

Therapie am Lebensende

Widersprüchliche Konzepte in Judikatur und medizinischer Praxis

Die jüngste höchstrichterliche Rechtsprechung zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen und Selbstbestimmung der Patienten am Lebensende gab Anlass zu intensiven Diskussionen¹. Die Grenzen der Medizin am Lebensende, die Spannung zwischen Pflicht zum Lebenserhalt einerseits und einer erlaubten, moralisch nicht selten gebotenen Behandlungsbegrenzung zählen seit der Einführung der Intensivmedizin zu den ethischen Herausforderungen der Medizin². Die Problematik der Behandlung am Lebensende im Spannungsfeld zwischen dem „Postulat eines menschenwürdigen Todes, dem absoluten Schutz des Lebens und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten“ wird sich verschärfen³. Die Folgen betreffen auch das Betreuungsrecht.

INHALT

■ Einführung

I. Verlautbarungen der Bundesärztekammer

II. Literatur und Rechtsprechung

III. Kritik der Begriffe

IV. Alternative Konzepte

V. Schlussfolgerungen

Einführung

Das Grundgesetz statuiert nicht nur eine Pflicht zum Lebenserhalt, es lässt sich ebenso ein Recht auf menschenwürdiges Sterben ableiten⁴. Daneben genießt die Selbstbestimmung des Menschen höchsten Rang⁵. Sie für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit zu schützen, wird das Instrument der Patientenverfügung propagiert⁶. Ob es durch das jüngste Urteil des BGH in seiner Verbindlichkeit bestärkt oder vielmehr geschwächt wird, ist Teil der Kontroverse⁷. In einem für viele undurchschaubaren Feld kommt es darauf an, die Sachverhalte, Handlungen, ethischen Wertungen adäquat zu benennen. Treffende Unterscheidungen sind nötig. Sie sind mehr als nur „Wortklauberei“⁸. Eine Analyse der jüngsten Rechtsprechung, der juristischen und medizinethischen Literatur und der Verlautbarungen ärztlicher Standesvertretung offenbart jedoch eine bemerkenswerte Diskrepanz zwischen der Wahl der Begriffe. Zwar beruft sich die Judikatur auf in der Medizin gebräuchliche Kategorien und Wertungen. Es besteht aber der Verdacht, dass sie die nur ungenau zur Kenntnis nimmt⁹.

Eine differenzierte Bewertung medizinischer Handlungen am Lebensende ist Voraussetzung einer adäquaten rechtswissenschaftlichen Einordnung. Zwar sind Gesetzgeber und richterliche Rechtsfortbildung frei in der Wahl der Kategorien. Inkommensurabilität mit den Kategorien und Wertungen der

Handelnden (ausgedrückt u.a. in professionellen Kodizes) wäre allerdings von Nachteil für die Rechtsordnung. Die hier unterstellte Diskrepanz gilt es zunächst zu belegen. Dann verdient sie eine eingehende Kritik. Die nachfolgenden Ausführungen untersuchen die Konzepte zur Beschreibung medizinischer Handlungen am Lebensende und schlagen eine Änderung der herkömmlichen Begriffswahl vor. Die Bedeutung für das stellvertretende Handeln von Betreuern liegt auf der Hand.

I. Verlautbarungen der Bundesärztekammer

Verlautbarungen der Bundesärztekammer (Richtlinien, Leitlinien und Grundsätze) sind als sachverständige Äußerungen relevant und verdienen, vom Gesetzgeber und der Rechtsprechung beachtet zu werden¹⁰. Als Zusammenschluss der Landesärztekammern (wenn gleich nur privatrechtlicher Art) kann die Bundesärztekammer den wissenschaftlichen Stand und Positionen professioneller Ethik zu Gehör bringen. 1979 hat die Bundesärztekammer *Richtlinien für die Sterbehilfe* veröffentlicht, die im Jahre 1993 überarbeitet und als *Richtlinien für die Sterbebegleitung* erneut publiziert wurden (im Folgenden als *Richtlinien* bezeichnet)¹¹. Aufgrund der Rechtsentwicklung in den Niederlanden wurden sie bald als unzulänglich erachtet. Daher wurden 1998 *Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung* verfasst (im Folgenden *Grundsätze* genannt)¹². Die nachhaltige Diskussion schon eines Entwurfes der *Grundsätze* im Jahre 1997 zeigt, wie intensiv die Thematik die Öffentlichkeit beschäftigte¹³. Entgegen den Ergebnissen von Meinungsumfragen in der Bevölkerung wird die aktive Sterbehilfe von einer Mehrheit der Ärzteschaft in Deutschland abgelehnt. Indiz dafür sind die klaren Resolutionen der Ärztetage¹⁴. Ablehnung der Sterbehilfe bedeutet nicht, im Umkehrschluss stets das gesamte Arse-

nal medizinischer Maßnahmen einsetzen zu müssen.

In den *Grundsätzen* versuchte die ärztliche Standesvertretung, Grenzen und Maß der Behandlung am Lebensende zu bestimmen. Dabei wurde auch die internationale bioethische Diskussion berücksichtigt. Im Vergleich zu den älteren *Richtlinien* ist in den *Grundsätzen* eine Änderung der Wortwahl und Begrifflichkeit vorgenommen worden. In den *Richtlinien* aus dem Jahr 1979 definiert die Bundesärztekammer Sterbehilfe als „die Beschränkung auf eine Linderung von Beschwerden bei gleichzeitigem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen beim Todkranken“¹⁵. Sie stellt klar, dass Sterbehilfe den im Sterben liegenden Menschen betrifft. Wobei sie den Beginn des Sterbeprozesses erkennt ab dem Zeitpunkt, „wenn die elementaren körperlichen Lebensfunktionen erheblich beeinträchtigt sind oder völlig ausfallen“. In dem Dokument wurde der Begriff der „Sterbehilfe“ zwar gebraucht, aber allein im Sinne der *passiven Sterbehilfe*, ohne sie mit dem Adjektiv als solche zu bezeichnen. Lediglich im gleichzeitig veröffentlichten Kommentar zur Richtlinie wurde der Begriff der *passiven Sterbehilfe* verwendet. Schon im Jahre 1993 deutet sich eine subtile Änderung an, die dem Unbehagen am Begriff der Sterbe-

1 Deutsch, NJW 2003, 1567; Stackmann, NJW 2003, 1568; Kutzer, ZRP 2003, 213; Höfling Rixen, JuZ 2003, 884; 25) Strätling, M., Sedemund-Adib, Bax S., Schaf V.E., Fieber U., Schmucker P. (2003) Entscheidungen am Lebensende in Deutschland, zivilrechtliche Rahmenbedingungen und diszipliniübergreifende Operationalisierung und transparente Umsetzung, Medizinethische Materialien des Zentrums für medizinische Ethik, Bochum.

2 Sahl, Wien Med Wochenschr Ethik Suppl 1991, 40.

3 Vgl Laufs, Arztrecht 1988, 99; ebenso Storr, MedR 2003, 436; Oduncu/Eisenmenger, MedR 2002, 327; Khorrami, MedR 2003, 19.

4 Hufen, NJW 2001, 849.

5 So Storr (Fn 4); Gröschner, Menschenwürde und Sepulkralkultur in der grundgesetzlichen Ordnung 1995, 29.

6 Deutscher Juristentag, Verhandlungen des 63. Deutschen Juristentags, Abteilung Zivilrecht, Leipzig 2000, 2001 München; Oehmichen, Strätling, Simon, Ethik Med 2003, 239.

7 S. Fn 1.

8 Stackmann (Fn 1).

9 Hier seien etwa die aktuellen Entscheidungen genannt, die Anlass für die folgenden Überlegungen gaben: BGH NJW 2003, 1588; OLG München NJW 2003, 1743.

10 Vgl hier die Diskussion zum Transplantationsgesetz in Höfling (Hrsg) Transplantationsgesetz Kommentar, 2003, § 16 Rn 16.

11 Bundesärztekammer, Deutsches Ärztetbl 1979, 957; Deutsches Ärztetbl 1993, A-2004.

12 Bundesärztekammer, Deutsches Ärztetbl 1998, A-2365.

13 S. FAZ vom 22.10.1997 und 14.9.1998.

14 Zu den Umfragen vgl. Oduncu (Fn 3); Deutscher Ärztetag, Deutsches Ärztetbl 2003, B 1262.

15 Bundesärztekammer (Fn 11).

hilfe Rechnung trug. Von Sterbehilfe ist nirgends mehr die Rede. Indes heißt es, dass eine Pflicht des Arztes bestehe, „dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen“. Und die Hilfe wird definiert als Behandlung, Beistand und Pflege. Ziel sei es, ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

In den Grundsätzen aus dem Jahr 1998 wird die Sterbehilfe nur noch mit dem Adjektiv *aktiv* versehen und abgelehnt¹⁶. Diese Änderung ist, wie die der Veröffentlichung vorangehende Diskussion belegt, bewusst vorgenommen worden. Hintergrund war die Beobachtung, dass auch der *passiven Sterbehilfe* nicht selten eine Motivation unterstellt wird, die mit der ärztlichen Ethik *nicht* vereinbar ist: Sterbehilfe (auch die *passive*) wird dann so gedeutet, dass sie Hilfe beim Sterben leiste mit dem *Ziel des Todes* des Betroffenen¹⁷.

Die Grundsätze aus dem Jahre 1998 vermeiden dieses nicht nur theoretische Missverständnis. Sie versuchen die ärztlichen Handlungen genauer im Blick auf ihre Intentionen zu beschreiben. Für Patienten mit infauster Prognose heißt es, komme eine *Änderung des Therapiezieles* in Betracht, wenn eine lebenserhaltende Behandlung lediglich ihr Leiden verlängere. Dann trete palliativmedizinische Betreuung alleine in den Vordergrund. Ziel ist nicht der Tod des Betroffenen. Handlungsleitend ist vielmehr die Erkenntnis, dass er nicht länger ohne unzumutbare Belastungen und Leiden der Betroffenen hinausgeschoben werden kann. Diese Motivation ist ersichtlich nicht gleich zu setzen mit dem Ziel, den Tod herbeizuführen. Leiden zu lindern, gehört zu den ärztlichen Aufgaben neben dem Lebenserhalt und dem Schutz der Gesundheit. Am Lebensende kann der Schwerpunkt allein auf der palliativmedizinischen Betreuung, der Begleitung und Linderung liegen. Daher sprechen die Grundsätze nicht von *Therapieabbruch*, sondern von *Begrenzungen* spezifischer lebensverlängernder Behandlungen, denen gegenüber andere Therapieziele bedeutsam werden: „Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund“¹⁸. Mit dieser Begriffswahl kann die Ärzteschaft die intendierte Tötung der Patienten schlüssig ablehnen. Und doch niemand muss niemand fürchten, einer grenzenlosen Medizin ausgeliefert zu sein.

II. Rechtswissenschaftliche Literatur und Rechtsprechung

Gänzlich anders stellen sich die Begriffe in der Rechtsprechung und der juristi-

schen Literatur dar. So auch jüngst der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung vom März 2003 über die Notwendigkeit einer vormundschaftsgerichtlichen Zustimmung bei der Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen¹⁹. Hier offenbart sich die eingangs unterstellte Diskrepanz.

Behandlungsabbruch

Im Urteil hatte der Senat zur Frage einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung der Beendigung einer spezifischen lebenserhaltenden Therapie Stellung zu nehmen. Dabei zitiert er das vorliegende Gericht (Oberlandesgericht Schleswig), das davon ausgeht, dass ein Behandlungsabbruch auf die Lebensbeendigung des Betroffenen „abziele“. Dieses *Abzielen* auf die Lebensbeendigung spielt weiterhin eine beachtliche Rolle bei den Überlegungen des Senats, ob eine Analogie zur Genehmigung medizinischer Maßnahmen mit hohem Risiko nach § 1904 BGB bestehe. Dort heißt es, der geforderte Behandlungsabbruch „will sein Leben (des Patienten, Anmerkung der Autoren) beenden“²⁰. Bedeutsam ist die beiläufig unterstellte Absicht *der Herbeiführung des Todes*. Die Motive der handelnden Personen (Ärzte, Pflegende etc) werden in einer Weise beschrieben, die im Widerspruch zur ärztlichen Ethik (und doch wohl der Verfassung?) steht. Eine Motivation, den Tod herbeizuführen, unterstellt auch das Oberlandesgericht München in einem aktuellen Urteil vom Februar 2003²¹. In der Begründung werden die in der Rechtsprechung weit verbreiteten Begriffe *Hilfe zum Sterben* und *passive Sterbehilfe* angeführt, die im zur Entscheidung anstehenden Fall nicht anzuwenden seien²². Es ging um die Beendigung einer lebenserhaltenden Ernährungstherapie bei einem Patienten im Wachkoma (diese Patienten liegen ersichtlich nicht im Sterben, sondern können oft über viele Jahre am Leben gehalten werden). Im Urteil wird den Pflegenden ein Ethikvorbehalt zugestanden, demgemäß keine Ansprüche „auf die Mitwirkung an der Herbeiführung des Todes durch Einstellen der künstlichen Ernährung nach Maßgabe einer ärztlichen Verordnung“ bestünden²³. Unabhängig von den Überlegungen zum Ethikvorbehalt, der es Pflegenden und Ärzten ermöglicht, von Angehörigen, gesetzlichen Vertretern oder Bevollmächtigten geforderte Handlungen, die sie mit ihrem Gewissen nicht vereinbaren können, abzulehnen, ist bemerkenswert, dass auch das OLG München eine Absicht unterstellt, den Tod herbeizuführen. Dabei kann und darf es nach ärztlichem Selbstverständnis und doch wohl auch nach rechtlicher Beurteilung allein um die Frage der Achtung des Selbstbestimmungsrechts eines Patienten gehen, der eine Ernährungstherapie

(mittels Vorausverfügung oder mutmaßlich) ablehnt.

Formen der Sterbehilfe

In einem Urteil 1995 hat der BGH auf die Begriffe *passive Sterbehilfe*, *Hilfe für den Sterbenden* und *Hilfe beim Sterben* Rückgriff genommen²⁴. Er verweist auf zum Zeitpunkt vorliegende rechtswissenschaftliche Literatur²⁵. Diese Formen der Sterbehilfe wurden schon zuvor vom Bundesgerichtshof definiert, die *passive Sterbehilfe* so: „Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten, sondern nur entsprechend dem Erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nicht-einleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – ggf unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen“²⁶. Die *indirekte Sterbehilfe* wurde so bestimmt: „Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolgen den Todesertritt beschleunigen kann“²⁷.

III. Kritik der Begriffe

Die hier sichtbar gewordene, in der Literatur nicht hinreichend beachtete Diskrepanz der Begriffe gibt Anlass zu einer grundsätzlichen Kritik, vor allem im Blick auf die *passive* und *indirekt aktive Sterbehilfe*. Der Begriff der *passiven Sterbehilfe* erweist sich bei genauerer Analyse wenig geeignet, medizinische Handlungen am Lebensende zu beschreiben. Vielmehr stiftet er Verwirrung bei den Handelnden. Dies belegen nicht zuletzt empirische Studien. Medizinisches Personal einschließlich der Ärzte, aber ebenso Laien zeigen sich oft nicht in der Lage, entsprechende Handlungen am Lebensende in die richtige

16 Bundesärztekammer (Fn 2).

17 Zur Kritik am Begriff der passiven Sterbehilfe: *Sahm*, Journal of Medicine and Philosophy 2000, 195, *Lutterotti*, Sterbehilfe. Düsseldorf 2002, 132; *Vollmann*, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg), Sterbebegleitung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2001, 3.

18 Bundesärztekammer (Fn 12).

19 BGHZ 2003 in NJW 2003, 1588.

20 BGH, NJW 2003, 1588.

21 OLG München, NJW 2003, 1743.

22 Zu den Begriffen Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben s. *Laufs* (Fn 3) und Abschnitt III.

23 S. OLG München, (Fn 21).

24 BGHNJW 1995, 204.

25 Vgl *Eser* in *Schönke/Schröder* Vorb 27 §§ 211 ff. Rn 21; *Laufs* NJW 1994, 1562.

26 BGHSt 37, 376.

27 BHGSt 42, 301; 46, 279.

Kategorie einzuordnen²⁸. Folgt man der herkömmlichen Differenzierung in *aktive* und *passive* Sterbehilfe, so wird das Unterlassen als erlaubt und ggf moralisch geboten straflos gestellt. Allerdings ergibt sich ein auf den ersten Blick leicht ersichtlicher Widerspruch, wenn etwa eine Behandlung durch das Bewegen eines Schalters, zB eine Atemmaschine, beendet wird. Dies erleben die Handelnden als *aktives* Tun. Schon *Laufs* bemerkte 1988, dass diese Unterscheidung etwas „Gekünsteltes“ habe²⁹.

Rachels und *Hopkins*, aber auch *Birnbacher* haben darauf hingewiesen, dass die Techniken und Praktiken der modernen Medizin die Unterscheidung in *aktive* und *passive* Euthanasie nicht erlauben³⁰. Was rechtlich als passive Euthanasie angesehen wird, kann mit einer aktiven Handlung einhergehen oder durch sie verursacht sein. Die Verwirrung besteht aufgrund der Zuordnung des Modus der Handlung (aktiv/passiv) zu einem normativen Urteil. Auch die Judikatur folgt dieser Gleichsetzung. Zunächst sollte es aufmerken lassen, dass diese Zuordnung (d.h. des Handlungsmodus zur moralischen und rechtlichen Bewertung) in keinem anderen Lebensbereich Gültigkeit hat. Dies ist der Grund dafür, dass die Befürworter einer Freigabe der aktiven Sterbehilfe nicht selten eben auf diesen Sachverhalt verweisen. Da es keinen fundamentalen Unterschied gebe zwischen der Verursachung des Todes durch eine aktive Handlung oder durch eine Unterlassung, die Unterlassung aber moralisch und rechtlich erlaubt sei, sei die Gesellschaft verpflichtet, auch aktive Tötungshandlungen zuzulassen, da sich die Motivation nicht unterscheide³¹. Wer die *passive Sterbehilfe* rechtfertigt mit dem Ziel, den Tod durch Unterlassen zu bewirken, fällt gleichsam in eine Motivationsfalle. Denn es macht in der Tat keinen Unterschied, ob der Tod durch aktives Tun oder Unterlassen herbeigeführt wird. Die moralisch entscheidende Unterscheidung zwischen Sterben lassen und Töten verschwimmt.

Die *passive Sterbehilfe* verliert daher ihre Unschuld, wenn ihr die Intention der *Herbeiführung des Todes* unterstellt wird. Die Berufung auf den Handlungsmodus zur moralischen und rechtlichen Bewertung erscheint nicht nur gekünstelt, sie widerspricht auch allem, was die Philosophie des Handelns lehrt. Ethisch gibt es keinen fundamentalen Unterschied zwischen aktiven und passiven Handlungen. Immer muss vor einer Handlung eine Entscheidung getroffen werden, ob überhaupt gehandelt wird. Damit handeln wir immer, ggf durch Unterlassen³². Wesentlich für moralische und rechtliche Qualität ist aber die Intention einer Handlung. Sie ist die leitende Kategorie. Wer ein Atemgerät

bei einem Sterbenden abstellt, handelt in der Nomenklatur des Rechts im Sinne der *passiven Sterbehilfe*, faktisch handelt er aber *aktiv*. Wer ein Baby verhungern lässt, verhält sich passiv, erfüllt aber uU das Mordmerkmal der Arglist. Daher kann doch nicht der Modus einer Handlung entscheidend sein für die moralische und rechtliche Bewertung. Zumindest ist er nicht der leitende Aspekt (allenfalls bei der Berücksichtigung des Ausmaßes einer etwaigen Schuld). Die Beendigung einer lebenserhaltenden Therapie ist zu bewerten von ihrem Ziel her. Sie ist nur dann zu rechtfertigen und moralisch und rechtlich erlaubt, wenn sie eine quälende Lebensverlängerung und eine (im Umkehrschluss *kunstfehlerhafte*) Entwürdigung des Sterbens verhindernd soll (einzige darüber hinausgehende Rechtfertigung: fehlende Einwilligung des Betroffenen). Es ist ein bisher nur unzureichend bedachter Sachverhalt, dass Angehörige selbst nach dem Tode eines Patienten ein Schmerzensgeld fordern könnten, wenn eine Behandlung zwar lebensverlängernd ist, aber bei aussichtsloser Prognose oder Missachtung des Patientenwillens Leiden über die Maßen verlängert.

Wenig eignet sich auch das Konzept der *indirekten Sterbehilfe* zur Beschreibung ärztlichen Handelns. Entsprechend der oben referierten Definition versteht man unter *indirekter Sterbehilfe* eine medizinisch indizierte Maßnahme, die der Linderung von Beschwerden dient, die jedoch eine unbeabsichtigte Beschleunigung des Todes in Kauf nimmt. Diese schwerfällige Konstruktion erscheint nicht minder gekünstelt und verkennt gleichfalls die ärztliche Praxis. Die Autoren möchten nicht als zynisch erscheinen, es ist aber dennoch notwendig zuzugestehen, dass tödliche unerwünschte Wirkungen ärztlichen Handelns (sei es durch operative Eingriffe, mittels Rezeptblock etc), zum Alltag der Medizin gehören³³. Eine Reihe medizinischer Eingriffe zeitigt sogar tödliche Folgen mit statistisch fassbarer Häufigkeit, wobei diese in einem Rahmen liegt, der den Laien zu erschrecken imstande ist, etwa bei der Operation einer Geschwulst der Bauchspeicheldrüse in heilender Absicht. In einem erfahrenen Zentrum liegt die Sterberate bei 3–5%. Dh 3–5 Patienten unter 100 sterben infolge der Operation³⁴. Die als harmlos erscheinende Gallenblasenoperation geht mit einer Sterberate von 0,1–0,5% einher. Diese tödlichen Folgen, die zudem exakt statistisch anzugeben ein erfahrenes Zentrum auszeichnet, werden aber niemals als indirekte aktive Sterbehilfe bezeichnet. Es besteht daher auch kein Anlass, therapeutische Maßnahmen am Lebensende, die auf die Linderung von Beschwerden zielen, als Sterbehilfe zu be-

zeichnen. Zumal die kunstgerecht durchgeführte schmerzlindernde Therapie, die als Beispiel einer indirekt aktiven Sterbehilfe regelhaft angeführt wird, nach den Erfahrungen der Schmerztherapeuten und Palliativmediziner in weitaus weniger Fällen zur Beschleunigung des Todes führt als etwa die vorgenannten operativen Eingriffe (eher umgekehrt: wahrscheinlich verlängern sie in der Mehrzahl der Fälle die Lebenszeit). Unterstellte man ärztlichem Handeln, welches mit dem Risiko unerwünschter tödlicher Nebenwirkungen einhergeht, die Motivation, den Tod herbeizuführen, wäre es weder moralisch noch rechtlich zu rechtfertigen. Die Begriffs konstruktion der indirekten aktiven Sterbehilfe wird mithin medizinischem Handeln ebenfalls nicht gerecht.

Hilfe beim Sterben: Der Begriff der *Hilfe beim Sterben* deckt sich mit dem in der Rechtsprechung verbreiteten Begriff der *passiven Sterbehilfe*³⁵. Voraussetzung ist nach gängiger Rechtsprechung, dass das Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen hat. Diese rechtliche Definition bezieht sich auf die veralteten *Richtlinien* der Bundesärztekammer aus dem Jahre 1979³⁶. Die *Grundsätze* aus dem Jahre 1998 verwenden den Begriff aus den oben ausgeführten Gründen nicht mehr³⁷. Doch dieser Sachverhalt hat bisher in der Judikatur keine Berücksichtigung gefunden.

28 *Strätling/Scharf/Eisenbart/Schmucker*, Besteht gesetzlicher Regelungsbedarf zur „passiven Sterbehilfe“? Empirische Datenlage lässt zivil- und standesrechtliche Klarstellungen rechtspolitisch und ethisch sinnvoll erscheinen. in: May, Geißendörfer, Simon, Strätling. *Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf?* Münster 2002; aus den USA bestätigten Untersuchungen die besorgniserregende Unsicherheit von Ärzten und Pflegenden bei der Einordnung von Fällen in die Kategorie aktive oder passive Sterbehilfe, so *Meier/Emmons/Wallenstein/Quill/Morrison/Cassel*. (1998). A national survey of physician assisted-suicide and euthanasia in the united states. *New Engl J Med* 338, pp 1193–1201; ebenso *Vollmann*, Ärztliche Beihilfe zum Suizid bei AIDS-Patienten in den USA. Eine qualitative Interview-Studie über professionelle Ethik und Praxis im Wandel. *Ethik Med* 2002, 270–286.

29 *Laufs* (Fn 3).

30 *Rachels* (Fn 30); *Hopkins*, *Hastings Center Report* 1997, 29; *Birnbacher* in *Illhardt, Heiss, Dornberg* (Hrsg) *Sterbehilfe: Handeln oder Unterlassen*, 1998, Stuttgart 125.

31 *Birnbacher* (Fn 31).

32 *Kaulbach*, Einführung in die Philosophie des Handelns 1982, Darmstadt.

33 *Sahm*, Der Streit um den guten Tod. in *Diehl* (Hrsg.), *Innere Medizin an der Schwelle zum einundzwanzigsten Jahrhundert*, München 1999, 57.

34 *Sahm*, *Palliativmedizin*, in *Sahm/Caspary* *Gastroenterologische Onkologie*, Stuttgart 2003, 227.

35 *Laufs* (Fn 3).

36 Bundesärztekammer (Fn 11).

37 Bundesärztekammer (Fn 12).

Als *Hilfe zum Sterben* wird der Abbruch lebensbehandelnder Maßnahmen verstanden, wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht. Nach dem Urteil des BGH von 1994 soll der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen in solchen Situationen ausnahmsweise bei entscheidungsunfähigen Patienten zulässig sein, wenn dies ihrem mutmaßlichen Willen entspricht³⁸. Jetzt hat der BGH in seiner umfangreichen Begründung des Urteils vom März 2003 präzisiert, dass Betreuer in eine solche Entscheidung nicht sollen einwilligen können, da sie an die gesetzlichen und durch Rechtsfortbildung gesetzten Grenzen gebunden sind³⁹. Der sich daraus ergebende Wertungswiderspruch ist derzeit Gegenstand einer heftigen Debatte⁴⁰. Es ist wichtig für die weitere Rechtsentwicklung, die Handlungen und Motivationen adäquat zu beschreiben. Dann erübrigte sich etwa auch der Streit, ob in der Definition der Sterbehilfe die unmittelbare Todesnähe unabdingbare Voraussetzung ist, wie etwa von *Höfling* gefordert⁴¹. Nach der hier vorgetragenen grundlegenden Kritik erweist sich der Begriff der passiven Sterbehilfe überhaupt nicht geeignet, medizinische Handlungen am Lebensende zu beschreiben.

IV. Alternative Konzepte

Die Beendigung einer lebenserhaltenden Behandlung bei einem Patienten, der nicht nahe dem Tode ist, darf niemals aufgrund einer wertenden ärztlichen Entscheidung erfolgen. *Herbeiführung des Todes* widerspricht ärztlicher Ethik⁴². Ärztliche Ethik gebietet vielmehr das Angebot einer Behandlung. Einzige Grenze ist der Wille des Patienten. Allein die Achtung des Patientenwillens kann die Beendigung einer lebenserhaltenden Behandlung in diesen Fällen rechtfertigen.

Entscheidungsfähige Patienten lehnen gelegentliche lebenserhaltende/lebensverlängernde Behandlungen ab. In diesem Zusammenhang wird niemals die Terminologie der Sterbehilfe etc gebraucht. Ist ein Patient nicht mehr entscheidungsfähig, und geht es darum, seinen Willen zu beachten, muss ein Gleiches gelten. Worauf es dann ankommt, ist einzig, ob sein Wille mit hinreichender Sicherheit ermittelt werden kann.

Die *Grundsätze* verwenden den Begriff der *Sterbehilfe* aufgrund des oben Dargelegten zu Recht nicht. Er wird im internationalen Schrifttum zunehmend mit der *aktiven Euthanasie* gleichgesetzt⁴³. Es ist bemerkenswert, dass in den Niederlanden die hier vorgetragene Kritik gesehen wird. Dort werden verschiedene Formen der Sterbehilfe ebenfalls nicht unterschieden. Allerdings wird in den Niederlanden die Sterbehilfe

und ihr Ziel, Herbeiführung des Todes, nicht abgelehnt, vielmehr jetzt gesetzlich legitimiert. Ganz anders die Bundesärztekammer in ihren *Grundsätzen* aus dem Jahre 1998. Die Sterbehilfe (in welchem Handlungsmodus auch immer) wird als intendierte Herbeiführung des Todes abgelehnt. Die zugrunde liegende Wertentscheidung kann konsistent durchgehalten werden. Dennoch muss nicht einem technologischen Imperativ („es muss alles getan werden, was getan werden kann“) gehuldigt werden. Entscheidend ist das *Ziel* der Behandlung. Dieses kann sich in Abhängigkeit vom Krankheitsfall ändern, weg von der Lebensverlängerung hin zur alleinigen Leidensminderung. Die Pflicht zur Leidensminderung endet niemals. Nebenbei bemerkt gibt es in der Medizin sehr häufig Situationen, in denen eine Behandlung wegen fehlender Effektivität oder Ablehnung des Patienten im Verlauf eingestellt wird, nicht nur am Lebensende. Das gilt vornehmlich im Bereich der medizinischen Versorgung chronisch Kranker. Niemand spräche in einer solchen Situation von einer „passiven Krankheitshilfe“, nur weil die Maßnahme nicht wirkt oder unter Würdigung der Umstände, möglicher unerwünschten Nebeneffekte und Berücksichtigung des Willens der Betroffenen unterlassen oder abgebrochen wird.

Unabhängig dieser aus Sicht der professionellen ärztlichen Ethik geführten Kritik an in der Rechtsprechung und in der juristischen Literatur gebräuchlichen Begriffen, stellt sich die Frage nach der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit einer unterstellten Motivation einer Herbeiführung des Todes⁴⁴. Das ethische Gebot, nicht zu töten, findet in der Verfassung im Artikel 2 seinen Ausdruck⁴⁵. Damit übereinstimmend lehnen die einschlägigen Dokumente der deutschen Ärzteschaft (ebenso die des Weltärztebundes und die Empfehlung des Europarates zum Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden) die Sterbehilfe überhaupt ab⁴⁶.

V. Schlussfolgerungen

Die Kategorien und Begriffe, wie sie von der ärztlichen Standesvertretung, hier Bundesärztekammer, für die Sterbebegleitung aus professioneller Sicht eingeführt wurden, finden in der juristischen Literatur und der Rechtsprechung bisher kaum Berücksichtigung. Vieles spricht dafür, dass sich mit den in den *Grundsätzen* zur Sterbebegleitung gebrauchten Begriffen Konflikte und Fehldeutungen vermeiden lassen. Die Autoren schlagen daher vor, bei der juristischen Diskussion der schwerwiegenden Entscheidungen am Lebensende, die von der Bundesärztekammer gewählte Begriffswahl zu berücksichtigen. Eine anstehende und von vielen geforderte

gesetzliche Regelung böte geradezu die Gelegenheit, die weitverbreitete Verwirrung der Begriffe zu vermeiden. Die Chance sollte nicht ungenutzt bleiben. Es ergeben sich folgende alternative Konzepte.

Aktive Sterbehilfe

Jedwede aktive intendierte Tötung ist abzulehnen. Dies entspricht den grundlegenden Wertentscheidungen unserer Verfassung. Solche Handlungen sind dem Begriff aktive Sterbehilfe adäquat beschrieben. Für sie gibt es medizinisch keine Notwendigkeit.

Patienten mit irreversiblen Ausfällen nahe dem Tode

In diesen Fällen ist wie bei jeder medizinischen Maßnahme zu prüfen, ob nicht unerwünschte Folgen (hier ungebührliche Leidensvermehrung) die Behandlung schon aus medizinischen Gründen verbieten. Lebenserhalt ist nicht das einzige und unabdingbar verpflichtende Ziel der Medizin. Der Handlungsmodus (aktiv/passiv) ist ohne Relevanz. In der Mehrzahl der Fälle wird sich das Behandlungsziel ändern hin zur ausschließlichen Linderung von Beschwerden. Das Aufrechterhalten physiologischer Parameter ist nicht mehr das Ziel. Im Blick auf die Frage einer künstlichen Ernährung rücken subjektive Bedürfnisse des Patienten alleine in den Vordergrund. Das Stillen von Hunger- und Durstgefühl lässt sich – was oft übersehen wird – in der Mehrzahl der Fälle *ohne* Einleitung einer artifiziellen Ernährung erreichen⁴⁷. Sie ist daher auch nicht verpflichtend, kann aber andererseits in Abhängigkeit von der medizinischen Konstellation hilfreich sein.

38 BGH in NJW 1995 204.

39 BGH NJW 2003, 1588.

40 S. Fn 1.

41 S. Fn 1.

42 So auch der Weltärztebund, <http://www.wma.net>.

43 *Wernstedt/Kettler*, Sterbehilfe in Europa: Begriffe, Richtlinien und Rechtsprechung im Vergleich, in *Frewer/Winau* (Hrsg) Ethische Kontroversen am Ende des Lebens, Erlangen 2002; *Khorrami* (Fn 3).

44 *Storr* (Fn 3), der Autor diskutiert die verfassungsrechtlichen Aspekte eines Therapieabbruchs auch ausdrücklich im Blick auf die Ernährungstherapie und unterstellt eine Pflicht des Staates zur Minimalversorgung, d.h. eine Ernährung zu gewährleisten (S. 440).

45 Zwar besteht ein Gesetzesvorbehalt, doch welches Gesetz rechtfertigte die Herbeiführung des Todes von Patienten?

46 Bundesärztekammer (Fn 12); Weltärztebund (Fn 42); Empfehlung 1418 des Europarates, Schutz der Menschenrechte und der Würde des Todkranken und Sterbenden, in: *Frewer/Winau* (Fn 43).

47 S. stellvertretend für umfangreiche Literatur *Husebo/Klaschik*, Palliativmedizin, 64 ff., Berlin, Heidelberg 2000.

Patienten mit irreversiblen Ausfall

Dabei sind Patienten gemeint, die trotz Ausfall von Organfunktionen nicht nahe dem Tode sind, die vielmehr mittels medizinischer Behandlung längere Zeit bzw ggf auf Jahre am Leben erhalten werden können. Zweifelsohne steht diesen Menschen das gesamte Arsenal medizinischer und pflegerischer Maßnahmen zu. Wie stets sind unerwünschte Folgen der Behandlungen gegen einen möglichen therapeutischen Gewinn abzuwägen. Der Handlungsmodus ist von nachrangiger Bedeutung. Sofern medizinisch notwendig zählt auch die künstliche Ernährung zu den Behandlungspflichten. Einzige Grenze ist, wenn der vorausverfügte oder mutmaßliche Wille der Betroffenen, verwirklicht durch eine Patientenverfügung oder durch Aussagen von Patientenvertretern, dem entgegen steht.

Die hier vorgestellte und diskutierte Begrifflichkeit entspricht den Erfahrungen der klinischen Praxis und ist gedanklich schlüssig. Sie erlaubt es, die aktive Sterbehilfe überzeugend und konsistent abzulehnen. Gleichzeitig wird niemand einem technologischen Imperativ verpflichtet. Eine Übertherapie muss niemand fürchten. Die Begriffe und Konzepte vermeiden Grauzonen, wo sie häufig vermutet werden. Zudem entsprechen sie der sich international immer mehr durchsetzenden Nomenklatur.

Anstatt zulässige Formen der Sterbehilfe mühsam zu differenzieren, sollte bei der ethischen und rechtlichen Betrachtung medizinischer Handlungen am Lebensende die Frage geprüft werden, ob eine Lebensverlängerung oder der Lebenserhalt medizinisch möglich *und* ohne unzumutbare Leiden erreichbar sind. Die optimale leidensmindernde Behandlung muss immer gewährleistet werden (unabhängig davon, ob eine Lebensverlängerung noch länger angestrebt wird). Voraussetzung jeder Abwägung ist die Einwilligung des Betroffenen, sei es in Form der direkten Zustimmung, bei Unfähigkeit zur Entscheidung aufgrund einer Vorausverfügung oder, wenn eine solche nicht vorliegt, als mutmaßlicher Wille. Letztlich geht es nicht darum, ob aktiv oder passiv gehandelt wird. Vielmehr kommt es einzig darauf an, die Behandlungsziele sorgfältig unter Beachtung des Patientenwillens zu definieren und kunstgerecht zu erreichen. ◀