicht sanktioniert.²⁴ In der Praxis des ärztlichen Handelns kann es dennoch zu Komplikationen kommen, weil der Arzt nach verbreiteter, aber nicht unumstrittener Rechtsauffassung verpflichtet ist, u. U. den Tod zu verhindern. So hat der BGH in der sogenannten Wittig-Entscheidung²⁵ im Jahr 1984 das Selbstbestimmungsrecht in Suizidfällen dahin gehend eingeschränkt, dass „jedenfalls dann, wenn der ohne ärztlichen Eingriff dem sicheren Tod preisgegebene Suizident schon bewusstlos ist, [...] sich der behandelnde Arzt nicht allein nach dessen vor Eintritt der Bewusstlosigkeit erklärten Willen richten [darf], sondern [...] in eigener Verantwortung eine Entscheidung über die Vornahme oder Nichtvornahme auch des nur möglicherweise erfolgreichen Eingriffs zu treffen“²⁶ hat. Dies kann zu sehr paradoxen Situationen führen.²⁷ Auch wenn rechtlich betrachtet die Beihilfe zum Suizid in Deutschland nicht strafbar ist, war es immer Gegenstand öffentlicher, ethischer und rechtlicher Diskussionen, ob es zur Garantienstellung des Arztes passen kann, Beihilfe zum Suizid zu leisten (vgl. Teil 2). Bei Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um einen Personenkreis, dem wir Leib und Leben anvertrauen und dem wir Eingriffe in die körperliche Integrität gestatten, weil wir dies durch das hochrangige Handlungsziel, Gesundheit zu erhalten, sie wieder herzustellen oder Schmerzen zu lindern, für gerechtfertigt halten. Welche Auswirkungen wird es nun haben, wenn wir demselben Personenkreis berufs-

rechtlich und berufsethisch die Beihilfe zur Selbsttötung zuzubilligen? Was die ärztlichen Einstellungen betrifft, werden in der bereits erwähnten Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach genau diese abgefragt. Zwar stimmen 58 Prozent der befragten Ärzte dem Argument zu „Ein Arzt ist besonders gut geeignet, Patienten beim Suizid zu unterstützen, weil er weiß, wie man Medikamente richtig dosiert.“ Aber es befürworten nur 30 Prozent eine Legalisierung eines ärztlich begleiteten Suizids (8 Prozent Unentschiedene, 62 Prozent Ablehnung). Eine gesetzliche Regelung, die den ärztlich begleiteten Suizid grundsätzlich erlaubt, hätte – so glauben laut Allensbach 63 Prozent der befragten Ärzte – Auswirkungen auf das ärztliche Selbstverständnis. Es würde sich das „Grundverständnis des Berufs“ ändern, nämlich eine „Abkehr vom Heilen und Bewahren des Lebens“ (29 Prozent) und insbesondere werden „negative Auswirkungen auf das Ansehen der Ärzte“ befürchtet (57 Prozent). „Für mehr als jeden dritten Arzt käme ein begleiteter Suizid unter bestimmten Bedingungen in Frage“ (37 Prozent). Doch die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe wird nur von 17 Prozent der Befragten befürwortet.²⁸

Man kann dies zwar nüchtern betrachtet so deuten, dass auch die Ärzteschaft schlicht als ein Spiegel der pluralen Gesellschaft aufzufassen ist – wo nämlich ähnliche Einstellungen anzutreffen sind –, aber man muss sich auch der normativen Konsequenzen bewusst sein, die sich daraus ergeben, wenn die Ziele ärztlichen Handelns erheblich erweitert und alle Bedürfnisse als vertretbar angenommen werden. Insbesondere gilt es drei Problemfelder zu bedenken:

1. *Therapeutische Defizite und Missbrauchsgefahr:* Im Kontext der Palliativmedizin wird sehr klar darauf hingewiesen, dass häufig ein Mangel an Wissen um adäquate schmerztherapeutische Behandlung dazu führt, dass überhaupt ein Suizidwunsch in diesem Umfeld reifen kann. Wenn die Schmerztherapie weiter ausgebaut würde, verblieben nur noch wenige Einzelfälle – so die Überzeugung vieler Palliativmediziner.²⁹ Überlässt man es nun dem individuellen Arzt, im Einzelfall zu entscheiden, ob eine Beihilfe zum Suizid mit der Garantienstellung des Arztes in Einklang zu bringen ist oder nicht und verweist nicht auf ein allgemeines Ethos, dass dies verbietet, dann wird es in der Praxis schwer fallen, zu entscheiden, ob die Beteiligung an einem Vorgang „nur“ als Beihilfe betrachtet werden kann oder ob möglicherweise doch schon ein Übergang zur Übernahme der Tatherrschaft vollzogen worden ist. Diese Übergänge können fließend sein; das Missbrauchsrisiko ist hoch. Im Einzelfall sind Einschätzungen über den wahren Handlungsverlauf sowie über die genauen Handlungsabsichten kaum mehr möglich, wenn es darum gehen soll, zu entscheiden, ob der Wunsch zu sterben auch authentisch und nicht von Dritten beein-



flusst gewesen ist und ob wirklich alle palliativen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sind.³⁰ Welche Schwierigkeiten schon die Trennung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe bereitet, hat der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 25. Juni 2010 festgestellt und verweist auf die Bedeutung des Patientenwillens.³¹ Dies führt zum zweiten Problemfeld.

2. *Ärztliches Ethos und Garantenstellung:* Die Öffnung des ärztlichen Handelns in Richtung Beihilfe zum Suizid als einer Handlung, die zwar nicht zur „ärztlichen Aufgabe“ gehört, die aber nicht mehr grundsätzlich abgelehnt wird, weil ein Verweis auf ein gemeinsames ärztliches Ethos in diesem Punkt als nicht mehr möglich scheint, könnte als ein erster Schritt gewertet werden, in Zukunft auch bei der sogenannten „aktiven“ Sterbehilfe Zugeständnisse zu machen, wenn es um die ärztliche Mitwirkung geht. Wenn die veränderte Einstellung der Ärzteschaft (von 37 Prozent) zur Beihilfe beim Suizid ein Anlass für veränderte Grundsätze ist, dann sind die 17 Prozent, die bei der Allensbach-Umfrage angegeben haben, dass sie eine gesetzliche Regelung zur Ermöglichung der aktiven Sterbehilfe befürworten – trotz der noch sehr breiten Ablehnung von 78 Prozent –, ein Indikator dafür, dass sich auch dies in Zukunft ändern könnte.³² Ob man das Stimmungsbild unter den Ärzten jedoch zum primären Maßstab machen kann, was in solchen moralischen Fragen zulässig sein kann oder nicht, muss auf breiter Basis diskutiert werden. Keineswegs eindeutig ist auch die Frage, ob aus Sicht der Bevölkerung gerade die Beihilfe zum Suizid zu einem Vertrauensverlust bei den Ärzten führen würde. So haben 2003 84 Prozent der deutschen Bevölkerung folgender Aussage zugestimmt: „Wenn mein Hausarzt einem unheilbar kranken Patienten bei der Selbsttötung hilft, würde ich das Vertrauen zu ihm nicht verlieren.“³³ Nun sind derartige Umfragen nicht mehr als ein Stimmungsbild. Aus einem solchen empirischen Ergebnis lässt sich keineswegs normativ ableiten, dass die Beihilfe zum Suizid durch Ärzte auch tatsächlich ethisch gerechtfertigt werden kann. Entscheidend für viele Menschen scheint auch nicht primär der Vollzug einer Tötungsabsicht zu sein, die beim Suizid vorliegt, als vielmehr die Angst und Sorge, leiden zu müssen. Genau dies aufzunehmen, wäre ärztliche Kernaufgabe. Die Frage, ob die Beihilfe zum Suizid generell in das Handlungsspektrum ärztlicher Tätigkeit gehören kann, führt zu dem dritten sehr viel grundsätzlicheren Problemfeld.

3. *Ausweitung der Ziele ärztlichen Handelns:* Auf vielen Feldern des ärztlichen Handelns vollzieht sich schrittweise ein Wandel hinsichtlich des Spektrums der Zielsetzungen. Es sind nicht mehr nur die klassischen Ziele „Heilung“ und „Linderung“, die das ärztliche Handeln definieren, es treten vielmehr immer wieder neue hinzu. Dies gilt für

Schwangerschaftsabbrüche genauso wie für Maßnahmen einer wunscherfüllenden Lifestyle-Medizin (Durchführung ästhetischer Chirurgie, Beteiligung an sportlicher Leistungssteigerung, Vergabe stimmungsaufhellender Psychopharmaka etc.).³⁴ Ob dies soweit gehen wird, dass zukünftig auch die professionelle Suizidbeihilfe durch den behandelnden Arzt oder gar die organisierte Vermittlung von Suizidbeihilfe – wie in einigen Nachbarländern – dazu gezählt werden soll, bleibt abzuwarten. An einer solchen Ausweitung der Zielsetzung wird kritisiert, dass sich angesichts der immer zahlreicher angebotenen medizintechnischen Serviceleistungen ein Wandel vom „Patienten“ zum „Kunden“ vollzieht. „Ärztliches“ Handeln würde langfristig marktgerecht über Angebot und Nachfrage geregelt und das bislang an die ärztliche Teleologie – also an klare und enge Zielsetzungen – gebundene Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis durch ein individuelles Vertragsverhältnis ersetzt werden, das eben auch andere als die traditionellen Zielsetzungen zuließe.³⁵ Das Grundproblem ist nicht neu, denn die Ambivalenz der dem Arzt zur Verfügung stehenden Mittel war bereits in der Antike Gegenstand der hippokratischen und aristotelischen Schriften. Es bleibt zu fragen, ob die Gesellschaft ein Interesse an einer derartigen Rolle des Arztes als Serviceleister hat und wie sich diese Rolle zur Garantenstellung des Arztes insgesamt verhält.

FAZIT UND AUSBLICK

Freilich sind die Medizin und die in sie eingebundenen Akteure als Teil einer größeren Kommunität den in ihr vorkommenden Wertmaßstäben, aber auch den dort auftretenden politischen und ökonomischen Sprachspielen und Regelsystemen ausgesetzt. Mannigfache Geschmäcker, Wünsche und Phantasien beeinflussen die Ziel- und Prioritätensetzung in der Medizin. Gesellschaftliche Ziele und medizinische Ziele verweisen aufeinander und müssen gleichermaßen reflektiert und abgewogen werden. Bislang hat jedoch nicht nur das Arzt-Patient-Verhältnis hohe Anforderungen an ein vertrauensvolles Miteinander gestellt, sondern auch die Berufsausübung der Ärzte insgesamt genießt in der Gesellschaft aufgrund der Bindung an klare Zielsetzungen eine Sonderstellung, die überhaupt erst ein so hohes Maß an Vertrauen in Selbstregulation und Selbstbindung freisetzt und zulässt. Dass die Ärzteschaft auch in diesem Feld zur Selbstbindung aufgefordert bleibt, davon zeugen die beiden jüngeren Stellungnahmen der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, wenn es dort heißt: „Abschreckende Beispiele aus anderen Berufsbildern (Anlageberater/Anlagenverkäufer) zeigen, dass der Arztberuf insgesamt nur an Ansehen verlieren kann, wenn der Arzt vom ausschließlich gesundheitsbezogenen Berater zum ‚Vermarkter von Gesundheitsleis-



tungen' wird.³⁶ Patienten erwarten, dass sich die Ärzte in erster Linie um ihre Gesundheit kümmern. Sekundäre Ziele und Interessen gefährden dieses Ansinnen, wenn keine klaren berufsethischen Grenzen gezogen werden.³⁷

Es hat immer Ränder in der Medizin gegeben, die nicht den Kernzielen ärztlichen Handelns entsprochen haben. Für vieles gab und gibt es gute Gründe. Doch je mehr dieser Kern verwässert wird, desto stärker löst sich Medizin in ihrem Gesamtbild und die darin eingebundene Garantstellung des Arztes auf. Die Einstellungen in der Bevölkerung zur Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid ist eine Sache. Ob dies von der Ärzteschaft aufgenommen werden soll oder nicht, ist eine ganz andere Sache, denn die Ärzteschaft hat ein Ansehen, dass sich nicht aus den Rändern der Medizin ergibt, sondern aus dem Kern ärztlicher Handlungsausrichtung. Für diesen Kern steht auch in der modernen Gesellschaft – bislang jedenfalls noch – der Begriff „Ethos“.

In der Sterbehilfe-Diskussion bleiben noch viele Fragen offen, die allgemeinerethischer, rechtsethischer und standesethischer Natur sind. Je mehr unerwünschte Krankheitszustände es geben wird, die in medizinische und pflegerische Maßnahmen münden und welche zu einem Schwebestand zwischen Leben und Tod führen, desto intensiver werden die Debatten über Behandlungsabbruch, Behandlungsbegrenzung, assistiertem Suizid und Sterbehilfe geführt. Die zentralen ethisch-normativen Bezugspunkte, die angemessen zu berücksichtigen sind, bleiben bei alle dem bestehen: Wie kann das Prinzip der Selbstbestimmung hinreichend berücksichtigt werden? Wie kann verhindert werden, dass das Recht auf Leben und der Anspruch auf körperliche und seelische Unversehrtheit gefährdet wird? Diese Überlegungen betreffen aber nicht nur denjenigen, der möglicherweise Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte, sondern auch diejenigen, die um Assistenz gebeten werden, seien dies Angehörige, Pflegende oder Ärzte.³⁸ Es muss unbedingt verhindert werden, dass aus einem „Recht auf den natürlichen Tod“ aufgrund gesellschaftlicher Erfordernisse eine „Pflicht zum Sterben“³⁹ erwächst.

- 1/ Arthur L. Caplan, James J. McCartney, Dominic A. Sisti (ed.): *The case of Terri Schiavo. Ethics at the end of life*, Amherst, NY 2006; Amedeo Santosuosso: *End of life decisions in Italy and in Europe*, in: *Matters of life and death. Selected publications / [these papers were selected from those presented at the symposium Matters of Life and Death: Religion and Law at the Crossroads held March 20, 2007, at Boston College Law School and sponsored by the Boston College Law School Law & Religion Program. Leslie Schmidt Editor-in-Chief]. – Newton, MA: Boston College Law School, (2008), 37-53; Piergiorgio Welby: *Lasciate-mi morire*. Rizzoli, 2006.*
- 2/ Insbes. sind die Entscheidungen des Bundesgerichtshofs hier zu berücksichtigen. Vgl. hierzu sehr ausführlich Carlo Grimm: *Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe*, in: Carlo Grimm, Ingo Hillebrand: *Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE, Bd. 8, hrsg. von D. Sturma, D. Lanzerath u. B. Heinrichs)*, Freiburg, München 2009, 13-84; Torsten Verell: *Rechtliche Aspekte*, in: Torsten Verell, Alfred Simon: *Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE, Bd. 11, hrsg. von D. Sturma, D. Lanzerath u. B. Heinrichs)* Freiburg, München 2009, 13-57; siehe aber auch Tade M. Spranger: *Keine strikte Trennung von aktiver und passiver Sterbehilfe. Neue Rechtsprechung des BGH zur Patientenverfügung*, in: *Sozialrecht und Praxis, Heft 12/2010, 797-804*.
- 3/ *Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (BtÄndG) vom 29. Juli 2009 (Bundesgesetzblatt 2009 I, 2286)*.
- 4/ *Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung*, in: *Deutsches Ärzteblatt (90)37, A1 2404-2406 (B 1791-1792) (17.09.1993)*; *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, in: *Deutsches Ärzteblatt (95) 39, A2366-2367 (25.09.1998)*; *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, in: *Deutsches Ärzteblatt (101)19, A1298-1299 (07.05.2004)*; *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, in: *Deutsches Ärzteblatt 108 (7), A346-A348 (18.03.2011)*.
- 5/ *(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf> (Stand 24.11.2006) [02.03.2011]*.
- 6/ §§ 211 ff. *Strafgesetzbuch (StGB)*.
- 7/ Vgl. insb. die sog. „Wittig-Entscheidung des Bundesgerichtshof“: Urteil vom 4. Juli 1984. 3 StR 96/84. In: *Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen. Hrsg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 32. Berlin 1984, 367-381*.
- 8/ *Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (BtÄndG) vom 29. Juli 2009 (Bundesgesetzblatt 2009 I, 2286)*.
- 9/ *Die beiden vorangegangenen Absätze sind Zusammenfassungen der sehr empfehlenswerten Ausführungen von Carlo Grimm: Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, 13-34, in: Carlo Grimm, Ingo Hillebrand: Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte, a.a.O. (Fn. 2)*.
- 10/ *Bundesgerichtshof, Urteil vom 15.11.1996, 3 StR 79/96 (LG Kiel), BGHSt 42,301, in: Neue Juristische Wochenschrift 1997, 807*.
- 11/ *Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004): Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten. <http://www.justiz.rlp.de/Ministerium/Bioethik/> [02.03.2011]*.
- 12/ *Der Nationale Ethikrat heißt seit 01.08.2007 Deutscher Ethikrat und hat sich am 11.04.2008 konstituiert*.
- 13/ *Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin (2004): Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/037/1503700.pdf> [02.03.2011]; Nationaler Ethikrat (2005): *Patientenverfügung. Stellungnahme. http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf [02.03.2011]*.*



- 14| Vgl. Nationaler Ethikrat (2006): *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme.* http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf [03.02.2011].
- 15| Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) (2005): *Beihilfe zum Suizid.* <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de> [02.03.2011].
- 16| Eine stets aktualisierte Zusammenstellung der Richtlinien, Empfehlungen und Debatten findet man beim Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe> [03.03.2011].
- 17| Die erste Fassung – nach den „Richtlinien“ von 1993 – stammt von 1998; diese ist dann 2004 und schließlich jüngst 2011 überarbeitet worden (vgl. Fn. 4).
- 18| Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung, in: *Deutsches Ärzteblatt* (101)19, A1298-1299 (07.05.2004).
- 19| Vgl. Vorwort der Grundsätze; bezogen auf: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf> [24.02.2011].
- 20| Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung, in *Deutsches Ärzteblatt* 108 (7), 18.02.2011, A346-A348. <http://www.fr-online.de/politik/-ein-pid-verbot-waere-unlogisch-/-/1472596/5043306/-/index.html> vom 26.12.2010 [02.03.2011].
- 22| <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=44062> vom 28.12.2010 [02.03.2011].
- 23| <http://www.hospize.de/servicepresse/2011/mitteilung426.html> vom 17.02.2011 [02.03.2011].
- 24| Vgl. Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff: *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukte-recht und Transfusionsrecht.* Berlin 2008, 845ff.
- 25| Urteil vom 4. Juli 1984. 3 StR 96/84. In: *Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen.* Hrsg. von den Mitgliedern des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft. Band 32, Berlin 1984, 367-381, 371.
- 26| Ebd., 371.
- 27| Vgl. Dieter Birnbacher: *Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik,* in: *Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006,* 7-19, 8.
- 28| Vgl. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 5265, August 2009: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf> [24.02.2011].
- 29| Vgl. Christoph Müller-Busch: *Eine Alternative zur aktiven Euthanasie. Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe,* in: *Deutsches Ärzteblatt* (101)16 2004, A1077-1078; Eberhard Klaschik: *Humanität am Ende des Lebens. Palliativmedizin und Schmerztherapie,* in: *Medizin an den Grenzen des Lebens. Lebensbeginn und Lebensende in der bioethischen Kontroverse (Ethik interdisziplinär; 2),* hrsg. von Hartmut Kreß; Kurt Racké, Münster 2002, 94-107; Thomas Binsack: *Palliativmedizin aus der Sicht eines Arztes,* in: *Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Idee und Praxis der Hospiz-Bewegung,* hrsg. von Gustava Everding und Angelika Westrich, 2., erw. Aufl. München 2001, 17-22; Jan Peter Beckmann: *Ethische Fragen in der Palliativmedizin,* 2002, in: *Palliativmedizin: Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung* [3. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Göttingen, 2000] (Beiträge zur Palliativmedizin ; 5), Stuttgart 2002, 113-122.
- 30| Vgl. Volker Lipp, Alfred Simon: *Beihilfe zum Suizid. Keine ärztliche Aufgabe,* in: *Deutsches Ärzteblatt* (108) 5, 04.02.2011, A212-217, A216.
- 31| Vgl. besonders den Kommentar von Tade M. Spranger: *Keine strikte Trennung von aktiver und passiver Sterbehilfe. Neue Rechtsprechung des BGH zur Patientenverfügung,* in: *Sozialrecht und Praxis,* Heft 12/2010, 797-804.
- 32| *Wie unterschiedlich solche Umfragen ausfallen können, belegt eine umfangreiche Vergleichsstudie aus den Jahren 1996-1998: Dirk Lanzerath, Ludger Honnfelder, Ulrich Feeser: Nationaler Bericht der europäischen Befragung: „Doctors' views on the management of patients in persistent vegetative state (PVS)“ im Rahmen des Forschungsprojekts „The moral and legal issues surrounding the treatment of patients in persistent vegetative state (PVS)“* in: *Ethik in der Medizin* 3 (1998), 152-180.
- 33| *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben: Aktuelle forsa-Umfrage. Vorurteile auf dem Prüfstand. Meinung zur aktiven direkten Sterbehilfe.* http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Umfrage_September_2003.pdf [24.02.2011].
- 34| Vgl. Michael Fuchs, Dirk Lanzerath, Ingo Hillebrand, Thomas Runkel, Magdalena Balcerak, Magdalena, Barbara Schmitz: *drze-Sachstandsbericht. Enhancement. Die ethische Diskussion über biomedizinische Verbesserungen des Menschen,* Bonn 2002; Dirk Lanzerath: *Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisierung der Lebenswelt? – Ein Werkstattbericht,* in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 7 Berlin 2002, 319-336.
- 35| Vgl. Dirk Lanzerath: *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik,* Freiburg i. Br. 2000, 267ff.; ders.: *Professionsethische Aspekte aktueller Praktiken der Optimierung der menschlichen Natur,* in: *Entgrenzung der Medizin Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? W. Viehöver, P. Wehling (Hrsg.), Bielefeld 2011 [im Druck].*
- 36| *Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2010): „Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur: Werbung und Informationstechnologie: Auswirkungen auf das Berufsbild des Arztes“,* in: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 107 (42), A2063-2068, A2066 (22.10.2010) (http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/Stn_Berufsbild_21102010.pdf); vgl. auch: *Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2009): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zu: Doping und ärztliche Ethik,* in: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 106 (8), S. A360-A364.
- 37| Vgl. David Klemperer: *Interessenskonflikte. Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen,* in: *Deutsches Ärzteblatt* 40, 105. Jg. 2008, A2098-2100.
- 38| Vgl. Ingo Hillebrand: *Ethische Aspekte der Sterbehilfe,* 158, in: Carlo Grimm, Ingo Hillebrand: *Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE,* 8, hrsg. von D. Sturm, D. Lanzerath u. B. Heinrichs), Freiburg, München 2009, 85-167.
- 39| Vgl. Dirk Lanzerath: *Selbstbestimmung und Lebensrecht,* in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 2, Berlin 1997, 253-276; Alfons Auer: *Die Unverfügbarkeit des Lebens und das Recht auf einen natürlichen Tod,* in: ders. u. a. (Hrsg.): *Zwischen Heil Auftrag und Sterbehilfe,* Köln 1977, 1-51; Hans Jonas: *The Right to Die,* in: *Hastings Center Report* (August) 1978, 31-36.