

# **BERATENDER BIOETHIK-AUSSCHUSS**

## **Gutachten Nr. 9 vom 22. Februar 1999 über aktive Sterbehilfe bei Personen, die ihren Willen nicht äußern können**

**Antrag auf Gutachten vom 9. April 1999 von Herrn R. Langendries, Kammerpräsident,  
Antrag auf Gutachten vom 7. Mai 1996 von Herrn F. Swaelen, Senatspräsident**

*Im Juli 1997 wurde ein verkleinerter Ausschuss 97/4 innerhalb des Beratenden Bioethik-Ausschusses gebildet, der einen Entwurf für ein Gutachten über aktive Sterbehilfe bei Personen, die ihren Willen nicht äußern können, verfassen sollte. Besagter Ausschuss 97/4 betrachtete seine Aufgabe als Fortsetzung der Überlegungen des Ausschusses 96/3 aus dem Jahre 1996-1997 „über die Opportunität einer gesetzlichen Regelung des Lebensabbruchs auf Bitten unheilbar kranker Patienten („Euthanasie“); die Palliativpflege; die Willensäußerung über ärztliche Behandlungen und das „Lebenstestament“ sowie über die zur Zeit vorliegenden einschlägigen Gesetzesvorschläge“.*

*Im verkleinerten Ausschuss 96/3 wurde diese Problematik auf handlungsfähige Personen beschränkt, die selber um Euthanasie bitten, und auf die Frage, ob eine gesetzliche Regelung der Euthanasie angebracht sei. Der Ausschuss 97/4 hingegen wurde beauftragt, sich mit dem Problem der aktiven Sterbehilfe bei Personen zu befassen, die ihren Willen nicht mehr äußern können.*

*Besagter Ausschuss hat zuerst über eine Reihe von Vorlagen der Ausschussmitglieder zu der Frage diskutiert: „Halten Sie es für angebracht, dass der Gesetzgeber in Bezug auf aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen eingreift?“ Diese Vorlagen trugen folgende Überschriften: „Aufschlüsselung der Situationen, die das Eingreifen Dritter bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende rechtfertigen“; „Ethische Standpunkte“; „Dem Leben ein Ende bereiten oder dahinsterven lassen“ usw. Anschließend wurden Experten zu der „vorgezogenen Willensäußerung“ (eine andere Bezeichnung für die „Patientenverfügung“), zum Problem der aktiven Sterbehilfe auf Intensivstationen und zur selben Problematik bei Neugeborenen angehört.*

## **INHALT DER STELLUNGNAHME**

### **Kapitel 1 – Problemstellung**

- I. Medizinische Entscheidungen am Lebensende
- II. Soll der Gesetzgeber bei handlungsunfähigen Personen in die medizinischen Entscheidungen am Lebensende eingreifen?
- III. Handlungsunfähige Personen. Definitionen und Einstufungen.

### **Kapitel 2 Ethische Standpunkte**

- I. Ethische Rechtfertigung der Sterbehilfe bei einem handlungsunfähigen Patienten
- II. Analyse der einzelnen Situationen
  - A. Der handlungsfähige Patient hat seinen Willen in einer vorgezogenen Willensäußerung geäußert.
  - B. Der handlungsunfähig gewordene Patient hat seinen Willen vorher nicht geäußert (keine vorgezogene Willensäußerung oder Benennung einer Vertrauensperson).
  - C. Der handlungsunfähig Patient war nie in der Lage, vorab eine Willensäußerung zu verfassen.

### **Kapitel 3 Antwort auf die Frage des Gesetzgebers**

- Vorschlag 1      Gesetzliche Anerkennung der aktiven Sterbehilfe.
- Vorschlag 2      Vorgezogene Regelung des Ablaufs der aktiven Sterbehilfe, die der Patient in einer vorgezogenen Willensäußerung erbeten hat.
- Vorschlag 3      Unveränderte Beibehaltung des gesetzlichen Verbots der aktiven Sterbehilfe.

### **Kapitel 4 Zusammenfassung der zwei Gutachten über die Angemessenheit einer Gesetzesänderung in puncto Euthanasie und aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen**

- Standpunkt A:      Standpunkt derjenigen, die eine gesetzliche Anerkennung der Euthanasie und der aktiven Sterbehilfe wünschen.
- Standpunkt B:      Standpunkt derjenigen, die meinen, dass Euthanasie in Ausnahmefällen (Notlage) gerechtfertigt ist, aber aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen, die nie eine vorgezogene Willensäußerung verfasst haben, auf keinen Fall als gerechtfertigt betrachten können.
- Standpunkt C:      Standpunkt derjenigen, für die der dritte Vorschlag des ersten „Euthanasiegutachtens“ die äußerste Grenze für Ärzte in einer Notlage ist, die aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen jedoch als unannehmbar betrachten.
- Standpunkt D:      Standpunkt derjenigen, die das gesetzliche Verbot sowohl der Euthanasie als der aktiven Sterbehilfe auf jeden Fall aufrechterhalten wollen.

Anhang: Gutachten Nr. 1 vom 12. Mai 1997 über die Opportunität einer gesetzlichen Euthanasieregelung

## Kapitel 1 – Problemstellung

### I. Medizinische Entscheidungen am Lebensende

1. Beim herannahenden Lebensende des Patienten erhalten medizinische Entscheidungen eine besondere Dimension. Der Arzt fasst seine Aufgabe ab hier anders auf. Da keine Aussicht auf Heilung mehr besteht, entfällt die Heilung als Behandlungsziel. Der Arzt konzentriert sich fortan auf Schmerzlinderung, Prüfung der Symptome, Komfortleistungen, psychologische und moralische Unterstützung und verringert meistens nach und nach den Therapieumfang. Das Prestige der Medizintechnik schwindet dahin; dem Arzt wird klar, dass seine Dienstleistung und die Mobilisierung seiner Kräfte zur Rettung des Lebens durch die unvermeidliche Konfrontation mit den Schmerzen und dem Tod mit einem Schlag enden. Aus der ärztlichen Handlung wird dann eine „Betreuung des Todesprozesses“. Hervorzuheben ist allerdings, dass der Begriff „Lebensende“ nicht eindeutig ist. Auf jeden Fall verstehen darunter alle die letzten Stunden oder Tage in der Endphase einer tödlichen Krankheit oder die letzten Stunden oder Tage nach der ärztlichen Entscheidung, eine sinnlos gewordene Behandlung allmählich abubrechen oder zu beenden. Für einige bedeutet „Lebensende“ auch „aussichtslose Situation“, d.h. die wenigen Jahre, die ein Neugeborenes mit einer lebensverkürzenden unheilbaren Krankheit noch leben kann, anhaltende vegetative Zustände (PVS) oder die zahlreicheren Jahre, die ein Demenzkranker mit ansonsten gut erhaltenen lebenswichtigen Funktionen noch zu leben hat.
2. Wengleich die ärztliche Handlung in diesem Kontext medizintechnisch viel von ihrem Glanz und ihrem Prestige einbüßt, sind die Entscheidungen, die der Arzt ab diesem Zeitpunkt zu treffen hat, aus ethischer Sicht meistens äußerst wichtig. Sie zielen darauf ab, den Komfort des Todkranken zu wahren und ihn in Würde sterben zu lassen. Jede Entscheidung führt zu Handlungen, die alle keine heilende Wirkung mehr haben, aber trotzdem ausschlaggebend sein können: Viele dieser Entscheidungen können in der Tat das Leben verlängern oder es verkürzen.
3. Wegen ihrer Folgen sind diese Entscheidungen für einen Arzt schwer zu treffen. Wie kann er sich seines Urteils sicher sein und wissen, welche Lösung für den Patienten, dessen Leben er verkürzen oder verlängern kann, die beste ist? *Wdiskutier*e kann er bestimmen, wann es wirklich an der Zeit ist, eine Behandlung abubrechen, weil die Lage aussichtslos ist?
4. Ferner haben viele Entscheidungen, die im Rahmen der „medizinischen Sterbebegleitung“ getroffen werden, eine große *symbolische* Bedeutung – sowohl für den Arzt als für den Patienten. Das Abschalten medizinischer Geräte, die Verabreichung eines tödlichen Cocktails, der den Tod beschleunigen kann, sind keine Routinehandlungen. Ihre Symbolik entgeht niemandem, wengleich die Deutung und das Empfinden der symbolischen Bedeutung dieser medizinischen Handlungen von einer Person zur anderen natürlich unterschiedlich sein können.
5. Bleibt in diesem Empfinden Platz für *rationales* Vorgehen, für eine objektive Analyse? In der ethischen Bewertung, die mit diesen Entscheidungen einhergeht, besteht auf der Absichtsebene zweifellos ein Unterschied zwischen „der Absicht, eine aussichtslose Situation zu beenden“, „der Absicht, unausstehliche Schmerzen mit allen Mitteln bis zum Schluss zu bekämpfen“ und „der Absicht, aktive Sterbehilfe zu leisten“. Viele Ärzte berichten jedoch, dass sich diese Absichten oder Zielsetzungen beim intuitiven Empfinden der Handlungen, die diese Absichten

konkretisieren, oft vermischen und nicht so eindeutig voneinander getrennt werden können wie bei der rationalen Analyse.

Die unterschiedlichen Bewertungen und Empfindungen der symbolischen Bedeutung der medizinischen Handlungen am Lebensende kommen bei der Debatte über „aktive Sterbehilfe“ oder „sterben lassen“ zum Ausdruck.

- Für einige Ausschussmitglieder besteht ein ethischer Unterschied zwischen dem „Abbruch oder dem Nichtbeginn einer Behandlung“ einerseits und der „aktiven Sterbehilfe“ andererseits. In beiden Fällen ist das konkrete Ergebnis im Prinzip identisch, d.h. dass der Patient stirbt. Bei der ersten Vorgehensweise verzichtet der Arzt auf einen direkten Eingriff in das Leben der – in casu schwer kranken – Person und lässt dieses Leben erlöschen. Bei der zweiten Vorgehensweise verfügt er direkt über diese Person, indem er ihren Tod aktiv beschleunigt.
- Andere Ausschussmitglieder zweifeln die Relevanz dieses Unterschieds an, der in gewissen Fällen ihres Erachtens hauptsächlich auf subjektiven Gründen beruht, weil nicht nur das Ergebnis, sondern auch die Absicht, nämlich den Tod zu beschleunigen, in beiden Fällen (behandeln oder nicht behandeln oder keine neue Behandlung anfangen) identisch ist. In beiden Fällen können die Ärzte von derselben Auffassung von Menschlichkeit ausgehen oder sich auf dieselbe vorgezogene Willensäußerung berufen.

In gewissen Situationen, d.h. dann, wenn der Patient handlungsunfähig ist, weil er seine geistigen Fähigkeiten unwiderruflich verloren hat, körperlich aber nicht mit einem schnellen Tod zu rechnen ist, ist dieser Unterschied wohl relevant, selbst in den Augen der Mitglieder, die von dem prinzipiellen Unterschied nichts wissen wollten. Einige Ausschussmitglieder lehnen es kategorisch ab, das Leben eines Patienten zu beenden, unabhängig von seinen diesbezüglichen Anweisungen; in Frage kommt nur ein Verzicht auf Behandlung bei mehreren vermutlich fatalen Krankheiten. Andere Ausschussmitglieder vertreten hingegen die Auffassung, es sei ethisch streitig, ja sogar unannehmbar, eine Person am Leben zu lassen, die ausdrücklich um Sterbehilfe gebeten hatte, falls sie demenzkrank werden sollte.

6. Einige Ausschussmitglieder meinen, bei den ärztlichen Handlungen am Lebensende fehle es an Transparenz, die manchmal leider zu Missbrauch, Fahrlässigkeit und falschen Entscheidungen führe. Da bedeutende moralische Werte (das Leben, die Würde, die körperliche Unversehrtheit, die Selbstständigkeit) auf dem Spiel stünden, stelle sich die Frage, ob der Gesetzgeber unter diesen Umständen nicht eingreifen müsse, um dieses Transparenzdefizit zu beheben.
7. Schließlich weisen einige Ausschussmitglieder darauf hin, dass die Ausbildung der Personen, die Patienten im Endstadium betreuen, heute noch immer unzureichend ist, insbesondere bei der Schmerz- und Symptomkontrolle, der Begleitung der Kranken und ihrer Familie und der ethischen Urteilskraft. Darum befürchten sie, dass die Freigabe der Euthanasie oder der Sterbehilfe – mit oder ohne Auflagen – nur zu unangemessenen und unüberlegten Entscheidungen führen kann. Ihres Erachtens müssen Ausbildung und Betreuung des Pflegepersonals Vorrang haben, damit die Pfleger lernen, den nahenden Tod eines Patienten möglichst gefasst zu erkennen und anzunehmen, ihm die Behandlung, die Pflege und den psychologischen Beistand zu leisten, auf den er Anspruch hat, und von jeder Handlung abzusehen, die das Leben verkürzen oder verlängern kann.

Für andere Ausschussmitglieder ist es wichtig, dass Ärzte und Pfleger dazu ausgebildet werden, offen und unbefangen mit den Sterbehilfewünschen umzugehen, die der Patient vorab schriftlich formuliert hat und/oder die vorher von ihm benannte Vertrauenspersonen geäußert haben. Dann wird es möglich, sowohl die Entscheidungen zum Verzicht auf den Beginn einer neuen Behandlung als die Entscheidungen zur Sterbehilfe in aller Ruhe zu treffen; gleichzeitig wird dann vermieden, dass diese Entscheidungen als unüberlegte Handlungen des einen oder anderen Mitglieds des Pflegeteams empfunden werden.

## **II. Soll der Gesetzgeber bei handlungsunfähigen Personen in die medizinischen Entscheidungen am Lebensende eingreifen?**

1. Das Allgemeininteresse setzt voraus, dass die Menschen friedlich, sicher, in gegenseitigem Vertrauen und unter Achtung der gegenseitigen Würde und Freiheit (Selbsterfüllung und Selbstbestimmung) miteinander leben, arbeiten und die Gesellschaft ordnen können. Wenn sich herausstellt, dass in einem bestimmten Bereich der menschlichen Tätigkeit (zum Beispiel bei der Gesundheitsfürsorge) tatsächlich die Gefahr besteht, dass es zu Unsicherheit, Sorglosigkeit oder fahrlässigem Verhalten, Rechtsverletzungen (im vorliegenden Fall werden die Rechte der handlungsunfähigen Patienten verletzt), Missbrauch, mangelnder Transparenz bei Entscheidungen usw. ... kommt, ist es Aufgabe des Staates, eine angemessene Gesetzgebung zu entwerfen, die einen normativen Rahmen für diese Tätigkeit schafft und gleichzeitig die Freiheit und die Rechte der Betroffenen schützt und fördert. Diesbezüglich muss jedoch eingeräumt werden, dass das Allgemeininteresse nicht nur von einer gut durchdachten Gesetzgebung abhängt, sondern auch von den Geldmitteln, die die Obrigkeit den Einrichtungen zur Verfügung stellt, und von den Maßnahmen, die sie zur Bildung und Ausbildung der Dienstleister trifft. Weil das Recht jedes Mal den günstigsten „gesellschaftlichen Rahmen“ für eine bestimmte menschliche Tätigkeit schafft, trägt es speziell dazu bei, die diesen Tätigkeiten eigenen Werte zu schützen, zu fördern und umfassend zu verwirklichen.

### **2. Besondere Werte als Grundlage der ärztlichen Behandlung**

Als Grundlage der ärztlichen Behandlung gelten im Allgemeinen folgende Werte: menschliches Leben, körperliche Unversehrtheit, Gesundheit (und folglich Heilung), Lebensqualität, Wohlbefinden (und folglich Schmerzlinderung), Komfort, Selbstbestimmung (Freiheit) und Würde.

Inwiefern trägt die Rechtsnorm dazu bei, *diese Werte am Lebensende* zu fördern, zu schützen und anzuwenden?

- 1) durch den *strafrechtlichen Schutz* des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit;
- 2) indem sie bestimmte *Patientenrechte* anerkennt und garantiert:
  - a) nämlich die grundsätzlichen Gesellschaftsrechte wie das Recht auf „Gesundheitsschutz“ und „ärztliche Hilfe“ (Art. 23 der Verfassung) sowie - in Bezug auf ärztliche Hilfe am Lebensende – das „Recht auf Linderung ihrer Schmerzen entsprechend dem aktuellen Wissensstand“ und das

- „Recht auf Palliativpflege und einen menschenwürdigen Tod“ (siehe Erklärung der Rechte der Patienten in Europa, Amsterdam 1994);
- b) die *grundsätzlichen Personenrechte* wie das Recht auf bewusste Zustimmung zu den wichtigsten ärztlichen Entscheidungen am Lebensende, zum Beispiel „zur Fortsetzung oder zum Abbruch einer Behandlung“, „zur Verabreichung erheblicher Schmerzmitteldosen“, zur Entscheidung „eine Euthanasie in Erwägung zu ziehen“.
- 3) indem sie die *legitimen Interessen*, die die betroffenen Personen hinsichtlich der oben erwähnten Werte geltend machen können, schützt und fördert und diesbezügliche Streitfälle schlichtet.
3. Die oben erwähnten Werte, Interessen und Rechte können bereits während des Entscheidungsprozesses gefährdet sein, insbesondere bei handlungsunfähigen Personen. Deshalb muss der Gesetzgeber genau regeln, wie ärztliche Entscheidungen am Lebensende zu treffen sind.

### **III - Personen, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Definitionen und Einteilung nach Kategorien.**

#### **1) Rechtlich und faktisch handlungsunfähige Personen**

Als handlungsunfähige Personen gelten in diesem Gutachten nicht nur *de iure* handlungsunfähige Personen (zum Beispiel Minderjährige oder Personen mit verlängertem Minderjährigenstatus), sondern auch rechtlich handlungsfähige Personen, die *de facto* wegen einer Krankheit, eines Unfalls, wegen ihres Alters oder ihrer Demenz nicht (oder nicht mehr) in der Lage sind, ihren Willen zu äußern in Bezug auf Entscheidungen, die ihre Person betreffen (Gesundheit, ärztliche Behandlung, Lebensqualität, würdevolles Sterben).

Die Begriffe „faktisch handlungsfähige Personen“ und „rechtlich handlungsfähige Personen“ einerseits, „faktisch handlungsunfähige Personen“ und „rechtlich handlungsunfähige Personen“ andererseits sind nicht vollkommen deckungsgleich. Rechtlich handlungsunfähige Personen sind faktisch nicht immer handlungsunfähig: Minderjährige im Vernunftsalter sind ohne weiteres in der Lage, bei Entscheidungen über ihre Person ihren Willen zu äußern. Es ist ethisch angebracht, dies zu berücksichtigen. Gleiches gilt für bestimmte geistig Behinderte mit verlängertem Minderjährigenstatus. Umgekehrt können rechtlich handlungsfähige Personen durch verschiedene Umstände faktisch handlungsunfähig werden: Das ist aber ein anderes Problem.

Ferner besteht die größte Schwierigkeit manchmal darin, die tatsächliche Fähigkeit des Patienten ärztlich einzuschätzen. Inwieweit ist der Patient handlungsunfähig? Ist diese Handlungsunfähigkeit unumkehrbar? usw. Letztendlich hat der Arzt diese Einschätzung zu verantworten. Wenn diese aber weder rein ärztlicher noch rein juristischer Natur ist, fürchten einige Mitglieder, dass die Feststellungen, zu denen man dabei gelangt, zweckentfremdet werden könnten. Daher sind sie der Meinung, dass nur eine kollegiale Entscheidung (nach einer entsprechenden „ethischen Auseinandersetzung“) dieses Risiko abwenden kann.

## **2) Die vorgezogene Willensäußerung**

Wir verwenden hier den Begriff „vorgezogene Willensäußerung“ und nicht den Ausdruck „Patientenverfügung“, den alle Ausschussmitglieder als zweideutig betrachten. Einige Ausschussmitglieder meinen, für die ethische und rechtliche Bewertung aktiver Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen es sei wichtig zu wissen, ob diese vorher ihren Willen geäußert haben.

Unter „vorgezogener Willensäußerung“ ist ein schriftliches Dokument zu verstehen, in dem eine Person genaue Anweisungen in Bezug auf ihrerseits gewünschte oder unerwünschte ärztliche Entscheidungen gibt, bevor sie möglicherweise handlungsunfähig wird, und gegebenenfalls eine Vertrauensperson (Arzt oder sonstige Person) benennt, die der Arzt bei seinen Entscheidungen am Lebensende der inzwischen handlungsunfähig gewordenen Person hinzuziehen muss.

## **3) Die Vertrauensperson**

Es kommt vor, dass keine Willensäußerung schriftlich festgehalten wird, bevor die Person handlungsunfähig wird, dass der Kranke aber vor seiner Handlungsunfähigkeit eine Vertrauensperson benannt hat, die somit an seiner Stelle eingreifen muss. Diese Person muss sich zu den ärztlichen Entscheidungen äußern.

Einige Ausschussmitglieder meinen, in außergewöhnlichen Umständen sei es gerechtfertigt, dass der Arzt auf Bitte der Vertrauensperson aktive Sterbehilfe leistet. Für sie beinhaltet die ausdrückliche Benennung einer Vertrauensperson nämlich, dass sich der Patient ihr anvertraut hat, um ihren Willen zu äußern und ihre Interessen dem Arzt gegenüber zu verteidigen, auch was die Bitte um aktive Sterbehilfe betrifft.

## **4) Einteilung nach Kategorien**

Vorab ist hervorzuheben, dass einige Ausschussmitglieder erhebliche Vorbehalte gegen die Art und Weise haben, wie das Thema aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen angegangen wird: Sie lehnen jegliche Einteilung nach Kategorien ab. Das Vorhaben, handlungsunfähige Personen nach ihrer körperlichen oder rechtlichen Lage so einzuteilen, dass ihrem Leben unter gewissen Bedingungen ein Ende bereitet werden könne, sei unvereinbar mit ihrer Rechtsauffassung, nach der alle Menschen - unabhängig von ihrer körperlichen oder rechtlichen Lage - ein unantastbares und unveräußerliches Recht auf Leben hätten. Nach Auffassung dieser Mitglieder ist die grundsätzliche ethische Frage nicht, wie die Gesellschaft das Leben dieser Menschen, die in ihren Augen krank oder gebrechlich sind, beenden kann, sondern wie sie die Solidarität organisiert, die sie ihnen schuldig ist.

Andere Ausschussmitglieder sind hingegen der Ansicht, dass das „unveräußerliche Recht auf Leben“ zweifellos beinhaltet, dass jemandem nicht das Leben gegen seinen Willen genommen werden dürfe: Es beinhaltet aber nicht notwendigerweise die Pflicht zu leben; sie sind ferner der Meinung, dass Freiheit (das Selbstbestimmungsrecht), das Recht auf Wahrung seiner Würde, das Recht auf Fortsetzung des Glücks (und die Verhinderung unnützer Schmerzen) unveräußerliche Rechte sind, die unter gewissen Umständen gegen dieses „Recht“ auf Leben abgewogen werden müssen. Diesen Mitgliedern zufolge ist ein Unterschied zwischen denjenigen zu machen, die eine vorgezogene Willensäußerung verfasst haben, und denjenigen, die keine erstellt haben. Zu Letzteren gehören einerseits diejenigen, die dazu fähig gewesen sind und nicht aktiv



geworden sind, andererseits diejenigen, die niemals fähig gewesen sind, eine solche vorgezogene Willensäußerung zu verfassen. Zu dieser letzten Kategorie gehören sämtliche Neugeborene und Kleinkinder, bei denen beliebige ärztliche Entscheidungen getroffen werden müssen, sowie geistig Schwerbehinderte. Gleiches gilt für Kinder und Jugendliche, von denen man nicht erwarten kann, dass sie eine vorgezogene Willensäußerung verfasst haben.

## **Kapitel 2 – Ethische Standpunkte**

### **I - Die ethische Rechtfertigung, das Leben eines Patienten, der nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, zu beenden.**

In der Frage der ethischen Rechtfertigung, das Leben eines Patienten, der nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, zu beenden, sind die *Standpunkte unvereinbar*.

1. Von denjenigen, die diese **Rechtfertigung ablehnen**, pochen einige auf die unantastbare Würde des Lebens. Die Unrechtmäßigkeit der Handlung, das Leben eines unheilbaren Patienten zu beenden, sei bereits dann gegeben, wenn der Kranke selbst hic et nunc einen Tötungsakt verlange; diese Handlung sei noch weitaus weniger gerechtfertigt, wenn sie an einem Patienten vorgenommen werde, der nicht in der Lage sei, seinen aktuellen Willen zu äußern. Für andere hingegen verbietet es die Unfähigkeit des Kranken, seinen Willen zu äußern, seine extreme Verletzlichkeit also, seine absolute Abhängigkeit von einer anderen Person, dass der Arzt irgendeine Handlung vornimmt, die sein Leben vorsätzlich auslöscht. Die Lage eines bewusstlosen Kranken, eines Demenzkranken, eines Kindes usw. verpflichtet den Arzt – und mit ihm die ganze Gesellschaft – zu erhöhter Solidarität und Aufmerksamkeit, damit seine Würde als Mensch bis zum Schluss gewahrt wird. Dem Kranken im Endstadium, der seinen Willen nicht äußern kann, muss der Arzt die bestmögliche Lebensqualität gewährleisten, ohne zwei Grenzen zu überschreiten: einerseits die therapeutische Behandlung um jeden Preis, andererseits die aktive Sterbehilfe.

2. Einige derjenigen, die **in gewissen Fällen die Rechtmäßigkeit** der aktiven Sterbehilfe bei einem unheilbar Kranken, der seinen Willen nicht mehr äußern kann, anerkennen, führen zuerst an, dass die fehlende aktuelle Willensäußerung des Kranken in den meisten Fällen durch eine von ihm vorab verfasste „vorgezogene Willensäußerung“ und/oder durch die Benennung einer „Vertrauensperson“ ersetzt werden könne, die berechtigt sei, mit dem Arzt zu reden. Für sie ist aktive Sterbehilfe ausnahmsweise sogar in bestimmten Fällen, in denen keinerlei Willensäußerung festgehalten werden konnte, gerechtfertigt, unter anderem dann, wenn der Verzicht auf oder das Absetzen der Medikamente nicht ausreicht, eine unmenschliche Situation zu beenden. Das Mitgefühl gebiete es dem Arzt dann, das Leiden des Kranken zu lindern und/oder einem Menschen die Aussicht auf ein schmerzvolles oder sinnloses Dasein und seiner Familie eine dramatische Situation zu ersparen. Nach Auffassung dieser Mitglieder ist hier zwischen zwei Situationen zu unterscheiden.

- Bei den Personen, die vorher nicht in der Lage waren, eine vorgezogene Willenserklärung zu verfassen und/oder eine Vertrauensperson zu benennen, und diese Möglichkeit nicht genutzt haben, ist aktive Sterbehilfe im Allgemeinen nicht

- gerechtfertigt, es sei denn in absolut außergewöhnlichen Fällen, die einem Notfall gleichkommen. Es ist ja anzunehmen, dass diejenigen, die weder eine Vertrauensperson benannt noch schriftlich den Wunsch geäußert haben, ihr Leben gegebenenfalls durch aktive Sterbehilfe zu beenden, obschon sie dies hätten tun können, nicht wollen, dass ihr Leben frühzeitig beendet wird.
- Bei Neugeborenen mit einer schweren körperlichen und/oder geistigen Behinderung könne aktive Sterbehilfe hingegen auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern und in Absprache mit dem Pflorgeteam ausnahmsweise erwogen werden, um ihnen ein schmerzvolles oder sinnloses Dasein zu ersparen. Ethisch könne ein ähnliches Vorgehen bei Kindern oder geistig Schwerbehinderten, die infolge einer schweren Krankheit oder eines Unfalls in eine aussichtslose Situation geraten seien, gerechtfertigt werden.
3. Die Ausschusmitglieder, die die Rechtmäßigkeit der **aktiven Sterbehilfe** entsprechend der vorgezogenen Willensäußerung des Patienten **anerkennen**, sind sich uneins über die erste Bedingung für diese Rechtmäßigkeit.
- Für die einen setzt diese Rechtmäßigkeit voraus, dass der Patient im Endstadium seiner Krankheit ist, dass sein „Lebensende“ naht. Diesem Standpunkt zufolge hat der Begriff „Lebensende“, die erste zu erfüllende Bedingung, eine objektivere Bedeutung: Er setzt voraus, dass der Todesprozess effektiv begonnen hat, dass der Patient im Sterben liegt.
  - Andere sind der Auffassung, die „aussichtslose Lage“ sei die erste Bedingung, die zu erfüllen sei. Das setze nicht unbedingt voraus, dass sich der Patient effektiv im Endstadium befinde. Für die Befürworter dieses Standpunktes hat der Begriff „Lebensende“ eine subjektivere Bedeutung: Bestimmte Personen können eine unheilbare Krankheit oder ein Demenzzustand als „aussichtslose Situation“ empfinden.

Aus ethischer Sicht wurden ferner zwei andere Fragen aufgeworfen.

1. Aus der Diskussion geht hervor, dass der Arzt durch sein Handeln und seine Haltung Personen gegenüber, die durch eine Krankheit oder eine Behinderung beeinträchtigt sind, mit dafür ausschlaggebend ist, welchen Wert die Gesellschaft der menschlichen Würde beimisst. Diese Verantwortung ist noch größer, wenn es um Kranke im Endstadium geht. Daher verurteilen die Ausschusmitglieder einhellig *jede Geste oder Haltung, die als Diskriminierung gegenüber den Schwächeren ausgelegt werden kann*. Das, was als Diskriminierung betrachtet wird, wird jedoch unterschiedlich bewertet. Für einige Ausschusmitglieder muss die Verantwortung des Arztes auf ärztliche Entscheidungen beschränkt bleiben, in dem Sinne, dass der Arzt den Wert des Lebens anderer Personen nicht beurteilt. Bei handlungsunfähigen Personen im Endstadium muss er darauf bedacht sein, nicht in Therapiewut zu verfallen, sondern und die Leiden des Patienten erträglicher zu machen. Andere Ausschusmitglieder sind hingegen der Auffassung, diese Verantwortung beinhalte, dass sich der Arzt unter Berücksichtigung des vorher vom Kranken geäußerten Willens und/oder der Meinung der Vertrauensperson frage, sobald die Lage des Patienten aussichtslos sei, ob aktive Sterbehilfe angemessen sei; diese Hilfe wäre dann als eine tief ethische Geste des Mitleids, des Mitgefühls und der Achtung der Menschenwürde zu bewerten.

2. *Ferner sind sich alle einig in der Ablehnung jeglicher Form von Therapiewut und/oder unnützer („lächerlicher“) Behandlung; in vielen Fällen besteht auch ein großer Konsens über die Haltung, die darin besteht, den Kranken „sterben zu lassen“, dessen Lage aussichtslos ist (auch wenn er nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern). Das „Sterben lassen“ kann allerdings unterschiedlich verstanden werden. Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe bezweifeln, dass in der Praxis ein effektiver Unterschied zwischen der therapeutischen „Abstufung“ (Verzicht auf oder Absetzen der Medikamente usw.) und der aktiven Sterbehilfe besteht. Ihrer Meinung nach ist Letzteres menschlich sogar annehmbarer als Ersteres. Die Gegner erwidern, aktive Sterbehilfe sei insofern um so unrechtmäßiger (und sogar unnützlich), als die Möglichkeit, „einen Kranken sterben zu lassen“ von der ärztlichen Ethik allgemein anerkannt werde und es bereits eine Reihe von Verfahren und Richtlinien gebe, mit denen der Arzt in Grenzfällen relevant arbeiten könne, ohne auf aktive Sterbehilfe zurückzugreifen.*

## **II - Analyse der einzelnen Situationen**

Bei den Kranken, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, ist zu unterscheiden zwischen (A) der Situation, in der der handlungsunfähige Patient seinen Willen geäußert hat, zum Beispiel indem er eine Ad-hoc-Anordnung aufgesetzt und/oder eine Vertrauensperson benannt hat; (B) der Situation, in der der Wille der handlungsunfähigen Person oder einer Vertrauensperson nicht berücksichtigt werden kann, entweder weil der Patient es versäumt hat, eine Willensäußerung zu verfassen, als er die Möglichkeit dazu hatte, oder weil er niemanden benannt hat, als er dazu noch in der Lage war; (C) den Kranken, die niemals in der Lage gewesen sind, ihren Willen zu äußern, zum Beispiel Neugeborene, Kinder im jungen Alter oder geistig Schwerbehinderte.

### **A. Situation, in der der handlungsunfähige Patient seinen Willen geäußert hat.**

Zur Erinnerung: Die „vorgezogene Willensäußerung“ ist ein schriftliches Dokument, in dem eine Person vor ihrer etwaigen Handlungsunfähigkeit genaue Anweisungen in Bezug auf ihrerseits gewünschte oder unerwünschte ärztliche Entscheidungen gibt und gegebenenfalls eine Vertrauensperson (Arzt oder sonstige Person) benennt, die der Arzt bei seinen Entscheidungen am Lebensende hinzuziehen muss.

Über das Prinzip und die Modalitäten einer solchen Willensäußerung gehen die Meinungen auseinander.

1) Einige Mitglieder meinen, eine „vorgezogene Willensäußerung“ *sei aus ethischer Sicht prinzipiell unangebracht*, weil sie entweder aktive Sterbehilfe vom Arzt verlange und damit gegen das Tötungsverbot verstoße oder weil sie Therapiewut verhindern wolle - ein Missbrauch, der im ärztlichen Deontologiekodex sowieso verboten sei. Sie fügen hinzu, zu dem Zeitpunkt, wo diese Willensäußerung verfasst werde, sei nicht abzusehen, auf welche Situation, in der über die Fortsetzung oder den Abbruch einer ärztlichen Behandlung zu entscheiden sei, sie eines Tages angewandt werden könnte. Der von einer Person in guter körperlicher Verfassung hypothetisch geäußerte Wille könne nicht auf eine Situation angewandt werden, in der diese Person sozusagen

„nicht mehr sich selbst sei“. Die durch eine solche Äußerung zwischen dem Kranken und seinem Arzt entstandene Beziehung sei nicht mehr als eine „Beziehung auf dem Papier“, ein gewöhnliches Verwaltungsdokument, das die konkrete, lebendige Beziehung ersetze und den Arzt an den Patienten binde, auch wenn dieser zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage sei, seinen Willen zu äußern.

2) Nach Auffassung anderer Mitglieder ist die „vorgezogene Willensäußerung“ hingegen eine solide Grundlage für die vom Arzt zu treffende Entscheidung, wenngleich sie niemals dasselbe Gewicht wie eine aktuell geäußerte Bitte um aktive Sterbehilfe haben kann. Sie lassen das Argument nicht gelten, die Willensäußerung sei nicht aktuell: Die handlungsunfähige Person sei dieselbe Person als diejenige, die handlungsfähig war; ihr Wille könne sich nicht geändert haben, da dieser Wille ja bei einer Handlungsunfähigkeit nicht mehr vorhanden sei. Die Willensäußerung sei ja dazu da, diesem Umstand abzuwehren. Ihres Erachtens könne der Patient außerdem mit dieser Willensäußerung deutlich machen, was er von Therapie, Reanimation, außergewöhnlichen Behandlungen, unwürdiger Situation usw. halte, und dem Arzt wichtige Anhaltspunkte bei seiner Entscheidung über seine Person liefern. Für ihre Befürworter muss die „vorgezogene Willensäußerung“ deshalb als gesetzlicher und deontologischer Bestandteil des Entscheidungsprozesses des Arztes anerkannt werden.

Ein **breiter Konsens** zeichnet sich ab, dem zufolge

1. bei einer solchen – gesetzlich anerkannten – Willensäußerung auch eine „Vertrauensperson“ benannt werden sollte, die berechtigt ist, mit dem Arzt über die entscheidenden therapeutischen Optionen zu sprechen, von denen hier die Rede ist. Die Benennung eines solchen Vermittlers hätte den Vorteil:  
a) die Willensäußerung zu ergänzen, von der man nicht erwarten kann, dass sie genaue Anweisungen für alle möglichen Situationen enthält, die der Patient erleben könnte; b) den Dialog zwischen Arzt und Patient auf eine Weise fortzusetzen, die zwar nicht perfekt ist, aber wenigstens ein Gespräch garantiert;
2. eine solche Willensäußerung für den Arzt rechtlich nicht zwingend sein kann, da er die endgültige Entscheidung zu treffen hat. Sie ist also ein Anhaltspunkt, den der Arzt berücksichtigen muss und den er in den *umfassenden Entscheidungsprozess* einbeziehen muss, bei dem die gegebenenfalls benannte Vertrauensperson eine entscheidende Rolle spielt.

Bei denjenigen, die für eine gesellschaftliche und rechtliche Anerkennung der vorgezogenen Willensäußerung plädieren, gibt es **zwei Meinungsverschiedenheiten**.

Uneins sind sich die Ausschussmitglieder darüber, wie der Entscheidungsprozess aussehen soll, in den diese Willensäußerung einzubeziehen ist. Wir erinnern daran, dass die Vorschläge 1 und 2 im ersten Gutachten des Ausschusses (zum Thema Euthanasie) das Gespräch zwischen Arzt und Patient und ein Verfahren *a posteriori* befürworteten, während sich Vorschlag 3 für eine umfassendere Konsultierung *vorab* aussprach. *Mutatis mutandis* besteht hier dieselbe Meinungsverschiedenheit, jedoch nicht in Bezug auf den aktuellen Willen des Patienten (bei der Euthanasie), sondern auf die vorgezogene Willensäußerung der Person, die nicht in der Lage ist, ihren Willen zu äußern (bei aktiver Sterbehilfe). Für einige Ausschussmitglieder entspricht die vorgezogene Willensäußerung, die sie als integralen Bestandteil der Beratung zwischen

dem Arzt und der gegebenenfalls benannten Vertrauensperson betrachten, nämlich den ethischen Anforderungen, die das in den Vorschlägen 1 und 2 des ersten Gutachtens empfohlene Verfahren a posteriori vorsieht. Von denjenigen, die den Vorschlag Nr. 3 des ersten Gutachtens verteidigen, möchten einige hingegen die vorgezogene Willensäußerung in die Konzertierung einbetten, die zwischen den Angehörigen des Patienten und dem Pflorgeteam entstehen muss, bevor eine Entscheidung getroffen wird. Andere Verfechter von Vorschlag 3 wiederum meinen, der Arzt müsse in einem ethischen Dialog mit den Angehörigen des Patienten und dem Pflorgeteam alles Mögliche unternehmen, damit der Patient in Würde sterben könne, ohne dabei die beiden Grenzen (Therapiewut und aktive Sterbehilfe) zu überschreiten, statt sich auf die vorgezogene Willensäußerung zu berufen.

Zwischen den Verfechtern der Vorschläge 1 und 2 und den Befürwortern des Vorschlags Nr. 3 des ersten Gutachtens besteht **eine zweite Meinungsverschiedenheit**. Nach Auffassung einiger Befürworter des Vorschlags Nr. 3 darf in der vorgezogenen Willensäußerung nur der Wunsch nach einem Therapieverzicht oder einem Therapieabbruch geäußert werden, sodass jede Handlung, die das Leben vorsätzlich beendet, ausgeschlossen ist. Die Verfechter der Vorschläge 1 und 2 des ersten Gutachtens meinen, die vorgezogene Willensäußerung müsse dem Kranken die Möglichkeit geben, eine solche Handlung vom Arzt zu verlangen (und gegebenenfalls aktive Sterbehilfe zu erhalten) – eine Handlung, deren tiefe ethische Bedeutung sie unterstreichen.

#### **B. Situation des Patienten, der vor seiner Handlungsunfähigkeit seinen Willen nicht geäußert hat (keine vorgezogene Willensäußerung, fehlende Benennung einer Vertrauensperson).**

Für einige Ausschussmitglieder ist es aus ethischer Sicht einfach undenkbar, vorsätzlich das Leben von Patienten zu beenden, die nicht darum gebeten haben oder die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Das einzige ethische Kriterium, nach dem sich der Arzt richten soll, ist hier die größtmögliche Lebensqualität des Patienten – ein Kriterium, das selbst von der unantastbaren Würde des Lebens abgeleitet ist.

Die Argumente gegen aktive Sterbehilfe können allerdings so oder so verstanden werden, obschon beide Betrachtungsweisen Ausdruck desselben Mitgeföhls für das Leiden anderer und derselben Nächstenliebe sind. Einige (die insgesamt den Vorschlag Nr. 4 des ersten Gutachtens teilen) sind der Auffassung, die vorsätzliche Beendigung des Lebens eines Patienten sei immer unrechtmäßig, egal ob dieser eine entsprechende Absicht geäußert habe oder nicht. Für die Befürworter von Vorschlag Nr. 3 des ersten Gutachtens macht die fehlende Willensäußerung, folglich die fehlende Möglichkeit jedweder ethischen Auseinandersetzung, die vorsätzliche Handlung aus moralischer und rechtlicher Sicht unrechtmäßig. Sie betonen jedoch, dass die Belange der handlungsunfähigen Personen durch bestimmte Verfahren zur Regelung der medizinischen Entscheidungen am Lebensende geschützt werden müssten, wenngleich das „Euthanasieverfahren“ nicht auf ihre Situation anwendbar sei.

Für die Verfechter der Vorschläge 1 und 2 des ersten Gutachtens ist aktive Sterbehilfe bei einer Person ethisch dann annehmbar, wenn diese vorab eine entsprechende Absicht geäußert hat oder wenn die von ihr benannte Vertrauensperson darum bittet. Aktive Sterbehilfe bei einem Patienten, der seinen Willen nicht vorab geäußert und/oder keine Vertrauensperson benannt hat, obschon er vorher die

Möglichkeit dazu hatte, ist nicht zu rechtfertigen. In Ausnahmefällen kann der Arzt jedoch in Absprache mit der Familie und dem Pflorgeteam aktive Sterbehilfe leisten, wenn er aus Mitleid und/oder menschlichem Mitgefühl der Meinung ist, die vorsätzliche Beendigung des Lebens sei wünschenswert.

**C. Situation des handlungsunfähigen Patienten, der niemals in der Lage gewesen ist, eine vorgezogene Willensäußerung zu verfassen.**

Nach Auffassung einiger Ausschussmitglieder kann im Falle einer aussichtslosen Situation bei Neugeborenen, Kindern (im frühen Alter) und geistig Schwerbehinderten bei einer zusätzlich auftretenden Krankheit oder einem schweren Unfall, die das leidvolle Leben des Betroffenen schwer belastet, auf ausdrückliche Bitte der Eltern oder des Vormundes und in Absprache mit dem Pflorgeteam beschlossen werden, auf jede zusätzliche Therapie zu verzichten oder sogar lebensbeendende Handlungen vorzunehmen. Sie meinen, es sei ethisch annehmbar, den Eltern und/oder dem Vormund das Recht einzuräumen, im Namen ihres schwerbehinderten Säuglings oder ihres sinnlos leidenden Kindes den Abbruch eines menschenunwürdigen Lebens zu verlangen.

## KAPITEL 3 – ANTWORT AUF DIE FRAGE DES GESETZGEBERS

Die Diskussion über die Frage: „Ist eine gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen angebracht?“ hat zu drei Vorschlägen geführt:

### **Vorschlag 1 – Gesetzliche Anerkennung der aktiven Sterbehilfe** (Befürworter der Vorschläge 1 und 2 des ersten Gutachtens)

In einer demokratischen, pluralistischen Gesellschaft darf der Staat keine der Auffassungen über Leben und Tod zum Nachteil anderer, aus moralischer Sicht genauso wertvoller Auffassungen bevorzugen. Da es für zahlreiche Bürger aus ethischer Sicht unhaltbar ist, unter physischen oder psychischen Bedingungen weiterzuleben, die nicht ihrer Vorstellung von einem lebenswerten Leben entsprechen, muss der Staat einen gesetzlichen Rahmen vorsehen, in dem aktive Sterbehilfe in aller Transparenz beschlossen und durchgeführt werden kann.

Daraus ergeben sich zwei Situationen:

- Erster Fall: Der Arzt verfügt über eine vorgezogene Willensäußerung des Patienten oder über die Meinung der Person, der sich der Patient anvertraut hat, oder er kennt, falls es diese Willensäußerung oder diese Vertrauensperson nicht gibt, den Wunsch der gesetzlichen Vertreter des Patienten.
- Zweiter Fall: Der Arzt muss die aktive Sterbehilfe ohne jegliche Erklärung des Patienten oder seiner gesetzlichen Vertreter in Erwägung ziehen und hat nicht die Möglichkeit, sich an eine Vertrauensperson zu wenden.

In all diesen Fällen muss der Arzt die *Situation* des Patienten in einem ausführlichen Gespräch mit der Vertrauensperson und den gesetzlichen Vertretern, aber auch mit seinen Angehörigen und mit dem Pflegeteam prüfen (wenn der Arzt diese Situation bei einem Patienten zu Hause prüfen muss und die Gesprächspartner für einen solchen Dialog nicht verfügbar sind, muss er sich mit mindestens zwei anderen Ärzten beraten). Die Verantwortung für die *Entscheidung*, zu der dieser Dialog führt, trägt jedoch allein der Arzt; sie darf auf keinen Fall auf die Angehörigen oder das Pflegeteam abgewälzt werden.

Wenn der Patient in aussichtsloser Situation<sup>2</sup> vorab keine vorgezogene Willensäußerung verfasst und keine „Vertrauensperson“ benannt hat, obschon er es früher hätte tun können, ist aktive Sterbehilfe aus medizinischer und ethischer Sicht in Ausnahmefällen gerechtfertigt, insofern die unmenschliche Situation des Patienten nicht durch einen Therapieabbruch oder Therapieverzicht beendet werden kann. Wegen der möglichen Missbräuche und Entgleisungen scheint es allerdings nicht angebracht, diese Handlung gesetzlich anzuerkennen. In diesem Fall wird aktive Sterbehilfe dann als „Notlage“ gerechtfertigt.

Wenn der Patient in aussichtsloser Situation nicht mehr in der Lage ist, seinen Sterbewillen zu äußern, aber einen entsprechenden Wunsch in einer vorgezogenen Willensäußerung kundgetan oder eine Vertrauensperson benannt hat, die denselben

---

<sup>2</sup> Zum Begriff « aussichtslose Situation » siehe oben Kap. 1, I, 1

Wunsch äußert, muss der Arzt in enger Absprache mit der Vertrauensperson entscheiden. Er muss dabei versuchen, sich so weit wie möglich an die vorgezogene Willensäußerung zu halten. Ferner muss er einen anderen Arzt zu Rate ziehen und die Angehörigen sowie das Pflegepersonal zu dem Zeitpunkt über seine Entscheidung informieren, den er psychologisch für angebracht hält (eventuell später).

Wenn der Patient zeit seines Lebens nie in der Lage gewesen ist, eine vorgezogene Willensäußerung zu verfassen oder eine Vertrauensperson zu benennen, können die gesetzlichen Vertreter den Arzt um aktive Sterbehilfe bitten. Der Arzt darf diese nur leisten, nachdem er das Einverständnis der Familienangehörigen und des Pflegeteams mit der Angemessenheit eines solchen Vorgehens eingeholt hat.

Ferner ist der Arzt unabhängig davon, mit welcher Form von aktiver Sterbehilfe er konfrontiert wurde, verpflichtet, den Justizbehörden auf der Grundlage der Krankenakte im Nachhinein mitzuteilen, dass der Tod seines Patienten auf medizinische Gründe zurückzuführen ist. Zu diesem Zweck müssen im Verfahren zur Ausstellung der Totenscheine und Bestattungsgenehmigungen die Fälle vorgesehen werden, in denen der Arzt nach seinem Ermessen den Tod seines Patienten beschleunigt hat (so wie das in den Niederlanden gehandhabt wird). Auf diese Weise erhält der Arzt einerseits volles Vertrauen, so zu handeln, wie er in schwierigen Situationen am Lebensende meint, handeln zu müssen; andererseits ist er jedoch verpflichtet, diese Verantwortung in aller Offenheit und Deutlichkeit zu übernehmen und gegebenenfalls für seine Vorgehensweise geradezustehen.

### **Vorschlag 2 – Vorabregelung der vom Patienten in einer vorgezogenen Willensäußerung verlangten aktiven Sterbehilfe**

Für die Befürworter von Vorschlag 2 muss aktive Sterbehilfe ein Straftatbestand bleiben, nämlich ein Verstoß gegen das Tötungsverbot. Abweichungen von diesem Verbot können jedoch in Ausnahmefällen gerechtfertigt sein, wenn aktive Sterbehilfe in einer vorgezogenen Willensäußerung des Patienten klar und deutlich verlangt wird und wenn die aussichtslose Situation<sup>3</sup> des dann handlungsunfähigen Patienten im Endstadium<sup>4</sup> den Arzt vor einen Konflikt zwischen ethischen Werten und Pflichten stellt. Die Verfechter dieses Standpunktes schlagen daher vor, für solche Fälle a priori ein gesetzliches Verfahren vorzuschreiben, das gewährleistet, dass der Arzt – der letztendlich immer die Verantwortung für diesen Schritt trägt – alle erforderlichen Informationen erhält, damit er in Kenntnis der Sachlage urteilen und entscheiden kann. Dieses Vorabverfahren würde folgende Anforderungen festlegen: Prüfung aus medizinischer Sicht, ob die vom Patienten in seiner vorgezogenen Willensäußerung enthaltene Bitte um aktive Sterbehilfe begründet ist; Rücksprache mit dem Pflegeteam; Rücksprache mit den Angehörigen (oder zumindest Anhörung ihres Standpunktes); Stellungnahme eines anderen Arztes, der nicht zum Pflegeteam gehört; ethische Bewertung mit einer Drittperson. Der auf diese Weise informierte Arzt kann dann beurteilen, inwiefern aktive Sterbehilfe in diesem Fall wegen der Notlage<sup>5</sup> des Patienten gerechtfertigt ist.

---

<sup>3</sup> Zu diesem Begriff siehe oben Kap. 1, I, 1.

<sup>4</sup> Zu diesem Begriff: *ibid.*

<sup>5</sup> Zum Begriff « Notlage » siehe Vorschlag 3 im ersten Gutachten und die kritischen Anmerkungen in Vorschlag 4 desselben Gutachtens.



Falls der Patient an seinem Lebensende nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, und keine vorgezogene Willensäußerung verfasst hat, lehnen die Befürworter dieses Vorschlags jede Handlung ab, die seinem Leben ein Ende bereitet. In diesem Fall beschränken sich der Arzt und das Pflegeteam darauf, die Schmerzen des Patienten zu lindern, die Therapie herunterzufahren und Pflege zu leisten, die seinen Zustand erträglicher macht.

Die Befürworter dieses Vorschlags lehnen jede Form von gesetzlicher Anerkennung der aktiven Sterbehilfe ab. Sie verwerfen daher die „symbolische Umdeutung“ der Begriffe „Euthanasie“ und „aktive Sterbehilfe“ in rein „medizinische Handlungen“. Sie befürchten, dass eine solche Umdeutung zu einer Banalisierung der Euthanasiehandlung führen könnte. Darüber hinaus sind diese Mitglieder grundsätzlich der Auffassung, durch die Straffreiheit für Euthanasie und aktive Sterbehilfe, die zu reinen Arztbehandlungen würden, werde der Arzt ungerechtfertigterweise zum Richter über den Wert von Leben und Tod der Patienten, insbesondere derjenigen, die zu krank seien, um diesbezüglich noch ihren Standpunkt darlegen zu können. Sie befürchten, dass eine solche „Umdeutung“ zu einer Banalisierung der Euthanasie und der aktiven Sterbehilfe führen könnte, die den Weg frei mache für eine Rechtfertigung dieser Vorgehensweise mit dem Argument, dass die psychologische und finanzielle Belastung, die mit der Betreuung von Patienten im Endstadium verbunden sei, dadurch abgebaut werden könne und dass die öffentliche Hand geneigt sein könnte, weniger Geld für Palliativpflege bereitzustellen.

Die Befürworter dieses Vorschlags weisen schließlich darauf hin, dass das Problem der aktiven Sterbehilfe Teil der Gesamtproblematik der ärztlichen Entscheidungen bei Patienten im Endstadium ist. Es gehe hier um wichtige Entscheidungen wie den Therapieabbruch oder den Therapieverzicht, das allmähliche Herunterfahren der Pflegeleistungen, die Verabreichung von Schmerzmitteln in großen Mengen. All diese Entscheidungen hätten Auswirkungen auf die Dauer des Sterbeprozesses. Ferner könnten hinter diesen Entscheidungen sehr unterschiedliche Absichten stehen: eine aussichtslose Situation nicht hinauszuzögern, Schmerzen zu lindern, sterben zu lassen, aktive Sterbehilfe zu leisten. Daher wird wie in *Vorschlag 3* im ersten Gutachten die Notwendigkeit einer Regelung für die ärztlichen Entscheidungen am Lebensende betont. Eine Mindestforderung wäre, in der Krankenakte anzugeben, wie die Rechte des Patienten und seiner Angehörigen (in Bezug auf Information, Konzertierung, Einwilligung) während des Entscheidungsprozesses gewahrt worden seien. Sollte die vorgezogene Willensäußerung eine gesetzliche Anerkennung erhalten, so müsse der Inhalt dieser Erklärung auf jeden Fall in dem oben erwähnten schriftlichen Bericht wiedergegeben werden.

### **Vorschlag 3 - Unveränderte Beibehaltung des gesetzlichen Verbots der aktiven Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen**

Für die Befürworter dieses Vorschlags ist das Tötungsverbot ein wesentliches Merkmal des Rechtsstaates. Selbst bei einer vorgezogenen Willensäußerung, die um aktive Sterbehilfe bitte, könne diesem Anliegen niemals stattgegeben werden; ferner könne eine vorgezogene Willensäußerung niemals eine konkrete Notlage im Voraus beschreiben.

Zu dieser Gruppe gehören einige Befürworter von Vorschlag 3 des ersten Gutachtens zum Thema „Euthanasie“. Für sie ist dieser Vorschlag die äußerste Grenze dessen, was der Arzt in einer Notlage tun darf. Sie sind ferner der Ansicht, dass dieser Vorschlag in

keiner Weise zu aktiver Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen oder zu irgendeiner Form von Regelung führen darf, die als Alibi für aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen dienen könnte.

Ebenfalls zu dieser Gruppe gehören die Befürworter von Vorschlag 4 des ersten Gutachtens zum Thema „Euthanasie“. Für sie ist der unermessliche Wert des Lebens die natürliche Grundlage aller anderen Menschenrechte. Daher lehnen sie es ab, dass die belgische Rechtsordnung aktive Sterbehilfe auf irgendeine Weise rechtfertigt, auch nicht in Form eines Verfahrens „a posteriori“ oder „a priori“.

Die ärztliche Ethik hat genügend Richtlinien und Verfahren entwickelt, um angemessen mit aussichtslosen Situationen bei Patienten im Endstadium umzugehen, also auch bei handlungsunfähigen Patienten. Die Klassifizierungen von Patientenzuständen, die zu Therapieeinschränkungen führen, sowie die Richtlinien über das Absetzen der künstlichen Ernährung und Wasserverabreichung sind international ausreichend anerkannt. Kein Arzt ist zu medizinisch sinnlosen Handlungen gezwungen. Das bedeutet, dass die ärztliche Praxis ein reichhaltiges Arsenal an Möglichkeiten bereithält, um angemessen auf Problemsituationen bei handlungsunfähigen Patienten einzugehen. Dies alles kann in einem offenen Gesprächsklima mit der (eventuellen) Vertrauensperson und den Angehörigen sowie mit dem Pflegeteam geschehen, wobei etwaige früher geäußerte Wünsche des Patienten selbstverständlich gebührend berücksichtigt werden. Die endgültige Entscheidung ist Sache des Arztes, aber sie muss stets von Verantwortung, Fürsorge und Nähe zum (handlungsunfähigen) Patienten im Endstadium geprägt sein. Früher abgegebene Willensäußerungen können jedoch niemals die Kompliziertheit des Augenblicks („hic et nunc“) erfassen und kein zwingender Verhaltenskodex für unvorhersehbare Situationen sein. Die Kreativität der ärztlichen Praxis im Alltag verfeinert sich ständig bei der Bewältigung der Unwägbarkeiten des Lebens.

Für die Verfechter dieses Standpunktes steht es dem Arzt nicht zu, die Lebensqualität seiner Mitmenschen zu bewerten (vor allem dann nicht, wenn diese nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern). Wer dem Arzt diese Rolle zuerkennt – wie einige das tun möchten –, verhilft ihm zu einem unannehmbaren, überdimensionalen Ermessensspielraum. Sie weisen ferner darauf hin, dass der Begriff „aktive Sterbehilfe“, der „Mitgefühl mit dem Sterbenden“ ausdrücken soll, in sich widersprüchlich ist: Mitgefühl beinhaltet eher eine medizinische und moralische Begleitung, die dem Patienten beim Sterben helfen soll. Wahrhaftige Demokratie bedeutet, dass niemand sich das Recht anmaßen darf, den Wert des Lebens eines Mitmenschen zu beurteilen. Aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen muss unter allen Umständen verboten bleiben. Das allgemeine Verbot aktiver Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen ist nämlich eine *Conditio sine qua non* dafür, dass die Rechte der Schwächsten gewahrt werden und dass demzufolge letztendlich auch die Grundwerte der Demokratie geschützt werden.

Generell sind die Befürworter der Beibehaltung des Verbots überzeugt, dass allein das Verbot den Schutz der Schwächsten in der Gesellschaft gewährleisten kann. Natürlich lässt man die – handlungsfähigen und die handlungsunfähigen – Schwerkranken sterben: Sie werden aber nicht im Stich gelassen, sondern man lässt das Leben in ihnen allmählich dahinschwinden. Dieses vernunftsmäßige Hinnehmen des Schicksals aller Menschen darf aber nicht mit dem radikalen Verfügen über das Leben eines Mitmenschen – wie das bei einer Tötung der Fall ist – verglichen werden.

## KAPITEL 4 – ZUSAMMENFASSUNG DER ZWEI GUTACHTEN ÜBER DIE OPPORTUNITÄT EINER GESETZESÄNDERUNG IN PUNCTO EUTHANASIE UND AKTIVE STERBEHILFE BEI PERSONEN, DIE NICHT IN DER LAGE SIND, IHREN WILLEN ZU ÄUSSERN.

Aus den zwei Gutachten des Ausschusses über 1) Euthanasie und 2) aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen gehen Standpunkte hervor, die nicht absolut deckungsgleich sind. Die zwei Gutachten müssen also zusammengefasst werden, damit die einzelnen Standpunkte herauskristallisiert werden können.

Wir erinnern daran, dass sich das **erste Gutachten** mit **Euthanasie** befasste, d.h. mit der Handlung eines Arztes, der dem Leben einer Person *auf deren Bitte hin* vorsätzlich ein Ende bereitet“. Dieses Gutachten enthielt vier Vorschläge:

1. eine Gesetzesänderung, die Euthanasie straffrei macht;
2. ein Verfahren zur *nachträglichen* Regelung der gemeinsam von Arzt und Patient beschlossenen Euthanasie;
3. ein Verfahren zur *vorherigen* Regelung der wichtigsten medizinischen Entscheidungen bezüglich des Lebensendes, einschließlich der Euthanasie, nach entsprechender kollegialer Beratung, im Notfall;
4. Beibehaltung des uneingeschränkten Euthanasieverbots.

Das **zweite Gutachten befasst sich mit aktiver Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen**, d.h. mit der Handlung eines Arztes, der dem Leben einer *handlungsunfähigen* Person in aussichtsloser Lage vorsätzlich ein Ende bereitet. Aus diesem Gutachten gehen drei Vorschläge hervor:

1. eine gesetzliche Anerkennung der aktiven Sterbehilfe, die die Befürworter der Vorschläge 1 und 2 des ersten Gutachtens verteidigen;
2. eine Vorabregelung der ärztlichen Entscheidungen beim nahenden Lebensende, einschließlich der aktiven Sterbehilfe, insofern der Patient dies in einer vorgezogenen Willensäußerung verlangt hat. Diesen Vorschlag verteidigen einige Befürworter von Vorschlag 3 des ersten Gutachtens;
3. die unveränderte Beibehaltung des gesetzlichen Verbots der aktiven Sterbehilfe. Diesen Vorschlag verteidigen einige Befürworter von Vorschlag 3 des ersten Gutachtens (diejenigen, die eine ethische und rechtliche Rechtfertigung der „vorgezogenen Willensäußerung“ ablehnen) und die Befürworter von Vorschlag 4 des ersten Gutachtens.

Die Diskussion über die in den zwei Gutachten beschriebenen Situationen zeigt einen Konsens in folgenden Punkten:

1. Ablehnung jeglicher Therapiewut,
2. Wunsch nach mehr Palliativpflege,

3. Feststellung, dass die derzeitige Gesetzgebung über Totenscheine und Sterbeerklärungen unangemessen ist. In diesen Dokumenten müssten die Angaben zur Todesursache verlässlicher sein,
4. mangelnde Transparenz beim ärztlichen Entscheidungsprozess am Lebensende.

**Schließlich kamen bei dieser Diskussion vier Standpunkte zum Ausdruck:**

### **Standpunkt A**

Standpunkt derjenigen, die sich eine gesetzliche Anerkennung der Euthanasie und der aktiven Sterbehilfe wünschen. Sie plädieren für eine Gesetzesinitiative, die jedem das Recht einräumt, seinem Leben ein Ende zu bereiten, und den ethischen Charakter der Solidarität und der Achtung der menschlichen Würde anerkennt, die darin besteht, dem Leben eines Patienten in aussichtsloser Lage ein Ende zu bereiten. Eine solche Anerkennung kann verschiedene Formen annehmen, die sie ihrer Meinung nach nicht bewerten müssen: eine Änderung der Straf- und der Zivilgesetzgebung, eine gerichtliche Regelung nach holländischem Vorbild oder die Wertung von Euthanasie und aktiver Sterbehilfe als medizinischer Akt (für den der ausführende Arzt dann nicht strafrechtlich belangt werden könnte). Falls der Patient handlungsunfähig ist und keine vorgezogene Willensäußerung verfasst und auch keine Vertrauensperson benannt hat, obschon er dies früher hätte tun können, ist aktive Sterbehilfe aus medizinischer und ethischer Sicht in bestimmten Ausnahmefällen (als Geste des Mitgefühls) gerechtfertigt; wegen der möglichen Auswüchse darf sie aber nicht gesetzlich anerkannt werden. In solchen Fällen muss der Arzt seine Handlung als „Notlage“ rechtfertigen können.

In den anderen Fällen, wo der Arzt auf eine Willensäußerung des Patienten zurückgreifen kann, muss aktive Sterbehilfe gesetzlich anerkannt werden. Wenn dieser Wille *im Gespräch zwischen dem Arzt und seinem Patienten* geäußert wird, darf dieser (unten den Bedingungen, die das erste Gutachten, insbesondere Standpunkt 2, vorschreibt) zur Euthanasie schreiten. Wenn der Patient eine *vorgezogene Willensäußerung* verfasst oder eine Vertrauensperson benannt hat, prüft der Arzt in Absprache mit dieser Vertrauensperson und/oder gemäß der vorgezogenen Willensäußerung, ob aktive Sterbehilfe angebracht ist oder nicht. Falls der unheilbar kranke Patient keinerlei vorgezogene Willensäußerung verfasst und keine Vertrauensperson benannt hat, weil er dazu nie in der Lage gewesen ist, kann der Arzt auf Bitten der gesetzlichen Vertreter – nach Beratung mit dem gesamten Pflegeteam - aktive Sterbehilfe in Erwägung ziehen. In allen Fällen hat der Arzt den Justizbehörden auf der Grundlage der Krankenakte im Nachhinein mitzuteilen, dass der Tod seines Patienten auf medizinische Gründe zurückzuführen ist.

### **Standpunkt B**

Standpunkt derjenigen, für die Euthanasie in bestimmten Ausnahmefällen (Notstand) ethisch gerechtfertigt ist, die aber aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen, die zu keinem Zeitpunkt eine vorgezogene Willensäußerung verfasst haben, ablehnen. Aktive Sterbehilfe kann ausnahmsweise dann beschlossen werden, wenn der handlungsunfähige Patient eine vorgezogene Willensäußerung verfasst hat und der Grundsatz „Not kennt kein Gebot“ geltend gemacht werden kann. Bei dieser

Entscheidung ist wie bei Euthanasie (Vorschlag 3 des ersten Gutachtens) ein Verfahren „a priori“ einzuhalten.

### **Standpunkt C**

Standpunkt derjenigen, für die der dritte Vorschlag des ersten Gutachtens zur Euthanasie die äußerste Grenze der ärztlichen Praxis in Notlagen ist; dieser Vorschlag darf jedoch auf keinen Fall zu aktiver Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen führen.

### **Standpunkt D**

Standpunkt derjenigen, die für eine unveränderte Beibehaltung des Verbots von Euthanasie und aktiver Sterbehilfe plädieren (siehe Standpunkt 4 des ersten Vorschlags). Für die Verfechter dieses Standpunktes ist das gesetzliche Tötungsverbot eines der wesentlichen Merkmale des Rechtsstaates. Für sie ist der unermessliche Wert des Lebens die natürliche Grundlage aller anderen Menschenrechte. Daher lehnen sie es ab, dass die belgische Rechtsordnung Euthanasie und aktive Sterbehilfe auf Bitten des Kranken auf irgendeine Weise rechtfertigt, auch nicht in Form eines Verfahrens „a posteriori“ oder „a priori“.

---

**Synopsis der einzelnen Standpunkte aus den zwei Gutachten** zu der Frage: Ist es aus ethischer Sicht zu rechtfertigen, dass die Rechtsordnung Euthanasie (bei Personen, die in der Lage sind, ihren Willen zu äußern) oder aktive Sterbehilfe (bei Personen, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern) zulässt?

	<b>Erstes Gutachten:</b> Euthanasie bei handlungsfähigen Personen	<b>Zweites Gutachten :</b> Aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen - mit Willensäußerung und/oder Vertrauensperson	<b>Zweites Gutachten :</b> Aktive Sterbehilfe bei handlungsunfähigen Personen - ohne Willensäußerung oder Vertrauensperson
Standpunkt A	JA -Entscheidung des Arztes und des Patienten (Vorschläge 1 und 2 des ersten Gutachtens)	JA -Entscheidung des Arztes und /oder der etwaigen Vertrauensperson (Vorschlag 1 des zweiten Gutachtens)	JA -auf Bitten der gesetzlichen Vertreter (Vorschlag 1 des zweiten Gutachtens) NEIN -wenn die Person handlungsfähig gewesen ist (Vorschlag 1 des zweiten Gutachtens-
Standpunkt B	JA -bei Notlagen und mit Verfahren « a priori» (Vorschlag 3 des ersten Gutachtens)	JA -bei Notlagen und mit Verfahren « a priori» (Vorschlag 2 des ersten Gutachtens)	NEIN (Vorschlag 3 des zweiten Gutachtens)
Standpunkt C	JA --bei Notlagen und mit Verfahren « a priori» (Vorschlag 3 des ersten Gutachtens)	NEIN (Vorschlag 3 des zweiten Gutachtens)	NEIN ((Vorschlag 3 des zweiten Gutachtens)
Standpunkt D	NEIN (Vorschlag 4 des ersten Gutachtens)	NEIN (Vorschlag 3 des zweiten Gutachtens)	NEIN (Vorschlag 3 des zweiten Gutachtens)

**Das Gutachten wurde im verkleinerten Ausschuss 97/4 vorbereitet, der wie folgt zusammengesetzt war:**

<b>Vorsitzende</b>	<b>Berichterstatter</b>	<b>Mitglieder</b>	<b>Vorstandsmitglieder</b>
<b>L. Cassiers</b>	<b>E. Delruelle</b>	<b>C. Aubry</b>	<b>Y. Englert</b>
<b>E. Vermeersch</b>	<b>F. Van Neste</b>	<b>X. Dijon</b>	
		<b>Y. Galloy</b>	
		<b>J.-L. Legat</b>	
		<b>J. Messinne</b>	
		<b>M. Roelandt</b>	
		<b>P. Schotsmans</b>	
		<b>G. Verdonk</b>	
		<b>J. Vermynen</b>	
		<b>B. Wouters</b>	

**Mitglied des Sekretariats: B. Orban**

**Angehörte außenstehende Experten:**

- ◆ Dr. P. De Coninck, Vorsitzender der „Association pour la chirurgie pédiatrique“
- ◆ Par. Dr. H. Nys und E. Strubbe, K.U.L. Leuven
- ◆ Dr. M. Lamy, Leiter der Intensivstation am C.H.U. in Lüttich

**Die Arbeitsunterlagen des verkleinerten Ausschusses 97/4** werden als „Annexes n° 97/4“ im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können.