
Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fachbereich Life Science (B.Sc.)
Studiengang Gesundheitswissenschaften

BACHELORARBEIT

Sterbehilfe im Public Health Spannungsfeld –

**Eine vergleichende Analyse der deutschen und niederländischen
Rahmenbedingungen zur Sterbehilfe und Selbstbestimmung am
Lebensende**

Autor: Annika Ballhausen

■■■■■■■■■■
■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

Matrikelnr.: 1989840

■■■■■■■■■■ ■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

Gutachter: Prof. Dr. Zita Schillmöller

Zweitgutachten: Prof. Dr. Wolf Polenz

Ort: Hamburg

Abgabetermin: 10.04.2013

Bearbeitungszeit: zwei Monate

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Symbolverzeichnis	X
Verzeichnis der Anhänge	XI
1. Einleitung	1
2. Begriffs- und Hintergrundgeschichte der »Euthanasie«	4
2.1 »der <i>gute</i> Tod« - Euthanasie im antiken Griechenland und Rom.....	4
2.2 »die Kunst des <i>guten</i> Sterbens« - Euthanasie vom 16. Jahrhundert bis Mitte des 19.Jahrhundert	5
2.3 »vom <i>guten</i> Geschlecht« - Diskurs der Entwicklung des Euthanasiegedankens in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts	6
2.4 Begriffsentwicklung und Differenzierung der Euthanasie und Sterbehilfe – von der Nachkriegszeit bis zur Gegenwart.....	8
3. Verwendung der Termini im »Euthanasie-« und »Sterbehilfediskurs«	11
3.1 Formen klinischer Euthanasie und Sterbehilfe.....	11
3.1.1 »Reine Sterbehilfe«	11
3.1.2 »Euthanasie« oder »aktive Sterbehilfe«.....	11
3.1.3 »ärztlich assistierte Suizid« oder »Beihilfe zur Selbsttötung«.....	12
3.1.4 »Passive Sterbehilfe«	12
3.1.5 »Indirekte Sterbehilfe«	13
3.2 Weitere Formen lebensbeendender Maßnahmen.....	14
3.2.1 »Palliative- und terminale Sedierung«.....	14
3.3 Allgemein verwendete Begriffe	14
3.3.1 »Lebensqualität«	14
3.3.2 »Autonomie« und »Selbstbestimmung«.....	15
3.3.3 »Public Health«.....	15
3.4 Verwendung der Termini in der vorliegenden Arbeit	16
4. Methodische und inhaltliche Vorgehensweise	17
5. Grundlagen der ethischen Rahmenbedingungen	23
5.1 Analyse der ethischen Rahmenbedingungen in Deutschland	26
5.2 Analyse der ethischen Rahmenbedingungen in den Niederlanden	29
5.2.1 Zusammenfassender Vergleich der ethischen Rahmenbedingungen.....	33
6. Grundlage der rechtlichen Rahmenbedingungen	35
6.1 Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland	35
6.2 Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen in den Niederlanden	40
6.2.1 Zusammenfassender Vergleich der rechtlichen Rahmenbedingungen.....	44

7. Grundlage der medizinischen Rahmenbedingungen	46
7.1 Analyse der medizinischen Rahmenbedingungen in Deutschland	49
7.1 Analyse der medizinischen Rahmenbedingungen in den Niederlanden.....	52
7.2.1 Zusammenfassender Vergleich der medizinischen Rahmenbedingungen.....	55
8. Zusammenfassung	57
9. Anhang	61
10. Literaturverzeichnis	107
11. Glossar	113
12. Eidesstaatliche Erklärung	117

Tabelle

Tabelle 1. Bsp.: Auszug aus der Suchwörterliste	20
Tabelle 2. Bsp.: Suchwörter Eingabe und PubMed Ergebnisse	21
Tabelle 3. Bsp.: Vereinfachte Darstellung der Begriff-Sammlung und PubMed Operatoren	22

Abkürzung

Abb.	Abbildung
ADS	Arbeitsgemeinschaft deutscher Schwesternverbände
a.F.	alte Fassung
Abs.	Absatz
AHCH	Association of High-Care Hospices
AHD	Ambulante Hospiz-Dienste
Anh.	Anhang
ANH	eng. Artificial Nutrition and Hydration; dt. künstliche Ernährung und Beatmung
Anl.	Anlage
Art.	Artikel
BAG Hospiz	Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
BÄK	Bundesärztekammer
Bestattungsg	Bestattungsgesetz
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Bundesgerichtshof in Strafsachen
BMA	British Medical Association
Bsp.	Beispiel
BverfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BW	ndl. Burgerlijk Wetboek; dt. Bürgerliches Rechtsbuch
bzw.	Beziehungsweise
CCMO	ndl. Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek; Zentralstelle der lokalen Ethikkommission
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz und Palliativverband

VI

DPR	Deutscher Pflegerat
ders.	Derselbe
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
DRZE	Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften
dt.	Deutsch
EAPC	eng. European Association for Palliative Care; dt. Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin
ebd.	Ebenda
ECHR	European Convention on Human Rights
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EK	ndl. Eerste Kamer; dt. Erste Kammer
EKMR	Europäische Kommission für Menschenrechte
eng.	Englisch
EMRK	Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheit (Europäische Menschenrechtskonvention)
ERC	Euthanasia Review Committee
EU	Europäische Union
f.	Folgende
Fn.	Fußnote
gem.	Gemäß
GG	Grundgesetz
ggf.	Gegebenenfalls
griech.	griechisch
GW	ndl. Grondwet; dt. Grundgesetz
HIBS	Hochschulinformations und Bibliotheksservice
Hrsg.	Herausgeber

VII

IGLS	Interessengemeinschaft Sterbebegleitung du Lebensbeistand
int.	International
i.d.R.	in der Regel
insb.	Insbesondere
IPwskR	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
lt.	laut der Aussage
KEK	Klinische Ethik-Komitees
KNMG	ndl. Koninklijke Nederlandsche Matschappij tot Bevordering der Geneeskunst; dt. königlicher Ärzteverband
LAWER	Life terminating act's without an explicit request
MAJR [majr]	PubMed Kürzel für wichtige Literaturzitate
MBL's	Medical behaviours that shorten's life
MeSH [mh]	Medical Subject Headings
MC	Medisch Contact
n.	Nach (z.B. zitiert nach [...])
n.F.	Neue Fassung
NAV	Nederlands Artseverbond
ndl.	Niederländisch
NEJM	The New England Journal of Medicine
NLM	National Library of Medicine
NPTN	Palliative Care Network for palliative ill Patients
Nr.	Nummer
NVVE	ndl. Nederlandse Vereniging voor vrijwillige Euthanasie; dt. Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie
o.D.	ohne Dimension
p.	page

VIII

PAS	eng. Physician assisted Suicide; int. verwendete Abkürzung für ärztlich assistierten Suizid
PDE	Principle of double effect
PKD	Palliativmedizinische Konsiliardienste
PubMed®	Online Recherchedatenbank, betrieben von der National Library of Medicine in den USA
Pt [pt]	Publikationsart
QALY	Quality adjusted life year
RIO	ndl. Regionale Indicatie Organ; dt. Regionale Indikationsstelle
RVZ	ndl. Raad voor de Volksgezondheid zorg; dt. Rat der Volksgesundheit und Versorgung
S.	Seite
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung
SCEN	ndl. Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland; dt. Unterstützung und Beratung bei Sterbehilfe in den Niederlanden
SES	Soziodemographische Faktoren
sog.	sogenannt(e/s)
SterbehilfeG	Sterbehilfegesetz (= Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung)
StGB	Strafgesetzbuch
SVE	ndl. Stichting voor vrijwillige Euthanasie; dt. Stiftung für freiwillige Euthanasie
TCP	Terminal care period
teilw.	Teilweise
TK	ndl. Tweede Kamer; dt. zweite Kammer
TPG	Transplantationsgesetz

IX

Tw [tw]	Textword
u.a.	unter anderem
Übers.	Übersetzung
v.a.	vor allem
Verf.	Verfasser
Vgl.	Vergleich
VTZ	Landelijk Steunpunt Vrijwilligers Terminale Zorg Nederland
WGBO	ndl. Wet op de Geneeskundige Behandlingsovereenkomst; dt. Gesetz über die ärztlichen Behandlungsverträge
WHO	World Health Organisation
WINAP	Pharmacy Research Institute of the Royal dutch Association for the Advancement of Pharmacy
WvSr	ndl. Wetboek van Strafrecht, dt. niederländisches Strafgesetzbuch
WvSv	ndl. Wetboek van Strafvordering, dt. niederländisches Strafprozessbuch
z.B.	zum Beispiel
ZonMw	Netherlands Organisation for Health Research and Development

Symbol	Bezeichnung	Dimension
§	Paragraph	o.D.

Anhang

I. Das Ärztliche Standesethos	61
1. Der »Hippokratische-Eid«.....	61
1. »Dutch Medical Oath« 2003	62
2. Präambel.....	63
II. Der Suchprozess.....	64
1. Abb. 1. Modell des Suchprozesses im Überblick	64
2. Abb. 2. Aktualisierte Suchwörterliste	65
3. Abb. 3. Aktualisierte Suchwörterliste	66
4. Tab. 1. PubMed Eingabe der relevanten Suchwörter	67
5. Tab. 2. Suchprotokoll aus der Datenbank PubMed.....	69
III. Richtlinien	75
1. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung	75
2. ICN Ethikkodex für Pflegende	79
IV. Das Arzt-Patienten-Verhältnis am Lebensende.....	82
V. Das Niederländische Sterbehilfegesetz	84
1. Begriffe.....	84
2. Sorgfaltsanforderungen	84
3. Regionale Kontrollkommissionen für Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung	86
V. Allgemeine Gesetze und rechtliche Grundlagen.....	93
1. Grundgesetz (GG).....	93
2. Strafgesetzbuch (StGB)	94
3. Sozialgesetzbuch V (SGB V).....	95
4. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)	95
5. Transplantationsgesetz (TPG)	96
6. (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO- Ä)	97
7. Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPwskR)....	97
9. Grundgesetz/Grondwet (GW).....	98
9. niederländisches Bürgerliches Gesetzbuch/Burgerlijk Wetboek (BW)	98
10. niederländisches Strafgesetzbuch/ Wetboek van Strafrecht (WvSr)	98

VI. Formulare und (Muster-) Berichte	101
1. Formular für die Meldung von Sterbehilfefällen nach Art. 1 des SterbehilfeG	101
2. Musterbericht des behandelnden Arztes an den gemeindlichen Leichenbeschauer laut Anhang zur Verordnung vom 06.03.2002	102

Einleitung

Sowohl in Deutschland, als auch in den Niederlanden müssen sich Ärzte, Philosophen, Theologen und Politiker zunehmend mit der Nachfrage nach »Sterbehilfe« und »Beihilfe zur Selbsttötung« auseinandersetzen. Nicht nur in Fachdiskussionen und Debatten, sondern auch in der Praxis ist die »Sterbehilfe« ein durch die Disziplinen kontrovers behandeltes Thema. Gründe für die vermehrt aktive Auseinandersetzung sind sowohl intensivmedizinische Fortschritte, sozio-kulturelle Veränderungen und Einstellungen, die u.a. eine zunehmende Intoleranz von Schmerz und Leiden und Wertschätzung der Autonomie und Selbstbestimmung bedingen (vgl. Cohen & Deliens, 2012b, p. 11). Demographische Veränderungen – hin zu einem gestiegenen Bedarf an Gesundheitsversorgung durch die alternde Gesellschaft. Ferner findet eine epidemiologische Veränderung durch die starke Zunahme an chronisch degenerativen Erkrankungen statt. Diese Faktoren konfrontieren die Gesellschaft mit den *new Public Health* (PH) Herausforderungen der Organisation von Langzeit-Versorgung, adäquater End-of-Life Care¹ (vgl. ebd., pp. 10–11) und einer gestiegenen Nachfrage von »Sterbehilfe«.

Eine „konsensfähige Lösung“ (Grimm & Hillebrand, 2009, p. 1), mit dem Umgang aktiver Sterbehilfe ist bislang nur in den Niederlanden erreicht. In Deutschland ist der Umgang durch fehlende Implementierung einheitlicher Definitionen, Grundsätze und Regelungen der Hilfe *beim* oder *zum* Sterben (vgl. ebd.) nur sehr unsicher und nicht konsensfähig. So konzentrieren sich die Handlungsempfehlungen und Stellungnahmen auf wenige Dokumente, sodass oftmals eine Unsicherheit über die Zulässigkeit von Handlungen und Verantwortungsbeziehungen besteht. Demnach sind nicht nur die Definitionen, sondern auch die aktuelle Situation im Umgang mit Sterbenden durch den gesellschafts-politischen und (Begriffs-) Geschichtlichen Kontext differenziert zu betrachten. Neben den PH-Herausforderungen führen vor allem auch strukturelle gesellschaftliche Veränderungen zu einer veränderten Sterbekultur². Die Problematik der demographischen Veränderung und starken Alterung der

¹ Eng. **End-of-Life Care** = Sterbebegleitung

² Siehe zu den gesellschaftlichen Veränderungen ausführlich; Drechsler (2010, pp. 25 ff.)

Gesellschaft führt zu einer großen Diskrepanz der ambulanten und stationären Versorgungssituation und dem Bedarf an adäquater und professioneller Pflege- und Sterbebegleitung. Der Public Health Anspruch der Gesundheitsförderung („Health-Promotion“) auch im Sterben gerecht zu werden besteht demnach, durch Mangel an bedarfsgerechter Versorgung in der Terminal- und Finalphase des Patienten, nur bedingt (vgl. Woskanjan, 2009). Die Furcht der Übermedikalisierung und Technisierung medizinischer Behandlungen, als auch die Angst vor einem menschenunwürdigen Sterben bedingen oftmals die Entscheidungen über eine aktive Lebensbeendigung. In den Niederlanden ist diese Entscheidung und Durchführung seit Erlass des „Sterbehilfegesetzes“ (SterbehilfeG), ab 1. April 2002, möglich (vgl. Grundmann, 2004, p. 83). Dieses Gesetz gewährleistet die sorgfältige Ausführung, Transparenz und Kontrolle der bestehenden Praxis³ der »Euthanasie« und sorgt damit für eine *Entkriminalisierung*. Die Entwicklung des gegenläufigen Trends der Hospiz- und Palliative Care- Bewegung ab 1990 prägt vor allem in Deutschland den Konsens über die Ablehnung aktiver Lebensbeendigung, u.a. durch den negativen Einfluss und Missbrauch der »Euthanasie« in der NS-Zeit (vgl. Klee, 1994, p. 11). In den Niederlanden hingegen existiert diese Bewegung parallel zur »Euthanasie-Praxis« (vgl. Marquet, Bartelds, Visser, Spreeuwenberg, & Peters, 2003), welche in der Praxis eine Akzeptanz und *Normalität* erfährt.

Das Ziel der folgenden vergleichenden Analyse ist es, sowohl die ethischen-, rechtlichen- als auch medizinischen- Rahmenbedingungen der »Sterbehilfe« und »Euthanasie« in den Niederlanden und Deutschland unter Berücksichtigung der Aspekte der *Public Health* Relevanz und Selbstbestimmung des Patienten zu analysieren und einen zusammenfassenden Vergleich aufzustellen. Die Analyse leitenden (Forschungs-) Fragen lauten folgendermaßen: (1) „Welche ethischen, medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende regulieren den Umgang mit der Sterbehilfe in Deutschland und den Niederlanden?“ (2) „Welchen Einfluss haben diese auf die Patientenautonomie und Selbstbestimmung am Lebensende?“.

³ Bereits 1995 wurden 9.700 Fälle von Verlangen auf Tötung durch einen Arzt nachgewiesen – 37% davon wurden ausgeführt (vgl. Haverkate et al. (2000, p. 865))

Die folgende Arbeit hat den wissenschaftlichen Anspruch der objektiven Ausarbeitung der Thematik und nimmt keinen direkten Bezug zu nicht-wissenschaftlich fundierten Stellungnahmen. Aus diesem Grund werden bestimmte Äußerungen von nicht medizinisch-, rechtlichen- oder ethischen Meinungsgrundlagen, wie z.B. religiöse, in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Ferner wird der Fokus der Bearbeitung auf die Problemgruppe der „Älteren“ gelegt, d.h. diese Arbeit wird Sonderfälle- und Regelungen vernachlässigen, wenn sie den Umgang mit Neugeborenen oder (schwerst-) Behinderten betreffen. Adressat sind sowohl die Fachgruppen der Ärzte und Pflegenden, als auch alle diejenige, die sich mit dem Thema »Sterbehilfe« befassen. Die Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfragen umfasst die Methode der „Teilstandardisierten“ Literaturrecherche. Da es sich bei dieser Arbeit um eine reine Literatarbeit und theoretische Ausarbeitung handelt, bedarf es keiner gezielten quantitativen oder qualitativen Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage. Im Ersten Teil der Arbeit wird eine (Begriffs-) Geschichtliche Einordnung der

umfassende Termini und Definitionen dargestellt. Es folgt daraufhin eine umfassende Darstellung der verwendeten Termini und Definitionen. Der Methodik-Teil umfasst die Darstellung der Vorgehensweise anhand der Literaturrecherche. Dem folgt der Ergebnisteil mit der jeweiligen Ausarbeitung der Rahmenbedingungen und im Speziellen der zusammenfassende Vergleich. Um ein besseres Textverständnis zu erlangen, wurde die Arbeit strukturiert aufgebaut, d.h. die Rahmenbedingungen wurden Länderspezifisch analysiert und im Folgenden anhand bestimmter Kriterien zusammengefasst und verglichen. Zum Schluss folgt die Diskussion der Ergebnisse und Methodenkritik. Der Zitierstil richtet sich konstant nach den Anforderungen des APA-Style (6); ein „Stil-Bruch“ wurde durch die Verwendung der Abkürzung „ebd.“, für zwei gleichartige aufeinanderfolgende Quellen aus Gründen der Lesbarkeit vorgenommen. Ferner wurde zugunsten des Leseflusses durchweg die männliche Bezeichnung von Personen, bzw. Patient gewählt und nur im Speziellen eine Differenzierung vorgenommen.

2. Begriffs- und Hintergrundgeschichte

2.1. »Der gute Tod« - Euthanasie im antiken Griechenland und Rom

»Der Tod ist noch das Schlimmste nicht, viel mehr den Tod ersehnen und nicht sterben dürfen.« (Sophokles, »Elektra« zitiert n. Oduncu, 2007)

Im Folgenden soll die Begriffs- und Hintergrundgeschichte der Verwendung von »Euthanasie« und »Sterbehilfe« dargestellt werden, und im Speziellen die Entwicklung während des NS-Regimes und der deutschen Nachkriegszeit. Eine Darstellung der Begriffs- und Hintergrundgeschichte ist vor allem für das Verständnis der Ablehnung und Umgang mit der »Sterbehilfe« in Deutschland sinnvoll.

Nachweislich geprägt und erstmals verwendet wurde der Begriff »Euthanasie« (griech.; εὐθανασία), des »guten Todes« vom griechischen Dichter, *Kratinos* (um 500 – 420 v. Chr.) (vgl. Benzenhöfer, 1999, p. 15). Kratinos verwendet den Begriff der »Euthanasie« als Bezeichnung des „guten Todes“ und „leichten Todes“– im Gegensatz zu einem „todkrank“ verstorbenen (ebd.). Die Abhandlung der Euthanasie in der Antike fand in den unterschiedlichsten Textgattungen statt (vgl. Roelcke, 2006, p. 34), jedoch wurde die Euthanasie nicht im Sinne der *richtigen* Handlung zum Sterben behandelt, vielmehr handelten die Texte von der *Idealvorstellung* des Sterbens.

Benzenhöfer fasst fünf Handlungen anhand des „begriffsgeschichtlichen Befundes“ (Benzenhöfer, 1999, p. 21) zusammen, welche in der Antike das Schema der »Euthanasie« in ebendiesen Texten umschrieben:

1. der leichte Tod ohne vorhergehende Krankheit [...], 2. Der schnelle Tod mit zwei unterscheidbaren Untergruppen: a) der leichte und schmerzlose schnelle Tod [...]; b) der schnelle Tod durch Feindeshand [...], 3. Der rechtzeitige Tod im Sinne eines frühzeitigen Todes [...], 4. Der Tod im übervollen Lebensgenuß [...], 5. Der würdige Tod mit zwei unterscheidbaren Untergruppen: a) der Tod „nach tugendhafter Art“ [...]; b) der ehrenvolle Tod im Kampf [...] (ebd., pp. 22–23).

Die Umschreibung der Euthanasie durch eine „aktive Tötung“ hat in der Antike nachweislich noch nicht stattgefunden – „insgesamt bleibt der Begriff »Euthanasie« [...] letztlich positiv besetzt“ (Oduncu, 2007, p. 26). Auch stand die Euthanasie in der damaligen Verwendung nicht im Kontext medizinischer Maßnahmen, bzw. ärztlichen Handelns.

2.2 »Die Kunst des guten Sterbens« - Euthanasie vom 16. Jahrhundert bis Mitte des 19. Jahrhundert

Die kulturelle Bedeutung des Sterbens und des Todes, welche bereits in der frühen Antike durch die Philosophen und Dichter propagiert wurde, spielte auch im Mittelalter und der späteren Renaissance eine große Rolle. Die »ars [bene] moriendi« (Alami, 2005, p. 5), die „Kunst des guten Sterbens“ (15. Jhrd. n.Chr.), wurde aktiv im Mittelalter durch die Ausgabe sog. „Todesbüchlein“ (ebd.) praktiziert. Sinn dieser Bücher war es, den Menschen die Furcht des Todes und Sterbens zu nehmen und das „Erfahren des Lebens zu intensivieren“ (Oduncu, 2007, p. 26) Allgemein erfuhr die Toleranz der Euthanasie und Idee der Sterbehilfe, bzw. *Krankentötung* durch die dominierte christliche Weltanschauung einen Paradigmen-wechsel (vgl. Roggendorf, 2011, p. 6). Die christliche Ansicht der „Heiligkeit des Lebens“ bedingte, dass der Mensch nicht das Recht habe, über sein Leben oder Lebensende zu bestimmen und „Krankheit, Schmerz, Leid und Tod von Gott auferlegte Prüfungen“ (ebd.) seien, die der Mensch zu ertragen habe. Der typo-logische Begriff »Euthanasia« (»guter Tod«) ist demnach im christlichen Mittelalter kaum nachweisbar (vgl. Roelcke, 2006, p. 34).

Mit Beginn des 16. Jahrhunderts und der Renaissance wurde die Idee der »Euthanasie« und »Sterbehilfe« erneut aufgegriffen und unter anderer Ideologie, als der christlichen behandelt. Thomas Morus (1477 – 1535) Verfasser des „Utopischen Gesellschaftsentwurfes“ (vgl. Oduncu, 2007, p. 27) »Utopia« äußerte sich in seinem Werk zu der aktiven Lebensbeendigung Kranker, dass wenn die Krankheit unheilbar und „dauernd qualvoll und schmerzhaft sei [...]“, solle nicht darauf bestanden werden, „die unheilvolle Seuche noch länger zu nähren“ (Benzenhöfer, 1999, p. 64). Der „freiwillige Tod“ (ebd., p. 65) soll gestattet werden, entweder „freiwillig durch Enthaltung von Nahrung oder [er] wird eingeschläfert und findet Erlösung“ (ebd.). Der Gedanke der „physischen Beendigung“ (Oduncu, 2007, p. 27) des Lebens wurde also auf literarischem Wege fortgetragen und somit zu einem Teil des gesellschafts-politischen Diskurses.

Erstmals fand eine „verbale Gleichstellung“ (Oduncu, 2007, p. 27) des Begriffs »Euthanasie« und dem Gedanken der physischen Lebensbeendigung durch »Sterbehilfe« in dem Werk des Philosophen Francis Bacon (1561 – 1626) „Über den Stand und Fortschritt des Wissens“ (1605) (Roelcke, 2006, p. 34) statt. Bacon

beschrieb dort seine Auffassung, dass ärztliche Behandlungen nicht nur zu Heilung da seien, sondern vielmehr auch zur Linderung der „Qualen der Todkranken“ (vgl. Oduncu, 2007, p. 27). Dies soll im Sinne einer Sterbehilfe geschehen, um einen „möglichst sanften Übergang von diesem ins jenseitige Leben zu ermöglichen“ (Roelcke, 2006, p. 35). Die primär ausgerichtete Linderung von Schmerzen des Sterbenden, mit möglicher Beschleunigung des Todes, beschrieb Bacon als »*euthanasia exterior*«; komplementär dazu benannte Bacon die rein seelische Vorbe-reitung auf den Tod »*euthanasia interior*« (vgl. Roelcke, 2006, p. 35). Bacon betont allerdings, dass die Intention der Formen der Euthanasie nicht die Tötung an sich sei, sondern vielmehr die „Erleichterung der Agonie“ (Oduncu, 2007, p. 28).

Sowohl Morus, als auch Bacon greifen erstmals den Aspekt der Autonomie und Frei-willigkeit der Entscheidung auf, dennoch wird auch ausdrücklich auf den Missbrauch und die unfreiwillige Tötung (Heteronomie) hingewiesen (vgl. Roggendorf, 2011, p. 8). Diese Gefahr des Dammbrechts machen sich zahlreiche Gegner der Euthanasie zu Nutze, um gegen z.B. die Tötung geistig verwirrter zu argumentieren. Aber auch der in der Epoche einflussreichste Arzt Christoph W. Hufeland (1762 – 1836) wies in seiner Schrift »*Enchiridon medicum*« auf diese Gefahr hin (vgl. Oduncu, 2007, pp. 28–29; Roggendorf, 2011, p. 8).

Die Euthanasie als ärztliche Aufgabe trat mit Beginn des 16. Jahrhunderts immer weiter in das Bewusstsein der Menschen. Morus, Bacon und Hufeland waren Verfasser einflussreicher Schriften und behandelten das Thema der Euthanasie kontrovers. Die Mehrheit lehnte eine bewusste und intendierte Tötung von Moribunden durch den Arzt ab – dennoch sei eine unnötige Verlängerung des Leidens durch Therapien ebenso unangemessen. Eine Schmerztherapie nach Bacon hingegen, um einen „sanften Tod“ zu ermöglichen, sei sinnvoll.

2.3 »Vom guten Geschlecht« - Diskurs der Entwicklung des Euthanasie-gedankens in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts

Schon Christoph W. Hufeland wies in seiner Schrift »*Enchiridon Medicum*« auf die Gefahren des Dammbrechts und Heteronomie hin. Auch der gesellschaftliche Konsens vertrat weitgehend die Position der Ablehnung von „Lebensabkürzenden“

– Maßnahmen (vgl. Benzenhöfer, 1999, p. 77). Bereits in der per Definition festgelegten Maßnahmen der »Euthanasie« in der „Realencyclopädie der gesamten Heilkunde“ (1886) wurde von der Pflicht gesprochen „bei irgend welchem berechtigten Hoffnungsfunken [...] das Leben eines Schwerstkranken zu erhalten“ (ebd.) und alle medizinischen Maßnahmen darauf auszurichten. Bestünde allerdings keine Hoffnung mehr, so sei es die Pflicht dem Sterbenden einen menschenwürdigen Tod zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Doch der befürchtete Dambruch – die „Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens“ (ebd.) und Heteronomie entwickelte sich nicht im ärztlichen Umfeld, sondern vielmehr entstand der Gedanke am Rande der Euthanasie-Debatte mit dem Anfang des Sozialdarwinismus. Vertreter des Sozialdarwinismus, der Rassenhygiene und Eugenik befassten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erstmals mit der Thematik der Euthanasie und machten sich dies zu Nutze um die „positive Selektion“ (Roggendorf, 2011, p. 10) anzutreiben. War die Euthanasie im Verlauf der Geschichte zunächst mit dem *positiven* Gedanken der Leidensverminderung und des „sanften Todes“ besetzt, so erlebt dieser Begriff einen für Deutschland bedeutenden Wandel. Zahlreiche bedeutende Sozial- und Rassenhygieniker, als auch Eugeniker, wie z.B. Ernst Haeckel (1834 – 1919), Adolf Jost (1874 - ?) und Alfred Ploetz (1860 – 1940) begründeten die Bewegung der „Sozialeuthanasie“ (vgl. Benzenhöfer, 1999, pp. 80–81; Roggendorf, 2011, pp. 12–13). Hintergrund der Entwicklung ist vor allem der Utilitarismus und Frage des Nutzens und Wertes des Lebens. Der Strafrechtler Karl Binding (1841 – 1920) und der Psychiater Alfred Hoche (1865 – 1943) (vgl. ebd.) veröffentlichten ein für die Euthanasie des NS-Regime wegweisendes Dokument, nämlich: »Die Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form« (Roggendorf, 2011, p. 13). Der Wert des Lebens summiere sich demnach aus dem Wert des Menschen selbst und des Wertes des Menschen für die Gesellschaft (vgl. ebd.). Unwertes Leben und zur Tötung freigegeben seien jene, die aufgrund einer Krankheit oder Verwundung nicht heilbar wären und jene, die an unheilbaren „Blödsinn“ leiden (vgl. ebd.). Für Letztere sollte die „Freigabe zur Tötung auch ohne deren Einverständnis hinreichend legitimiert sein“ (ebd.), denn sie haben „weder den Willen zu leben, noch zu sterben“ (ebd.). Das Euthanasieprogramm des NS-Regimes setzte sich aus Kinder- und Erwachseneneneuthanasieprogramm zusammen (vgl. ebd., p. 15). Insgesamt sind nach Expertenmeinungen ca.

160.000 Menschen im damaligen Deutschen Reich und zwischen 250.000 bis 300.000 Menschen Opfer der NS-Euthanasie (vgl. Oduncu, 2007, p. 32) geworden.

2.4 Begriffsentwicklung und Differenzierung der Euthanasie und Sterbehilfe – der Nachkriegszeit bis zur Gegenwart

Die Aufarbeitung der „NS-Euthanasie“ in der Nachkriegszeit führte zu einer strikten Ablehnung der Verwendung des Begriffes der »Euthanasie« und im Zusammenhang stehende Sachverhalte. Die Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und der damit einhergehenden „NS-Euthanasie“ verbot „stillschweigend jede Debatte um aktive Sterbehilfe“ (Roggendorf, 2011, p. 17). Während in Deutschland die Bevölkerung durch das Geschehen der „NS-Euthanasie“ traumatisiert war, blieben die Niederlande weitgehend von dem Geschehen verschont (vgl. Grundmann, 2004, p. 33). Das Interesse an der Euthanasie in den Niederlanden ist in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sehr gedämpft, erst in den fünfziger Jahren bekennen sich einige Ärzte öffentlich ihrer positiven Einstellung der Euthanasie (vgl. ebd.). Eine wurde Legalisierung wurde jedoch strikt abgelehnt – die KNMG veröffentlichte in der Schrift »Medizinische Ethik und Verhaltenslehre« (1959) folgenden Standpunkt:

Ziel ärztlichen Handelns dürfe niemals die Beendigung des Lebens sein. Im Gegenteil habe der Arzt alles in seiner Macht stehende zu tun, um Leben zu bewahren, selbst wenn dies nur eine ‚Vermehrung des Leiden‘ mit sich bringe (Wöretshofer, p. 139; zitiert n. ebd.).

Im Jahr 1969 veröffentlicht der Psychiater und Neurologe Jan Hendrik van den Berg (1914 – 2012) sein Buch »Medizinische Macht und Medizinische Ethik« (vgl. Naunin, 2012, p. 39). Die Veröffentlichung des Buches wird als Zeitpunkt des Beginns der breiten öffentlichen »Euthanasie-Debatte« erachtet (vgl. ebd.). Van den Berg kritisiert die „Tendenz der modernen Medizin zur ‚sinnlosen‘ Lebens- und Leidens-verlängerung“ (Benzenhöfer, 1999, p. 175) ohne Rücksicht auf die Lebensqualität des Patienten. Dabei fordert van den Berg nicht eine Legalisierung der Euthanasie, sondern vielmehr fordert er das Recht auf einen „natürlichen Tod“ – dessen „Art und Zeitpunkt sollen nicht verändert werden durch das Eingreifen moderner Medizin“ (ebd.). Außerdem solle für die Ärzteschaft nicht mehr die „alte medizinische Ethik“ (Grundmann, 2004, p. 34) gelten, laut derer die oberste

Maxime die Bewahrung des Lebens ist. Sondern vielmehr eine „neue medizinische Ethik“, nach der das „Leben nur noch dort zu bewahren sei, wo dies sinnvoll erscheine“ (ebd.). Umfassende Veränderungen der intensivmedizinischen Maßnahmen und Möglichkeiten, als auch eine Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnis, sind zwei Trends, die einen Einfluss auf den Beginn der Euthanasie-Debatte in den Niederlanden haben.

Dem Diskurs folgte eine Veröffentlichung der „Königlichen Niederländischen Ärztevereinigung“ (KNMG) zur „provisorischen Stellungnahme der Euthanasie“, wonach eine Euthanasie zwar strafbar sein soll, allerdings das ärztliche Handeln aufgrund eines „Notstandes“ (Art. 40 WvSr) durch Pflichtenkollision⁴ straflos bleiben könnte (vgl. ebd.). Ferner bildeten sich zahlreiche Vereinigungen, wie z.B. „Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie“ [NNVE], „Stiftung freiwillige Euthanasie“ [SVE] oder der „Niederländische Ärzteverband“ [NAV] (vgl. Benzenhöfer, 1999, p. 176; Grundmann, 2004, p. 39).

Die „Wurzeln des liberalen Umgangs“ (Naunin, 2012, p. 40) werden in dem niederländischen Phänomen der Duldungspolitik gesehen. Für die Niederländer ist die Duldungspolitik Teil der Mentalität und Nationalcharakter (vgl. (ebd., pp. 40–41), auch in der Sterbehilfe-, bzw. Euthanasie-Politik. Bert Gordijn sieht den Grund für die Duldung und offenen Umgang der Euthanasie den Wunsch nach Kontrolle und Transparenz. Gordijn behauptet, „nur wenn aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid straffrei bleiben, können Ärzte zum Melden solcher Vorgänge bewegt werden“ (ebd., p. 41). Es wird von einem niederländischen *Pragmatismus* geschrieben, um durch die Legalisierung „heimliche und unkontrollierte Durchführung verbotener Handlungen [zu] verhindern“ (ebd., p. 43). Die Legalisierungsbestreben setzten sich seit Beginn der Debatte fort. 1984 versuchte sich die Ärztevereinigung NAV setzte sich aktiv für eine Gesetzesänderung der »aktiven Euthanasie« ein. Wonach die »aktive Euthanasie« eine per Definition „aktive Tötungshandlung auf Verlangen“ (Benzenhöfer, 1999, p. 178) sei. Der Einsatz der „Rommelink-Kommission“ ab 1990 durch den Vorsitzenden Prof. Jan Rimmelink, arbeitete mit dem Ziel die gegenwärtige Situation der »Euthanasie« und »Euthanasie-verwandter Handlungen« (ebd., p. 180) zu analysieren. Fazit der

Kommission ist, dass die »aktive Euthanasie« zwar nicht legalisiert werden solle, dass Meldeverfahren im Bestattungsgesetz aber dahingehend verändert werden sollte, dass die Durchführung unter gewissen Kriterien straffrei bleibe (vgl. ebd.). 1994 wurde dann das veränderte Meldegesetz der Euthanasie in das Bestattungsgesetz (Bestattungsg) aufgenommen (vgl. ebd.); erfüllt ein Arzt nun die fünf Sorgfaltsanforderungen, so bleibt dieser in der Durchführung der »aktiven Euthanasie« straffrei. Legalisierungsbestreben in Deutschland sind nach der Nachkriegszeit erfolglos.

⁴ **Pflichtenkollision**; näheres siehe hierzu im Glossar S. 114

3. Verwendung der Termini im »Euthanasie-« und »Sterbehilfediskurs«

Zur Durchführung einer vergleichenden Analyse bedarf es einer Darstellung der verwendeten, z.T. Länderspezifischen Termini und der Verwendung dieser im Kontext des »Euthanasie-« und »Sterbehilfediskurses«.

3.1. Formen klinischer »Euthanasie« oder »Sterbehilfe«

3.1.1 Die »reine Sterbehilfe«

Die »reine Sterbehilfe« (»reine Euthanasie«) wird oftmals synonym der Sterbebegleitung und „Hilfe *beim* Sterben“ verwendet. Bei der reinen Sterbehilfe handelt es sich um Maßnahmen der „reinen Schmerz- und Symptombehandlung“ (Oduncu, 2007, p. 33), zur Erleichterung des Sterbens ohne intendierte Lebensverkürzung. Diese Form der Sterbehilfe, bzw. Sterbebegleitung ist in der Praxis ausdrücklich erwünscht und anderen Formen vorzuziehen.

3.1.2 »Euthanasie« oder »aktive Sterbehilfe«

1985 veranlasste das niederländische Parlament die Erstellung einer einheitlichen Definition von »Euthanasie« durch die Staatskommission (1985). Seitdem wird Euthanasie als:

„intentionally terminating another's person's life at that person's request ([...] by administering a lethal injection)“ (Broeckert, 2004, p. 404; Griffith, Bood, & Weyers, 1998, p. 17),

definiert und wurde von der Niederländischen Ärztesgemeinschaft (KNMG) (vgl. Jordan, 2007, p. 72) übernommen.

Nicht unter die niederländische »Euthanasie«-Definition fallende medizinische Maßnahmen, die als „*normales* medizinisches Handeln“ (Reuter, 2000, p. 6) betrachtet werden, sind folgende:

- a. stopping or not beginning a treatment at the request of the patient;
- b. withholding a treatment that is medically useless;
- c. pain and symptom treatment with the possible side-effect of shortening life. (Jochimsen, 1994, p. 213).

In den Niederlanden als normales medizinisches Handeln definierte Maßnahmen (a;b) (vgl. Jochimsen, 1994, p. 213; Reuter, 2000, p. 6) sind im deutschen Sinne entsprechend der „indirekten“ – und „passiven“ Sterbehilfe, Maßnahme c der „terminalen Sedierung“.

Sinngemäß entspricht die Euthanasie in der Ausführung des „vorsätzlich lebensbeendenden Handelns [...] auf Verlangen“ (Grundmann, 2004, p. 18) der »aktiven Sterbehilfe« in Deutschland. Dies bedingt für die Verwendung im deutschen von der *üblichen* Definition der »aktiven Sterbehilfe«, nämlich der „intendierte[n] und aktiv herbeigeführte[n], vorzeitige[n] Beendigung des Lebens durch vorsätzliche Verabreichung lebensbeendender Substanzen“ (Oduncu, 2007, p. 34) abzusehen, da diese nicht unbedingt das Verlangen, oder die Bitte des Patienten mit einbezieht (vgl. Naunin, 2012, p. 12). Die Verwendung des Terms der »aktiven Sterbehilfe« in der deutschen Literatur ist nicht persistent – im Folgenden wird allerdings sinngemäß das Verlangen des Patienten in der Definition berücksichtigt. Wird ein „vorsätzlich lebensbeendendes Handeln“ (Grundmann, 2004, p. 18) *ohne* ausdrückliches Verlangen des Patienten durchgeführt, z.B. bei persistierender Bewusstlosigkeit, so wird dies in den Niederlanden nicht mehr unter Euthanasie gefasst, sondern unter „Lebensbeendigung ohne Verlangen“ (ebd., p. 19). Sog. „LAWER“ Fälle (life terminating act's without an explicit request) (Kimsma, 2010, p. 359). In Deutschland findet keine derartig explizite Differenzierung dieses Falls statt.

3.1.3 »Ärztlich assistierte Suizid« oder »Beihilfe zur Selbsttötung«

Der sog. »(Physician) assisted suicide [PAS]« (vgl. Naunin, 2012, p. 14) stellt eine Sonderform der Euthanasie dar und wird in der niederländischen Literatur i.d.R. im Begriff »Euthanasie« umfasst, wenn keine ausdrückliche Differenzierung stattfindet. Der ins Deutsch übersetzte »ärztlich assistierte Suizid« oder »Beihilfe zur Selbst-tötung« beschreibt auch hier den „Grenzfall der aktiven Sterbehilfe“ (Roggendorf, 2011, p. 23), bzw. „Tötung auf Verlangen“. Der (ärztlich) assistierte Suizid oder »PAS« definiert die „Bereitstellung von Mitteln, die einer Person die Selbsttötung ermöglichen“ (Naunin, 2012, p. 14).

3.1.4 »Passive Sterbehilfe«

Die »passive Sterbehilfe« im deutschen Sinn beschreibt den Fall,

wenn [auf Verlangen des Patienten] eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre (Nationaler Ethikrat, 2006b, p. 54).

Der im Wortsinn beschriebene *passive* Charakter der »passiven Sterbehilfe« impliziert i.d.R. das „Unterlassen“, oder die „Nichtaufnahme“ (vgl. Roggendorf, 2011, p. 23) einer bestimmten Behandlungsmaßnahme, aber auch *aktive* Handlungen, wie z.B. das Entfernen von PEG-Sonden (vgl. ebd.). Auch der Abbruch einer künstlichen Beatmung wird unter dem Begriff der »passiven Sterbehilfe« gefasst. In den Niederlanden wird der Fall der »passiven Sterbehilfe« gleich definiert, allerdings als

„Abbruch oder Nichtaufnahme einer Behandlung“ (Grundmann, 2004, p. 20) bezeichnet und entspricht einer *normalen* medizinischen Maßnahmen. Nicht per Definition erfasst, aber in den Niederlanden unter dieser Bezeichnung fallend ist der Abbruch. Eine weitere Differenzierung dieses Falles im Niederländischen findet statt, wenn davon gesprochen wird, eine *sinnlose*⁵ medizinische Behandlung abubrechen oder nicht aufzunehmen (vgl. ebd., p. 21).

3.1.5 »Indirekte Sterbehilfe«

Die »indirekte Sterbehilfe« umfasst die „medizinisch indizierte Palliativbehandlung“ (Schmerzlinderung) (Naunin, 2012, p. 14), auch wenn die Möglichkeit besteht, dass „der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird“ (Nationaler Ethikrat, 2006a, p. 54). Und obwohl der Vorenthalt einer derartigen Schmerztherapie mit möglichem früheren Todeseintritt strafbar ist (Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht) (vgl. Roggendorf, 2011, p. 24), darf jedoch nie die Nebenwirkung des Todeseintritts Therapieziel, oder Therapieabsicht sein, wie es bei der »Euthanasie«, bzw. »Tötung auf Verlangen«, oder »passiven Sterbehilfe« ist.

In den Niederlanden wird die »indirekte Sterbehilfe« als „pijnbestrijding“ (Schmerzbekämpfung) bezeichnet (Grundmann, 2004, p. 22). Auch hier ist die Intention des Arztes maßgeblich für die strafrechtliche Verfolgung. Da allerdings das Therapieziel nie die Tötung, sondern eine „Schmerzbekämpfung“ ist, wird in den Niederlanden die Schmerzbekämpfung als eine „gewöhnliche medizinische Behandlung“ (ebd., p. 23) erachtet. Auch hier ist in beiden Fällen die Einwilligung des Patienten entscheidend.

⁵ *Sinnlos*: Positive Wirkung der Behandlung wird ausgeschlossen (vgl. Grundmann (2004, p. 22))

3.2 Weitere Formen lebensbeendender Maßnahmen

3.2.1. »Palliative- und terminale Sedierung«

Die »palliative und terminale Sedierung« eines Patienten ist von der »Euthanasie«, bzw. »(aktiver) Sterbehilfe« zu unterscheiden. Grundlegend ist, dass bei der »terminalen Sedierung« -

„the *intention* is to relieve intolerable suffering, the *proce-dure* is to use a sedating drug for symptom control and successful *outcome* is the alleviation of distress” (Materstvedt et al., 2003, p. 99).

Bei der »Euthanasie« und »(aktiver) Sterbehilfe« hingegen ist die *Intention* die Tötung des Patienten, die *Prozedur* die Gabe eines Medikamentes und das *Outcome* der Tod des Patienten. Die terminale Sedierung sieht die Verwendung von sog. Barbiturate oder Opiate vor, die eine Reduktion des Bewusstseinsniveaus bis zum Tode bewirken; in diesem Fall wird von einer „kontinuierlichen irreversibel Sedierung“, oder auch „End-of-Life Sedierung“ gesprochen (vgl. Aulbert, Radbruch, & Nauck, 2008, p. 1030; Roggendorf, 2011, p. 26). Der Patient wird vor Todeseintritt das Bewusstsein nicht wiedererlangen (vgl. Roggendorf, 2011, p. 26). Die »palliative Sedierung« ist eine mildere Variante der Sedierung – hier wird eine „Reduzierung des Bewusstseinsniveaus“ (Aulbert et al., 2008, p. 1029) herbeigeführt, um „unerträgliche Symptome und Belastungen zu lindern“ (ebd.). Das Bewusstsein und die Kommunikationsfähigkeit wird allerdings vom Patienten vor Todeseintritt wieder-erlangt; diese Form der Sedierung wird auch als *intermittierenden reversiblen* Sedierung bezeichnet (vgl. Aulbert et al., 2008, p. 1029; Materstvedt et al., 2003, p. 99).

3.3 Allgemein verwendete Begriffe

3.3.1. Lebensqualität

Häufig im Gebrauch – vor allem im palliativen Kontext – ist der Terminus »Lebensqualität«. Oftmals wird davon abgesehen, oder bereits das Verständnis dessen vorausgesetzt, was »Lebensqualität« bedeutet. Um im späteren Fließtext von umfassenden Definitionen abzusehen, soll im Folgenden kurz dargestellt werden, was „Lebensqualität“ im Kontext der Pflege von terminalen, bzw. sterbenden Patienten (*terminal care*) bedeutet. Die Lebensqualität eines Menschen ist zum

einen objektiv ökonomisch oder empirisch erfassbar („Happy-Planet-Index“; „QALY“) und zum anderen rein subjektiv. Vor allem in der Palliativ-Pflege ist die subjektive Einschätzung des Patienten über die Lebensqualität für die *erfolgreiche* Behandlung wichtig. Eine Zuordnung der „altersphasenspezifischen Lebensqualität“ wurde bereits vorgenommen (vgl. Siegrist, 2005b, p. 221). Siegrist benennt folgende fünf Aspekte:

- (1) Autonomie, Kontrolle über die Lebensgestaltung; (2) Erlebnisorientierung, Ausweitung des Erfahrungsbereiches; (3) Vergnügen und Entspannung; (4) sozioemotional befriedigende Kontakte und Beziehungen; (5) soziale Produktivität mit günstigen Auswirkungen auf die Selbstregulation (Siegrist, 2005b, p. 221).

Eine wesentliche Einschränkung der Lebensqualität wird vor allem von älteren Menschen, der vierten Lebensphase erfahren (vgl. Siegrist, 2005b, p. 221).

3.3.3 »Autonomie« und »Selbstbestimmung«

Die Autonomie eines Patienten ist das Recht auf Selbstbestimmung, d.h. der Patient darf über die „Anwendung ärztlicher Maßnahmen [mit]entscheiden“ (Husebo, 2003, p. 43) und seinen Willen dem Arzt äußern – der „aktuelle Wille des einwilligungs-fähigen Patienten hat immer Vorrang“ (Nationaler Ethikrat, 2006a, p. 348).

3.3.4 »Public Health«

Um ein Verständnis für den Bezug der Sterbehilfe- und Euthanasie-Debatte zur »(new)Public Health« (PH) zu erlangen, soll der Term »Public Health« im Folgenden in diesem Kontext definiert werden. Um PH zu definieren, ist eine „Auslegung der Begriffe ‚Health‘/ ‚Gesundheit‘ und ‚Public‘/ ‚Öffentlichkeit‘ von Bedeutung“ (Hirschberg & Strech, 2010, p. 18). Ein Erklärungsansatz der „Gesundheit“, bzw. „Health“ wurde durch die World Health Organisation (WHO) formuliert: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 2007; zitiert n. Hirschberg & Strech, 2010, p. 18). Es wird Abstand davon genommen die zahlreichen Gesundheitsdeterminanten explizit zu definieren und zu benennen⁶.

⁶ Ausführlich zu Gesundheitsdeterminanten siehe: Hirschberg and Strech (2010, pp. 18 ff.)

Public Health, insb. der Bestandteil „Public“ nimmt Bezug auf die Perspektive des „Allgemeinwohls“, noch vor dem „Individualwohl“ – obwohl die die Umsetzung von Public Health Maßnahmen in diesen Fällen konkretisiert werden muss (vgl. Hirschberg & Strech, 2010, p. 18). Zusammenfassend kann PH als:

„one of the tools used by society to protect, promote, and restore people’s health. It is the combination of science, skills, and beliefs that is directed to the maintenance and improvement of health through collective or social actions” (Cohen & Deliens, 2012a, p. 4),

definiert werden. Die Umstände, unter denen die Gesundheit und das „well-being“ beeinflusst werden können, sind umfassend – insbesondere die terminale Phase des Lebens ist durch einen starken Einfluss auf die Gesundheit durch Müdigkeit, Atemnot, Angst, Stress, Depressionen, Übelkeit und Verwirrtheit beeinflusst (vgl. Cohen & Deliens, 2012c, p. 4; Klinkenberg, Willems, van der Wal, & Deeg, 2004, p. 3). Maßgeblich für ein Wohlbefinden im Sinne von „well-being“ durch „health-promotion“ ist auch der Einfluss auf die Umstände des Sterbens und das physische und soziale Umfeld (vgl. Cohen & Deliens, 2012c, p. 5).

3.4 Verwendung der Terminologien

Trotz des Versuches der einheitlichen Definition der verschiedenen Terminologien, wird im Folgenden klar werden, dass vor allem in Deutschland der einheitliche und sinngemäße Sprachgebrauch von »aktiver Sterbehilfe« nicht besteht. Ferner hat jede Disziplin, sei es die „Moralphilosophische“, oder die „Jurisprudenz“ ihre eigenen Termini und Argumentationsstandards (vgl. Dr. Hilgendorf, 2006, pp. 32–33). Die Verwendung der Termini soll trotzdem einheitlich gestaltet sein. Daher wird vorgesehen, für die Erörterung der niederländischen Bedeutung den Term »Euthanasie« zu verwenden und für die deutsche Bedeutung den Term »aktive Sterbehilfe« zu verwenden. Untergliederungen werden wie definiert verwendet; aktive-, passive und indirekte Sterbehilfe, terminale und palliative Sedierung. Die »Beihilfe zur Selbst-tötung« wird in den Ländern gleichermaßen verwendet.

4. Methodische und inhaltliche Vorgehensweise

Unter Berücksichtigung der Gütekriterien einer wissenschaftlichen Forschungsarbeit, soll durch folgende Darstellung der methodischen und inhaltlichen Vorgehensweise anhand des Forschungsprozesses, bzw. „Suchprozesses“ (Kleibel & Mayer, 2011, p. 25) eine Nachprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse gewährleistet sein.

Der freien Themenwahl der »Sterbehilfe in Deutschland und den Niederlanden«, in Absprache mit den Gutachtern, folgte eine kurze Themenreflexion und Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes. Die gewählte Form der Forschungsarbeit ist eine reine Literaturarbeit mit theoretischer Abhandlung. Zur Festlegung der Bearbeitungsbreite und Bearbeitungstiefe der Thematik wurden zentrale Themenaspekte festgelegt, mit dem Anspruch der Vollständigkeit und Verständlichkeit⁷. Die Vorgehensweise des Forschungsprozesses, bzw. Suchprozesses als Teil der Literaturrecherche (vgl. Kleibel & Mayer, 2011, p. 25; Schell, Hill, & Esser, 2008, p. 8) richtet sich an das Modell von LoBiondo-Wood/Haber des „Suchprozess[es] im Überblick“⁸ (LoBiondo-Wood & Haber, 1996, p. 137).

Der Wahl des Forschungsthemas und der Präzisierung der Themenaspekte folgte eine Grobrecherche unmittelbar zugänglicher Literatur, um einen Überblick der vorhandenen Literatur zu erhalten (vgl. Kleibel & Mayer, 2011, p. 27). Zudem kann bereits während des Prozesses der Grobrecherche ein Überblick an möglichen Forschungsthemen und präzisen Suchbegriffen erlangt werden. Die unsystematische - grobe Literaturrecherche bediente sich vor allem der sekundären und tertiären Literatur als auch primärer Literatur von Freihandaufstellungen in Bibliotheken (u.a. Ärztliche Zentralbibliothek Hamburg, Bibliothek für Ethik und Geschichte der Medizin) und Bibliothekskatalogen, wie z.B. Hochschulinformations – und Bibliotheksservice (HIBS), Campus Katalog und dem Katalog des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE).

⁷ Zum Sachverhalt der Vollständigkeit und Verständlichkeit siehe auch: Brink (2007, pp. 40–44).

⁸ „Modell des Suchprozesses“ von LoBiondo-Wood & Haber – siehe Abb 1. Im Anhang S. 64

Nach grober Einsicht der Literatur und beratenden Gesprächen mit den Gutachtern folgte die Festlegung des präzisierten Forschungs-themas - » Sterbehilfe im Public Health Spannungsfeld – Eine vergleichende Analyse der deutschen und niederländischen Rahmenbedingungen zur Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende «.

Um eine möglichst gezielte und effiziente systematische Literaturrecherche zu ermöglichen, wurden im Anschluss wissenschaftliche Forschungsfragen generiert. Folgende leitende wissenschaftliche Forschungsfragen sollen in der theoretischen Abhandlung untersucht werden: (1) „Welche ethischen, medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende regulieren den Umgang mit der Sterbehilfe in Deutschland und den Niederlanden?“ (2) „Welchen Einfluss haben diese auf die Patientenautonomie und Selbstbestimmung am Lebensende?“.

Da es sich in diesem Fall um eine theoretische Abhandlung der Thematik der »Sterbehilfe in Deutschland und den Niederlanden« handelt, wurde davon abgesehen eine Theorienbildung vorzunehmen. Die Thematik soll deduktiv erschlossen werden, daher werden in diesem Fall auch drei Forschungsfragen behandelt – um von dem Allgemeinen auf das Spezielle schließen zu können.

Die systematische Literaturrecherche bedient sich zur Erfassung „themenadäquater Quellen“ (Brink, 2007, p. 54) der „Themenanalyse“ (ebd.) um passende Suchbegriffe zu finden. Die Festlegung der Suchbegriffe erfolgte mittels der Suche von passenden Synonymen, Ober- und Unterbegriffen und der Zuordnung verschiedener Flexionsformen, Mehrzahl und Komposita (vgl. Kleibel & Mayer, 2011, p. 40). Außerdem erwies es sich als sehr hilfreich die Schlagwortsuche (u.a. MeSh/PubMed) oder Schlagwörter bereits verwendeter Literatur zu verwenden.

Die wissenschaftlichen Forschungsfragen wurden dann im folgenden Schritt in einzelne Komponenten aufgeteilt. Diesen einzelnen Komponenten wurden dann die Suchbegriffe alphabetisch geordnet zugewiesen. Der Katalog⁹ der

⁹ Ausführliche Darstellung des „Suchbegriff-Katalog“, siehe im Anhang S. 65 f.

Suchbegriffe wurde im Laufe der Recherche aktualisiert, ggf. erweitert, oder um nicht hilfreiche Begriffe dezimiert. Um eine möglichst effiziente und gezielte Suche zu ermöglichen, müssen für die Literaturrecherche gewisse Ein- und Ausschlusskriterien definiert werden, die für diese Arbeit wie folgt aufgestellt sind:

Folgende **Einschlusskriterien** wurden für die Literaturrecherche definiert (vgl. Kleibel & Mayer, 2011, p. 42):

- (1) Variablen/Phänomene: ethische, medizinische und rechtliche Rahmenbedingungen, Sterbehilfe, Selbstbestimmung am Lebensende, Patienten-Autonomie, Deutschland und Niederlande; Hospiz, Palliativversorgung, Selbstbestimmung; Bevölkerungsgruppe: sowohl Fachpersonal (Ärzte, Pflegekräfte, Ethiker und Philosophen), als auch der Patient;
- (2) Setting: undefiniert (Krankenhaus, Hospiz, Heim, Zuhause)
- (3) Publikationsart: quantitative und qualitative Forschungsstudien, systematische Reviews, Reviews, Evaluations-Studien, Vergleichs-Studien, Metasynthesen, Fachbeiträge aus „Journals“, „klassische“ Artikel, Graue Literatur, Wissenschaftliche Tagungs-Beiträge
- (4) Zeitraum der Publikation: wesentlich begründet sich die bearbeitete Literatur auf den Zeitraum von 01.01.1970 bis heute (einschl. 15.03.2013¹⁰)
- (5) Sprache: deutsch, englisch

Folgende **Ausschlusskriterien** wurden für die Literaturrecherche definiert (wenn nicht bereits durch Einschlusskriterien ausgeschlossen):

- (1) Variablen/Phänomene: Rahmenbedingungen der Sterbehilfe aus der Schweiz, Belgien und Luxemburg, jegliche Begründung (pro/contra) aus religiöser Sicht, teilw. Ausschluss: NS-Euthanasie
- (2) Publikationsart: jede Art von nicht wissenschaftlichen Artikeln
- (3) Setting: Kirche, streng kirchliche Einrichtungen
- (4) Bevölkerungsgruppe: Nicht-Pflegende oder Nicht-Mediziner, „Theologiker“.

¹⁰ Datum des Abschlusses der Literaturrecherche

Komponente 1: ethische, rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen					Komponente 2: Sterbehilfe
dt.	Synonyme: Ethisch Moralisch Moralische Werte Sittlich Sittlichkeit Sittliche Werte Wertesystem Wertmaßstab ...	Synonyme: Rechtlich De jure Ethisch-Juristisch Juristisch Gesetzlich Legal Legalität Von Rechts wegen ...	Synonyme: Medizinisch Ärztlich Hospiz Klinisch Palliativ Oberbegriffe: Ärztliche – Wissenschaft ...	Synonyme: Rahmen- bedingung Aspekte Faktor (Sorgfalts-)Kriterien ...	Synonyme: Sterbehilfe Euthanasie Aktive Sterbehilfe Assistierter Suizid Ärztlich assistierter Suizid Direkte Sterbehilfe Indirekte Sterbehilfe Passive Sterbehilfe ...
eng.	Synonyme: Ethical Morally Ethical Values Value System Measure of Value ...	Synonyme: Legal Acceptable De Jure Ethico-juristic Legal Legally ...	Synonyme: Medical Medicine Medical-Science Public Health ...	Synonyme: Aspects Criteria Parameter Standard of Care ...	Synonyme: Euthanasia Assisted Dying Active Euthanasia Direct Euthanasia Indirect Euthanasia Passive Euthanasia ...

Tabelle 1 Bsp.: Auszug aus der Suchwörterliste

Die folgende systematische Literaturrecherche soll anhand der Datenbanksuche exemplarisch und nachvollziehbar dargestellt werden.

Zur Unterstützung in dem Prozess der systematischen Literaturrecherche und Literaturordnung wurde das Literaturverwaltungsprogramm Citavi® verwendet. Teilweise wurde die Literatursuche direkt über das Programm Citavi® vorgenommen und die gefundene Literatur (PDF) direkt eingepflegt.

Für die systematische Literaturrecherche wurde u.a. die Literaturdatenbank »PubMed« oder »DIMDI« verwendet. Fokus der Darstellung der Suchstrategie wird auf die Literatursuche mit Hilfe von »PubMed« gelegt. Zu Beginn der Literatur-recherche wurden einschlägige Begriffe der Suchwörterliste (siehe Tab. 1) (eng/dt.) verwendet und die Menge an vorhandener Literatur geprüft. Teilweise ist eine Trunkierung der Begriffe – vor allem bei Flexionsformen - sinnvoll und notwendig; »PubMed« sieht für die Trunkierung die Verwendung eines „*“ an dem jeweiligen Wortstamm, z.B. „ethic*“ vor. Folgende Filter wurden bei der »PubMed« Recherche aktiviert: *Systematic Reviews, Review, Meta-Analysis, Evaluation Studies, Comparative Study, Classical Article, Case Reports, Journal Article, (Free full text available), Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01, Humans, German/ English*. Die Option „Free full text available“ wurde erst im finalen Schritt der Literaturrecherche aktiviert. Weiterhin erwies es sich als sinnvoll den Filter „Language“ für die Literatursuche nicht auf „German AND English“ zu verwenden,

sondern zunächst die Suchbegriffe je separat mit dem deutschen oder englischen Filter zu filtern, da die Verwendung der Begriffe sprachlich nicht gleichermaßen vorauszusetzen ist. Zur Ergänzung der Suche in »PubMed« wurde die Funktion der Schlagwortsuche MeSh (Medical Subject Headings) einbezogen, sodass unter Einbezug der Funktion „[mh]“, z.B. „ethic* [mh]“ nur Literatur gefunden wird, bei denen der Begriff „eine wichtige oder weniger wichtige Rolle spielt“ (Kleibel & Mayer, 2011, p. 119). Die Funktion „[ti]“ schränkt die Suche auf das Titelfeld des Artikels ein. Eine weitere Ergänzung der Schlagwortsuche bildet die Funktion „MeSh Major Topic“ [majr] (vgl.ebd.). In diesem Fall wird nur Literatur angezeigt, in denen der Suchbegriff eine Hauptrolle spielt. Sinnvoll ist diese Funktion u.a. bei der Eingabe von „Euthanasia [majr]“ (siehe Tab. 2).

Sprache Filter	Suchbegriff Eingabe	PubMed Ergebnisse
(dt.)	„Ethisch* [mh]“ (ethisch, ethische, ethischen, ethischer, ethisches [...])	„No items found“
	“Ethic* [mh]“ (ethic, ethical, ethic, ethic’s [...])	Results: 2802

(eng.)	“Ethic* [mh]“ (ethic, ethical, ethic, ethic’s [...])	Results: 79997
	“Moral*“ (moral, morally [...])	Results: 27212

Tabelle 2 Bsp.: Suchwörter Eingabe und PubMed Ergebnisse

Nach der systematischen Bearbeitung der Suchbegriffe folgt im nächsten Schritt die Verknüpfung der als relevant identifizierten Suchbegriffe (siehe Tab. 3). Mit Hilfe der sog. „Bool’schen Operatoren“ (Brink, 2007, p. 83), sodass man mit der „Vereinigungs- oder Schnittmenge“ (ebd.) der Suchbegriffe arbeitet. Das im »PubMed« verwendete „OR“ („ODER“) entspricht der Vereinigungsmenge, z.B. „Netherlands OR dutch“. Die Schnittmenge der Suchbegriffe entspricht dem „AND“ („UND“). Die Ausschlussmenge wird durch den Operator „NOT“ („NICHT“) definiert – hier werden bestimmte definierte Begriffe, die nicht im Ergebnisraster auftauchen sollen, z.B. „Euthanasie“ NOT „NS-Euthanasie“ (vgl. Brink, 2007, p. 83; Kleibel & Mayer, 2011, pp. 47–50).

Komponente 1: Ethische -		Komponente 1: Rahmenbedingungen		Komponente 2: Sterbehilfe		Komponente 4: Niederlande	
Synonyme: Ethisch* [mh] OR Moral* [mh] OR Werte* [mh] ...	AND	Synonyme: Rahmenbedingung OR Aspekte OR (Sorgfalts-)*Kriterien ...	AND	Synonyme: *Sterbehilfe [majr]/[mesh] OR Euthanasie [majr]/[mesh] ...	AND	Synonyme: Niederland* [mh]/[majr] OR Niederländisch [mh] OR Königreich-der- Niederlande ...	

Tabelle 3 Bsp.: Vereinfachte Darstellung der Begriff - Sammlung und PubMed Operatoren

Parallel zu der systematischen Literaturrecherche bei »PubMed« wurde die Suche auch über weitere Datenbanken, wie z.B. »DIMDI« ausgeweitet. In diesen Datenbanken wurde allerdings nur nach bestimmten Schlagwörtern gesucht, die sich bei der durchgeführten Suche bereits als sehr effizient erwiesen haben. Wiederum wurde wie zu Anfang der unsystematischen Literaturrecherche auch elektronische Bibliothekskataloge, wie u.a. der Campus Katalog, oder der DRZE Katalog verwendet. Auch hier wurde die Schlagwortsuche angewendet. Besonders hilfreich war hier auch die Anwendung der bei »PubMed« in den Artikeln aufgezeigten „MeSh Terms“, bzw. Thesauri. Teilweise wurde aus bereits vorhandener Referenzen der Fach-literatur, z.B. aus dem Literaturverzeichnis, Literatur aufgenommen. Sowohl die Suche auf den elektronischen Datenbanken, als auch in elektronischen Bibliotheks-katalogen erwies sich als sehr umfangreich. Bereits hier mussten bestimmte Auswahlkriterien die Menge an Literatur in „relevante“ und „nicht relevante“ Literatur begrenzen. Die ausgewählten Kriterien waren u.a. Titel, Untertitel, Schlagwörter, Abstracts, „Journal Impact Factor“, Verlag etc. (u.a. Deliens, L., Cohen, J.) (vgl. Brink, 2007, pp. 123–125; Kleibel & Mayer, 2011, pp. 86–93). Die Beschaffung der elektronischen Publikationen erwies sich als unkompliziert, da frei erhältliche Texte direkt in das Literaturverwaltungsprogramm eingepflegt werden konnten. Die Beschaffung der gedruckten Literatur wurde intern über direkten Bezug aus der Bibliothek, oder eine Fernleihe vorgenommen. Nach Bezug der Literatur erfolgte eine Zweit-auswertung, die sich vor allem bei den gedruckten Medien auf das Geleitwort, die Gliederung, das Literaturverzeichnis o.ä. bezieht. Die elektronischen Dokumente wurden zum Teil durch diese Selektion begrenzt - weiterhin wurde dahingehend selektiert, u.a. ob die Quelle einer bekannten Organisation, oder Behörde entstammen.

5. Grundlagen der Ethische Rahmenbedingungen

„If anything is wrong, that is wrong!“
(Buchanan, 1996; zitiert n. Kimsma, 2010, p. 359)

Zur Analyse und Vergleich ethischer Rahmenbedingungen bedarf es der Darstellung allgemeingültiger ethischer Grundannahmen, auf denen die Länderspezifische Analyse aufbaut.

Zunächst soll die Ethik als handlungsleitender Bestandteil erörtert werden, um dann im Folgenden auf spezifische kontextrelevante Bedingungen des Handelns einzugehen.

Eine Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis ist nicht unter allen Umständen wünschenswert – ob eine Umsetzung angestrebt werden sollte, ergibt sich erst aus dem „Rückgriff auf *normative Prinzipien*, aus denen *Werturteile* abgeleitet werden“ (Siegrist, 2005a, p. 142). Diese Ableitung ist eine Hauptaufgabe der Ethik (vgl. Siegrist, 2005a, p. 142). Die normativen Prinzipien werden in der Sterbehilfedebatte von drei ethischen Grundwerten definiert; dem Wert der Selbst-bestimmung und Autonomie, dem Wert der Freiheit von Schmerz und Leid, als auch dem Wert des Lebens (vgl. Hillebrand et al., 2012, p. 87).

Wesentlich im Diskurs um die ethischen Rahmenbedingungen und Werturteile im Kontext der Sterbehilfe sind die Fragen: „worin besteht das [...] höchste im menschlichen Leben zu erreichende Gut?“ (Moral) und „was [...] ist das Richtige, um die Interessen und Bedürfnisse der Menschen zu respektieren?“ (Pott, 2007, p. 7). Diese Fragen, die eine ethische Zulässigkeit implizieren, werden auf drei Diskussionsebenen behandelt, welche lauten:

- (1) *Genuinethische Ebene*: Erörterung, ob eine der Sterbehilfeformen auf einer kategorischen ethischen Unzulässigkeit gründet, oder ob es Situationen gibt, in denen die Sterbehilfeform ethisch zulässig ist;
- (2) *Rechtsethische Ebene*: Erörterung, wie eine Sterbehilfeform gesetzlich, bzw. strafgesetzlich geregelt werden sollte;
- (3) *Standesethische Ebene*: Erörterung, ob bei *genuinethischem* und *rechtsethischem* Ausschluss der Sterbehilfeform, diese doch aufgrund berufsständischer Normen vertretbar sind (Hillebrand et al., 2012, p. 87).

Die ethische Zulässigkeit von der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse, prägt maßgeblich das Ethos der Ärzte, als auch der Pflegenden. Die ethische Beurteilung anhand der drei Grundwerte, bezieht sich allerdings nicht

ausschließlich auf die „Sterbehilfe-*Empfangenden*“ (Hillebrand et al., 2012, p. 88), sondern maßgeblich auch auf die „Sterbehilfe-*Leitenden*“ (Hillebrand et al., 2012, p. 88) und alle, die als „*Dritte* von den Folgen der Durchführung einer Sterbehilfe-handlung [...] betroffen sind“ (Hillebrand et al., 2012, p. 88). Um aber die ethische Zulässigkeit, oder eine ethische Beurteilung durchführen zu können, muss eine Annahme darüber bestehen, *ethisch* erwünscht ist und was nicht, bzw. ein Konsens über die Bestimmung und Gewichtung der Grundwerte (vgl. Hillebrand et al., 2012, p. 88). Das Handeln, im Sinne der Grundwerte, wird in den ethischen Theorien anhand des *Guten-* und *Schlechten-* Handelns, bzw. im Kontext des *Nichtschadens* und *Wohltuns*, kategorisiert und diskutiert (vgl. Platzer, 2010, p. 45). Während die ethischen Theorien die Prinzipien des Handelns i.d.R. zusammenfassen, unterscheiden Tom L. Beauchamp und James F. Childress die Prinzipien des *Wohltuns* [lat. *Benefizienz*] und *Nichtschadens* [lat. *Nonmalefizienz*] anhand der Art der Handlung (vgl. ebd.). Dem Prinzip des *Wohltuns* unterliegt immer ein „aktives Handeln“ (ebd.), während dem Prinzip des *Nichtschadens* eine „negative Pflicht“ (ebd.) unterliegt. Die negative Pflicht entspricht dem ersten Gebot der Ärzte und Pflegenden „*primum nil nocere* – zuallererst keinen Schaden anrichten“ (Bundesärztekammer, 2011b). Dieses Gebot findet sich bereits im Vorbild des Ärzte-gelöbnisses - dem *Hippokratischen Eid*:

Ich will weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen. [...] Ich will das Messer nicht gebrauchen [...] (Edelstein, L. 1969, zit. nach Benzenhöfer, 1999, p. 208).

Das ethische Prinzip des *Nichtschadens* ist allerdings weitaus komplexer, wenn ein Konsens über die genaue Bedeutung im medizinischen Alltag gefunden werden soll. Hauptsächlich besteht der Diskurs über die Frage des Behandeln, oder Nicht-behandeln eines Patienten (vgl. Platzer, 2010, p. 46). Dazu gehören u.a. die Aufnahmeunterlassung und Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, als auch die künstliche Ernährung und Techniken, die der Aufrechterhaltung der Lebensfunktion dienen (vgl. ebd., pp. 46–47). Laut Beauchamp und Childress ist die Intention und ethische Begründung entscheidend für die Abwägung eines Behandlungsabbruchs oder Nichtaufnahme¹¹.

¹¹ Näheres dazu siehe; Beauchamp (1999)

Und obwohl die primäre Aufgabe der Pflegenden und Ärzte unter „Achtung der Selbstbestimmungsrecht des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen [...] Leiden zu lindern und Sterbende bis zum Tod beizustehen“ (Bundesärzte-kammer, 2011a, p. 346) ist, so besteht die ärztliche Verpflichtung zur Lebens-erhaltung nicht unter allen Umständen.

Das lange Zeit unkritische ärztliche Ethos der einseitig auf die Lebensverlängerung ausgerichtete Medizin (vgl. Müller & Beckmann , 2010 , p. 39) ist nicht mehr derartig starr, sondern hat auch die Option der Änderung des Therapieziels von der kurativen zur Palliativ-medizinischen Versorgung. Die Änderung des Therapieziels ist an den Prozess der medizinischen Indikation und den ausdrücklichen Willen des Patienten (vgl. ebd., p. 42) geknüpft. Im Vordergrund der Entscheidung steht aber, ob „Lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden“ (Bundesärzte-kammer, 2011a, p. 346) und somit unverhältnismäßig und menschenunwürdig sind. Der Arzt hat nun vielmehr die *ethische* Pflicht dem Patienten im Sinne des *Wohltuns* (*common morality*¹²) oder Nichtschadens ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen und „Beistand und Sorge für die Basisbetreuung“ (ebd., p. 347) zu tragen. Eine umfassende Aufklärung des Patienten über eine mögliche Therapiezieländerung ist gemäß dem *Informed Consent*¹³ gegeben und sollte innerhalb umfassender Gespräche – auch mit Angehörigen – geschehen. Die ethische Begründung und Intention des Handelns ist letztlich auch immer abhängig von dem Willen und der Entscheidung des Patienten über die Notwendigkeit und Nutzen einer Therapiezielveränderung. Erst die Zustimmung des Patienten im Sinne des *affirmativen Grundkonsens*,¹⁴ der Selbstbestimmung und körperlichen und seelischen Unversehrtheit, macht das Handeln ethisch zulässig (vgl. (Hillebrand et al., 2012, pp. 92–93). Entscheidend hierfür ist allerdings auch in dem Fall, dass ein Patient nicht mehr äusserungsfähig ist, das Vorhandensein einer *validen* Patienten-verfügung¹⁵. Ebenfalls das Arzt-Patienten-Verhältnis wesentlich für die terminale Entscheidungsfindung¹⁶.

¹² **Common Morality**; siehe Näheres hierzu im Glossar S. 111

¹³ **Informed Consent**; siehe Definition hierzu im Glossar S. 112

¹⁴ **Affirmativer Grundkonsens**; siehe hierzu im Glossar S. 111

¹⁵ Siehe ausführlich zur Patientenverfügung: Hillebrand et al. (2012, pp. 105–108).

¹⁶ Ausführlich zum **Arzt-Patienten-Verhältnis am Lebensende** im Anhang S. 82

Maßgeblich für die Begründung der ethischen Rahmenbedingungen sind neben der Erörterung der genuin-, standes- und rechtsethischen Zulässigkeit auch die zwischenmenschliche Beziehung der Sterbehilfe-*Empfangenden* und Sterbehilfe-*Leistenden* im Sinne des faktisch-asymmetrischen Arzt-Patienten-Verhältnis und der damit einhergehenden Interaktion auf Basis der Selbstbestimmung des Patienten, es besteht eine sog. „relationale Autonomie“¹⁷(Pott, 2007, p. 41). Und erst, wenn „unser ethisches Verhalten sich an theo-retischen Ethikformen [Prinzipien] orientiert, [kann] von einem ethischen Handeln“ (ebd., p. 21) gesprochen werden. Ethische Konflikte sind demnach anhand der „universell anerkannten Werte, [bzw.] Rechte und Pflichten“ (Siegrist, 2005a, p. 143) zu entscheiden.

5.1 Analyse der ethischen Rahmenbedingungen in Deutschland

Die gezielte Prüfung der Umsetzung und Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse, nimmt i.d.R. die nationale Ethikkommission des Landes vor, dennoch sind auch weitere temporäre oder ständige (Bioethik-) Kommissionen in der Beratung um ethische Fragen aktiv.

In Deutschland agiert seit 1994 der *Deutsche Ethikrat* als erste dauerhafte nationale Ethikkommission in der Tätigkeit als unabhängiger Sachverständigenrat, auf Grundlage des Ethikratgesetzes (EthRG), und die Enquete-Kommission *Ethik und Recht der modernen Medizin* des deutschen Bundestages (vgl. Fuchs, 2005, p. 44; Giese, Koch, & Siewert, 2006). Ferner ist seit 2001 auf Bundesebene die Bundesethikkommission *Nationales Forum des Dialogs über ethische Fragen in den Lebenswissenschaften* (Nationaler Ethikrat) (Fuchs, 2005, pp. 44–45) aktiv. Alle Kommissionen haben die Aufgabe den „interdisziplinären Diskurs von Naturwissenschaften, Medizin, Theologie, [...] Sozial – und Rechtswissenschaften [zu] bündeln“ (ebd., p. 44), die gesellschaftspolitische Debatte organisieren, den Diskurs und die Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und Stellungnahmen zu erarbeiten (vgl. ebd.). Die Mitglieder der jeweiligen Institutionen setzten sich aus den Fachrichtungen, wie z.B. Naturwissenschaften, Medizin, Theologie, Sozial- und Rechtswissenschaften (vgl. ebd., p. 45) zusammen.

¹⁷ **Relationale Autonomie**; siehe dazu im Glossar S. 114

Wesentliche Handlungs-empfehlungen und Stellungnahmen für Ärzte und Pflegende im Kontext der Sterbe-begleitung sind im *ICN – Code of Ethics for Nurses* (Ethikkodex für Pflegende¹⁸) und in den *Grundsätzen der Bundesärztekammer (BÄK) zur ärztlichen Sterbebegleitung*, als auch im Genfer Ärztegelöbnis „Serment d'Hippocrate, Formule de Geneve“ angelegt. Trotz der umfassenden ethischen Handlungsempfehlungen und Richtlinien für Pflegende und Ärzte besteht oftmals keinen einheitlicher Konsens und unklare Verantwortungsbeziehungen darüber, wie mit Sterbenden und der Nachfrage nach »Sterbehilfe« im Klinik- und Pflegealltag umgegangen werden soll (vgl. Giese et al., 2006, pp. 21–26) und welche Handlungen (rechts-) ethisch zulässig sind. Gründe dafür sind u.a. Defizite in der Zuordnung von Terminologien oder inhaltliche Bestimmung der Grundwerte. Hinsichtlich des Umgangs der Terminologien und Handlungsempfehlungen, als auch der notwendigen Implementierung sog. klinischen Ethik-Komitees (KEK), „zur Unterstützung ethischer Problemfelder“ (Brockenheimer-Lucius & Sappa, 2009, p. 118), ist Deutschland eine „verspätete Nation“ (Steinkamp et.al. zitiert nach Giese et al., 2006, p. 24). Sowohl der medizin-technologische Fortschritt, als auch wichtige demographische und soziologische Veränderungen fordern allerdings stetig eine Neuerung und Anpassung der Umsetzungs- und Handlungsempfehlungen, als auch den interdisziplinären Umgang und Entscheidungsfindungen, im Sinne der *new PH-Bewegung*. Auch das Berufsethos der Ärzte und Pflegenden erfuhr einen nicht unerheblichen Wandel – von einer lebens-verlängernden ausgerichteten Medizin und Pflege, hin zu der Möglichkeit der Änderung des Therapieziels um unverhältnismäßige Maßnahmen zu verhindern. Das Berufsethos der Ärzte und das grundlegende ethische Handlungselement der deontologischen Ethik (Verantwortungsethik) hat den Grundsatz:

„Die Würde des einzelnen Patienten durch seine Rechte zu sichern und gegen jedweden unerlaubten Eingriff zu schützen, ungeachtet nationaler und kultureller Grenzen“ (Bundes-ärztekammer, 2007, p. 11).

Weiterhin wird von der BÄK darauf hingewiesen, dass eine »aktive (direkte) Sterbehilfe« und ein »ärztlich assistierter Suizid« „keinesfalls Inhalt des ärztlichen Behandlungsauftrages [sind] [...] und mit großem Nachdruck abzulehnen [sind]“

¹⁸ Siehe zur Begriffsbestimmung der „**Pflegende**“ im Glossar S. 113

(vgl. Bundesärztekammer, 2011a; Husebo, 2003, p. 77). Therapiezieländerungen sind demnach nur gem. der Richtlinien der BÄK durchzuführen.

Die Richtlinien der „ärztlichen Sterbebegleitung“ (2004/2011), beinhalten den Grundsatz der Therapiezieländerungen - wenn sich ein Patient im „offensichtliche[n] Sterbevorgang (...) [befindet, soll dieser] nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden“ (Bundesärztekammer, 2011a, p. 346), um ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Der Arzt handelt dann nach dem affirmativen Grundkonsens und dem Prinzip des *Nicht-schadens*. Demnach sind diese Sterbehilfeformen genuinethisch geboten und standesethisch / standes-rechtlich zu gebieten (vgl. Hillebrand et al., 2012, p. 157). Die Pflege nimmt zwar als *Dritte* beteiligte (vgl. Hillebrand et al., 2012, p. 88) einen wesentlichen Teil der Sterbebegleitung ein, ist dennoch „keine ärztliche Hilfe“ (Bundesärztekammer, 2007, p. 16) im Umgang mit Sterbenden, oder dem *sterbenlassen* und daher im Diskurs um ethische Rahmenbedingungen differenziert zu betrachten. Dennoch besteht auch im Pflegenden Kontext eine klare Ablehnung der »direkten aktiven Sterbehilfe« und der »Beihilfe zur Selbsttötung«. Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS), als auch der Deutsche Pflegerat (DPR) vertreten ebendiese ethische Grundposition. Das Ethos der pflegenden Berufe lt. dem vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DbfK) aufgenommenen Ethikkodex des *Code of Ethics for Nurses* (ICN) gliedert die ethischen Grundelemente der Pflege in vier grundlegende Aufgaben, die den Stand „ethischer Verhaltensweisen bestimmen“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2010, p. 1) – im Folgenden soll ein Element dargestellt werden¹⁹:

Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegenden ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube [...] respektiert werden. Die Pflegenden gewährleisten, dass der Pflegebedürftige ausreichend Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2010, p. 1).

Und obwohl der Umstand der Pflege explizit umschrieben wird, bleibt eine Stellungnahme zur (aktiven-) Sterbehilfe offen. Lediglich die Präambel des Ethikkodex ICN enthält den Hinweis, der „Achtung der Menschenrechte, einschließlich

¹⁹ Siehe ausführlich zum **ICN Ethikkodex** im Anhang S. 79

dem Recht auf Leben [...]“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2010, p. 1). Der pflegerische Beruf ist demnach *nur* auf die „Hilfe zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der psychischen, physischen und sozialen Funktionen [...]“ (Giese et al., 2006, p. 17) ausgelegt. Nicht unter allen Umständen ist der Umgang mit der Nachfrage nach Sterbehilfe der entscheidende Faktor für die Konfusion, vielmehr ist es auch die Frage des Umgangs mit dem Patientenwillen und ob dieser die „oberste Richtschnur“ (ebd., p. 15) sei. Demnach besteht für die Pflegenden, wie für die Ärzte als Sterbehilfe-Leistende zwar die absolute Negation der »aktiven Sterbehilfe« und »assistierten Suizid«, dennoch bestehen Defizite in der Umsetzung und Festschreibung sog. Richtlinien und Handlungsempfehlungen in dem Umgang für Pflegenden. Entscheidend für die Umsetzung und Erstellung derartiger ethischer Rahmenbedingungen und Gebote bleibt neben dem Berufs- und Leitbild immer auch das Meinungsbild der praktizierenden Pflegenden und Ärzte als Teil der Diskursethik. Dennoch fehlt es vor allem im pflegenden Bereich an umfassenden Kenntnissen über Handlungsspielräume, rechtliche Vorgaben und ethische Theorien und Definitionen, um einen aktiven Part und Zugang zu entscheidenden Institutionen, wie z.B. Komitees und Gremien zu haben (vgl. ebd., p. 21). Meinungsumfragen zeigen zudem eine stark differenzierende Position zur *aktiven- Sterbehilfe*, *passiven-* und *indirekten- Sterbehilfe*, als auch den *assistierten Suizid* zwischen Pflegenden und Ärzten. Die ethischen Rahmenbedingungen in Deutschland sind demnach Resultat der Arbeit der Ethik-Komitees und bilden nicht unbedingt das Meinungsbild einer der wichtigen Instanzen in der Betreuung der Sterbenden ab. Die ethischen Rahmenbedingungen verbieten lt. Berufsethos der Pflegenden und Ärzte eine Durchführung von *direkter aktiver Sterbehilfe* und *ärztlich assistierten Suizid* – ethisch zulässig, lt. dem affirmativen Grundkonsens, ist die Durchführung *reiner-, passiver-* und *indirekter Sterbehilfe*.

5.2 Analyse der ethischen Rahmenbedingungen in den Niederlanden

In den Niederlanden agieren verschiedene Ethik-Kommissionen als ständige Gremien auf nationaler Ebene (vgl. Fuchs, 2005, p. 22). Eine der wichtigsten Kommissionen in ethischen Fragen bildet die *Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek* (CCMO). Weiterhin sind zahlreiche Komitees zu spezifischen (bio-) ethische Themen aktiv. In „sehr wichtigen bioethischen Fragen [sind] es Ad-hoc-

Gremien, [...] denen eine maßgebliche Rolle bei der Suche nach rechtlichen Regelungen [...] [zukommen]“ (ebd.). Ein sog. *Ad-Hoc-Gremium* in dem Diskurs der »Euthanasie« bildete die *Remmelink-Kommission* (1990) (vgl. ebd.). Weiterhin agiert seit Oktober 1982 die *State Commission on Euthanasia* (Griffith et al., 1998, p. 68) mit dem Auftragsschwerpunkt der Berichterstattung »Euthanasie« – spezifischer und politisch relevanter Themen. Zentrales Ergebnis der Aktivitäten der Kommissionen ist u.a. die Einführung einer allg. gültigen und interdisziplinären Definition von »Euthanasie« und z.T. die Entkriminalisierung.

Neben den zahlreichen Kommissionen und Gremien wurden in den Niederlanden sog. Frühwarnsysteme, gesteuert durch das *Centrum voor Ethiek en Gezondheit* und *Raad voor de Volksgezondheit & Zorg* (RVZ) implementiert. Diese haben die Aufgabe, durch die neuen „technologischen Herausforderungen aufgeworfene Ethische Probleme“ (Fuchs, 2005, p. 22) zu ermitteln, bearbeiten und weiter zu leiten, um den Diskurs der Fachwelt zugänglich zu machen.

Die Mitglieder der Kommissionen und Gremien setzten sich aus Personen der Fachrichtungen Ethik, Medizin und Sozial- und Rechtswissenschaften zusammen. Wesentlich tragen aber auch Organisationen und Interessenverbände zu einer öffentlichen Zugänglichkeit der gesellschaftspolitischen Debatte bei. So sind auf Landesebene sechs größere Institutionen – u.a. Niederländische Vereinigung für freiwillige Euthanasie (NVVE), Unterstützung und Beratung bei Euthanasie (SCEN) - Ärzte, Niederländischer Ärzteverband (NAV) - aktiv, die sich für die „erfolgreiche“ Aufklärung und Implementierung von „Euthanasie“ in den Niederlanden einsetzen.

Handlungsempfehlungen und Stellungnahmen für Ärzte und Pflegende im Kontext der Sterbebegleitung und Umgang mit Sterbenden sind im „ICN“, dem Genfer Ärztegelöbnis, den ärztlichen Handlungsempfehlungen vom Niederländischen Ärzteverband (KNMG), der „Charter of professionalism“, und den „Duties of a doctor“ der British Medical Association (BMA) (vgl. Westerveld et al., 2005, p. 369) angelegt. Das niederländische Ärztegelöbnis, der „Dutch Medical Oath“²⁰ (vgl. ebd.) wurde im Jahre 2003 auf Grundlage der o.g. Richtlinien erneuert. Ärzte, Juristiker und Ethiker sahen dies als notwendige Folge und Reaktion auf die *new PH*-Anforderungen. Ferner rät die KNMG den Ärzten gem. dem Kant'schen

*Kategorischen Imperativ*²¹ als ethisches Element der Handlung – „act as [you] would wish [yourselves] or [your] loved ones to be treated“ (KNMG voor verantwoorde medische zorg, 2011, p. 8).

Die Niederlande hat durch den gesonderten rechtlichen Status der »Euthanasie« und »PAS« ebenfalls eine gesonderte Anforderung an die ethische Handlungsweise der Ärzte – diese haben nämlich nunmehr die Pflicht, zwischen ihrem „eigenen und dem Willen des Patienten unterscheiden zu können“ (Giese et al., 2006, p. 78) und diesen auch gemäß der „Selbstbestimmung über ein menschenwürdiges Lebensende“ (Reuter, 2000, p. 61) zu respektieren.

Zu betonen ist, dass die rechtliche Sonderstellung der Regelung einer »Tötung auf Verlangen« den Arzt nicht seiner ärztlichen Grundsätze entbindet – dieser hat nach wie vor als ersten Grundsatz der ärztlichen Behandlung – „primum nil nocere“. Ferner legt der ärztliche Berufsethos die Aufgabe des Arztes darin fest - Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbende bis zum Tod Beistand zu leisten (vgl. Bundesärztekammer, 2007). Dies aber nicht unter allen Umständen, sondern „wo und wann es sinnvoll ist“ (Gordijn 1997, p. 8 zitiert nach Oduncu, 2007, p. 71) und den Willen des Patienten entspricht.

Die ethischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Behandlung bleiben demnach bestehen – die rechtliche Regelung eröffnet dem Arzt aber die Möglichkeit die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten, gem. des affirmativen Grundkonsenses, vollständig zu respektieren und unter Wahrung der Sorgfaltskriterien eine »Euthanasie« durchzuführen.

Die ethische Rechtfertigung des Arztes zur Durchführung einer »Euthanasie« entgegen der ethischen Haltung des Berufsethos gründet auf verschiedenen Annahmen, die u.U. zu einem Rollenkonflikt führen können. Zum einen ist maßgeblich die Veränderung des paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis zur vollständigen und starken Betonung Autonomie und normativen Individualismus des Patienten. Der normative Individualismus gründet auf einer vollständigen und

²⁰ „Dutch Medical Oath“ – Siehe hierzu ausführlich im Anhang S. 62

²¹ **Kategorischer Imperativ n. Emmanuel Kant**; siehe Näheres dazu im Glossar S. 113

umfassenden Information des Patienten über seine Situation gem. des »Dutch Medical Oath«. Der Autonomie des Patienten steht also das Fürsorgeprinzip (faktische Asymmetrie) des Arztes gegenüber – der Wunsch des Patienten ist allerdings ein klarer „Vorrang einzuräumen“ (Giese et al., 2006, p. 78). Dabei wird i.d.R. nicht die »Euthanasie« an sich in den Vordergrund der Handlung gestellt, sondern der bloße „Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen“ (Naunin, 2012, p. 40). Unter Einhaltung der Sorgfaltskriterien und Berücksichtigung des Willen des Patienten ist eine »Euthanasie« in den Niederlanden genuinethisch und zu recht-fertigen – anders verhält sich der Umgang in den sog. LAWER Fällen (Kimsma, 2010, p. 358). Ist ein Patient nicht in der Lage sich zu dessen Willen zu äußern, so ist eine Euthanasie gerechtfertigt, wenn dies in einer Patientenverfügung festgehalten wurde, eine andere Person verantwortet wurde, oder ein Elternteil -, bzw. gesetzlicher Vertreter ernannt wurde. Im Zweifel über eine ethische Rechtfertigung, oder sonstigen *Ängsten* des Arztes rät das KNMG der Konsultation eines SCEN Arztes²² oder klinischen Ethik-Komitees zur Klärung dieser Zweifel.

Pflegende haben in der niederländischen Euthanasie-Debatte eine nur untergeordnete Rolle, da sie nicht erlaubt sind »Euthanasie« oder »PAS« durchzuführen. Zur Euthanasie ist dem Positionspapier des Präsidiums zufolge „allein der Arzt qualifiziert“ (Reuter, 2000, p. 62). Die Pflege als vermittelnde Instanz zwischen dem „medizinischen System und der Institution“ (Giese et al., 2006, p. 110) trägt allerdings eine große Mitverantwortung in der Umsetzung – daraus resultieren ethische Probleme der Berufsgruppe, da sie Probleme der „Entwicklung der pflegerischen Identität“ (ebd., p. 109) haben. Diese Probleme gründen zudem auf dem Mangel an ethischen Normen der Pflegenden (vgl. ebd., p. 111). Das Meinungsbild ist, dass die Pflege als vermittelnde Instanz eine wichtige Rolle in der ethischen Debatte spielen müsste – und ebenfalls Mitspracherechte in den ethischen Gremien haben müssten. Positiv zu bewerten ist die umfassende Implementierung von Klinische Ethik - Komitees in Krankenhäusern und Pflegereinrichtungen. Dies bietet zumindest die Möglichkeit des Berufsgruppeninternen Austauschs und so Weiterentwicklung.

²² **SCEN – Ärzte:** Beratung in Fragen zu terminalen Patienten (vgl. Giese, Koch, and Siewert (2006, p. 105))

5.3. Zusammenfassender Vergleich der ethischen Rahmenbedingungen

Der zusammenfassende analytische Vergleich anhand bestimmter Kriterien vorgenommen, die zuvor festgelegt wurden und im Folgenden dargestellt werden: (1) Vorhandensein von Ethikkommissionen und Gremien; (2) Vertretene Fachrichtungen der Mitglieder; (3) Vorhandensein spezifischer Handlungsempfehlungen und Stellungnahmen; (4) Analysierte Defizite des ethischen Systems; (5) Berücksichtigung der Patientenautonomie und Selbstbestimmung; (6) Public Health Relevanz.

(1) Sowohl in den Niederlanden, als auch in Deutschland agieren verschiedene ständige und temporäre Ethik-Kommissionen und Gremien mit dem Auftrag die gesellschaftspolitische Debatte zu organisieren, den Diskurs und die Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und Stellungnahmen zu erarbeiten (vgl. Fuchs, 2005, p. 45). **(2)** Und obwohl keiner der Räte einen direkten und unmittelbaren Einfluss auf die Gesetzgebung hat (vgl. ebd., p. 22), so wird die Meinungsbildung innerhalb der Gremien maßgeblich durch die Mitglieder beeinflusst. Die Art der Mitglieder differenziert sich Landesspezifisch. In den Niederlanden bestehen die Mitglieder hauptsächlich aus den Fachrichtungen Ethik, Medizin, Sozial- und Rechts-wissenschaften. In Deutschland sind es Medizin, Naturwissenschaften, Sozial- und Rechtswissenschaften, als auch Theologie. Die daraus resultierenden theoretischen Grundlagen ethischer Normen lassen sich auf die jeweiligen Professionen, z.B. christliche, marxistische oder diskursethischen Ansätze unterscheiden. Wesentlich und entscheidend für den Vergleich der ethischen Rahmenbedingungen ist das in Deutschland stark christlich geprägte Meinungsbild der praktizierenden Ärzte und Pflegenden, als auch Mitglieder der Ethik-Kommissionen. So ergab sich eine zumeist ablehnende Haltung gegenüber der »aktiver Sterbehilfe« und »Beihilfe zur Selbst-tötung« aufgrund religiöser Gründe, bzw. der „Heiligkeit des Lebens“. Hingegen argumentierten nur wenige der niederländischen (liberalen) Ärzte mit einer Ablehnung der Euthanasie aufgrund religiöser Ansichten. **(3)** z.T. internationale (ICN, Genfer Ärztegelöbnis) und umfassende Handlungsempfehlungen und Stellungnahmen zum Umgang der Sterbehilfe wurden durch die nationalen und inter-nationalen Gremien, Verbände und Kommissionen für Ärzte und Pflegende

erarbeitet. Wesentlich unterscheiden sich diese in den Empfehlungen zum Umgang mit den Formen der klinischen Sterbehilfe auf genuinethischer-, rechtsethischer- und standesethischer Ebene. So werden in Deutschland die Formen der *reinen-, indirekten- und passiven Sterbehilfe* auf den Ebenen gemäß dem affirmativen Grundkonsens geboten – eine *aktive Sterbehilfe* wird strikt abgelehnt und findet so in den Handlungsempfehlungen und Stellungnahmen keine Beachtung. In den Niederlanden hingegen, wird in den Stellungnahmen sowohl Bezug auf die Umsetzung der o.g. klinischen Sterbehilfeformen genommen, als auch den Umgang mit der Forderung nach »Euthanasie«. Dies wird bedingt, durch das Gebot der rechtsethischer- und standesethischer Ebene, wodurch »Euthanasie« nicht ausnahmslos zu verbieten ist (vgl. Hillebrand et al., 2012, p. 87). **(4)** Die normativen Bezugspunkte sind in beiden Ländern gleich, als auch die Standes- und Berufsethischen Grundlagen. Die Patientenverfügung ist sowohl in den Niederlanden, als auch in Deutschland Teil des (ethisch-) normativen Bezugspunktes der Autonomie und Selbstbestimmung. Jedoch besteht in beiden Ländern ein Diskurs über die Validität und ethische Zulässigkeit der „vorausverfügten Willenserklärung“ (Hillebrand et al., 2012, p. 157), wenn der Patient Dato nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Demnach bestimmt zwar die Ethik die Grundausrichtung – Handlungsbeschränkungen bestehen jedoch durch die rechts- und standesethische Ebene. **(5)** Die Public Health Relevanz wird durch die Notwendigkeit der Veränderung des ärztlichen Standesethos bedingt. Die Anpassung und Ausrichtung der normativen Bezugspunkte an einem neuen Ethos ist Resultat der PH-Problematik und Relevanz des Themas des Umgangs mit Sterbenden. So richtet sich das ärztliche Ethos nicht unter allen Umständen an der Lebenserhaltung aus, sondern nur in den Fällen, in denen dies sinnvoll und ethisch zu gebieten ist.

Es bleibt zudem festzuhalten, dass zwar die normativen Bezugspunkte für die Sterbehilfe-*Empfangenen* in den Richtlinien umfassend berücksichtigt werden, jedoch die „körperliche- und seelische Unversehrtheit und Selbstbestimmung“ (Hillebrand et al., 2012, p. 158) der Sterbehilfe-*Leistenden* nicht berücksichtigt werden.

6. Grundlagen der rechtliche Rahmenbedingungen

Das *Recht* als Sammelbegriff für Ordnungssysteme des gesellschaftlichen Zusammenlebens gründet auf staatlich festgelegten Gesetzen, welche insb. als *objektives* Recht, durch die allgemein gültige staatliche Rechtssicherheit und Normen, bezeichnet wird. (vgl. Beine, 1998). Eine weitere Differenzierung als *subjektives*-, *materielles*-, *zwingendes*- Recht wird i.d.R. vorgenommen, ist aber für die vorliegende Arbeit nicht zweckmäßig. Ferner entscheidend sind im Kontext des Rechts als Sammelbegriff die *Menschenrechte*, die *Legalität* als auch die *öffentlichen*- und *privaten Rechte*, welche in der Analyse und im Vergleich der rechtlichen Rahmenbedingungen von Bedeutung sind. Im Sinne der Public Health wird von dem national und international fest-geschriebenen „Recht auf Gesundheits-versorgung“ ausgegangen, welches im Art. 12.1 des *Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* (IPwskR)²³ (UN 1966) festgelegt ist (vgl. Strech & Marckmann, 2010, p. 18). Dieses allgemeingültige Recht bezieht sich sowohl auf „die individuelle Gesundheits-versorgung als auch auf die Sicherung der äußeren Rahmenbedingungen sowie kollektiven Partizipationsmöglichkeiten“ (ebd., p. 19). Alle folgenden Gesetze sind im Anhang verzeichnet; es findet ein Verweis auf die Seitenzahl in der Fußnotenzeile statt.

6.1 Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland

Gesetze, als Fundamente des geordneten gesellschaftlichen Zusammenlebens, sind grundlegend für den modernen Rechtsstaat Deutschland (vgl. Pfordten, 2006). Eine Gesetzgebung durch die gesetzgebenden Instanzen ist an die Verfassung (Grundgesetz/GG) geknüpft. Die Rechtsprechung geschieht durch lt. Art. 92 (GG) einen unabhängigen Richter, entweder auf Ebene der Bundesländer, oder auf oberste Instanz des Bundes Gerichtshof. (vgl. Pfordten, 2006) Für die rechtlichen Rahmenbedingungen der Sterbehilfe bedeutenden Gesetzesgrundlagen sind verankert im u.a. Grundgesetz (GG), Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB), Strafgesetzbuch (StGB), Sozialgesetzbuch (SGB V), den (Muster-) Berufsordnungen für die deutschen Ärzte (MBO-Ä), dem Behandlungsvertrag der Ärzte im BGB, als auch in den jeweiligen Landesrechtlichen Vorschriften (vgl. Schell, 2002, p. 5).

²³ Art. 12.1 des (IPwskR) siehe im Anhang S. 97

Entscheidend für die Pflegenden und Ärzte sind sowohl alle o.g. Gesetzesgrundlagen, vor allem aber auch das Ärztliche-Standesrecht (§ 16 Beistand für Sterbende)²⁴ und die Kammergesetze für Heilberufe der jeweiligen Ärztekammern des Bundeslandes. Als Handlungsweisende Grundlage, sind außerdem die Handlungsempfehlungen und Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) entscheidend, da diese lt. § 13 Absatz 1 MBO-Ä (Besondere medizinische Verfahren)²⁵ wichtig für die (ethischen) Entscheidungsfindungen sind. Diese sind allerdings nur auf Grundlage der geltenden Rechtslage angepasst und nicht rechtlich bindend. Im Folgenden sollen für die Sterbehilfe umfassende rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt und kommentiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sterbehilfe bislang nicht „ausdrücklicher Gegenstand spezialgesetzlicher Regelungen ist“ (Grimm, 2009, p. 13), daher soll im Folgenden Bezug zu den allgemeinen Vorschriften des Straf- und Zivilrechts in diesem Kontext genommen werden.

Einen maßgeblichen Einfluss auf die (Straf-) Rechtsordnung und Gesetzgebung, insb. Verfassungsrecht, ist bedingt durch die staatliche Grundposition gegenüber dem menschlichen Leben. Im deutschen (Straf-) Recht ist die „christliche Position zum Lebensschutz gesetzlich festgeschrieben“ (Dr. Hilgendorf, 2006, p. 36). Die im Grundgesetz verfassten Art. 1 GG (Schutz der Menschenwürde), Art. 2 GG (Persönliche Freiheitsrechte) und Art. 102 GG (Abschaffung der Todesstrafe)²⁶ stellen das Fundament für die Achtung und Heiligkeit des menschlichen Lebens und der Menschenwürde dar. Die Menschenwürde entspricht dem sog. *liberalen Verteilungsrecht* – das „Recht auf Leben“ (vgl. Beine, 1998). Das Lebensrecht, als *indisponibles Rechtsgut* stellt den „höchsten Wert dar“ und ist die „elementarste Voraussetzung für Grundrechte [...]“ (ebd.). Die Exklusivität und Totalität der Begriffe „Leben“ und „Tod“ bedingt eine verfassungsrechtliche Zuordnung, um einen einheitlichen Konsens bilden zu können. Verfassungsrechtlich definiert wird der Beginn des Lebens ab dem Zeitpunkt der Nidation²⁷ - außerdem wird keine wertende Differenzierung der Qualität des zu schützenden Lebens zugelassen (vgl. ebd., p. 22).

²⁴ § 16 (Beistand für Sterbende); siehe Näheres dazu im Anhang S. 97

²⁵ § 13 Absatz 1. MBO-Ä (Besondere medizinische Verfahren); siehe hierzu im Anhang S. 97

²⁶ Art. 1, 2 und 102 GG; siehe im Anhang S. 93

²⁷ Nidation = 14. Tag nach der Empfängnis

Ein per Definition festgelegtes Kriterium für den „Tod“ ist bisher weder im BGB, noch im StGB definiert. Ferner ist eine Definition durch Implementierung des Transplantationsgesetz (TPG) notwendig geworden und durch die BÄK im Rahmen der „Richtlinien des Hirntodes“ festgelegt (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2010, p. 9). Hirntod und damit im juristischen Sinne als *Tod* erklärt, wird jener Patient, dessen Gesamtfunktion des Großhirns, Kleinhirns und Hirnstamms irre-versibel erloschen ist und die kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion künstlich aufrecht erhält – demnach *Gesamthirntod* ist (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG²⁸) (vgl. Bundesärztekammer, 1998).

Ein Eingriff in diese Gesetze ist nur durch den Staat in besonderen Ausnahmefällen möglich – ein gänzlicher Erlass von Vorschriften gegen das *Recht auf Leben* jedoch nicht. Ein Ausnahmefall bildet der Eingriff in das Lebensgrundrecht, der Erleichterung des Sterbens durch das „Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung, [wenn der] Sterbevorgang“ (Bundesärztekammer, 2011a, p. 346) offensichtlich ist. Diese Richtlinie der BÄK baut auf dem vom Bundesgerichtshof (BGH) erlassenen Urteil vom 25. Juni 2010 auf, welches den Leitsatz enthält, dass ein Behandlungsabbruch durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer medizinischen Behandlung gerechtfertigt sei, „wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB²⁹) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen“ (BGHSt) (Broeckert, 2004).

Eine *Zwangsbehandlung* sei, auch wenn sie lebenserhaltend wirke, unzulässig – ein Eingriff erfordert grundsätzlich eine Einwilligung des Patienten, da Art. 1 Abs. 1 GG die leiblich-seelische Integrität schützt und somit die Erfordernis der Einwilligung bedingt (vgl. Rose, 2010, p. 349). Ferner würde der Arzt durch sein Handeln ebenfalls gegen die „körperliche Unversehrtheit“ gem. Art 2. Abs. 2 Satz 1 GG und dem allg. Selbstbestimmungsrecht lt. Art. 2 Abs. 1 GG verstoßen. Die Selbstbestimmung nimmt also einen wesentlichen Teil des rechtlichen Umgangs ein (vgl. Grimm, 2009, p. 48). Das Handeln ohne Einwilligung des Patienten bedeutet einen Eingriff in die körperliche und ggf. seelische Integrität des

²⁸ § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG; siehe hierzu im Anhang S. 96

²⁹ § 1901a BGB; siehe im Anhang S. 95 f.

Patienten und wird gem. §§ 223 StGB (Körperverletzung)³⁰, oder der fahrlässigen Körperverletzung § 229 StGB geahndet (vgl. Grimm, 2009, pp. 48–49). Eine Rechtfertigung findet gem. der Einhaltung des § 1901a BGB (Patienten-verfügung) statt - ist der Patient selbst nicht Äußerungsfähig, so ist der mutmaßliche Wille des Patienten zu prüfen lt. § 1901b Abs. 1 BGB (Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens)³¹, oder nahe Angehörige oder Betreuer sich dazu äußern § 1901b Abs. 2 BGB (Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens) (vgl. Siegrist, 2005b, p. 2286). Der Patientenwille entspricht dem „höherwertigen Rechtsgut“ (Rose, 2010, p. 361). Besteht ein Eingriff in das Lebensgrundrecht (GG), welcher nicht durch eine Ausnahmefallregelung durch den Staat geregelt wird, wird dieser Eingriff im Tatbestand des Strafgesetzbuches (StGB) §§ 211 ff.³² geahndet.

Das deutsche Recht sieht keine gezielte rechtliche oder terminologische Zuordnung der Sterbehilfe, als Eingriff in das Lebensgrundrecht, im StGB vor. Die rechtliche Praxis unterscheidet den Tatbestand lediglich anhand der Vorsatzform der *direkten*- oder *indirekten* aktiven Sterbehilfe oder *direkten*- oder *indirekten* passiven Sterbehilfe. Dem Tatbestand unterliegt daher die Prüfung, ob nach einem Fremdtötungsparagrafen §§ 211 ff. zu entscheiden ist. Besteht der Tatbestand einer *direkten* oder *indirekten* aktiven Sterbehilfe mit positiver Prüfung auf die Tatbestände der Fremdtötungsparagrafen, so geschieht die Rechtsprechung auf Grundlage der § 211 StGB (Mord); § 212 StGB (Totschlag) und § 216 StGB (Tötung auf Verlangen). Das Strafmaß wird dabei u.a. anhand der Umstände bemessen. Handelt der Täter ohne Willensäußerung des Opfers, so begeht dieser Totschlag lt. § 212 Abs. 1 StGB und wird mit fünf bis 15 Jahren bestraft (vgl. Grimm, 2009, p. 22). Handelt der Täter aus „barmherziger Gesinnung oder aus nachvollziehbarem Mitleid mit dem Opfer“ (Grimm, 2009, p. 22), so kann sich das Strafmaß lt. dem Privilegierungsbestands des § 213 StGB auf ein bis zehn Jahre reduzieren (vgl. Grimm, 2009, p. 22). Eine strafmildernde Maßnahme darf durch den Richter in der Strafzumessung gem. §§ 46 ff. StGB³³ nicht anhand qualitativer Merkmale (Alter und Krankheitszustand) durchgeführt werden (vgl. Grimm, 2009, p. 22).

³⁰ §§ 223 und 229 StGB; siehe Näheres hierzu im Anhang S. 94

³¹ § 1901b Abs. 1 BGB; siehe Anhang S. 95

³² §§ 211 ff. StGB; siehe hierzu im Anhang S. 94

³³ § 46 StGB ff.; siehe im Anhang S. 94

Die »Beihilfe zur Selbsttötung« oder »PAS« wird in Deutschland aufgrund des fehlenden Suizidgesetzes nicht strafrechtlich verfolgt. Zwar bestehen ethische Richtlinien, aber „gesetzliche Vorgaben fehlen“ (vgl. Dr. Hilgendorf, 2006, p. 35; van Oorschot, Lipp, Tietze, Nickel, & Simon, 2005). Ferner unterliegt der Tatbestand einer Prüfung auf den Straftatbestand des § 212 StGB (Totschlag) oder § 323c StGB (Unterlassene Hilfeleistung)³⁴ (vgl. Schell, 2002, pp. 27–29), da bei Einsetzten des Sterbevorganges ein Unterlassen der „Hilfe im Sterben“ (vgl. Bundesärztekammer, 2011a, p. 347), durch z.B. Palliativ-medizinische Versorgung eine Unterlassung der Hilfe des Arztes bedeutet.

Wiederum verboten ist es, wenn der Arzt gegen den Willen des Patienten eine medizinische Behandlung einleitet – hier greift der Tatbestand der Körperverletzung § 223 StGB (Körperverletzung) § 7 Absatz 1 MBO-Ä (Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln). Besteht trotz gesetzlicher Regelung eine Unsicherheit über die medizinische Behandlung, besonders im Kontext der Sterbehilfe, so ist nach § 13 Absatz 1 (Besondere medizinische Verfahren)³⁵ geregelt, dass bei

Speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Empfehlungen zur Indikationsstelle und zur Ausführung festgelegt hat, haben Ärztinnen und Ärzte die Empfehlungen zu beachten (§ 7 Absatz 1 (Besondere med. Verfahren) (Bartholomeyczik & Mayer, 2008, p. 14)).

In diesem Fall würden sich die Ärztinnen und Ärzte an die vom BÄK erstellten „Grundsätze der Bundesärztekammer zu ärztlichen Sterbebegleitung“ (2011) richten.

Nicht jede vollzogene aktive Sterbehilfe bedeutet eine strafrechtliche Verfolgung. Sog. Allgemeine Strafausschließungsgründe, Strafverfolgungshindernisse, Entschuldigungsgründe und Rechtfertigungsgründe, wie z.B. § 34 StGB (Rechtfertigender Notstand)³⁶ können unter bestimmten Umständen die Strafbarkeit der Tat und des Täters ausschließen (vgl. Reuter, 2000, p. 10; Schell, 2002, p. 27). Auch die reine *Beihilfe zur Selbsttötung* ist gemäß § 27 StGB³⁷ im deutschen Strafrecht als „selbstständige Teilnahme an der dialektischen Tat eines

³⁴ § 323c StGB; siehe hierzu im Anhang S. 94

³⁵ §§ 7 und 13 MBO-Ä; siehe im Anhang S. 97

³⁶ § 34 StGB; siehe Näheres hierzu im Anhang S. 94

³⁷ § 27 StGB; siehe im Anhang S. 94

anderen ausgestaltet“ (Grimm, 2009, p. 24) und in Verbindung mit § 27 StGB nur bedingt strafbar, da der Teilnehmer „akzessorisch“ handelt, also vom „Vorliegen der fremden deliktischen Haupttat abhängig“ (Grimm, 2009, p. 25) ist. Folglich besteht durch die Beihilfe keine rechtswidrige Handlung, da bereits der Suizid lt. §§ 211 ff. nicht rechtswidrig ist. Ist ein Patient des Willens in besonderen Fällen nicht äusserungsfähig, z.B. bei Neu-geborenen, Minderjährigen, Demenzerkrankten, Psychisch-Erkrankten oder zerebral schwerst geschädigten, so ist aufgrund § 1901a Abs. 2 BGB (Patientenverfügung), § 1901b Abs. 2 BGB (Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens) und § 1904 BGB (Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen)³⁸ zu entscheiden. Entspricht die in der Patientenverfügung geschilderte Situation nicht der aktuellen Behandlungssituation, so greift hier § 1901b BGB. Der Patient hat jedoch jederzeit das Recht dieser zu widersprechen. Die Patientenverfügung als Grundlage des Selbstbestimmungsrecht entbindet den Arzt und Pflegenden der Strafbarkeit und bedingt, dass „gleichgültig, ob durch Unterlassen oder aktives tun, [dieser] tötet nicht (auf Verlangen), sondern leistet Beistand im Sterben“ (Schell, 2002, p. 326).

6.2 Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen in den Niederlanden

Das Königreich der Niederlande [*Koninkrijk der Nederlande*] besitzt die gesonderte Stellung der durch die Monarchie bestehenden Teilung der Staatsform als konstitutionelle Monarchie und parlamentarische Demokratie. Das Parlament besteht aus zwei Kammern, die erste Kammer besteht aus dem Senat, die zweite Kammer [*Staten Generaal*] entspricht dem Aufbau des Deutschen Bundestag (vgl. Husebo, 2003). Gesetzesentwürfe werden durch die Regierung und zweite Kammer des Parlaments vorgelegt - die Gesetzgebung [*Wetgeving*] erfolgt durch die Verabschiedung der Königin und des Ministers. Die Judikative umfasst vier Ebenen; die unterste Ebene wird besetzt durch die Amts-, bzw. Bezirksgerichte [*Rechtbanken*], gefolgt der Landes- und Berufungsgerichte [*Gerechthoven*] und als höchste Instanz das oberste Gericht, der „Hohe Rat“ [*Hoge Raad*] (Husebo, 2003). Für die Rechtsprechung der »Euthanasie« und »*Physician Assisted Suicide*«

³⁸ § 1904 BGB; siehe im Anhang S. 95

(PAS) bedeutende Gesetze sind u.a. veröffentlicht im Bürgerlichen Gesetzbuch *Burgerlijk Wetboek* (BW), dem Grundgesetz *Grondwet* (GG), Strafgesetzbuch der Niederlande *Wetboek van Strafrecht* (WvSr), Strafprozess-Gesetzbuch der Niederlande *Wetboek van Straffordering* (WvSv) und im Gesetz über die ärztlichen Behandlungsverträge *Wet op de Geneeskundige Behandlingsovereenkomst* (WGBO). Weitere Richtlinien zum ärztlichen Handeln und das Sterbehilfegesetz wurden durch den Niederländische Ärzteverband (KNMG) veröffentlicht – Richtlinien für die richtige Dosierung und Handhabung der Medikamente (*Standaard Euthanatica*) wurden durch das *Pharmacy Research Institute of the Royal Dutch Association for the Advancement of Pharmacy* (WINAP) publiziert (vgl. Siegrist, 2005a). Es besteht keine juristische Differenzierung zwischen »Euthanasie« und »PAS«, daher wird im Folgenden der Term »Euthanasie« verwendet. »Euthanasie« - per Definition ("killing on request" & "assistance with suicide") (Griffith et al., 1998, p. 17) ist in den Niederlanden illegal (§§ 293 & 294) und wird unter den „gegen das Leben gerichtete Straftaten“ (vgl. Grundmann, 2004, p. 24) gefasst. Diese werden im niederländischen Strafgesetzbuch (WvSr) geahndet. Sowohl Totschlag, Art. 287 WvSr, Mord, Art. 289 WvS, als auch der Tatbestand und die Strafbarkeit der „Tötung auf Verlangen“, Art. 293 WvSr Abs. 1 [und „Beihilfe zur Selbsttötung“, Art. 294 WvSr werden aufgeführt³⁹ (vgl. ebd.). Die Durchführung von Euthanasie bleibt demnach illegal und ist strafbar gedeckt durch Art. 293 WvSr Abs. 1 (Euthanasie) und Art. 294 WvSr (Beihilfe zur Selbsttötung). Seit 01.04.2001 greift das sog. Sterbehilfegesetz⁴⁰ – „Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung“ (vgl. ebd., p. 83) - welches eine Änderung des Art. 293 Abs. 2 WvSr und Art. 294 WvSr bedingte, dies lautet nun:

n.F. Art. 293 (**Tötung auf Verlangen**) seit 01.04.2001:

- (1) Wer das Leben eines anderen vorsätzlich auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin beendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit Geldstrafe der fünften Kategorie [45.000,- €] bestraft.
- (2) Eine Tat nach Abs. 1 ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wird, der dabei den Sorgfaltsanforderungen gemäß Art. 2 des Gesetzes über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung genügt und dies dem gemeindlichen Leichenbeschauer in Übereinstimmung mit Art. 7 Abs. 2 des Bestattungsgesetzes mitteilt (ebd., p. 85).

³⁹ Art. 287, 289, 293, 294 WvSr; siehe hierzu im Anhang S. 98 f.

⁴⁰ Gesetzestext des Sterbehilfegesetzes (**SterbehilfeG**) siehe ausführlich im Anhang S. 84 ff.

Weiterhin wurde Art. 294 (Beihilfe zur Selbsttötung) dahingehend verändert, dass der Rechtfertigungsgrund für die Ärzte nur die Beihilfe zur Selbsttötung entspricht und nicht die Anstiftung dazu umfasst⁴¹ (vgl. ebd., p. 86). Neben den Strafausschlussgründen, durch z.B. eine „medizinische Ausnahme“ (Reuter, 2000, p. 11), einen „rechtfertigender Notstand“ oder der Notwendigkeit der Handlung durch „höhere Gewalt“ [*overmacht*] lt. Art. 40 WvSr⁴², ist es Ärzten demnach möglich unter Einhaltung bestimmter Sorgfaltskriterien (*Due - Care Criteria*) gem. Art. 2 Abs. 1 (SterbehilfeG) einer Strafbarkeit zu umgehen. Die Strafausschlussgründe greifen nur, wenn die Euthanasie von einem Arzt durchgeführt wird – Pflegende sind davon ausgeschlossen.

Wesentliche Elemente der Strafausschlussung des ärztlichen Handelns gem. Art. 293 Abs. 2 (Tötung auf Verlangen) WvSr, sind die lt. Art. 2 Sorgfaltsanforderungen⁴³ (SterbehilfeG). Die Sorgfaltsanforderungen gem. Art. 2 (SterbehilfeG) schließen eine Strafbarkeit unter bestimmten Handlungs-Voraussetzungen aus. Eine Durchführung der Euthanasie ist mit Berücksichtigung der Sorgfaltsanforderungen nicht nur um Fälle von schwerwiegenden physischen Leiden möglich, sondern auch in Fällen von psychischen Beeinträchtigungen, wie z.B. durch die Angaben des Patienten „[to be] Finished with life“ (Siegrist, 2005a, p. 6), „suffering from life“ und „completed with life“ (KNMG voor verantwoorde medische zorg, 2011, p. 14).

Die Durchführung einer Euthanasie gem. Abs. 2 Satz 2 WvSr darf nicht als *normale* Todesursache in der Todesbescheinigung deklariert werden, noch darf im Falle einer *unnatürlichen* Todesursache *per se* eine Todesbescheinigung erstellt werden; Art. 7 Abs. 2 und 3 (Bestattungsg)⁴⁴. Der Arzt wendet sich im Falle der Durchführung per Formular (Art. 9 Abs. 2 Bestattungsg)⁴⁵ an den gemeindlichen Leichenbeschauer – dieser wird dann im Sinne des Art. 10 (Bestattungsg) handeln und die Regionale Euthanasie Kontrollkommission (ERC⁴⁶) über den Fall

⁴¹ a.F. Art. 293 WvSr und Art. 294 WvSr siehe im Anhang S. 99

⁴² **Art. 40 WvSr**; siehe im Anhang S. 98

⁴³ Art 2. SterbehilfeG **Sorgfaltsanforderungen**; siehe im Anhang S. 84

⁴⁴ Ausführlich zum Bestattungsgesetz (Bestattungsg) siehe im Anhang S. 84 ff.

⁴⁵ **Musterbericht** des behandelnden Arztes an den gemeindlichen Leichenbeschauer siehe im Anhang S. 101 ff.

⁴⁶ **Euthanasia Review Committee** = *Regionale toetsingscommissies euthanasie*

benachrichtigen. Die ERC prüft die angeforderte Dokumentation des Arztes gem. Art. 7 Abs. (Bestattungsg) und Art. 2 Abs. 1 (SterbehilfeG).

Durch die Einführung des Sterbehilfegesetzes ist es notwendig geworden eine Differenzierung der sog. MBSL's („medical behaviours that shortens life“) (Griffith et al., 1998, p. 17), unter denen alle terminierenden medizinischen Maßnahmen zusammengefasst werden, vorzunehmen. In den Niederlanden wird zwischen den *normalen* medizinischen Maßnahmen und *nicht normalen* medizinischen Maßnahmen – unter denen die Euthanasie und „life terminating act's without an explicit request“ (LAWER) (Kimsma, 2010, p. 356) fällt - unterschieden. LAWER Fälle werden in den Niederlanden nicht unter dem Sterbehilfegesetz gefasst, sondern als „(aktive) Lebensbeendigung ohne Verlagen“ bezeichnet und fallen unter den straf-rechtlichen Tatbestand Art. 287 WvSr (Mord) und Art. 289 WvSr (Totschlag)⁴⁷ (vgl. Grundmann, 2004, p. 19). Von sog. LAWER Fällen sind i.d.R. „einwilligungsunfähige Patienten“ (Reuter, 2000, p. 141) betroffen. Laut der Zuordnung der KNMG sind einwilligungsunfähige Patienten u.a. „schwerdefekte Neugeborene“, „Patienten in vegetativem Zustand“ und „Patienten mit fortgeschrittener Demenz“ (vgl. ebd., p. 143). Es bestehen jedoch noch umfassende Einschränkungen in der Zuordnung einer bürgerlich-rechtlichen und validen Willenserklärung, bei u.a. „psychiatrischen Patienten“ und „Minderjährigen Patienten“ (ebd., pp. 148, 180) – der Umgang mit diesen Patienten wird im sog. Artikel 10 – Formular festgehalten. *Normale* medizinische Maßnahmen, die nicht unter dem „Euthanasie“ Gesetz gefasst werden und als *normale* Todesursache deklariert werden, sind u.a. die Schmerzbekämpfung; Abbruch oder Nichtaufnahme einer medizinisch sinnlosen Behandlung; medizinischen Behandlung auf Verlangen (Grundmann, 2004, p. 20; Jochemsen, 1994, p. 213). Entscheidend bei der Durchführung der normalen medizinischen Maßnahmen zur Lebensbeendigung ist die Berücksichtigung des Patientenwillens. Lehnt der Patient eine Maßnahme ab, so hat der Arzt der Folge zu leisten. Würde der Arzt eine Maßnahme gegen den Willen des Patienten durchführen, so würde dieser sich lt. Art. 7:450 Abs. 1 BW⁴⁸ und Art. 11 GW⁴⁹ strafbar machen.

⁴⁷ Art. 287, 289 WvSr; siehe hierzu im Anhang S. 98

⁴⁸ Art. 7:450 Abs. 1 BW; siehe im Anhang S. 98

⁴⁹ Art. 11 GW; siehe im Anhang S. 98

6.1.1 Zusammenfassender Vergleich der rechtlichen Rahmenbedingungen

Folgende Kriterien der Analyse und dem zusammenfassenden Vergleich; (1) Kriterium der Rechtsstaatlichkeit; (2) Gesetzliche und strafrechtliche Erfassung der »Euthanasie-« und »Sterbehilfe-Praxis«; (3) Berücksichtigung der Patientenautonomie und Selbstbestimmung; (4) Public Health Relevanz.

(1) Die Rechtsstaatlichkeit der Bundesrepublik Deutschland und des Königreichs der Niederlande bindet diese an die jeweils geltenden Gesetze und Rechte; sie sind somit in ihrem Handeln normiert zur Wahrung der gesellschaftlichen Ordnung. In beiden Ländern existiert das Prinzip der Gewaltenteilung (Exekutive, Legislative, Judikative). Die höchste Instanz der Legislative wird in der Bundesrepublik Deutschland besetzt durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE), in dem Königreich der Niederlande entspricht dies dem Hohen Rat [*Hoge Raad*] als Oberstes Gericht. In Deutschland wird die Verfassungsmäßige Kontrolle der Regierung und Parlamente durch das BVerfGE durchgeführt, die Legislative der Niederlande hingegen ist in der Selbstständigkeit der Kontrolle eingeschränkt, da diese durch die jeweiligen Gesetzgeber und Parlamente selbst durchgeführt wird. Eine richterliche Unabhängigkeit ist in beiden Ländern gesetzmäßig festgehalten und durch die Satzung des Europäischen Gerichtshofs (EuGh) darüber hinaus festgelegt. Als Grundlage der Kontrollmacht bezieht sich die BRD auf das Verfassungsrecht. Das Verfassungsrecht der Bundesrepublik Deutschland ist grundlegend durch die christliche Position zum Lebensschutz – „Heiligkeit des Lebens“ – beeinflusst (Dr. Hilgendorf, 2006, p. 36). Weitaus liberaler und aufgrund der fehlenden Verfassungsgerichtbarkeit *offener* ist die Kontrollmacht der Niederlande. Eine Verankerung der Gesetze im Kontext der Sterbehilfe und Euthanasie im Expliziten, findet gleichermaßen sowohl durch das Grundgesetz (GG/GG), dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB/GW), dem Strafgesetzbuch (StGB/WvSr) und weitere spezielle Handlungsempfehlungen und Richtlinien statt. Wesentlich differenziert sich die Verankerung im Speziellen durch die „Spruchpraxis der Gerichte“ (Rose, 2010, p. 349). **(2)** Während im Falle der *direkten* oder *indirekten* aktiven Sterbehilfe in der BRD eine Prüfung des Tatbestandes auf den Fremdtötungsparagrafen vorliegt, ist in den Niederlanden

eine Zuordnung der Durchführung einer Euthanasie durch Implementierung des SterbehilfeG direkt möglich. Dies erforderte allerdings Seitens des Staates eine einheitliche Definition und gesetzliche Festlegung der Gerichtbarkeit und Spruchpraxis, welche in Deutschland fehlt. **(3)** Ferner haben die Patienten in Deutschland zwar lt. Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 GG ein Selbstbestimmungsrecht, dennoch gilt dies nur bis zu einem bestimmten Maße – so ist eine *reine-, direkt- und indirekt passiven Sterbehilfe* zulässig, als auch das Handeln im Sinne einer *validen* Patientenverfügung; dennoch besteht eine Einschränkung in der Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten in der Forderung einer „aktiven und absichtlichen Herbeiführung des Todes“ (vgl. (Dr. Hilgendorf, 2006, p. 34), durch *Dritte*. Eine Durchführung von „Tötung auf Verlangen“ wird allerdings gemäß der Fremdtötungsparagraphen §§ 211 ff. geahndet und ist somit strafbar. In den Niederlanden hingegen ist die Selbstbestimmung des Patienten faktisch durch das SterbehilfeG (beinahe) uneingeschränkt. Somit unterliegt der Paternalismus der Patientenautonomie und der Patient hat, sofern die Sorgfaltsanforderungen eingehalten werden, das Recht zur Selbstbestimmung über sein Lebensende; auch außerhalb einer Patientenverfügung. **(4)** Die Public Health Relevanz wird durch das national und international fest-geschriebenen „Recht auf Gesundheitsversorgung“ durch Art. 12.1 (IPwskR) bedingt.

7. Grundlagen der medizinische Rahmenbedingungen

»J'ai besoin de t'aider à vivre – Ich muss dir helfen dürfen zu leben«
(Saint-Exupéry 1959, p. 403; zitiert n.Splett, 2010, p. 90).

Die medizinischen Rahmenbedingungen der Sterbehilfe („Hilfe *zum* Sterben“) und der Sterbebegleitung, auch *End-Of-Life Care*⁵⁰ („Hilfe *beim* Sterben“), gründe auf der Ganzheitlichen Betreuung Sterbender in der *terminal care period*⁵¹ (TCP) (vgl. Higginson, 2012, p. 41), welche die *Palliative Care*, als ein „umfassendes, multidimensionales und multiprofessionelles Konzept [...]“ (Schneider, Amelung & Buser, 2005, p. 8) umfasst. Oftmals synonym verwendet werden die Begriffe „Palliativ-medicin“, „Palliativpflege“ und „Hospizarbeit“ – diese beschreiben allerdings Teil-bereiche der Palliative Care und werden Länderspezifisch differenziert. Die Palliative Care, oder auch End-of-Life Care als Elemente der medizinischen Rahmenbedingungen, sind durch wesentliche medizintechnologische-, sozio-demographische- Entwicklungen und Veränderungen im Gesundheitssystem – als Teil der *New Public Health- (PH)* (vgl. ebd., p. 11) Bewegung, beeinflusst. Die sich rasant entwickelnde medizinische Technologie – als Teil der stark klinisch orientierten Gesundheitsversorgung – gründet auf der Angst vor dem Sterben als *reale* Gesundheitsbedrohung. Die stark technisierte medizinische Behandlung, mit dem alleinigen Ziel der Lebens-verlängerung sog. „agressive treatment“⁵² (Lomax, 2008, p. 73), ermöglicht diese Verleugnung zu realisieren. Diese Tendenz resultierte zunehmenden aus der „[old] public health perspective [of] end-of-life care“ (Schneider et al., 2005, p. 5). Zwischen 1950 und 1970 regte der ökonomische Wohlstand eine Verbesserung der Lebensqualität durch Implementierung klinisch rein *kurativen* Medizin und Gesundheitsversorgung an; mit der Vorstellung, dass diese allein Krankheiten heilen – und Leben verlängern könne (vgl. (ebd., p. 11). Mit Anfang der 1970er Jahre führte die große Nachkriegskrise vor allem in Deutschland zu einer starken Rationierung der Ausgaben im Gesundheitsbereich – dies bereitete den Weg für die neue PH-Bewegung (vgl. Schneider et al., 2005, p. 5). Die neue PH Ära führte zu einem Paradigmenwechsel und kritisierte den Fokus der rein klinischen

⁵⁰ **End-Of-Life Care**: dt. Übersetzung = *Sterbebegleitung*

⁵¹ **Terminal care period** (TCP): Phase, in der eine terminale Pflege angeordnet ist Higginson (2012).

Gesundheitsversorgung und zeigte ebenso die Notwendigkeit der Implementierung von Palliative Care als Teil von „individual quality end-of-life care and quality of the end of life“ (ebd.). Wesentlich und noch vor der individuellen Qualität der Sterbebegleitung hat die PH-Bewegung den Fokus auf der gesamten Population. Dies gründet auf den zunehmenden sozio- demographischen (SES⁵³)-, kulturellen- und epidemiologischen Veränderungen, die die gesamte Population betreffen. Das Resultat der starken Alterung der Bevölkerung ist der epidemiologische Wandel. Chronisch degenerative Erkrankungen sind mittlerweile eine der häufigsten Todesursachen. Nicht nur die sozio – demographischen und epidemiologischen Veränderungen haben einen Einfluss auf die medizinische Technologie und *End-of-Life Care*, sondern auch die kulturellen Veränderungen der Gesellschaft, welche die Bedenken und Erwartungen der Umstände des Sterbens wesentlich beeinflussen. J. Cohen nennt verschiedene kulturelle Veränderungen, die dazu beitragen: u.a. gestiegene Intoleranz von Schmerz und Leiden, gestiegene Wertschätzung der Autonomie, das Recht zur Selbstbestimmung und die Veränderung der medizinischen Ansprüche (Übers. n. Verfasser) (vgl. ebd.). Doch oftmals wird vor allem der älteren Patienten die *reine* Technisierung der Medizin nicht als Fortschritt und Möglichkeit der Lebensverlängerung betrachtet, sondern als Leidens- und Sterbeprozessverlängerung durch *Übermedikalisierung*. Daher spricht Beauchamp auch von einem *Paradigmenwechsel* in der Wahrnehmung der *Apparatemedizin* –

„we migrated from a fear of any form of intentional hastening of death to a confidence that it is permissible under a variety of conditions intentionally forgo life-sustaining technologies of all types, knowing that death will ensue“ (Beauchamp, 1999, p. 437).

Die Entwicklung der *Palliativ Care* im Rahmen des Hospizkonzept's in den sechziger Jahren durch Ciceley Saunders umfasste ein multidimensionales („*totales*“) Therapie-konzept und behandelte die Patienten nicht durch das *medizinisch-technisch-Machbare*, sondern vielmehr durch das *medizinisch-ethisch-Vertretbare* (vgl. Oduncu, 2007, p. 109), nämlich eine Pflege durch

⁵² **Agressive Treatment:** „defined broadly as treatments and settings designed for prolonging life, rather than improving quality of life“ Lomax (2008, p. 73).

⁵³ **Soziodemographische Faktoren (SES):** Age, gender and socio-economic status (SES) Rietjens, Maas, Onwuteaka-Philipsen, Delden, and Heide (2009, p. 24)

Symptomlinderung und Beistand unter „Achtung der Menschen-würde im Leben und Sterben und danach“ (Oduncu, 2007, p. 109). Die Palliativ Care ist eine „eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe, [...] Palliativmedizin [Palliativ Care] ist aktive Lebenshilfe“ (Klaschik 1999, p. 281; zitiert n. Oduncu, 2007, p. 110). Ebenfalls erstellte die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Ethics Task Force“ der *European Association for Palliative Care* (EAPC) 2003 ein Dokument zur umfassenden Sicht der *Palliative Care* als Alternative zur *Euthanasie* (vgl.ebd., p. 112). Auch hier war die Einsicht, dass „die Wünsche nach Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid [...] nach adäquater palliativer Behandlung wieder fallen gelassen [...] [werden]“ (ebd., p. 113) und daher ein Zugang zu palliativen Maßnahmen gewährleistet werden muss, um dem Legalisierungsbestreben entgegen zu wirken. Mit Beginn der Palliativ Care und Hospiz Bewegung in Deutschland und den Niederlanden ab 1990 veröffentlichte die *World Health Organization* (WHO) in dem Dokument „Cancer Pain Relief and Palliative Care“ eine von der *European Association for Palliative Care* (EAPC) als verbindlich erachtete Definition von *Palliative Care*:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing [...], through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual (Huber & Casagrande, 2011).

Die Implementierung einer *Palliativ Care* kann demnach nicht gänzlich einer Absage der aktiven Sterbehilfe sein und entspricht gem. dem Niederländischen Modell der Wissenschaftstheorie von Karl Raimund Popper: „Es gibt Patienten, deren Leiden durch Palliativmedizin nicht zu beseitigen ist“ (Naunin, 2012, p. 201). Die folgende Länderspezifische Analyse der medizinischen Rahmenbedingungen soll die Entwicklung und den Stand der *Palliativ Care* (Hospiz-) Bewegung als Teil der *End-of-Life Care* analysieren, das Gesundheits-system und deren Einfluss auf die (medizinischen) Entscheidungen am Lebensende.

7.1 Analyse der medizinischen Rahmenbedingungen in Deutschland

Die adäquate Sterbebegleitung („Hilfe *beim* Sterben“) ist das oberste Ziel der Implementierung qualitativer Palliativ Care, Palliativmedizin und Hospizarbeit als Alternative der aktiven Sterbehilfe, im Sinne der PH. Wenn wir „die Umfrage nach Forderung einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Deutschen Bevölkerung [...] ernst nehmen und auf der anderen Seite das Leid

schwerstkranker [...] vermindern wollen, müssen wir eine gute Antwort darauf finden. Diese Antwort ist Palliativmedizin“ (Oduncu, 2007, p. 109). Die Palliativmedizin als Teil der Palliativ Care als Ganzes, stellt nur einen Teilbereich der umfassenden inhaltlichen und begrifflichen Konzepte der Palliative Care dar. Im Englischen oftmals synonym benutzt, wird im Deutschen eine starke Differenzierung der Begriffe Palliativ Care, Palliativmedizin und Hospizarbeit vorgenommen. Die Palliative Care definiert ein „umfassendes, multidimensionales und multi-professionelles Konzept für die Versorgung von Patienten“ und umfasst sowohl die pflegerischen-, psychosozialen-, ethischen-, rechtlichen- und organisatorischen Aspekte in der Terminal- und Finalphase des Patienten durch „Specialist Palliative Care“ (vgl. Hack, 2010, p. 9; LoBiondo-Wood & Haber, 1996, pp. 12–13), mit einem speziell ausgerichteten *Palliative Care Team* (PCT). Die Palliativmedizin gründet aus der Hospizarbeit als Element der Palliativ Care. Beide Konzepte haben das Ziel und Motiv der Sterbebegleitung mit differenzierten Handlungsweisen; als „ärztlich dominierender Bereich“ (Hack, 2010, p. 10) verfolgt die Palliativmedizin das „medizinisch-pflegerische Ziel“ (ebd.) mittels „symptomlindernden Maßnahmen“ über einen längeren Zeitraum, durch eine permanente Betreuung eines interdisziplinären Teams (PCT). Das Ziel ist die Entlassung aus der stationären- in eine ambulante Pflege. Hingegen bestrebt die Hospizarbeit die „psychosoziale Betreuung“ (Hack, 2010, p. 10) durch ehrenamtliche Hospizarbeiter in den letzten Lebenstagen (-Wochen), mit dem Ziel ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

Eine auf die der WHO aufbauende Definition der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* (DGP) lautet:

Gegenstand der Palliativmedizin ist die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren [...] und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht Sterben als einen natürlichen Prozess. Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab. Die Palliativmedizin arbeitet multidisziplinär [...]. Durch eine ganzheitliche Behandlung soll Leiden umfassend gelindert werden, um dem Patienten und seinen Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und ihm eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen (DGP, 2007 zitiert n. Hack, 2010, p. 11).

Die Furcht vor der *Apparatemedizin* verstärkt den Wunsch vor allem von älteren Patienten eine ambulante Sterbebegleitung in Anspruch nehmen zu können. Dieser Wunsch ist der Anstoß zahlreicher Organisationen, u.a. *Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz* (BAG Hospiz), eine ambulante Hospiz- und Palliativ-

medizinische Versorgung zu ermöglichen und das *Sterben* wieder als Teil des Lebens greifbar zu machen. Die aktuelle Situation zeigt, dass die Bedingungen für eine vollständige ambulante Versorgung noch nicht erfüllt sind. Eine Statistik der *Deutschen Hospiz Stiftung* (2008) stellt die derzeitige Situation der Anzahl deutscher Hospiz- und Palliativ-medizinischen – Einrichtungen dar; demnach sind in Deutschland 1.500 ambulante Hospizdienste, 195 stationäre Hospize und Tageshospize (teilstationäre Hospize) und 231 Palliativstationen erfasst (Dees et al., 2012). Trotz der hohen Anzahl an Einrichtungen, liegt die durchschnittliche Versorgung und Begleitung sterbender Menschen nur bei ca. 4,4 %. Derzeit wird mit einer Anzahl von 17 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner und 18 Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner gerechnet (vgl. Materstvedt et al., 2003, p. 1). Die *Deutsche Hospiz Stiftung* äußert sich über diesen Zustand besorgt und merkt an, dass immer noch drei Viertel der Menschen, mit Bedarf einer adäquaten End-of-Life Care diese nicht erhalten. Somit kann der Wunsch und Grundsatz „ambulant vor stationär“ (Jordan, 2007, p. 94) in vielen Fällen der Palliative Care nicht ermöglicht werden (Schneider, Mitchell, & Murray, 2010, p. 1). Die sog. „Primary Palliative Care“ (ebd., p. 2) – als Teil der Primärversorgung versucht notdürftig diese Lücke zu schließen, zudem wurden sog. „Palliativmedizinische Konsiliardienste“ (PKD) etabliert, die dafür sorgen, dass „Palliativpatienten auch auf anderen Abteilungen bzw. in Krankenhäusern ohne Palliativstation bedarfsgerecht versorgt werden können“ (Materstvedt et al., 2003, p. 1). Grundlegend für diese Versorgungslücken vor allem im Palliativmedizinischen Bereich sind Defizite im Gesundheitssystem, durch u.a. den Mangel an spezialisierten Fachkräften und durch den Mangel einer finanziellen Förderung und Unterstützung.

Die Finanzierung von stationären Hospizstationen und Palliativstationen erfolgt i.d.R. auf unterschiedlicher Weise, so wird die Versorgung auf Palliativstationen durch das DRG-System⁵⁴ (Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Die Finanzierung der Hospizstationen erfolgt durch Beiträge der Pflegekasse (SGB XI) und § 39a Abs.1 SGB V (Stationäre Hospizversorgung)⁵⁵ (vgl. (Materstvedt et al.,

⁵⁴ Näheres zum **DRG-System** siehe im Glossar S. 112

⁵⁵ **§ 39a Abs. 1 SGB V**; siehe dazu im Anhang S. 95

2003). Vor allem durch die Komplexität und schwierigen Versorgungsabläufe entsteht durch das DRG Abrechnungsverfahren enorm hohe Kosten und Palliativstationen können nur defizitär arbeiten (vgl. Materstvedt et al., 2003). So war *eine* Reaktion auf diesen Versorgungsnotstand, vor allen im ambulanten Sektor, das durch die Gesetzgeber erlassene Gesetz § 37b SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung/SAPV) als Teil der Gesundheitsreformen 2007 (vgl. Schneider et al., 2010, p. 1), vgl. auch § 132d SGB V⁵⁶. Jeder Versicherte hat demnach das Recht und den Anspruch auf eine Palliativversorgung. Die Kostenübernahme einer stationären Hospizversorgung wird zu 90% der jeweiligen Krankenversicherung übernommen und zu 10% den stationäre Hospizträger. Ein Eigenanteil wird nach Änderung § 39a Abs. 1 SGB V nicht mehr eingefordert, somit entsteht eine finanzielle Sicherheit und Sicherung am Lebensende. Weiterhin ist aber vor allem die Hospizarbeit auf ehrenamtliche Mitarbeiter als Ergänzung der Pflege-dienste angewiesen, da die finanzielle Förderung der ambulanten Einrichtungen nicht vollständig gegeben ist. Allerdings können bisher nur 10% der Sterbenden von dem Angebot der SAPV profitieren. Der Betreuungsschlüssel auf Palliativstationen hingegen ist durch die PCT's zu bewältigen – so steht dem Patienten 24 Stunden am Tag mindestens eine Pflegekraft zur Verfügung.

7.2 Analyse der medizinischen Rahmenbedingungen in den Niederlanden

Die rechtliche Sonderstellung und *Entkriminalisierung* der Euthanasie und PAS, als auch die Entwicklung der Palliative Care und Hospizbewegung, sind in den Niederlanden zwei parallele Trends, die sich gegenseitig ausschließen (vgl. draaisma, 2011, p. 195). Diese Besonderheit der sich kontrastierenden Trends macht es notwendig, die medizinischen Rahmen-bedingungen nicht *nur* auf die Palliative Care und Hospizbewegung, sondern auch auf das Verhältnis dieser zur Euthanasie und *End-of-Life decisions*⁵⁷ zu beziehen.

Durch die Verabschiedung des Sterbehilfegesetzes und die damit verbundenen Kriterien des ärztlichen Handelns, hat der Arzt lt. Art 2 Sorgfalts-anforderungen (SterbehilfeG) die Pflicht zu prüfen, ob eine Tötung auf Verlangen zulässig ist.

⁵⁶ § 132d SGB V; siehe im Anhang S. 95

⁵⁷ **End-of-Life Decisions:** Die Entscheidung sterben zu wollen (Übers. n. Verfasser).

Denn erst, wenn der Arzt „[...] zu der Überzeugung gelangt ist, dass es sich um ein aussichtsloses und unerträgliches Leiden des Patienten handelt [...] [und es] keine andere vernünftige Lösung [gibt]“ (Grundmann, 2004, pp. 217–218), darf dieser eine lebensbeendende Maßnahme einleiten. Das *unerträgliche Leiden* des Patienten ist i.d.R. multikausal und kann nicht allein auf somatische Leiden zurückgeführt werden, sondern in vielen Fällen auch auf psychische- und mentale Leiden; auch spiritueller Herkunft (vgl. KNMG, 2011, p. 21). In den Fällen, in denen kein refraktorisches somatisches Leiden vorliegt, ist eine Palliative-Maßnahme notwendig und einzige Alternative, denn: „ [the] Dutch Supreme Court decision forbid euthanasia when the alternative of palliative treatment is available“ (Gillon, 1999, p. 3). Die häufigsten Gründe für die Nachfrage nach »Euthanasie«, sind i.d.R. Schmerz, Abhängigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verlust der Autonomie etc. an (vgl. Buiting et al., 2009, p. 10). In den meisten Fällen wird jedoch eine Palliativ-medizinische Alternativ-Behandlung von den Patienten abgelehnt. Die Gründe für eine Ablehnung von möglichen Alternativen durch den Patienten liegen oftmals nicht nur an der derzeitigen Situation des subjektiv empfundenen Leidens, sondern auch an der Aussicht des zukünftigen Leidens, insb. Demenzpatienten. Diese Ängste ließen sich durch „Palliativmedizin und menschliche Zuwendung, in hohem Maße beeinflussen“ (Naunin, 2012, p. 142).

Die Entwicklung der niederländischen Palliativ Care hat ihre Wurzeln in der 1980 beginnenden Hospizbewegung; initiiert durch Privat-Initiativen, wie z.B. *Stichting Elckerlijck* und *Nederlandse Hospice Beweging* (vgl. Jordan, 2007, p. 132). Weitere Organisationen und Initiativen gründeten sich in den folgenden Jahren; so das erste Hospiz *bijna thuis huis* (Fast-wie-zu Hause)⁵⁸ und zwei sog. „*High-Care Hospize*“ (vgl. ebd.) mit medizinischer Ausrichtung und 24 Std. Versorgung durch PCT. Grundlegend für die rasante Entwicklung der Hospizbewegung und Palliativ Care, war die new Public Health Bewegung als treibender Faktor und Motivation. Besonders bedeutend für die Palliativ Care Bewegung war der „zunehmende Bedarf von Veränderungen im Pflegesystem“ durch die demographische Entwicklung (ebd., p. 133) und der Wunsch der Patienten *Zuhause* sterben zu

können. Dennoch bedingt die demographische Entwicklung, dass ein hoher Anteil Pflegebedürftiger auf einen geringen Anteil Pfleger fällt – dies hat eine große Auswirkung auf die zukünftige Möglichkeit der ambulanten Pflege. So beschreibt die *Stiftung Agora*⁵⁹ auf ihrer Homepage, dass langfristig „eine kleine Gruppe von gesunden Menschen wird die Pflege einer große Gruppe, die nicht gesund ist finanzieren müssen“ (Stiftung Agora; 18.10.2006, zitiert n. ebd.). Es besteht bereits aktuell hoher Bedarf an professioneller (häuslicher) Pflege, der nur unzureichend gedeckt werden kann - die *Regionale Indikationsstelle* [RIO] prüft den Bedarf an professioneller Pflege und möglicher Krankenkassen-zuschläge (vgl. ebd., p. 149). Regierungsinitiativen und die Entwicklung der Palliativ Care versuchen dem hohen Bedarf entgegen zu wirken. U.a. durch „Maßnahmen zur Förderung von Forschung und innovativen Projekten im Bereich Palliativ Care, Programm des Rates für Gesundheitsforschung- und Entwicklung (ZonMW)“, als auch „Förderung von Palliative Care durch die Einrichtung von sechs akademischen Zentren für die Entwicklung von Palliative Care (COPZs)“ (vgl. Jansen-van der Weide et al., 2005, p. 306)

Zur Ermittlung des Bedarfs, der Qualitätskriterien und der Kosten von Palliativ Care und Hospizpflege, wurde die *Projektgruppe Integration Hospizbetreuung* [PIH] gegründet. Seit 1998 agiert die PIH in diesem Auftrag und soll zudem ein Netzwerk der verschiedenen Institutionen und Organisationen herstellen, sodass eine möglichst umfassende Versorgung der Sterbenden gewährleistet ist (vgl. ebd., p. 138). Die PIH evaluierte das niederländische Gesundheitssystem und veröffentlichte im Abschlussbericht⁶⁰ 2001 ein Statement über die Versorgung der Patienten. Das niederländische Gesundheitssystem sei demnach *gut* und *zuverlässig* und eine Terminale – oder Basispflege sei für jeden Bürger verfügbar (vgl. ebd., p. 139). Jedoch wird kritisiert, dass die verschiedenen Pflgetypen, wie z.B. zu Hause, im Krankenhaus, Pflege- und Altenheim, Hospiz, nicht gleich

⁵⁸ **Bijna-thuis-huis Hospize:** oftmals aufgrund der Aufnahme von med. weniger aufwendigen Fällen und nicht professionellem Team = *Low-Care* Hospiz (vgl. Jansen-van der Weide, Onwuteaka-Philipsen, and van der Wal (2005, p. 304)).

⁵⁹ **Stiftung Agora** – eine unabhängige Initiative des *Netzwerks Palliativpflege für Terminale Patienten Niederlande*; [http:// www.palliatief.nl](http://www.palliatief.nl) Jordan (2007, p. 135).

⁶⁰ **Abschlussbericht:** Verbesserung der Pflege von Menschen in der terminalen Phase und ihrer Angehörigen (Verbetering van den Zorg voor mensen in de terminale fase en hun naasten) Jordan (2007, p. 139)

gewichtet sind und der Fokus vor allem auf der stationären Versorgung des Patienten liegt (vgl. ebd., pp. 138–139). Das in dem Bericht vorgestellte Modell der PIH sieht eine Hospizeinrichtung als zentralen Ort des Versorgungsnetzwerks, in denen *terminal kranke Patienten* kurzzeitig und vorrangig der anderen Pflegeorte durch, z.B. PKD versorgt werden können. Aufgrund der Kostenintensivität sind vor allem ambulante und private Einrichtungen (*bijna thuis huis*) im strukturellen Aufbau benachteiligt. Zwar wurde in Folge der Arbeit der PIH Gelder vom Gesundheitsministerium von insg. 25 Mio. € bereitgestellt, dennoch bezieht sich dies i.d.R. eher auf die Förderung staatlicher Palliativ- und Hospizeinrichtungen (vgl. ebd., p. 309). Ein geringer Anteil wird für die Finanzierung der Ehrenamtlichen-Vereinigungen, wie z.B. *Nationale Vereniging für vrijwillige häusliche Pflegeeinrichtungen* [VTZ] erbracht (vgl. ebd.). Eine Finanzierung durch eine Pflichtversicherung reiche aufgrund der z.T. komplexen Versorgungsmaßnahmen nicht aus. Das Pflegepersonal sowohl in den Hospizeinrichtungen, als auch auf den Palliativstationen der Alten- und Pflegeheime, ist i.d.R. durch nur gering in der Palliativversorgung geschult; die häusliche Pflege wird hauptsächlich durch den Hausarzt vorgenommen (vgl. ebd., p. 311) Die aktuelle Anzahl (2007) der Einrichtungen mit Palliativstationen liegt bei: 335 Pflegeheime mit einer totalen Anzahl an 243 Plätzen; 1342 Altenheime mit einer totalen Anzahl an 103 Plätzen; 65 Bijna-thuis-huizen mit einer totalen Anzahl an ca. 322 Plätzen, 35 Hospize (*High-Care Hospize*) mit 214 Plätzen und 130 Krankenhäuser mit 19 Plätzen⁶¹. Trotz der Bemühungen um eine adäquate und Flächendeckende Versorgung sind aktuell (2012) noch 3.859 Fälle auf Euthanasie und 192 Fälle auf PAS zurückzuführen; insg. 4360 Fälle (3,2%) von „explicit intention of hastening death“⁶². Strikt gegen eine Euthanasie sprechen sich die *High-Care Hospize* aus, sie vertreten den Standpunkt der Palliative Care als Absage einer aktiven Lebensbeendigung auf Verlangen. Weitaus seltener wird dieser Standpunkt in den *bijna thuis huizen* vertreten – die Euthanasie als „würdiger Schlussakt“ und Palliative Care werden als „zwei miteinander vereinbare

⁶¹ Siehe *Agora* :

<http://www.agora.nl/Portals/31/publicaties/Palliatieve%20voorzieningen%20in%20Zorg%20Kiezen%20-%201%20oktober%202007.pdf>, Stand 28. Februar 2013

Umgangsweisen mit sterbenden Menschen und ihrer Selbstbestimmung“ (ebd., p. 179) verstanden. Demnach sind beide Möglichkeiten, der Anspruch auf eine Euthanasie und eine qualitative Palliative Care als Sterbe-begleitung miteinander vereinbar (vgl. ebd.) und ergänzen sich. Jordan schrieb von einer *Normalisierung* der Euthanasie, welche eine Infragestellung verhindere und eine allgemeine Akzeptanz vorhanden sei (vgl. Jordan, 2007, p. 180).

7.1.1 Zusammenfassender Vergleich der medizinischen Rahmenbedingungen

Der Vergleich der medizinischen Rahmenbedingungen soll anhand folgender Kriterien durchgeführt werden: (1) Gründe für Entstehung der Hospiz- und *Palliative Care*- Bewegung; (2) Fokus der Arbeit von Hospiz- und *Palliative Care*- Einrichtungen; (3) Umgang mit Entscheidungen am Lebensende und „Tötung auf Verlangen“, bzw. „Euthanasie“ im Kontext der Bewegung; (4) Versorgungsstand; (5) Stellenwert der Selbstbestimmung; (6) Public Health Relevanz.

(1) Wesentlicher Grund für die Entwicklung der Hospiz- und *Palliative Care*- Bewegung in den Niederlanden und Deutschland ist die umfassende new PH- Problematik durch gesellschaftliche- und demographische Veränderungen und damit einhergehende Versorgungsdefizite. Es besteht demnach ein Mangel an adäquater Versorgung, der durch qualitative palliativmedizinische- und hospizliche- Sterbe-begleitung und Versorgung zu decken ist. Allerdings bestand durch die Euthanasie-Politik in den Niederlanden ein Public Health Spannungsfeld, durch zwei konträr existierende Trends. **(2)** Der Fokus der Ausrichtung ist im Wesentlichen durch sozialpolitische Strukturen und Traditionen beeinflusst (vgl. Jordan, 2007, p. 197). In den Niederlanden setzte die Hospiz- und Palliativ Care Bewegung ab 1990 ein und bewegte sich auf drei Ebenen, welche u.a. das niederländische Pflegeheimnetz betrifft, die Betreuung durch Privatpersonen in sog. *bijna thui huizen* und die Implementierung der *High Care*- Hospize (vgl. Jordan, 2007, p. 199). In Deutschland setzte die Hospizbewegung ebenfalls in den 90er Jahren ein und hatte den Fokus der Verbesserung der

⁶² Quelle: CBS StatLine:

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLen&PA=81655ENG&LA=en>, letzter Aufruf 06.04.2013

„sozialen und medizinischen Bedingungen von Sterbenden“ (Jordan, 2007, p. 200). **(3)** Die deutsche Hospizidee resultierte aus einem langen Konflikt der Einführung von Häusern für Sterbende, in denen diese *ghettoisiert* werden würden (vgl. Jordan, 2007, p. 200). Dieser Vorbehalt ist zurückgeführt auf die Angst der Menschen der »Euthanasie«-Praxis. So besteht auch nach Einführung und Entwicklung der Hospizbewegung eine strikte Absage von „Tötung auf Verlangen“. In den Niederlanden hingegen bestand bereits lange Zeit vor Implementierung von *Palliative Care* eine »Euthanasie«-Praxis, der bis zum Zeitpunkt der Entkriminalisierung, eine Duldung und Akzeptanz dieser nachzuweisen war und auch nach Beginn der Bewegung nachzuweisen ist. Jordan schrieb dazu, dass sich die Normalisierung der Euthanasiepraxis unweigerlich auf das Selbstverständnis der niederländischen *Palliative Care*- Bewegung auswirke und demnach beinahe alle *Palliative Care*- Einrichtungen eine Euthanasie als Behandlungsweise akzeptieren würden (vgl. Jordan, 2007, p. 203). **(4)** Der Versorgungsstand sowohl in Deutschland, als auch in den Niederlanden ist stark durch die PH Problematik des demographischen Wandels beeinflusst – so kann weder in Deutschland, noch in den Niederlanden durch den Mangel an Pflege- und Fachkräften eine adäquate Versorgung für Sterbende gesichert sein. Jedoch sind die Bemühungen um eine Implementierung und qualitativ hochwertige Versorgung in den Niederlanden weitaus umfassender. **(5)** Die Selbstbestimmung der Patienten am Lebensende wird in dem medizinischen Kontext weitgehend von den Länderspezifischen rechtlichen- und ethischen Rahmenbedingungen bestimmt. **(6)** Die Public Health Relevanz der medizinischen Rahmenbedingungen ist durch die Bedeutung der Pflege und medizinischer Versorgung am Lebensende umfassend. Insbesondere die Gründe der Patienten um die Bitte einer Euthanasie sind durch den Aspekt der Public Health, nämlich „health-promotion“ zu beeinflussen. Ein mangelndes Wohlbefinden „well-being“ und somatische Leiden können durch adäquate Versorgung verbessert werden – dies ist das Ziel der Hospiz- und *Palliative-Care* Einrichtungen. Aktuell besteht jedoch durch das Sterbehilfegesetz in den Niederlanden ein Spannungsfeld der »Euthanasie-Praxis« und »Public Health«. So wird einerseits die Patientenautonomie gewährleistet, jedoch wird andererseits nicht im Sinne von PH als Wiederherstellung von Gesundheit und „well-being“ gehandelt.

9. Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Analyse und der zusammenfassende Vergleich der ethischen-, rechtlichen- und medizinischen Rahmenbedingungen der »Sterbehilfe« und »Euthanasie« in den Niederlanden und Deutschland, mit dem Fokus auf die Public Health Relevanz und Selbstbestimmung am Lebensende. Im Folgenden sollen die wesentlichen Ergebnisse der theoretischen Ausarbeitung zusammengefasst und diskutiert werden.

Bereits die Grundlage der Arbeit, der Umgang und die Verwendung der Termini und Definitionen hat sich als kompliziert erwiesen, da große länderspezifische Differenzen der jeweiligen Definitionen und Begriffe bestehen. So wird in Deutschland diffus mit dem Begriff der »aktiven Sterbehilfe«, im Sinne der *aktiven Lebensbeendigung auf Verlangen*, umgegangen. Die wissenschaftliche deutsche Literatur bedient sich verschiedenster Ausdrücke und Begrifflichkeiten zur Umschreibung der aktiven Lebensbeendigung, z.T. wird lediglich von »Sterbehilfe« gesprochen, sodass unklar ist, welche Form verwendet wird. In den Niederlanden wiederum wird durchweg der Begriff »Euthanasie« verwendet, wenn von einer aktiven Lebensbeendigung auf Verlangen gesprochen wird. Ferner wird in der Literatur oftmals unter dem selbigen Begriff auch »PAS« aufgeführt. Weitere Formen der klinischen Sterbehilfe werden in den Niederlanden weitaus liberaler behandelt und fallen unter der Kategorie der *normalen* medizinischen Maßnahme. Klar wird, dass die Niederlande durch den alltäglichen Umgang mit der »Euthanasie« eine Notwendigkeit in der expliziten Definition dieser gesehen hat, sodass eine einheitliche und sinngemäße Verwendung dieses Begriffes stattfindet. Deutschland hingegen ist eine „verspätete Nation“ (Steinkamp et.al. zitiert nach Giese et al., 2006, p. 24) und bedient sich bisher keiner einheitlichen Definition und Verwendung der Begriffe. Versuche des Nationalen Ethikrats zur Implementierung alternativer Bezeichnungen und fest-geschriebenen Definitionen scheiterten. Es war daher notwendig für die vorliegende Arbeit die genaue und sinngemäße Verwendung vorab zu definieren.

Bedeutsam für die Auseinandersetzung mit der Thematik sind die umfassenden demographischen-, sozio-kulturellen-, demographischen- und epidemiologischen Veränderungen, welche eine zunehmende Auseinandersetzung der Fach-Disziplinen mit der Forderung nach »aktiver Sterbehilfe« und »Euthanasie«

fordern. Diese gesellschaftlichen Veränderungen sind wesentliche Gründe für das Entstehen der new Public Health Bewegung und Relevanz von adäquater und qualitativer End-Of-Life Care. Insbesondere die Situationen am Lebensende sind durch starke physische und psychische Leiden beeinflusst. „Health-Promotion“ als Teil der Public Health Umsetzung fokussiert die Wiederherstellung von „well-being“ am Lebensende. Die aktuelle Versorgungssituation zeigt jedoch, dass aufgrund der PH Problematik des demographischen Wandels eine Diskrepanz des Bedarfs an Versorgung und der zur Verfügung stehenden professionellen Versorgung besteht. In vielen Fällen kann daher keine adäquate End-Of-Life Care gesichert werden. Immer häufiger wird daher aus dem Grund der Angst vor einem menschenunwürdigen Sterben der Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung geäußert. Doch nicht nur der Mangel an Versorgung, auch die intensivmedizinischen Fortschritte und eine starke Technisierung und Übermedikalisierung sind Gründe für Patienten, vor allem höheren Alters, der Forderung einer aktiven Lebensbeendigung. Kritiker der »Euthanasie« sehen in dem Mangel an umfassender Hospiz- und Palliativmedizinischen Versorgung den Grund für die vermehrte Bitte um aktive Lebensbeendigung auf Verlangen. So sei die Palliative Care die maßgebliche Alternative der »aktiven Sterbehilfe« und »Euthanasie«. Doch in der Realität zeigt sich, vor allem in den Niederlanden, dass sich die Trends der Palliative Care und der »Euthanasie-Praxis« parallel entwickeln. Ein wesentlicher Grund dafür ist u.a. die vermehrte Akzeptanz und Normalität der »Euthanasie-Praxis« in den Niederlanden. Auch in zahlreichen Palliative Care Einrichtungen wird eine »Euthanasie« durchgeführt. Die Akzeptanz und Normalität der Euthanasie gründet im Wesentlichen auf dem Bestehen einer »Euthanasie-Praxis« und letztlich der Entkriminalisierung dieser mit Einführung des Sterbehilfegesetzes. Demnach sei eine Euthanasie zwar nicht legal, unter Berücksichtigung bestimmter Sorgfaltsanforderungen jedoch kann eine Strafbarkeit ausgeschlossen werden. In Deutschland existiert keine rechtliche Sonderregelung von Fällen der »aktiven Sterbehilfe«; der Tatbestand wird immer anhand von Kriterien der Fremdtötungsparagraphen geprüft. Hier mangelt es im Wesentlichen an der gesetzlichen Spruchpraxis. Dies begründet auch eine Unsicherheit über die rechtliche Zulässigkeit von Sterbehilfe in der Praxis. So wird i.d.R. die »aktive Sterbehilfe« der „Tötung auf Verlangen“ zugeordnet. Ferner sind in Deutschland Fälle der reinen-, passiven und indirekt aktiven- Sterbehilfe

rechtlich zulässig, allerdings bestehen auch hier in der Praxis, aufgrund des fehlenden Konsens' über Definitionen, Unsicherheiten über die rechtliche Zulässigkeit. In den Niederlanden werden diese Fälle der Sterbehilfe unter *normalen* medizinischen Maßnahmen gefasst und nicht gesetzlich aufgeführt. Auch auf ethischer Ebene findet in Deutschland eine strikte Ablehnung der aktiven Lebensbeendigung auf Verlangen statt. Ein Grund dafür ist die Uneinigkeit über die Legitimität und Validität von Nachfragen nach aktiver Sterbehilfe (vgl. {Hillebrand 2012 #126: 157}). Aus Berufs- und Standesethischen Gründen ist die aktive Lebensbeendigung auf Verlangen nicht zu gebieten, da die oberste Prämisse „*primim nil nocere*“ ist. Das aktive Eingreifen in das Leben entspräche einer ethischen Unzulässigkeit. Doch eine Lebenserhaltung ist nicht unter allen Umständen wünschenswert – so kann eine Therapiezieländerung im Sinne einer reinen-, passiven und indirekt aktiven Sterbehilfe sowohl genuinethisch-, als auch standes- und rechtsethisch zu gebieten sein, wenn sich der Patient im Sterbevorgang befindet. Dieses Handeln wäre ethisch Zulässig, da der affirmative Grundkonsens berücksichtigt wäre. Eine gänzliche Zulässigkeit könnte unter der Prämisse gewährleistet sein, wenn die ethischen Bezugsebenen an den ethisch-normativen Bezugspunkten ausgerichtet werden und diese optimal berücksichtigen (vgl. {Hillebrand 2012 #126: 158}). Die ethische Zulässigkeit der »Euthanasie« in den Niederlanden richtet sich an den selben ethischen Ebenen und normativen Bezugspunkten aus – der Unterschied ist jedoch, dass die »Euthanasie« auf rechtsethischer Ebene durch das Sterbehilfegesetz zu gebieten ist. Zwar ist nicht in jedem Fall eine »Euthanasie« ethisch zulässig, jedoch bedingt die rechtliche Zulässigkeit die Möglichkeit der Durchführung. Genuinethisch zu gebieten ist die »Euthanasie« durch das Einhalten der Sorgfaltsanforderungen, unter denen ein Grund für die ethische Zulässigkeit das „unerträgliche“ Leiden ist. Grundlegend charakterisieren sich die Rahmenbedingungen in Deutschland und den Niederlanden sowohl einerseits durch die Akzeptanz der »Euthanasie« und andererseits durch Unsicherheiten und Konsens-Unfähigkeiten über den Umgang der »aktiven Sterbehilfe«. Der Grund für die Akzeptanz und Entwicklung der »Euthanasie« in den Niederlanden wird als Teil der „Duldungspolitik“ gesehen. In Deutschland hingegen ist nach wie vor die Angst und der Gedanke an die „NS-Euthanasie“ präsent und Grund für die Ablehnung. Außerdem wird als Grund des nicht vorhandenen Legalisierungsbestrebens auch oftmals die Angst vor einem

„Dambruch“ benannt. So könne unter Umständen die vollständige Patientenautonomie im Sinne der vollständigen Entscheidung über die Behandlung auch zu einem Verlust der Autonomie führen, da sich Ältere ggf. rechtfertigen müssen, wenn sie nicht die »aktive Sterbehilfe« wählen. Die Selbstbestimmung ist also maßgeblich durch die rechtlichen Regelungen beeinflusst und lediglich in den Niederlanden gänzlich berücksichtigt.

Die Methodik der reinen Literaturrecherche richtete sich nach dem gewählten Forschungsdesign der Literaturarbeit und theoretischen Abhandlung aus. Der Forschungsprozess ist an das Modell von LoBiondo-Wood und Haber angelegt. Der Wahl des Themas folgte die Grobrecherche, welche sich bereits als sehr umfassend in der Thematik der Sterbehilfe und Euthanasie erwies. Die Festlegung der Forschungsfragen im Folgenden richtete sich nach denen in der Grobrecherche als interessant erachteten Aspekte der Sterbehilfe und Euthanasie, nämlich der medizinische, rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen. Aufgrund der im Folgenden umfassenden Literatur und aufwendigen Suchprozesse ist eine Kritik an der Vorgehensweise die Wahl der Bearbeitung von drei wesentlichen Aspekten, welche hätten differenziert bearbeitet werden müssen. Ein weiterer Faktor ist, dass nicht nur drei wesentliche Aspekte mit großem Umfang bearbeitet wurde, auch musste jeweils die deutsche und englische Literatur berücksichtigt werden, sodass die Suche sich als sehr zeitintensiv erwies. Die Strukturierung und Auswahl relevanter Texte erwies sich aufgrund ebendieser Faktoren als sehr umfassend und war für die Bearbeitung der Forschungsfragen in dem Umfang nicht effektiv. Das breite Themenfeld und die beschränkte Seitenanzahl ließ nur eine unzureichende Bearbeitung der Thematik zu, sodass die Aspekte jeweils nur kurz beschrieben werden konnten. Zudem war es für die Bearbeitung der Thematik meiner Meinung nach relevant eine umfassende Darstellung der Begriffs- und Hintergrundgeschichte, als auch Termini zu erstellen. Jedoch ist dies aufgrund der begrenzten Seitenanzahl in dem Umfang nicht effektiv und sinnvoll. Die Darstellung der Definitionen hätte u.U. im Glossar stattfinden können, die Bearbeitung der Begriffs- und Hintergrundgeschichte hätte sich auf wenige Seiten beschränken müssen. Das Fazit der Methodenkritik ist, dass die Wahl des Themas im Sinne der Bearbeitung von Aspekten der Sterbehilfe und Euthanasie zwar sinnvoll ist, jedoch aufgrund der begrenzten Seitenzahl lediglich ein Aspekt hätte aufgegriffen werden müssen.

Anhang I. Das Ärztliche Standesethos

1. Der »Hippokratische Eid«

Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen, sie zu Zeugen aufrufend, daß ich erfüllen will nach meinem Können und Urteil diesen Eid in diesem Vertrag:

Den, der mich diese Kunst gelehrt hat, meinen Eltern gleich zu achten und mein Leben in Gemeinschaft mit ihm zu leben und ihm, wenn er Geld nötig hat, an meinem Anteil zu geben und seine Nachkommenschaft meinen Brüdern in männlicher Linie gleichzustellen und sie diese Kunst zu lehren – wenn sie wünschen, sie zu erlernen – ohne Honorar und Vertrag; an Regeln und mündlichen Unterricht und allem übrigen Wissen meinen Söhnen Anteil zu geben und den Söhnen dessen, der mich Unterrichtet hat, und Schülern, die den Vertrag unterzeichnet und einen Eid geleistet haben nach ärztlichem Brauch, aber sonst niemandem. Ich will diätetische Maßnahmen zum Vorteil der Kranken anwenden und nach meinem Können und Urteil; ich will sie vor Schaden und Unrecht bewahren. Ich will weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen. Ebenso will ich keiner Frau ein abtreibendes Mittel geben. In Reinheit und Heiligkeit will ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Ich will das Messer nicht gebrauchen, nicht einmal bei Steinleiden, sondern ich will davon abstehen zugunsten der Männer, die sich mit dieser Arbeit befassen. In allen Häusern, die ich besuche, will ich zum Vorteil der Kranken kommen, mich frei halten von allem vorsätzlichen Unrecht, von aller Schädigung und insbesondere von sexuellen Beziehungen sowohl mit weiblichen wie mit männlichen Personen, seien sie frei oder Sklaven. Was ich etwa sehe oder höre im Laufe der Behandlung oder auch außerhalb der Behandlung über das Leben von Menschen, was man auf keinen Fall verbreiten darf, will ich für mich behalten, in der Überzeugung, daß es schändlich ist, über solche Dinge zu sprechen. Wenn ich diesen Eid erfülle und ihn nicht verletze, sei es mir vergönnt, mich des Lebens und der Kunst zu erfreuen, geehrt durch den Ruhm bei allen Menschen auf alle künftige Zeit; wenn ich ihn übertrete und falsch schwöre, sei das Gegenteil von all diesem mein Los. (Quelle: Ludwig Edelstein: Der Hippokratische Eid. Zürich und Stuttgart 1969, S. 7 – 8, zitiert n. Benzenhöfer, 1999, p. 208)

3. »Dutch Medical Oath« 2003

I swear/promise to practise the art of medicine as well as I can for the benefit of my fellow man. I will take care of the ill, promote health and relieve suffering. I put the interest of the patient first and respect his convictions. I will not harm the patient. I will listen and will inform him well. I will keep secret what has been entrusted to me. I will further the medical knowledge of myself and others. I acknowledge the boundaries of my possibilities. I will adopt an open and testable attitude and I know my responsibilities towards society. I will further the availability and accessibility of health care. I will not misuse my medical knowledge, not even under pressure. This is how I will honour the profession of medical doctor. Quelle: Westerveld et al., 2005, p. 369.

2. Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden. Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst. Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Diese Grundsätze sollen dem Arzt eine Orientierung geben, können ihm jedoch die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls getroffen werden. In Zweifelsfällen kann eine Ethikberatung hilfreich sein.

Anhang II. Der Suchprozess

2. Modell des Suchprozesses im Überblick

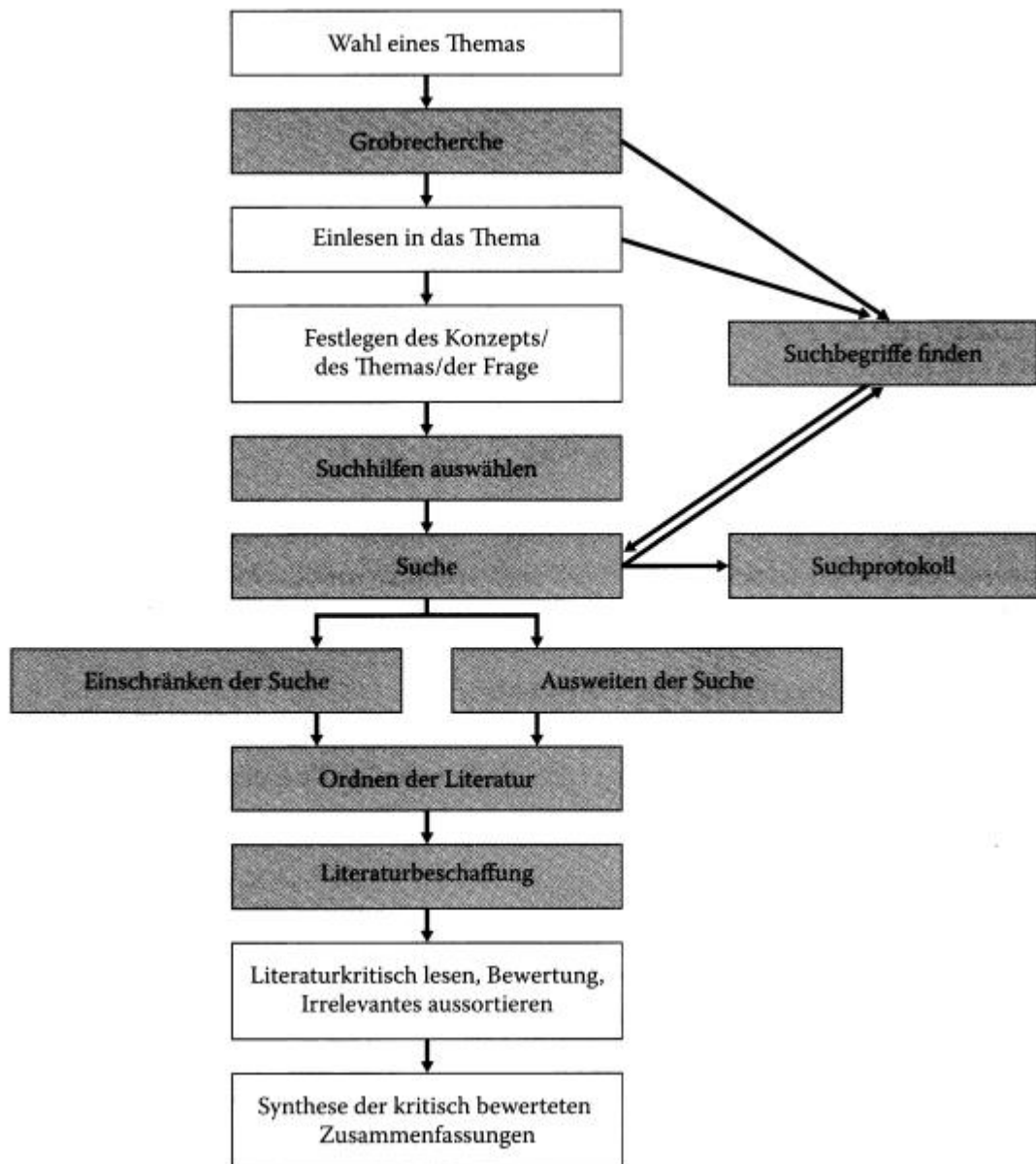


Abbildung 1. Modell des Suchprozesses; Quelle: (LoBiondo-Wood & Haber, 1996, p. 137)

3. Aktualisierte Suchwörterliste

Komponente 1: ethische, rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen		Komponente 2: Sterbehilfe		
(dt.)	<p>Synonyme: Ethisch Moralisch Moralische Werte Wertesystem Wertmaßstab Wertmaßstäbe</p> <p>Oberbegriffe: Philosophie Praktische-Ethik</p> <p>Unterbegriff: (Bio-) Ethik Angewandte Ethik Sittenlehre</p>	<p>Synonyme: Rechtlich Ethisch-Juristisch Juristisch Gesetzlich Legal Legalität Vorschriftsmaßig</p> <p>Oberbegriffe: Politik-Wissenschaft Gesetz</p>	<p>Synonyme: Medizinisch Ärztlich Hospiz Klinisch Palliativ</p> <p>Oberbegriffe: Ärztliche -Wissenschaft Heilkunde Medizin - Ethisch Pflege</p> <p>Unterbegriff: Gesundheit Medikamente Medizin</p>	<p>Synonyme: Rahmenbedingung Aspekte Faktor (Sorgfalts-)Kriterien</p>
(eng.)	<p>Synonyme: Ethical Morally Ethical Values Value System Measure of Value</p> <p>Oberbegriffe: Philosophy Practical-Ethic</p> <p>Unterbegriffe: (Bio-) Ethics Applied Ethics Moral Doctrine</p>	<p>Synonyme: Legal Acceptable Ethico-juristic Legal Legally Legitimate Regular</p> <p>Oberbegriffe: Political-Science Right</p>	<p>Synonyme: Medical Medicine Medical-Science Palliative</p> <p>Oberbegriffe: Medical – Science Medical – Ethics Care</p> <p>Unterbegriffe: (Public-) Health Medication Medicine</p>	<p>Synonyme: Aspects Criteria Parameter Standard of Care</p>

Abbildung 2. Aktualisierte Suchwortliste

Komponente 4: Patientenautonomie und Selbstbestimmung		der Sterbenden	
(dt.)	<p>Synonyme: <i>Patienten-Autonomie</i></p> <p>Oberbegriffe: Autonomie Humanität</p> <p>Unterbegriffe: Patientenrecht</p>	<p>Synonyme: <i>Selbstbestimmung</i> Selbstbestimmt Selbstbestimmtes Handeln Selbstbestimmungsrecht</p> <p>Oberbegriffe: Autonomie (Menschen-) Recht</p> <p>Unterbegriffe: Eigenständigkeit Freiheit Mündigkeit Selbstständigkeit</p>	<p>Synonyme: <i>Sterbenden</i> Sterbend Sterbende/r</p> <p>Oberbegriffe: Patient</p> <p>Unterbegriffe: Bettlägeriger Leidender Sterbens-Kranker Tod</p>
(eng.)	<p>Synonyme: <i>Patient autonomy</i></p> <p>Oberbegriffe: <u>Autonomy</u> <u>Humanity</u></p> <p>Unterbegriffe: Patients right</p>	<p>Synonyme: <i>Self-determination</i> <u>Self-determined</u> <u>Self-determined action</u></p> <p>Oberbegriffe: <u>Autonomy</u> <u>Human-Rights</u></p> <p>Unterbegriffe: Freedom (right-to die) Independent</p>	<p>Synonyme: Dying Dying person/man/woman Moribund</p> <p>Oberbegriffe: Patient</p> <p>Unterbegriffe: <u>Bed-ridden-person</u> Death Fatally Ill <u>Sufferer</u></p>

Abbildung 3. Aktualisierte Suchwortliste

4. PubMed Eingabe der relevanten Suchwörter

Sprache Filter	Suchbegriff	PubMed Ergebnisse
(dt.)	Ethisch* [mh] (ethisch, ethische, ethischen, ethischer, ethisches [...])	„No items found“
	Ethic* [mh] (ethic, ethical, ethic, ethic's [...])	Results: 2802
	Moral* (Moral, moralisch, morally [...])	Results: 505
(eng.)	Ethic* [mh] (ethic, ethical, ethic, ethic's [...])	Results: 79997
	Moral* (moral, morally [...])	Results: 27212

Sprache Filter	Suchbegriff	PubMed Ergebnisse
(dt.)	Recht* [mh] (Recht, rechtlich, rechtens [...])	„No items found“
	Legal* [mh] (legal, legalität, legales [...])	„No items found“
	Gesetz	Results: 14
	Legal* (legal, legalität, legales [...])	Results: 3813
	Recht* (Recht, rechtlich, rechtens [...])	Results: 2625
(eng.)	Legal* (legal, legality, legally [...])	Result: 57444
	Law	Results: 100033

Sprache Filter	Suchbegriff	PubMed Ergebnisse
(dt.)	Medizin* [mh](Medizin, medizinisch [...])	Results: 36204
	Medic* [mh] (medical, medicine, medic [...])	Results: 26822
	Palliativ* (palliative, palliative-ärztliche-Behandlung [...])	Results: 3587
	Hospiz	Results: 26
(eng.)	Medic* (medical, medicine, medic [...])	Results: 1721107
	Palliative* (palliative/active, palliative/curative [...])	Results: 38412
	„Public-Health“ [mh]	Results: 3299739

Sprache Filter	Suchbegriffe	PubMed Ergebnisse
(dt.)	Sterbehilfe [majr]	Results: 3
	Euthanasie [majr]/[mh]	Results: 415
	Euthanasia [majr]	Results: 275
	Euthanasia [mesh]	Results: 377
	(ärztlich) „Assistierter Suizid“	Results: 0
	Sterbebegleitung [majr]/[mh]	Results: 0
(eng.)	*Euthanasia [majr]	Results: 5314
	*Euthanasia [mesh]	Results: 7747
	(physicans) „*Assisted suicide“	Results: 3103
	„Assisted Dying“	Results: 128
	“end-of-life care“	Results: 3410
	“Terminal-care“	Results: 13608

Sprache Filter	Suchbegriff	PubMed Ergebnisse
(dt.)	Deutsch* (Deutschland, deutschländisch, deutschländer [...])	Results: 11057
	Niederl* (Niederlande, niederländisch [...])	Results: 300
	German* [mh] (German, germany [...])	Results: 48583
	Netherl* [mh] (Netherland, netherlands [...])	Results: 243
(eng.)	German* [mh] (German, germany [...])	Results: 27403
	Netherl* [mh] (Netherland, netherlands [...])	Results: 25419

Sprache Filter	Suchbegriff	PubMed Ergebnisse
(dt.)	(de) Patientenautonomie	Results: 0

	(de) Patientenrecht	Results: 0
	(de) „Patients Autonomy“	Results: 3
(eng.)	(eng) „Patients Autonomy“	Results: 1049
	(eng) „Patient Rights“	Results: 665

Sprache Filter	Suchbegriffe	PubMed Ergebnisse
(dt.)	Selbstbestimm* (Selbstbestimmt, Selbstbestimmung [...])	Results: 1
	*Autonomie	Results: 2464
	*Autonomy	Results: 854
(eng.)	*Autonomy	Results: 22910
	„right-to-die“ [mh]	Results: 3029

Sprache Filter	Suchbegriffe	PubMed Ergebnisse
(dt.)	Sterben* (Sterben, sterbend, sterbender [...])	Results: 2
	Moribund	Results: 26
(eng.)	Dying* (dying/dead [...])	Results: 15376
	Moribund	Results: 507
	Sufferer	Results: 418

5. Suchprotokoll aus der Datenbank PubMed

Search	Most Recent Queries	Results
#104	Search (#103) AND dutch Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	4
#105	Search (((Ethic*[MeSH Subheading]) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND German*) NOT "NS-German") NOT "Third-Reich" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	56
#106	Search (Moral*[MeSH Subheading]) AND Euthanasia[MeSH Major Topic] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	0
#107	Search (Moral*[MeSH Subheading]) AND Euthanasia[MeSH Major Topic] Schema: all Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	0
#108	Search (Moral[MeSH Terms]) AND Euthanasia[MeSH Major Topic] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	1054
#109	Search ((#108) AND Netherl*) OR dutch Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	15174
#110	Search (#108) AND German* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	48
#111	Search (#110) NOT Nazi Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	27
#113	Search ((#112) AND German*) OR Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	175739
#114	Search (Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND "Public-Health"[MeSH Subheading] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	0
#116	Search (Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND "Public-Health" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01;	181

	Humans; English; German	
#117	Search ((legal*) AND aspects) AND Euthanasia[MeSH Major Topic] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	75
#119	Search ((legal*) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND Netherl*[MeSH Terms] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	240
#120	Search (((legal*) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND German*) NOT Nazi) NOT "Third-Reich" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	101
#121	Search (((medic*[MeSH Terms]) AND aspects) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	4
#122	Search (((medic*[MeSH Terms]) AND aspects) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND German* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	1
#123	Search (#122) NOT Nazi Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	0
#124	Search (#122) NOT Nazi Schema: all Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	0
#126	Search (((palliativ*[MeSH Terms]) AND aspects) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND Netherl* Schema: all Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	0
#125	Search (((palliativ*[MeSH Terms]) AND aspects) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	0
#129	Search (((palliativ* AND aspects) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	7
#130	Search (((((palliativ*) AND aspects) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND German*) NOT Nazi) NOT "Third-Reich" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal	3

	Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	
#131	Search (((Ethic*[MeSH Subheading]) AND aspects) AND *Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	8
#132	Search (Autonomy[Text Word]) AND *Euthanasia[MeSH Major Topic] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	968
#133	Search (#132) AND German* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	39
#134	Search (#132) AND Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	123
#135	Search Euthanasia [mesh] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	8124
#137	Search (((Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND Netherl*) AND German*) AND comparative study [pt] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	9
#138	Search (((Autonomy[MeSH Terms]) AND Dying[Text Word]) OR Moribund) OR Suffer* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	132090
#139	Search (#138) AND Euthanasia[Text Word] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	736
#140	Search (((ethic*) AND *Euthanasia[MeSH Major Topic]) OR "end-of-life care") OR "Terminal-care" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	17943
#141	Search (#140) AND German* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	1170
#142	Search (#141) AND Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	56
#143	Search (((medic*) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND "end-of-life care") AND "Terminal care" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study;	31

	Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	
#144	Search (((law) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) OR "end-of-life care") AND "Terminal care" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	2673
#145	Search (((#144) AND German*) NOT Nazi) NOT "Third-Reich" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	87
#146	Search (((((law) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND "end-of-life care") AND "Terminal care") AND Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	5
#147	Search (ethic*) AND Hospice Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	641
#148	Search (((((ethic*) OR law) OR medic*) AND Hospice[Text Word]) AND Netherl* Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	20
#150	Search (((((Ethic*[MeSH Subheading]) AND Euthanasia[MeSH Major Topic]) AND German*) NOT "NS-German*") NOT "Third-Reich" Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Free full text available; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	6
#152	Search (Moral[MeSH Terms]) AND Euthanasia[MeSH Major Topic] Filters: Systematic Reviews; Review; Meta-Analysis; Evaluation Studies; Comparative Study; Classical Article; Case Reports; Journal Article; Free full text available; Publication date from 1970/01/01 to 2013/01/01; Humans; English; German	78
#3	Search Search moral*[mh] AND Euthanasia[majr] AND ((systematic[sb] OR Review[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Evaluation Studies[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Classical Article[ptyp] OR Case Reports[ptyp] OR Journal Article[ptyp]) AND free full text[sb] AND ("1970/01/12"[PDat] : "2013/03/27"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))	1
#5	Search Search dignity ethic* AND ((systematic[sb] OR Review[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Evaluation Studies[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Classical Article[ptyp] OR Case Reports[ptyp] OR Journal Article[ptyp]) AND free full text[sb] AND ("1970/01/01"[PDat] : "2013/03/15"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))	2
#8	Search Search ((Ethik*) AND palliative) OR hosp AND ((systematic[sb] OR Review[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Evaluation Studies[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Classical Article[ptyp] OR Case Reports[ptyp] OR Journal	671

	Article[ptyp]) AND free full text[sb] AND ("1970/01/01"[PDat] : "2013/03/15"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))	
--	---	--

Anhang III. Richtlinien

1. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können. Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden. Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt soll auch Angehörige des Patienten und diesem nahestehende Personen informieren, soweit dies nicht dem Willen des Patienten widerspricht.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen.

III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und kognitiven Funktionsstörungen haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Art und Ausmaß ihrer Behandlung sind gemäß der medizinischen

Indikation vom Arzt zu verantworten; eine anhaltende Bewusstseinsbeeinträchtigung allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I. und II. beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Zudem sind in Bezug auf eine Änderung des Behandlungsziels zwei Gruppen von Patienten zu unterscheiden: von Lebensbeginn an nichteinwilligungsfähige Menschen sowie Menschen, die im Laufe des Lebens die Fähigkeit, ihren Willen zu bilden oder zu äußern, verloren haben. Eine Änderung des Behandlungsziels ist mit dem Patientenvertreter zu besprechen. Dabei ist bei der ersten Gruppe das Wohl des Patienten, bei der zweiten Gruppe der zuvor geäußerte oder der mutmaßliche Wille zu achten (vgl. Abschnitt IV. bis VI.).

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter getroffen. Das Behandlungsziel, die Indikation der daraus abgeleiteten Maßnahmen, die Frage der Einwilligungsfähigkeit des Patienten und der maßgebliche Patientenwille müssen daher im Gespräch zwischen Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter erörtert werden. Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine medizinisch indizierte Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken. Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten ist die Erklärung ihres Bevollmächtigten bzw. ihres Betreuers maßgeblich. Diese sind verpflichtet, den Willen und die Wünsche des Patienten zu beachten. Falls diese nicht bekannt sind, haben sie so zu entscheiden, wie es der Patient selbst getan hätte (mutmaßlicher Wille). Sie sollen dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Bestehen Anhaltspunkte für einen Missbrauch oder für eine offensichtliche Fehlentscheidung, soll sich der Arzt an das Betreuungsgericht wenden. Ist kein Vertreter des Patienten vorhanden, hat

der Arzt im Regelfall das Betreuungsgericht zu informieren und die Bestellung eines Betreuers anzuregen, welcher dann über die Einwilligung in die anstehenden ärztlichen Maßnahmen entscheidet. Liegt eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 BGB vor (vgl. VI.2.), hat der Arzt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er soll dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zu, hat der Arzt den Patienten entsprechend dessen Willen zu behandeln. Die Bestellung eines Betreuers ist hierfür nicht erforderlich. In Notfallsituationen, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Hier darf der Arzt davon ausgehen, dass es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, den ärztlich indizierten Maßnahmen zuzustimmen. Im weiteren Verlauf gelten die oben dargelegten allgemeinen Grundsätze. Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallsituation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert sind und vom Patientenwillen getragen werden. Ein Vertreter des Patienten ist sobald wie möglich einzubeziehen; sofern erforderlich, ist die Einrichtung einer Betreuung beim Betreuungsgericht anzuregen.

V. Betreuung von schwerstkranken und sterbenden

Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen gelten für die ärztliche Sterbebegleitung die gleichen Grundsätze wie für Erwachsene. Es ergeben sich aber Besonderheiten aufgrund des Alters bzw. der Minderjährigkeit dieser Patienten. Für Kinder und Jugendliche sind die Sorgeberechtigten, d. h. in der Regel die Eltern, kraft Gesetzes für alle Angelegenheiten zuständig, einschließlich der ärztlichen Behandlung. Sie müssen

als Sorgeberechtigte und gesetzliche Vertreter des Kindes über die ärztlichen Maßnahmen aufgeklärt werden und darin einwilligen. Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine

lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder beendet werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste zerebrale Schädigungen erlitten haben. Wie bei Erwachsenen ist der Arzt auch bei diesen Patienten zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung verpflichtet. Der Arzt soll die Sorgeberechtigten bei ihrer Entscheidung über die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen zur Behandlung eines schwerstkranken Kindes oder Jugendlichen beraten und sie dabei unterstützen, ihre Verantwortung wahrzunehmen. Gegen den Willen der Sorgeberechtigten darf er – außer in Notfällen – keine ärztlichen Maßnahmen beginnen oder fortführen. Bestehen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass durch das Verhalten der Sorgeberechtigten das Wohl des Kindes gefährdet wird, soll er sich an das Familiengericht wenden. Schwerstkranke und sterbende Kinder oder Jugendliche sind wahrheits- und altersgemäß zu informieren. Sie sollten regelmäßig und ihrem Entwicklungsstand entsprechend in die sie betreffenden Entscheidungen einbezogen werden, soweit dies von ihnen gewünscht wird. Dabei ist anzuerkennen, dass schwerstkranke Kinder und Jugendliche oft einen frühen Reifungsprozess durchmachen. Sie können aufgrund ihrer Erfahrungen mit vorhergegangenen Behandlungen und deren Folgen ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz erlangen, die bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden muss. Soweit der Minderjährige aufgrund seines Entwicklungsstandes selbst in der Lage ist, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu verstehen und zu beurteilen, steht ihm ein Vetorecht gegen ihre Durchführung zu, selbst wenn die Sorgeberechtigten einwilligen. Davon wird ab einem Alter von 16 Jahren regelmäßig ausgegangen. Bei bedeutsamen oder riskanten ärztlichen Maßnahmen ist neben der Zustimmung des minderjährigen Patienten auch die Einwilligung der Sorgeberechtigten erforderlich. Können Meinungsverschiedenheiten zwischen Sorgeberechtigten untereinander oder mit dem Minderjährigen für eine solche Entscheidung über die medizinische Betreuung oder Behandlung nicht ausgeräumt werden, muss eine familiengerichtliche (Eil-)Entscheidung eingeholt werden.

VI. Vorsorgliche Willensbekundungen des Patienten

Willensbekundungen, in denen sich Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären, sind eine wesentliche Hilfe für ärztliche Entscheidungen. Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer haben Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis erarbeitet. Quelle: (Bundesärztekammer, 2011a)

2. ICN Ethikkodex für Pflegende Präambel

Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben:

Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Unterschied auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt.

Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.

Der Kodex

Der ICN-Ethikkodex für Pflegende hat vier Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweise bestimmen.

Elemente des Ethikkodex

1. Pflegende und ihre Mitmenschen

Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen.

Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegende ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der

Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.

Die Pflegende gewährleistet, dass der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.

Die Pflegende behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.

Die Pflegende teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

Die Pflegende ist auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Abwertung und Zerstörung.

2. Pflegende und die Berufsausübung

Die Pflegende ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.

Die Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen.

Die Pflegende beurteilt die individuellen Fachkompetenzen, wenn sie Verantwortung übernimmt oder delegiert.

Die Pflegende soll in ihrem beruflichen Handeln jederzeit auf ein persönliches Verhalten achten, das dem Ansehen der Profession dient und das Vertrauen der Bevölkerung in sie stärkt.

Die Pflegende gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der

Menschen.

3. Pflegende und die Profession

Die Pflegende übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.

Die Pflegende wirkt aktiv bei der Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen der Profession mit.

Durch ihren Berufsverband setzt sich die Pflegende dafür ein, dass gerechte soziale und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden.

4. Pflegende und ihre Kollegen

Die Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit den Kollegen aus der Pflege und anderen Professionen.

Die Pflegende greift zum Schutz des Patienten ein, wenn sein Wohl durch einen Kollegen oder eine andere Person gefährdet ist.

Anhang IV. Das Arzt Patienten Verhältnis am Lebensende

Während beim ethischen Grundverhältnis keiner der Beteiligten einen herausgehobenen Status hat, da beide in gleicher Weise wechselseitig voneinander abhängig sind (vgl. Pfordten, 2006, p. 95), findet bei dem Arzt-Patienten-Verhältnis eine Heraushebung durch „Einschränkung und Veränderung der Symmetrie“ (Pfordten, 2006, p. 97) statt. Die „faktische Asymmetrie [...] erzeugt eine spezifische Fürsorgepflicht des Arztes“ (Pfordten, 2006, p. 97), so besitzt der Arzt Experten-, Definitions- und Handlungsmacht, während nur der Patient subjektiv über sein Befinden weiß (vgl. Nationaler Ethikrat, 2006b, p. 97). Eine weitgehende Wiederherstellung der Symmetrie des Verhältnisses mit Fokus auf die Selbstbestimmung des Patienten geschieht durch den sog. „normativen Individualismus“ (Pfordten, 2006, p. 98). Entgegen dem Paternalismus hat der Patient das Recht die letzte Entscheidung über die Behandlung zu treffen, hinsichtlich „dem gemeinsamen Ziel der Genesung“ (Pfordten, 2006, p. 99), oder dem Behandlungsabbruch.

Eine gänzliche Aufhebung der faktischen Asymmetrie ist aber aufgrund der sachlichen Ebene unmöglich – so bleibt auch am Ende des Lebens das sachlich asymmetrische Arzt-Patienten-Verhältnis bestehen (vgl. Pfordten, 2006, p. 100), die es bedingt durch Kommunikation ausgeglichen zu werden. Eine besondere Eigenschaft des Arzt-Patienten-Verhältnis am Lebensende ist, dass dieses sich modifiziert - einerseits verstärkt es sich, andererseits schwächt es sich ab (vgl. Pfordten, 2006, p. 100). Der Patient verliert mit Beendigung der kurativen Pflege und Bewusstseins des Sterbens einen großen Teil seiner „faktischen Selbstbestimmung“ (Pfordten, 2006, p. 100) – der Patient ist daher in besonderem Maße an die Fürsorge und Hilfe des Arztes angewiesen. Die faktische Asymmetrie des Arzt-Patienten-Verhältnis schwächt sich dahingehend ab, dass das eigentliche Ziel dieses asymmetrischen Verhältnisses, nämlich die kurative Behandlung nicht mehr möglich ist. Das „Zurücktreten des diagnostischen und therapeutischen Ziels [...] und die damit einhergehende Asymmetrie“ (Pfordten, 2006, p. 101) bestärkt die menschliche Seite des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Der Patient ist nun weitaus stärker physisch und psychisch auf den behandelnden Arzt angewiesen und abhängig. Der Arzt besitzt in diesem (ideal-) Fall die Kompetenz über den Umgang mit Sterbenden, da dieser eine „generelle, durch einzelne miterlebte

Sterbefälle gesättigte Erfahrung mit dem Sterben und Tod anderer Menschen“ (Pfordten, 2006, p. 101). Allerdings muss auch der Arzt diese Situation für sich realisieren.

Im Kontext der Sterbehilfedebatte bedeutet ein auf normativem Individualismus gegründetem Arzt-Patienten-Verhältnis auch die Zusage des Arztes über die Selbstbestimmung des Patienten zu der Art seines Sterbens, gemäß des Grundkonsens. Nach diesem Prinzip und nach Bestimmung über den Behandlungsabbruch hat der Arzt die Pflicht die passive, oder indirekte Sterbehilfe einzuleiten, denn dies ist nicht nur genuinethisch geboten, sondern auch rechts- und standesethisch zu gebieten (vgl. Hillebrand et al., 2012, p. 93; Pfordten, 2006, p. 102).

Anhang V. Das niederländische Sterbehilfegesetz

Kapitel 4. Gesetze und Verordnungen

1. Verzeichnis der Gesetze und Verordnungen

1.1 Das niederländische Sterbehilfegesetz

Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung und zur Änderung des Strafgesetzbuches und Bestattungsgesetzes vom 12.04.2001 (Staatsblad 2001, Nr. 194)

Kapitel I Begriffe

Artikel 1.

In diesem Gesetz werden verstanden unter:

- a. unserem Ministern: die Minister für Justiz und Volksgesundheit, Gemeinwohl und Sport;
- b. Beihilfe zur Selbsttötung: das einem anderen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich Sein oder ihm die dazu erforderlichen Mittel Verschaffen im Sinne des Artikel 294 Absatz 2 Satz 1 des Strafgesetzbuches;
- c. Dem Arzt: der Arzt, der der Meldung zufolge die Lebensbeendigung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung ausgeführt hat;
- d. Dem Konsulenten: der Arzt, der hinsichtlich des Vorhaben eines Arztes, Lebensbeendigung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, zu Rate gezogen wurde;
- e. Dem medizinischen Personal: medizinisches Personal im Sinne des Artikel 446 Absatz 1 von Buch 7 des Bürgerlichen Gesetzbuches;
- f. Der Kommission: eine Regionale Kontrollkommission im Sinne des Artikel 3;
- g. Regionalem Inspektor: regionaler Inspektor der Aufsicht für Gesundheitswesen der Staatsaufsicht für die Volksgesundheit.

Kapitel II Sorgfaltsanforderungen

Artikel 2.

(1) Die Sorgfaltsanforderungen im Sinne des Artikel 293 Absatz 2 des Strafgesetzbuches beinhalten, dass der Arzt:

- a. Zu der Überzeugung gelangt ist, dass es sich um eine freiwillige und wohlüberlegte Bitte des Patienten handelte,
- b. Zu der Überzeugung gelangt ist, dass es sich um ein aussichtsloses und unerträgliches Leiden des Patienten handelte,
- c. Den Patienten über die Situation, in der er sich befand, und dessen Aussichten aufgeklärt hat,
- d. Mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für die Situation, in der er sich befand, keine vernünftige andere Lösung gab,
- e. Mindestens einen anderen unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten gesehen und ein schriftliches Urteil über die Sorgfaltskriterien gemäß der Buchstaben a bis d abgegeben hat, und
- f. Die Lebensbeendigung oder Beihilfe zur Selbsttötung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.

(2) Sofern ein Patient von sechzehn Jahren oder älter nicht länger in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, aber vor Eintritt dieses Zustandes als zur vernünftigen Bewertung seiner Interessen in dieser Sache fähig erachtet wurde, und eine schriftliche Erklärung abgegeben hat, die eine Bitte um Lebensbeendigung enthält, kann der Arzt dieser Bitte Folge leisten. Die Sorgfaltskriterien gemäß Absatz 1 gelten entsprechend.

(3) Sofern ein minderjähriger Patient im Alter zwischen sechzehn und achtzehn Jahren als zur vernünftigen Bewertung seiner Interessen in dieser Sache fähig erachtet werden kann, kann der Arzt einer Bitte des Patienten um Lebensbeendigung oder Beihilfe zur Selbsttötung Folge leisten, nachdem er die erziehungsberechtigten Eltern oder den Vormund an Beschlussfassung beteiligt hat.

(4) Sofern ein minderjähriger Patient im Alter zwischen zwölf und sechzehn Jahren als zur vernünftigen Bewertung seiner Interessen in dieser Sache fähig erachtet werden kann, kann der Arzt, sofern die erziehungsberechtigten Eltern, eine erziehungsberechtigte Elternteil oder der Vormund mit der Lebensbeendigung oder der Beihilfe zur Selbsttötung einverstanden sind, der entsprechenden Bitte des Patienten Folge leisten. Absatz 2 gilt entsprechend.

Kapitel III. Regionale Kontrollkommissionen für Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung

Paragraph 1: Einsetzung, Zusammensetzung und Ernennung

Artikel 3.

(1) Es gibt regionale Kontrollkommissionen für die Prüfung von Meldungen und Fällen von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung im Sinne des Artikel 293 Absatz 2 beziehungsweise Artikel 294 Absatz 2 Satz 2 des Strafgesetzbuches.

(2) Eine Kommission besteht aus einer ungeraden Anzahl an Mitgliedern, worunter in jedem Fall ein juristisches Mitglied, gleichzeitig Vorsitzender, ein Arzt und ein Sachkundiger in Hinblick auf ethische oder Sinngebungsfragen. Zu einer Kommission gehören auch stellvertretende Mitglieder von jeder in Satz 1 genannten Kategorie.

Artikel 4.

(1) Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder werden durch Unsere Minister für die Dauer von sechs Jahren ernannt. Eine Wiederernennung kann einmal für die Dauer von sechs Jahren erfolgen.

(2) Eine Kommission hat einen Sekretär und einen oder mehrere stellvertretende Sekretäre, alle Juristen, die durch unsere Minister ernannt werden. Der Sekretär hat in der Versammlung einer Kommission beratende Stimme.

(3) Der Sekretär schuldet für seine Tätigkeiten für die Kommission allein der Kommission Verantwortung.

Paragraph 2: Entlassung

Artikel 5.

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder können jederzeit auf ihre eigene Bitte hin von Unseren Ministern entlassen werden.

Artikel 6.

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder können durch Unsere Minister wegen Unfähigkeit oder Untauglichkeit oder anderer schwerwiegender Gründe entlassen werden.

Paragraph 3: Besoldung

Artikel 7.

Der Vorsitzende und die Mitglieder sowie die stellvertretenden Mitglieder erhalten Sitzungsgelder sowie eine Vergütung für die Reise- und Aufenthaltskosten gemäß den bestehenden Reisekostenvorschriften, soweit nicht aus anderem Grund eine Vergütung aus des Reiches Kasse gewährt wird.

Paragraph 4: Aufgaben und Befugnisse

Artikel 8.

(1) Die Kommission beurteilt Grundlage des Berichts im Sinne des Artikel 7 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes, ob der Arzt, der Lebensbeendigung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung geleistet hat, gemäß der Sorgfaltsanforderungen im Sinne des Artikel 2 gehandelt hat

(2) Die Kommission kann den Arzt bitten, seinen Bericht schriftlich oder mündlich zu ergänzen, sofern dies für eine gute Beurteilung des Handelns des Arztes notwendig ist.

(3) Die Kommission kann bei dem gemeindlichen Leichenbeschauer, dem Konsulenten oder dem beteiligten medizinischen Personal Informationen einholen, sofern dies für eine gute Beurteilung des Arztes notwendig ist.

Artikel 9.

(1) Die Kommission bringt ihr mit Begründung versehenes Urteil binnen sechs Wochen nach Erhalt des Berichts im Sinne des Artikel 8 Absatz 1 schriftlich zu Kenntnis des Arztes.

(2) Die Kommission bringt ihr Urteil zur Kenntnis der Versammlung der Generalstaatsanwälte und des regionalen Gesundheitsinspektors:

- a. wenn der Arzt nach dem Urteil der Kommission nicht gemäß den Sorgfaltsanforderungen im Sinne des Artikel 2 gehandelt hat;

oder

b. wenn der Fall des Artikel 12 letzter Satz des Bestattungsgesetzes eintritt.
Die Kommission setzt den Arzt hiervon in Kenntnis.

(3) Die Frist nach Absatz 1 kann einmal für die Dauer von höchstens 6 Wochen verlängert werden. Die Kommission setzt den Arzt hiervon in Kenntnis.

(4) Die Kommission kann ihr Urteil dem Arzt gegenüber mündlich erläutern. Diese mündliche Erläuterung kann auf Bitten der Kommission oder auf Bitten des Arztes stattfinden.

Artikel 10.

Die Kommission ist, danach gefragt, verpflichtet, dem Staatsanwalt alle Auskünfte zu erteilen, die er benötigt:

- 1°. Zur Beurteilung des Handelns des Arztes im Fall des Artikel 9 Absatz 2; oder
- 2°. Zur Ermittlung/Fahndung.

Die Erteilung von Auskünften an den Staatsanwalt teilt die Kommission dem Arzt mit.

Paragraph 6: Arbeitsweise

Artikel 11.

Die Kommission trägt Sorge für die Registrierung der zur Beurteilung gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung. Durch ministeriellen Beschluss Unserer Minister können hierzu nähere Regelungen getroffen werden.

Artikel 12.

(1) Ein Urteil wird gefällt mit der einfachen Mehrheit der Stimmen.

(2) Ein Urteil kann durch die Kommission nur gefällt werden, wenn alle Mitglieder an der Abstimmung teilgenommen haben.

Artikel 13.

Die Vorsitzenden der Regionalen Kontrollkommissionen beratschlagen sich jährlich mindestens zweimal über die Arbeitsweise und das Funktionieren der Kommissionen. Zu diesen Beratungen werden ein Vertreter der Versammlung der Generalstaatsanwälte und ein Vertreter der Aufsicht für Gesundheitswesen der Staatsaufsicht über die Volksgesundheit eingeladen.

Paragraph 7: Geheimhaltung und Befangenheit

Artikel 14.

Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Kommission sind zur Geheimhaltung der Umstände verpflichtet, von denen sie bei der Ausführung ihrer Aufgabe Kenntnis erlangen, es sei denn, dass eine gesetzliche Vorschrift sie zur Mitteilung verpflichtet oder sich aus ihrer Aufgabe die Notwendigkeit der Mitteilung ergibt.

Artikel 15.

Ein Mitglied der Kommission, das von der Behandlung einer Sache einen Sitz in der Kommission hat, entschuldigt sich oder kann abgelehnt werden, wenn Tatsachen oder Umstände vorliegen, durch die die Unparteilichkeit seines Urteils Schaden nehmen könnte.

Artikel 16.

Ein Mitglied, ein stellvertretendes Mitglied und der Sekretär der Kommission enthalten sich des Urteils über das Vorhaben eines Arztes, Lebensbeendigung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten.

Paragraph 8: Berichterstattung

Artikel 17.

(1) Die Kommissionen erstatten Unseren Ministern jährlich vor dem 1. April einen gemeinsamen Arbeitsbericht über das abgelaufene Kalenderjahr. Unsere Minister legen hierfür durch ministerielle Regelungen ein Muster fest.

(2) Der Arbeitsbericht im Sinne des Absatzes 1 gibt in jedem Falle an:

- a. Die Anzahl gemeldeter Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, über die die Kommission ein Urteil gefällt haben;
- b. Die Art dieser Fälle;
- c. Die Urteile und die dabei vorgenommenen Abwägungen

Artikel 18.

Unsere Minister erstatten den *Staten-Generaal* jährlich anlässlich der Einbringung des Haushaltsentwurfs und auf Grundlage des Arbeitsberichts im Sinne des Artikel 17 Absatz 1 Bericht über das Funktionieren der Kommissionen.

Artikel 19.

(1) Auf Vorschlag Unserer Minister werden durch Rechtsverordnung Regelungen zu den Kommissionen getroffen hinsichtlich:

- a. ihrer Anzahl und Zuständigkeit;
- b. ihrer Standorte.

(2) Durch oder aufgrund Rechtsverordnungen können Unsere Minister nähere Regelungen zur den Kommissionen treffen hinsichtlich:

- a. ihres Umfangs und Zusammensetzung;
- b. ihrer Arbeitsweise und Berichterstattung.

Kapitel IV. Änderungen in anderen Gesetzen

Kapitel 20.

Das Strafgesetzbuch wird wie folgt geändert.

A

Artikel 293 wird lauten:

Artikel 293

(1) Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin beendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.

(2) Eine Tat nach Absatz 1 ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wird, der dabei den Sorgfaltsanforderungen gemäß Artikel 2 des Gesetzes über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung genügt und dies dem gemeindlichen Leichenbeschauer in Übereinstimmung mit Artikel 7 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes mitteilt.

B

Artikel 294 wird lauten:

Artikel 294

(1) Wer einen anderen vorsätzlich zur Selbsttötung antreibt, wird, wenn die Selbsttötung folgt, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft.

(2) Wer einem anderen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich ist oder ihm dazu

erforderliche Mittel verschafft, wird, wenn die Selbsttötung erfolgt, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft. Artikel 293 Absatz 2 gilt entsprechend.

C

In Artikel 295 wird nach „293“ eingefügt: Absatz 1.

D

In Artikel 422 wird nach „293“ eingefügt: Absatz 1.

Artikel 21.

Das Bestattungsgesetz wird wie folgt geändert.

A

Artikel 7 wird lauten:

Artikel 7.

(1) Wer die Leichenschau verrichtet hat, stellt eine Todesbescheinigung aus, wenn er überzeugt ist, dass der Tod infolge einer natürlichen Ursache eingetreten ist.

(2) Sofern der Tod Folge einer Lebensbeendigung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung im Sinne des Artikel 293 Absatz 2 oder 294 Absatz 2 Satz 2 des Strafgesetzbuches war, stellt der behandelnde Arzt keine Todesbescheinigung aus und teilt dem gemeindlichen Leichenbeschauer unverzüglich durch Ausfüllen eines Formulars die Todesursache mit. Dieser Mitteilung fügt der Arzt eine mit Begründung versehenen Bericht über die Erfüllung der Sorgfaltsanforderungen gemäß Artikel 2 des Gesetzes über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung hinzu.

(3) Sofern der behandelnde Arzt in anderen Fällen als denen des Absatzes 2 glaubt, keine Todesbescheinigung ausstellen zu können, teilt er dies dem gemeindlichen Leichenbeschauer unverzüglich durch Ausfüllen eines Formulars mit.

B

Artikel 9 wird lauten:

Artikel 9

(1) Die Form und der Aufbau der Muster für die Todesbescheinigung, abzugeben vom Arzt und dem gemeindlichen Leichenbeschauer, werden geregelt durch Rechtsverordnungen.

(2) Die Form und der Aufbau der Muster für die Meldung und den Bericht im Sinne des Artikel 7 Absatz 2, für die Meldung im Sinne des Artikel 7 Absatz 3 und für die Formulare im Sinne des Artikel 10 Absatz 1 und 2 werden geregelt durch Rechtsverordnung auf Vorschlag Unseres Justizministers und Unseres Ministers für Volksgesundheit, Gemeinwohl und Sport.

C

Artikel 10 wird lauten:

Artikel 10.

(1) Sofern der gemeindliche Leichenbeschauer glaubt, keine Todesbescheinigung ausstellen zu können, teilt er dies dem Staatsanwalt unverzüglich durch Ausfüllen eines Formulars mit und benachrichtigt unverzüglich den Standesbeamten.

(2) Unbeschadet des Absatzes 1 macht der gemeindliche Leichenbeschauer, wenn es sich um eine Meldung im Sinne des Artikel 7 Absatz 2 handelt, der Regionalen Kontrollkommission im Sinne des Artikel 3 des Gesetzes über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung unverzüglich Mitteilung. Er übersendet auch den mit Gründen versehenen Bericht im Sinne des Artikel 7 Absatz 2.

D

An Artikel 12 wird ein Satz angefügt, der lautet: Wenn er Staatsanwalt in den Fällen des Artikel 7 Absatz 2 glaubt, keine Bestattungsgenehmigung erteilen zu können, setzt er den gemeindlichen Leichenbeschauer und die Regionale Kontrollkommission im Sinne des Artikel 3 des Gesetzes über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung unverzüglich hiervon in Kenntnis.

E

In Artikel 81 Ziffer 1 wird „7 Absatz 1“ ersetzt durch: 7 Absatz 1 und 2.

Artikel 22.

Das allgemeine Gesetz über das Verwaltungsrecht wird wie folgt geändert:

In Artikel 1:6 wird am Ende des Buchstabens b der Punkt ersetzt durch ein Semikolon und wird ein Buchstabe e angefügt, der lautet:

- e. Beschlüsse und Handlungen zur Ausführung des Gesetzes über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung

Kapitel V. Schlussbemerkung

Artikel 23.

Dieses Gesetz tritt zu einem durch königlichen Beschluss zu bestimmten Zeitpunkt in Kraft.

Artikel 24.

Dieses Gesetz wird zitiert als: Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung.

Quelle: (Grundmann, 2004, pp. 217 ff.)

Anhang VI. Weitere Gesetze und rechtliche Grundlagen

GG

Gesetze

Grundgesetz vom 23.05.1949 (BGB1. I S. 1)

Art 1. GG (**Schutz der Menschenwürde**):

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/GG_Art_1; letzter Aufruf: 30. März 2013

Art 2. GG (**Persönliche Freiheitsrechte**):

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/GG_Art_2; letzter Aufruf: 30. März 2013

Art. 92 GG (**Die Rechtsprechung**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/GG_Art_92; letzter Aufruf: 30. März 2013

Art. 97 GG (**Die Rechtsprechung**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/GG_Art_97; letzter Aufruf: 30. März 2013

Art. 102. GG (**Abschaffung der Todesstrafe**):

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/GG_Art_102; letzter Aufruf: 30. März 2013

StGB

Täterschaft und Teilnahme im Strafgesetzbuch vom 13.11.1998 (BGB1. I S. 3322) (§§ 25 - 31)

§ 27 StGB (Beihilfe)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_27; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 34 StGB (Rechtfertigender Notstand)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_34, letzter Aufruf: 30. März 2013

Straftaten gegen das Leben im Strafgesetzbuch vom 13.11.1998 (BGB1. I S. 3322) (§§ 211 – 222)

§ 211 StGB (Mord)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_211; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 213 StGB (Minder schwerer Fall des Totschlags)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_213; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 212 StGB (Totschlag):

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_212; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 216 StGB (Tötung auf Verlangen):

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_216; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 222 StGB (Fahrlässige Tötung)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_222; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 223 StGB (Körperverletzung)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_223; letzter Aufruf: 30.

März 2013

§ 229 StGB (**Fahrlässige Körperverletzung**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_229; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 323c StGB (**Unterlassene Hilfeleistung**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/StGB_!_323c; letzter Aufruf: 30. März 2013

SGB V

**Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988
(BGB1.I S. 2477)**

§ 37b SGB V (**Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/SGB_5_!_37b; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 39a SGB V (**Stationäre und ambulante Hospizleistung**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/SGB_5_!_39a; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 132d SGB V (**Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/SGB_5_!_132d; letzter Aufruf: 30. März 2013

BGB

**Rechtliche Betreuung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42, ber. S. 2909,
2003 I S. 738)**

§ 1901a BGB (**Patientenverfügung**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/BGB_!_1901a; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 1901b BGB (**Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens**)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/BGB_!_1901b; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 1904 BGB (Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen)

Quelle: http://www.juris.de/purl/gesetze/BGB_!_1904; letzter Aufruf: 30. März 2013

Ethikratgesetz (EthRG) – Gesetz zur Einrichtung des deutschen Ethikrats vom 16.07.2007 (BGB1. I S. 1385)

Quelle: <http://www.ethikrat.org/ueber-uns/ethikratgesetz>; letzter Aufruf: 30. März 2013

TPG

Transplantationsgesetz vom 04.09.2007 (BGB1. I S. 2206)

§ 1a TPG (Begriffsbestimmung)

Quelle: http://www.gesetze-im-internet.de/tpg/__1a.html; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 3 TPG (Entnahme und Einwilligung des Spenders)

Quelle: http://www.gesetze-im-internet.de/tpg/__3.html; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 4 (Entnahme und Zustimmung anderer Personen)

Quelle: http://www.gesetze-im-internet.de/tpg/__4.html; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 5 (Nachweisverfahren)

Quelle: http://www.gesetze-im-internet.de/tpg/__5.html; letzter Aufruf: 30. März 2013

MBO-Ä

(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Be-

schlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel

§ 1 (Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte)

Quelle:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#l>
; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 13 (Besondere medizinische Verfahren)

Quelle:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#l>
; letzter Aufruf: 30. März 2013

§ 16 (Beistand für Sterbende)

Quelle:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#l>
; letzter Aufruf: 30. März 2013

IPwskR

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 23.12.1973 (BGB1. II S. 1569)

Art. 12.1 (Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit) & Art. 12.2.d (Recht auf medizinische Versorgung für Jedermann)

Quelle:

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:MNe03esmr3UJ:www.vilp.de/pdfGeneration?id%3D64%26lang%3Den+IPWSKR&hl=de&gl=de&pid=bl&srcid=ADGEESg4Dkc1tNBiD-g4XE4zqf2laBkgbBRE7WO0JEirkWNWPcYGk1BOteO0EBzuzZXOdDgMq3cCSW8RIGnU1ZMFhsnfmIM0K5sfY7xhpJgl-1FBv_q5XaP00XBkRkiLQqV7SyeZ-3Ys&sig=AHIEtbTSTNyjk18CcsVJ7YOT8cvAHVN27g; letzter Aufruf: 30. März 2013

Folgende Gesetztestexte werden aufgrund unzureichender elektronischer Quellen, in deutscher Übersetzung, komplett übernommen und dargestellt.

Folgende Gesetzestexte entstammen den Quellen: (Naunin, 2012); (Grundmann, 2004); (Reuter, 2000); (Griffith et al., 1998).

GW

Grundgesetz (GW/Grondwet)

Art. 11 GW (Unantastbarkeit)

Jeder hat, unter dem Vorbehalt von Einschränkungen durch oder aufgrund des Gesetzes, das Recht auf Unantastbarkeit seines Körpers (übers. von Grundmann, 2004).

Art. 117 GW (Die Rechtsprechung)

Die Gerichte sind unabhängig.

BW

Bürgerliches Gesetzbuch (BW/Burgerlijk Wetboek)

Art. 7:450 Abs. 1 BW (Behandlungsvertrag)

Für Tätigkeiten zur Durchführung des Behandlungsvertrages ist die Einwilligung des Patienten erforderlich (übers. von ebd.).

WvSr

Straftaten gegen das Leben im Strafgesetzbuch (WvSr/Wetboek van Strafrecht)

Art. 40 WvSr ([Overmacht])

Eine Person, welche ein Vergehen als Resultat eines Zwangs [*overmacht*], welche diese nicht widerstehen konnte, verübt, ist nicht dessen verantwortlich und belangbar (Übers. von Verfasser).

Art. 287 WvSr (Totschlag)

Wer einen anderen vorsätzlich seines Lebens beraubt, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe von bis zu fünfzehn Jahren oder mit Geldstrafe der fünften Kategorie [bis 45.000,- €] bestraft (übers. von ebd.).

Art. 289 WvSr (Mord)

Wer einen anderen vorsätzlich und mit Vorbedacht seines Lebens beraubt, wird als Mörder mit lebenslanger Freiheitsstrafe, mit zeitiger Freiheitsstrafe bis zu zwanzig Jahren oder mit Geldstrafe der fünften Kategorie [bis 45.000,- €] bestraft (übers. von ebd.).

Art. 293 WvSr (**Tötung auf Verlangen**) a.F.

Wer einen anderen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin seines Lebens beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit Geldstrafe der fünften Kategorie [bis 45.000,- €] bestraft (übers. von ebd.).

Art. 294 WvSr (**Beihilfe zur Selbsttötung**) a.F.

Wer einen anderen vorsätzlich zum Selbstmord antreibt, ihm dabei behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel verschafft, wird, wenn der Selbstmord erfolgt, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe der vierten Kategorie [bis 12.250,- €] bestraft (übers. von ebd.).

Art. 293 WvSr (**Tötung auf Verlangen**) n.F.

(1) Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin seines Lebens beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit Geldstrafe der fünften Kategorie [bis 45.000,- €] bestraft.

(2) Eine Tat nach Absatz 1 ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wird, der dabei den Sorgfaltsanforderungen gemäß Artikel 2 des Gesetzes über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung genügt und dies dem gemeindlichen Leichenbeschauer in Übereinstimmung mit Artikel 7 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes ermittelt.

Art. 294 WvSr (**Beihilfe zur Selbsttötung**) n.F.

(1) Wer einen anderen vorsätzlich zum Selbstmord antreibt, wird, wenn der Selbstmord erfolgt, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe der vierten Kategorie [bis 12.250,- €] bestraft.

(2) Wer einen anderen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel verschafft, wird, wenn die Selbsttötung folgt, mit

Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe der vierten Kategorie [bis 12.250,-€] bestraft. Artikel 293 Absatz 2 gilt entsprechend.

Art. 307 WvSr (**Fahrlässige Tötung**)

Eine Person, welche durch Fahrlässigkeit oder Nachlässigkeit verantwortlich für den Tod eines anderen ist, wird mit einer Haftstrafe von bis zu 9 Monaten oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie [bis 12.250,- €] bestraft (Übers. von Verfasser).

Anhang VII. Formulare und (Muster-) Berichte

7. Formular für die Meldung von Sterbehilfefällen nach Art. 1 des SterbehilfeG

Der Arzt, der aktive Sterbehilfe geleistet hat, muss dies dem gemeindlichen Leichenbeschauer gemäß Art. 7 Abs. 2 BestattungsgG melden. Das Formular für diese Meldung ist durch Verordnung vom 06.03.2002 festgelegt worden. Es lautet wie folgt:

An den gemeindlichen Leichenbeschauer der Gemeinde _____;
Der Unterzeichner _____,
Arzt in _____; erklärt, der behandelnde Arzt zu sein von _____ (Name, Vorname), geboren am _____ in _____, ehemals wohnhaft in _____, gestorben am _____;
erklärt, die Leichenschau persönlich vorgenommen zu haben; erklärt, keine Todesbescheinigung auszustellen; erklärt, dass der Tod des Gestorbenen infolge der Leistung von Lebensbeendigung auf Verlangen/Beihilfe zur Selbsttötung eingetreten ist; erklärt, in Zusammenhang mit diesem Tod eine/keine Patientenverfügung des Gestorbenen erhalten zu haben; erklärt, in Zusammenhang mit diesem Tod eine/keine schriftliche Erklärung eines konsultierenden Arztes erhalten zu haben; erklärt, diesem Formular einen Bericht über die Erfüllung der Sorgfaltsanforderungen im Sinne des Artikels 2 des Gesetzes über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung gemäß dem Muster in der Anlage zur Verordnung zur Festsetzung der Formulare im Sinne von Artikel 9 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes hinsichtlich des Todes infolge einer nicht-natürlichen Ursache, die nicht Lebensbeendigung ohne ausdrückliche Bitte ist, beigefügt zu haben; erklärt, sofern erhalten, die Patientenverfügung des Gestorbenen und die schriftliche Erklärung des konsultierenden Arztes beigefügt zu haben;

_____ (Datum) _____ (Unterschrift)

Aufgrund Artikel 6 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes ist es dem behandelnden Arzt nicht erlaubt, als Leichenbeschauer aufzutreten, sofern zwischen ihm und dem Gestorbenen Blutsverwandtschaft oder Schwägerschaft bis zum dritten Grad oder eine Ehe besteht oder bestand. Quelle: Grundmann (2004, p. 226).

8. Musterbericht des behandelnden Arztes an den gemeindlichen Leichenbeschauer laut Anhang zur Verordnung vom 06.03.2002

III. Musterbericht des behandelnden Arztes an den gemeindlichen Leichenbeschauer laut Anhang zur Verordnung vom 6.3.2002¹¹⁷⁶

Der Arzt, der aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung geleistet hat, muss dies dem gemeindlichen Leichenbeschauer nicht nur mittels eines vorgegebenen Formulars melden¹¹⁷⁷, sondern muss dieser Meldung auch einen mit Begründung versehenen Bericht beifügen. Dieser Bericht befasst sich mit der Erfüllung der Sorgfaltsanforderungen nach Art. 2 Abs. 1 SterbehilfeG, seine Beifügung ist Voraussetzung für das Eingreifen des Strafausschlussgrundes des Art. 293 Abs. 2 WvSr.

In der Anlage zur Verordnung vom 6.3.2002 ist das Muster eines solchen Berichts abgedruckt. Dieser Musterbericht lautet wie folgt:¹¹⁷⁸

Nota bene: Damit die Kontrollkommissionen ein gutes Urteil abgeben können, werden Sie gebeten, die Antworten auf die gestellten Fragen zu **begründen**. Dazu können Anlagen mit näheren Informationen einen wertvollen Beitrag leisten. Sollte der Platz für die Beantwortung einer Frage nicht ausreichen, verwenden Sie bitte auch eine Anlage. **Vergessen Sie nicht, auf der Anlage deutlich zu vermerken, auf welche Frage oder Fragen diese sich bezieht.**

ANGABEN ZUM ARZT

Nachname: _____

Anfangsbuchstabe des Vornamens: _____

Geschlecht: m/w

Funktion:

Hausarzt

Arzt in einem Pflegeheim

Spezialist: _____ (Spezialgebiet)

sonstiger Arzt, nämlich _____

Name der Einrichtung (sofern zutreffend): _____

Geschäftliche Adresse: _____

Postleitzahl/Ort: _____

¹¹⁷⁶ Rechtsverordnung durch „Beschluss vom 6.3.2002 zur Festsetzung der Formulare im Sinne von Artikel 9 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes hinsichtlich des Todes infolge einer nicht-natürlichen Ursache, die nicht Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen ist“, Staatsblad 2002, Nr. 140; Ermächtigungsgrundlage ist Art. 9 Abs. 2 Bestattungsg n.F.

¹¹⁷⁷ Siehe oben II.

¹¹⁷⁸ Übers. von Verf.

ANGABEN ZUM GESTORBENEN

Nachname: _____ Geschlecht: m/w
 Anfangsbuchstabe des Vornamens: _____
 Alter zum Todeszeitpunkt: _____
 Aufenthalt zum Todeszeitpunkt: _____ (Gemeinde)

Wo ist der Tod eingetreten?

- zu Hause
 Krankenhaus
 Pflegeheim
 Altersheim
 sonstiges, nämlich: _____

I. Die Krankengeschichte

1. An welcher/welchen Erkrankung/en litt der Patient und seit wann?
2. Welche medizinischen Therapien sind versucht worden?
3. War eine Genesung des Patienten noch möglich?
4. Worin bestand das Leiden des Patienten?
- 4a. Kann das Leiden des Patienten als unerträglich angesehen werden? (Antwort bitte begründen)
- 4b. Kann das Leiden des Patienten als aussichtslos angesehen werden? (Antwort bitte begründen)
- 5a. Was wurde auf dem Gebiet der Palliativmedizin getan?
- 5b. Mit welchem Ergebnis?
- 5c. Gab es noch (andere) Möglichkeiten, das Leiden des Patienten zu lindern?
- 5d. Wenn ja, wie stand der Patient zu diesen Alternativen?
6. In welchem Zeitraum war der Tod schätzungsweise zu erwarten, wenn nicht zu Lebensbeendigung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung übergegangen worden wäre?
7. Auf welche Weise wurde der Patient über den Krankheitsverlauf aufgeklärt (heutige Situation, Verlauf, Prognose usw.)?

II. Bitte um Lebensbeendigung oder Beihilfe zur Selbsttötung

- 7a. Wann hat der Patient zum ersten Mal konkret um Lebensbeendigung oder Beihilfe zur Selbsttötung gebeten?
- 7b. Wann wurde diese Bitte wiederholt?
- 7c. Wenn gegenüber wurde die Bitte geäußert?
- 7d. In wessen Beisein wurde die Bitte geäußert?
8. Wurde schon einmal über Lebensbeendigung oder Beihilfe zur Selbsttötung gesprochen? Wenn ja, in welchem Zusammenhang?
- 9a. Gibt es eine Patientenverfügung?
- 9b. Wenn ja, welchen Datums? (diese Erklärung bitte dem Bericht beifügen)
- 9c. Wissen Sie, ob der Patient schon einmal eine Patientenverfügung verfasst

- hat? Wenn ja, wie häufig und welchen Datums?
 9d. Sofern es keine Patientenverfügung gibt, was ist dafür der Grund?
 10. Gibt es Hinweise darauf, dass der Patient die Bitte unter Druck oder Einfluss von anderen geäußert hat?
 11. War sich der Patient im Zeitpunkt der Bitte vollständig des Inhalts seiner/ihre Bitte und seiner/ihre körperlichen Situation bewusst?
 11a. Aus welchen Umständen kann dies geschlossen werden?

Nota bene: Lebensbeendendes Handeln bei Patienten, deren Leiden psychischen Ursprungs ist und nicht in einen medizinischen Zusammenhang gebracht werden kann, sowie bei Patienten, deren Fähigkeit zur Äußerung einer wohlüberlegten Bitte gestört gewesen sein kann, z.B. infolge einer Depression oder infolge von Demenz, sollte nach dem Verfahren für Fälle von Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen gemeldet werden. Nach diesem Verfahren sollte auch die Meldung von lebensbeendendem Handeln bei minderjährigen Patienten unter zwölf Jahren stattfinden.

- 12a. Hat in Hinblick auf die Lebensbeendigung eine Beratschlagung mit dem Pflege- oder Versorgungspersonal stattgefunden?
- 12b. Wenn ja, mit wem und was war dessen Meinung?
- 12c. Wenn nein, warum nicht?
- 13a. Hat in Hinblick auf die Lebensbeendigung eine Beratschlagung mit Angehörigen stattgefunden?
- 13b. Wenn ja, mit wem und was war dessen Meinung?
- 13c. Wenn nein, warum nicht?

III. Konsultation

14. Welcher Arzt/Welche Ärzte ist/sind zu Rate gezogen worden?
 Hausarzt
 SCEN-Arzt
 Spezialist
 sonstiger Arzt, nämlich: _____
- 15b. War/en diese/ mitbehandelnder Arzt?
 SCEN-Arzt
 Spezialist
 sonstiger Arzt, nämlich: _____
- 15c. Was ist sein/ihr Verhältnis zu Ihnen?
- 15d. Ist der konsultierte Arzt mit dem Patienten verwandt?
16. Wann hat/haben der/die konsultierte/n Arzt/Ärzte den Patienten gesehen?
17. **Nota bene:** Sie werden gebeten, den schriftlichen Bericht des/der konsultierten Arztes/Ärzte hinsichtlich seines/ihrer Urteils über
 - a. die Aussichtslosigkeit und Unerträglichkeit des Leidens des Patienten,
 - b. die Freiwilligkeit und Wohlüberlegtheit der Bitte des Patienten,
 - c. die Aufklärung des Patienten über dessen Aussichten,
 - d. die Überzeugung, dass es keine andere vernünftige Lösung mehr gab,
 - e. seine/ihre Beziehung zum Patienten und zum Arzt,
 diesem Bericht beizufügen.

IV. Die Ausführung der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Beihilfe zur Selbsttötung

18a. Bitte ankreuzen:

Handelte es sich um

Lebensbeendigung auf Verlangen (weiter mit Frage 18b.)

oder

Beihilfe zur Selbsttötung?

18b. Wer hat die Lebensbeendigung auf Verlangen tatsächlich durchgeführt?

19. Mit welchen Mitteln und auf welche Weise wurde das Leben beendet?

20. Wer war, außer Ihnen selbst, bei der Lebensbeendigung zugegen?

V. sonstige Bemerkungen

21. Gibt es noch Punkte, auf die Sie die Regionale Kontrollkommission aufmerksam machen möchten und die Sie bei der Beantwortung der Fragen nicht anbringen konnten?

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Abbildung 4. Musterbericht des behandelnden Arztes Quelle: Grundmann (2004, p. 227).

Literaturverzeichnis / References

- Ahmann, M. (2000). *Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar?: Kritische Analyse der Rezeption des praktischen-ethischen Entwurfs von Peter Singer aus praktisch-theologischer Perspektive*. Münster: LIT Verlag.
- Alami, S. (2005). *Totentanz*. Hauptseminararbeit. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Aulbert, E., Radbruch, L., & Nauck, F. (Eds.). (2008). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Terminale Sedierung (2nd ed.). Bonn: Schattauer Verlag.
- Bartholomeyczik, S., & Käppeli, S. (Eds.). (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie* (1st ed.). München: Elsevier Urban & Fischer. Retrieved from http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3072755&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm
- Bartholomeyczik, S., & Mayer, H. (2008). Begriffe aus der Pflegeforschung: PIKE - Schema. In S. Bartholomeyczik & S. Käppeli (Eds.), *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie* (1st ed., pp. 82–83). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Beauchamp, T. L. (1999). The medical ethics of physician-assisted suicide. *Journal of medical ethics*, 25(6), 437–439.
- Beine, K.-H. (1998). *Sehen Hören Schweigen.: Patiententötung und aktive Sterbehilfe*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Benzenhöfer, U. (1999). *Der Gute Tod?: Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*. München: C.H. Beck.
- Brink, A. (2007). *Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten: Im Bachelor-, Master- und Diplomstudium* (3rd ed.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Brockenheimer-Lucius, G., & Sappa, S. (2009). Eine Untersuchung zum Bedarf an Ethikberatung in der stationären Altenpflege. In J. Vollmann, J. Schildmann, & A. Simon (Eds.), *Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis* (pp. 107–125). Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Broekaert, B. (2004). Treatment decisions at the end of life: A conceptual framework. In S. Payne, J. Seymour, & C. Ingleton (Eds.), *Palliative Care Nursing. Principles and Evidence for Practice* (pp. 402–420). Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Buiting, H., van Delden, J., Onwuteaka-Philipsen, B., Rietjens, J., Rurup, M., van Tol, D., ... (2009). Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: descriptive study. *BMC medical ethics*, 10, 1–18. doi:10.1186/1472-6939-10-18
- Bundesärztekammer. (1998). *Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes: 3. Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG)*. Retrieved from <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3252>
- Bundesärztekammer. (2004). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*, 07.05.2004(79), 1298–1299.
- Bundesärztekammer. (2007). *Beschlussprotokoll des 100. Deutschen Ärztetages in Eisenach 1997*. Retrieved from http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/beschlussprotokoll_100_daet_eisenach_1997.pdf

- Bundesärztekammer. (2011a). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(7), 346–348. Retrieved from http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf
- Bundesärztekammer. (2011b). *Patientensicherheit*. Retrieved from <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.59>
- Cohen, J., & Deliens, L. (Eds.). (2012a). *A Public Health Perspective on End of Life Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, J., & Deliens, L. (Eds.). (2012b). *A Public Health Perspective on End of Life Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, J., & Deliens, L. (2012c). Applying a public health perspective to end-of-life care. In J. Cohen & L. Deliens (Eds.), *A Public Health Perspective on End of Life Care* (pp. 3–21). Oxford: Oxford University Press.
- Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Elwyn, G., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2012). *Perspectives of decision-making in requests for euthanasia: A qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands*. Retrieved from <http://pmj.sagepub.com/content/27/1/27.full.pdf>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (2010). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Retrieved from <http://www.pflege-charta-arbeitshilfe.de/material/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf>
- Dr. Hilgendorf, E. (2006, March 4). Sterbehilfe und individuelle Autonomie: Erkundung und Klärungsversuche auf vermintem Gelände. *Aufklärung und Kritik, Sonderheft*. Retrieved from http://www.gkpn.de/Hilgendorf_Sterbehilfe.pdf
- Draaisma, o. (2011). *KNMG Guideline for Palliative sedation: Royal Dutch Medical Association (KNMG)*.
- Drechsler, M. (2010). *Professionalisierung Palliativer Sozialarbeit*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Fuchs, M. (2005). *Nationale Ethikräte: Hintergründe, Funktionen und Arbeitsweisen im Vergleich*. Berlin: Nationaler Ethikrat. Retrieved from http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Fuchs_Nationale-Ethikraete.pdf
- Giese, C., Koch, C., & Siewert, D. (2006). *Pflege und Sterbehilfe: Zur Problematik eines (un-) erwünschten Diskurses*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Gillon, R. (1999). Euthanasia in The Netherlands: down the slippery slope? *Journal of medical ethics*, 25(1), 3–4.
- Gillon, R. (2005). Philosophical Medical Ethics. *British Medical Journal*, pp. 193–194. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1339053/pdf/bmjcred00217-0039.pdf>
- Griffith, J., Bood, A., & Weyers, H. (1998). *Euthanasia & Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Grimm, C. (2009). Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe. In C. Grimm & I. Hillebrand (Eds.), *Sterbehilfe. Rechtliche und Ethische Aspekte* (pp. 13–81). München: Karl Alber GmbH Verlag.
- Grimm, C., & Hillebrand, I. (Eds.). (2009). *Sterbehilfe: Rechtliche und Ethische Aspekte*. München: Karl Alber GmbH Verlag.

- Grundmann, A. (2004). *Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung*. Aachen: Shaker Verlag.
- Haber, J. (2009). *Chapter 2: Research Questions, Hypotheses and Clinical Questions*. Retrieved from <http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780323057431/Chapter%2002.pdf>
- Hack, V. (2010). *Die medizinischen Entwicklungen der letzten Jahrz.*
- Haverkate, I., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., Kostense, P. J., van der Wal, G., & van der Maas, P. (2000, October 3). British Medical Journal - Refused and granted request for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire. *BMJ (Clinical research ed.)*, pp. 865–866. Retrieved from http://www.bmj.com/highwire/filestream/379113/field_highwire_article_pdf/0/865.1.full.pdf
- Higginson, I. (2012). Clinical and social context of death and dying: Circumstances of death and dying. In J. Cohen & L. Deliens (Eds.), *A Public Health Perspective on End of Life Care* (pp. 35–50). Oxford: Oxford University Press.
- Hillebrand, I., Rose, C., Campe, K., Wagner, R., Weiffen, M., & Coninx, S. (2012). *Im Blickpunkt: Sterbehilfe*. Einführung und grundlegende begriffliche Unterscheidungen; Rechtliche Grundlagen. Retrieved from <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe>
- Hirschberg, I., & Strech, D. (2010). Grundlagen einer Public Health Ethik: Public Health: Eine Einführung zur Theorie und Praxis der Disziplin. In D. Strech & G. Marckmann (Eds.), *Public Health Ethik. Ethik im Gesundheitswesen* (Vol. 1, pp. 15–43). Berlin: LIT Verlag.
- Hochgrebe, P. W. (2005). *Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland?: Eine Analyse der aktuellen Diskussion unter medizinischen, philosophisch-ethischen und religiös-theologischen Aspekten*. Münster: Buch & Media Verlag.
- Huber, G., & Casagrande, C. (2011). *Komplementäre Sterbebegleitung: Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien*. Stuttgart: MVS Medizinverlag.
- Husebo, S. (2003). Ethik: Autonomie oder Paternalismus? In S. Husebo & E. Klaschik (Eds.), *Palliativmedizin. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik* (3rd ed., pp. 37–48). Berlin: Springer Verlag.
- Ilse, B., Hildebrandt, J., Posselt, J., Laske, A., Dietz, I., Borasio, G. D., ... (2012). Palliative Care teaching in Germany - concepts and future developments. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 29(3), Doc47. doi:10.3205/zma000817
- Jansen-van der Weide, M. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Wal, G. (2005). Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of internal medicine*, 165(15), 1698–1704. doi:10.1001/archinte.165.15.1698
- Jochemsen, H. (1994). Euthanasia in Holland: an ethical critique of the new law. *Journal of medical ethics*, 20(4), 212–217.

- Jordan, I. (2007). *Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden: Palliativversorgung und Selbstbestimmung am Lebensende*. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Kimsma, G. K. (2010). Death by request in The Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families. *Medicine, health care, and philosophy*, 13(4), 355–361. doi:10.1007/s11019-010-9265-0
- Klee, E. (1994). *Euthanasie im NS-Staat: Die Vernichtung unwerten Lebens*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Kleibel, V., & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe* (2nd ed.). Wien: Facultas Verlag.
- Klinkenberg, M., Willems, D. L., van der Wal, G., & Deeg, D. J. (2004). *Symptom burden in the last week of life*. Retrieved from <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392403004639.pdf>
- KNMG voor verantwoorde medische zorg (Ed.). *The role of the physician in the voluntary termination of life*. Utrecht: KNMG.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (1996). *Pflegerecherche: Methoden - kritische Einschätzung - Anwendung*. Berlin: Ullstein Mosby.
- Lomax. (2008). *Euthanasia, The Netherlands, And Slippery Slopes*. Retrieved from <http://www.second-thoughts.org/home/files/euthanasia-netherlands-fleming.pdf>
- Marquet, R. L., Bartelds, A., Visser, G. J., Spreeuwenberg, P., & Peters, L. (2003). Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 327(7408), 201–202. doi:10.1136/bmj.327.7408.201
- Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A.-M. B., Müller-Busch, H. C., ... (2003). *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*. Retrieved from <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Euthanasia%20and%20physician-assisted%20suicide.pdf>
- Müller, E. S., & Beckmann, R. (Eds.). (2010). *Menschenwürdig sterben - aber wie?: Medizinisch, juristische und ethische Aspekte*. Münster: LIT Verlag.
- Nationaler Ethikrat. (2006a). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende: Stellungnahme*. Berlin. Retrieved from http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf
- Nationaler Ethikrat (Ed.). (2006b). *Wie wir sterben/ Selbstbestimmung am Lebensende: Tagungen des Nationalen Ethikrates in Augsburg und Münster*. Augsburg/Münster: Nationaler Ethikrat.
- Naunin, S. (2012). *Sterben auf Niederländisch?: Niederländische "euthanasie" als Gegenstand der Debatte in Deutschland und den Niederlanden*. Münster: LIT Verlag.
- Oduncu, F. S. (2007). *In Würde sterben: Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Pfordten, D. von der. (2006). Ethische Aspekte des Arzt-Patienten-Verhältnisses am Ende des Lebens. In Nationaler Ethikrat (Ed.), *Wie wir sterben/*

- Selbstbestimmung am Lebensende. Tagungen des Nationalen Ethikrates in Augsburg und Münster* (pp. 95–105). Augsburg/Münster: Nationaler Ethikrat.
- Platzer, J. (2010). *Autonomie und Lebensende: Reichweiten und Grenzen von Patientenverfügungen*. Würzburg: Königshausen & Neumann Verlag.
- Pott, G. (2007). *Ethik am Lebensende: Intuitive Ethik, Sorge um einen guten Tod, Patientenautonomie, Sterbehilfe*. Mit einem Geleitwort von Dr. med. Rolf Holbe, Akademie für Palliativmedizin und Hospizhilfe Niedersachsen. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Radbruch, L., & Nauck, F. (2008). Sterbephase in der Palliativmedizin: Terminale Sedierung. In E. Aulbert, L. Radbruch, & F. Nauck (Eds.), *Lehrbuch der Palliativmedizin. Terminale Sedierung* (2nd ed., pp. 1029–1037). Bonn: Schattauer Verlag.
- Reuter, B. (2000). *Die gesetzliche Regelung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe des Königreichs Niederlande - ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland?* (1st ed.). Göttingen: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Rietjens, J. A. C., Buiting, H. M., Pasman, H. R. W., van der Maas, P. J., van Delden, J. J. M., & van der Heide, A. (2009). Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives: a focus group study. *Palliative medicine*, 23(5), 410–417. doi:10.1177/0269216309104074
- Rietjens, J. A. C., Maas, P. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Delden, J. J. M., & Heide, A. (2009). *Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?* Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/pdf/11673_2009_Article_9172.pdf
- Roelcke, V. (2006). "Ars Moriendi" und "euthanasia medica": Zur Neukonfiguration und ärztlichen Aneignung normativer Vorstellungen über den "guten Tod" um 1800. In D. Engelhardt, C. J. Joerden, & L. Jordan (Eds.), *Sterben und Tod bei Heinrich von Kleist und in seinem historischen Kontext* (pp. 29–45). Würzburg: Königshausen & Neumann Verlag.
- Roggendorf, S. (2011). *Indirekte Sterbehilfe: Medizinische, rechtliche und ethische Perspektive*. Freiburg: CENTAURUS Verlag & Media KG.
- Rose, C. (2010). *DRZE - Im Blickpunkt: Sterbehilfe*. Retrieved from <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe>
- Schell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (8th ed.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Schell, W. (2002). *Sterbebegleitung und Sterbehilfe: Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen, Richtlinien, Stellungnahmen* (3rd ed.). Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG Verlag.
- Schneider, N., Amelung, V., & Buser, K. (2005). *Neue Wege in der Palliativversorgung: Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlag-Gesellschaft.
- Schneider, N., Mitchell, G. K., & Murray, S. A. (2010). Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC family practice*, 11, 1–5. doi:10.1186/1471-2296-11-66

- Siegrist, J. (2005a). Methodische Grundlagen: Die Bewertung wissenschaftlicher Ergebnisse. In J. Siegrist (Ed.), *Medizinische Soziologie* (6th ed., pp. 142–143). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Siegrist, J. (2005b). Mikrosoziale Entwicklungen: Der Lebenslauf in soziologischer Perspektive: Höheres Lebensalter. In J. Siegrist (Ed.), *Medizinische Soziologie* (6th ed., p. 221). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Splett, J. (2010). Tötungsverbot und Sterbehilfe: Stellungnahmen aus Sicht christlicher Philosophie. In E. S. Müller & R. Beckmann (Eds.), *Menschenwürdig sterben - aber wie? Medizinisch, juristische und ethische Aspekte* (pp. 98–115). Münster: LIT Verlag.
- Strech, D., & Marckmann, G. (Eds.). (2010). *Public Health Ethik*. Ethik im Gesundheitswesen. Berlin: LIT Verlag.
- Torbjörn, T. (2006). *Zur Ethik des Tötens: Neue Anstöße zur Reflexion eines umstrittenen Problems*. Münster: LIT Verlag.
- van Alphen, J. E., Donker, G. A., & Marquet, R. L. (2010). Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act. *British Journal of General Practice*, April 2010(60), 163–267.
- van Oorschot, B., Lipp, V., Tietze, A., Nickel, N., & Simon, A. (2005). Einstellung zur Sterbehilfe und zu Patientenverfügungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2005(130), 261–265.
- Westerveld, H., Briet, J., Houwaart, E., Legemaate, J., Meerman, T., Breetvelt, E., & van der Wall, E. (2005). Dutch Medical Oath. *The Netherlands Journal of Medicine*, 2005(9), 368–371. Retrieved from <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?t=a&id=444>
- Woskanjan, S. (2009). *Hintergrundinformationen/Palliativmedizin im stationären Sektor*. Retrieved from http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/presse/HI%20Palliativmedizin%20_stationaer.pdf

Internetquellenverzeichnis

- Stiftung Agora, *PALLIATIEVE VOORZIENINGEN IN DATABASE ZORG KIEZEN - 1 OKTOBER 2007*, URL: <http://www.agora.nl/Portals/31/publicaties/Palliatieve%20voorzieningen%20in%20Zorg%20Kiezen%20-%201%20oktober%202007.pdf>, Stand 28. Februar 2013
- CBS StatLine Statistic Netherlands 2013, *Deaths by medical end-of-life decision; age, cause of death*, URL: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLen&PA=81655ENG&LA=en>, letzter Aufruf 06.04.2013

Glossar

Affirmativer Grundkonsens

Gemäß dem Affirmativen Grundkonsens ist „der Verzicht auf die Einleitung oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen in denjenigen Fällen nicht nur ethisch zulässig, sondern zugleich auch ethisch geboten und sowohl gesetzlich, als auch Standesethisch zu gebieten [..], in denen ein aktuell entscheidungs- und äusserungsfähiger Patient die Einleitung oder Fortführung dieser Maßnahme [...] ernstlich ablehnt“ (Hillebrand et al., 2012, p. 92).

Aktive Sterbehilfe

Intendierte Tötung von Menschen in der Sterbephase aus deren ausdrückliches und ernstliches Verlangen.

Assistierter Suizid (Synonym: Beihilfe zur Selbsttötung)

Beihilfe zur Selbsttötung durch z.B. Beschaffung von notwendigen Mitteln.

Autonomie

Im Kontext der Sterbehilfe und der Behandlung bedeutet Autonomie das Recht der Selbstbestimmung des Patienten über die Entscheidung der Behandlung.

Bool'sche Operatoren

Die sog. Bool'schen Operatoren sind aus der Mathematik stammende Operatoren, die durch die Verbindung von Suchbegriffen durch „UND“, „ODER“ und „NOT“ die Datenbankrecherche unterstützen.

Common Morality

Die Common Morality ist die: „Moralische Verpflichtung, zum Wohle anderer zu handeln und ihre [...] Interessen zu fördern“ (Platzer, 2010, p. 47).

Deontologische Ethik

Ethik, die beschreibt, wie Sachverhalte sein sollten – ausgerichtet an Normen und Werten.

DRG System

Das DRG System ordnet medizinische Diagnosen einer Fallpauschale zu und sorgt für eine systematische Dokumentation der medizinisch erbrachten Leistungen.

Euthanasie

(*Euthanasie*; eu = gut, schön; thanatos = Tod; euthanasia = guter, schöner Tod)
Bedeutung in der Antike: „Das gute Sterben“; heutige Bedeutung: »Aktive Sterbehilfe«.

Heiligkeit des Lebens

Bedeutet der Schutz und die Unverletzlichkeit des menschlichen Lebens. Auch darf der Mensch selbst nicht über Leben und Tod entscheiden und somit auch nicht über die Selbsttötung. Schmerz und Leiden seien auferlegte Lasten, die der Mensch auszutragen habe.

Heteronomie

Im Kontext der Sterbehilfe bedeutet Heteronomie die „Fremdbestimmung des Willens“ über das Sterben und Herbeiführung des Todes. Oftmals wird der Begriff Heteronomie im Zusammenhang mit dem Dambruch der Sterbehilfe und Euthanasie verwendet.

Indirekte Sterbehilfe

Umfasst Maßnahmen der Behandlung, die der Schmerz- und Leidlinderung während der Sterbephase dienen, diese aber unter Umständen den Sterbeprozess beschleunigen.

Informed Consent (Informiertes Einverständnis)

Der Patient darf nicht ohne dessen Einverständnis einer Behandlung oder wissenschaftlichen Experiment ausgesetzt werden. Ein Einverständnis setzt umfassende Information über die Behandlung und mögliche Konsequenzen voraus (vgl. Husebo, 2003, p. 43).

Kategorischer Imperativ

Von Kant erstelltes Grundgesetz: „Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte“ (Pott, 2007, p. 94).

Objektivität

Die Objektivität als Gütekriterium wissenschaftlicher Arbeiten beschreibt die Unabhängigkeit von Ergebnissen und Stellungnahmen von Subjektiven Einstellungen und Bewertungen.

Moral

Gebote und Verbote, die in allen Kulturen gleichermaßen nachweisbar sind, wie z.B. die Zehn Gebote in *unserem* Kulturraum.

Moribunde

Moribunde sind im Sterben liegende, oder dem Tode nahe stehende Menschen.

Palliativmedizin

Symptomlindernde Maßnahmen am Ende des Lebens, wenn das Therapieziel nicht mehr kurativ ist.

Passive Sterbehilfe

Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen, wenn der Sterbeprozess begonnen hat.

Paternalismus

Die Haltung die ein Arzt über die Entscheidung der Behandlung einnimmt, da dieser aufgrund seines Expertenwissens weiß, was das Beste für den Patienten in der Situation ist (vgl. Husebo, 2003, p. 43).

PEG

Perkutane endoskopische Gastrostomie; beschreibt die Einführung einer Sonde zur Ernährung durch die Bauchdecke mit Hilfe eines Gastroskops (vgl. Pott, 2007, p. 95).

Pflegende

Nach der Definition vom DBfK sind Pflegende: „Personen, die die Profession Pflege ausüben: Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2010)

Pflichtenkollision

Pflichtenkollision: „eine Kollision der ärztlichen Pflicht zur Lebenserhaltung mit der Pflicht des Arztes Leiden zu lindern“ (Grundmann, 2004, pp. 37–38).

Relationale Autonomie

Relationale Autonomie: eine Autonomie besteht nicht in Unabhängigkeit eines Verhältnisses zu den umgebenden Helfern (vgl. Pott, 2007, p. 41).

Reliabilität

Gütekriterium von quantitativer Forschung; beschreibt das Ausmaß, in dem unter gleichen Voraussetzungen durchgeführte Messungen dieselben Werte liefern.

Trunkierung

Die Verwendung eines Symbols direkt nach Abschluss eines Wortes wird als Trunkierung bezeichnet.

Utilitarismus

Der Utilitarismus beschreibt eine Ethikform nach dem Nützlichkeitsprinzip; die Grundlage des sittlichen Handelns liegt im größtmöglichen Nutzen für die Gemeinschaft.

Validität

Ein Gütekriterium quantitativer Forschung; beschreibt das Ausmaß, in dem das gewählte Messinstrument das misst, was es messen soll.

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 10.04.2013