

Selbstbestimmung wider das universelle Tötungsverbot:

Betrachtungen zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende und Ausnahmen vom generellen Lebensschutz in Deutschland, Schweiz und den Niederlanden

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie

an der

Philosophischen Fakultät

der

Technischen Universität Dresden

vorgelegt von

Matthias Forßbohm

Geb. am 24.11.1981 in Freiberg (Sachsen)

Betreuer: Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang (Technische Universität Dresden)

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang (Technische Universität Dresden)

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Rentsch (Technische Universität Dresden)

Tag der Verteidigung: 05.07.2017

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	IV
Vorwort	VIII
Teil I Arzt-Patienten-Verhältnis bei Entscheidungen am Lebensende.....	1
1 Einleitung	1
2 Ärztliches Ethos und verdrängter Tod.....	3
2.1 Medizin-ethische Richtlinien.....	3
2.2 Thanatos	7
2.3 Sterben.....	13
2.3.1 Soziales Sterben.....	14
2.3.2 Ausgegliedertes Sterben	15
2.4 Tod	17
2.4.1 Verdrängter Tod	19
2.4.2 Sprachlich ausgegliederter Tod	24
3 Arzt-Patienten-Verhältnis.....	27
3.1 Würde	28
3.2 Selbstbestimmung	31
3.2.1 Objektives Fachwissen trifft auf subjektives biographisches Wissen	31
3.2.2 Informed Consent	37
3.2.3 Mutmaßlicher Wille und Notfälle.....	39
4 Toddefinierter Leib.....	43
4.1 Organ- und Gewebespende.....	44
4.2 Koma	52
4.3 Todesdefinitionen.....	54
4.4 Gefasstes Sterben zu Hause?	56
5 Wohin mit dem Leib – was machen mit dem Körper?.....	61
5.1 Bestattungswesen	61
5.2 Bestattungsgesetze in Deutschland.....	67
5.3 Leichnam	69
5.3.1 Sektionen, Leichenschau, Obduktion	71

5.3.2	Bestattungsarten	73
5.3.3	Kommerzialisierung des toten menschlichen Körpers?	75
5.3.4	„Hier ist der Ort, wo der Tod sich freut, dem Leben zu dienen“	78
	Teil II: Austritts- und Ausschlussprinzip	81
6	Selbsttötung.....	81
6.1	Selbstmord und Freitod	82
6.1.1	Suizidratgeber.....	84
6.1.2	Suizidforen im Internet.....	93
6.2	Ethische Einwände gegen Suizid.....	95
6.2.1	Metaphysischer Einwand gegen Suizide	95
6.2.2	Sozialethischer Einwand gegen Suizide	99
6.2.3	Naturrechtlicher Einwand gegen Suizide	103
6.2.4	Medizinisch-psychologischer Einwand gegen Suizide	104
6.3	Ahndung der suizidalen Tendenzen (eines Anderen).....	108
6.4	Bilanzsuizid	112
6.5	Suizidprävention um jeden Preis?	115
6.6	Beihilfe zum Suizid	118
6.6.1	Ärztliche Assistenz zum Suizid in den Niederlanden	119
6.6.2	Beihilfe zum Suizid in der Schweiz	121
7	Fremdtötungen.....	124
7.1	Terminologische Verwirrungen.....	124
7.2	Ethische Einwände gegen Fremdtötungen	128
7.2.1	Metaphysischer Einwand gegen Fremdtötungen.....	128
7.2.2	Sozialethischer Einwand gegen Fremdtötungen.....	130
7.2.3	Naturrechtlicher Einwand gegen Fremdtötungen.....	131
7.3	Ausnahmen vom absoluten Tötungsverbot	132
7.3.1	Töten aus Notwehr	132
7.3.2	Todesstrafe	133
7.3.3	Abtreibung.....	136
7.3.4	Tötung auf Verlangen.....	138
	Exkurs: Verzerrte Repräsentation als Argument der Diskussion um Sterbehilfe.....	140

Kritikpunkte an statistischen Erhebungen	142
Verzerrungen durch die Fragestellung	142
Interpretierte Auswertung.....	146
Dargestellte Statistik.....	147
Schwierigkeiten der Statistikbefragung in der Thematik Sterbehilfe.....	149
8 Formen der Sterbehilfe	153
8.1 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur passiven Sterbehilfe	154
8.2 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur indirekten (aktiven) Sterbehilfe	156
9 Heraus aus der Grauzone - Die „praktisch wirksame Neuorientierung“	161
9.1 Allgemeiner Überblick einer liberaleren juristischen Regulierung der Sterbehilfeformen in anderen Ländern.....	161
9.2 Aktive Sterbehilfe im Königreich der Niederlande.....	164
9.3 Direkte aktive Sterbehilfe.....	170
9.3.1 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien	171
9.3.2 Kritische Würdigung einer konservativen Regelung der direkten aktiven Sterbehilfe	172
9.3.3 Kritik an der Regulierung der freiwilligen direkten aktive Sterbehilfe in den Niederlanden.....	177
10 Schluss.....	180
Literatur	182

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AfD	Alternative für Deutschland
AFP	Agence France-Presse
AG	Arbeitsgemeinschaft
AKA	also known as
AO	Ausbildungsordnung
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland
Art.	Artikel
Ausg.	Ausgabe
AVB	Allgemeine Vertragsbedingungen
AZR	Ausländerzentralregister
BÄK	Bundesärztekammer
BbgBestG	Brandenburgisches Bestattungsgesetz
Bd.	Band
Bde.	Bände
BDB	Bundesverband Deutscher Bestatter e.V.
BestattG LSA	Bestattungsgesetz des Landes Sachsen Anhalt
BestattG M-V	Bestattungsgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern
BestattG Nds	Bestattungsgesetz des Landes Niedersachsen
BestattG Saar	Bestattungsgesetz des Saarlandes
BestattG Schl-H	Bestattungsgesetz des Landes Schleswig Holstein
BestG	Bestattungsgesetz des Landes Bayern
BestG BE	Bestattungsgesetz des Landes Berlin
BestG B-W	Bestattungsgesetz des Landes Baden-Württemberg
BestG HH	Bestattungsgesetz des Landes Hamburg
BestG NR-W	Bestattungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
BestG Rh-Pf	Bestattungsgesetz des Landes Rheinland-Pfalz
BestV	Bestattungsverordnung des Landes Bayern
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz ¹
BPjM	Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien
BT-Drs	Bundestags-Drucksache
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CATI	Computer Assisted Telephone Interviewing

¹ Das deutsche Justizministerium wurde per Erlass vom Dezember 2013 um den Bereich des Verbraucherschutzes erweitert und umbenannt.

CH	Corpus Hippocraticum ²
Chr.	Christus
chStGB	Schweizer Strafgesetzbuch
chTPG	[Schweizer] Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz)
DBU	Deutsche Buddhistische Union
ders.	derselbe
DGSS	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
d.h.	das heißt
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
dt.	deutsch
e.V.	eingetragener Verein
ebda.	ebenda
EEG	Elektroenzephalografie/ Elektroenzephalogramm
EKD	Evangelische Kirchen in Deutschland
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
et al.	et alius/et alii (dt.: und anderer/und andere)
etc.	et cetera
f./ff.	folgende/fortfolgende
FAQ	Frequently Asked Questions
FBG	Friedhofs- und Bestattungsgesetz des Landes Hessen
Fn.	Fußnote
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	Herausgeber
IASP	International Association for the Study of Pain
ICD-10	International Classification of Diseases
IfD	Institut für Demoskopie
Ifimp	Innsbrucker Forum für Intensivmedizin und Pflege
Inc.	Incorporation
IPBPR	Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte
Jg.	Jahrgang
Jhd.	Jahrhundert
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (dt.: Königlich-Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Medizin ³)
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (dt.: Königlich-Niederländische Gesellschaft zur

² Eine Sammlung medizin-ethischer Texte aus dem 5. Jhd. vor bis zum 2. Jhd. nach Chr. vgl. dazu Punkt 2.1 Medizin-ethische Richtlinien.

³ Übersetzung von mir – M.F.

	Förderung der Pharmazie ⁴⁾
LAWER	Life-Terminating-Acts Without Explicit Request of the Patient (dt.: Lebensbeendende Maßnahmen ohne den ausdrücklichen Willen des Patienten)
LeichenG	Leichenwesengesetz des Landes Freie Hansestadt Bremen
Ltg.	Leitung
m.E.	meines Erachtens
m.w.V	mit weiterem/-n Verweis/-en
mbH	mit beschränkter Haftung
MBO	Musterberufsordnung
MDR	Mitteldeutscher Rundfunk
MLD	minimale letale Dosis („minimal ausreichende Dosis eines Giftes, die zum Tod führt“ ⁵⁾)
MoMa	Morgenmagazin [der ARD]
mp	medical press
MRT	Magnetresonanztomographie
MSC	minimally conscious state (dt.: Minimaler Zustand eines Bewusstseins)
NaP	Natrium-Pentobarbital
NaSPro	Nationales Suizid Präventionsprogramm
NEJM	New England Journal of Medicine
nlStGB	Niederländisches Strafgesetzbuch
No./Nr.	Nummer
NVVE	Nederlandse Vereniging Voor een Vrijwillig Levensende (dt.: Niederländische Vereinigung für ein selbstbestimmtes Sterben ⁶⁾) oder Ähnliches/-m
o.Ä.	
PASW	Predictive Analytics Software („System zur statistischen Datenanalyse und zum Datenmanagement“ ⁷⁾)
PDF	Portable Document Format
PEGIDA	Patriotische Europäer gegen die Islamisierung des Abendlandes
PID	Präimplantationsdiagnostik
PKW	Personenkraftwagen
PND	Pränataldiagnostik
PV	Patientenverfügung
PVS	Persistent/Permanent vegetative state
rd.	rund
S.	Seite
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SächsBestG	Sächsisches Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen
SbC	Suicide by Cop (dt.: Suizid durch/mittels Polizei/-beamten)

⁴ Übersetzung von mir – M.F.

⁵ Verzele, Maurits; Der sanfte Tod: Suizidmethoden und Sterbehilfe; S.: 74

⁶ Übersetzung von mir – M.F.

⁷ Raab-Steiner, Elisabeth et al.; Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung; S.: 64

SCEN	Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (dt: Unterstützung und Beratung zur/bei Euthanasie in den Niederlanden ⁸)
sic.	so (im Original enthalten)
sog.	sogenannte/-r/-s/-n
SPSS	Statistical Product and Service Solution (Vorgänger des PASW-Programmes zur statistischen Datenerhebung)
SPUC	Society for the Protection of Unborn Children
StGB	(deutsches) Strafgesetzbuch
Sz.	Satz
SZ	Süddeutsche Zeitung
ThürBestG	Thüringer Bestattungsgesetz vom 19. Mai 2004
TPG	Transplantationsgesetz
TU	Technische Universität
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliche/-r/-s
u.U.	unter Umständen
UN	United Nations
USA	United States of America
UVG	Unfallersicherungsgesetz
UVV	(Schweizer) Unfallversicherungsverordnung
vgl./Vgl.	vergleiche
vs.	versus
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag
WHO	World Health Organisation (dt.: Weltgesundheitsorganisation)
WMA	World Medical Association (dt.: Weltärztebund)
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZMD	Zentralrat der Muslime in Deutschland
ZVR	Zentrales Vorsorgeregister

⁸ Dies ist ein spezielles Beratungsangebot der *Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (dt.: Königlich-Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Medizin, KNMG) an die niederländischen Ärzte, die sich bei Fragen bezüglich der Handhabung der Euthanasie an besonders geschulte Ärzte wenden können. Vgl. KNMG (Hrsg.); Jaarverslaag 2013; S.: 118 f.

Vorwort

Beschäftigt man sich mit Sterben und Tod erfährt man immer wieder ablehnende und abwehrende Reaktionen in persönlichen Auseinandersetzungen. Zur Thematik *Entscheidungen am Lebensende/Sterbehilfe/Euthanasie* hat ein jeder eine eigene Meinung und nicht Wenige geben diese kund. Aber zur eigenen Sterblichkeit hat sich eine erstaunliche Ambivalenz entwickelt: so als würden immer nur andere sterben und der eigene Tod sei etwas völlig Surreales und Abstraktes, das definitiv erst in enorm weiter Ferne liegt.

Die vorliegende Arbeit ist der Versuch, die Menschen dazu zu bewegen, sich mit ihrer Sterblichkeit auseinanderzusetzen, zu einer Kultur des Sterbens beizutragen. Im Zuge der Recherche und der Debatten mit Freunden und Verwandten fiel auf, dass zwar immer mehr Menschen zusehen, wie in Fernsehsendungen Menschen sterben und welche Auswirkungen der Tod auf das Umfeld haben kann. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit wurde jedoch bei den wenigsten Gesprächspartnern festgestellt. Zumeist herrscht die Einstellung vor: *Sterben? Jetzt noch nicht!*. Als hätten wir jederzeit die Macht und Möglichkeit, darüber mitzubestimmen, wann es an der Zeit ist zu sterben. Kaum jemand setzt sich mit tödlichen Krankheiten oder schweren Unfällen auseinander: es ließen sich kaum Organspendeausweise im angesprochenen Umfeld finden; Patientenverfügungen, Testamente oder Bestattungsvorsorgeverträge existieren erst ab einem gewissen höheren Alter – und das ist nicht ausreichend. Diese Arbeit soll bewusst machen, was alles von einer Person verfügt werden kann und den Lesern die Chance geben, aufgeklärt den eigenen Willen zu erkennen und zu formulieren. Schließlich gibt es gewisse Dinge, die man besser selber im Zustand geistiger Klarheit regelt, bevor stellvertretend Andere entscheiden müssen und dabei in Verkennung der Präferenzen ein falsches Urteil abgeben. Dazu soll der Mensch sich in bestimmten Altern mit bestimmten Dingen befassen und seinen aktuellen Willen schriftlich bekunden, um etwaigen Missverständnissen entgegenzuwirken. Ich denke hierbei an eine mehrstufige Entscheidungsfindung, wobei ganz am Anfang die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit und am Ende das Verfassen des eigenen Bestattungsvorsorgevertrages steht. *Memento mori*⁹ sei der leitende Gedanke: *Bedenke, dass du sterblich bist*

Ich möchte, dass die Leute über ihren eigenen Tod nachdenken. Ich möchte die Leute leben lassen. Sie sollen sich bewusster werden, dass sie leben, dass sie jetzt leben – Hier und Jetzt.

Daher müssen sie über ihren eigenen Tod nachdenken.

⁹ Kurzform der lateinischen Aufforderung *memento moriendum esse*.

Teil I Arzt-Patienten-Verhältnis bei Entscheidungen am Lebensende

1 Einleitung

„Es gibt Lebensphasen, in denen Anspruch und Wirklichkeit besonders weit auseinander klaffen. So geben die Bundesbürger in Umfragen regelmäßig an, dass sie – wenn es so weit ist – am liebsten zu Hause sterben würden. Tatsächlich kommen aber 90 Prozent der Menschen ins Krankenhaus, bevor sie der Tod trifft. Statt bis zum Schluss im Kreise ihrer Angehörigen zu bleiben und dann friedlich einzuschlafen, werden viele Patienten in der Klinik mit hohem technischen Aufwand betreut und "hängen an Schläuchen und Kabeln", wie die intensivmedizinischen Bemühungen oft abschätzig umschrieben werden. Der verständliche Wunsch, das Leben zu verlängern, führt bei Ärzten wie Angehörigen gleichermaßen dazu, dass *der Tod doch meist in der Klinik eintritt* und nicht zu Hause.

[...]

Patienten wie Angehörige haben im Krankenhaus oft das Gefühl, Ärzte würden gerade bei Schwerkranken das Gespräch scheuen und nicht klar aussprechen, wie schlecht es um den Patienten steht. *Manche Ärzte sehen einen "austherapierten" Patienten, der nicht mehr gesund wird, auch als persönliche Niederlage an, als medizinisches Scheitern.* Dabei beginnt in der Phase, in der Chirurgie, Arzneitherapie und andere Methoden *nicht mehr zur Heilung führen können, eine der wichtigsten ärztlichen Aufgaben: Die Betreuung und Begleitung des Patienten bis zum Tod*¹⁰.

Im ersten Abschnitt wird der Betroffene, das Zentrum dieser Thematik, als aber gar nicht bestimmend gezeigt. Der schwerstkranke oder sterbende Patient wird als ein passives Objekt wahrgenommen, dem in medizinischen Institutionen geholfen werden muss weiterzuleben und sowohl Angehörige als auch medizinisches Personal die medizinisch-technischen Möglichkeiten oftmals maximal ausreizen, um das Leben eines Menschen zu retten. Für eine Verortung des Gegenstandes dieser Arbeit gilt es zu betrachten, wie sich etwa der Ur-Eid der Mediziner zu dem menschlichen Lebensende äußert, und ob die Betreuung eines sterbenskranken Menschen, die Begleitung eines Sterbenden überhaupt mit dem aktuellen ärztlichen Selbstverständnis vereinbar sind und welchen Charakter dieses Bündnis hat. Hierbei stellt sich die Frage, was ein Mensch disponieren kann, um einer solchen Bevormundung durch Angehörige und Ärzte zu entgehen, wenn es nicht mehr in seinem Interesse liegt weiterzuleben, sondern er sich einen guten und/oder sanften Tod wünscht. Inwiefern kann ein Schwerstkranker im medizinischen System über sein Lebensende selber verfügen oder ist das Sterben insgesamt etwas Unverfügbares, mit der Folge, dass der Tod einem jeden Zugriff entzogen bleibt?

Im Spannungsfeld der Euthanasie/Sterbehilfe/Entscheidungen am Lebensende stehen sich Patient und Arzt und Angehörige des Patienten in der Triade *Autonomie - medizinische Macht - Interessen Dritter* gegenüber. Hierbei können unterschiedliche Zielvorstellungen aufeinandertreffen, die nicht nur Widerstreit zwischen den einzelnen Parteien schaffen, sondern auch Konflikte zwischen dem Heilungsauftrag des Arztes und seiner moralischen Einstellung erzeugen können. In dieser Dreiecks-Beziehung besitzt der Mediziner das medizinische Fachwissen, das gegen die Autonomie und das biographische Wissen des Patienten steht. Die Interessen der Angehörigen

¹⁰ Bartens, Werner; Am Ende nur Schweigen; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 4. November 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/palliativmedizin-am-ende-nur-schweigen-1.2202505>; (24.05.2016) [Hervorhebungen von mir – M.F.]

können ganz anderer Natur sein und weitere Schwierigkeiten kreieren. Nun kann aber nicht von einer gleichgewichtigen Wertung der verschiedenen Perspektiven ausgegangen werden. Auch wenn der Patient trotz aller intensivmedizinisch-technischen Maßnahmen seine Krankheit, sein Leiden *überlebt*, wird der Organismus zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr funktionieren können und kollabieren. Dabei haben die Bilder von Intensivstationen unsere Wahrnehmung derart verzerrt, dass die Angst besteht, in einer fremden, fremdbestimmten hygienischen Umgebung zu einem passiven medizinischen Objekt degradiert zu werden anstatt etwa friedlich zuhause im Kreis der geliebten Menschen sterben zu können. Die Folge ist, der Patient hat sich emanzipiert und möchte mitbestimmen, über sich, über etwaige Behandlungen und über sein Lebensende sowie anschließende Maßnahmen wie etwa die Spende von Organen und Geweben vor einer Bestattung.

Das Recht über sich selbst zu bestimmen kann aber auch bedeuten, Ärzten die notwendigen Entscheidungen aufzubürden, wenn der betreffende Patient die Reichweite einer Maßnahme nicht zu erfassen vermag oder aus anderen Gründen heraus keine Entscheidung treffen möchte. Manche fassen das Recht über sich zu bestimmen so weit, dass sie nicht nur eine medizinische Maßnahme ablehnen, sondern ihrem Leben ein selbstgewähltes Ende setzen. Dabei ist strittig, ob und wer das Recht dazu hat oder sogar eine moralische Pflicht vorhanden ist, aus dem Leben zu scheiden, wenn etwa gewisse Aufgaben nicht mehr erfüllt werden können. Andererseits herrscht Unklarheit darüber, ob grundsätzlich alle Suizidvorhaben zu verhindern sind oder gewisse Umstände existieren, die sogar eine Beihilfe moralisch einfordern.

Das nahezu absolut geltende Fremdtötungsverbot gilt es zu hinterfragen, wenn gewisse subjektiv unerträgliche Umstände dieses Verbot einer gezielten Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen hin als unangemessen erscheinen lassen. Welche Ausnahmen vom generellen Lebensschutz sind allgemein hin ethisch akzeptiert und auf welche Weise wird davon in den Niederlanden Gebrauch gemacht?

2 Ärztliches Ethos und verdrängter Tod

2.1 Medizin-ethische Richtlinien

Der sog. *Hippokratische Eid*, der einen Verhaltenskodex darstellt, und den der angehende Mediziner ausdrücklich zu befolgen hat, ist in der antiken medizin-ethischen Schrift *Corpus Hippocraticum* (CH) vorangestellt:

„Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia¹¹ und allen Göttern und Göttinnen, sie zu Zeugen anrufend, daß ich erfüllen will nach meinem Können und Urteil diesen Eid und diesen Vertrag:

[...] ¹².

Ich will diätetische¹³ Maßnahmen zum Vorteil der Kranken anwenden nach meinem Können und Urteil; ich will sie vor Schaden 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 nicht das Messer gebrauchen, nicht einmal bei Steinleidenden, sondern will davon abstehen zugunsten der Männer, die sich mit dieser Arbeit befassen.

In alle Häuser, die ich besuche, will ich zum Vorteil der Kranken kommen, mich frei haltend 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 Ruhm bei allen Menschen auf alle künftige Zeit; wenn ich ihn übertrete und falsch schwöre, sei das Gegenteil von all diesem mein Los¹⁴.

Das CH entstand unter der Mitwirkung vieler Ethiker und Mediziner in der Zeit zwischen dem 5. Jahrhundert vor und dem 2. Jahrhundert nach Christi Geburt und stellt eine Sammlung medizin-ethischer

¹¹ Apoll wurde „als Helfer in körperlicher Not angerufen“; in den Asklepiostempeln, ein Sohn des Apoll, sollen Kranke versorgt worden sein; Hygieia war die Göttin der Gesundheit; Panakeia „die alles Heilende, ist eine Tochter des Asklepios“. Fuchs, Robert; Hippokrates: Sämtliche Werke; S.: 1

¹² Da der erste Teil des Eides sich mit dem Verhältnis Schüler-Dozent befasst, wurde er im Text ausgelassen, soll aber der Vollständigkeit halber hier mit abgedruckt werden:

„[Ich gelobe, 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 seinen Brüdern in männlicher Linie gleichzustellen und sie diese Kunst zu lehren – wenn sie wünschen, sie zu erlernen . ohne Honorar und Vertrag; an Regeln und mündlichem 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“.

¹³ Achner, Heike; Ärzte in der Antike; S.: 24:

„Für hippokratische Ärzte hatte die Diätetik die größte Bedeutung, die in diesem Fall nicht nur die Ernährung, sondern auch die Regelung der gesamten Lebensführung umfasste“.

¹⁴ Edelstein, Ludwig; Der Hippokratische Eid: Mit einem forschungsgeschichtlichen Nachwort von Hans Diller; S.: 7

Texte dar, die den Medizinerinnen als eine Handreichung dienen sollte¹⁵ für sowohl richtiges soziales als auch berufsethisches Verhalten. Fraglich ist nach wie vor, ob dieses Gelöbnis an sich überhaupt vom Namensgeber selber stammt¹⁶. Dennoch wird Hippokrates als „Begründer der ärztlichen Ethik betrachtet“¹⁷ und das CH als erste Formulierung einer ärztlichen Ethik angesehen¹⁸. Zu betonen ist, dass dieser Eid den Ärzten der Antike bereits eine Schweigepflicht über das Gehörte auferlegt, sie von „Sterbehilfe“ und Schwangerschaftsabbrüchen ausschließt und letztlich solle der Arzt das Schneiden von Steinkranken „denjenigen überlassen, in deren Beruf sie fällt“¹⁹. Hierbei ist strittig, ob damit die gesamten chirurgischen Behandlungen gemeint sind, oder nur diese besonders schwierigen Eingriffe²⁰.

Interessant ist in dieser Untersuchung, dass die Stellung des Kranken kaum hervorgehoben wird und er vielmehr als ein passives Objekt erscheint, dessen sich der Arzt annimmt. Demnach ist die Aussage des Arztes stärker gewichtet, als die Krankheit selbst oder biographische Elemente. Eine vertragliche oder gemeinschaftliche Komponente wird ebenso außen vorgelassen, so dass der Eindruck entsteht, der Patient könne, wenn er nur dem umfassenden Wissen des Arztes blind vertraue und folge, seine Gesundheit wiedererlangen.

Sehr wahrscheinlich wurde dieser Schwur in der Antike nicht von allen Ärzten abgelegt, sondern zuvörderst von den Anhängern der Schule von Kos²¹, die sich beispielshalber in direkter Rivalität zur Lehre von Knidos wiederfand. Das letztere medizinische Zentrum ging im Sinne der „Empirie und der detaillierten, streng klinischen Beobachtung“ an Krankheiten heran und erkannte keine individuellen Reaktionen eines Kranken auf eine Krankheit an²². Hierin unterscheidet sich nun der Ansatz der Hippokrates zugeschriebenen Lehre: „Krankheit ist ein rational erklärbarer Prozess“, der auf der *Vier-Säfte-Lehre* basiert, wonach ein Ungleichgewicht dieser durch „Aderlass, Schröpfen, schweißtreibende und Erbrechen hervorrufende Mittel“²³ die Selbstheilungskräfte bei der Behandlung unterstützen könne. Es ist nicht gänzlich auszuschließen, dass sich diese beiden unterschiedlichen Lehren auch gegenseitig beeinflussten²⁴.

Da jedoch Krankheit in der Antike auch als eine Fügung der Götter angesehen wurde, sollte der Arzt sich dem sterbenden Patienten gegenüber passiv verhalten, oder sogar *nur* den Göttern anempfehlen²⁵:

¹⁵ Vgl. Golder, Werner; Hippokrates und das Corpus Hippocraticum: Eine Einführung für Philologen und Mediziner; S.: 105 - 114

¹⁶ Die Entstehungszeit wird grob auf etwa ab 400 v.Chr. datiert. Vgl. ebda.; S.: 47

¹⁷ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 14

¹⁸ Vgl. Johannmeyer, Karl-Dieter; Empathie und Tabu(-bruch) in der Gynäkologie: Näherung aus der Sicht eines überwiegend klinisch tätigen Frauenarztes im Ruhestand; S.: 73; In: Lehmann-Carli, Gabriela (Hrsg.); Empathie und Tabu(-bruch) in Kultur, Literatur und Medizin

¹⁹ Der übersetzende Robert Fuchs begründet dies mit einer erforderlichen „besondere[n] Geschicklichkeit des Operateurs“ und zweitens damit, dass diese Aufgabe dem Stande eines Arztes unwürdig sei und den Badern überlassen wurde: die Steinschneider oder Lithotomen. Fuchs, Robert; Hippokrates; S.: 2

²⁰ Vgl. Edelstein, Ludwig; Der hippokratische Eid; S.: 26 - 31

²¹ Vgl. ebda.; S.: 15

²² Vgl. Achner, Heike; Ärzte in der Antike; S.: 26

²³ Ebda.; S.: 24

²⁴ Vgl. Golder, Werner; Hippokrates und das Corpus Hippocraticum; S.: 117

²⁵ Vgl. Kruse, Torsten; Ars moriendi – Aufgabe und Möglichkeit; S.: 100; In: Wagner, Harald et al.; Ars moriendi

„Für den antiken Arzt war es der Höhepunkt seiner Kunst und zugleich die schwerste Aufgabe, die Unheilbarkeit zu erkennen und damit das Ende seiner Kunst und Zuständigkeit zu bekennen“²⁶,

um nicht etwa den Eindruck zu erwecken, das Lebensende des Patienten verursacht oder beschleunigt zu haben²⁷.

Sicherlich waren die Mediziner der Antike und des Altertums nicht auf einer so hochtechnisierten Stufe, tödlich verlaufende Erkrankungen zu erkennen und entsprechend zu behandeln, so dass ein technisiertes Überleben schlicht nicht gegeben war. Jedoch kannten die Ärzte der Antike gewiss Erkrankungen und Situationen, in denen der Betroffene den Wunsch äußerte, sein Leben zu beenden, und nicht immer wurde die Selbsttötung verurteilt²⁸. Der Eid des Hippokrates stellte den Mediziner in den Dienst der Menschen gegen „Schaden und Unrecht“. In unserem Zusammenhang wird ganz klar jeglicher Form lebensverkürzender Maßnahmen eine Absage erteilt:

„Ich will weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen“.

In Anlehnung an den vollständigen Schwur hat jedes Zeitalter „die eigenen Idealvorstellungen in einen "hippokratischen" Mantel gehüllt“²⁹, wie etwa das *Genfer Ärztegelöbnis* des Weltärztebundes (WMA) von 1948 die ärztlichen Leitideen festhielt:

„Wohl des Kranken, Würde des Menschen, Erhaltung des Lebens, Abwendung von Schaden sowie Vertrauenswürdigkeit“³⁰.

Die Bundesärztekammer (BÄK) als oberste berufsethische Instanz³¹ formulierte das Gelöbnis für deutsche Mediziner in der Fassung von 2011 in der (*Muster-*)*Berufsordnung* (MBO) folgendermaßen:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

[...]“³².

²⁶ Hartmann, Fritz; Grenzen ärztlichen Vermögens am Lebensende; S.: 52; In: Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa: Wahrnehmungen - Deutungsmuster - Wandlungen

²⁷ Vgl. Kröner, Hans-Peter; „Euthanasie“: von der Sterbebegleitung zum Krankenmord; S.: 89; In: Hucklenbroich, Peter et al.; Sterben und Tod – Medizinische Perspektiven;

²⁸ Vgl. dazu weiter unten Punkt 6.2 Ethische Einwände gegen Suizid

²⁹ Leven, Karl-Heinz; Hippokrates: Anachronistisch; S.: 1160; In: : Deutsches Ärzteblatt Heft 18/1997 vom 2. Mai 1997

³⁰ Koch-Gromus, Uwe et al.; Arzt-Patienten-Verhältnis; S.: 1081; In: Bundesgesundheitsblatt 9/2012

³¹ Auf der Internetseite der BÄK bezeichnet sie sich so:

„Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern wirkt die Bundesärztekammer (BÄK) aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Die BÄK unterstützt die Arbeit der Ärztekammern und nimmt dabei mittelbar auch gesetzliche Aufgaben wahr. Unmittelbare gesetzliche Aufgaben sind der BÄK unter anderem im Rahmen der Qualitätssicherung sowie der Transplantationsgesetzgebung zugewachsen“.

BÄK (Hrsg.); Über uns; vom 02.06.2015; Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/>; (02.06.2015)

³² Auch an dieser Stelle sei der Vollständigkeit halber der ausgelassene Teil noch mit abgebildet:

„Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung“.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden³³.

Was allerdings unter dem Terminus Menschlichkeit subsumiert werden kann, wird nicht weiter erläutert und belässt somit einen relativ breiten Rahmen für Interpretationen. Dieser letzte Passus ist dabei die wortwörtliche Wiedergabe des letzten Abschnittes des *Genfer Gelöbnisses des Weltärztebundes*³⁴. Im „Dienst der Menschlichkeit“ ist die Gesundheit der Patienten das (selbst-)auferlegte oberste Gut, dessen sich der Arzt gegenüber verpflichtet und zwar „von der Empfängnis an“. Konservative Autoren sehen darin analog zum Hippokratischen Eid ein „Euthanasieverbot“³⁵. Und unter § 16 MBO wird dann explizit der Tötung auf Verlangen eine Absage erteilt, sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid untersagt:

„Es ist ihnen [den Ärzten] verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“³⁶.

Wäre ein Straftatbestand gegeben, so würden die Strafverfolgungsbehörden tätig werden³⁷. Als Konsequenzen könnten die Landesärztekammern dann zusätzlich³⁸ „gegen Ärzte vorgehen, die ihre Berufspflichten verletzen“, und dem entsprechenden Arzt als *ultima ratio* dann die Zulassung entziehen³⁹. Letztlich kann über den bindenden Charakter des Gelöbnisses lediglich gemutmaßt werden, denn die Landesärztekammern orientieren sich lediglich bei „Festlegung ihrer Berufspflichten“⁴⁰ an der MBO:

„Manche Landesärztekammern werden es, manche werden es nicht in den Text ihrer Berufsordnung aufnehmen, wie den Hippokratischen Eid bisher auch. Es ist nicht bekannt, ob und wenn ja, wo dieses Gelöbnis derzeit wem gegenüber abgegeben wird“⁴¹.

Im Gegensatz zur hippokratischen Formel wird in der Eingangsformulierung kein Bezug mehr auf ein eventuelles menschliches Lebensende genommen. Da der heutige Arzt sich verpflichtet, nicht entgegen den „Geboten der Menschlichkeit“ zu handeln, könnte gefragt werden, wie sich die Ärzte bei einem *guten* Sterben verhalten (dürfen) sollen. Was wird darunter allgemein verstanden, wenn von einem *guten* Tod oder einem *sanften* Sterben gesprochen wird – und gehörte die Sorge dafür überhaupt zu irgendeiner Zeit in den Aufgabenbereich der Ärzte?

³³ BÄK (Hrsg.); (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997– in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel; S.: 1981; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 38/2011 vom 23. September 2011

³⁴ Vgl. WMA (Hrsg.) Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 19

³⁵ Eigler, Friedrich Wilhelm; Der Hippokratische Eid: Ein zeitgemäßes Gelöbnis?; S.: 2204.; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 34-35/2003 vom 25. August 2003

³⁶ BÄK (Hrsg.); (Muster-)Berufsordnung; S.: 5; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 38/2011 vom 23. September 2011

³⁷ Vgl. WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 21

³⁸ Anonymus; Rechtsfolgen arztstrafrechtlicher Vergehen; S.: 11; In: Der Kassenarzt-Berater 2/2005

³⁹ Vgl. Gerst, Thomas et al.; Berufsrecht: Wenn Ärzte ihre Pflicht verletzen; S.: 504; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 10/2011 vom 11. März 2011

⁴⁰ Gerst, Thomas et al.; Berufsrecht; S.: 499; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 10/2011 vom 11. März 2011

⁴¹ Ratzel, Rudolf et al.; Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO); S.: 28

2.2 Thanatos

Bereits in der griechisch-römischen Antike wurde der Begriff *Euthanasie* verwendet, um einen sanften oder leichten, möglichst schmerzfreien Tod zu umschreiben, welcher ohne einen unmittelbaren Eingriff Dritter eintritt⁴²:

„als Tod ohne vorhergehende lange Krankheit, wohl auch als relativ schnell eintretender Tod“⁴³.

Unter einem guten Tod verstand die eine Gruppierung einen rechtzeitigen und frühen Tod⁴⁴, die andere wünschte sich ein Sterben aus vollem Lebensgenuss heraus⁴⁵. Es wurde darunter ein rechter und würdiger Tod verstanden, wie er in der stoischen Philosophie avisiert wurde⁴⁶; für andere war es der ehrenvolle und ruhmreiche Tod eines Kriegers⁴⁷ und schließlich das Ende des Lebens erwünscht als der leichte und sanfte Tod⁴⁸.

Der englische Staatsmann Thomas Morus, Schöpfer des Werkes *De optimo statu rei publicae deque nova insula Utopia (Vom besten Zustand des Staates oder von der neuen Insel Utopia)*, entwarf einen rationalen *Idealstaat*, von dem die Philosophin Helga Kuhse behauptet, dass Morus bereits 1516

„die erste wichtige Verteidigung des Gnadentodes vorgelegt [hat], die in der christlichen Welt verfasst wurde“⁴⁹.

Ob dies tatsächlich eine Verteidigung des *Gnadentodes* durch den streng katholischen Staatsmann⁵⁰ Morus darstellt, beantwortet der Medizinhistoriker Udo Benzenhöfer mit einer klaren Antwort:

„Für Morus gilt zunächst [...], dass Kranke besonders unheilbar Kranke hingebungsvoll gepflegt und im Sterben begleitet werden. Wenn die Krankheit aber nicht nur unheilbar, sondern auch qualvoll ist, müssen Priester und Behörden tätig werden, d.h., dann ist der freiwillige Tod erlaubt“⁵¹.

Morus erwähnt bereits eine Art *Gnadentod*. Er benennt auch die seelsorgerische Komponente, die einem Sterbenden zuteil werden sollte, um ihn im Sterben geistlich beizustehen. Jedoch wird nicht auf Ärzte

⁴² Vgl. DIE ZEIT GmbH (Hrsg.); Lexikon; Teil 4; S.: 377

⁴³ Benzenhöfer, Udo; Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart; S.: 15

⁴⁴ Vgl. Klauser, Theodor (Hrsg.); Reallexikon für Antike und Christentum: Sachwörterbuch zur Auseinandersetzung des Christentums mit der antiken Welt; Bd. 5; S.: 543

⁴⁵ Es wird hier im epikureischen Sinne Lust mit Lebensgenuss gleichgesetzt, gemäß der Lehre, „daß [sic] die höchste Lust dann erreicht sei, wenn der Körper ohne Schmerzen und die Seele ohne Sorgen sei“. Hossenfelder, Malte; Epikur; S.: 10

⁴⁶ Die Sozial- und Kulturwissenschaftlerin Nicola Erny pointiert es folgendermaßen:

„In der Stoa wird die bis heute konsequenteste philosophische Bejahung der Selbsttötung formuliert. Wo volles Leben nicht mehr möglich ist, wird Selbsttötung zu einem gewollten Ende, das mehr ist als stumpfes Verdämmern. [...] In Senecas Bemerkung Bene autem mori est effugere male vivendi periculum („Richtig zu sterben heißt, der Gefahr eines schlechten Lebens zu entfliehen“) sind die beiden zentralen Elemente der stoischen Selbsttötungstheorie zusammengefasst: erstens die postulierte Freiheit des Menschen (Freiheit als auf Einsicht beruhendes Leben gemäß der Natur), und zweitens die postulierte Rationalität der Selbsttötung als Manifestation sowohl der universalen Ordnung als auch der individuellen Selbstbestimmung, die in der Vollmacht der Selbsttätigkeit besteht“.

Erny, Nicola; Selbsttötung als moralphilosophisches Problem; S.: 147 f.; In Kaminsky, Carmen et al.; Verantwortung für die Zukunft

⁴⁷ Vgl. Fisch, Jörg; Tödliche Rituale: Die indische Witwenverbrennung und andere Formen der Totenfolge; S.: 340

⁴⁸ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie – eine theologisch-ethische Untersuchung; S.: 24 f.

⁴⁹ Kuhse, Helga zitiert nach Benzenhöfer, Udo; Der gute Tod?; S.: 54

⁵⁰ Vgl. Blank-Sangmeister, Ursula; Thomas Morus Utopia; S.: 5

⁵¹ Ahmann, Martina; Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar? Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer aus praktisch-theologischer Perspektive; S.: 100 Fn. 29; Der Katholik Morus war sich der Ironie dieser Bezeichnung sicherlich bewusst, denn die christliche Moraltheologie sieht sowohl die Selbsttötung als auch die Tötung eines anderen Menschen als ein Verfügen über etwas für den Menschen Unverfügbares an. Siehe dazu weiter unten Punkt 6.2 Ethische Einwände gegen Suizid sowie Punkt 7.2 Ethische Einwände gegen Fremdtötungen

eingegangen und es entsteht vielmehr der Gedanke, dass diese nicht vonnöten seien. Schließlich werden die „Priester und Behörden tätig“. Dem unheilbar Kranken wird suggeriert, er habe keinen Wert mehr für die Gemeinschaft:

„[er] sei allen Ansprüchen, die das Leben an ihn stelle, nicht mehr gewachsen, falle anderen nur zur Last und überlebe, sich selber zur Qual, bereits seinen eigenen Tod. Er solle deshalb nicht darauf bestehen, seiner Krankheit noch länger Gelegenheit zu geben, ihn zu verzehren; er möge vielmehr ohne Zögern seinem Leben ein Ende machen, da es ja für ihn nur noch eine Qual sei, und sich in Zuversicht und guten Mutes von diesem traurigen Leben wie von einem Kerker oder einer quälenden Sorge entweder selbst frei machen oder sich mit seinem Einverständnis von anderen seiner Pein entreißen lassen“⁵².

Obgleich die Juristin Thela Wernstedt eine erstaunliche Analogie zwischen morus'schen und heutigen medizin-ethischen Problemen am Lebensende konstatiert, kann ihr nicht beigespflichtet werden, dass dem Willen des Patienten bei Morus eine entscheidende Bedeutung zukommt⁵³. Eher ist das Wohl der Gemeinschaft das oberste Gut, an dem sich alles Handeln zu orientieren habe: es werden in der *Utopia* die aktive Sterbehilfe als auch der assistierte Suizid dem nahegelegt, der als „Last“ nicht mehr der Gemeinschaft von Nutzen sein kann. Er solle dann „freiwillig“ seiner Qual ein Ende bereiten⁵⁴.

Francis Bacon nahm 1623 den antiken Begriff auf, und erklärte die *Euthanasia interior* als auch die *Euthanasia exterior* als Aufgaben der Ärzte: Erstere sei eine seelsorgerische Komponente, die eine Vorbereitung auf den nahenden Tod darstellt, während hingegen die *Euthanasia exterior* medizinische Maßnahmen fokussierte, die dem Kranken das Sterben erleichtert⁵⁵:

„Nay further, I esteem it the office of a physician not only to restore health, but to mitigate pain and dolors; and not only when such mitigation may conduce to recovery, but when it may serve to make a fair and *easy passage*. For it is no small felicity which Augustus Ceasar was wont to wish to himself, that same Euthanasia“⁵⁶.

„Sterbende Patienten durfte man nicht aufgegeben, sondern es stand ihnen jede erdenkliche Pflege zu, die ihnen half, diese Welt sanfter und leichter zu verlassen“⁵⁷.

Der Terminus des *guten Todes* wurde vorwiegend im Zusammenhang mit der Aufgabe des Arztes in medizinischen Gelehrtschriften und Dissertationen⁵⁸ verwendet, einem Sterbenden einen *leichten* und/oder *sanften* Tod, die „easy passage“ zu ermöglichen; eine Beschleunigung des Sterbeprozesses hingegen wurde abgelehnt⁵⁹. Diese Empfehlungen können als ein Pendant zu dem gesehen werden, was in heutiger Zeit als Palliativmedizin bezeichnet wird: pflegende, medizinische und seelsorgerische

⁵² Morus, Tomas; *Utopia: Ein wahrhaft goldenes Buch über die beste Verfassung und die neue Insel Utopia so wohlthuend wie heiter von dem berühmten und beredten Thomas Morus, Bürger und Sheriff der wohlbekanntesten Stadt London*; S.: 154

⁵³ Vgl. Wernstedt, Thela; *Sterbehilfe in Europa*; S.: 59 f.

⁵⁴ Ob aber der Katholik Morus ernstlich utilitaristisch oder kontraktualistisch argumentieren wollte, ist kritisch zu hinterfragen. Vgl. dazu weiter unten Punkt 6.2.1 Metaphysischer Einwand gegen Suizide

⁵⁵ Vgl. Ahmann, Martina; *Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar*; S.: 100 m.w.V.

⁵⁶ Bacon, Francis; *The Advancement of Learning; Second Book*; S.: 375; In: Spedding, James et al.; *The works of Francis Bacon*; [Hervorhebung von mir – M.F.]

⁵⁷ Lettelier, Phillipe; *Geschichte und Definition eines Begriffs*; S.: 10; In: Lettelier, Phillipe et al.; *Euthanasie*; S.: 9 - 21

⁵⁸ Vgl. Stolberg, Michael; *Aktive Sterbehilfe und Eugenik vor 1850*; S.: 9; In: Czeguhn, Ignacio et al.; *Eugenik und Euthanasie 1850 - 1945*

⁵⁹ Vgl. Benzenhöfer, Udo; *Der gute Tod?*; S.: 64 ff.

Versorgung eines Sterbenden ohne auf den Sterbeprozess einzuwirken⁶⁰. Für die geistliche Komponente war ähnlich der aktuellen Situation aber weniger der Mediziner zuständig⁶¹.

Der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland sah sich 1806 dazu bewegt in der von ihm herausgegebenen Medizinzeitschrift *Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst* einen Appell an die Mediziner jener Tage zu richten, die bacon'sche „*Euthanasia medica* [...] in die medizinische Therapeutik“⁶² aufzunehmen:

„Wenn ein Kranker von unheilbaren Uebeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst den Tod wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr erzeugt, wie leicht kann da, selbst in der Seele des Bessern, der Gedanke aufsteigen: Sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht seyn, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien, oder das Leben der Frucht dem Wohle der Mutter aufzuopfern“⁶³

Es standen sich also der Gnadentod und eine jahrhundertalte christliche Tradition der Nächstenliebe und Fürsorge in dieser Thematik in diesem Kulturraum gegenüber. Das Prinzip des *Du sollst nicht töten*⁶⁴ traf in der Medizinerschaft mit der hippokratischen Verpflichtung des Arztes des Heilens und Helfens zusammen. Pointierend lässt sich konstatieren, dass der vielzitierte Passus des *Hippokratischen Eides*:

„Ich will weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen“

eine bindende Wirkung hatte⁶⁵, der entsprechend ärztliches Handeln niemals lebensverkürzend wirken dürfe, denn der Arzt habe zum „Vorteil des Kranken“ zu wirken. Ähnliche verpflichtende Wirkung entgegen lebensverkürzender Maßnahmen entfaltete das Prinzip der Nächstenliebe als auch das standesethische Selbstverständnis.

Medizinhistorisch betrachtet, wurde erst gegen 1870 in England der Diskurs der Euthanasie auf ein gezieltes lebensverkürzendes Einwirken auf einen sterbenden Menschen, „auf dessen ausdrücklichen Wunsch“, ausgeweitet⁶⁶. Diese Forderung nach aktiver Lebensbeendigung auf Verlangen, um einer „Leidensverlängerung durch Lebensverlängerung“⁶⁷ zu entgehen, verband sich bald mit „rassenhygienischen Vorstellungen“⁶⁸ die auf eugenischen und sozialdarwinistischen Gedanken basierten. Francis Galton begründete die „Wissenschaft der Eugenik“⁶⁹, die in der Folge zahlreiche Anhänger und Verfechter fand, da sie geeignet erschien, soziale Missstände zu kausalisieren und zu beheben. Galton

⁶⁰ Vgl. Nauck, Friedemann; Palliativmedizin in der Intensivmedizin; S.: 136 f.; In: Burchardi, Hilmar et al; Die Intensivmedizin

⁶¹ Vgl. Kröner, Hans-Peter; „Euthanasie“; S.: 89; In: Hucklenbroich, Peter et al.; Sterben und Tod

⁶² Schmuhl, Hans-Walter; Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890 – 1945; S.: 26

⁶³ Hufeland, Christoph Wilhelm; Die Verhältnisse des Arztes; S.: 15; In: Journal der practischen Arzneykunde und Wundarztneykunst 23, 1806

⁶⁴ Vgl. dazu weiter unten Punkt 6.2.1 Metaphysischer Einwand gegen Suizide und Punkt 7.2.1 Metaphysischer Einwand gegen Fremdtötungen

⁶⁵ Vgl. weiter oben Punkt 2.1 Medizin-ethische Richtlinien Fn. 41

⁶⁶ Stolberg, Michael; Aktive Sterbehilfe und Eugenik vor 1850; S.: 10; In: Czeguhn, Ignacio et al.; Eugenik und Euthanasie 1850 - 1945

⁶⁷ Schmuhl, Hans-Walter; Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie; S.: 27

⁶⁸ Senn, Marcel; Neue Rechtstheorien nach Maßgabe von Rassenlehren und Sozialdarwinismus zwischen 1860 und 1914; S.: 39; In: Czeguhn, Ignacio et al.; Eugenik und Euthanasie 1850 - 1945

⁶⁹ Benzenhöfer, Udo; Der gute Tod?; S.: 75

ging davon aus, „dass die unteren Schichten [...] sich stärker als die Tüchtigen der Gesellschaft“⁷⁰ vermehrten. Also müsste der negativen Entwicklung mit „mehr geistig höherwertigen Nachwuchs“⁷¹ begegnet werden, um

„aus dem Wert eines gesunden Erbstromes und seiner Erhaltung die Sicherung der Volkswohlfahrt [abzuleiten]“⁷².

Für Deutschland lässt sich feststellen, dass bereits um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert die ersten Gesellschaften für Rassenhygiene entstanden⁷³. Das Prinzip der Auslese und Fortentwicklung durch Überleben der jeweils stärksten Individuen einer Art sollte „zu einem Modell sozialen und politischen Denkens und Handelns werden“⁷⁴. Die Menschen, die aus diesem medizinisch-ideologischen Rahmen fielen, also die

„Menschen, die man beseitigen will, tötet man, [...] zunächst geistig, indem man sie zu Feinden und Schädlingen [...] erklärt, zu Bazillen und Viren, die es auszurotten gelte“⁷⁵.

Durch eine Verrohung der Sprache fällt es dann leichter, dem unliebsamen Menschen zuerst das Bleibe- und später dann das Existenzrecht abzusprechen⁷⁶. Durch eine diffamierende Wortwahl wird einer „Verrohung des Denkens“⁷⁷ Ausdruck verliehen, der konsequent weitergedacht eine verrohte Handlungsweise folgen muss, wenn dem nicht entsprechende Maßnahmen und Lösungsansätze entgegengestellt werden können⁷⁸.

Es rückte zunehmend das Verhindern der „Entstehung des U n g e e i g n e t e n“⁷⁹ in den Vordergrund. Diese Idee fiel damit zusammen,

„dass die Medizin zunehmend beanspruchte, die besseren Antworten auf die Soziale Frage zu wissen“⁸⁰.

Die Eugeniker, die sich „als eine auf Wissenschaft gegründete lebens- und sozialreformerische Bewegung“⁸¹ verstanden, hingen der Idee an, eine Verbesserung der Gesellschaften, der Nation dadurch zu erreichen, dass die

⁷⁰ Merkel, Christian; „Tod den Idioten“ – Eugenik und Euthanasie in juristischer Rezeption vom Kaiserreich zur Hitlerzeit; S.: 38

⁷¹ Ebda.; S.: 40

⁷² Muckermann, Herrmann; Eugenik und Volkswohlfahrt: Vortrag gehalten im Auftrag der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften am 26.01.1933 in Gürzenich zu Köln; S.: 3

⁷³ Vgl. Schmuhl, Hans-Walter; Grenzüberschreitungen: Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927 – 1945; S.: 20

⁷⁴ Vanja, Christina; Krankheit [in der] Neuzeit; S.: 204; In: Dinzelsbacher, Peter (Hrsg.); Europäische Mentalitätsgeschichte: Hauptthemen in Einzeldarstellungen; S.: 200 - 207

⁷⁵ Bahr, Hans-Dieter; Die Eigenart des Tötens; S.: 17; In: Wulf, Christoph et al.; Töten – Affekte, Akte und Formen

⁷⁶ Vgl. etwa die Debatte im Sommer 2015 über eine Neuregulierung der Verteilung von Flüchtlingen in Europa. In Deutschland kamen mit Begriffen der „Asylbetrüger“ etwa neue Termini in die Alltagssprache, ohne die eine Ausrichtung in nationalstaatlichem Denken in diesem Umfang nicht möglich gewesen wäre.

⁷⁷ Schreckenberg, Heinz; Erziehung, Lebenswelt und Kriegseinsatz der deutschen Jugend unter Hitler: Anmerkungen zur Literatur; S.: 322

⁷⁸ So nahmen im Jahre 2015 die Brandanschläge auf geplante und tatsächliche Einrichtungen zur Unterbringung von Asylsuchenden in Deutschland erheblich zu. Auch wurden vermehrt fremdenfeindliche Motive bei Übergriffen festgestellt:

„Über 500 möglicherweise rechtsextreme Angriffe auf Flüchtlinge registrierte die Amadeu-Antonio-Stiftung bereits im Jahr 2015“.

Middelhoff, Paul; Karte der Gewalt; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 26. August 2015; Available: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-08/gewalt-gegen-fluechtlinge-rassismus-deutschland-anschlaege-koerperverletzung>; (13.11.2015)

⁷⁹ Laquer, Benno; Eugenik und Dysgenik: Ein Versuch; S.: 16 [Hervorhebung im Original]

⁸⁰ Dörner, Klaus; Tödliches Mitleid: Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens – oder: die Soziale Frage: Entstehung, Medizinierung, NS-Endlösung, heute, morgen; S.: 29

„Sterilisierung der Beseitigung zukünftigen ‚lebensunwerten Lebens‘[sic! dient]. Das Ziel, die ‚Ausmerzungen‘ der ‚Minderwertigen‘“⁸²

sollte letztlich die Soziale Frage lösen. Dabei wurden sowohl die *Mendel'schen Erbgesetze* als auch Darwins Evolutionstheorie zusätzlich in rassenhygienische und evolutionstheoretische Hypothesen transformiert, die vor allem in Deutschland in einer Popularisierung und Radikalisierung des Terminus *Euthanasie* mündete⁸³. Bis zur Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wurde unter dem Begriff Euthanasie kein direktes oder indirektes lebensverkürzendes Einwirken auf den sterbenskranken Patienten verstanden, als vielmehr eine pflegende und begleitende Betreuung bis zu seinem Tod⁸⁴.

„Der endgültige Umschlag kam nach der Jahrhundertwende: Ab 1913 wurde der Begriff Euthanasie erstmals im Sinne von *Sterbe[nach]hilfe* gebraucht. Er wurde auf unheilbar Kranke und Behinderte, die nicht „sowieso“ sterben würden ausgeweitet und außerdem wurde das Einverständnis der Opfer nicht länger vorausgesetzt“⁸⁵.

Die Entwicklung der Eugenik sowie deren Popularisierung liefen parallel zur Idee der Ausweitung der Euthanasie, des *Gnadentodes* auf wehr- und hilflose Menschen. Bis zur Zeit der Weimarer Republik jedoch

„[begrenzt] der strafrechtliche Schutz des Lebens [...] die Verbesserungsphantasien der Eugeniker [und Euthanasie-Befürworter]“⁸⁶.

Durch den Juristen Karl Binding und den Psychiater Alfred Hoche wird der Terminus des *guten Todes* auch auf die Menschen ausgeweitet, die nicht an einer unheilbaren Krankheit litten oder sich in der terminalen Phase einer tödlichen Krankheit befanden⁸⁷. Sie betrachteten den Wert eines menschlichen Lebens utilitaristisch: Die Doktrin des Utilitarismus, das *Nützlichkeitsprinzip*, vertritt die Ansicht, dass unter *Glück* „Lust und das Fehlen von Schmerz verstanden“⁸⁸ wird. In ihrer Auffassung zählte der Wert des Individuums weniger als der des Volkes: der Wert eines Menschen bemisst sich nicht nur nach subjektiven Kriterien als besonders durch seinen Nutzen oder Schaden, den dieses Subjekt dem Volkskörper bedeutet⁸⁹. Wurde das Gleichgewicht zwischen der Summe der Freuden und der Summe der Schmerzen zu Gunsten der Letzteren verschoben, so wurde das Leben *objektiv* sinnlos und konnte nach dieser Auffassung beendet werden⁹⁰:

„Die Betonung des Volksganzen führte zur extremen Zurückdrängung des Individuums und des Einzelwohls. Zur Erhaltung des Volkskörpers wurde die Auslese und Ausmerze alles Kranken, Wertlosen, Schwachen und Andersartigen als zwangsläufig dargestellt“⁹¹.

⁸¹ Schmuhl, Hans-Walter; *Grenzüberschreitungen*; S.: 20

⁸² Merkel, Christian; „Tod den Idioten“; S.: 17

⁸³ Vgl. Trus, Armin; „... vom Leiden erlösen“: zur Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen; S.: 27

⁸⁴ Vgl. Ahmann, Martina; *Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar?*; S.: 101

⁸⁵ Stadler, Christian; *Sterbehilfe – gestern und heute*; S.: 14

⁸⁶ Naucke, Wolfgang; *Ein fortwirkender juristischer Einbruch in das Tötungsverbot „Binding/Hoche. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“*; 1920; S.: 71; In: Czeguhn, Ignacio et al.; *Eugenik und Euthanasie 1850 - 1945*

⁸⁷ Vgl. ebda.; S.: 70 - 79

⁸⁸ Mill, John Stuart; *Utilitarismus*: Übersetzt, mit einer Anmerkung und herausgegeben von Manfred Kühn; S.: 12

⁸⁹ Vgl. Hohenstein, Anne; *Die Einführung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland*; S.: 11

⁹⁰ Vgl. Lettelier, Phillipe; *Geschichte und Definition eines Begriffs*; S.: 10; In: Lettelier, Phillipe et al.; *Euthanasie*

⁹¹ Große-Vehne, Vera; *Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), „Euthanasie“ und Sterbehilfe: Reformdiskussion und Gesetzgebung seit 1870*; S.: 106

Dieser Schrift von Binding und Hoche entsprechend hätte eine „Staatsbehörde“ über den Antrag eines Patienten, seines Arztes oder seiner Vertrauensperson zu befinden, ob diesem Antrag auf Tötung auf Verlangen stattgegeben werden kann⁹². Ihre Argumentation war auf drei Gruppierungen fokussiert: auf die „unheilbar Kranken und unrettbar Verletzten“⁹³ – die den Wunsch um Lebensbeendigung noch selber artikulieren könnten; ferner zielte ihr Vorschlag auf die „unheilbar Blödsinnigen“ – die zwar zu keiner Willensäußerung mehr fähig wären, aber auch keinen Willen zum Leben zeigen würden; als auch die unheilbar Bewusstlosen⁹⁴. Der Volkskörper an sich sowie der Staat wurden

„als ein organisches Modell verstanden, das vor „schwachen Elementen“ zu schützen sei und in dem nur dem „Tüchtigen“ ein Lebensrecht zukomme.

[Die Schwächeren, die] nicht in das Bild einer rassistisch homogenen, körperlich und geistig leistungsfähigen und „erbgesunden“ „Herrenrasse“ bzw. „Volksgemeinschaft“ [passten, wurden ausgesondert]⁹⁵.

Produktivistisch betrachtet wurde der objektive „Wert eines Menschenlebens für die Gesellschaft“ das entscheidende Kriterium einer „Daseinsberechtigung“⁹⁶. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass der *Entwurf* Bindings und Hoches aber auf dem Deutschen Ärztetag 1921 verworfen wurde⁹⁷.

Diese evolutionstheoretisch-rassenhygienischen Hypothesen der Eugenik fanden ihre juristische Legitimierung dann im „Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses“⁹⁸ der Nationalsozialisten, „dessen Hauptkonsequenz in der gesetzlichen Freigabe der Zwangssterilisation bestand“⁹⁹.

„(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborener Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet“¹⁰⁰.

Dadurch sollte großes Leiden und *lebensunwertes* Leben vermieden werden. Nicht so sehr das Individuum stand im Fokus. Es waren vor allem ökonomische Lasten, die durch Pflege und medizinische Versorgung anfielen, die der Umwelt erspart werden sollten¹⁰¹:

„Eine wichtige Rolle bei der Beurteilung spielte die Frage, ob der betreffende Mensch als arbeitsfähig und heilbar bewertet wurde (=weiterleben) oder nicht (=töten)“¹⁰².

⁹² Benzenhöfer, Udo; *Der gute Tod?*; S.: 92 ff.

⁹³ Schmuhl, Hans-Walter; *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie*; S.: 118

⁹⁴ Vgl. Schrader, Tobias; *Sterbehilfe: Geschichte und Recht in Europa am Beispiel von Deutschland und Frankreich*; S.: 42

⁹⁵ Trus, Armin; „... vom Leid erlösen“; S.: 52 f.

⁹⁶ Schmuhl, Hans-Walter; *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie*; S.: 116

⁹⁷ Vgl. Schwartz, Michael; *Die Mehrheit und die „Minderwertigen“ : Eine globalhistorische Sicht auf Eugenik und „Euthanasie“ im 20. Jahrhundert*; S.: 140; In: Czeghun, Ignacio et al.; *Eugenik und Euthanasie 1850 - 1945*

⁹⁸ Burleigh, Michael; *Die Zeit des Nationalsozialismus: Eine Gesamtdarstellung*; S.: 408 ff

⁹⁹ Dietl, Hans-Martin (Ltg.); *Eugenik: Entstehung und gesellschaftliche Bedingtheit*; S.: 46

¹⁰⁰ *Deutsches Reichsgesetzblatt Teil I 1867 - 1945*

¹⁰¹ Vgl. Dietl, Hans-Martin (Ltg.); *Eugenik*; S.: 48

Ein Autor forderte letzteres mit den zynischen Worten: „immer wird nur symptomatisch behandelt und noch dazu in homöopathischen Gaben“¹⁰³. Es war kein deutscher Alleingang, der die Menschen bewog, ihre Mitmenschen zu klassifizieren um diese dann auszusondern:

„Die Begeisterung für die Eugenik verbreitete sich rasch in akademischen Kreisen und in der breiten Öffentlichkeit. Zwischen 1900 und 1940 wurden in vielen Ländern (Deutschland, Finnland, Schweden, Norwegen und in 35 Bundesstaaten der USA) Gesetze erlassen, welche die Sterilisation von Menschen erlaubten, die an Erkrankungen litten, die angeblich erblich waren oder eine Gefahr für die Gesellschaft darstellten“¹⁰⁴.

Auch die Idee der Euthanasie fand weite Verbreitung, auch in nichtdeutschen Ländern. Daher kann der Historiker Michael Schwartz dann auch behaupten, dass

„Eugenik und „Euthanasie“ [...] nicht nur deutsche, sondern internationale Denkstile und Handlungsoptionen [waren]“¹⁰⁵.

Beide Handlungsweisen kommen einer vermeintlichen Verbesserung des Volkskörpers, der Menschheit zu Gute, bei gleichzeitiger sozio-ökonomischer Entlastung der Nation, unterscheiden sich jedoch in ihrer Umsetzung: während die Euthanasie gegen die aktuell existierenden Menschen gerichtet war, zielte die Eugenik darauf, deren Entstehung gerade zu verhindern¹⁰⁶.

Aufgeklärtere und humanistischere Sichtweisen haben sich gegen Ende des 20. Jahrhunderts durchsetzen können; dem Individuum wird wieder ein besonderer Stellenwert zugesichert:

„Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung“¹⁰⁷.

Ungeachtet des Ursprunges des Patienten verpflichten sich die heutigen Ärzte, Patienten zu helfen und beizustehen. Sie sollten m.E. anders als die Mediziner der Antike auch den sterbenden Patienten beistehen, um ihnen wenn möglich eine „easy passage“, ein sanftes Sterben zu ermöglichen.

2.3 Sterben

Das ursprüngliche Sterben im Kreise von Familie und Freunden verlagerte sich in die Krankenhäuser¹⁰⁸. Der Tod in den westlichen Industriestaaten vollzieht sich zunehmend in bürokratisch organisierten Institutionen¹⁰⁹. Kaum jemand kann noch den

¹⁰² Schrader, Tobias; Sterbehilfe; S.: 46

¹⁰³ Manes, Georg; Eugenik: die verantwortliche Wohlzeugung des Menschen; S.: 12

¹⁰⁴ Lettelier, Phillipe; Geschichte und Definition eines Begriffs; S.: 12; In: Lettelier, Phillipe et al.; Euthanasie

¹⁰⁵ Schwartz, Michael; Die Mehrheit und die „Minderwertigen“; S.: 130; In: Czeghun, Ignacio et al.; Eugenik und Euthanasie 1850 - 1945

¹⁰⁶ Vgl. Merkel, Christian; „Tod den Idioten“; S.: 17

¹⁰⁷ BÄK (Hrsg.); (Muster-)Berufsordnung; S.: 1; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 38/2011 vom 23. September 2011

„Anblick und die Gerüche von Krankheit und Sterben [...] ertragen. Diese Begleiterscheinungen wurden stattdessen in die keimfreie Welt professioneller Institutionen verlagert“¹¹⁰.

Der Sterbende wird aus seiner primären Umwelt herausgerissen. Das Private wird dem Sterben genommen, der Sterbende aber gleichzeitig zu einem öffentlichen Objekt für das betreuende Personal gemacht: eine paradoxe Situation – Sterben im Krankenhaus ist weder eine rein private noch eine absolut öffentliche Sache.

Die Soziologie fokussierte in der Auseinandersetzung mit dem Lebensende zusätzlich einen vermeintlich identifizierten Vorgang, der sowohl innerhalb des sozialen Gefüges als auch in professionellen Institutionen stattfinden soll: das *soziale Sterben*.

2.3.1 Soziales Sterben

Diese Begrifflichkeit umfasst besonders in den industrialisierten Ländern die Tatsache, dass nicht wenige Menschen vor ihrem biologischen Tod bereits aus der sozialen Umwelt ausgenommen sind/werden¹¹¹. Dabei ist es unbedeutend, ob dies aus einem aktiven Handeln oder einem passivem Erleiden heraus geschieht. Das soziale Sterben kennzeichnet sich dadurch, dass der Aktionsradius von vor Allem älteren Menschen erheblich eingeschränkt wird, sie etwa ihrer Vereinstätigkeit nicht mehr nachkommen können, der ehemalige Freundeskreis sich weiter verkleinert und auch die Besuche von und bei Familienmitgliedern seltener werden. Diese massive Vereinsamung kann dann in dem sog. sozialen Tod enden:

„Der soziale Tod entspricht hier der Wahrnehmung einer Person als sozial nicht mehr existent“¹¹².

Die Philosophin Susanne Fischer benannte in ihrer Dissertation verschiedene Ebenen des sozialen Todes. Zum einen kann damit die Behandlung bezeichnet werden, die einem sterbenden Menschen zukommt, den die Umwelt schon als Toten ansieht. Des Weiteren eine „Nicht-Person-Behandlung“ und schließlich auch der „Verlust der sozialen Identität“¹¹³. Allen Bezeichnungen ist gemein, dass damit eine Ausgrenzung eines Individuums aus seinen bisherigen Rollen und Status umschrieben wird:

¹⁰⁸ Vgl. Ariès, Philippe; Geschichte des Todes; S.: 729 f.; Um die Alten- und Pflegeheime war es ähnlich bestellt, die einzigen Institutionen, welche vordergründig wegen der letzten Lebensphase ihrer Gäste eingerichtet wurden.

¹⁰⁹ Nach dem Statistischen Bundesamt starben von den 858.768 Todesfällen des Jahres 2010 in Deutschland rund 47,6 Prozent der Deutschen in einem Krankenhaus (Alten- und Pflegeheime nicht eingerechnet). Persönliche Mitteilung des Statistischen Bundesamtes

¹¹⁰ Wasner, Maria; Keiner stirbt für sich allein: Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfelds bei Sterbenden; S.: 82; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben: Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens

¹¹¹ Vgl. Feldmann, Klaus; Sterben und Tod: Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse; S.: 81

¹¹² Becker, Gerhild et al.; Zur Erkennbarkeit des Sterbeprozesses; S.: 126; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben

¹¹³ Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende: Eine Untersuchung bei Schweizer Ärztinnen und Ärzten zum Informations- und Sterbehilfverhalten; S.: 42 f. m.w.V.

„in den öffentlichen Diskursen wird gemäß der subsystemspezifischen und beruflichen Differenzierung dieser Ausdruck allerdings kaum verwendet: Man spricht von Pensionierung, Dauerarbeitslosigkeit, Vereinsamung, Marginalisierung, Abschieben, Ausgliedern, Einweisen, Vergessen, lebenslänglicher Haft usw.“¹¹⁴.

Nun muss aber differenziert werden. Erlebt das Individuum sein soziales Sterben; wird dieser Prozess von außen als solcher gedeutet und ab wann kann überhaupt von einem sozialen Tod gesprochen werden? Ein Mensch kann seine Vereinsamung schon zu Lebzeiten als einen Tod vor dem biologischen Tode erfahren. Aber durch seine Existenz in einer Wohnung etwa hegt er Beziehungen zu den Versorgern dieses Hauses. Er muss Nahrung einnehmen und diese muss er beziehen, womit folglich bereits zwei soziale Kreise angesprochen werden, in denen er sich weiterhin bewegt, wenn auch seine freiwillig eingegangenen Verbindungen gekappt wurden.

Die verbleibenden Vereinsmitglieder etwa können das Ausscheiden eines Mitwirkenden schon mit dessen Verschwinden aus dem Verein als sozialen Tod wahrnehmen. Das ausgeschiedene Mitglied aber an sich ist ja noch nicht gänzlich sozial verstorben. Vielmehr wandeln sich seine Interessen vielleicht dahingehend, einer neuen Beschäftigung nachzugehen: somit kommt es in einen neuen sozialen Kreis hinein. Auch im Falle einer schweren Krankheit wird ein Mensch niemals komplett sozial tot sein können denn auch die medizinischen und ärztlichen Angestellten eines Krankenhauses pflegen eine soziale Beziehung zu diesem Menschen. Allein ein Einsiedler könnte m.E. als *sozial Toter* angesehen werden.

Auch ein sich verkleinernder Freundeskreis ist kein Maß, um einen sozialen Tod zu messen.

Soziologisch überspitzt könnte auch für die (westlich-)industrialisierten Staaten behauptet werden, wer keinen Zugang zu Facebook o.Ä. nutzt, existiere nicht und sei bereits sozial digital gestorben bevor der eigentliche Sterbeprozess eingesetzt hat oder abgeschlossen ist. Der Sterbende gliedert sich aus oder wird ausgegrenzt.

2.3.2 Ausgliedertes Sterben

Für die These des sozialen Todes spricht das Verhalten, das gegenüber sterbenden Menschen gezeigt wird: In modernen Gesellschaften werden Sterbende zunehmend sozial ausgegliedert, so dass Primärerfahrungen mit dem Tod von Bezugspersonen zunehmend durch Sekundärerfahrungen mittels Massenmedien ersetzt werden¹¹⁵. Oftmals kann in den industrialisierten Ländern eine große Lebensspanne verlebt werden, ohne direkt mit dem Tod eines Verwandten oder Freundes konfrontiert zu werden¹¹⁶.

¹¹⁴ Feldmann, Klaus; Physisches und soziales Sterben; S.: 95; In: Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa

¹¹⁵ Vgl. ders.; Sterben und Tod; S.: 73

¹¹⁶ Vgl. Wasner, Maria; Keiner stirbt für sich allein; S.: 82; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben

Nur rund zehn Prozent der Bevölkerung Deutschlands sterben zuhause¹¹⁷. Sind die Ursachen hierfür alleinig in der zunehmenden Verstädterung¹¹⁸, den abnehmenden familiären Strukturen¹¹⁹ und der zunehmenden „Mobilität (räumlich, beruflich, ideologisch, interpersonell und kulturell)“¹²⁰ als auch in der wachsenden Digitalität der Individuen¹²¹ und nicht zuletzt in der demographischen Entwicklung¹²² zu sehen?

Dass das Sterben zunehmend aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt wird, zeigt sich auch in der Gestaltung der Fahrzeuge von Bestattungsunternehmen oder deren Schaufenstern. In einer umfassenden Analyse des Eigen- und Fremdbildes der Bestatter kommt die Sozial- und Kulturwissenschaftlerin Dagmar Hähnel darauf zu sprechen, wie sehr die Bestattungsunternehmen darauf bedacht sind, keinen Anstoß zu erregen. In der Sprachwahl wird bereits offensichtlich, dass versucht wird, Professionalität und Seriosität zu suggerieren: aus Bestattungsunternehmen etwa wurden Bestattungsinstitute¹²³. Auch der Bestatter, der für die Aufbahrung sorgt und somit ein letztes Abschied-Nehmen vom Verstorbenen ermöglicht, wird euphemistisch als *Thanatopraktiker* bezeichnet. Dessen Berufsbezeichnung kann wie folgt dargestellt werden:

„Die Thanatopraxie umfasst sämtliche Tätigkeiten, die notwendig sind, um sowohl ästhetisch als auch hygienisch eine einwandfreie Aufbahrung eines Verstorbenen vornehmen zu können. [...] Neben der offenen Aufbahrung, rekonstruktiven Arbeiten und der Behandlung für eine Auslandsüberführung haben sich weitere Aufgabengebiete gezeigt“¹²⁴.

Dass der Tod harmlos dargestellt werden kann bilden m.E. auch die Beileidskarten ab, die im freien Handel neben Glückwunschkarten zu allen Anlässen angeboten werden:

„[Waren sie] in Deutschland zu Beginn des 20. Jahrhunderts tiefschwarz; in den fünfziger Jahren zeigte sich hier und da noch ein schwarzer Rand, der heute zur Ausnahme geworden ist“¹²⁵.

Lediglich die dezent gehaltene farbliche Gestaltung unterscheidet sie äußerlich noch von Glückwunschkarten.

¹¹⁷ Vgl. George, Wolfgang; Zur Sterbesituation in Deutschland; In: gesundheitswirtschaft.info (Hrsg.); gesundheitswirtschaft.info.de; Available: http://www.gesundheitswirtschaft.info/nachrichten/gesundheitspolitik/kranken_dienste/4715-zur-sterbesituation-in-deutschland; (08.12.2012)

¹¹⁸ Vgl. Hölscher, Miriam et al.; Moving Libraries: Mobile Bibliothekskonzepte als Antwort auf die Herausforderungen der Informationsgesellschaft; S.: 17

¹¹⁹ Vgl. Vaskovics, Laszlo A.; Veränderungen der Wohn- und Wohnumweltbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Sozialisationsleistung der Familie; S.: 54; In: Nave-Herz, Rosemarie (Hrsg.) Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland

¹²⁰ Feldmann, Klaus; Sterben und Tod; S.: 43

¹²¹ Vgl. Wey, Florian Felix; DigiKant oder: Vier Fragen, frisch gestellt; In: Deutschlandradio (Hrsg.); deutschlandradio.de; Available: http://www.deutschlandfunk.de/philosophie-in-der-digitalen-welt-digikant-oder-vier-fragen.1184.de.html?dram%3Aarticle_id=342818; (15.04.2016)

¹²² Vgl. Hölscher, Miriam et al. (Hrsg.); Moving Libraries; S.: 17

¹²³ Vgl. Hähnel, Dagmar; Bestatter im 20. Jahrhundert; S.: 166

¹²⁴ Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes GmbH (Hrsg.); Thanatopraktiker; Düsseldorf 2013; Available: <http://www.bestatter.de/bdb2/pages/ausbildung/thanatopraktiker.php>; (06.02.2013)

¹²⁵ Blumenthal-Barby, Kay; Sterben in Europa; S.: 68; In: Becker, Ulrich et al; Sterben und Tod in Europa

2.4 Tod

Alle Kulturkreise kannten einen guten oder einen schlechten Tod. Zuweilen wurde der Tod durch die eigene Hand¹²⁶ oder ein plötzlicher Tod als schlechtes Sterben verstanden¹²⁷. Die meisten Menschen haben nicht so sehr Angst vor dem Tod an sich, als vielmehr vor einem langen und qualvollen Sterben. Durch die medizinisch-technischen Fortschritte wird die Frage nach dem guten Sterben zunehmend gestellt¹²⁸. War es früher der unerwartete und plötzliche Tod, der keine geistliche Vorbereitung mehr zuließ¹²⁹, der „*mors repentina et improvisa*“¹³⁰, den die Menschen fürchteten, ist es im Zuge der spezialisierten Technisierung der Medizin jener Tod, den sich die Menschen herbeisehnen: sterben möchten die Meisten „*Am liebsten plötzlich und unerwartet*“¹³¹. Der Tod solle uns nach Möglichkeit in der Abwesenheit einer schmerzhaften tödlichen Erkrankung schnell und am besten ohne unsere direkte bewusste Anwesenheit treffen. Viele Menschen wünschen sich friedlich einzuschlafen:

„Am Ende kann das Herz nicht mehr schlagen und der Patient stirbt, während er schläft, an Herzstillstand“¹³².

Diese existentielle Frage, ob der Tod ein Übel oder „ob der Tod für den Menschen nicht das größte ist unter allen Gütern“¹³³ beantwortet Platons Sokrates so:

„denn jetzt ist Zeit, daß [sic] wir gehen, ich um zu sterben, ihr um zu leben. Wer aber von uns das bessere Los vor sich hat, das ist jedem verborgen, nur nicht Gott“¹³⁴.

Wir können es nicht wissen. Definitiv wird aber unser diesseitiges Dasein mit all seinen hiesigen Gütern und Übeln beendet. Und u.U. kann der Sterbende dies nicht einmal ausreichend beurteilen. Dies fällt vielmehr der Umwelt zu, die versucht in Kategorisierungen diesen Verlust zu klassifizieren. Nicht nur das Sterben wird beurteilt – friedlich, grausam, qualvoll etc. – auch den Tod eines Menschen versuchen wir in Kategorien zu bewerten: früh, tragisch, gewaltsam.

„Zum anderen neigen wir dazu, bei der Beurteilung des Todes *dem Alter des Verstorbenen* Bedeutung beizumessen.“¹³⁵:

Der Tod eines sehr alten Menschen, dem wir unterstellen, dass er ein vermeintlich er- und ausgefülltes Leben hatte, wird weniger als ein Übel wahrgenommen als der Tod eines Kindes, dem mit dem Tod sämtliche noch möglichen Erfahrungen und Wünsche vorenthalten werden: mit unserem Tod wird uns

¹²⁶ Vgl. dazu weiter unten Punkt 6.1 Selbstmord und Freitod

¹²⁷ Vgl. Feldman, Klaus; *Sterben und Tod*; S.: 91

¹²⁸ Vgl. Hoffmann, Matthias; „Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet“: Die Angst vor dem „sozialen Sterben“

¹²⁹ Jorke, Dietfried; *Leben und Sterben gehören zusammen – Unser Umgang mit dem Tod*; S.: 15 :

„Der Tod gehörte zum Leben als Übergang zum künftigen Leben, auf das man sich zeitig vorbereiten mußte (*ars moriendi*).“

In: Jorke, Dietfried (Hrsg.); *Sterben – Tod – Begräbnis: Ringvorlesung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Bundesärztekammer Thüringen*

¹³⁰ Ariès, Phillipe; *Geschichte des Todes*; S.: 751

¹³¹ Exakt lautet der Titel der soziologischen Untersuchung von Matthias Hoffmann: „Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet“: Die Angst vor dem „sozialen Sterben“

¹³² Chabot, Boudewijn et al.; *Ausweg am Lebensende: Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*; S.: 48

¹³³ Heitsch, Ernst; *Platon Werke: Übersetzung und Kommentar: Band I 2; Apologie des Sokrates; Bd.: I 2; S.: 22*

¹³⁴ Ebda.; S.: 34

¹³⁵ Wittwer, Héctor; *Philosophie des Todes*; S.: 44

durch den Tod eine Lebensspanne geraubt, die wir noch hätten erleben können¹³⁶. Und bei einem Kind erscheint uns diese Spanne viel größer als bei einem alten Menschen, der vermeintlich alles erlebt hat. Aber auch dieser kann beispielshalber den Wunsch haben, unbekannte Dinge zu erfahren oder sogar noch die Urenkel kennenzulernen. Es lässt sich nicht daraus ableiten, dass der Tod für einen jüngeren Menschen ein größeres Übel als für einen alten Menschen darstellt.

Nun gibt es aber Situationen, in denen das aktuelle subjektive Empfinden so negativ wahrgenommen werden kann, dass dieser Zustand als nicht ertragbar erscheint. Dann kann der eigene Tod als verlockendes Ende eines als größer empfundenen Übels erscheinen. Zwar endet der Tod alle Wahrnehmung und alles Empfinden als es die eigene Vernichtung ist. Ob der Tod *per se* nun ein Übel oder ein Gut darstellt, muss letztlich von jedem selbst beurteilt werden:

„Das wird davon abhängen, ob die noch zu erwartende Lebenszeit für ihn lebenswert wäre oder nicht“¹³⁷.

Und ohne einen Jenseitsglauben wird uns definitiv etwas vorenthalten, was wir Diesseits hätten haben können. Wir klammern uns an das Hier und Jetzt. Die heutige Einstellung zum Tod „wurde durch die zunehmende Erosion der Religiosität beeinflusst“¹³⁸: der fehlende Glaube kann sich in Resignation, Desinteresse und/oder Trotz gegenüber dem nahen Tode manifestieren. Die von der Psychologin Elisabeth Kübler-Ross beschriebenen Beobachtungen der *Sterbephasen* des Menschen umfassen alle Reaktionen des Menschen auf sein bevorstehendes Ende. An und mit 200 sterbenden Menschen entwickelte sie ein fünfstufiges Phasenmodell, das die Haltung der Menschen gegenüber ihrem eigenen bevorstehenden Tode widerspiegelt:

- „1. Phase [der Verneinung und] des Nicht-wahr-haben-Wollens und der Isolierung;
2. Phase des Zorns [und der Auflehnung]
3. Phase des Verhandeln [mit dem Schicksal, mit Gott u.ä.],
4. Phase der Depression
5. Phase der [Annahme der unabwendbaren Realität des Todes:] Zustimmung“¹³⁹

Diese Phasen müssen nicht zwangsläufig in derselben Reihenfolge ablaufen. Es sind nicht die biologisch-physiologischen Vorgänge, die sie erklärt, sondern die der geistigen Verarbeitung und somit zutiefst subjektive psychologische Abläufe¹⁴⁰. Die von ihr ausgemachte erste Phase spielt sich m.E. nicht erst ab, wenn einem Menschen bewusst (gemacht) wird, dass er sterblich und sein Dasein endlich ist. Vielmehr wird das Sterben und der Tod nicht mehr kommuniziert. Die eigene Sterblichkeit wird ausgeblendet, verdrängt.

¹³⁶ Vgl. ebda.; S.: 45

¹³⁷ Ebda.; S.: 49

¹³⁸ Harpes, Jean-Paul; Die aktuelle Befürwortung der Sterbehilfe; S.: 27; In: Letellier, Phillippe (Hrsg.); Euthanasie

¹³⁹ Kübler-Ross; Elisabeth; Interviews mit Sterbenden; S.: 41 – 119

¹⁴⁰ Rein statistisch betrachtet, sind es relativ wenige Fallzahlen, die auch nicht genauer aufgeschlüsselt, sondern zur Verallgemeinerung genutzt werden, ohne daraus Argumente für oder wider Euthanasie herleiten zu können.

2.4.1 Verdrängter Tod

Die Betreuung Sterbender und die Versorgung der Toten oblag bis in die Neuzeit hinein der persönlichen häuslichen Umgebung. Die Wahrnehmung des Sterbens und des Todes hat sich so stark gewandelt, dass Primärerfahrungen mit dem Tod, welche einstmals bedingt durch die Trias von „Pest, Hunger und Krieg“¹⁴¹ in jeder Gemeinschaft allgegenwärtig waren, denn

„vor den grassierenden Krankheiten und der mangelhaften Hygiene war niemand geschützt“¹⁴²,

in den westlichen Industriestaaten inzwischen durch Sekundärerfahrungen durch die Massenmedien ersetzt wurden¹⁴³. Der Großteil der Menschen erfährt von Sterben und Tod via moderner Medien: Unglücke, Unfälle, Katastrophen, Kriege. Die Medien sind tatsächlich ein Kontaktvermittler geworden. Dabei wurden gewisse Normen eingerichtet, die z.T. eine bestimmte Wirkung vermeiden wollen. Über Suizide wird kaum mehr medial berichtet. Einer Empfehlung von Psychologen folgend unterlassen es die Medien, von sämtlichen Suiziden zu berichten¹⁴⁴. Diesem Phänomen des Beschweigens liegt die Annahme zu Grunde, dass Suizide generell Nachahmer generieren, indem sie als eine Art Lösungsstrategie einen Fluchtweg aufzeigen. Es soll verhindert werden, dass sowohl die Hintergründe dieser Taten als auch die Weise der Durchführung im Sinne einer Vorbildfunktion von Sterbewilligen interpretiert werden¹⁴⁵. Besonders dramatische und die Umwelt direkt involvierende Selbsttötungen stehen zu forderst im Verdacht Nachahmer zu generieren. Der sog. *Werther-Effekt* betrifft zusätzliche Suizide, die nicht ohnehin ausgeführt worden wären¹⁴⁶.

„Jedes Mal, wenn auf spektakuläre Weise über eine Selbsttötung berichtet wurde, stieg auch die Zahl der Suizide an“¹⁴⁷.

Dennoch wird sehr oft das Interesse des Publikums an einer Berichterstattung von den Journalisten und Redakteuren höher eingeschätzt und über Selbsttötungen sehr explizit berichtet. Dies trifft umso stärker zu, je größer das öffentliche Interesse an einer berühmten Persönlichkeit war¹⁴⁸.

¹⁴¹ Imhof, Arthur Erwin.; Die Kunst des Sterbens (Ars moriendi) einst – und heute? Oder: Erfüllt leben – in Gelassenheit sterben; S.: 125; In: Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa

¹⁴² Schlieper, Andreas; Das aufgeklärte Töten: Die Geschichte der Guillotine; S.: 13

¹⁴³ Vgl. Feldmann, Klaus; Sterben und Tod; S.: 73

¹⁴⁴ Vgl. Wolfersdorf, Manfred et al.; Suizid und Suizidprävention; S.: 144 f.

¹⁴⁵ Im *Pressekodex* des Deutschen Presserates heißt es dazu unter Richtlinie 8.5:

„Die Berichterstattung über Selbsttötung gebietet Zurückhaltung. Dies gilt insbesondere für die Nennung von Namen und die Schilderung näherer Begleitumstände. Eine Ausnahme ist beispielsweise dann zu rechtfertigen, wenn es sich um einen Vorfall der Zeitgeschichte von öffentlichem Interesse handelt“.

Deutscher Presserat (Hrsg.); Synopse Pressekodex; S.: 19

Der Schweizer Presserat benennt die Nachahmungsgefahr deutlicher:

„Wegen der Gefahr der Nachahmung sind detaillierte Berichte über Suizide und Suizidversuche zu vermeiden. Dies gilt nicht nur für reale Fälle, sondern auch für fiktive in Kriminalfilmen, Beziehungsgeschichten, Milieufilmen usw. Die Frage der Medienwirkung ist bei Entscheid über die Publikation oder die Ausstrahlung eines Berichtes über einen Suizidfall mit zu berücksichtigen“.

Schweizer Presserat (Hrsg.); Stellungnahme des Presserates vom 23. Dezember 1992 zur Berichterstattung über Suizide

¹⁴⁶ Vgl. Huber, Gerd; Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung; S.: 593

¹⁴⁷ Sadigh, Parvin; Der Werther-Effekt schadet, der Papageno-Effekt nützt: Interview mit dem Medienpsychologen Benedikt Till; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 22. November 2011; Available: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2011-11/suizid-medien>; (10.07.2015)

¹⁴⁸ Erinnert sei hier an den Suizid des deutschen Torwarts der Fußballnationalmannschaft Robert Enke 2009. In der Folge, wurde von nahezu keiner Medienanstalt nicht darüber berichtet.

Wenn aber auf Berichte über Suizide verzichtet wird, können einerseits die Medien auf diese Art die Kausalkette, Mitschuld an weiteren Selbsttötungen zu haben, umgehen, die ihnen vorgeworfen werden könnte¹⁴⁹. Andererseits haben die Medien auch die Möglichkeit, wenn sie über Suizidalität berichten, Auswege aufzuzeigen und Beratungsangebote und –möglichkeiten zu benennen, wie dies etwa nach dem Tod des langjährigen MDR-Intendanten Udo Reiter durch die Süddeutsche Zeitung (SZ) erfolgte:

„Wir haben uns entschieden, in der Regel nicht über Selbsttötungen zu berichten, außer sie erfahren durch die Umstände besondere Aufmerksamkeit. Der Grund für unsere Zurückhaltung ist die hohe Nachahmerquote nach jeder Berichterstattung über Suizide. Wenn Sie sich selbst betroffen fühlen, kontaktieren Sie bitte umgehend die Telefonseelsorge (www.telefonseelsorge.de). Unter der kostenlosen Hotline 0800-1110111 oder 0800-1110222 erhalten Sie Hilfe von Beratern, die schon in vielen Fällen Auswege aus schwierigen Situationen aufzeigen konnten“¹⁵⁰.

Andererseits haben die Menschen durch moderne mediale Echtzeitberichterstattung über Tod und Sterben die Möglichkeit bekommen, sich an dem Leid der Anderen zu weiden: Live-Ticker zu einem Flugzeugabsturz einer europäischen Fluggesellschaft über den Alpen vom 24.März 2015¹⁵¹ oder etwa zu einem bewaffneten Überfall auf die französische Satire Zeitschrift *Charly Hebdo* mit elf Toten am 07. Januar 2015¹⁵² und der Fahndung nach den Tätern am Folgetag¹⁵³ wurden beispielsweise von der *Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland* (ARD) angeboten. In kurzen Zeitabständen wurde der Nutzer über aktuellste Kurzmeldungen (und/oder Vermutungen) zum Thema unterrichtet.

Insgesamt betrachtet wurde durch diese umfassende Berichterstattung die „Risikowahrnehmung der Bevölkerung“ derart verschoben, dass die Rezipientenschaft final

„vor allem Gefahren überschätzt, denen sie am unwahrscheinlichsten zum Opfer fallen wird. Dagegen unterschätzt sie jene Gefahren, denen sie am wahrscheinlichsten ausgesetzt ist“¹⁵⁴.

In diesem Sinne kann daher der Risikoforscher Gerd Gigerenzer auch schlussfolgern:

„Wir fürchten den seltenen Kernkraftwerksunfall, nicht aber die ständige Luftverschmutzung durch Kohlekraftwerke. Wir hatten Angst vor einer Schweinegrippepandemie, nachdem mehrere Zehntausend mögliche Todesfälle angekündigt wurden – zu denen es dann nie kam –, aber wir haben wenig Angst vor der normalen Grippe, der jedes Jahr tatsächlich Zehntausende zum Opfer fallen“¹⁵⁵

¹⁴⁹ Kriseninterventionszentrum Wien (Hrsg.); Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid; S.: 8:

„Anfang der 80er Jahre waren vor allem U-Bahn-Suizide häufig Gegenstand von sensationserregenden Berichten in den Medien. Diese wissenschaftliche Untersuchung konnte nachweisen, dass die ab Mitte 1987 eingeführten Medienempfehlungen zu einer veränderten und zurückhaltenden Medienberichterstattung über U-Bahn-Suizide zu einem deutlichen Rückgang der U-Bahn-Suizide in Wien führten und diese seither trotz steigender Anzahl der U-Bahnstationen und Passagierzahlen auf einem verringerten Niveau gehalten werden konnten“.

¹⁵⁰ Anonymous; Udo Reiter tot aufgefunden; In: SZ.de vom 10. Oktober 2014; Available <http://www.sueddeutsche.de/medien/frueherer-mdr-chef-udo-reiter-tot-aufgefunden-1.2168229>; (14.09.2015)

¹⁵¹ Vgl. ARD (Hrsg.); Liveticker zum Absturz in Frankreich; Available: <https://www.tagesschau.de/liveticker-flugzeugabsturz-frankreich-101.html>; (13.11.2015)

¹⁵² Vgl. ders.; Liveticker zum Überfall auf die Redaktion von „Charlie Hebdo“ vom 7. Januar 2015; Available: <http://www.tagesschau.de/ausland/charliehebdo-101.html>; (24.03.2015)

¹⁵³ Vgl. ders.; Liveticker zur anschließenden Fahndung nach den Verdächtigen des Überfalls auf „Charlie Hebdo“ vom 8. Januar 2015; Available: <http://www.tagesschau.de/ausland/charlie-hebdo-143.html>; (24.03.2015)

¹⁵⁴ Kepplinger, Hans Mathias; Die Entwicklung der Kriminalitätsberichterstattung; S.: 63; In: BJM (Hrsg.); Kriminalität in den Medien

¹⁵⁵ Brost, Marc et al.; Die Angst ist das Ziel; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 14. Juli 2016; Available: <http://www.zeit.de/2016/30/terror-gefahr-gerd-gigerenzer>; (31.07.2016)

Ähnlich verhält es sich mit Unglücken, bei denen eine große Menge Menschen geschädigt oder getötet wird. In der Folge von Schiffs-¹⁵⁶, Zug-¹⁵⁷ oder Flugzeugunglücken¹⁵⁸ werden dann öffentlich zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen eingefordert, um einer Wiederholung solchen Geschehens zuvorzukommen.

Der Flugzeugabsturz in den Alpen 2015 war besonders erschütternd, da in schneller Folge konkretere Aussagen zu der Absturzstelle sowie viele Details zu den Passagieren genannt wurden und eine persönliche Nähe entstehen konnte¹⁵⁹: emphatische Prozesse wurden etwa durch Bilder ausgelöst¹⁶⁰, auf denen Blumen und Kerzen als Zeichen der Anteilnahme sowie Trauernde vor einer Schule der verstorbenen Schüler, übertragen wurden.

Dieser Flugzeugabsturz sowie der Überfall auf die Redaktion von *Charlie Hebdo* waren so berichtenswert, weil die Medien etwas Nicht-alltägliches zu zeigen hatten und versuchten, eine ständige Spannung zu erzeugen. Diese Wirkung zwischen Medium und Rezipienten wird von der Medienpsychologie als „*Sensation-Seeking*“¹⁶¹ oder auch unter der Theorie der „*morbiden Neugier*“¹⁶² zusammengefasst, denen zufolge ersteres ein permanentes Erregungspotential freisetzt, indem der „Konkurrenzkampf um mediale Präsenz“ sowohl dem Sender als auch dem Empfänger das eigene Sein durch Wahrnehmung bestätigt: „Wer keine Sensationen hat, *ist nicht*“¹⁶³. Diese *morbide Neugier* bezieht sich auf die gezielt-willentliche Wahrnehmung des Empfängers von

„Tod, Verletzungen, Gewalt, Verstümmelungen oder schwer kranke[n] Personen aus sicherer Distanz“¹⁶⁴.

Dieses *Sad-film Paradoxon*, das unterstellt, dass

„Menschen freiwillig, absichtsvoll und offensichtlich mit Vergnügen (Enjoyment) solche narrativen Medieninhalte rezipieren, die negative und als unangenehm klassifizierte Emotionen, wie zum Beispiel Trauer, Kummer, Mitleid oder Furcht auslösen“¹⁶⁵,

spielt mit dem Effekt zusammen, dass die beim Rezipienten unterstellte Neugier noch durch ein massives Mehr an Informationen durch die Nachrichtenagenturen geschürt wird. Der Philosoph Christoph Türcke spricht 2002 von der durch das „audiovisuelle Trommelfeuer“ abgestumpften Wahrnehmung, die gleichzeitig das nächsthöhere Erleben provoziert:

¹⁵⁶ Vgl. Merx, Stefan et al.; Untergang der „Estonia“: Im knallharten Wettbewerb zwischen den Fährlinien werden längst bekannte Sicherheitsstandards sträflich missachtet: Schnell, billig, tödlich; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 7. Oktober 1994; Available: <http://www.zeit.de/1994/41/schnell-billig-toedlich>; (23.11.2015)

¹⁵⁷ Vgl. Vorholz, Fritz; Fakten kontra Stammtisch; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 9. Juli 1998; Nr. 29; Available: http://www.zeit.de/1998/29/Fakten_kontra_Stammtisch; (27.11.2015)

¹⁵⁸ Vgl. Schwelien, Michael; Das Himmelfahrtskommando: Ein Fluglotse gab eine tödliche Anweisung. Aber der Fehlersteckt im System: Sparzwang, Personalmangel, veraltetes Gerät; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 11. Juli 2002; Available: http://www.zeit.de/2002/29/Das_Himmelfahrts-Kommando; (23.11.2015)

¹⁵⁹ Vgl. Döring, Nicola; Wie Medienpersonen Emotionen und Selbstkonzept der Mediennutzer beeinflussen: Empathie, sozialer Vergleich, parasoziale Beziehung und Identifikation; S.: 295; In: Schweiger, Wolfgang et al.; Handbuch Medienwirkungsforschung

¹⁶⁰ Vgl. Wegener, Claudia; Informationsübermittlung im Zeitalter der Unterhaltung: Eine Langzeitanalyse politischer Fernsehmagazine; S.: 143

¹⁶¹ Höfer, Wolfgang; Medien und Emotionen: Zum Medienhandeln junger Menschen; S.: 167 f.

¹⁶² Liebert, Wolf-Andreas; Wissenstransformationen: Handlungssemantische Analysen von Wissenschafts- und Vermittlungstexten; S.: 80 ff.

¹⁶³ Türcke, Christoph; Erregte Gesellschaft: Philosophie der Sensation; S.: 64 [Hervorhebung im Original]

¹⁶⁴ Liebert, Wolf-Andreas; Wissenstransformationen; S.: 80

¹⁶⁵ Vogel, Ines et al.; Sad-film Paradoxon; S.: 34; In: Krämer, Nicole et al.; Medienpsychologie: Schlüsselbegriffe und Konzepte

„Möglichst *live* dabei sein, wenn Häuser brennen, Flugzeuge abstürzen, Rennfahrer verunglücken, Geiseln genommen werden. Den Schauer des authentischen Erlebens erzeugen: dies ist nicht gestellt, sondern echt“¹⁶⁶.

Er deutet damit bereits an, was sich abzeichnete und einige technische Entwicklungen später durchaus möglich ist und vor allem ein Bedürfnis gleichzeitig befriedigt und schürt: Die *Echtzeit-Live-Übertragung*. Der Rezipient unterliegt dabei einem konstruierten

„Schwanken zwischen Hoffnung und Furcht als den beiden Schlüsselementen spannungsvollen Erlebens“¹⁶⁷, was in einem emotionalen „Wegschauen und Hinsehen“ resultiert und so erst den „*Gaffer*“¹⁶⁸ schafft:

„Zuschauen schafft Gemeinschaft. Und nur wo Gemeinschaft ist, wird auch zugeschaut“¹⁶⁹.

Diese *Gaffer*-Gemeinschaft wird noch befördert durch das Medium des *social-tv* oder durch die Profile der Nachrichtensender auf sozialen Netzwerken, indem die Online-Zuschauer einer Sendung, eines Beitrages inzwischen die Möglichkeit haben, diese Meldungen in Echtzeit zu kommentieren und miteinander zu kommunizieren: die Zuschauer sind „*live* dabei“¹⁷⁰, umgehen aber die Tatsache, dass sie selber sterben könnten. Vielmehr wird geglaubt, solche Unglücke können nur anderen geschehen; die eigene Sterblichkeit wird ausgeblendet: zwar ist eine Teilnahme gegeben, aber eben doch nur als distanzierter Beobachter eines Er-Leidens eines Anderen.

„Die Lust am Zusehen“, an der direkten Teilhabe geht über eine reine „Augenlust“¹⁷¹ hinaus. Mit Lukrez könnte argumentiert werden, dass der „Blick auf die Katastrophe [...] uns unseres Wohlergehens [versichert]“¹⁷². Dem kann noch hinzugefügt werden, dass die Themen Sex und Gewalt, Sterben und Tod auch von daher eine große Faszination auf uns ausüben, weil sie derart ausgegliedert wurden, dass nur spärlich offen/öffentlich darüber kommuniziert wird.

Kaum einer hat sich mit 20 Jahren bereits intensiv mit einer Patientenverfügung, der Organspende oder seinem Bestattungsvorsorgevertrag auseinandergesetzt. Erst das ernste Gespräch mit einem Arzt vermag große Teile der Erwachsenenwelt dazu zu zwingen, sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinander zu setzen. Der Schock des *Das-kann-nicht-sein* beschwört Bilder von Verlusten herauf, die durch den Tod eintreten werden. Alle Pläne, Vorhaben, Träume und Wünsche werden zerstört, unser positives Weltbild bröckelt: Ich selbst bin sterblich!

Erst durch einen äußeren Anlass erfolgt eine „Verknüpfung von Bewusstwerdung des eigenen Todes“¹⁷³. Aber sterben? Sterben tun doch immer nur die Anderen: Heute können nahezu 30 Jahre verlebt werden,

¹⁶⁶ Türcke, Christoph; *Erregte Gesellschaft*; S.: 67 [Hervorhebung im Original]

¹⁶⁷ Alwitt, L.F.; *Suspense and Advertising Response*. Zitiert nach: Schwab, Frank; *Spannung*; S.: 235; In: Krämer, Nicole et al.; *Medienpsychologie*

¹⁶⁸ Lasogga, Frank et al.; *Zuschauer*; S.: 357; In: Lasogga, Frank et al.; *Notfallpsychologie: Lehrbuch für die Praxis* 8Herbvorhebung von mir – M.F.]

¹⁶⁹ Grau, Alexander; Schrecken, *Sensation und Schaulust*; S.: 16; In: *Freiwillige Selbstkontrolle Fernsehen e.V. (Hrsg.); tv diskurs. Verantwortung in audiovisuellen Medien*; 12. Jg., 4/2008 (Ausgabe 46)

¹⁷⁰ Türcke, Christoph; *Erregte Gesellschaft*; S.: 67

¹⁷¹ Elias, Norbert; *Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*; S.: 280

¹⁷² Grau, Alexander; Schrecken, *Sensation und Schaulust*; S.: 14; In: *Freiwillige Selbstkontrolle Fernsehen e.V.; tv diskurs*

¹⁷³ Bednarz, Anja; *Den Tod überleben: Deuten und Handeln im Hinblick auf das Sterben eines Anderen*; S.: 64

ohne dass ein direktes Familienmitglied verstirbt¹⁷⁴. Der Umgang mit der Trauer, dem Verlust, der „Todeserfahrung und –praxis“¹⁷⁵ und das viel wichtigere und notwendige Neudefinieren der Bezugsgruppe wurden verlernt¹⁷⁶.

Jegliche Vertrautheit ging verloren. Es ist uns bewusst, dass da bei diesem Unglück X Menschen gestorben sind, aber diese Information tangiert uns dann nur kurzzeitig in der informationsübersättigten Gegenwart. Es gibt kaum noch Primärerfahrungen mit dem Tod¹⁷⁷: der meiste Tod wird via Medien erfahren¹⁷⁸, die uns vergessen machen, dass auch wir nur ein „Sein zum Tode“¹⁷⁹ sind und niemand *vergessen* wird. Der eigene Tod wird nicht nur verdrängt, er wird auch nicht nur nicht-sichtbar für unsere Kinder und Schwachen gemacht¹⁸⁰, sondern die eigene Sterblichkeit wird vergessen gemacht.

Die vielgenannte Körperkultur der Jugendlichkeit, der wir erliegen, hilft uns dabei zu vergessen, dass gealtert wird, dass wir zum Tode gemacht sind¹⁸¹. Mit den gefärbten Haaren erinnert uns das Spiegelbild nicht mehr daran, dass uns nur noch ein überschaubarer zeitlicher Rahmen bleibt und nicht die insgeheim ersehnte Unsterblichkeit: Gestorben wird woanders¹⁸². Immerhin fallen die Fahrzeuge, die genutzt werden Verstorbene zu transportieren im allgemeinen Verkehrsbild einer Stadt nicht mehr auf¹⁸³: die dezenten Transporter heben sich nur dadurch noch von anderen Stadtautos ab, dass der hintere Teil der Fenster mit Vorhängen versehen ist, die einen Einblick in das Wageninnere verhindern: es soll nicht gesehen werden, ob der Wagen *gefüllt* ist oder nicht¹⁸⁴.

Es darf dabei aber nicht vergessen werden, dass dieses Nicht-in-Kontakt-Kommen mit Sterben und Tod auf die große Masse der Menschen in industrialisierten Gebieten zutrifft, jedoch das Joch Sterben und Tod einer Minorität überantwortet wird:

„Eine Minderheit der modernen Menschen verfügt freilich über relativ reichhaltige Primärerfahrung mit dem Sterben anderer Menschen, allerdings professionell und organisatorisch gefiltert und gerahmt, vor allem Ärzte, Krankenschwestern und Altenpfleger“¹⁸⁵.

¹⁷⁴ Vgl. Robertson–von Trotha; Caroline Y.; Ist der Tod bloß der Tod? Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft – ein thematischer Umriss; S.: 9 f.; In: Robertson–von Trotha; Caroline Y. (Hrsg.); Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft: Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung

¹⁷⁵ Schiller, Gisela; Der organisierte Tod: Beobachtungen zum modernen Bestattungswesen; S.: 23

¹⁷⁶ Vgl. Bednarz, Anja; Den Tod überleben; S.: 153

¹⁷⁷ Vgl. Feldmann; Klaus; Sterben und Tod; S.: 73

¹⁷⁸ Vgl. Lange, Rolf-Peter; Die schwierige Akzeptanz der Alltäglichkeit des Sterbens; S.: 37; In: Freiwillige Selbstkontrolle Fernsehen e.V.; tv diskurs. Verantwortung in audiovisuellen Medien; 11. Jg., 3/2007 (Ausg. 41)

¹⁷⁹ Leung, Po-Shan; Eigentlichkeit als Heideggers Wegmotiv: Von Sein und Zeit zur Seinsgeschichte; S.: 49

¹⁸⁰ Vgl. Lange, Rolf-Peter; Die schwierige Akzeptanz der Alltäglichkeit des Sterbens; S.: 37; In: Freiwillige Selbstkontrolle Fernsehen e.V.; tv diskurs; 11. Jg., 3/2007 (Ausgabe 41); Der Soziologe Klaus Feldmann argumentiert dahingehend, dass die Vermeidung einer direkten Konfrontation der Kinder mit Sterben und Tod und die dadurch bedingte „Sekundärerfahrung“ mittels Medien

„tendenziell bewirken [könnte], daß [sic] sie auch als Erwachsene dem Tod angstfreier als Menschen in früheren Zeiten begegnen“

Feldmann, Klaus; Sterben und Tod; S.: 74

¹⁸¹ Vgl. Wetz, Franz Josef; Baustelle Körper: Bioethik der Selbstachtung; S.: 22

¹⁸² Vgl. Köhler, Norbert et al.; Probleme der Arzt-Patient-Beziehung in der Palliativsituation: Fallbeispiel einer Tumorpatientin; S.: 53; In: Ooschott, Birgitt van et al.; Mitgestalten am Lebensende: Handeln und Behandeln Sterbenskranker

¹⁸³ Vgl. Ariès, Phillipe; Geschichte des Todes; S.: 716

¹⁸⁴ Vgl. Gronemeyer, Reimer; Sterben in Deutschland: Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können; S.: 262

¹⁸⁵ Feldmann, Klaus; Sterben in der modernen Gesellschaft; S.: 24; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben

Die Bilder, die uns aus den Medien bekannt sind, haben unsere Vorstellung von beispielsweise Intensivstationen als Orten des verzögerten Sterbens stark geprägt und verzerrt. Eine unnötig verlängerte Existenz scheint vorprogrammiert, so dass der Wunsch entsteht, solch einer Situation vorzubeugen, indem eine entsprechende Patientenverfügung verfasst wird, um nicht lange zu leiden, sondern diesen Zustand schnell überwinden möchte und einem das Sterben ermöglicht oder zugelassen wird: ein schneller Tod soll es sein. Der Medizin-Nobelpreisträger Werner Forßmann erklärt eindrucksvoll, warum Laien Intensivstationen mit Orten des Sterbens assimilieren:

„Denn, wenn ich aus jeder größeren Klinik alle besonders gefährdeten Patienten herausnehme und auf einer Intensivstation konzentriere, hat diese eine bedeutend höhere Sterblichkeitsrate und bietet einen ganz anderen Eindruck als die übrigen Stationen des Hauses“¹⁸⁶.

In einer Studie, *Wie viel Tod verträgt das Team* wurden Belastungsfaktoren für das medizinische Personal in Palliativstationen erfasst und Gegenmaßnahmen identifiziert. Um den Belastungen begegnen zu können, werden etwa Zynismus und Humor angewandt¹⁸⁷. Zwar „werden professionelle Routineverfahren und Strategien einerseits“ entwickelt, andererseits äußert sich häufige Belastung auch in einem anderem Sprachgebrauch: eine gewandelte Sprache wird genutzt, um der Last dieses Berufes gerecht zu werden. Die Palliativpflegerin Astrid Conrad berichtet denn auch von „Verrohung von Sprache“ sowie von Zynismus, die sich als „Abwehrmechanismen“¹⁸⁸ bei dem medizinischen Personal bemerkbar machen können, um mit dem Tod umzugehen, ihn nicht als das zu fassen, was er ist. Das Lebensende eines Menschen.

2.4.2 Sprachlich ausgegliederter Tod

Bei der Suche nach Synonymen für das Verb *sterben*, finden sich unzählige euphemistische Begriffe, denen allen gemein ist, dass das Sterben und der Tod an sich wohl doch kein allzu großes Übel darstellen können. Der Internetauftritt des Dudens etwa bietet 93 Redewendungen und Synonyme für dieses Verb. Die meisten Worte wie etwa „entschlafen, hingehen, ins Grab sinken, seinen letzten Seufzer tun“ vermitteln dabei das sanfte und problemlose Ableben, das inzwischen¹⁸⁹ von vielen Menschen gewünscht wird. Nur einige wenige sprachliche Alternativen zeigen die Härte auf, mit welcher der Tod eintreten

¹⁸⁶ Forßmann, Werner; Die Euthanasie als Problem der Medizin; S.: 55; In: Blaha Herbert et al; Schutz des Lebens – Recht auf Tod

¹⁸⁷ Vgl. Jaspers, Birgit; *Wie viel Tod verträgt das Team?* Power-Point eines Vortrages gehalten auf dem Innsbrucker Forum für Intensivmedizin und Pflege (ifimp) 2010; S.: 17 ff.; Available: http://ifimp.at/jaspers_wieviel_tod_vertraegt_das_team_endfassung_fuer_veranstalter.pdf; (13.11.2015)

¹⁸⁸ Conrad, Astrid; „Ich bin des Sterbens so müde“: Kurze Begleitungsdauer als Belastungsfaktor; S.: 123 f.; In: Müller, Monika et al.; *Wie viel Tod verträgt das Team?* Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin

¹⁸⁹ Vgl. dazu Fn. 131

kann: „abkratzen [...] krepieren, verrecken“. In der deutschen Sprache herrscht aber das verhüllende Element vor:

„die Augen für immer schließen, die Augen zumachen, [friedlich] einschlafen, einschlummern, für immer von jemandem gehen, seine letzte Reise antreten, über den Jordan gehen; (gehoben verhüllend) abberufen werden, abscheiden, aus der Welt gehen/scheiden, dahingehen, dahinscheiden, davongehen, den/seinen Geist aushauchen, die ewige Ruhe finden, entschlummern, heimgehen, hinscheiden, hinübergehen, hinüberschlafen, hinüberschlummern, in den ewigen Frieden/in das Reich des Todes/in die Ewigkeit/ins ewige Leben eingehen, sein Dasein vollenden, sein Leben/die Seele aushauchen, sein Leben vollenden, vom Schauplatz/von der Bühne des Lebens abtreten, zu Staub werden; (bildungssprachlich verhüllend) in das Reich der Schatten hinabsteigen; (umgangssprachlich verhüllend) bei Petrus anklopfen, sich davonmachen, den letzten Schnaufer tun; [...] in die ewigen Jagdgründe eingehen; [...].“

All die Übel des Sterbens werden sprachlich umgangen; nichts der letzten qualvollen Momente, im medizinischen und/oder psychosozialen Sinne, wird dabei angeschnitten. Das Augenmerk liegt auf dem allerletzten Moment, sozusagen, auf dem letzten *Schnaufer*. Auch bei den veraltenden und veralteten Begrifflichkeiten überwiegt eine positive oder verharmlosende Nuancierung, denn weiter genannt werden die Synonyme:

„sich zu den Vätern versammeln/zu seinen Vätern versammelt werden; (salopp oder ironisch, sonst gehoben veraltet) in die/zur Grube fahren; (ironisch, sonst veraltet) den/seinen Geist aufgeben; (veraltet) mit dem Tod abgehen; (gehoben veraltet) dahinfahren, verbleichen; (dichterisch veraltet) erblassen, erleichen; (veraltet verhüllend) das Zeitliche segnen, hinfahren, zur großen Armee abberufen werden“¹⁹⁰.

Ferner wird der Tod mit psychologisch wertvollem „Verhüllungsvokabular“¹⁹¹ als „Gevatter“ oder „Freund Hein“ umschrieben. So kann Kindern zwar mit den Begriffen „Knochenmann, Sensenmann [oder] Todesengel“¹⁹² ein Schauer über den Rücken gejagt werden, die volle Tragweite dessen wird jedoch außen vorgelassen und ein Faktum geschaffen: der oder die Person X ist mit *Gevatter Tod* gegangen, so dass durchaus von den Kindern im Alter bis fünf Jahren die Frage gestellt werden kann: „Wann kommt er denn wieder?“¹⁹³. Die psychologische Reife eines Kindes vermag daraus noch keinen direkten Bezug zur Nicht-mehr-Existenz der Person X herzustellen. Es wird davon ausgegangen, dass Kinder ein stufenartiges Verständnis haben¹⁹⁴. Im Kleinkindalter wird sich das Kind damit begnügen, dass das nun so ist. Erst mit weiterer Reife entstehen Fragen und Verständnisschwierigkeiten, die dazu führen, dass das Kind mit dem Tod konfrontiert werden muss und sich nicht mehr mit einfachen Antworten zufrieden geben kann, wenn der Tod einer Bezugsperson nicht mehr vor ihm verheimlicht werden kann. Zum Schutze des Nachwuchses¹⁹⁵ wird dann auf „Schönsprech“¹⁹⁶ umgestellt¹⁹⁷, was

¹⁹⁰ Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.); duden.de; Available: <http://www.duden.de/rechtschreibung/sterben>; (27.11.2015) - Schlagwort *sterben*

¹⁹¹ Schlüter, Reinhard; Schönsprech: Wie uns Politik und Lobby das Blaue vom Himmel erzählen; S.: 193

¹⁹² Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.); duden.de; Available: <http://www.duden.de/rechtschreibung/sterben>; (27.11.2015) - Schlagwort *Tod*

¹⁹³ Wittkowski, Joachim; Psychologie des Todes; S.: 46: Kinder der Altersstufe 3 – 5 Jahre sehen im Tod eines Menschen nicht dessen Lebensende, als vielmehr den Tod ähnlich dem Zustand des Schlafens, aus dem eine Rückkehr möglich ist.

¹⁹⁴ Vgl. ebda.; S.: 45 f.

¹⁹⁵ Vgl. Schiller, Gisela; Der organisierte Tod; S.: 23

¹⁹⁶ Schlüter, Reinhard; Schönsprech;

¹⁹⁷ Vgl. Ariés, Phillipe; Geschichte des Todes; S.: 737

nebenbei auch einen positivierenden Einfluss auf die Psyche des Sprechers haben kann¹⁹⁸. Die Philosophin Gisela Schiller führt dies auf eine Art der Kommunikationshemmung zurück¹⁹⁹, die eine Verdrängung des Todes mit begünstigt. Dabei sollten aber m.E. allfällige Sterbewünsche eines leidenden Menschen nicht im Gespräch mit seinem Arzt vermieden werden. Eine offene Kommunikation hat zu erfolgen, wobei der Arzt aber nicht von sich aus Mittel und Wege einer Selbsttötung ansprechen sollte.

¹⁹⁸ In der Psychologie wird gern von Bagatellisieren als Vermeidungs-/Verdrängungsstrategie gesprochen: "Der Rüdiger trinkt manchmal einen über den Durst" als Beschreibung für einen Alkoholkranken. Siehe dazu auch den Ansatz von Festinger zur kognitiven Dissonanztheorie. Vgl. etwa Beckmann, Jürgen; Kognitive Dissonanz: Eine handlungstheoretische Perspektive; S.: 8 - 19

¹⁹⁹ Vgl. Schiller, Gisela; Der organisierte Tod; S.: 22

3 Arzt-Patienten-Verhältnis

Innerhalb diesen Aspektes, in welchem eventuelle Wünsche und Wertvorstellungen eines schwerstkranken, eines sterbenden Patienten mit denen des behandelnden Arztes aufeinandertreffen, muss die Rollenverteilung der Akteure klar definiert sein und müssen ethische wie rechtliche Rahmenbedingungen allen Beteiligten Orientierung geben können²⁰⁰. Einerseits soll so der Patient vor ungewollten medizinischen Maßnahmen geschützt als auch dem Arzt ein fachnotwendiger auf Expertenwissen basierender Freiraum gewährt werden. Diesem steht aber die Autonomie, die Selbstbestimmung und die Würde des Patienten gegenüber. Der wiederum aber hat keinen Anspruch auf jede gewünschte Behandlung, sondern kann nur medizinisch indizierte Maßnahmen verlangen²⁰¹, andernfalls würde er Werte des Mediziners verletzen:

„Die Respektierung des Patientenwillens stösst dann an ihre Grenzen, wenn ein Patient Massnahmen verlangt, die unwirksam oder unzweckmässig sind oder die mit der persönlichen Gewissenshaltung des Arztes, mit der ärztlichen Standesordnung oder dem geltenden Recht nicht vereinbar sind“²⁰².

Die Ideale des Patienten stehen dabei den Maßstäben des Arztes gegenüber. Beider Werte, die Selbstbestimmung und Autonomie als auch die Würde der Akteure, dürfen einander nicht verletzen oder nivellieren. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ besagt Art. 1 GG: „Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“²⁰³. Diese erhaben klingenden Worte beziehen sich auf einen ebenso edlen Begriff, ohne dass dieser näher definiert wird²⁰⁴. Aber was kann unter der *Menschenwürde* verstanden werden, ab wann ist ein Mensch Träger dieses Wertes? Fraglich ist in dieser Problematik auch, wie lange einem Menschen diese „Eigenschaft“ zukommt; umgangssprachlich wird etwa auch auf die „Totenwürde“²⁰⁵ Bezug genommen oder von „gebotener Würde“²⁰⁶ gegenüber dem Verstorbenen gesprochen. Diese wenigen Gedanken klingen nun ganz danach, ob dieser erhebende Wert, dieses herausragende Charakteristikum ein etwas von außen Zugespochenes darstellt, das durch Leistung, Zugehörigkeit o.Ä. erlangt werden könnte.

²⁰⁰ Nur wenige Regelungen schaffen Klarheit für die Beteiligten. Vgl. dazu weiter unten Punkt 9.1 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur passiven Sterbehilfe sowie Punkt 9.2 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur indirekten (aktiven) Sterbehilfe

²⁰¹ In diesem Themenkomplex werden nur medizinische Entscheidungen eines leidenden und/oder sterbenden Patienten fokussiert. Die Schönheitschirurgie u.Ä. wird hier nicht beachtet.

²⁰² SAMW (Hrsg.); Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende; S.: 8 [Alle Alternativschreibungen so übernommen. – M.F.]

²⁰³ Art 1. GG

²⁰⁴ Vgl. Sukopp, Thomas; Menschenrechte: Anspruch und Wirklichkeit: Naturrecht und die Natur des Menschen; S.: 37

²⁰⁵ Vgl. § 1 Abs. 1 ThürBestG [Hervorhebung von mir – M.F.]

²⁰⁶ § 1 BestattG Schl-H

3.1 Würde

Im Großteil der Europäischen Mitgliedsstaaten und der Schweiz wird die Menschenwürde bereits in der Verfassung verankert²⁰⁷. In der Sterbehilfe-Debatte wird inflationär auf diesen Terminus Bezug genommen, ohne diesen z.T. zu hinterfragen oder näher zu erläutern²⁰⁸: sowohl die Gegner einer auch nur teilweisen standesethischen oder strafrechtlichen Liberalisierung der Sterbehilfe²⁰⁹ als auch die Befürworter jeglicher lebensbeendenden Maßnahmen²¹⁰ verwenden die Menschenwürde, um die eigene Position massiv zu rechtfertigen. Nicht selten wird dieser Begriff dabei auch als sog. Totschlagargument eingesetzt, um die Beweis- oder Argumentationslast auf den Gegner abzuwälzen²¹¹, indem

„mit ihr etwas in die vermeintliche argumentative Waagschale gelegt wird, was zusätzliches Gewicht verleiht“²¹².

Da das Prinzip der Menschenwürde hier im Rahmen der Sterbehilfe-Debatte beleuchtet werden soll, wird vorausgesetzt, dass jedes menschliche Individuum zugleich auch über den Nimbus einer Person verfügt. Dieser Streit, wem der Status einer Person zukommt, erschwert die sachliche Auseinandersetzung innerhalb der Menschenwürde-Thematik ungemein²¹³. In diesem Rahmen soll herausgearbeitet werden, was von den verschiedenen Positionen als ein Minimalkonsens betrachtet wird²¹⁴.

Einen pointierten historischen Abriss über die Entstehungsgeschichte der Konzeption der (Menschen-) Würde vermag der Philosoph Thomas Sukopp zu geben:

„Erst Gestaltungsauftrag (in der Antike), dann religiös-metaphysisches Wesensmerkmal mit zusätzlichem Gestaltungsauftrag (Mittelalter), löste sich die Vorstellung von der Menschenwürde aus diesem Hintergrund, um in Freiheit, Vernunft oder Moralität fundiert zu werden.

In der Tradition der Würdebegriffe, die von Cicero, über Leo den Großen, Thomas von Aquin, Manetti, Pascal, Pufendorf bis Kant reicht, gibt es Gemeinsamkeiten in den Bestimmungen der Menschenwürde: Alle Genannten sehen die Würde des Menschen als ein Wesensmerkmal, d.h. als unverlierbar. Folgende Eigenschaften des Menschen verleihen ihm Würde: Gottebenbildlichkeit, seine Erlösungsbedürftigkeit, die Unsterblichkeit seiner Seele, seine herausgehobene Stellung im Universum, seine Freiheit oder seine Vernunft. Der Mensch hat durch eine oder mehrere dieser Eigenschaften einen absoluten Wert. Allen den eben genannten Denkern ist außerdem gemeinsam, dass die

²⁰⁷ Vgl. Härle, Wilfried; Würde: Groß vom Menschen denken; S.: 26

²⁰⁸ So etwa die deutschen Bestattungsgesetze, die den Begriff der *Totenwürde* nicht näher definieren, als vielmehr eine Common-Sense Begrifflichkeit unterstellen. Vgl. in diesem Abschnitt dazu weiter unten.

²⁰⁹ Vgl. Hoppe, Jörg-Dietrich; Den Tod nicht zuteilen. Die Haltung der deutschen Ärzteschaft zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid; S.: 79; In: Rehmann-Sutter, Christoph et al.; Beihilfe zum Suizid in der Schweiz

²¹⁰ Vgl. Birnbacher, Dieter; Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe; S.: 65; In: Hepp, Hermann et al.; Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!

²¹¹ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie; S.: 352 ff.

²¹² Kunzmann, Peter; Die „Menschheit in deiner Person“ und die Sprachspiele der Menschenwürde; S.: 34; In: Knoepfner, Nikolaus et al.; Facetten der Menschenwürde

²¹³ In der bioethischen Debatte wird etwa auch eine Ausweitung der Menschenwürde auf die „naturalen Bedingungen personaler Existenz“ erwogen. Birnbacher, Dieter; Bioethik zwischen Natur und Interesse; S.: 8; Dabei steht vor allem der Personenbegriff Singers in der Kritik, da er diesen Status auch auf einige Tiere, bei vorhandenen Präferenzen, angewendet wissen will. Problematisch sind hierbei die nicht vorhandenen Präferenzen bei etwa Kleinstkindern, dementen Alten und Bewusstlosen; Vgl. Hochgrebe, Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland? Eine Analyse der aktuellen Diskussion unter medizinischen, philosophisch-ethischen und religiös-theologischen Aspekten; S.: 35 f.

²¹⁴ Vgl. Hochgrebe, Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland?; S.: 98; Für eine detaillierte historische Betrachtung der Ideengeschichte der Menschenwürde siehe Sukopp, Thomas; Menschenrechte; S.: 36 –

Menschenwürde auch eine Aufgabe, eine Chance, eine Verpflichtung zum würdegemäßen Handeln ist. Würde ist also auch ein Gestaltungsauftrag²¹⁵.

Dieser inhärente Wert begründet sich aus religiösen und philosophischen Vorkenntnissen, die sich auch aus der Wissenschaft und Technik²¹⁶ speisen und knüpft an

„an die europäische Kultur insbesondere ihrem jüdisch-christlichen Anteil, sowie an die aus Humanismus und der Aufklärung hervorgegangene Lebensvorstellung“²¹⁷.

Nach dem Kategorischen Imperativ in der ersten Formel

„handle nur nach der derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß [sic] sie ein allgemeines Gesetz werde“²¹⁸;

und der zweiten Formel

„handle so, [sic] du die Menschheit, sowol [sic] in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest“²¹⁹

begründet sich die Gravität also zusätzlich in der Fähigkeit zur Selbstgesetzgebung²²⁰. In bewusst gewählter Verkehrung des nationalsozialistischen Leitsatzes der Einzelne sei Nichts, der Staat alles²²¹, wurde das Individuum von den *Müttern und Vätern* des Grundgesetzes²²² in der Hierarchie der Güter noch über dem Staat angesiedelt: „[Die Menschenwürde] zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“²²³. Im Sinne einer negativen Freiheit fungiert die Menschenwürde als ein angeborenes Eingriffsabwehrrecht gegenüber staatlicher Gewalt oder gegenüber Dritten²²⁴. Es hat sich in der Entwicklung des Konzeptes ein dominierendes Element durchgesetzt, wonach jedes Individuum einen gesetzlich gewährten Anspruch auf Achtung seiner Menschenwürde hat²²⁵, welcher selbst inhaftierten Straftätern als Schutz vor zu harter und/oder unmenschlicher Bestrafung, bleibt²²⁶.

Sie kommt allen Angehörigen der „biologischen Spezies *Homo sapiens* zu, und er kommt nur diesen zu“²²⁷. Dabei ist es bedeutungslos, ob der Träger dieses Wertes an einem vernunftrechtlichen Anspruch scheitert²²⁸; auch auf den menschlichen Embryo wird dieses Konzept als anwendbar betrachtet²²⁹:

„Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu; es ist nicht entscheidend, ob der Träger sich dieser Würde bewußt [sic] ist und sie selbst zu wahren weiß. Die von Anfang an im menschlichen Sein angelegten potentiellen Fähigkeiten genügen, um die Menschenwürde zu begründen“²³⁰.

²¹⁵ Sukopp, Thomas; Menschenrechte; S.: 46 f.

²¹⁶ Vgl. Papier, Hans-Jürgen; Die Würde des Menschen ist unantastbar; S.: 372; In: Grote, Rainer et al.; Die Ordnung der Freiheit

²¹⁷ Hochgrebe, Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland?; S.: 100

²¹⁸ Kant, Immanuel; Grundlegung zur Metaphysik der Sitten; S.: 52

²¹⁹ Ebda.; S.: 66 f.

²²⁰ Vgl. Teifke, Nils; Das Prinzip Menschenwürde: zur Abwägungsfähigkeit des Höchstrangigen; S.: 41 f.

²²¹ Vgl. Hanser, Richard; Deutschland zuliebe: Leben und Sterben der Geschwister Scholl: : die Geschichte der Weißen Rose; S.: 126

²²² Vgl. Goos, Christoph; Innere Freiheit: Eine Rekonstruktion des grundgesetzlichen Würdebegriffs; S.: 26 f.

²²³ Art. 1 Abs. 1 GG

²²⁴ Vgl. Scheliha, Arnulf von; „Menschenwürde“ - Konkurrent oder Realisator der Christlichen Freiheit?; S.: 261; In: Dierken, Jörg et al.; Freiheit und Menschenwürde

²²⁵ Vgl. Ohly, Lukas; Sterbehilfe: Menschenwürde zwischen Himmel und Erde; S.: 29

²²⁶ Vgl. Goos, Christoph; Innere Freiheit; S.: 59 f.

²²⁷ Birnbacher, Dieter; Bioethik zwischen Natur und Interesse; S.: 85 [Hervorhebung im Original – M.F.]

²²⁸ Vgl. Ohly, Lukas; Sterbehilfe; S.: 31

²²⁹ Vgl. Holderegger, Adrian; Ethische Probleme der Stammzellenforschung; S.: 257 In: Holderegger, Adrian et al.; Theologie und biomedizinische Ethik

Sie steht und reicht bis über das Lebensende des Menschen hinaus, d.h. der Anspruch auf Achtung meiner Würde endet nicht mit meinem Tod²³¹. Der Terminus der *Totenwürde* wird aber von den deutschen Bestattungsgesetzen nicht definiert. „Die Würde des Menschen besteht über den Tod hinaus“²³² heißt es etwa im Bestattungsgesetz des Saarlandes, und im nordrhein-westfälischen Verständnis ist die „Ehrfurcht vor den Toten zu wahren und die Totenwürde zu achten“²³³; der Umgang mit Verstorbenen soll würdegemäß und im Sinne der Totenruhe erfolgen. Dabei wird auf eine Begrifflichkeit abgestellt, die eine entsprechende gemeinsame Interpretation von Dignität unterstellt. Diesem Grundverständnis von Würde entsprechend schlägt der Theologe Wilfried Härle vor, die Würde des Menschen letztlich zu definieren als ein „Anrecht auf Achtung“, das mir durch mein „Dasein als Mensch gegebene Anrecht als Achtung als Mensch“²³⁴ zugesteht.

Dieses angeborene Recht auf leibliche Freiheit, leibliche Unversehrtheit und Achtung der Person an sich ist absolut unbeschränkbar²³⁵. Konsens besteht somit darin, dass jedes menschliche Individuum unabhängig von Aussehen, Herkunft, sozialem Stand oder Vermögen oder Leistung jederzeit geachtet wird. Dieser letztbegründungsneutrale Eigenwert²³⁶ des Individuums:

„lässt [...] kein Mehr oder Weniger zu. Man kann nicht Menschenwürde in einem bestimmten Grade besitzen, man besitzt sie oder man besitzt sie nicht“²³⁷.

Die einzige Einschränkung die diesem passiven Wert m. E. zugestanden werden kann, ist die, die der betreffende Träger derselben als solche subjektiv erfährt – was er als Angriff oder Eingriff in sein Würdeempfinden versteht, was er als *un-würdig* oder *ent-würdigend* wahrnimmt. Auf unsere Thematik bezogen lässt sich die Auseinandersetzung um die Menschenwürde dahingehend zusammenfassen:

„Vom Standpunkt der Menschenwürde sind weder ein bestimmter Sterbeprozess noch bestimmte menschliche Ursachen noch menschliche Absichten für würdiges Sterben entscheidend“²³⁸.

Allein des Patienten Würde und die sie begründenden Werte Autonomie und Selbstbestimmung müssen gewahrt werden. Keine Maßnahme darf gegen den Willen des Patienten erfolgen, weder eine Lebensverlängerung noch eine Leidensverkürzung. Die Würde impliziert medizinische Maßnahmen gemäß seiner Selbstbestimmung anzunehmen oder auch abzulehnen.

²³⁰ Im Grunde genommen umgeht das deutsche Bundesverfassungsgericht auf diese Weise auch eine Definition des Personenstatus, indem ausdrücklich die „im menschlichen Sein angelegten potentiellen Fähigkeiten“ als Bedingung von Würde benannt werden. BVerfGE 39, 1 (41); zitiert nach Goos, Christoph; Innere Freiheit; S.: 64

²³¹ Vgl. Ohly, Lukas; Sterbehilfe; S.: 287

²³² § 12 Abs. 1 BestattG Saar

²³³ § 7 Abs. 1 BestG NR-W

²³⁴ Härle, Wilfried; Würde; S.: 14

²³⁵ Vgl. Papier, Hans-Jürgen; Die Würde des Menschen ist unantastbar; S.: 382; In: Grote, Rainer et al.; Die Ordnung der Freiheit

²³⁶ Vgl. Teifke, Nils; Das Prinzip Menschenwürde; S.: 93

²³⁷ Birnbacher, Dieter; Bioethik zwischen Natur und Interesse; S.: 85

²³⁸ Ohly, Lukas; Sterbehilfe; S.: 287

3.2 Selbstbestimmung

Als ein grundlegendes Menschenrecht wird die Selbstbestimmung betrachtet, welche hierzulande grundgesetzlich geschützt wird²³⁹. In der medizinethischen Debatte um Entscheidungen am Lebensende lassen sich zwei grundsätzliche Positionen bestimmen: eine Meinung sieht den allumfassenden Lebensschutz gefährdet, wenn der Selbstbestimmung des Einzelnen absolutes Gewicht zugestanden wird²⁴⁰, eine andere Ansicht befürwortet gerade eine weitreichendere Selbstbestimmung am Lebensende²⁴¹. Als ein für Dritte bindendes Instrument der Selbstbestimmung wird auch von vielen ärztlichen Vereinigungen die Patientenverfügung betrachtet²⁴², die bei einer psychischen Erkrankung etwa den Willen des betreffenden Patienten auch dann noch verbindlich formuliert, wenn der Patient dem vernunftrechtlichen Anspruch nicht mehr gerecht werden kann²⁴³.

3.2.1 Objektives Fachwissen trifft auf subjektives biographisches Wissen

Der Weltärztebund (World Medical Association, WMA²⁴⁴), der versucht „weltweit anwendbare Standards für die ärztliche Ethik zu erarbeiten“²⁴⁵, rät, „dem Patienten den Vorrang zu geben“²⁴⁶. Für eine

²³⁹ Vgl. Vetter, Petra; Selbstbestimmung am Lebensende: Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht; S.: 23

²⁴⁰ Vgl. Geißendörfer, Sylke; Die Selbstbestimmung des Entscheidungsunfähigen an den Grenzen des Rechts: Zur Debatte über „passive Sterbehilfe“ durch Behandlungsverzicht, vormundschaftliches Genehmigungsverfahren, Patientenverfügungen und deren gesetzliche Regelungsmöglichkeiten; S.: 84 f. m.w.V.

²⁴¹ Vgl. Schardien, Stefanie (Hrsg.); Mit dem Leben am Ende – Stellungnahmen aus der kirchlichen Diskussion in Europa zur Sterbehilfe; S.: 22

²⁴² Vgl. SAMW (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinien: Patientenverfügungen; S.: 5

²⁴³ Vgl. Schrader, Tobias; Sterbehilfe; S.: 65

²⁴⁴ Der Weltärztebund wurde 1947 von verschiedenen nationalen Ärzteverbänden, darunter die schweizerische SAMW als auch die niederländische KNMG, gegründet. Derzeit gehören dieser Organisation 111 nationale Ärzteverbände an, deren Ziel es ist:

„to serve humanity by endeavoring to achieve the highest international standards in Medical Education, Medical Science, Medical Art and Medical Ethics, and Health Care for all people in the world.“

„[And to give] ethical guidance to physicians through its Declarations, Resolutions and Statements.“

Vgl. WMA (Hrsg.); About the WMA; Available: <http://www.wma.net/en/60about/index.html>; (28.10.2015)

Seit 1951 ist auch die deutsche BÄK im WMA vertreten, die sie wie folgt umschreibt:

„Wenn der Weltärztebund sich auch primär als internationale Berufsvertretung versteht, so hat doch das Patienten-Arzt-Verhältnis und insbesondere der Patientenschutz stets einen breiten Raum in seinen Verhandlungen eingenommen. Das 1948 verfasste "Genfer Gelöbnis" ist Bestandteil der meisten deutschen ärztlichen Berufsordnungen geworden und die Deklaration von Helsinki [PDF] (Version 2013) hat insbesondere in der Fassung von Tokio 1975 den Maßstab für die Durchführung von klinischen Versuchen am Menschen gesetzt und auch das Arzneimittelgesetz in Deutschland mit geprägt. Diese Kerndeclarationen zu ethischen Grundsätzen ärztlichen Handelns wurden auf verschiedenen Generalversammlungen um Stellungnahmen zu Organtransplantation, In-vitro-Fertilisation, Gentherapie, Gentechnologie und Sterbehilfe fortgeschrieben und ergänzt. Die Sammlung der Erklärungen und Deklarationen des Weltärztebundes umfasst das weite Feld ethischer und sozialer Themen aus dem ärztlichen Berufsfeld und reicht von Beiträgen über die Definition des Todeszeitpunkts, des Schwangerschaftsabbruches, das Verbot der Mitwirkung an körperlichen Bestrafungen, die Erklärung zum Gebrauch und Missbrauch psychotroper Medikamente, Erklärungen zum Risiko des Tabakkonsums, bis zu Problemen der Umwelt und Demographie und immer wieder einzelner Resolutionen zu Menschenrechtsverletzungen in verschiedenen Ländern dieser Welt.“

BÄK (Hrsg.); Der Weltärztebund; Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/internationales/inter>

entsprechende Würdigung der Werte Autonomie und Selbstbestimmung müssen Patienten aktiv in den Prozess der Entscheidungsfindung zu einer medizinischen Maßnahme mit eingebunden werden. Nur wenn sie in die Lage versetzt werden, autonom zu bleiben, können sie ihren Willen frei und wohlwogen bilden.

Ein Mensch ist krank und geht zum Arzt, in der Hoffnung, „Erlösung von Schmerzen und Leiden“ zu erfahren und „Wiederherstellung der Gesundheit und des Wohlbefindens“²⁴⁷ zu erreichen. Seine Erwartung richtet sich auch darauf, mittels einfühlsamen Sachverstandes gemeinsam mit dem Arzt zu dem gewünschten Ziel zu gelangen. Beide gehen dabei

„ein auf gewisse Dauer angelegtes zwischenmenschliches Verhältnis [ein], das ähnliche Solidaritätsgefühle – wie in der Regel unter Angehörigen“²⁴⁸

beinhaltet. Der Patient muss als Laie dem Arzt hinreichend vertrauen, dass dieser in seinem „wohlverstandenen Interesse handelt“²⁴⁹. Der Arzt ist mit seinem Fachwissen dem Patienten gegenüber in einer herausragenden Stellung, die sich auf dessen medizinischen Fachwissen begründet:

„Für den Arzt ist die Behandlungssituation tägliche Routine, für den Patienten dagegen meist eine Ausnahmesituation“²⁵⁰.

Diese auf dem medizinischen Fachwissen basierende Asymmetrie äußert sich folglich auch in der Entscheidungsfindung: der Arzt unterscheidet die Zustände *gesund* und *krank* und darauf basierend, welcher Weg zur gesundheitlichen Wiederherstellung zu beschreiten ist²⁵¹. Oft werden dabei die Patienten von den Ärzten in eine entsprechende Richtung gedrängt, „Einsicht in das aus ihrer Sicht Notwendige zu erlangen“²⁵². Lange Zeit war dem Arzt dabei eine absolute Vormacht zugestanden worden, die im Laufe der Zeit aufgrund erheblicher Kritik weichen musste. Dieses paternalistische Modell unterstellt objektive Kriterien²⁵³, die, allgemein gültig, dabei halfen, dass Wohle des Patienten wiederherzustellen²⁵⁴, ohne dass dabei der Wille des Patienten oder sein biographisches Wissen in die Lösung miteingeschlossen wurden²⁵⁵. Der Arzt entschied allein oder in Rücksprache mit Kollegen über das weitere Vorgehen²⁵⁶.

nationale-zusammenarbeit/weltaerztebund/; (28.10.2014)

Der WMA wird häufig mit der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) verwechselt. Diese Behörde der United Nations (UN) unterliegt zwangsläufig politischen Interessen. Der WMA hingegen besteht aus freiwilligen Mitgliedern, die diesen auch finanzieren. Vgl. BÄK (Hrsg.); Der Weltärztebund; Available: <http://arzt.de/page.asp?his=1.109.8911.8912&all=true>; (14.05.12)

²⁴⁵ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 23

²⁴⁶ Ebda.; S.: 10

²⁴⁷ Ebda.; S.: 17

²⁴⁸ BÄK (Hrsg.); Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung (BT-Drs. 17/11126); S.: 3

²⁴⁹ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 17

²⁵⁰ Koch-Gromus, Uwe et al.; Arzt-Patienten-Verhältnis; S.: 1081; In: Bundesgesundheitsblatt 9/2012

²⁵¹ Vgl. Noack, Winfried; Inklusion und Exklusion in der funktional differenzierten und globalisierten Gesellschaft; S.: 202 ff. m.w.V.

²⁵² Vetter, Petra; Selbstbestimmung am Lebensende; S.: 25

²⁵³ Vgl. Vollmann, Jochen (Hrsg.); Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit: Beiträge zur Klinischen Ethik; S.: 66

²⁵⁴ Vgl. Punkt 2.1 Medizin-ethische Richtlinien - Stichwort Lehre von Knidos

²⁵⁵ Vgl. Krones, Tanja et al.; Das Arzt-Patient-Verhältnis; S.: 101; In: Schulz, Stefan et al.; Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

²⁵⁶ Vgl. Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende; S.: 26

Dieses Modell der eindimensionalen Handlungsmacht²⁵⁷ wird heute von vielen Patienten in Frage gestellt, so dass sie verstärkt fordern „an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen beteiligt [zu] werden“²⁵⁸. Zudem erklärte die WMA bereits 1981/1995 in Paragraf 3 der *Deklaration von Lissabon*: „The patient has the right to self-determination“. Erläuternd wird noch angefügt, dass damit „free decisions regarding himself/herself“ avisiert sind und der Arzt den Patienten über die Folgen seiner Entscheidungen zu informieren hat²⁵⁹. Die SAMW²⁶⁰, die BÄK²⁶¹ als auch die KNMG²⁶² betonen sinngemäß die Entscheidungshoheit des Patienten über jegliche medizinische Maßnahme:

„Die [...] Ärzteorganisationen erkennen in ihren grundlegenden Stellungnahmen an, dass bei jeder Therapieentscheidung zuerst die wohlverstandenen Interessen des einzelnen Patienten zu bedenken sind“²⁶³.

Es sind aber auch Situationen gegeben, in denen der Patient aus subjektiven Gründen heraus genau dies vom Arzt verlangt, etwa wenn die gegebenen Informationen den Patienten überfordern²⁶⁴. Er begibt sich in die Rolle des passiven Objektes, um dem Arzt alle Entscheidungen und alles Handeln zu überlassen und zwingt den Mediziner so in ein paternalistisches Rollenmodell hinein, woraufhin „der Arzt [...] entsprechend den wohlverstandenen Interessen des Patienten“²⁶⁵ handeln sollte.

Kritisch hinterfragt wird in der Literatur noch eine weitere Einschränkung der Aufklärungspflicht gegen den Patienten: das sog *therapeutische Prinzip*. Entscheidend für den Grad der Einschränkung der Aufklärung ist hierbei das ärztliche Ermessen, Informationen zurückzuhalten, um emotionalen und/oder psychischen Schaden von einem Patienten abzuhalten²⁶⁶. Jedoch schreibt das niederländische Gesetz explizit vor, dass der Arzt, der Informationen aus Rücksicht zurückhalten möchte, einen anderen Arzt zu kontaktieren habe und dass die zurückgehaltenen Informationen alsbald dem Patienten – wenn sich seine Verfassung gebessert habe – nachgeliefert werden müssen²⁶⁷.

Jedoch ist sich auch die WMA als Dachorganisation der Ärztevereinigungen dessen bewusst, dass Ärzte nun nicht mehr auf nur folgsame Patienten stoßen und zudem sich einer großen Konkurrenz gegenübersehen. Physiotherapeuten und dergleichen etwa bieten Dienste an, die „vormals nur von Ärzten vorgenommen werden konnten“²⁶⁸. Interessanterweise betont die WMA die Konkurrenz zu dem allwissenden Arzt Internet explizit²⁶⁹, ist dieser doch auch ein besonderer Grund dafür, dass Ärzte

²⁵⁷ Vgl. ebda.; S.: 23 f.

²⁵⁸ Koch-Gromus, Uwe et al.; Arzt-Patienten-Verhältnis; S.: 1081; In: Bundesgesundheitsblatt 9/2012

²⁵⁹ WMA (Hrsg.); Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient; S.: 2

²⁶⁰ Vgl. SAMW (Hrsg.); Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende; S.: 3

²⁶¹ Vgl. Rieser, Sabine; Charta der Patientenrechte: Offensive der Ärzteschaft; S.: 2785; In.: Deutsches Ärzteblatt Heft 44/1999 vom 5. November 1999

²⁶² Im niederländischen Verständnis wird die Selbstbestimmung weniger betont, als vielmehr das Prinzip der Zustimmung und des *informed Consent*. Ohne Zustimmung kann der Arzt keine Handlung vollziehen. Vgl. KNMG (Hrsg.); Informed Consent: consult; S.: 10 ff.

²⁶³ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 9

²⁶⁴ Vgl. Musil, Antje; Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine agency-theoretische Betrachtung; S.: 129

²⁶⁵ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 37

²⁶⁶ Vgl. Prutsch, Karin; Die ärztliche Aufklärung: Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten; S.: 128

²⁶⁷ Vgl. KNMG (Hrsg.); Informed Consent: consult; S.: 5 f.

²⁶⁸ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 17

²⁶⁹ Vgl. ebda.; S.: 17

zunehmend ihre Entscheidungen gegenüber dem Behandelten rechtfertigen müssen oder der Behandelte einfach den Arzt wechselt, bis er einen kongenialen Mitstreiter für die Gesundheit hat.

Das Idealbild einer Beziehung zwischen Arzt und Patient ist das mittlerweile von den meisten Patienten eingeforderte gleichrangige, ebenbürtige Partnerschaftsverhältnis, in dem beide Parteien „Kontrolle über die Information [und] Kontrolle über die Entscheidung“²⁷⁰ haben.

„Das Verhältnis kann als privates, ja exklusives Vertragsverhältnis angesehen werden, so als ob nur Arzt und Patient auf der Welt wären“²⁷¹.

Der Arzt hat sich dabei an den althergebrachten Prinzipien des „*primum nil nocere*, des *bonum facere*“²⁷² und dem Prinzip der Achtung vor der Selbstbestimmung des Patienten zu orientieren²⁷³; ein viertes eingebrachtes Prinzip fordert von dem Arzt, dass sein „Handeln [...] unabhängig vom Ansehen der Person unter gerechter Verteilung der Mittel“²⁷⁴ geschieht. Das klingt nun ganz danach, als sei ein Arzt in einer dem Patienten untergeordneten Stellung angesiedelt. Jedoch ist aber

„der Arztberuf nicht irgendeine Tätigkeit, sondern hat einen besonderen Stellenwert in der Gesellschaft; ihm kommt große Verantwortung zu, verbunden mit einem hohen Ansehen“²⁷⁵.

Der Patientenwille ist das Maß, an dem sich das ärztliche Handeln zu verorten hat. Sollte der aktuelle Patient nun seinen Willen nicht vor einer Behandlung geäußert haben, können sich die Mediziner an einem eventuell schriftlich fixiertem Willensausdruck orientieren. In Deutschland reguliert das *Patientenverfügungs-Gesetz* vom 29. Juli 2009 die Wertigkeit der Verfügungen eines Patienten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen. Der Paragraph 1901a des *Bürgerlichen Gesetzbuches* (BGB) *Patientenverfügungen* enthält die Verpflichtung, dem schriftlich geäußerten Willen des Patienten nachzukommen oder den vermeintlichen Willen des Betroffenen zu eruieren, sollte er sich nicht direkt äußern können. Gesetzlich verankert ist damit auch die Aufgabe „der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen“²⁷⁶.

²⁷⁰ Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende; S.: 25 m.w.V.

²⁷¹ Jonas, Hans; Technik, Medizin und Ethik: Praxis des Prinzips Verantwortung; S.: 151

²⁷² Dt.: 1. Prinzip des Nichtschadens, 2. Gutes (zu) Tun. Eser, Albin et al.; Lexikon Medizin, Ethik, Recht: Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung; S.: 113 ff. [Hervorhebung im Original]

²⁷³ Vgl. Kaminsky, Carmen; Embryonen, Ethik und Verantwortung: Eine kritische Analyse der Statusdiskussion als Problemlösungsansatz angewandter Ethik; S.: 46

²⁷⁴ Mohr, M.; Ethische Aspekte [der Notfallmedizin]; S.: 39; In: Scholz, Jens et al.; Notfallmedizin

²⁷⁵ Gerst, Thomas et al.; Berufsrecht; S.: 499; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 10/2011 vom 11. März 2011

²⁷⁶ § 1901a Abs. 1 BGB

3.2.1.1 Triade Patient-Arzt-Internet

Mit der „fortschreitenden Digitalisierung aller Lebensbereiche“²⁷⁷ weitet sich das Informationsangebot für die Nutzer stetig: „Das Internet stellt Wissen zu jeder Zeit an jedem Ort bereit“²⁷⁸ und stellt auch die Mediziner zunehmend unter Rechtfertigungszwang. Die ständige Verfügbarkeit von Informationen ermöglicht es, sich auf Foren über gewisse Krankheiten zu informieren, so dass Patienten zumeist schon mit einem vorgefassten Verdacht zu einem Arzt kommen und diese Vor-Ahnung auch noch weiter zu verifizieren vermögen:

„Patienten können ihren Ärzten mittlerweile oft bessere Informationen (insbesondere über seltene Krankheiten) verschaffen, als diese sich in ihrer Ausbildung angeeignet haben“²⁷⁹.

Allein die Seite *gutefrage.net* bietet dem User eine Ratgeber-Community zu allen erdenklichen Themen und Gebieten. Erhält diese Ratgeber-Gemeinschaft ein Thema, so kommen die unterschiedlichsten Erfahrungen und Hinweise als Antworten und der User steht vor dem Problem, keine professionellen Akteure als Gesprächspartner zu haben. Ein Jedermann kann sich anmelden und Antworten posten. Dabei auf explizites Fachwissen zu treffen, ist sehr optimistisch.

Bei der Überprüfung, ob und in wiefern es möglich scheint, sich online bei medizinischen Seiten zu informieren wurde die Seite *netdoktor.de* aufgerufen. Hier hat der Nutzer die Möglichkeit, einen *Symptom-Checker* durchlaufen zu können²⁸⁰, der einem Nutzer eventuelle Krankheitsbilder liefert. Wenn dieser Test nun spät abends durchlaufen wird, kann dabei mit den üblichen Müdigkeitserscheinungen das Ergebnis etwa auf Alzheimer lauten! Um solchen voreiligen Fehldiagnosen entgegenzutreten, stellt der Betreiber der Seite klar:

„Die Vorschläge des Symptom-Checkers dürfen auf keinen Fall als Ersatz für professionelle Beratung oder Behandlung durch ausgebildete und anerkannte Ärzte verstanden werden.

Basierend auf medizinisch sorgfältig geprüften Daten, zeigen wir Ihnen nun mögliche Ursachen für Ihre Beschwerden an. Die Informationen dürfen nicht dazu verwendet werden, eigenständig medizinische Behandlungen durchzuführen. Bitte wenden Sie sich zur genauen Abklärung an einen Arzt“²⁸¹.

In Situationen am Lebensende werden zwar die wenigsten Menschen speziell dieses Forum kontaktieren. Aber hiermit und auf anderen Foren ist es möglich, sich zu informieren und eventuell andere Ansätze kennenzulernen und diese dann mit dem Arzt zu besprechen. Es ist vorstellbar, dass besonders Angehörige sich über diese Möglichkeiten Zusatzinformationen einholen und dann Klärungsbedarf bei dem Arzt bestehen wird, denn auch

„Medizinisches Fachwissen ist für Laien – in detailliertester Form – über Datenbanken weltweit abrufbar“²⁸².

²⁷⁷ Bachmann, Ronald et al.; Big Data – Fluch oder Segen? Unternehmen im Spiegel gesellschaftlichen Wandels; S.: 22

²⁷⁸ Lütge, Christoph; Wirtschaftsethik ohne Illusionen: Ordnungstheoretische Reflexionen; S.: 165

²⁷⁹ Ebda.; S.: 169

²⁸⁰ Vgl. *netdoktor.de* GmbH (Hrsg.); symptom-Checker; Available: <http://www.netdoktor.de/service/symptom-checker/>; (22.11.2015)

²⁸¹ Pop-Up-Fenster bevor der Nutzer Zugriff auf die wahrscheinlichen Ergebnisse erhält. Ebda.

²⁸² Lütge, Christoph; Wirtschaftsethik ohne Illusionen; S.: 169

So dass eine im Juni 2016 veröffentlichte Umfrage unter 800 Ärzten deutschlandweit bestätigen kann, dass immer mehr Menschen sich via Internet über „ihre Krankheitssymptome und die entsprechenden Therapiemöglichkeiten“ vorinformieren. Negativ fiel den Ärzten dabei auf, dass die Patienten „unangemessene Erwartungen und Ansprüche“ an die Ärzte stellen würden und letztlich auch das auf Vertrauen basierende Arzt-Patienten-Geflecht darunter erheblich leiden würde²⁸³.

3.2.1.2 Triade Arzt-Patient-Angehörige

„Aufklärung wird in der Medizin oft mit Informationsübermittlung von Diagnosen gleichgesetzt, Bedeutungsaspekte zum Beispiel für das weitere Leben des Patienten und seiner sozialen Umgebung sind hier nicht automatisch eingeschlossen“²⁸⁴.

Dies ist jedoch sowohl allgemein als auch standesethisch kritisch zu sehen. Dem Patienten wird von der WMA der Vorrang zugesprochen, jedoch kann der Arzt aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung einem Patienten gegenüber eine gesunde Lebensweise (etwa das Rauchen aufzugeben oder weniger Alkohol zu konsumieren) anempfehlen, darf sich aber nur unter gewissen engen Grenzen über die Autonomie und Selbstbestimmung dessen hinwegsetzen. Die WMA betont auch das Umfeld des Patienten zu berücksichtigen:

„Zur ärztlichen Kunst gehört die Anwendung der wissenschaftlichen Medizin und der Medizintechnik auf einzelne Patienten, Familien und Gemeinschaften, von denen keine den anderen gleichen“²⁸⁵.

Dementsprechend sind auch die Verwandten eines Menschen an seinem Lebensende miteinzubeziehen: in die Aufklärung, die Behandlung und Therapie sowie deren Folgen. Vorinformiert haben sie sich bereits eine Meinung zu einer (Be-)Handlung gebildet. Widerspricht nun der Arzt realistischer als gewünscht mit seiner Beurteilung der Situation, wird dies kritisch hinterfragt. Der sich fügende und stillschweigend gehorchende Patient bzw. Angehörige wird weniger auftreten. Wegen der gewachsenen Zugänglichkeit zu medizinischen Fachwissen haben sich auch die Angehörigen Ärzten und etwaigen Behandlungen gegenüber emanzipiert, so dass „die Konsumenten stärker [...] bei der Erbringung einer *Dienstleistung* mitwirken“²⁸⁶, um eine subjektive Gewichtung einzubringen. Kinder und Heranwachsende werden sicherlich von ihren Eltern weitestgehend gegen massive und/oder invasive Maßnahmen abgeschirmt, wenn diese medizinisch induziert scheinen und der Arzt diese ankündigt. Dies wird auch stärker auf die

²⁸³ Anonymous; Ärzte sehen informierte Patienten skeptisch; S.: 1; In: DDV Mediengruppe GmbH & Co. Kg (Hrsg.); Sächsische Zeitung vom 14.06.2016

²⁸⁴ Beck, Dietmar; Lebensqualität in der letzten Lebensphase: Fragebogenerhebung bei präfinalen Tumorpatienten und ihren Angehörigen; S.: 126; In: Aulbert, Eberhard et al.; Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung

²⁸⁵ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 15

²⁸⁶ Voß, Günter et al.; Der arbeitende Kunde: Wenn Konsumenten zu unbezahlten Mitarbeitern werden; S.: 51; [Hervorhebung im Original]

geschwächten und/oder sterbenden Patienten zutreffen²⁸⁷, so dass nach Alternativen gesucht/gefragt werden wird.

Es darf jedoch nirgends einer Stellvertreter-Anfrage um Leidensbeendigung durch lebensbeendende Maßnahmen Raum gelassen werden²⁸⁸. Wenn eine Behandlung nicht mehr erwünscht ist, hat nur der Betroffene das Recht, dies zu kommunizieren. Niemals dürften Angehörige oder Ärzte eine Wertung von Außen vornehmen und von sich aus entscheiden, das Leben des Patienten zu beenden.

Da die Palliativbetreuung mit ihrem ganzheitlichem Konzept „medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung“²⁸⁹ etabliert hat, werden nicht nur die Bedürfnisse des sterbenskranken Patienten fokussiert, sondern auch die Verwandten in dieser Zeit intensiv begleitet²⁹⁰. Insofern stellt die Palliativmedizin weniger eine Alternative zur Sterbehilfe dar, als eher eine ethisch und medizinisch gebotene ganzheitliche Ergänzung zu den ärztlichen Maßnahmen, da sie auch die Angehörigen umsorgt.

In Situationen am Lebensende wird sich die Pflicht des Arztes, den Patienten umfassend aufzuklären nicht auf den Behandelten beschränken. Sofern der Patient nicht widerspricht sollten auch die Angehörigen umfassend über die Situation aufgeklärt werden. Die letzte Stimme bei der Entscheidung über etwaige medizinische Maßnahmen hat aber dem Kranken zu gehören.

3.2.2 Informed Consent

„[I]m Modell des Informed Consent [muss der Patient] selbst über das jeweilige medizinische Vorgehen entscheiden, nachdem er im Rahmen der Aufklärung das dafür erforderliche Wissen vermittelt bekommen hat“²⁹¹.

Hierbei ist es von größter Bedeutung, dass die notwendigen Informationen für eine Entscheidungsfindung auf „deutliche Weise [...] auf den individuellen Patienten zugespielt“²⁹², also auf „abgestufte und verständliche“²⁹³ Art und Weise, kommuniziert werden:

„Dazu gehört die Erläuterung komplexer medizinischer Diagnosen, Prognosen und Behandlungsschemata“²⁹⁴.

Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass sich die Aufklärungspflicht des Arztes auf den aktuellen Zustand, den weiteren Verlauf einer Erkrankung und über etwaige Risiken geeigneter Maßnahmen

²⁸⁷ Vgl. Husebø, Stein; Kommunikation; S.: 174 f.; In: Stein Husebø et al.; Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis

²⁸⁸ Vgl. S.: 190 et 197

²⁸⁹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.); Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland – Leitsatz 2: Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen; In: charta-zur-betreuung-sterbender.de; Available: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze_2.html; (04.12.2015)

²⁹⁰ Vgl. Klaschik, Eberhard; Was ist Palliativmedizin?; S.: 16; In: Stein Husebø et al.; Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis

²⁹¹ Stockter, Ulrich; Präventivmedizin und Informed Consent; S.: 86 f. m.w.V.

²⁹² „duidelijke wijze [...] toegespijst op de individuele patiënt“; KNMG (Hrsg.); Modelregeling arts-patiënt: Richtlijn; S.: 4

²⁹³ SAMW (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinien: Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung; S.: 2

²⁹⁴ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 36

erstreckt²⁹⁵. Die WMA weist explizit darauf hin, dass es von besonderer Bedeutung für eine gelingende Beziehung zwischen Patient und Arzt ist, „Unterschiede sprachlicher und kultureller Art“²⁹⁶ zu überbrücken, um „die ärztliche Therapie im Sinne eines *Behandlungsvertrages*“²⁹⁷ zu gestalten, wobei sicherlich die meisten Menschen einer einfachen Sprache den Vorzug geben werden, um diese spezielle Situation zu verstehen und zu verarbeiten. Ein Sammeln der wichtigsten Punkte und Nachfragen durch den Arzt können sicherstellen, dass eine gemeinsame Sprache in der Aufklärung gefunden wurde und über dieselbe Angelegenheit gesprochen wird. Es muss beachtet werden, dass eine „möglicherweise geringe Intelligenz keinen Grund für die Unterlassung der Aufklärung“²⁹⁸ darstellt, als sich eben vielmehr der Wissende m.E. umso mehr verständlich machen sollte. Auf „Drohung, Zwang oder Täuschung“²⁹⁹ darf und kann die Einwilligung zu einer medizinischen Maßnahme nicht beruhen.

Auch der begrenzte Speicher des Aufnehmenden in einer Situation, die ihn in einen emotionalen Ausnahmezustand versetzt, ist zu beachten. Der Patient muss nicht alle Informationen gebündelt erhalten. Ferner wird kein Arzt eine sofortige Entscheidung verlangen, als vielmehr dem Menschen eine „entsprechende Bedenkzeit“³⁰⁰ zugestehen, damit er sich auch ein Mehr an Informationen einholt, um die Situation gemäß seiner Präferenzen einzuordnen und daraus das weitere Vorgehen für sich zu entscheiden. Eine Hilfe kann da auch das ehrenamtlich betriebene Hilfportal *Was hab´ ich?* haben:

„Über das Portal „Was hab´ ich?“ [...] können [Patienten] ihren Arztbefund anonymisiert und kostenlos einsenden - und bekommen ihn in einfachem Deutsch zurück [...].

[Diese Plattform ermöglicht es Patienten] Fachbegriffe und Diagnosen zu verstehen und „auf Augenhöhe“ mit ihrem Arzt über die Behandlung zu entscheiden“³⁰¹.

Am Ende der Aufklärung haben beide Parteien über das weitere Vorgehen „einen Konsens zu finden“³⁰² und die unabhängig von der Entscheidungsrichtung des Patienten:

„Geschäftsfähige Patienten haben das Recht, eine Behandlung abzulehnen, auch wenn diese Ablehnung zur Behinderung oder zum Tode führt“³⁰³.

Der Arzt Michael deRidder begründet dies damit, dass im Sterbeprozess schlussendlich dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten weit mehr Gewicht zugestanden wird als der ärztlichen Rettungspflicht³⁰⁴.

„Die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende wird zunehmend als ein Freiheitsrecht in Anspruch genommen“³⁰⁵.

²⁹⁵ Vgl. Prutsch, Karin; Die ärztliche Aufklärung; S.: 136 – 168

²⁹⁶ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 36

²⁹⁷ Irrgang, Bernhard; Grundriss der medizinischen Ethik; S.: 25

²⁹⁸ Prutsch, Karin; Die ärztliche Aufklärung; S.: 113

²⁹⁹ Dettmeyer, Reinhard; Medizin und Recht: Rechtliche Sicherheit für den Arzt: Grundlagen – Fallbeispiele und Lösungen – Medizinrechtliche Antworten; S.: 217

³⁰⁰ „zodanige bedenktijd“; KNMG (Hrsg.); Modelregeling arts-patiënt; S.: 5

³⁰¹ Dpa (Hrsg.); Preis für Übersetzer von Ärzte-Diagnosen; S.: 7; In: Sächsische Zeitung vom 16./17. April 2016

³⁰² Dettmeyer, Reinhard; Medizin und Recht; S.: 29

³⁰³ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 36

³⁰⁴ Vgl. Ridder, Michael de; Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin; S.: 69

³⁰⁵ Schreiber, Hans-Ludwig; Sterbenlassen ja – Töten nein; S.: 59 In: Uslar, Detlev et al.; Den eigenen Tod sterben

3.2.3 Mutmaßlicher Wille und Notfälle

Grundsätzlich gilt der Patientenwille als bindende Weisung für das medizinische Personal³⁰⁶. Sollte der aktuelle Wille des Patienten nicht eruiert werden können, weil „man ihn nicht informieren und er seinen Willen nicht äußern kann“³⁰⁷, ergeben sich für Ärzte Problemsituationen, in denen sie zwischen verschiedenen Gütern und Pflichten abwägen müssen. Einerseits kann die Rettungspflicht des Arztes mit der Selbstbestimmung des Patienten kollidieren, etwa bei einem Suizid(versuch). Oder dem Prinzip des „*in dubio pro vita*“³⁰⁸ stehen religiöse Ansichten entgegen, wonach beispielshalber Bluttransfusionen abgelehnt werden³⁰⁹. Daher wurde vom Gesetzgeber festgelegt, dass der Wille des Patienten irgendwie festgestellt werden muss³¹⁰. Hierzu können Patientenverfügung und frühere Äußerungen der Person gegenüber Angehörigen oder auch medizinischem Personal als Anhaltspunkte für ein etwaiges Verhalten der Mediziner genommen werden³¹¹. Der vermutliche Wille bezieht sich dabei auf eine konkrete Situation, in der gemutmaßt werden muss, wie wohl der Patient in dieser Situation entschieden hätte.

„Ist der Patient urteilsunfähig, so sei das Arzt-Patienten-Verhältnis als eine „Geschäftsführung ohne Auftrag“ durchzuführen, wobei jedoch der mutmaßliche Wille des Patienten zu berücksichtigen sei“³¹².

Die WMA empfiehlt für diejenigen Situationen, in denen der Patient sich nicht zur aktuellen Lage äußern kann, die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters einzuholen. Bei diesem müssen dieselben Normen der Aufklärung gelten wie bei dem Patienten selbst³¹³. Dieser Stellvertreter solle nach Möglichkeit jemand sein, den der Patient vorher selber bestimmt hat und der über die Präferenzen des Betroffenen Auskunft zu geben vermag. Sind weder ein Angehöriger noch ein Stellvertreter zu eruiern, so könne – gesetzt den Fall, der zeitliche Rahmen ließe dies zu – in Gesprächen mit dem vorher behandelndem Personal abgeklärt werden, wie sich der Patient wahrscheinlich in aktueller Situation entschieden hätte³¹⁴. Das Ziel der Willensermittlung ist es, herauszufinden, ob gewisse medizinische Handlungen seiner Präferenzordnung widersprechen und somit zu unterlassen sind:

„Das Selbstbestimmungsrecht soll gemäß Richtlinien nicht nur in Fällen gelten, in denen [...] der Patient entscheidungsfähig ist, sondern auch in Situationen, in denen sie oder er *nicht mehr* entscheidungsfähig ist“³¹⁵.

In einer Situation jedoch, in der weder ein Stellvertreter noch ein Informant zu greifen sind und/oder ein akuter Notfall vorliegt, unterliegt das medizinische Personal der Rettungspflicht. Dabei wird zwischen dem Wert der Selbstbestimmung auf der einen und der „ernstlichen Gefährdung der Gesundheit oder des

³⁰⁶ Vgl. SAMW (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinien: Patientenverfügungen; S.: 5

³⁰⁷ Prutsch, Karin; Die ärztliche Aufklärung; S.: 97

³⁰⁸ Schüttauf, Konrad; Suizid im Recht; S.: 99; In: Brudermüller, Gerd et al. (Hrsg.); Suizid und Sterbehilfe

³⁰⁹ Vgl. Dettmeyer, Reinhard; Medizin und Recht; S.: 217

³¹⁰ Vgl. Vionnet, Rebecca; Die Behandlung urteilsunfähiger Patienten nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht vom 1. Januar 2013; S.: 82 f.

³¹¹ Vgl. BÄK (Hrsg.); Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis; S.: 1583; In: In: Deutsches Ärzteblatt Heft 33-34/2013 vom 19. August 2013

³¹² Hochgrebe, P.G. Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland?; S.: 24

³¹³ Vgl. WMA; Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 39 ff.

³¹⁴ Vgl. Klinkhammer, Gisela; Eine Entscheidung im Miteinander; S.: 1228 f.; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 24/2012 vom 15. Juni 2012

³¹⁵ Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende; S.: 83 [Hervorhebung von mir – M.F.]

Lebens des Patienten³¹⁶ gewichtet. Die sichere Lösung für den Arzt besteht darin, zu handeln, als ob der Betreffende ein Interesse daran habe weiterzuleben³¹⁷. Der Arzt darf dann Maßnahmen ergreifen, die geeignet erscheinen „einen größeren Körperschaden des [etwa] Bewusstlosen abzuwehren“³¹⁸.

Aus dem Gesagten ergibt sich ein mittlerweile gewandeltes Verhältnis zwischen den Beteiligten, das ein diametrales Bild zur vormaligen Situation zeigt. Der Arzt ist kein dominant-wohlwollender, allwissender Akteur mehr als vielmehr ein Dienstleister, dessen Dienste ein Patient wechseln, korrigieren und ihn für Schäden haftbar machen kann³¹⁹. Diese neue Asymmetrie belässt dem Arzt seinen Wissensvorteil, seine auf Wissen basierende Weisungsbefugnis. Die patientenautonome Weisungsbefugnis per biographischem Wissen steht diesem gegenüber. Die endgültige Entscheidungsmacht liegt letztlich bei dem Patienten und gilt auch dann noch, wenn er nicht mehr ansprechbar ist bzw. sein Wille nicht unmittelbar ermittelt werden kann.

Von Vorteil für die Behandelnden als eine Art Wegweiser sind die Informationen, die Verwandte oder bestellte Betreuer in die Situation einbringen können, wenn der aktuelle Wille nicht bekannt ist. Auch eine Patientenverfügung oder zumindest ein Schriftstück, in dem festgehalten wird, was gewünscht ist, kann dem medizinischen Personal als Orientierung bezüglich des Patientenwillens dienen. Jedoch treffen Patientenverfügungen selten auf die aktuell konkrete medizinische Situation zu:

„Entweder sei die PV [Patientenverfügung] zu allgemein formuliert oder dann viel zu detailliert.

So entspreche die konkrete Situation des Patienten selten den in der PV formulierten Umständen, es bleibe ein grosser [sic] Interpretationsspielraum für den Arzt“³²⁰.

Insgesamt stehen drei verschiedene Instrumente der Willensäußerung für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit zur Verfügung³²¹: zusätzlich zu einer Patienten- können eine Betreuungsverfügung und/oder eine Vorsorgevollmacht erstellt werden. Letztere ist die Bevollmächtigung einer anderen Person, „im Falle einer Notsituation alle oder bestimmte Aufgaben [als] Vertreter im Willen“³²² des Bevollmächtigenden zu agieren. Eine Betreuungsverfügung hingegen ist

„die Möglichkeit eine Person zu benennen, die das Amtsgericht bei der dann notwendigen gerichtlichen Benennung als Betreuer einsetzen soll“³²³.

Der gewählte Betreuer kann nach dem BGB hierzulande direkt benannt werden oder wird von einem Betreuungsgericht bestellt, im Sinne des Betreuten zu agieren und zu entscheiden³²⁴. Der deutsche Gesetzgeber hat zusätzlich die Möglichkeit geschaffen, den fixierten persönlichen Willen online bei der Bundesnotarkammer zu hinterlegen:

³¹⁶ Prutsch, Karin; Die ärztliche Aufklärung; S.: 28

³¹⁷ Vgl. Punkt 6.5 Suizidprävention um jeden Preis?

³¹⁸ Prutsch, Karin; Die ärztliche Aufklärung; S.: 28

³¹⁹ Vgl. Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende; S.: 14 f.

³²⁰ Wehrli, Hans; Lohnt es sich noch weiterzuleben? S.: 3; In: EXIT (Hrsg.); Info 1.10

³²¹ Bundesnotarkammer (Hrsg.); Willkommen beim Zentralen Vorsorgeregister; Available: <http://www.vorsorger egister.de/>; (10.08.2016)

³²² Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.); Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht; Available: <http://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/70patientenverfuegung/index.html>; (10.08.2016)

³²³ Ärztekammer des Saarlandes (Hrsg.); Patientenverfügung (-testament)/ Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung; Available:

³²⁴ Vgl. § 1897 Bestellung einer natürlichen Person Abs. 4 et Abs. 1

„Das Zentrale Vorsorgeregister (ZVR) ist die Regierungsstelle für private sowie notarielle Vorsorgevollmachten, Betreuungsv Verfügungen und Patientenverfügungen“³²⁵

Auf die dort hinterlegten schriftlichen Willensäußerungen haben dann im Fall einer Unzurechnungsfähigkeit des Betroffenen ausschließlich die Betreuungsgerichte Zugriff, um den Willen einer nicht entscheidungsfähigen Person festzustellen³²⁶. Bei der Wahl der Worte oder der vorhergesehenen Umstände jedoch können Verständnisschwierigkeiten auftreten und diese Mittel der Selbstbestimmung nivellieren. Die Formulierung *von lebenserhaltenden Maßnahmen abzusehen* etwa ist oft leichtfertig in Willensäußerungen verwendet, ohne dass der Verfügende beispielshalber künstliche Ernährung oder die Dialyse³²⁷ im Sinne hatte, als vielmehr eine angezeigte medizinisch sinnvolle Reanimation im Notfall oder dergleichen. Um den Ärzten konkretere Handlungsoptionen und den Menschen Definierungshilfen bieten zu können, stellen etwa die ärztlichen Dachorganisationen³²⁸, Wohlfahrts-³²⁹ und kirchliche Verbände³³⁰ oder auch Sterbehilfe-Organisationen³³¹ online vorverfasste Patientenverfügungen oder auch Textbausteine zu einer solchen Bestimmung. Dabei oftmals mitgelieferte Informationen helfen beim Erstellen einer Vorausverfügung und sind so im Stande der Selbstbestimmung definierter Ausdruck zu verleihen. Aber auch mit dem eigenen Arzt kann eine solche verfasst werden³³².

„Wichtig ist es, die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht zu verbinden, in der eine Person des eigenen Vertrauens als Betreuer mit der Durchsetzung der Patientenverfügung beauftragt wird“³³³.

Andernfalls kann eine das Betreuungsgericht

„eine natürliche Person, die geeignet ist, in dem gerichtlich bestimmten Aufgabenkreis die Angelegenheiten des Betreuten rechtlich zu besorgen und ihn in dem hierfür erforderlichen Umfang persönlich zu betreuen [bestellen]“³³⁴

Zuletzt wurde im August 2016 konkretisiert, inwiefern Patientenverfügungen welche verpflichtende Wirkung zuzukommen hat, um den Willen des Patienten wahrheitsgetreu abzubilden

„Bindend für Dritte seien die Festlegungen nur dann, wenn einzelne ärztliche Maßnahmen konkret genannt oder Krankheiten und Behandlungssituationen klar genug beschrieben würden“³³⁵.

Sind diese Umstände deutlich genug formuliert, und kommen der behandelnde Arzt und der Betreuer einvernehmlich zu dem Schluss, dass der konkret vorherformulierte Fall zutrifft, „darf ohne weitere Formalitäten auf medizinische Maßnahmen verzichtet werden“³³⁶.

³²⁵ Bundesnotarkammer (Hrsg.); Willkommen beim Zentralen Vorsorgeregister; Available: <http://www.vorsorgeregister.de/>; (10.08.2016)

³²⁶ Persönliches Gespräch mit der Bundesnotarkammer

³²⁷ Vgl. Punkt 8.1 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur passiven Sterbehilfe Abs. 1

³²⁸ Vgl. SAMW (Hrsg.); Patientenverfügung – Ausführliche Version

³²⁹ Vgl. Johanniter Unfall Hilfe (Hrsg.); Patientenverfügung; Available; http://www.johanniter.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/JOSE/JOSE_Nord/JOSE_Nord_diverse/Gronau/Patientenverfuegung.pdf; (10.08.2016)

³³⁰ Vgl. Kirchenamt der EKD (Hrsg.); Christliche Patientenvorsorge

³³¹ DIGNITAS etwa bietet nur seinen Mitgliedern Hilfe beim Formulieren einer Patientenverfügung und auch bei der Durchsetzung des Willens in entsprechenden Situationen. Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); Patientenverfügung; Available: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=59&lang=de; (10.08.2016)

³³² Techniker Krankenkasse (Hrsg.); Patientenverfügung; Available: <https://www.tk.de/tk/behandlungen/patientenrechte/patientenverfuegung/34020>; (11.08.2016)

³³³ Lewinski, Manfred von; Freiheit zum Tode? Annäherungen und Anstöße S.: 92

³³⁴ Vgl. § 1897 Bestellung einer natürlichen Person Abs. 1

³³⁵ ZEIT ONLINE et al.; „Keine lebensverlängernden Maßnahmen“ reicht nicht; In: ZEIT online vom 9. August 2016; Available: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2016-08/patientenverfuegung-tod-lebenserhaltende-massnahmen-sterben-bundesgerichtshof>; (11.08.2016)

Zusätzliche konkrete Aussagen lassen sich mittels Organspendeausweis treffen, für den Fall, dass plötzlich eine lebensgefährliche Situation entstanden ist. Hierbei kann das Interesse des Einzelnen weiterzuleben zwar mit der Pflicht eines Arztes etwa zur Lebensrettung kongruent sein. Aber andere Interessen einer Lebenserhaltung entgegenstehen.

³³⁶ § 1904 Abs. 4 BGB

4 Toddefinierter Leib

„Cells, tissues and organs should only be donated freely, without any monetary payment or other reward of monetary value. Purchasing, or offering to purchase, cells, tissues or organs for transplantation, or their sale by living persons or by the next of kin for deceased persons, should be banned“³³⁷.

In medizinischer Hinsicht ist entsprechend der Bioethikkonvention des Europarates eine Verwendung des menschlichen Körpers aus fiskalischen Interessen untersagt:

„Der menschliche Körper und Teile davon dürfen als solche nicht zur Erzielung eines finanziellen Gewinns verwendet werden“³³⁸

fordert Art. 21 der *Bioethikkonvention*³³⁹ von den Mitgliedsstaaten des Europarates, den Staaten der Europäischen Gemeinschaft als auch von den Vertragsstaaten³⁴⁰. Die Europäische Union als Körperschaft an sich unterzeichnete dieses Übereinkommen bisher nicht. Es verbleiben zwölf von den 47 Mitgliedsstaaten des Europarates, welche das Abkommen bisher weder unterzeichneten noch ratifizierten³⁴¹.

Es stellen sich aber Fragen nach dem ethisch legitimen Ausmaß der Vermarktung des menschlichen Leibes. Zu denken ist hierbei etwa an *das älteste Gewerbe* oder Fragen der Transfusionsmedizin, denn Blut und dessen Bestandteile werden explizit als nicht dem Transplantationsgesetz (TPG) unterliegend klassifiziert: § 1 Abs. 3 lautet: „Dieses Gesetz gilt nicht für [...] Blut- und Blutbestandteile“³⁴². Das Schweizer Bundesgesetz hingegen erhebt auch Reglementierungsbedarf bezüglich der Blut-Stammzellen³⁴³.

³³⁷ WHO (Hrsg.); Guiding Principles on Human cell, tissue and Organ Transplantation; S.: 4; Available: http://209.61.208.233/LinkFiles/BCT_WHO_guiding_principles_organ_transplantation.pdf; (03.07.2013)

³³⁸ Europarat (Hrsg.); Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin; Art. 21. In Kraft getreten ist das Übereinkommen bisher in Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Griechenland, Island, (Italien hat es bisher nur gezeichnet), Kroatien, Lettland, Litauen, (Luxemburg), Moldau, Montenegro, (Niederlande), Norwegen, (Polen), Portugal, Rumänien, San Marino, (Schweden), Schweiz, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, in der Tschechischen Republik, der Türkei, (Ukraine), Ungarn und Zypern (Stand 02.07.2013); Available: <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=164&CM=1&DF=&CL=GER>; (02.07.2013) Der Stand hat sich bis zum 02.05.2016 nicht geändert.

³³⁹ Die Bioethikkonvention wird verschiedentlich auch als Biomedizinkonvention oder auch als Oviedo-Abkommen, nach dem Ort der Unterzeichnung, betitelt.

³⁴⁰ Vgl. Europarat (Hrsg.); Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin; Präambel; Available: http://www.coe.int/de/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164/signatures?p_auth=vqSmaB4j; (23.11.2015)

³⁴¹ Andorra, , Armenien, Aserbaidschan, Belgien, Deutschland, Irland, Liechtenstein, Malta, Monaco, Österreich, Russland, Vereinigtes Königreich. Vgl. Europarat (Hrsg.); Unterschriften und Ratifikationsstand des Vertrages 164 [Stand 23.11.2015]: Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde; Available: http://www.coe.int/de/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164/signatures?p_auth=vqSmaB4j; (23.11.2015)

³⁴² §1 Abs. 3 TPG

³⁴³ Vgl. Art 2. Abs. 2 Schweizer Transplantationsgesetzes (sTPG): Dieses Gesetz

„gilt nicht für den Umgang mit: a. künstlichen oder devitalisierten Organen, Geweben oder Zellen; b. Blut, ausgenommen Blut-Stammzellen; c. Blutprodukten“.

4.1 Organ- und Gewebespende

Es wird von der Oviedo-Konvention untersagt, Gewebe- oder Organentnahmen und deren Verwendung aus finanziellem Anreiz heraus zu vollziehen. Ebenso betont der Weltärztebund (World Medical Association, WMA) mit Art. H Abs. 4 seiner Leitlinie *Statement on Human Organ Donation and Transplantation*: „Payment for organs for donation and transplantation must be prohibited“ und hebt insbesondere „the voluntariness of the choice and the altruistic basis“³⁴⁴ der Spende und der Spender hervor. Auch die Bundesärztekammer steht einem pekuniär motivierten Handel mit menschlichen Geweben und/oder Organen kritisch gegenüber. Mit Paragraph 17 *Verbot des Organ- und Gewebehandels* im deutschen *Transplantationsgesetz* wird dies auch durch den Gesetzgeber deutlich formuliert:

„1) Es ist verboten, mit Organen oder Geweben, die einer Heilbehandlung eines anderen zu dienen bestimmt sind, Handel zu treiben“³⁴⁵.

Jedoch wird nicht die – gegen eine finanzielle Aufwendung erfolgende – Blut-/Plasma- oder auch die Lebendorganspende untersagt. Bei der Blutspende werden, dem ärztlich als geeignet erachtetem Spender, bis zu 500 Milliliter Blut³⁴⁶ oder auch um die 660 – 860 Milliliter Blutplasma entnommen³⁴⁷, wofür, je nach Organisation und Verwendungszweck, dem Blutspender eine Belohnung oder auch eine finanzielle Aufwandsentschädigung („Für mehr als ein Dankeschön“³⁴⁸) geboten werden. Auch ist es möglich, Samen gegen Bezahlung einer Samenbank zur Verfügung zu stellen³⁴⁹, ohne dass das Kommerzialisierungsverbot des *Oviedo-Abkommens* untergraben wird. Diesem Verbot wird jedoch eine absolute Geltung auf zweifacher Weise abgesprochen: wenn es sich um einen einsichtigen Spender handelt, der diese Spende aus freien Stücken heraus zu Lebzeiten vollzieht; Paragraph 1 Abs. 3 Ziff. 2 des deutschen Transplantationsgesetzes Blut und dessen Bestandteile explizit außen vor lässt³⁵⁰.

Soweit der Mensch über seinen Körper verfügen darf, Zellen oder Organe zu spenden, scheint Art. 21 nicht hinreichend zu greifen, wenn ein finanzieller Anreiz etwa bei der Samenspende gestellt werden darf. Es wird also nicht gänzlich untersagt, dass der Mensch über seinen Körper verfügen und diesen gewinnbringend verwenden dürfe, als Dritte als Adressaten in Frage kommen.

Einige Organe bzw. -teile „können bereits zu Lebzeiten gespendet werden“³⁵¹. Nach dem deutschen Transplantationsgesetz wird damit die

³⁴⁴ WMA (Hrsg.); *Statement on Human Organ Donation and Transplantation*; S.: 6

³⁴⁵ § 17 Abs. 1 TPG

³⁴⁶ Vgl. DRK (Hrsg.); Infoblatt: *Wie läuft eine Blutspende ab?*

³⁴⁷ Die Menge des abgenommenen Plasmas hängt vom Körpergewicht des Spenders ab. Informationsgespräch mit der Octapharma Plasma GmbH.

³⁴⁸ Octapharma Plasma GmbH (Hrsg.); *Plasmaspende Dresden*; Available: <http://www.plasmaspende-dresden.de/>; (23.11.2015)

³⁴⁹ Vgl. Clemens, Harald (Hrsg.); *Geld verdienen als Samenspender / Spermaspender – Honorar/ Verdienst für Samen spenden*; In: Clemens, Harald (Hrsg.); www.samenbank-samenspende.de; (01.03.2016)

³⁵⁰ Abs. 3 lautet:

„Dieses Gesetz gilt nicht für 1. Gewebe, die innerhalb ein und desselben chirurgischen Eingriffs einer Person entnommen werden, um auf diese rückübertragen zu werden, 2. Blut und Blutbestandteile“.

³⁵¹ DSO (Hrsg.); *Lebendspende*; Available: <http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/lebendspende.html>; (16.03.2015)

„Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer nicht regenerierungsfähiger Organe“³⁵² verstanden, sofern der Spender im Sinne des *informed consent*³⁵³ die aufklärenden Worte über die gesundheitlichen Folgen und Risiken verstanden und in den medizinischen Eingriff eingewilligt hat. Sowohl mit dem christlichen als auch dem muslimischen³⁵⁴ und dem buddhistischen Glauben³⁵⁵ ist die Entnahme von Organen zur Heilbehandlung Dritter zu vereinbaren. Im jüdischen Verständnis ist „die Organspende [...] nicht nur erlaubt, sondern auch eine Mizwa“³⁵⁶ und für Hindus stellt sie eine Gabe an Leidende, denen geholfen werden sollte, dar³⁵⁷.

In Deutschland gilt seit der Novellierung des Transplantationsgesetzes 2012 die sog. *Entscheidungslösung*³⁵⁸. Anders als bei der *Widerspruchslösung*, bei der vorausgesetzt wird, dass der Patient gegen eine Spende seiner Organe einer Entnahme dieser vor seinem Tod widersprochen hätte und folglich aufgrund fehlenden Widerspruchs Organe und Gewebe entnommen werden dürfen³⁵⁹, beinhaltet die *Entscheidungslösung* die gesetzliche Forderung, dass Menschen sanft dazu gedrängt werden, sich regelmäßig und ernsthaft mit dem Thema einer Organspende zu befassen, um eine Entscheidung für oder gegen eine Organspende zu treffen³⁶⁰.

Die umstrittene *Notstandsregelung* erlaubt es hingegen Ärzten, einem Menschen die Organe zu entnehmen, auch wenn dieser sich dagegen ausgesprochen hatte oder sein mutmaßlicher Wille unbekannt ist. Eine Entnahme von Organen von einem Menschen in Bulgarien

„might be conducted under the following conditions:

1. no written refusal for collecting organs, tissues and cells after death, inscribed in the health insurance card of the deceased person, in case such card had been issued;
2. the name of the person had not been inscribed in the official registry of the Executive Transplant Agency [...];

³⁵² § 8 TPG

³⁵³ Vgl. weiter oben Punkt 3.2.2 Informed Consent

³⁵⁴ Vgl. Zentralrat der Muslime in Deutschland (Hrsg.); Pressemitteilung vom 31.05.2013: 31.05. 2013 Tag der Organspende – ZMD wirbt für Organspendeausweis unter Muslimen

³⁵⁵ Vgl. AG Organtransplantation der Deutschen Buddhistischen Union (DBU); Stellungnahme zu Organentnahme und Organtransplantation: S.: 3

³⁵⁶ Engel, Philipp Peymann; „Organspende ist eine Mizwa“; In: Zentralrat der Juden in Deutschland (Hrsg.); Jüdische Allgemeine vom 27.06.2013

³⁵⁷ Vgl. Wirt, Stefan W.; Wenn Tote Leben spenden – Organspende und Transplantation; S.: 71; In: Kaatsch, Hans-Jürgen et al.; Medizinethik

³⁵⁸ Vgl. Reußner, Martin; Die Bestimmung des Todeszeitpunktes im Zivil- und Verfassungsrecht: Medizinischer Fortschritt als rechtliche Herausforderung; S.: 102

³⁵⁹ Vgl. Stichting Eurotransplant; Gesetzliche Regelungen für die Entnahme von Organen zur Transplantation in Europa; S.: 1 f. Die *Widerspruchslösung* ist gültig in Belgien, Bulgarien, Estland, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Slowenien, Slowakei, Spanien, Tschechien, Türkei, Ungarn und Zypern – Stand Februar 2011. Available: <https://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/Gesetzliche%20Regelungen%20in%20Europa.pdf>; (19.03.2015); Irland, Lettland, Schweden, Türkei und Zypern haben inzwischen (Stand März 2015) Abstand von der Widerspruchslösung genommen. In Irland und der Türkei muss sich der potentielle Spender zu Lebzeiten für eine Organentnahme ausgesprochen haben oder die Hinterbliebenen können im Sinne des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen entscheiden. Die übrigen drei Länder setzen sich über den Willen des Verstorbenen und der Hinterbliebenen hinweg:

„Im Rahmen der Informationsregelung müssen die Angehörigen über die geplante Entnahme zwar informiert werden, ein Einspruchsrecht steht ihnen jedoch nicht zu“.

Euro-Informationen (Hrsg.); Krankenkassen.Deutschland: Kann man in Europa zum Organspender wider Willen werden?; Available: <http://www.krankenkassen.de/ausland/organspende>; (22.11.2015)

³⁶⁰ Vgl. DSO et al. (Hrsg.); Hintergrundinformation: Die häufigsten Fragen zur Organspende; S.: 2

3. the forthcoming collection of organs, tissues and cells had been mandatory announced and written refusal had not been expressed by:

- a) spouse or parent;
- b) child;
- c) brother or sister³⁶¹.

Den Ärzten wird per *Notstandslösung* eine absolute Hoheit über das Gewebe des *Spenders* übertragen, der sich zu entziehen nahezu unmöglich ist. Dadurch, dass die Ärzte sich auf einen Notstand berufen können, wird auch die dokumentierte Verweigerung nur Makulatur³⁶². Dieses Vorgehen geht weit über eine Verpflichtung zur Organspende hinaus: es verletzt die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht des Individuums, spricht ihm die Würde ab, indem es den Menschen verdinglicht und als Mittel gebraucht, um anderen Menschen dessen Zellen, Gewebe, Organe zur Verfügung zu stellen.

Metaphorisch betrachtet, ist es ein ehrendes Motiv, aber der Weg, der dabei beschritten wird, transformiert alle Menschen in lebende Organbanken, die geerntet werden können, wenn sie reif sind oder Bedarf besteht³⁶³.

Im Kontext der vorliegenden Untersuchung stellt sich die Frage, wie utilitaristisch der Umgang mit der organisierten Beihilfe zum Suizid in der Schweiz und der Euthanasie in den Niederlanden etwa der Vereinigung *Eurotransplant*³⁶⁴ von Nutzen sein kann. Die Menschen, denen in den Niederlanden die aktive Lebensbeendigung auf ausdrückliches Verlangen hin gewährt wird, müssen das Kriterium des „unerträglich[en] leide[ns]“ erfüllen³⁶⁵, so dass im Grunde eine körperliche „Krankheit die Organspende unmöglich macht“³⁶⁶. Der Autor verweist jedoch auf positive Erfahrungen der Belgier, die damit „exploring new sources to enlarge the donor pool“ und bezieht sich auf vier Fälle von Organspende nach Euthanasie³⁶⁷. Die vier spendenden Patienten erfüllten die engen Kriterien, nach denen Euthanasie in Belgien gewährt werden kann und hatten im Vorfeld explizit erklärt, Organe spenden zu wollen. Daraufhin wurden die medizinisch herbeigeführten Tode und die anschließenden Transplantationen

³⁶¹ Art. 21 (Bulgarian) Law on Transplantation of Organs, Tissues and Cells; Bis zum 01.01.2013 waren lediglich 2.747 Spendeverweigerer registriert: Executive Agency for Transplantation of the Republic of Bulgaria; Statistics; S.: 1

³⁶² Vgl. Wetz; Franz Josef; Baustelle Körper; S.: 211

³⁶³ Vgl. (Bulgarian) Law on Transplantation of Organs, Tissues and Cells

³⁶⁴ Auf der dazugehörigen Seite stellt sich Eurotransplant folgendermaßen vor:

„Eurotransplant is responsible for the allocation of donor organs in Austria, Belgium, Croatia, Germany, Hungary, Luxembourg, the Netherlands and Slovenia. This international collaborative framework includes all transplant hospitals, tissue-typing laboratories and hospitals where organ donations take place“.

Die Ziele dieser Organisation sind:

„As mediator between donor and recipient, Eurotransplant plays a key role in the allocation and distribution of donor organs for transplantation. The mission statement and goals of Eurotransplant express the foundation's main target: to ensure an optimal use of available donor organs. The allocation system is based upon medical and ethical criteria. Through conducting and facilitating scientific research, Eurotransplant aims at a constant improvement of transplant outcomes“.

Stichting Eurotransplant International Foundation (Hrsg.); About Eurotransplant; Available: http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=about_brief; (24.03.2015)

³⁶⁵ Vgl. dazu weiter unten die Sorgfaltspflichten des niederländischen Kriterien Kataloges in Punkt 6.6.1 Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden

³⁶⁶ „maligniteit die orgaandonatie onmogelijk maakt“; Dijk, Gert van; Orgaandonatie na Euthanasie: een onmogelijke combinatie?; In: KNMG (Hrsg.); Columns; Available: <http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Columns/Column/97328/Orgaandonatie-na-euthanasie-een-onmogelijke-combinatie.htm>; (19.03.2015)

³⁶⁷ Raemdonck, Dirk van et al.; Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia; S.: 39; In: Applied Cardiopulmonary pathophysiology; Vol. 15, No. 1 2011

zwischen Anfang 2007 und Ende 2009 vorgenommen³⁶⁸. Diese Handlungen haben jedoch in der Fachwelt keinen großen Nachhall gefunden, obgleich einige wenige Autoren über diesen Weg der Organgewinnung bereits nachgedacht haben³⁶⁹.

Dabei treten neue ethische Fragen auf, die zu lösen sind. Wem werden diese Organe angeboten? Dürfen sie auch in Ländern angeboten werden, die Euthanasie verbieten? Inwieweit kann es zu Problemsituationen zwischen dem sterbewilligen Spender und den agierenden Ärzten kommen? Wie sollen diese Maßnahmen ausgeführt werden?

Insgesamt betrachtet kommen solche Fälle in Frage, bei denen keine zersetzenden Erkrankungen die Organe schädigen. Bei der Suizidbeihilfe in der Schweiz wird „das Narkose- und Schlafmittel Natrium-Pentobarbital NaP“³⁷⁰ eingesetzt, um den Zustand einer

„[h]offnungslose[n] Prognose, unerträgliche[r] Beschwerden oder unzumutbare[n] Behinderung“³⁷¹ zu beenden. Diese Stoffe wirken als Muskelrelaxantien, die im Verlauf der Einnahme zuerst Tiefschlaf und dann Atem- und somit einen Kreislaufstillstand verursachen³⁷²: der Mensch

„verfällt [...] nach wenigen Minuten in einen Tiefschlaf und verlässt diese Welt ruhig und ohne Schmerzen“³⁷³. Bei einer Freitodbegleitung besagt die Richtlinie *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) nur, dass es einem Arzt freigestellt ist, bei einer Selbsttötung zu unterstützen oder die Beihilfe abzulehnen³⁷⁴, nichts jedoch über eine mögliche anschließende Organspende. Auch andere Leitlinien der SAMW schweigen sich zu diesem Thema aus. Physiologisch betrachtet steht einem assistierten Suizid mit anschließender Organentnahme zur Spende kein Hinderungsgrund entgegen.

Zur genaueren Klärung, ob einer Organentnahme nach einem medizinisch assistierten Suizid Gründe entgegenstehen, muss ergo das Schweizer Transplantationsgesetz (chTPG) erhalten. Unter Art. 8 basiert die engere Voraussetzung einer legalen Entnahme einerseits auf der Zustimmung des Spenders vor dessen Ableben und zweitens auf der Todesfeststellung³⁷⁵: diese ist möglich durch den begleitenden Arzt oder durch den hinzuzurufenden Amtsarzt, der überprüft, „ob alles im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften abgelaufen ist“³⁷⁶. Punkt 1. der Richtlinie *Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen* der SAMW erklärt, indem er Art. 9 chTPG unverändert wiedergibt:

³⁶⁸ Vgl. Ysebaert, Dirk et al.; Organ Procurement After Euthanasia: Belgium Experience; S.: 585 – 586; In: Transplantation Proceedings; Volume 41, Issue 2, March 2009

³⁶⁹ Vgl. Wilkinson, Dominic et al.; Should we allow Organ Donation Euthanasia? Alternatives for Maximizing the Number and Quality of Organs for Transplantation; S.: 40 ff.; In: Developing World Bioethics; Volume 26, Issue 1, January 2012; et: Raemdonck, Dirk van et al.; Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia; et Ysebaert, Dirk et al.; Organ Procurement After Euthanasia; S.: 585 – 586; In: Transplantation Proceedings; Volume 41, Issue 2, March 2009

³⁷⁰ EXIT (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und im Sterben; S.: 16

³⁷¹ Ebda.; S.: 22

³⁷² Vgl. Schwarzenegger, Christian; Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod; S.: 1; In: In: Wiegand, Wolfgang (Hrsg.); Jusletter.ch vom 19. März 2007; Available: <http://www.rwi.uzh.ch/lehreforschung/alphabetisch/schwarzenegger/publikationen/Jusletter070319.pdf>; (02.05.2016)

³⁷³ EXIT (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und im Sterben; S.: 17

³⁷⁴ Vgl. SAMW (Hrsg.); *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*; S.: 9

³⁷⁵ Vgl. Art. 8 Abs. 1 chTPG

³⁷⁶ EXIT (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und im Sterben; S.: 17

„Der Mensch ist tot, wenn die Funktion seines Gehirns einschliesslich [sic] des Hirnstamms irreversibel ausgefallen sind“³⁷⁷.

Einschränkend wird dazu erklärt, dass „[d]ieses Todeskriterium“ nur auf die Fälle angewandt wird, bei „denen eine Organspende angestrebt wird“³⁷⁸. Die SAMW ist sich sicher, dass der Tod durch zweierlei Ursachen eintreten kann: infolge einer schweren Hirnschädigung oder aufgrund eines Kreislaufstillstandes³⁷⁹. Somit käme ein durch etwa EXIT begleiteter Patient bei medizinischer Eignung seiner Organe als ein potentieller Spender in Frage und könnte helfen, den Mangel an Organen etwas zu mindern.

Bereits im *Annual Report 2008* forderte die international agierende Organspende-Stiftung *Eurotransplant*, dass auch diejenigen Personen, denen bei ihrer Selbsttötung entsprechend medizinisch assistiert oder denen Euthanasie gewährt wurde, als potentielle Spender betrachtet werden sollen³⁸⁰: „To achieve an optimal use of *available* donor organs and tissues“³⁸¹. Auch der Oxforder Philosophieprofessor Dominic Wilkinson schlug vor, Organe denjenigen Patienten zu entnehmen, denen aktive Sterbehilfe zukommt, weil das Leiden der sterbenden Spender so verkürzt und eine höhere Anzahl potentieller Transplantate mit besserer Qualität erreicht werden kann³⁸². Er begründet dies basierend auf der *Non-heart-beating-donor-rule*, wonach das mindestens zehnminütige Aussetzen des Herzschlages nach beispielshalber der Beendigung der künstlichen Beatmung als sicheres Zeichen für den Tod des Patienten gewertet wird³⁸³. Problematisch gestaltet sich die zehnminütige Unterbrechung der Sauerstoffversorgung der Organe, die dadurch Schaden nehmen und möglicherweise nicht im gewünschten Umfang weitergegeben werden können³⁸⁴. Rein rechnerisch wäre der maximale Outcome an Spendeorganen in den Niederlanden im Jahr 2013 bei den 4.829 Menschen, deren Leidensbeendigung den *Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (Regionale Toetsingscommissies)* gemeldet wurden³⁸⁵, mit ihren nach deutschem Recht transplantierbaren acht Organen – „Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Darm“³⁸⁶ – also bei einer Anzahl von 38.632 zusätzlichen Organen anzusiedeln³⁸⁷. *Eurotransplant* gibt die tatsächliche Anzahl der Personen auf der Warteliste in den Niederlanden für 2014 mit der Zahl 1.043 gegenüber „900 Transplantationen mit Organen von gestorbenen Spendern“³⁸⁸ an.

³⁷⁷ SAMW (Hrsg.); *Medin-ethische Richtlinien: Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen*; S.: 4; et Art. 9 Abs. 1 chTPG

³⁷⁸ Ebda.; S.: 5 Fn. 4

³⁷⁹ Vgl. ebda.; S.: 5

³⁸⁰ Vgl. Stichting Eurotransplant (Hrsg.); *Annual Report 2008*; S.: 24

³⁸¹ Ders.; *Workings of the Eurotransplant International Foundation*; S.: 1 [Hervorhebung von mir – M.F.]

³⁸² Vgl. Wilkinson, Dominic et al.; *Should we allow Organ Donation Euthanasia?*; S.: 40 ff.; In: *Developing World Bioethics*; Volume 26, Issue 1, January 2012

³⁸³ Vgl. Moers, Cyril et al.; *Machine Perfusion or Cold Storage in Deceased-Donor Kidney Transplantation*; S.: 8; In: *New England Journal of Medicine (NEJM)*; Volume 360, No.: 1; January 1, 2009

³⁸⁴ Vgl. Weber, Markus et al.; *Kidney Transplantations from Donors without a Heartbeat*; S.: 248; In: *NEJM*; Volume 347, No.: 4; 25. Juli 2002

³⁸⁵ Vgl. KNMG (Hrsg.); *Jaarverslaag 2013*; S.: 53 ff.

³⁸⁶ BZgA (Hrsg.); *Infoblatt: Ihr persönlicher Organspendeausweis*

³⁸⁷ Zu der Aussagekraft von Zahlen und statistischen Werten vgl. Exkurs: *Verzerrte Repräsentation als Argument der Diskussion um Sterbehilfe*

³⁸⁸ „900 transplantaties met organen van overleden donoren in 2014“; Stichting Eurotransplant (Hrsg.); *Kerncijfers [Nederland]*; Available: http://eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_netherlands; (20.03.2015)

Aber der menschliche Körper an sich ist als Ressource um einiges ergiebiger als bekannt ist: etwa Knochenmehl, das vor allem bei (Kiefer-)chirurgischen Eingriffen genutzt wird³⁸⁹, um etwa Lücken im Gebiss aufzufüllen, wird sehr häufig benutzt. Zwar ist laut internationalem Übereinkommen die Kommerzialisierung des menschlichen Körpers untersagt, indem

„[n]ahezu alle Staaten, die im Bereich der Transplantation gesetzgeberisch tätig geworden sind, [es] verbieten, den menschlichen Körper und seine Bestandteile zum Gegenstand kommerzieller Transaktionen zu machen“³⁹⁰,

jedoch werden besonders Gewebespenden für medizinische Eingriffe genutzt, bei denen es sich nicht ausschließlich um lebenserhaltende Maßnahmen handelt.

Sowohl die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) als auch die *Deutsche Stiftung Organtransplantation* (DSO) bieten einen Organspendeausweis an. Über letztere Organisation ist es möglich, einen Organspendeausweis mit dazugehörigem Infoblatt beispielshalber auch auf Türkisch zu beziehen³⁹¹. Dass rund 1,5 Millionen türkischstämmige Menschen in Deutschland zum Stichtag 2014 lebten, verdeutlicht, die Dringlichkeit mit der versucht wird, weitere Organspende-Willige und noch Unentschlossene zu erreichen, um den Anteil an verfügbaren Organen weiter anzuheben. Statistisch betrachtet waren zum 31.12.2014 zudem rund 670.000 Polen sowie 570.000 Italiener im sog. *Ausländerzentralregister* (AZR) erfasst³⁹². Das Informationsportal der DSO bietet Beiblätter auf insgesamt 25 verschiedenen Sprachen an³⁹³, wobei die Optionen für asiatische oder afrikanische Sprachen noch fehlen. Dennoch wird so der große Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sowie der Europäischen Union erfasst und als potentieller Spender angesprochen.

Dem beigegefügteten Flyer zu dem Organspendeausweis ist zu entnehmen, dass nach hiesigem Recht eine Organspende erfolgen darf, wenn

- „a) der unumkehrbare Hirntodausfall (Hirntod) zweifelsfrei nach der Richtlinie der Bundesärztekammer festgestellt wurde und
- b) eine Einwilligung zur Entnahme vorliegt“³⁹⁴.

Der Hirntod, welcher als der Tod des Menschen betrachtet wird³⁹⁵, bedeutet als Grundlage einer möglichen Organspende in der naturwissenschaftlich-medizinischen Definition der BÄK den

³⁸⁹ Vgl. Knöringer, Peter; Die Entwicklung der Neurochirurgie und neue therapeutische Möglichkeiten; S.: 196; In: Odar, Johann (Hrsg.); Techniken und Methoden der modernen Medizin: Ästhetische Gesichtschirurgie, Bildgebende Verfahren, Computer helfen operieren, Endoskopie, Gewebeklebung, Herztransplantation, Menschenverlängerung, Nierensteinentfernung, Schlaflabor

³⁹⁰ Gutmann, Thomas et al.; Organlebenspende in Europa: Rechtliche Regelungsmodelle, ethische Diskussion und praktische Dynamik; S.: 129

³⁹¹ Vgl. DSO (Hrsg.); Organ Bagisci Kimliginiz; Available: http://www.dso.de/servicecenter/downloads/organ_spendeausweis_und_informationsmaterial.html; (23.11.2015)

³⁹² Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.); Pressemitteilung Nr. 097 vom 16.03.2015: Zahl der Ausländer in Deutschland zum Jahresende 2014 bei 8,2 Millionen; S.: 4

³⁹³ „Damit die persönliche Entscheidung im fremdsprachigen Ausland verstanden und beachtet wird“ stellt die DSO diverse Links zur Verfügung. Hierbei können die Organspendeausweise auf Bulgarisch, Dänisch, Englisch, Estnisch, Finnisch, Französisch, Griechisch, Irisch, Italienisch, Kroatisch, Litauisch, Lettisch, Maltesisch, Niederländisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Schwedisch, Slowakisch, Slowenisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch und Ungarisch bezogen werden. Vgl. DSO (Hrsg.); Organspendeausweis in anderen Sprachen; Available: <https://www.organspende-info.de/organspendeausweis/organspendeausweis-in-anderen-sprachen>; (26.05.2016)

³⁹⁴ BZgA (Hrsg.); Infoblatt: Ihr persönlicher Organspendeausweis; S.: 1

³⁹⁵ Vgl. weiter unten Punkt 4.4 Todesdefinitionen

„endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (irreversibler Hirnfunktionsausfall)“³⁹⁶.

Die Medizinethikerin Gisela Klinkhammer benennt erläuternd den „zweifelsfreien Nachweis einer akuten schweren [...] Hirnschädigung“ bei der sichergestellt sein muss, sie könne nicht behoben oder umgekehrt werden. Weiterhin wird durch diese Definition des Hirntodes der BÄK, die Bestätigung gefordert dass ein Koma festgestellt, das Ausbleiben reflektorischer Reaktionen auf Reize als auch ein Atemstillstand attestiert wird³⁹⁷.

Der Organspendeausweis, wie ihn die Krankenkassen oder die BZgA beispielshalber versenden „und auf Grundlage dieses Gesetzes die Bevölkerung auf[zuklären“³⁹⁸, enthält auf der Rückseite fünf mögliche Optionen, aus denen der Angeschriebene wählen kann,

„[für] den Fall, dass nach [s]einem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt [...]:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden“³⁹⁹.

Diese altruistische Antwort erscheint als die wünschenswerteste; der mögliche Spender stimmt einer uneingeschränkten Entnahme seiner Organe und Gewebe zu. Sollten diese den medizinisch-transplantarischen Anforderungen genügen, ist von medizinischer Seite aus zu überlegen, ob nicht ein anderer Patient ein Gesicht⁴⁰⁰, einen Arm⁴⁰¹ oder einen Penis⁴⁰² erhalten könnte.

Beginnend mit der zweiten Möglichkeit kann der Spender dann seine Zustimmung zu einer Organentnahme einschränken:

„JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe“.

Indem ihm eine 6,8 Zentimeter große Zeile zur Verfügung gestellt wird, auf der er die Ausnahmen festlegen kann, besteht die Möglichkeit, aus subjektiven Gründen heraus der Entnahme gewisser Organe zu widersprechen, ohne eine Begründung dafür angeben zu müssen.

Als dritte Variante steht es dem potentiellen Spender zu, auf einer ebenso langen Zeile die Organe/Gewebe zu benennen, auf die sich diese Spendebereitschaft bezieht. Auf weniger als sieben Zentimetern Organe aufzulisten ergibt nicht viele Möglichkeiten.

Die vierte Alternative stellt den absoluten Widerspruch einer jeglichen Entnahme dar.

Für Unentschlossene bleibt zuletzt noch die Möglichkeit in einem fünften Punkt die Verantwortung über diese Entscheidung einer anderen Person zu übertragen, die dann namentlich genannt werden kann.

³⁹⁶ BÄK (Hrsg.); Bekanntmachungen: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 Sz. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Sz. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung

³⁹⁷ Vgl. Klinkhammer, Gisela et al.; Neuer Titel, präzisierte Regeln; S.: 1230; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 27-28/2015 vom 06. Juli 2015

³⁹⁸ § 2 „Aufklärung der Bevölkerung, Erklärung zur Organ- und Gewebespende, Organ- und Gewebespenderegister, Organ- und Gewebespendeausweise“ Abs. 1 TPG

³⁹⁹ BZgA et al.; Infoblatt: Ihr persönlicher Organspendeausweis; S.: 4; [Im fortfolgenden Text beziehe ich mich auf eben jene Quelle. – M.F.]

⁴⁰⁰ Vgl. dpa (Hrsg.); Das andere Gesicht; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 18. Dezember 2008; Available: <http://www.zeit.de/online/2008/52/gesichts-transplant>; (24.05.2016)

⁴⁰¹ Vgl. Bäbler, Rüdiger; Leben mit zwei neuen Armen; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 22. Juli 2009; Available: <http://www.zeit.de/online/2009/30/amputation-arme>; (24.05.2016)

⁴⁰² Vgl. Fn. 577

Mittels ihrer Kontaktdaten sollte diese Person dann im Ernstfall zu erreichen und laut Informationsblatt vorher über ihre mögliche Funktion aufgeklärt worden sein.

Als letzte Option bleibt dem Ausfüllenden noch eine 7,8 Zentimeter große Zeile für „Anmerkungen/Besondere Hinweise“. Der Organspendeausweis sollte datiert und unterschrieben werden, damit er seine bindende Wirkung gegenüber dem medizinischen Personal entfalten kann⁴⁰³.

In der Schweizer Variante, der *Spenderkarte*, werden dem potentiellen Spender zusätzlich noch seine Zellen als mögliches Spendematerial genannt; er kann einstimmen in die

„Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden Maßnahmen“⁴⁰⁴.

In Deutschland regelt das Transplantationsgesetz den Zeitpunkt, ab dem einem toten Spender Organe entnommen werden dürfen. In § 3 Abs.1 Satz 2 des Transplantationsgesetzes (TPG) wird die Entnahme gestattet, wenn

„der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“⁴⁰⁵.

Sofern die hinreichende Bedingung des Hirntodes erfüllt ist, also die

„irreversibel erloschene[...] Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“⁴⁰⁶

diagnostiziert und von einem zweiten Mediziner überprüft wurden, kann das explantierende Operationsteam die Organe entnehmen und mit diesen anschließend andere Leben gerettet werden.

Aber die wenigsten Menschen verstehen die Hirntodkriterien und die unterschiedlichen Todeskonzeptionen. M.E. wäre eine verständigere Definition beizufügen hilfreich, die potentiellen Spender zu einer Bereitschaft zu bewegen und etwa das Krankheitsbild des Komas genauer zu benennen, damit potentielle Organspender sich differenzierter mit möglichen Stufen des Lebensendes auseinandersetzen können. Immerhin haben sich bereits im Jahre 2002 neurologische Todeskonzeptionen in 80 der bei der UN als Mitglieder geführten Staaten durchgesetzt⁴⁰⁷.

⁴⁰³ BZgA et al.; Infoblatt: Ihr persönlicher Organspendeausweis; S.: 4

⁴⁰⁴ Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.); Spenderkarte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und im Portemonnaie aufbewahren; Available: http://transplantinfo.ch/old/index.php?article_id=8&clang=0 (23.11.2013)

⁴⁰⁵ § 3 Abs.1 Satz 2 TPG

⁴⁰⁶ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (Hrsg.); Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes; S.: 1861; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 30/ 1998 vom 24. Juli 1998 (53)

⁴⁰⁷ Vgl. Wijdicks, Eelco; Brain Death Worldwide: : Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria; S.: 20; In: Neurology: Journal of the American Heart Association; Volume 58 (1), 08. Januar 2002

4.2 Koma

Bis Mitte des letzten Jahrhunderts etwa war der unwiderrufliche Herzstillstand das Kriterium, das darüber entscheiden sollte, ob ein Mensch lebt oder bereits als tot zu betrachten ist⁴⁰⁸. Ohne den mit einem funktionierenden Herzen verbundenen Blut- und somit Sauerstoff-Transport stirbt innerhalb kurzer Zeit das Gehirn ab⁴⁰⁹. Die Entwicklung der *Herz-Lungen-Maschine* konnte aber eine zeitliche Trennung der miteinander bis dahin verbundenen Prozesse bewirken⁴¹⁰:

„Einerseits kann damit der Organismus hirntoter Patienten noch längere Zeit weiter funktionieren, andererseits können Patienten, deren Herz-Kreislaufsystem nicht mehr autonom arbeitet, am Leben und bei Bewusstsein gehalten werden“⁴¹¹.

Die fortschreitende Entwicklung der medizin-technischen Möglichkeiten erlaubte es bis dato unbehandelbare und unbekannte Krankheiten und Zustände zu erkennen und darauf zu reagieren⁴¹². Aber nicht alle Entwicklungen konnten wirkliches Leben retten:

„An die Stelle des Problems der Scheintoten des 18. ist das der Schein-Lebenden [unseres Jahrhunderts] getreten“⁴¹³.

Der deutsche Psychiater Ernst Kretschmer beschrieb 1940 eine Form einer schweren Bewusstseinsstörung als das sog. „apallische Syndrom“ (AS) und führte es darauf zurück, dass die

„entsprechenden Rindfelder gleichzeitig außer Funktion gesetzt werden, was ja nur bei weitausgedehnten Störungen des *Palliums* [, also der Großhirnrinde,] in seiner Ganzheitsfunktion denkbar ist“⁴¹⁴.

Bei einem derartigen Syndrom befinden sich Patienten in einem

„Zustand, in dem [sie] wach zu sein scheinen, jedoch nicht fähig sind, mit der Umwelt Kontakt aufzunehmen“⁴¹⁵.

Zu unterscheiden davon sind andere schwere und schwerste Schädigungen im Gehirn, die eine tiefe Bewusstlosigkeit erzeugen können, die je nach Ausmaß der Störung als leichtes oder als schweres Koma bezeichnet werden⁴¹⁶.

„Koma bezeichnet die stärkste Ausprägung einer quantitativen Bewusstseinsstörung und geht einher mit dem Verlust aller kognitiven Leistungen, dem Verlust der elektiven Reagibilität (ungezielte Reaktionen auf Schmerzreize sind noch

⁴⁰⁸ Schmid, Christof et al.; Herztransplantation in Deutschland: ein geschichtlicher Überblick; S.: 88:

„Damals wurde der Herzstillstand als Todeskriterium ethisch akzeptiert und diese Todesfeststellung als eindeutig angesehen, da die intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten zur Wiederbelebung noch nicht zum klinischen Standard gehörten“.

⁴⁰⁹ Vgl. Knoepffler, Nikolaus; Menschenwürde in der Bioethik; S.: 83; In der medizin-ethischen Auseinandersetzung wird darüber gestritten, wann das Gehirn seine Tätigkeit einstellt, und ob Mimiken eines abgetrennten Schädels auf Bewusstsein schließen lassen. Es wird vermutet, dass ein abgetrennter Schädel u.U. noch bis zu zwei Minuten weiter(ver)arbeiten kann. Vgl. Wendt, Johann; Ueber die Enthauptung im Allgemeinen und über die Hinrichtung Troer's insbesondere – ein Beytrag zur Physiologie und Psychologie

⁴¹⁰ Vgl. Groß, Dominik et al.; Sterbeprozess (medizingeschichtlich); S.: 78 f.; In: Wittwer, Hector et al.; Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik: Ein interdisziplinäres Handbuch

⁴¹¹ Müller, Sabine; Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik; S.: 6; In: Ethik in der Medizin; Bd. 2 Heft 1 März 2010

⁴¹² Vgl. Eckart, Wolfgang U.; Illustrierte Geschichte der Medizin: Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart; S.: 307

⁴¹³ Hartmann, Fritz; Grenzen ärztlichen Vermögens am Lebensende; S.: 49; In: Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa

⁴¹⁴ Kretschmer, Ernst; Das apallische Syndrom; S.: 579; In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie; Volume 169, Issue 1, Dezember 1940 [Hervorhebung im Original – M.F.]

⁴¹⁵ Hacke, Werner et al.; Neuropsychologische Syndrome und Störungen des Bewusstseins; S.: 104; In: Hacke, Werner (Hrsg.); Neurologie

⁴¹⁶ Vgl. ebda; S.: 99

möglich) und dem Fehlen der Erweckbarkeit [...]. Die Augen sind geschlossen, Grimassieren und ungezielte Bewegungen der Extremitäten können vorkommen, das EEG ist verändert⁴¹⁷.

Die medizinische Wissenschaft vermag diverse Formen der komaartigen Zustände zu erfassen, welchen allen gemein ist, dass sie zuerst einmal als solche erkannt werden müssen. Gesetzt den Fall, ein Patient erhält die Diagnose eines persistierenden vegetativen⁴¹⁸ Zustands (PVS), ohne dass alle erdenklichen Maßnahmen wie etwa bildgebende Verfahren, ergriffen wurden, so ist nicht auszuschließen, dass das tatsächliche Krankheitsbild eines *Locked-In-Syndroms* übersehen werden kann und diese fehlerhafte Diagnose unerträgliche Qualen bereiten wird⁴¹⁹, da noch Bewusstsein und ein kleiner Rest Interaktion verblieben sein kann⁴²⁰, ohne dass die Umwelt dies als solches erkennt. Die Medizin ist sich durchaus bewusst, dass dennoch *Bewusstseinsinseln* vorhanden sein können⁴²¹. Es ist aber nicht verallgemeinerbar, welche und in welchem Umfang diese Bereiche noch zu Aktivitäten fähig sind. Die Schädigung als solche, die das Gehirn erfahren hat, nimmt den größten Einfluss auf das Ausmaß der Störungen der Bewusstheit⁴²². Deshalb ist es von größter Bedeutung, weder einem „therapeutischen Nihilismus [noch einem] rehabilitativen Nihilismus“ zu verfallen und den komatösen Patienten als *vegetabel* zu betrachten oder gar zu behandeln⁴²³. Dieser wiederholt kritisierte Begriff geht aus der genaueren Bezeichnung des Krankheitsbildes hervor,

„bei ausbleibender klinischer Besserung nach einem Monat den Begriff „persistent vegetative state“ und bei ausbleibender Besserung nach einem Jahr den Begriff „permanent vegetative state“ zu verwenden“⁴²⁴.

Der permanent vegetative Zustand umfasst die noch vorhandenen vegetativen Funktionen des Hirnstammes wie etwa selbstständiges Atmen oder den Schlaf-Wach-Rhythmus und spinale und autonome Reflexe bei gleichzeitigem Verlust des Bewusstseins. Der Patient hat/besitzt keine Bewusstheit über sich oder die Umwelt und er hat die Fähigkeit zum Sprachverständnis und zur Kommunikation verloren⁴²⁵.

Das Positronen-Emissionstomographie-Verfahren beispielshalber gestattet es, die Regionen im Gehirn zu ermitteln, die noch Energie verbrauchen⁴²⁶. Auch andere bildgebende Verfahren mittels funktioneller

⁴¹⁷ Bitsch, Andreas; Koma, metabolische Störung und Hirntod; S.: 568; In: Marx, Gernot et al.; Die Intensivmedizin

⁴¹⁸ Daher auch der wenig schmeichelhafte Terminus in der englischen Auseinandersetzung der *Vegetables*.

⁴¹⁹ Vgl. Hacke, Werner et al.; Neuropsychologische Syndrome und Störungen des Bewusstseins; S.: 105; In: Hacke, Werner (Hrsg.); Neurologie

⁴²⁰ Das Buch und der Film „Schmetterling und Taucherglocke“ thematisieren dieses Krankheitsbild des Franzosen Jean-Dominique Bauby. Nachdem er im Koma gelegen hatte wurde nur durch Zufall erkannt, dass der Patient zwar vollständig bewegungsunfähig war, aber über ein völliges Bewusstsein verfügte. Bauby, der sich nur durch „Morsen“ mit einem Augenlid und einem speziellen Alphabet verständlich machen konnte, verfasste in dem *Locked-In-Syndrom* seine Biografie. Für sein Morsealphabet wurden die Buchstaben nach ihrer Häufigkeit angeordnet und wenn der gewünschte Letter erreicht war, blinzelte Bauby. Auf diese Weise war es möglich, mit ihm zu kommunizieren. Vgl. Bauby, Jean-Dominique; Schmetterling und Taucherglocke

⁴²¹ Vgl. Steinbach, Anita et al.; Historischer Rückblick; S.: 5 f.; In: Steinbach, Anita et al.; Langzeitbetreuung Wachkoma

⁴²² Vgl. Hacke, Werner et al.; Neuropsychologische Syndrome und Störungen des Bewusstseins; S.: 99; In: Hacke, Werner (Hrsg.); Neurologie

⁴²³ Zieger, Andreas; Menschen im Wachkoma: Mythos und Lebenswirklichkeit; S.: 105 f.; In: Graumann, Sigrid et al.; Grenzen des Lebens

⁴²⁴ Steinbach, Anita et al.; Historischer Rückblick; S.: 7; In: Steinbach, Anita et al.; Langzeitbetreuung Wachkoma

⁴²⁵ Vgl. Erbguth, Frank; Koma; S.: 94; In: Wittwer, Hector et al.; Sterben und Tod: Ein interdisziplinäres Handbuch

⁴²⁶ Vgl. Steppacher, Inga; Elektrophysiologische Indizes der Informationsverarbeitung bei Patienten im ‚Vegetative State‘ und ‚Minimally Conscious State‘: Auftretensmuster und klinischer Vorhersagewert; S.: 33

Magnetresonanztomographie (MRT) – wobei der Blut- und Nährstofffluss im Gehirn gemessen und visuell dargestellt werden kann – können Gehirnaktivität⁴²⁷ ergeben und/oder den Energiestrom mittels Elektroenzephalogramm (EEG) visualisieren. Dadurch wird die Diagnose von vegetativem Zustand zu der neu definierten Ebene *minimally conscious state* (MSC) erhoben. Dieser Zustand

„of severely altered consciousness in which minimal but definite behavioral evidence of awareness of the self or of the environment is demonstrated“⁴²⁸.

Dass diese oder jene Gehirnregion jedoch stärker durchblutet wird, sagt aber noch nichts über potentielles Bewusstsein aus; es besteht die Tendenz, dass

„die grundsätzlich wertvollen klinischen und technischen Mittel der Detektion von Bewusstsein beim AS zum Teil aus methodischen zum Teil auch aus inhaltlichen Gründen überinterpretiert werden können. Selbst unter der Annahme der „Echtheit“ von Aktivierungsregionen bedeuten diese nicht zwingend das Vorhandensein von Bewusstsein im Sinne von Gedächtnistätigkeit, Selbst-Bewusstheit, Reflexivität, Lernfähigkeit und Integrationsfähigkeit von Erfahrungen“⁴²⁹.

Die Diagnose eines AS oder eines schweren Komas bedeutet nahezu keine Besserung des zu erwartenden Zustandes des Betroffenen. Ein Erwachen aus dem AS oder dem Koma bedeutet fast immer eine positive Fehldiagnose, kein tatsächliches Koma⁴³⁰. Andererseits besteht die akute Gefahr, bei vollem Bewusstsein⁴³¹ zu Tode definiert zu werden.

4.3 Todesdefinitionen

Das (Gesamt-)Hirntod-Konzept hat das Herztod-Konzept abgelöst⁴³² und gilt in Deutschland als Kriterium der Organspende⁴³³. Dabei fallen der Ausfall des Großhirns, Zwischenhirns, Mittel- und Kleinhirns und des Hirnstammes zusammen⁴³⁴. Das Hirntod-Konzept wurde und wird von vielen Seiten kritisiert. Es hat auch die Diskussion um dieses Konzept nicht erleichtert, den sog. Cortex-Tod als absolutes Todesmerkmal etablieren zu wollen⁴³⁵. Der Cortex wird für unser Bewusstsein verantwortlich

⁴²⁷ Vgl. Monti, Martin et al.; Willfull Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness; In: NEJM; 2010; 362: 579 – 589; Zur Entwicklung und Arbeitsweise des MRT vgl. Zimmermann, Robert A et al.; Neuroimaging: Clinical and Physical Principles

⁴²⁸ Childs, Nancy; Book Review: The Vegetative State; In: NEJM; 2002; 347: 1386 – 1387

⁴²⁹ Erbguth, Frank et al.; Gibt es bewusste Wahrnehmung beim apallischen Syndrom? S.: 430; In: Aktuelle Neurologie 2013; 40

⁴³⁰ Vgl. Hacke, Werner et al.; Neuropsychologische Syndrome und Störungen des Bewusstseins; S.: 104; In: Hacke, Werner (Hrsg.); Neurologie

⁴³¹ Einen guten Überblick über diverse medizinische Untersuchungen bezüglich des Sitzes des Bewusstseins bietet die Medizinerin Inga Steppacher. Vgl. Steppacher, Inga; Elektrophysiologische Indizes der Informationsverarbeitung bei Patienten im ‚Vegetativ State‘ und ‚Minimally Conscious State‘

⁴³² Vgl. Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende; S.: 41

⁴³³ Vgl. Thier, Markus et al.; Rechtsfragen im Umgang mit der Leiche; S.: 122; In: Groß, Dominik et al.; Die Leiche als Memento mori

⁴³⁴ Vgl. Erbguth, Frank; Koma; S.: 93; In: Wittwer, Hector et al.; Sterben und Tod

⁴³⁵ Vgl. dazu Schuhmacher, Thomas; Warum ich nein zur Organspende gesagt habe: Fakten, Motive, Argumente; S.: 65 – 120

gemacht⁴³⁶. Daher sei es nur konsequent, mit Feststellung des Cortex-Todes den Körper dann zur Organspende zuzulassen.

Die Neurologin und Philosophin Sabine Müller gibt eine Übersicht darüber, welche Todesdefinition welche Konsequenzen haben können: alle drei Theorien beurteilen den Menschen mit dauerhaftem Herz-Kreislaufstillstand als tot. Der Ausfall aller Hirnfunktionen (*whole-brain-death*) ist das Kriterium, welcher die BÄK folgt:

„Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“⁴³⁷.

Das dauerhafte Koma oder PVS würde dazu führen, dass Hirntod- und Organismustod-Theoretiker einen Menschen in diesem Zustand als lebend beurteilen würden. Die Cortextod-Theorie jedoch nicht. Sie

„gelten [für diese Theorie] als organismisch lebend, aber mental tot und damit als Organressource“⁴³⁸.

Bei einem *Locked-In-Syndrome* funktioniert das Großhirn noch, der Mensch ist aber wegen einer schweren Schädigung im Gehirnstamm „der elementaren Steuerungs- und Wahrnehmungsfähigkeit beraubt“⁴³⁹ und würde von allen drei Theorien als lebendiges Wesen betrachtet werden. Die gravierende Ausnahme stellt England dar:

„Ein Patient mit *super locked-in syndrome* nach Hirnstamminfarkt würde in Großbritannien für tot erklärt, da dort die Hirntod-Definition als *Hirnstammtod-Definition (brainstem death)* interpretiert wird“⁴⁴⁰.

Demnach könnte die Cortextod-Theorie als die Definition erachtet werden, die die meisten Organe für Transplantationszwecke hervorbringt. In Deutschland gab es 2014 bundesweit 864 Organspender denen „3.169 Organe aus dem Eurotransplant-Verbund“ gegenüberstanden⁴⁴¹. Insgesamt betrachtet ergibt sich aus immer neueren Untersuchungen mittels bildgebender Verfahren ein erschreckendes Bild, was die Diagnosesicherheit dieser schweren und schwersten Bewusstseinsverluste anbelangt. Wieviel Potential des Gehirns letztlich ausgereizt wird, hängt auch damit zusammen, welche Leistung das Gehirn gerade erbringen muss. Jeder Organspender sollte darauf bestehen, dass er unter jeden Umständen komplett und absolut tiefensediert wird, wenn ihm die Organe entnommen werden. Die Entnahme von lebenswichtigen Organen stellt dann seinen (zweiten) Tod dar – und dies sollte m.E. den spendebereiten Menschen definitiv näher erläutert werden, bevor sie eine Entscheidung treffen. Immerhin wird durch die Entnahme der Organe die Funktionsfähigkeit des Körpers beendet: die Lebensfähigkeit wird entnommen – das Leben des Spenders beendet.

⁴³⁶ Vgl. Steppacher, Inga; *Elektrophysiologische Indizes der Informationsverarbeitung bei Patienten im ‚Vegetativ State‘ und ‚Minimally Conscious State‘*; S.: 144 f.

⁴³⁷ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (Hrsg.); *Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes*; S.: 1861; In: *Deutsches Ärzteblatt* Heft 30/ 1998 vom 24. Juli 1998

⁴³⁸ Müller, Sabine; *Revival der Hirntod-Debatte*; S.: 8; In: *Ethik in der Medizin*; Bd. 2 Heft 1 März 2010

⁴³⁹ Erbguth, Frank; *Koma*; S.: 97; In: Wittwer, Hector et al.; *Sterben und Tod*

⁴⁴⁰ Müller, Sabine; *Revival der Hirntod-Debatte*; S.: 8; In: *Ethik in der Medizin*; Bd. 2 Heft 1 März 2010; [Hervorhebung im Original – M.F.]

⁴⁴¹ DSO (Hrsg.); *Pressemitteilung: Zahl der Organspender stabilisiert sich auf niedrigem Niveau*; Available: <http://www.dso.de/dso-pressemitteilungen/einzelansicht/article/zahl-der-organspender-stabilisiert-sich-auf-niedrigem-niveau.html>; (05.03.2015)

4.4 Gefasstes Sterben zu Hause?

Das Sterben ist eine vielfältige Phase im Leben eines jeden Menschen, bei der die unterschiedlichsten Prozesse ablaufen: physiologisch, chemisch, psychologisch. Gefragt wird in diesem Kontext, was einem Sterben „dass er als Lebender stirbt“⁴⁴² immanent sein muss.

„Der Sterbeprozess bezeichnet die letzte Phase des Lebens eines organischen Individuums, in der die Lebensfunktionen unumkehrbar zu einem Ende kommen“⁴⁴³.

Diese Irreversibilität wird verursacht durch ein Versagen lebenswichtiger Organe oder durch einen plötzlichen Ausfall der obersten Steuereinheit⁴⁴⁴. Ähnlich der Einstellung der Ärzte der Antike erachteten die des Mittelalters und der Frühen Neuzeit die Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender als nicht ihrem Metier entsprechend⁴⁴⁵. Heilung und Wiederherstellung von beschädigten Teilen der Menschen war die Aufgabe der Ärzte. In aussichtslosen Situationen konnten sie den Tod nicht abwenden, er war ihrer Heilkunst überlegen und sie überließen die Betreuung und Pflege der Sterbenden vielmehr der direkten persönlichen Umwelt, der Familie und Freunden⁴⁴⁶. Die Erfahrung des baldigen Sterbens war nicht explizit einzelnen Gruppen vorbehalten. Die hohen Sterbezahlen, die durch die vielfache Säuglings-, Kinder-, Wöchnerinnensterblichkeit ebenso bedingt waren wie durch Massenerkrankungen und Kriege, machten den Umgang mit dem Sterben und dem Tod zu einem allgegenwärtigen Ereignis⁴⁴⁷; es ist davon auszugehen, dass jeder Primärerfahrungen mit dem Tod machen und folglich sich auch mit der eigenen Sterblichkeit auseinandersetzen musste.

Die neuen Techniken des Buchdruckes ermöglichten die massive Verbreitung der *Ars moriendi*-Büchlein in der christlichen Hemisphäre⁴⁴⁸. Diese halfen den Menschen, sich bereits zu Lebzeiten ihrem Lebensende zu stellen, um nicht unvorbereitet dem Schöpfer gegenüberzutreten⁴⁴⁹. Der Annahme, dass vor allem in Zeiten von grassierenden Pandemien die Menschen mittels dieser Heftchen vorbereitet und *gelassen* ihrer letzten Stunde begegneten, ist kritisch entgegenzutreten. Der Medizinhistoriker Michael Stolberg bringt es mit drastischen Worten auf den Punkt:

„Ohne wirksame Schmerzmittel, ohne die Möglichkeit, Krebsgeschwüre beispielsweise bei einem Darmverschluss wenigstens palliativ zu operieren, ohne gut dosierbare Sedativa – ganz zu schweigen von einer wirksamen Anästhesie – waren die Kranken manchmal über Wochen und Monate zu einem schier unerträglichem Leiden verurteilt“⁴⁵⁰

Um einem als unnatürlich oder unnötig empfundenen Tod – etwa wegen mangelnder Hygiene – entgegenzuwirken wurde die Intensivmedizin entwickelt. Sie sollte dem vielfach zu früh eingetretenen

⁴⁴² Jaspert, Bernd; *Alter, Sterben und Tod: Gedanken zum Lebensende*; S.: 85

⁴⁴³ Groß, Dominik et al.; *Sterbeprozess*; S.: 75; In: Wittwer, Hector et al.; *Sterben und Tod*

⁴⁴⁴ Vgl. Fischer, Susanne; *Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle*; S.: 41 f.

⁴⁴⁵ Vgl. Groß, Dominik et al.; *Sterbeprozess*; S.: 76; In: Wittwer, Hector et al.; *Sterben und Tod*

⁴⁴⁶ Vgl. Ariès, Philippe; *Geschichte des Todes*; S.: 729 f.

⁴⁴⁷ Vgl. Imhof, Arthur Erwin; *Ars Moriendi*; S.: 163

⁴⁴⁸ Vgl. Schardien, Stefanie (Hrsg.); *Mit dem Leben am Ende*; S.: 66

⁴⁴⁹ Vgl. Reinis, Austra; *Ars moriendi (Ritual- und Textgeschichte – philosophisch – aktuelle Bedeutung)*; S.: 159; In: Wittwer, Hector et al.; *Sterben und Tod*

⁴⁵⁰ Stolberg, Michael; *Aktive Sterbehilfe und Eugenik vor 1850*; S.: 12 f.; In: Czeghun, Ignacio et al.; *Eugenik und Euthanasie 1850 - 1945*

Lebensende Abhilfe schaffen⁴⁵¹. In der Hoffnung, dem Tod noch ein klein wenig Zeit abzutrotzen, werden todkranke und sterbende Patienten in Krankenhäuser eingeliefert. Sehr oft vermag die moderne Medizin vormals tödliche Verläufe zu entschleunigen oder sogar zu stoppen⁴⁵². Dieser Ehrgeiz, der auch der Verpflichtung zum unbedingten Lebensschutz entspringt, verleitet mitunter dazu, Unmögliches zu versuchen.

Sterbende werden aus verschiedensten Gründen in Krankenhäusern gepflegt: Das ursprüngliche Sterben im Kreise von Familie und Freunden verlagerte sich aus dem rein privaten Raum in den öffentlichen Raum des Krankenhauses. In der Folge nun vollzieht sich der Tod in den westlichen Industriestaaten zunehmend in bürokratisch organisierten Institutionen⁴⁵³. Das medizinische Personal sowie die Verwaltungen oder auch die Architekten der medizinischen und auf die Pflege ausgerichteten Einrichtungen waren bis zur zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts nicht darauf vorbereitet, das Sterben in einem derart großen Umfang übertragen zu bekommen und bewältigen zu müssen⁴⁵⁴. Dabei ist es m.E. der Kontrollverlust und der Verlust des Selbst, den das Subjekt in diesen Institutionen erleben wird, was in vielen Menschen Angst vor dem Sterben schürt: die (eventuell als entwürdigend empfundene) Reduktion auf ein Objekt innerhalb des medizinischen Systems. Es ist nur allzu gut nachzuvollziehen, dass der Wunsch Zu-Hause-zu-sterben einem technisiert-entmündigtem Sterben bevorzugt wird⁴⁵⁵. Udo Reiter hat dieses Ansinnen, das sicherlich viele Menschen hegen, folgendermaßen formuliert:

„Ich möchte bei mir zu Hause, wo ich gelebt habe und glücklich war, einen Cocktail einnehmen, der gut schmeckt und mich dann sanft einschlafen lässt“⁴⁵⁶.

Der Wunsch in seinem gewohnten Milieu mit seinen Liebsten umgeben sterben zu dürfen hat etwas ungemein Tröstliches. Vielen ist es wichtig, sich verabschieden zu können und auch die letzten Dinge zu regeln. Oftmals wird betont, dass Menschen früher in ihrer gewohnten lokalen und sozialen Umgebung verstarben⁴⁵⁷ und die anhängigen Rituale von den Angehörigen, Gildenbrüdern, und dergleichen ausgeführt wurden⁴⁵⁸.

Was aber ist in einer werteppluralistischen Gesellschaft wie der des industrialisierten Deutschlands zu Beginn des 21. Jahrhunderts mit dem Terminus *zu Hause* fokussiert? Natürlich ist dies eine höchst

⁴⁵¹ Vgl. Hartmann, Fritz; Grenzen ärztlichen Vermögens am Lebensende; S.: 38; In: Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa

⁴⁵² Vgl. Imhof, Michael; Die große Krankheit der Zeit oder Grundlagen einer Medizinphilosophie; S.: 46 - 50

⁴⁵³ Nach dem Statistischen Bundesamt starben von den 858.768 Todesfällen des Jahres 2010 in Deutschland rund 47,6 Prozent in einem Krankenhaus (Alten- und Pflegeheime nicht eingerechnet). Persönliche Mitteilung des Statistischen Bundesamtes

⁴⁵⁴ Vgl. Hartmann, Fritz; Grenzen ärztlichen Vermögens am Lebensende; S.: 37; In: Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa

⁴⁵⁵ Vgl. dazu Einleitung. Es soll an dieser Stelle nicht übergangen werden, dass auch das Gegenteil eintreten kann, wenn sich etwa Menschen genau dies wünschen und einer palliativen Betreuung aus subjektiven Gründen heraus den Vorzug geben um eventuell die Angehörigen zu entlasten oder um ihnen den Anblick eines sterbenskranken Menschen oder eines sterbenden Angehörigen zu ersparen.

⁴⁵⁶ Reiter, Udo; Mein Tod gehört mir: Wer sein Leben beenden will, soll sich nicht vor den Zug werfen müssen. Ein Plädoyer für das Recht auf selbstbestimmtes Sterben; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 04. Januar 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/leben/selbstbestimmtes-sterben-mein-tod-gehört-mir-1.1856111>; (23.11.2015)

⁴⁵⁷ Vgl. Reinis, Austra; Ars moriendi; S.: 159; In: Wittwer, Hector et al.; Sterben und Tod

⁴⁵⁸ Vgl. Hänel, Dagmar; Bestatter im 20. Jahrhundert: zur kulturellen Bedeutung eines tabuisierten Berufs; S.: 44

individuelle Sache. Wer oder was macht den Raum aus, an dem es sich friedlicher, oder leichter Sterben lässt? Wo möchten Sie sterben?

Schon das Bedürfnis nach mehr Würde im Sterben oder die Vorstellung zuhause zu sterben sei eigenen Idealen entsprechend humaner, kann da das Ideal befördern, nicht in einer Institution zu versterben. *Zuhause* bedeutet generell eine gewohnte und bekannte Umgebung (mit liebenden Personen). Unter *daheim* versteht der Eine seine langjährige letzte Heimat, der Nächste sieht darunter schon das Pflegeheim, in dem er etwa die letzten zehn Jahre verbracht hat. Die Vorstellung des Zuhauses bietet Raum für die Ideale Autonomie, Souveränität und Würde. Und der Wunsch zurückkehren zu können kann ergo als das Bedürfnis nach mehr Selbstbestimmtheit und auch Dignität verstanden werden, womit letztlich auf Geborgenheit und Intimität abgezielt wird. Zu bedenken ist die Rolle der Angehörigen, denn „[o]hne Unterstützung der Familie ist ein Sterben zuhause kaum möglich“⁴⁵⁹.

Auch wenn dieser Wunsch nachzuvollziehen ist, muss dennoch bedacht werden, was mit einem Sterbeprozess verbunden sein kann. Der Kranke braucht medizinische Versorgung. Und wer kann von sich behaupten, diese Versorgung garantieren und den einzelnen Symptomen entsprechend handeln zu können: plötzlichen Erstickungsanfällen begegnen, unerträgliche Schmerzen lindern, eine permanente Versorgung/Pflege/Beistand bieten?

Ferner kann das Bedürfnis, eine kostenintensive Umsorgung professioneller Akteure zu vermeiden aus Sorge um die finanzielle Situation der Angehörigen als Grund angesehen werden, sich gegen eine pflegerische oder medizinische Einrichtung auszusprechen. Dabei sollte aber bedacht werden, dass bei schweren Krankheiten, sich das Zuhause massiv verändern kann. In einer schweren Krankheit wird sich das Zimmer des Kranken gewaltig wandeln. Ein infauster Krankheitsverlauf macht entsprechende medizinische Reaktionen und Maßnahmen mittels dafür vorgesehener Helfer als auch Apparaturen unabdingbar, um sterbenskranke Anverwandte versorgen zu können oder auch, um diese beispielshalber schmerzfrei zu halten. Ein entsprechendes Zimmer – sofern überhaupt vorhanden⁴⁶⁰ - verliert seinen ursprünglichen Charakter, wenn es für ein sterbenskrankes Familienmitglied umfunktionalisiert wird. Es werden steuernde, überwachende und kontrollierende Gerätschaften in dieses heimische Idyll verpflanzt, die den Duktus gravierend verändern können:

„Das Sterbezimmer wird personell und technisch so aufgerüstet, dass der Unterschied zwischen Krankenhaus und Zuhause fast verschwindet“⁴⁶¹.

Die Palliativmedizinerin Maria Wasner weist ausdrücklich darauf hin, dass in einer solchen Situation, in der ein sterbendes Familienmitglied zuhause gepflegt wird, die pflegenden Angehörigen großer Unterstützung bedürfen, um diese Situation zu bewältigen: nur wenige Menschen können den entsprechenden Bedürfnissen eines sterbenskranken Menschen gerecht werden und verfügen über die notwendigen Pflegemaßnahmen oder ärztliches Wissen⁴⁶². In einer liebenden Umgebung zu versterben

⁴⁵⁹ Wasner, Maria; Keiner stirbt für sich allein; S.: 86; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben

⁴⁶⁰ Vgl. ebda.; S.: 84

⁴⁶¹ Gronemeyer, Reimer; Sterben in Deutschland; S.: 15

⁴⁶² Vgl. Wasner, Maria; Keiner stirbt für sich allein; S.: 88; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben

wird auch in einem eigens dafür hergerichteten Zimmer keine Gewähr für den eigenen Tod zu Hause sein. Im letzten Moment werden dennoch oft die Ambulanzen gerufen, um den Kranken/Sterbenden in einem Krankenhaus von anderen Fähigeren/fähigeren Anderen umsorgen lassen zu können, wenn beispielshalber die Pflegenden mit Angst auf eine Krise reagieren oder einfach ihre Kräfte und Kompetenzen erschöpfend ausgereizt sind. Die Gewissheit, dass in einem Krankenhaus der zu Pflegende sich kompetenterer Hilfe gegenübersieht, kann dabei auch unrealistische Hoffnungen entstehen lassen, dass der geliebte Mensch doch noch ein wenig kurativ behandelt werden kann⁴⁶³.

Vielleicht ist es hilfreich für ein Sterbebewusstsein und eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit, sich einmal zu vergegenwärtigen wie in nicht-hochindustrialisierten Gebieten, in denen keine komplexen Pflege- und Medizin-Infrastrukturen zur Verfügung stehen, die Menschen mit dem Sterben eines geliebten Angehörigen umzugehen vermögen und im Anschluss die Bestattung gemeinsam tätigen.

Der Beginn einer Substitution der sozialen Netzwerke kann in der Gründung diverser basisdemokratischer Bürgerbewegungen verortet werden, die allmählich Räume erschlossen, welche vorher der Familie und Freunden und nachbarschaftlichen Beziehungen vorbehalten blieben⁴⁶⁴.

Der Theologe Reimer Gronemeyer hingegen lokalisiert den Zusammenbruch der sozialen Netzwerke, welche sowohl bei der Pflege als auch nach dem eingetretenen Tod eines Menschen unterstützende und verbindende Funktion übernahmen, in der Sozialgesetzgebung Bismarcks. Diese machte zwar der Not ein Ende, zerstörte aber gleichzeitig die „Freundschafts- und Selbsthilfenetze“⁴⁶⁵ der Menschen. Auch die Gewerkschaften und Vereine waren nicht geeignet, den Einzelnen so zu unterstützen, wie es ein festes soziales Netzwerk wie Familie, Freundschaften und Nachbarschaften in derartigen Krisensituationen vermögen. Der Rückhalt einer Freundschaft, einer Familie ist bei weitem stärker und umfassender als die Unterstützung durch den Verein oder die Gewerkschaft, der der Verstorbene, aber nicht die Hinterbliebenen angehörig waren.

Eine absolute Substitution der sozialen Netzwerke bedarf weiterer Prämissen, um diese weiter zu untergraben und zu vernachlässigen, da sich auf den Sozialstaat verlassen und berufen werden kann. Erst die Verbindung der basisdemokratischen Bürgerbewegungen und das Greifen der Sozialgesetzgebung gemeinsam konnten m.E. den Grundstein für eine Verwahrlosung des festen sozialen Netzwerkes bedingen, in das ein jeder Mensch erst einmal hineingeboren wird. Fortgesetzt, wenn nicht sogar abgerundet, wurde diese Entwicklung durch die zunehmende Beschleunigung des individualisierten Subjektes:

⁴⁶³ Vgl. Halfpap, Nicole; Wenn Patienten sterben: Umgang mit Tod und Trauer bei Krankenpflegekräften; S.: 70

⁴⁶⁴ Durch die Fixierung auf das Bestattungswesen lässt Hänel insofern die Bedeutung eines funktionierenden sozialen Gefüges bei Sterben, Trauer und Tod unvollständig, dass sie zwar auf die veränderten sozialen Netzwerke bedingt durch die Bildung von Gewerkschaften sowie die Gründungen von Arbeiter- und Bürgervereinen verweist, die das alte soziale Netz ersetzen, als sie es unterlässt, den Anteil der Bismarck'schen Reformen im Sozialwesen herauszustreichen, die dieses Zerfallen begünstigen. Sie konzentriert sich auf die nicht mehr vorhandene Unterstützung für den Betroffenen bei einer Bestattung, lässt aber die Bedeutung dieser Einbindung für die Bewältigungsstrategien vor dem Tod außen vor. Vgl. Hänel, Dagmar, Bestatter im 20. Jahrhundert; S.: 43 ff.

⁴⁶⁵ Vgl. Gronemeyer, Reimer; Sterben in Deutschland; S.: 143

„Aus dem Sterben in der Solidarität der Gesellschaft, der Geborgenheit und Fürsorge der Glaubensgemeinschaft, Ortsgemeinschaft und Familie ist das professionell begleitete, langsame Sterben und nicht selten ein einsamer Tod geworden“⁴⁶⁶.

⁴⁶⁶ Wasner, Maria; Keiner stirbt für sich allein; S.: 83; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben

5 Wohin mit dem Leib – was machen mit dem Körper?

5.1 Bestattungswesen

„Der Bestatter war lange Zeit nur da und hat gewartet“⁴⁶⁷; inzwischen hat sich aber aufgrund einer ambivalenten Enttabuisierung⁴⁶⁸ von Sterben und Tod eine Ökonomisierung des Bestattungswesens durchgesetzt, die bedingt durch den harten Wettkampf der Bestatter untereinander, die Enttabuisierung weiter begünstigt: Im Telefonbuch des Jahres 2014/2015 haben die Bestattungsunternehmen mit 364 Anzeigen im Raum Dresden zwar nur einen Anteil von 2 Prozent, bei rund 18.500 Anzeigen⁴⁶⁹, da aber weit mehr als hundert verschiedene Branchen inserieren, führt das Offensichtliche in die Irre: das Bestattungswesen ist einer der größten Werbekunden der Telefonbuchverlage⁴⁷⁰.

Wie sehr dem Bestattungswesen aber daran gelegen war das Ende des Lebens den Menschen gegenüber nicht zu aufdringlich zu vergegenwärtigen, zeigt sich bereits in der Sprachwahl und in der Selektion der Methoden, ihre Produkte zu vermarkten. So wurde das Bestattungsunternehmen zu einem Bestattungs*institut*, diese Bezeichnung suggeriert sowohl Seriosität als auch Fachwissen⁴⁷¹, hat diese Bezeichnung doch einen wissenschaftlichen oder universitären Ursprung, und dient einer Vermeidungsstrategie. Unter diesem Aspekt kann auch gesehen werden, dass keine Särge mehr in den Schaufenstern der Bestattungs-*Institute* ausgestellt werden

Auch die Bezeichnung des Einbalsamierers als *Thanatopraktiker* wurde in Neusprech etabliert. Damit wird schon suggeriert, dass sich die Tätigkeiten des Bestatters gewandelt und vervielfältigt haben. Er ist nicht mehr nur dafür zuständig, den toten Menschen herzurichten. Zunehmend kamen sämtliche Arbeiten an und mit der Leiche und dem Todesfall auf die Agenda der Bestatter. Die Online-Auftritte und Werbemaßnahmen benennen auch Arbeiten und Erledigungen, die ein Sterbefall mit sich bringt, die aber nicht zwangsläufig von einem Bestatter ausgeführt werden müssen: „Erledigung der Formalitäten: Standesamt, Meldebehörde, Krankenkasse, Rentenstelle...“, „Organisation und Durchführung von Trauerfeierlichkeiten“, „Gestaltung von Traueranzeigen“⁴⁷² etc.. Der Bundesverband deutscher Bestatter (BDB) benennt ergänzend noch folgende Dienstleistungen/Aufgabenbereiche des Bestatters, er:

⁴⁶⁷ Akyel, Dominic; Die Ökonomisierung der Pietät: Der Wandel des Bestattungsmarkts in Deutschland; S.: 120

⁴⁶⁸ Vgl. dazu weiter oben Punkt 2.3.2 Ausgegliedertes Sterben und Punkt 2.4. Verdrängter Tod

⁴⁶⁹ Telefonbuch-Verlag Sachsen GmbH & Co. KG; Das Telefonbuch 2014/2015. Diese Werte ergaben sich aus einer langwierigen Untersuchung des genannten Telefonbuches, da die Mitarbeiter der Telefonbuchverlage diese Daten streng vertraulich behandeln müssen und verständlicherweise nicht bereit waren, über Umfang und Anteil des Bestattungswesens Auskunft zu geben, sofern diese Daten in dieser Klassifizierung überhaupt vorhanden sind.

⁴⁷⁰ Inoffizielles Statement eines Mitarbeiters eines Telefonbuchverlages. Da es sich hierbei um sehr empfindliche Daten handelt, wurde darum gebeten, dies nicht näher zu bezeichnen.

⁴⁷¹ Vgl. Hänel, Dagmar; Bestatter im 20. Jahrhundert; S.: 166

⁴⁷² Bestattungshaus am Sachsenplatz GmbH (Hrsg.); Leistungen und Service; Available: <http://www.saxonitas.de/index.php?id=5>; (01.04.2013)

- „-berät Sie umfassend und kompetent (auf Wunsch auch zu Hause)
- betreut Sie im Trauerfall sofort und umfassend
- organisiert die gesamte Bestattung und Trauerfeier
- erledigt alle Formalitäten, Behördengänge, Terminabstimmungen und kontrolliert den Ablauf der Bestattung
- überführt zu jedem Bestattungsort
- zieht Versicherungsleistungen ein
- verauslagt bestellte Fremdleistungen
- meldet, wo nötig, den Sterbefall
- hilft bei der Festlegung des Grabes
- hat eine umfangreiche Auswahl an Trauerartikeln zur Verfügung
- kümmert sich um eine würdige und feierliche Aufbahrung
- berät bei der Herstellung der Trauerkarten und -anzeigen
- vermittelt einen Trauerredner und nimmt Kontakt zum Pfarrer auf
- berät bei der Auswahl der Trauermusik
- gibt sachkundigen Rat bei der Grabpflege
- unterstützt bei der individuellen Auswahl eines Grabmals
- begleitet Sie – im Bedarfsfalle – in Ihrem Trauerprozess
- erstellt eine überschaubare und transparente Abrechnung
- steht Ihnen auch später noch mit seiner Erfahrung zur Verfügung⁴⁷³.

Sorgen vormals Angehörige und Freunde der Familie für eine Herrichtung des Toten zuhause, werden die Aufgaben zunehmend an die Bestatter übertragen: der Tote muss aus einem semi-öffentlichen Raum entfernt werden⁴⁷⁴. Der Transport eines Verstorbenen muss in einem Sarg erfolgen und diesen dürfen von Gesetzes wegen nur bestimmte Fahrzeuge übernehmen⁴⁷⁵. Etliche Aufgaben an und mit dem Verstorbenen werden delegiert: der Tod ist ein Tabu. Demgegenüber profitiert das Bestattungswesen von einem enttabuisierten Umgang mit Sterben und Tod⁴⁷⁶.

Der *mortician*, versucht mittels seiner Kenntnisse dem Toten ein friedliches, schlafendes Aussehen zu geben, „um ihn möglichst lebendig aussehen zu lassen“⁴⁷⁷. Damit die Hinterbliebenen geschützt sind vor der Auseinandersetzung mit (der eigenen) Sterblichkeit und (dem eigenen) Verfall einerseits und der Scheu gegenüber dem Geliebten, nun aber toten Menschen andererseits. Der Tod wird geschönt:

„Die Inszenierung des Toten als Schlafender in der Aufbahrung verhüllt einerseits die Zeichen des Todes und betont so den Bereich des Lebens; andererseits dient die Aufbahrung der Visualisierung des Todes in symbolisch verdeckter Form“⁴⁷⁸.

Eine Aufbahrung ist inzwischen in der Mehrzahl der Wohnungen und Häuser schlichtweg undenkbar. War es vormals zumeist die Platznot, die eine Aufbahrung in Leichenhallen erforderlich machte⁴⁷⁹, ist es derzeit unüblich geworden, den Verstorbenen in seiner heimischen Umgebung aufzusuchen, um sich von

⁴⁷³ Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes GmbH (Hrsg.); Bestattungsdienstleistungen; Available: <https://www.bestatter.de/trauerfall/bestattungsdienstleistungen/>; (01.04.2015)

⁴⁷⁴ Vgl. weiter unten Punkt 5.1. Bestattungswesen sowie Punkt 5.2 Bestattungsgesetze in Deutschland

⁴⁷⁵ Vgl. § 14 Abs. 2 LeichenG

⁴⁷⁶ Vgl. Akyel, Dominic; Die Ökonomisierung der Pietät; S.: 123

⁴⁷⁷ Ariès, Phillipe; Geschichte des Todes; S.: 768

⁴⁷⁸ Hänel, Dagmar; Bestatter im 20. Jahrhundert; S.: 23

⁴⁷⁹ Vgl. ebda.; S.: 43

ihm zu verabschieden. Auch großes Platzangebot in den Eigenheimen ist kein Beweggrund, den Toten daheim zu behalten bis ihm alle Verwandten und Freunde die letzte Ehre erwiesen. Vielmehr wird der Tote als etwas empfunden, das unverzüglich aus dem Bereich der Lebenden entfernt werden muss. Die Bestatter haben auf diesen Umstand reagiert und sind „Tag und Nacht erreichbar“⁴⁸⁰, um den Toten zu entfernen und ihn in den dafür inzwischen vorgesehenen Räumen aufzubewahren.

Eine offene Aufbahrung versteckt den Tod der Person nicht. Allerdings machen es die Umstände für die Gäste erträglicher, wenn der Verstorbene gewaltsam verstarb und auch die Thanatopraktiker eine Rekonstruktion nicht erreichen konnten. Dann wird der Tote in einem geschlossenen Sarg präsentiert und die Anwesenden nehmen im Grunde von dem Gegenstand des Sarges und nicht von dem Subjekt Abschied. Diese Variante ist die für die Umwelt erträglichste Form der Aufbahrung und wird wegen des die Umwelt schonenden Charakters am häufigsten gewählt⁴⁸¹. Obwohl

„Psychiater, Geistliche, Trauerspezialisten und Ärzte raten, Angehörigen den Blick auf die sterbliche Hülle zu ermöglichen, weil dies die anschließende Trauerarbeit erleichtere“⁴⁸².

Die anderen Bestatter, denen am Herzen gelegen ist, Verwandte und Freunde in diesen Prozess des Vorbereitens des Verstorbenen für die Bestattung miteinzubinden, können dazu beitragen, die Angst vor dem Tod und dem toten Körper ein wenig zu mindern:

„Zentral ist in der Arbeit für uns alle der Wunsch, den Umgang mit den Verstorbenen und die vielfältigen Weisen der Trauer nicht zu verdrängen, sondern (wieder) ins Leben zu holen. Wir möchten mit unserer Arbeit zu einer dem Leben zugewandten Trauerkultur beitragen“⁴⁸³.

Sie holen den Tod aus seiner Verdrängung und unterstützen gleichzeitig die Nachbleibenden mit dem Einbinden dieser in die Versorgung der Toten. Um etwa die „Grenzen allzu standardisierter Bestattungsroutine“⁴⁸⁴ aufzubrechen, bieten einige Bestattungsunternehmen liberalere Verhaltensweisen im Umgang mit dem gesamten Prozedere der Organisation einer Bestattung an. Nicht mehr die Entsorgung ist deren oberste Priorität, als vielmehr eine kundenorientierte Unterstützung:

„Ein bewusst und intensiv erlebter Abschied erlaubt es Ihnen, sich der Realität des Todes umfassend zu nähern und sich selbst dabei gleichzeitig als lebendigen Menschen zu erfahren. Dies schenkt Ihnen die Kraft, Ihre Trauer auszuleben und darüber den Verlust im Lauf der Zeit bewältigen zu lernen“⁴⁸⁵.

Durch die Arbeit am und mit dem Verstorbenen, das Waschen und Einkleiden etwa bis hin zur Einbettung⁴⁸⁶, ist es möglich, dessen Tod zu Be-Greifen.

⁴⁸⁰ Bestattungsinstitut St. Anschar (Hrsg.); loss-bestattungen.de; Available: <http://www.loss-bestattungen.de/#top>; (23.11.2015)

⁴⁸¹ Rund 90% der Aufbahrungen werden geschlossen abgehalten. Vgl. GBV Gesellschaft für Bestattungen und Vorsorge mbH (Hrsg.); Aufbahrung; Available: <http://www.bestattungen.de/ratgeber/bestattung/aufbahrung.html>; (07.03.2013)

⁴⁸² Willmann, Urs; Wie man in Deutschland begraben wird; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEITonline.de vom 15. April 2004; Available: http://www.zeit.de/2004/17/Serie-Begraben_werden/komplettansicht; (14.03.2013)

⁴⁸³ BestatterInnen Netzwerk (Hrsg.); Quer einsteigen; Available: http://bestatter-netz.net/quer_einsteigen.htm; (01.04.2015)

⁴⁸⁴ Hillermann, Christian (Hrsg.); Warum anders bestatten? Available: <http://www.trostwerk.de/andere.bestattungen/trost.html>; (01.04.2015)

⁴⁸⁵ Ebda.

⁴⁸⁶ Vgl. Wockenfuß, Kerstin; Für einen ganz persönlichen Abschied; In: Wockenfuß, Kerstin (Hrsg.); Abschied Bestattungen-wockenfuß.de; Available: <http://abschied.bestattungen-wockenfuss.de/abschied/>; (17.03.2016)

Es kann jedoch nicht unterstellt werden, alle Nachbleibenden würden diese Aufgaben übernehmen. Zwar könnte ein Großteil der Arbeit einem klassischen Bestatter von den Angehörigen abgenommen und einige Handlungen an und mit dem Toten erledigt werden, z.B. das Ankleiden, Einsargen oder auch das endgültige Verschließen des Sarges. Die Frage ist jedoch, ob die Hinterbliebenen dies auch können und/oder wünschen. Vielfach wird der Tod eines geliebten Menschen eine enorme emotionale Belastung für die bestattungspflichtigen Angehörigen⁴⁸⁷ darstellen, so dass sie froh über eine wissende helfende Hand dem Bestattungsunternehmen den Auftrag erteilen, das *Rundum-Paket* bereitzuhalten.

Zwischen dem Tod eines Menschen und seiner Beerdigung liegen etliche Aufgaben, die zu bewältigen einen enormen Kraftakt darstellen; zum Einen ist es die Fülle an bürokratischem Aufwand und andererseits müssen diese Erledigungen unter einer großen emotionalen Belastung innerhalb kurzer Zeit ausgeführt werden. Die *Stiftung Warentest* hat sich in einem Spezial mit der Thematik Bestattung auseinandergesetzt und sowohl Bestatter als auch Arten der Bestattung genauer untersucht, um den Menschen eine Orientierung zu bieten. Im Abschnitt „Preisvergleiche sind nicht pietätlos“ geben die Autoren Hinweise, wie die Bestattungspflichtigen Geld einsparen können, indem sie etwa „selber mit dem Friedhofsgärtner, dem Steinmetz oder der Friedhofsverwaltung reden“⁴⁸⁸. Sie beziehen sich dabei auf die Taktik einiger Bestattungsunternehmen, die Preise zu verschleiern:

„Nicht wenige Betriebe verweigern kategorisch Preisankünfte, obwohl sie rechtlich dazu verpflichtet sind. [...] Etliche Firmen nennen nur Pauschalpreise. [...] Wer einzelne Leistungen davon nicht wünscht, bekommt meist keinen Preisnachlass, weil die Pakete angeblich günstiger sind als eine individuelle Zusammenstellung“⁴⁸⁹.

Einige Aufgaben können die Verwandten nur in den seltensten Fällen selber übernehmen. Hierzu gehören der Transport der Leiche, eine Verbrennung derselben oder etwa auch die Bestattung an sich. Die *Stiftung Warentest* veröffentlichte in ihrem *test Spezial* eine Checkliste, was bei einem Todesfall definitiv zu erledigen ist. Der Vollständigkeit halber soll diese hier im Original wiedergegeben werden:

„1. Unmittelbar nach Eintritt des Todes

Arzt rufen, der den Totenschein ausstellt (wenn der Tod zuhause eingetreten ist).

Die engsten Angehörigen benachrichtigen.

Verträge und Verfügungen suchen (Bestattungsvorsorge, Willenserklärung zur Feuerbestattung).

Zusammenstellen der wichtigsten Unterlagen (Personalausweis, Geburtsurkunde oder Heiratsurkunde).

2. Innerhalb von 36 Stunden nach dem Todesfall

Bestatter auswählen [...] ⁴⁹⁰.

Bestattungsvertrag abschließen. Klären, welche Aufgaben Sie selbst übernehmen wollen.

Den Sarg und die Totenbekleidung auswählen.

Den Verstorbenen in die Leichenhalle überführen.

⁴⁸⁷ Vgl. zu den gesetzlichen Bestimmungen, wer als Bestattungspflichtiger in den jeweiligen Landesgesetzen aufgeführt wird Punkt 5.1.2 Bestattungsgesetze in Deutschland

⁴⁸⁸ Stiftung Warentest (Hrsg.); test Spezial: Bestattung; S.: 32

⁴⁸⁹ Ebd.; S.: 33

⁴⁹⁰ Es wurde hier ein Verweis der Redaktion der Stiftung Warentest auf ein Vergleichsformular ausgelassen. Diese Checkliste gibt ungefähre Preisspannen in Euro für die einzelnen Optionen an.

Sterbeurkunde beim Standesamt ausstellen lassen.

Erbschein beantragen.

Krankenkasse informieren.

Lebens- und Rentenversicherungen informieren.

3. Innerhalb von 1 bis 2 Tagen nach dem Todesfall

Bestattungsart und Friedhof auswählen.

Grabnutzungsrechte erwerben oder verlängern.

Mit dem Friedhofsträger Termin für die Bestattung festlegen.

Bei Feuerbestattung Genehmigung des Krematoriums einholen.

Terminabsprache mit dem Pfarrer oder Trauerredner.

4. Innerhalb von 2 bis 3 Tagen nach dem Todesfall

Trauerkarten und –anzeigen erstellen und versenden.

Gärtnerei mit Dekoration von Trauerhalle und Grab beauftragen.

Vorbereitung der Trauerfeier (mit Geistlichem oder Trauerredner Inhalte und Gestaltung festlegen).

Eigene Trauerbekleidung besorgen.

Gasthof für Beerdigungskaffee reservieren.

5. Nach der Trauerfeier/Beisetzung

Danksagung per Zeitungsinserat oder Brief.

Finanzansprüche gegenüber Versicherungen, Krankenkasse, Firma oder Behörden geltend machen.

Laufenden Zahlungsverkehr des Verstorbenen stoppen.

Verträge, Mitgliedschaften und Abos kündigen.

Wohnsituation klären (Mietvertrag, Strom, Wasser kündigen).

Akte mit wichtigen Dokumenten anlegen (Sterbeurkunde, Grabnutzung, Abrechnungen).

6. Wochen nach der Beisetzung

Nach sechs Wochen Grab abräumen und Grabpflege klären.

Nach sechs bis acht Monaten Steinmetz mit Grabmal und Einfassung beauftragen⁴⁹¹.

Aus dieser Liste wird deutlich ersichtlich, welche Aufgaben an Bestatter übertragen werden müssen und was eventuell von dem sozialen Umfeld des Verstorbenen erledigt werden kann, wenn sie dies wünschen. Auf der Folgeseite wurde von der Redaktion der Spezialausgabe abgebildet, die zur Orientierung hier wiedergegeben wird:

„Gebühren für Urkunden	Kosten [in Euro]
Leichenschau	20 – 80
Sterbeurkunde (Erstausführung)	8 – 15
Jede weitere Ausführung	4 – 8
Zweite Leichenschau bei Kremation	15 – 90
Friedhofsgebühren	
Kühlzellen/Aufbahrungsraum (3Tage)	100 – 600

⁴⁹¹ Ebda.; S.: 94

Beisetzungsgebühr		80 – 1800
Einäscherung samt Aschekapsel		190 – 500
Grabnutzungsgebühr		
Erdreihengrab		200 – 2000
Erdwahlgrab		300 – 4000
Urnenreihengrab		100 – 1600
Urnenwahlgrab		200 – 2300
Trauerhallennutzung		50 – 400
Träger (Urne 1, Sarg 4)		30 – 260
Grabmalgenehmigung	^	40 – 250

Preise Bestatter

Sarg, Kiefer massiv		350 – 1100
Sarg, Edelholz massiv		1800 – 3500
Urne, Edelmetall oder Design		150 – 800
Urne, einfach		60 – 160
Kissen, Decken, Polster		60 – 160
Totenbekleidung		50 – 130
Hygienische Grundversorgung		50 – 120
Ankleiden und Einsargen		60 – 190
Überführung innerorts		90 – 250
Preis je Kilometer		1,00 – 2,30
Aufbahrung, Trauerhallengestaltung		70 – 280
30 Trauerbriefe ohne Porto		50 – 130
Allgemeine Verwaltungskosten		80 – 230
Grabkreuz		50 – 130

Preise Steinmetz

Neuer Grabstein		300 – 5000
Neue Einfassung		1000 – 2500
Inschrift pro Buchstabe (30 Buchstaben)		6 – 27
Grabmal versetzen		450 – 700

Preise Gärtner

Kranz		90 – 250
Blumenbukett für Sarg, Schmuckurne		60 – 300
Erste provisorische Grabanlage nach Beisetzung		60 – 420
Erste dauerhafte Grabanlage		150 – 800

Preise für weitere Leistungen Dritter

Todesanzeige, zweispaltig		200 – 420
Orgelspiel		50 – 230
Musikstück von Band/CD		25 – 40
Kaffeetisch für 30 Personen		300 – 1000

5.2 Bestattungsgesetze in Deutschland

Schon für Platon war es verwerflich, sich „aus Schlawheit und unmännlicher Feigheit“ heraus zu töten. In der Folge sollte derjenige dann auch „an unbebauten, namenlosen Plätzen [...] ehrlos“⁴⁹³ beerdigt werden. Außerhalb bestattet wurden – vormals als makelhaft betrachtet – die Menschen, die durch eigene Hand zu Tode kamen, Verbrecher und/oder Fremde⁴⁹⁴. Zum Teil erfolgte dieses bewusste Ausgliedern auch unter dem Vorsatz, den Verstorbenen erneut zu bestrafen. Ohne die allgemeinen Rituale; ohne kirchliche, sakrale Elemente wurde ihnen eine christliche Beerdigung verwehrt⁴⁹⁵. In dem außerörtlichen Begräbnis kann auch der Makel der Armut vermutet werden. Aber auch in Zeiten großer Seuchen wurde auf sog. *Notfriedhöfen* auf eine entsprechende Auszeichnung der Liegeplätze verzichtet⁴⁹⁶. Der Mensch kann inzwischen wählen, ob er gefunden werden möchte oder ob er in einem anonymen Grab beigesetzt werden will. Aber „Jede Leiche muss bestattet werden“⁴⁹⁷ lautet die gesetzliche Grundlage in den meisten bundesdeutschen Ländern⁴⁹⁸. Allen ist aber gemein, dass sie per legem festschreiben, dass ein toter Mensch entweder erd- oder feuerbestattet werden muss⁴⁹⁹. Nordrhein-Westfalen präzisiert dabei, dass die Leichen „auf einem Friedhof bestattet werden [müssen]“⁵⁰⁰. Lediglich in den Gesetzestexten der Länder Baden-Württemberg und Hessen wird von den Toten als „Verstorbene“ gesprochen, die allgemein „bestattet werden [müssen]“⁵⁰¹ oder „auf öffentlichen Friedhöfen zu bestatten“⁵⁰² sind. In Deutschland herrschte lange Zeit ein allgemeiner Friedhofszwang, der den „nächsten geschäftsfähigen Angehörigen“⁵⁰³ in einem Trauerfall in kurzer Zeit vieles abverlangte. Dieses nächste Familienmitglied,

⁴⁹² Ebda.; S.: 95

⁴⁹³ Schultheß, Johann Georg; Plato's Unterredungen über die Gesetze; S.: 163

⁴⁹⁴ Vgl. Kästner, Alexander; Unzweifelhaft ein seliger Tod! Überlegungen zur Darstellung des Sterbens von Duellanten in protestantischen Leichenpredigten; S.: 143; In: Ludwig, Ulrike et al.; Das Duell: Ehrenkämpfe vom Mittelalter bis zur Moderne

⁴⁹⁵ Vgl. Schlieper, Andreas, Das aufgeklärte Töten; S.: 29

⁴⁹⁶ Vgl. Sörries, Reiner; Leprosen- und Pestfriedhöfe und ihre Bedeutung für die nachmittelalterlichen Friedhöfe; S.: 54; In: Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal et al.; Raum für Tote – Die Geschichte der Friedhöfe: von den Gräberstraßen der Römerzeit bis zur anonymen Bestattung

⁴⁹⁷ § 17 Abs. 1 ThürBestG; § 19 Abs. 1 BbgBestG; § 14 Abs. 1 BestattG LSA; § 8 Abs. 2 BestG Rh-Pf; § 25 Abs. 1 BestattG Saar; § 15 Abs. 1 BestG BE; Art. 1 Abs. 1 BestG; In § 18 Abs. 1 im SächsBestG wird ganz konkret darauf hingewiesen, dass „[jede] menschliche Leiche [...] bestattet werden [muss]“.

⁴⁹⁸ Zacharias, Diana; Staatliche Bestimmungen zum Umgang mit Leichen; S.: 1363; In: Anderheiden, Michael et al.: Handbuch Sterben und Menschenwürde

⁴⁹⁹ Siehe dazu weiter unten in diesem Punkt

⁵⁰⁰ § 14 Abs. 1 BestG NR-W

⁵⁰¹ Vgl. § 30 Abs. 1 BestG BW

⁵⁰² § 4 Abs.1 FBG

⁵⁰³ § 10 Abs. 1 SächsBestG

das der Bestattungspflicht nachkommen muss, ist in Sachsen etwa in absteigender Reihenfolge benannt als:

- „1. der Ehegatte;
2. die Kinder;
3. die Eltern;
4. die Geschwister;
5. der sonstige Sorgeberechtigte;
6. die Großeltern;
7. die Enkelkinder;
8. Sonstige Verwandte⁵⁰⁴.

In den übrigen Bundesländern werden zusätzlich auch die Lebenspartner in die Pflicht genommen, für die Beisetzung zu sorgen⁵⁰⁵. Das Land Hamburg erweitert den Kreis der Bestattungspflichtigen am weitesten. Demnach werden mit Verweis von § 10 *Bestattungspflicht* dann auch unter § 22 Abs. 4

- „c) die Ehegatten oder Lebenspartner der ehelichen und nichtehelichen Kinder,
- d) die Stiefkinder,
- e) die Ehegatten oder Lebenspartner der Stiefkinder⁵⁰⁶
[oder auch]
- m) die Kinder der Geschwister,
- n) die Geschwister der Eltern,
- o) die Kinder der Geschwister der Eltern⁵⁰⁶

von staatlicher Seite beauftragt für die Bestattung eines Verstorbenen Sorge zu tragen. Die Lebenspartner werden zwar in den Gesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz genannt⁵⁰⁷. Eine genauere Definition ihrer Position bleibt aber aus. Das kann dann zu Streitigkeiten zwischen den Hinterbliebenen führen, wer letztlich die Kosten der Bestattung zu tragen hat. Von staatlicher Seite her werden eingetragene Partnerschaften mit Ehen in den Ländern Berlin, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt gleichgesetzt⁵⁰⁸.

Zumeist muss eine Frist von 48 Stunden abgewartet werden, bevor ein Leichnam bestattet⁵⁰⁹ oder verbrannt werden darf. In Baden-Württemberg darf der Tote bereits

- „bestattet werden, wenn die ärztliche Leichenschau jede Möglichkeit eines Scheintods ausgeschlossen hat⁵¹⁰.

⁵⁰⁴ Vgl. § 10 Abs. 1 SächsBestG

⁵⁰⁵ Vgl. dazu § 31 Abs. 1 BestG BW; Art.15 Abs. 2 Nr.1 BestG; § 16 Abs. 1 BestG BE; § 20 Abs. 1 BbgBestG; § 4 Abs. 1 LeichenG; § 13 Abs. 2 FBG; § 9 Abs. 2 BestattG M-V; § 8 Abs. 3 BestattG Nds; § 8 Abs. 1 BestG NRW; § 9 Abs. 2 BestG RhPf; § 26 Abs.1 BestattG Saar; § 10 Abs. 2 BestattG LSA; § 2 Abs. 12 BestattG Schl-H; § 18 Abs. 1 ThürBestG

⁵⁰⁶ § 10 Abs. 1 besagt: „Für die Bestattung haben die Angehörigen (§ 22 Absatz 4) zu sorgen.“; § 22 Abs. 4 BestG HH: Hierbei handelt es sich aber in erster Linie um das Nutzungsrecht bezüglich einer Wahlgrabstätte

⁵⁰⁷ Vgl. § 31 BestG B-W; § 15 BestV; § 8 BestG NR-W; § 9 BestG Rh-Pf; Die Bestimmungen der Länder Baden-Württembergs und Bayerns verweisen in den Texten auf die Personen, die verpflichtet sind, eine Leichenschau vorzunehmen. Diese sind denn auch für eine Bestattung verantwortlich.

⁵⁰⁸ Vgl. § 16 Abs. 1 BestG BE; § 4 Abs. 1 LeichenG; § 13 Abs. 2 FBG; § 8 Abs. 3 BestattG Nds; § 9 Abs. 2 BestG RhPf; § 10 Abs. 1 SächsBestG; § 10 Abs. 2 BestattG LSA

⁵⁰⁹ Vgl. § 18 Abs. 1 BestV; § 21 BestG BE; § 22 Abs. 1 Bbg BestG; § 17 Abs. 1 LeichenG; § 16 Abs. 1 FBG; § 11 Abs. 2 BestG M-V; § 9 Abs. 1 BestG Nds; § 15 Abs. 1 BestG NRW; § 31 Abs. 1 BestG Saar; § 19 Abs. 1 SächsBestG; § 31 Abs. 1 BestattG LSA; § 16 Abs. 1 BestattG Schl-H; § 20 Abs. 1 ThürBestG

⁵¹⁰ § 16 Abs. 1 BestattG BW;

Auch das Land Nordrhein-Westfalen möchte die Toten schnell bestattet wissen: hier erscheint eine Frist von 24 Stunden zwischen Todeseintritt und Bestattung als ausreichend⁵¹¹. Das Land Bayern möchte diese Angelegenheiten nach spätestens vier Tagen abgeschlossen haben: hier beläuft sich die Frist für eine Erdbestattung auf 48 bis 96 Stunden. Auch in Baden-Württemberg gilt diese Frist, wenn der Tote nicht bereits aufgebahrt ist⁵¹². Die meisten Bundesländer räumen den Hinterbliebenen mehr Zeit ein. Die äußerste Grenze gewähren die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt mit einer Obergrenze von zehn Tagen zwischen dem Tod der Person und der Bestattung⁵¹³.

Gesetze der Bundesländer bezüglich des *Leichenwesens* werden zum Teil auch zusammengefasst, um den Komplex Bestattung mit all seinen Facetten zu erfassen. So lautet etwa der Titel der schleswig-holsteinischen Rechtsvorschrift *Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen des Landes Schleswig-Holstein*. Damit wird bereits deutlich, dass alle Belange der Friedhofsordnung, der Bestattungsvorschriften als auch der Verstorbenenbehandlung in einer Hand liegen. Ein sehr umfassendes Beispiel dazu bietet das saarländische *Gesetz über das Friedhofs-, Bestattungs- und Leichenwesen*. Es reguliert im ersten Teil das Friedhofswesen mit den Bestimmungen zu Anlage und Unterhalt der Friedhöfe und privaten Bestattungsplätzen. Im zweiten Teil wird das Leichenwesen erfasst, worunter sowohl die Leichenschaubestimmungen sowie der „Umgang mit Leichen“ als auch die Bestattungsvorschriften an sich und der Umgang mit dem Verstorbenen bezüglich der Verbringung eines Toten von einem Ort zum nächsten reguliert werden. Der dritte Teil setzt den Komplex der klinischen und der anatomischen Sektion auseinander: unter welchen Bedingungen eine Leichenöffnung zulässig erscheint und wie diese durchzuführen ist⁵¹⁴.

5.3 Leichnam

Im Gegensatz zu den Bezeichnungen *Aas*, *Kadaver* oder auch *Leiche*, bezeichnet der Terminus *Leichnam* ausschließlich den toten menschlichen Körper⁵¹⁵. Diesen wird in allen Kulturen eine hohe Fürsorge zuteil⁵¹⁶. Leichname werden zur Bestattung oder auch für das jenseitige Leben mittels entsprechender Grabbeigaben vorbereitet⁵¹⁷.

⁵¹¹ Vgl. § 13 Abs. 2 BestG NRW

⁵¹² Vgl. § 19 Abs. 1 BestV; § 37 Abs. 1 BestG BW

⁵¹³ Vgl. § 11 Abs. 2 BestG M-V; § 13 Abs. 3 BestG NRW; § 17 Abs. 2 BestattG LSA

⁵¹⁴ Vgl. §§ 1 – 50 BestattG Saar;

⁵¹⁵ Vgl. Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.); [duden.de](http://www.duden.de/); Berlin 2015; Available; <http://www.duden.de/rechtschreibung/sterben>; Schlagworte: Aas, Kadaver, Leiche, Leichnam; (29.06.2016)

⁵¹⁶ Vgl. Heller, Birgit et al; *Tod und Ritual: Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne*

⁵¹⁷ Vgl. Laux, Bernhard et al; *Abschiednahme, Bestattung, Trauer: Die Zeit des Abschieds würdevoll gestalten: Mehr Mut zur individuellen Trauerfeier*; S.: 22

Was kann der Mensch im Vorfeld verfügen und woran muss sich orientiert werden, wenn es darum geht, die wirklich letzten Dinge zu regeln? Als allerletzter Punkt kann die (Vor-)Sorge um die eigenen sterblichen Überreste betrachtet werden. Viele Menschen möchten mit ihrer Bestattung noch einmal ihre Werte und/oder Überzeugungen zum Ausdruck bringen⁵¹⁸. Wieweit kann der Einzelne dabei aber frei wählen, was mit seinem Leichnam geschehen soll, wenn beispielshalber die Totenfürsorge nicht verletzt werden soll oder Dritte in ihrer Selbstbestimmung nicht eingeschränkt werden sollen? Inwieweit kann überhaupt ein Individuum über seine sterblichen Überreste bestimmen?

Zunächst einmal ist der bekundete Wille des Verstorbenen maßgeblich. Hat die Person vor seinem Ableben verfügt, wie, wo und unter welchen Bedingungen die Beisetzung erfolgen soll, kommt seinem Entscheid eine bindende Wirkung zu, die nur von sittengesetzlichen oder hygienischen Gründen begrenzt werden kann⁵¹⁹. Zu denken ist dabei etwa an die hierzulande nicht gestattete Aufbewahrung der Asche eines Verstorbenen auf dem Kaminsims oder einer Beisetzung eines Verstorbenen im eigenen Grundstück. Im Bundesland Sachsen etwa wird dies durch Paragraph 1 *Bestattungsplätze* des Sächsischen Gesetzes über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (SächsBestG) reguliert:

„(1) Bestattungsplätze sind

1. Gemeindefriedhöfe,
2. Friedhöfe der Kirchen und Religionsgemeinschaften sowie Grabstätten in Kirchen,
3. Anstaltsfriedhöfe und sonstige private Bestattungsplätze⁵²⁰.

Es sind vor allem hygienische und auf die Gemeinschaft der Lebenden Rücksicht nehmende Gründe oder Umstände, welche angeführt werden, die es verbieten, Verstorbene auf Privatgelände zu beerdigen:

„Bestattungseinrichtungen müssen der Würde des Menschen, den allgemeinen sittlichen Vorstellungen und den anerkannten gesellschaftlichen Ordnungen entsprechen. Sie müssen so beschaffen sein, dass die öffentliche Sicherheit sowie die Gesundheit und das Wohl der Allgemeinheit nicht beeinträchtigt werden⁵²¹.

Nur mit einer speziellen Genehmigung ist es nach dem SächsBestG gestattet, die Asche Verstorbener auf privatem Gelände zu bestatten⁵²². Aber nur „Bremen erlaubt Begräbnisasche im eigenen Garten⁵²³.

Nach dem Thüringer Bestattungsgesetz (ThürBestG) ist eine

„Leiche im Sinne dieses Gesetzes [...] der Körper eines Menschen, bei dem sichere Zeichen des Todes bestehen oder bei dem der Tod auf andere Weise zuverlässig festgestellt worden ist. Als menschliche Leiche gilt auch ein Kopf oder ein Rumpf. Leichenteile sind alle übrigen abgetrennten Körperteile und abgetrennten Organe Verstorbener. Ebenfalls als menschliche Leiche gelten das Skelett eines Menschen und die Körperteile im Sinne des Satzes 2 in skelettierter Form.

Eine Leiche ist auch der Körper eines Neugeborenen, bei dem

1. entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat (Lebendgeborenes) und das danach verstorben ist, oder

⁵¹⁸ Vgl. Zachrias, Diana; Staatliche Bestimmungen zum Umgang mit Leichen; S.: 1362 ff.; In: Anderheiden, Michael et al.; Handbuch Sterben und Menschenwürde

⁵¹⁹ § 8 Abs. 4 BestG Rh-Pf

⁵²⁰ § 1 SächsBestG

⁵²¹ § 2 Abs. 2 BbgBestG

⁵²² Vgl. § 3 Abs. 4 SächsBestG

⁵²³ Zips, Martin; Zu Hause ist's am schönsten; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 26. November 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/panorama/abschaffung-des-friedhofszwangs-in-bremen-zu-hause-ists-am-schoensten-1.2231461>; (26.10.2015)

2. keines der in Nummer 1 genannten Lebenszeichen festzustellen war, dessen Geburtsgewicht jedoch mindestens 500 Gramm betragen hat (Totgeborenes)⁵²⁴.

In fast allen Bundesländern herrscht gesetzlicher Friedhofszwang, den die einzelnen Länder unterschiedlich auslegen. Demnach müssen Tote im Regelfall innerhalb eines engen Zeitraumes bestattet werden. Auf diese Weise soll der ehrfürchtige Respekt vor dem Toten, der Totenfürsorge sowie der Würde des Verstorbenen Rechnung getragen werden. Oder verbirgt sich dahinter letztlich doch die bereits von Philippe Ariès beschriebene Scham angesichts des Todes, da er

„gegen die Regeln der Schicklichkeit verstößt und [somit] verborgen, verheimlicht werden muß [sic]“⁵²⁵?

Ein Verstorbener muss in einer ausreichenden Tiefe beigesetzt werden, um etwa Geruchsbelästigung zu vermeiden oder etwa auch zu verhindern, dass Insekten oder Ratten den Leichnam erreichen können. Vor allem Krankheitserreger sollen am Austritt gehindert werden⁵²⁶.

Die Gründe dafür, die Toten aus dem Raum zu entfernen, in dem die Lebenden mit ihnen in Kontakt kommen könnten sind sowohl auf der sozialhygienischen Ebene⁵²⁷ als auch auf der Ebene der Pietät anzusiedeln. Ein toter Körper unterliegt gravierenden Veränderungen seiner Substanz, die es unmöglich erscheinen lassen, den Verstorbenen als den Menschen in Erinnerung zu behalten, den das Umfeld kannte. Angefangen bei den als sicheren Todeszeichen verstandenen Totenflecken⁵²⁸ bis zu den eindeutigen Todeszeichen wie etwa der Verwesung⁵²⁹ können das Erinnerungsbild des Verstorbenen verzerren und andere Erinnerungen an ihn überlagern. Wir wünschen uns doch im Gedächtnis der Umwelt als der zu verbleiben, der wir zu Lebzeiten waren und nicht als etwas, an das sich nur sehr ungern erinnert wird. Die äußerliche Verwesung ist also ein eher ästhetischer Anstoß, den die Umwelt nehmen könnte. Hingegen entstehen durch die inneren Zersetzungsprozesse der Fäulnis unangenehme Gerüche. Es spielt die Überlegung die Lebenden vor den übertragbaren Krankheiten der Verstorbenen zu schützen die gewichtigere Rolle. Dabei kann ein toter Mensch die Lebenden noch unterrichten und sie auf künftige Patienten vorbereiten.

5.3.1 Sektionen, Leichenschau, Obduktion

Unter einer klinischen Sektion wird eine

⁵²⁴ § 3 Abs. 1 ThürBestG

⁵²⁵ Vgl. Ariès, Philippe; Geschichte des Todes; S.: 731

⁵²⁶ Vgl. Nachtigall, G.; Die Bedeutung des Bodens in der Hygiene; S.: 255 f.; In: Blanck, E. (Hrsg.); Handbuch der Bodenlehre: Zehnter Band

⁵²⁷ Vgl. Schrems, Florian P.; Ist das geltende Friedhofs- und Bestattungsrecht noch zeitgemäß? Das Friedhofs- und Bestattungsrecht im Lichte verfassungsrechtlicher Vorgaben – Unter besonderer Berücksichtigung gewandelter Ansichten in der Bevölkerung sowie integrationspolitischer Herausforderungen; S.: 154

⁵²⁸ Vgl. Oduncu, Fuat; Hirntod – medizinisch.; S.: 99; In: Wittwer, Héctor et al.; Sterben und Tod

⁵²⁹ Vgl. BestattG Nds § 2 Abs. 1 et 2

„ärztliche, fachgerechte Öffnung einer Leiche, die Entnahme und Untersuchung von Teilen sowie die äußere Wiederherstellung des Leichnams“⁵³⁰

verstanden. Zu unterscheiden ist die klinische von der anatomischen Leichenschau, welche sich wiederum von der gerichtlichen Obduktion unterscheiden. Das Differenzierungsmerkmal ist hierbei die Motivation, aus der heraus die Öffnung einer Leiche erfolgt: eine klinische Sektion erfolgt immer dann, wenn ein plötzlicher Todesfall im Krankenhausbetrieb auftritt und abgeklärt werden muss, ob die klinische Hauptdiagnose zutreffend war und somit Fehlhandlungen ausgeschlossen werden können⁵³¹. Da sie der Qualitätskontrolle und Niveausicherung dient, wird sie auch als letzter Dienst am Verstorbenen als auch an zukünftigen Patienten angesehen⁵³². Das ärztliche Handeln wird in der Retrospektive in Bezug auf Diagnose und Therapie überprüft⁵³³, um so die medizinische Wissenschaft letzten Endes weiter voran zu bringen, indem etwaige Fehler in der Behandlung aufgedeckt und bei künftigen Patienten vermieden werden. Der sog. *Krankenhausaufnahmevertrag* schließt eine Obduktion, hier eine klinische Sektion, bei einem Todesfall innerhalb eines Krankenhauses ein⁵³⁴. Bei jeder anderen als der natürlichen Todesursache – bei Unfällen, Suiziden o.Ä. – muss die Polizei eingeschaltet werden⁵³⁵ und hat eine gerichtliche Leichenschau zur Folge, „um [eventuell] weitere Ermittlungen aufzunehmen“⁵³⁶.

Lediglich zu einer anatomischen Sektion kann der Verstorbene⁵³⁷ oder seine Vertreter seine Zustimmung geben. Medizinisch betrachtet hat die menschliche Leiche den Vorteil, exakter und umfangreicher als anderes Anschauungsmaterial Wissen zu vermitteln:

„Kenntnisse über den Bau des menschlichen Körpers aus eigener Anschauung sind eine unerlässliche Voraussetzung für jedes ärztliche Handeln. Daher ist eine gründliche praktische Ausbildung der Medizinstudenten am toten, menschlichen Körper in der Ausbildungsordnung für Ärzte vorgeschrieben“⁵³⁸.

Um die

„komplizierten Lagebeziehungen der Organe und Körperteile zueinander [zu begreifen, benötigen Anatomische Institute] zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten die Körper Verstorbener“⁵³⁹.

Da die Erscheinung der Toten in den Anatomischen Instituten der Kliniken massiv verändert wird, schreiben sowohl die Gesetze als auch die Richtlinien der BÄK zur klinischen Sektion vor, dass diese um dieser Situation gerecht zu werden nichtöffentlich erfolgen sollen⁵⁴⁰.

⁵³⁰ BÄK (Hrsg.); Stellungnahme zur „Autopsie“ – Kurzfassung; S.: 4

⁵³¹ Vgl. Krankenhaus Dresden Friedrichstadt; [Patientenaufnahmevertrag:] Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB); S.: 3 [§ 12 Obduktion]

⁵³² Vgl. BÄK (Hrsg.); Stellungnahme zur „Autopsie“ – Langfassung; S.: 4

⁵³³ Vgl. Groß, Dominik et al.; Die Zergliederung toter Körper: Kontinuitäten, Brüche und Disparitäten in der Entwicklung der anatomischen, forensischen und klinischen Sektion; S.: 331; In: Tag, Brigitte et al.; Der Umgang mit der Leiche

⁵³⁴ Vgl. BÄK (Hrsg.); Stellungnahme zur „Autopsie“ – Kurzfassung; S.: 2;

⁵³⁵ Vgl. Zimmer, Gisela; Prüfungsvorbereitung Rechtsmedizin; S.: 10

⁵³⁶ Beyerle, Beatrix; Rechtsfragen medizinischer Qualitätskontrolle: eine rechtsdogmatische und rechtsvergleichende Untersuchung zu Haftung, Datenschutz, Sektionen und prozessualer Verwertbarkeit; S.: 180

⁵³⁷ Vgl. Schäfer, Geron et al.; Do ut des? Zur Motivation von „Körperspendern“ und zur Funktion des toten Körpers; S.: 521 ff.; In: Groß, Dominik et al.; Objekt Leiche: Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper

⁵³⁸ Anatomisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.); Informationsblatt Körperspende;

Available: <http://www.ana.uni-heidelberg.de/deutsch/koerperspende.html>; (02.07.2013)

⁵³⁹ Ebda.

⁵⁴⁰ Vgl. BÄK (Hrsg.); Stellungnahme zur „Autopsie“ – Kurzfassung; S.: 17

„Das fortwirkende Persönlichkeitsrecht des/der Verstorbenen und die Pietätsgefühle der Angehörigen sowie eventuelle religiöse Vorstellungen mit einschränkendem Charakter sind zu beachten“.⁵⁴¹

Um nach abgeschlossener Wissensvermittlung⁵⁴² eine ordentliche Bestattung zu ermöglichen, ist festgeschrieben, dass

„[n]ach der klinischen Sektion das äußere Erscheinungsbild des Leichnams in Achtung vor der verstorbenen Person [...] wiederherzustellen [sei]“.⁵⁴³

5.3.2 Bestattungsarten

In vielen Ländern herrscht staatlich verordneter Friedhofszwang⁵⁴⁴. Das bedeutet, der Leichnam des Verstorbenen ist – gleich ob (eingesargte)⁵⁴⁵ Leiche oder die Asche eines Verstorbenen in einer Urne – an keinem anderen Ort als auf einem Friedhof zu bestatten. Insgesamt verbucht der Bund der Deutschen Bestatter einen erheblichen Rückgang in der Form der herkömmlichen Beisetzung. Nicht nur die alternativen neuen Bestattungsformen restringieren die rd. 4.000 deutschen Bestatter⁵⁴⁶. Auch der Export von Leichen ins Ausland zur Kremation und anschließenden Rücksendung der Urne schmälert das Geschäft⁵⁴⁷. Der menschliche tote Körper muss beseitigt werden – unabhängig davon, wie er behandelt wird, müssen seine (verbleibenden) Überreste ins Erdreich eingebracht werden. Bei einer Kremation verbleiben die Aschereste, die bestattet werden müssen. Und die sog. Diamantbestattung oder auch das Verbringen eines Teils der Totenasche ins Weltall vermeiden keine Bestattung an sich: bei der Diamantbestattung werden etwa 250 Gramm der Asche des Verstorbenen genutzt „ungefähr 10 % der totalen Asche von einem Erwachsenen“⁵⁴⁸, um auf physikalischem Weg einen Diamanten aus der Asche herzustellen. Der verbliebene Teil muss ordentlich bestattet werden. In den deutschen Gesetzen werden

⁵⁴¹ Ders.; Stellungnahme zur „Autopsie“ – Langfassung; S.: 39

⁵⁴² Diese kann mitunter einen erheblichen Zeitraum in Anspruch nehmen. Bis zu zwei Jahre kann der Körper eines Spenders in den Anatomischen Instituten gebraucht werden. Vgl. Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus (Hrsg.); Körperspende für Lehre und Forschung; Available: <https://tu-dresden.de/med/mf/ana/koerperspende#page-intro-1>; (19.09.2016)

⁵⁴³ BÄK (Hrsg.); Stellungnahme zur „Autopsie“ – Langfassung; S.: 42

⁵⁴⁴ Vgl. Anonymous; Ruhe sanft – warum nicht im eigenen Garten?; In: WeltN24 GmbH (Hrsg.); welt.de vom 28.11.2015; Available: <http://www.welt.de/wirtschaft/article149384753/Ruhe-sanft-warum-nicht-im-eigenen-Garten.html>; (19.04.2016)

⁵⁴⁵ In vielen den Muslimen vorbehaltenen Abteilungen der deutschen Friedhöfe herrscht Sargzwang, obwohl beispielsweise viele Muslime zu einem rituellen Begräbnis den Verstorbenen der islamischen Tradition gemäß in den *Kefen*, ein Leinentuch ohne Nähte, beerdigt sehen wollen. Verstorbene Hindus hingegen werden jedoch traditionell öffentlich verbrannt und die Asche einem fließendem Gewässer übergeben. Zu Ersterem vgl. Ilkic, Ilhan; Migration, Sterben und Interkulturalität am Beispiel muslimischer Patienten; S.: 998; In: Anderhaiden, Michael et al.; Handbuch Sterben und Menschenwürde; Zu Zweitem vgl. Anonymous; Bestattungsrituale im Hinduismus; In: Zeitungsgruppe Hamburg GmbH (Hrsg.); Hamburger Abendblatt online; Hamburg o.A.; Available: http://trauer.abendblatt.de/trauer.php?v=t21_4; (14.03.2013)

⁵⁴⁶ Vgl. Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes GmbH (Hrsg.); FAQ – Häufig gestellte Fragen – Allgemein Zahlen und Statistiken; In: www.bestatter.de; Available: <https://www.bestatter.de/meta/news-termine-presse/haeufig-gestellte-fragen-allgemein/>; (17.03.2016)

⁵⁴⁷ Vgl. Akyel, Dominic; Die Ökonomisierung der Pietät; S.: 101

⁵⁴⁸ ADEL BV/ LifeGem Deutschland (Hrsg.); LifeGem Diamantbestattung; Available: <http://www.lifegem-deutschland.de/>; (17.03.2015)

weder die Diamant- noch die Weltraumbestattung explizit erwähnt. Um den Verstorbenen mittels Diamanten zu gedenken, ist es erforderlich mit einem entsprechendem Anbieter Kontakt aufzunehmen. *LifeGem* bietet diesen Service über die Niederlande an, wobei der Preis eines solchen Edelsteins ab 3.900 Euro liegt⁵⁴⁹. Der Schweizer Anbieter *Algordanza* unterrichtet sachlich über die Bedingungen der Herstellung der Erinnerungsdiamanten. So wird auf der entsprechenden Internetseite des Unternehmens erläutert, dass rd. 2,5 Kilo Asche nach einer Kremation anfallen, von der etwa ein Fünftel oder auf Wunsch das gesamte Aschevolumen verwendet wird⁵⁵⁰. Dabei fällt für den Edelstein ein Grundpreis von ca. „EUR 3.927,00“⁵⁵¹ an, wobei der Preis nach gewünschtem Karatgewicht variieren wird. Dabei hat das Unternehmen eine Lücke entdeckt: es ist möglich, die Asche des Verstorbenen in einem sog *Kohlenstoffdepot* zu lagern, um jederzeit einen weiteren Erinnerungsdiamanten herzustellen⁵⁵². Speziell für potentielle deutsche Kunden schreibt der Anbieter zur Alternative des *Gedenk-Kristalls*:

„Durch die rechtmäßige Urnenüberführung in die Schweiz und mit dem Herstellungsnachweis der Unikate außerhalb der deutschen Hoheitsgrenzen unterliegen Erinnerungskristalle von Algordanza keiner Beisetzungspflicht“⁵⁵³.

Der amerikanische Anbieter *Celestis* ermöglicht es auf seinen Weltraumbestattungen „one to seven grams of cremated remains, depending upon the service you selected“⁵⁵⁴ in einer Kapsel

„in eine erdnahe Umlaufbahn zu bringen, auf den Mond zu schicken oder auf eine endlose Reise durch das All zu senden“⁵⁵⁵.

In der Vorbereitung einer Diamantierung oder einer Weltraumbestattung muss die Leiche kremiert werden. Mit der Verbrennung der Leiche werden aber die legitimierenden Gründe, wie etwa hygienische Bedenken, des Friedhofszwanges aufgehoben und es ergeben sich inzwischen anerkannte Alternativen zur Erdbestattung. Kritiker des Konzeptes des Sarg- oder des Friedhofszwanges plädieren für die Selbstbestimmung sowie den freien und letzten Willen. Begründet werden kann dies in Deutschland vor allem mit Artikel 2 GG dem „Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“. Dies wird nur dadurch eingeschränkt, dass mit dieser Entfaltung Rechte Dritter, „die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz [nicht verletzt]“ werden dürfen⁵⁵⁶. Demnach kann eine Person auch über ihren Tod hinaus noch ihre Vorstellungen und Werte zum Tragen bringen, wenn es beispielshalber ihrer Religiosität entspricht und mit dem Sittengesetz konform geht. In einer Gesellschaft, die aus vielen Nationen und Religionen besteht, müssen sich die Individuen der Verfassung des jeweiligen Staates anpassen. Auf der

⁵⁴⁹ Vgl. ders.; Die häufigsten gestellten Fragen?; Available:

<http://www.life-gem-deutschland.de/die-haeufigsten-gestellten-fragen-.html>; (17.03.2015)

⁵⁵⁰ Vgl. Algordanza AG (Hrsg.); Ascheverfügungen Diamantbestattung; Available:

<http://www.algordanza.de/ascheverfuegungen-diamantbestattung.42.de.html>; (17.03.2015)

⁵⁵¹ Ders.; Tarifinformation; Available: <http://www.algordanza.de/index.44.de.html>; (17.03.2015)

⁵⁵² Vgl. ders.; Kohlenstoffdepot; Available: <http://www.algordanza.de/kohlenstoffdepot.25.de.html>; (17.03.2015)

⁵⁵³ Ders.; Preisinformation; Available: <http://www.algordanza.de/preisinformation.184.de.html>; (17.03.2015)

⁵⁵⁴ Space Services Inc. (Hrsg.); FAQ; In: <http://www.celestis.com>; Available: <http://www.celestis.com/faq.asp>; (17.03.2016)

⁵⁵⁵ Widmann, Heinz; Die Weltraumbestattung; In: Widmann, Heinz (Hrsg.); www.widmannbestattungen.de; Available: <http://www.widmannbestattungen.de/unsere-leistungen/die-bestattung/weltraumbestattung.html>; (17.03.2016)

⁵⁵⁶ Art. 2 GG

anderen Seite aber muss sich m.E. das Sittengesetz, welches eine wachsende, sich stets weiterentwickelnde Instanz darstellt, fortwährend der neuen Situation angleichen.

In der Liberalisierungsdebatte bezüglich des Sargzwanges wurde vor allem der Religionsfreiheit Rechnung getragen, indem etliche Bundesländer beispielsweise Muslimen gestatten, ihre Toten in einem Leichentuch zu beerdigen und den Sargzwang zu umgehen⁵⁵⁷. Das einzige Bundesland, das bisher eine neue Variante der Bestattung gesetzlich reguliert, ist Niedersachsen: die „Tiefemperaturbehandlung mit anschließender Bestattung“⁵⁵⁸. Dabei wird der Leichnam gefriergetrocknet und durch Rüttelbewegungen zerkleinert. Das so übrig bleibende *Material* soll in einem „kompostierbaren Sarg“⁵⁵⁹ bestattet werden. Die vollständige Zersetzung/Kompostierung der menschlichen Überreste mit diesem Verfahren dauert sechs bis zwölf Monate⁵⁶⁰.

Bei rund 850.000 Todesfällen pro Jahr⁵⁶¹ gegenüber 4.000 Bestattern in Deutschland zeigt sich, dass die Bestatter eine große Nachfrage zu bedienen haben und unter den hiesigen Gegebenheiten ein kommerzieller Umgang mit Verstorbenen nicht ausbleiben kann.

5.3.3 Kommerzialisierung des toten menschlichen Körpers?

Ein finanzieller Anreiz auf tote menschliche Körper könnte zur Folge haben, dass – innerhalb der Thematik dieser Arbeit, Freiheit wider das universelle Tötungsverbot und Entscheidungen am/zum Lebensende – der *Organ-* oder *Körperspender* missbräuchlich eingesetzt wird, um seinen Verwandten einen finanziellen Vorteil zu verschaffen, indem er etwa nach seinem Tod, soweit es die medizinischen Möglichkeiten zulassen, zur Weiterverarbeitung *verbraucht* wird. Der aktuelle Wert der menschlichen Leiche von rund 250.000⁵⁶² Euro wird sich dank der medizinischen Forschung und medizinisch-technischen Weiterentwicklung nicht auf diesen Betrag beschränken, als vielmehr weiter steigen; einen Anreiz bieten, den Toten nicht als ein bestattungspflichtigen Verstorbenen wahrzunehmen, sondern als eine veräußerungsmögliche Geldquelle, deren Ableben sogar nachgeholfen werden kann!

⁵⁵⁷ Vgl. Funke, Eva; Statt im Sarg nur im Leichentuch zur ewigen Ruhe; In: Stuttgarter Nachrichten Verlagsgesellschaft mbH (Hrsg.); www.stuttgarter-nachrichten.de vom 10.05.2012; Available: <http://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.islamische-rituale-statt-im-sarg-nur-im-leichentuch-zur-ewigen-ruhe.a38324d3-96c9-47f6-bd57-7849cc164d22.html>; (19.04.2016)

⁵⁵⁸ § 10 Abs. 2. BestattG Nds

⁵⁵⁹ Ebda.

⁵⁶⁰ Vgl. Köster, Magdalena; Den letzten Abschied selbst gestalten: Alternative Bestattungsformen; S.: 120 ff.

⁵⁶¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.); Pressemitteilung Nr. 465 von 15.12.2015: Zahl der Todesfälle im Jahr 2014 um 2,8% gesunken

⁵⁶² Vgl. Groß, Dominik et al.; Die Aneignung des menschlichen Leichnams: Facetten eines wenig beleuchteten Phänomens; S.: 19; In: Groß, Dominik et al; Objekt Leiche

Der Organspender⁵⁶³ wird durch Gewebe- oder Organentnahme in seinem physischen Erscheinungsbild erheblich verändert, was orthodoxen Religiösen nicht per se gestattet sein kann. Diejenigen Religionen, die ein jenseitiges Leben oder eine Wiederauferstehung proklamieren, haben eine Vorstellung davon, dass der Mensch in seinem Erscheinungsbild unverändert aufersteht⁵⁶⁴. Eine Gewebeentnahme jeglicher Art ist somit religiös fundiert verboten. Für den jüdischen Glauben lässt sich dies so zusammenfassen:

„Die Unversehrtheit des toten Körpers ist eine dringende Voraussetzung für die Auferstehung bei der messianischen Erscheinung und auch heute für Juden eine essentielle Sorge beim Ableben“⁵⁶⁵

Da grundsätzlich (nahezu) alle Teile des menschlichen Leichnams letztlich irgendeiner (Heil-) Behandlung eines anderen Menschen dienlich sein können⁵⁶⁶, erscheint der Verweis des TPGs auf die Destination der Gewebe als Makulatur. Denn eine erhebliche Einschränkung dieser Bestimmungen erfolgt unter Ziffer 1.:

„Satz 1 gilt nicht für

1. die Gewährung oder Annahme eines angemessenen Entgelts für die zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen, insbesondere für die Entnahme, die Konservierung, die weitere Aufbereitung einschließlich der Maßnahmen zum Infektionsschutz, die Aufbewahrung und die Beförderung der Organe oder Gewebe, sowie
2. Arzneimittel, die aus oder unter Verwendung von Organen oder Geweben hergestellt sind und den Vorschriften über die Zulassung nach § 21 des Arzneimittelgesetzes, auch in Verbindung mit § 37 des Arzneimittelgesetzes, oder der Registrierung nach § 38 oder § 39a des Arzneimittelgesetzes unterliegen oder durch Rechtsverordnung nach § 36 des Arzneimittelgesetzes von der Zulassung oder nach § 39 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes von der Registrierung freigestellt sind, oder Wirkstoffe im Sinne des § 4 Abs. 19 des Arzneimittelgesetzes, die aus oder unter Verwendung von Zellen hergestellt sind“⁵⁶⁷.

⁵⁶³ Per definitionem lebt der Spender zum Zeitpunkt der Organentnahme noch! Vgl. dazu Bergmann, Anna; Organspende – tödliches Dilemma oder ethische Pflicht?; In: BpB (Hrsg.); www.bpb.de:

„Vergegenwärtigen wir uns das Prozedere einer Explantation: Für die Organentnahme wird der Körper des Spenders mit einem Schnitt vom Brust- bis zum Schambein geöffnet. Erst jetzt erleidet der Hirntote durch systematisches medizinisches Handeln jenen Tod, der uns durch seine Zeichen als Herztod bekannt ist – beispielsweise indem vor der Entnahme des Herzens mehrerer Liter der kardioplegischen (herzlähmenden) Lösung in die große Körperschlagader (Aorta) gegeben und so der Herzstillstand herbeigeführt wird. Wenn der Herztod eingetreten ist, wird in der Regel noch Gewebe entnommen: Augen, Knochen und selbst eine Häutung kann erfolgen. Hinsichtlich ihrer methodischen Vorgehensweise stellt die Transplantationsmedizin eine Zergliederung des Lebendigen dar, indem sie Teile aus dem Körper von Patienten herauschneidet und diese in den Leib anderer todkranker Menschen wieder einfügt. Selbst das Sterben wird in der Hirntoddefinition zerlegt: Galt einst der Herztod als Ende des Lebens, ist nun der Todeszeitpunkt durch die Behauptung, die Person des Menschen sei bereits durch den Zusammenbruch des Gehirnkreislaufs verstorben, vorverlegt worden. So verfügt der Spenderkörper zwar weiterhin über Zeichen des Lebens, aber der "Tote" hat die ihm bisher zugeschriebenen Wesensmerkmale verloren, denn Stillstand der Atmung und des Herzens, Leichenblässe, Verwesung, Totenstarre und -flecken sind seit der Einführung der Hirntodkriterien im Jahre 1968 keine zwingenden Todeszeichen mehr. Das Herz von Hirntoten schlägt, ihre Lungen atmen mit technischer Hilfe, sie verdauen, scheiden aus, werden bis zu ihrem Herztod medizinisch genährt und gepflegt – und sind von der Erscheinung her nicht von anderen Komapatienten zu unterscheiden“. m.w.V.

Available: <http://www.bpb.de/apuz/33313/organspende-toedliches-dilemma-oder-ethische-pflicht-essay?p=al> I; (04.05.2016)

⁵⁶⁴ Daher werden orthodoxe Juden etwa eine Feuerbestattung oder gar Organspende ablehnen, weil dadurch die körperliche Ganzheit aufgehoben werden würde. Vgl. Rothschild, Walter L.; 99 Fragen zum Judentum; Frage 22.: oder auch Conzelmann, Hans; Der erste Brief an die Korinther: Kritisch-exegetischer Kommentar über das Neue Testament; S.: 357 Fn. 16

⁵⁶⁵ Dimler-Wittleder, Petra; Der Umgang mit dem Tod in Deutschland: Ein Vergleich des jüdischen, christlichen und moslemischen Glaubens; S.: 19

⁵⁶⁶ Vgl. Keller, Martina; 42,90 Euro pro Arm – Geschichte einer Recherche; S.: 373; In: Tag, Brigitte et al.; Der Umgang mit der Leiche

⁵⁶⁷ § 17 Verbot des Organ- und Gewebehandels

Dies bedeutet letzten Endes eine massive Ausweitung der Legitimität des Handels mit Leichen und Leichenteilen. Jegliches entnommene Gewebe muss gereinigt, präpariert und/oder auf seine künftige Bestimmung hin entsprechend vorbehandelt werden, womit *per definitionem* der Handel von unbehandeltem Gewebe nicht unterbunden wird als vielmehr jegliches menschliches Material für eine Weitergabe nach einer Weiterbehandlung anerkannt wird. Die Medizinethikerin/-historikerin Julia Glahn kommt nach einer weitreichenden Analyse der postmortalen Kommerzialisierung des menschlichen Leichnams hinsichtlich des deutschen TPGs auch zu dem Schluss, dass

„[ü]ber die Nutzung und etwaigen Handel zu Forschungszwecken [...] das deutsche Transplantationsgesetz keinerlei Auskunft [gibt]“⁵⁶⁸.

Eine menschliche Leiche stellt eine enorme Ressource für die Wissenschaft sowie die Medizin und erst recht für die (Medizin-)Technologie dar. In den USA etwa ist es möglich, die gesamte Bandbreite der Gewebe, von Achillessehne bis „Xpanse Bone Insert“⁵⁶⁹, einem Knochenmehl, das aus Gewebeentnahmen von Leichen stammt, das verwendet wird, Hohlräume im Knochengewebe des Empfängers zu schließen, oder gar Haut und komplette Knochen⁵⁷⁰ via online-Bestellung zu ordern und legal zu erhalten.

Gesetzt den Fall, eine rundum gesunde und spendebereite Person hat sich als Gewebe- und Organspender nach umfassendster Aufklärung über sämtliche Wirkungen und Folgen einer Gewebe- und Organspende für die eigene Person als auch die direkt involvierte persönliche Umwelt bereit erklärt, den eigenen Körper altruistisch einzusetzen, können neben den Organen wie etwa Lunge, Herz, Nieren oder Teilen des Darms⁵⁷¹ dann auch

„Augenhornhaut, Herzklappen, Gefäße und Haut und zum anderen Knochen, Sehnen und Muskelhäute“⁵⁷²

dem Spender entnommen und weiterverarbeitet werden. Dabei ist die Aufbereitung des gespendeten Gewebes von erheblicher Bedeutung. Zumeist wird das Gewebe nicht

„unmittelbar verpflanzt, sondern mehr oder weniger aufwändig bearbeitet, konserviert und gelagert“⁵⁷³

bevor es weiter gegeben wird. Längst steht dabei nicht mehr nur die Lebensrettung im Vordergrund, vielmehr kann durch Gewebe- und Organspenden die „Lebensqualität der [empfangenden] Patienten gesteigert werden“⁵⁷⁴: auch komplette Gliedmaßen und Gesichter können dabei in den Fokus der Transplantation geraten⁵⁷⁵. Es ist auch zu überlegen, ob sich die Spendebereitschaft auf die eigenen

⁵⁶⁸ Glahn, Julia A.; Ethische Aspekte der postmortalen Kommerzialisierung; S.: 385; In: Tag, Brigitte et al.; Der Umgang mit der Leiche

⁵⁶⁹ Shilog Medical Supply (Hrsg.); xpanse bone insert; Available: <http://www.shilog.com/Store/Pages/8620.html>; (03.05.2016)

⁵⁷⁰ Vgl. ders.; Verkaufskatalog; <http://shilog.com/store/manufacturers/communitytissueservices.html>; (03.05.2016)

⁵⁷¹ Vgl. weiter oben Punkt 4.2 Organ- und Gewebespende

⁵⁷² Keller, Martina; Interview; In: DIE ZEIT ONLINE vom 5. Dezember 2011; Available: <http://www.zeit.de/kultur/film/2011-12/film-koerpergewebe-handel>; (17.03.2015)

⁵⁷³ Ders.; 42,90 Euro pro Arm; S.: 373; In: Tag, Brigitte et al.; Der Umgang mit der Leiche

⁵⁷⁴ BÄK (Hrsg.); Richtlinie zur Organtransplantation gem. § 16 TPG; S.: 2968 ; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 43/2005 vom 28. Oktober 2005

⁵⁷⁵ Zur Thematik Handtransplantation vgl. Schneeberger, Stefan et al.; Originalarbeit – Handtransplantation; In: Österreichische Ärztezeitung Nr. 22/25.11.2010

Fortpflanzungsorgane⁵⁷⁶ oder nur deren biologischen Endfunktion hinaus erstrecken soll, so dass etwa Spermien oder Eizellen tiefgekühlt gelagert für eine spätere Anwendung verfügbar gehalten werden.

Dem Ehrgeiz der Chirurgen ist es zu verdanken, dass die Transplantationsmedizin immer weiter fortschreitet. Wann wird wohl ein ganzes Gehirn oder ein kompletter Schädel verpflanzt werden können? Einen neuen alternativen kostengünstigeren Ansatz gegenüber Transplantationen ermöglicht die Technik des sog. 3D-Druckers. Hierbei werden mittels computergesteuertem Druckverfahren Stoffe in dreidimensionale Formen gebracht, indem diese Stoffe Schicht für Schicht aufgetragen werden und so ein Objekt entsteht⁵⁷⁷. So können etwa schon einzelne Prothesen gefertigt werden⁵⁷⁸, oder etwa erste Versuche mit organischen Materialien, das sog. *Bioprinting*, durchgeführt werden. Darin kann eine Alternative zur Organspende gesehen werden, da passende Spenderorgane oftmals sehr knapp sind:

„Künstliche Organe aus dem Drucker könnten diese Lücke schließen helfen, da für die Herstellung Organproben des Patienten im Labor vermehrt werden können“⁵⁷⁹.

Für die Ausbildung von Medizinern ist aber auch die komplexe Lagebeziehung der einzelnen Organe zueinander von enormer Bedeutung, so dass hierbei nur bedingt eine Alternative vorhanden ist.

5.3.4 „Hier ist der Ort, wo der Tod sich freut, dem Leben zu dienen“⁵⁸⁰

Ein Gegenvorschlag zur herkömmlichen Bestattung oder zur Einäscherung eines Leichnams kann die sog. Körperspende an medizinische Institute sein. Der Spender hat verfügt, dass seine Leiche der Ausbildung zukünftiger Ärzten dienen soll oder „der Weiterbildung von klinisch tätigen Ärzten oder der Wissenschaft“⁵⁸¹ zur Verfügung gestellt wird. Waren es in den Anfängen der Chirurgie noch Hingerichtete, die ungefragt der Wissenschaft dienstbar gemacht wurden⁵⁸², setzt die Medizin inzwischen auf freiwillige Spenden. Künftige Ärzte sind ihrer Ausbildungsordnung nach verpflichtet, elementare

⁵⁷⁶ Laut Medien soll im Jahr 2006 ein Penis verpflanzt worden sein. Anonymous; 21-jähriger Patient: Chirurgen melden erste erfolgreiche Penis-Transplantation; In: Spiegel Online (Hrsg.) Available: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/penis-transplantation-aerzte-melden-erfolg-in-suedafrika-a-1023500.html>; (17.03.2015); Diese Methode der Transplantation wird inzwischen bei missglückten traditionellen Beschneidungen oder bestimmten Krebserkrankungen in Betracht gezogen.

⁵⁷⁷ Vgl. Fastermann, Petra; Die Macher der dritten industriellen Revolution: Das Maker Movement; S.: 21

⁵⁷⁸ Vgl. Anonymous; Neue Technologien: Erschwingliche Prothesen aus dem 3D-Drucker; In: Ärztezeitung online: Available: <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/891451/neue-technologien-erschwingliche-prothesen-3d-drucker.html>. Und vgl. den Internetauftritt des Netzwerkes e-NABLE: <http://enablingthefuture.org/>; (08.09.2015). Dies ist ein Verbund von Freiwilligen, die ihre 3D-Drucker nutzen, um Handprothesen kostengünstig für diejenigen herzustellen, die sich eine derartige Operation nicht leisten können.

⁵⁷⁹ Karberg, Sascha; Organe aus dem Drucker?; In: Steingart, Gabor (Hrsg.); Handelsblatt online vom 20.08.2015; Available: <http://www.handelsblatt.com/technik/das-technologie-update/healthcare/bioprinting-organe-aus-dem-drucker/8663292.html>; (23.11.2015)

⁵⁸⁰ Schriftzug über dem Haupteingang des Anatomischen Instituts der Berliner Charite: „Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae“. [Übersetzung von mir – M.F.]

⁵⁸¹ Aumüller, Gerhard et al.; Anatomie; S.: 48

⁵⁸² Vgl. dazu Groß, Dominik et al.; Die Aneignung des menschlichen Leichnams; S.: 23 f.; In: Groß, Dominik et al.; Objekt Leiche

„Kenntnisse über den Bau des menschlichen Körpers aus eigener Anschauung [zu erwerben. Für eine] gründliche praktische Ausbildung der Medizinstudenten am toten, menschlichen Körper in der Ausbildungsordnung für Ärzte“⁵⁸³ sind die 35 deutschen anatomischen Institute auf sogenannte Körperspender angewiesen. Nach einer fachgerechten Einbalsamierung werden die Körper der Toten ein bis zwei Jahre von den medizinischen Einrichtungen zur Ausbildung der angehenden Ärzte genutzt, um „grundlegende makroskopisch-pathologische Kenntnisse“⁵⁸⁴, welche „kein Modell, kein Präparat ersetzen [können]“⁵⁸⁵, zu vermitteln.

„Der Körper von Verstorbenen ist in idealer Weise geeignet, Anatomie zu lehren – sowohl in den Kursen des Medizinstudiums als auch in Operationskursen und in der Weiterbildung zu klinischen Fragestellungen. Daher spenden viele Menschen ihren Körper nach dem Tod den Instituten für Anatomie zur Sicherstellung der Lehre und Forschung“⁵⁸⁶.

Es hat jedoch ein Wandel in der Motivation der Körperspender eingesetzt. Die hohen Bestattungskosten zu umgehen oder immerhin erheblich mindern zu können, reizt nicht wenige Menschen, ihren Körper als Studienobjekt für Medizinstudenten zur Verfügung zu stellen: „Weil Sterben teurer wird, werden Körperspenden lohnender“⁵⁸⁷. Jedoch übersteigt das Angebot die Nachfrage, so dass sich einige medizinische Lehrinstitutionen gezwungen sahen, eine Art Selbstbeteiligung an den Bestattungskosten einzuführen⁵⁸⁸.

Da der Verstorbene nicht restlos verbraucht wird, sollten spendewillige Personen mit den entsprechenden Instituten Kontakt aufnehmen und sich umfassend aufklären lassen. Nicht jeder anatomischen Einrichtung ist es möglich, die Bestattung eines Körperspenders zu übernehmen. In Heidelberg hingegen ist es üblich, die Bestattungskosten zu tragen und die menschlichen Überreste der Spender auf der Ehrengrabstätte zu bestatten⁵⁸⁹.

Voraussetzung für anatomische Studien sind nicht oder kaum veränderte Körper(-teile). Folglich lauten etwa die begrenzenden Bestimmungen der Berliner Charité in diesem Sinne:

„Für unsere Lehrveranstaltungen sind wir auf weitgehend unversehrte Körper angewiesen. Daher können wir Verstorbene, bei denen pathologische oder gerichtsmedizinische Sektionen durchgeführt wurden, nicht annehmen. Auch nach Entnahme innerer Organe zu Organtransplantationen (Organspende) ist ein Leichnam für die anatomische Untersuchung nicht mehr nutzbar. Dies gilt ebenfalls bei schweren, den Körper zerstörenden Unfällen und

⁵⁸³ Anatomisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.); Informationsblatt Körperspende; Available: <http://www.ana.uni-heidelberg.de/index.php?id=126>; (16.03.2015)

⁵⁸⁴ BÄK (Hrsg.); Autopsie – Kurzfassung; S.: 5

⁵⁸⁵ Herberhold, Lennart; Was vom Leben übrig ist: In der Anatomie lernen angehende Mediziner mehr als nur den Körper kennen; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); Zeit online vom 27. April 2010; Available: <http://www.zeit.de/2010/17/C-Medizin-Anatomie/komplettansicht>; (22.05.2015)

⁵⁸⁶ Anatomisches Institut der Universität des Saarlandes (Hrsg.); Stellungnahme zur Praxis, anatomische Dauerpräparate von menschlichen Körpern gegen Bezahlung auf dem internationalen Markt anzubieten; Available: http://prosektur.de/14_statement_koerperwelten.html; (16.03.2015)

⁵⁸⁷ Seifert, Leonie; Zu viele Leichen im Keller: Über einen Mangel an anatomischen Studienobjekten können sich die Universitäten nicht beschweren: Weil Sterben immer teurer wird, spenden viele Menschen ihren Körper – weit mehr als benötigt; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 11. Juli 2008; Available: <http://www.zeit.de/campus/2008/04/anatomie-koerperspenden>; (16.03.2015)

⁵⁸⁸ So muss ein Körperspender in München beispielshalber 1.150 Euro zuzahlen (Stand 16.11.2015); vgl. Ludwig-Maximilians-Universität München (Hrsg.); Körperspende für die Anatomische Anstalt München; Available: <http://www.anatomie.med.uni-muenchen.de/koerperspende/index.html>; (16.11.2015)

⁵⁸⁹ Vgl. Anatomisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; Informationsblatt Körperspende; Available: <http://www.ana.uni-heidelberg.de/index.php?id=126>; (27.10.2015)

Erkrankungen. Darüber hinaus können stark übergewichtige Menschen und Menschen mit gefährlichen ansteckenden Erkrankungen (z.B. Aids, Hepatitis und Tuberkulose) nicht angenommen werden⁵⁹⁰.

Dass dies nicht gegen den Willen der Person geschehen darf, ist gesetzlich verankert⁵⁹¹:

„Leichen dürfen wissenschaftlichen Zwecken nur zugeführt werden, wenn eine schriftliche Zustimmung des Verstorbenen vorliegt und die Voraussetzungen für eine Erdbestattung vorliegen. 2 Die wissenschaftliche Einrichtung veranlasst die Bestattung der Leiche, sobald sie nicht mehr wissenschaftlichen Zwecken dient“⁵⁹².

⁵⁹⁰ Fächerverbund Anatomie der Charite Berlin (Hrsg.); Vereinbarung Körperspende; S.: 1; Available: http://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/forschung/fo-foerderung-veranstaltungen/fo-foerd-2011/Vereinbarung_Koerperspende.pdf; (03.03.2015)

⁵⁹¹ § 17 Abs. 5 LeichenG [Bremen]:

„Leichen dürfen Sektionen zu wissenschaftlichen Zwecken nur zugeführt werden, wenn eine schriftliche Zustimmung der verstorbenen Person oder eines Angehörigen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in der dort geregelten Rangfolge vorliegt und dies dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person entsprochen hätte. Finanzielle Vorteile dürfen durch die Zustimmung nicht entstehen. Abweichend von Absatz 1 und 2 Satz 1 veranlasst die wissenschaftliche Einrichtung, in der die Sektion zu wissenschaftlichen Zwecken durchgeführt worden ist, die Bestattung der Leiche, sobald sie nicht mehr wissenschaftlichen Zwecken dient“

⁵⁹² § 10 Abs. 3 BestG HH

Teil II: Austritts- und Ausschlussprinzip⁵⁹³

6 Selbsttötung

Im Rahmen der Sterbehilfe-Debatte wird häufig die Motivation des *Helpers* oder *Arztes* als Unterscheidungsmerkmal gewählt, um eine ethische Würdigung vornehmen zu können. Geht die Handlung vom Subjekt aus, ist es eine Austrittshandlung, die Außenstehende zu entschuldigen bereit sind. Liegt die Handlungshoheit aber bei einem Dritten, wird durch ihn jemand aus dem Kreis der Lebenden ausgeschlossen und es ergeben sich ethische Schwierigkeiten. Tötungshandlungen sind nicht leicht zu rechtfertigen. Die Philosophin Barbara Häcker kommt in einer umfassenden Analyse der ethischen Probleme der Sterbehilfe zu dem Schluss, dass diese Rechtfertigungen – Notwehr etwa – die Funktion haben, „die prinzipielle Gültigkeit des Tötungsverbot für eine Gemeinschaft aufrechtzuerhalten“⁵⁹⁴. Aber letztlich dürfe keine Außenbeurteilung als entscheidendes ethisches Kriterium anerkannt werden. Dies gesteht sie nur dem Austrittsprinzip zu⁵⁹⁵.

Darf der Mensch aber über sich selbst verfügen oder darf eine Selbsttötung sogar erwartet werden, wenn die Person einen gewissen Status inne hat oder eine gewisse Funktion nicht mehr hinreichend erfüllen kann? Oder stehen einer Selbsttötung so gewichtige moralische und/oder sittliche Gründe entgegen, mit dem Ergebnis, dass grundsätzlich jede suizidale Handlung unerlaubt sei? Ist sie „in der Regel“ moralisch verboten und nur „in Ausnahmefällen“ erlaubt oder sogar geboten wie bei der Totenfolge⁵⁹⁶ bzw. ist die Selbsttötung „prinzipiell“ erlaubt und nur „in Ausnahmefällen“ verboten⁵⁹⁷?

⁵⁹³ Vgl. Häcker, Barbara; Die ethischen Probleme der Sterbehilfe: Eine kritische Analyse; S.: 86 - 112

⁵⁹⁴ Ebda.; S.: 117

⁵⁹⁵ Vgl. ebda.; S.: 117 f.

⁵⁹⁶ Die Selbsttötung eines Menschen konnte auch durch ein absolutes Treueverhältnis einer Person gegenüber begründet sein. Wie das Phänomen des Suizids an sich weder auf Zeiten noch Gegenden restringiert ist, so ist das Phänomen der Totenfolge nicht auf einzelne Kulturen beschränkbar. Der Historiker Jörg Fisch definiert die Totenfolge als:

„dem Tode einer Person folgen dieser in einem ritualisierten und öffentlichen Akt eine oder mehrere andere Personen freiwillig oder unfreiwillig in den Tod“ .

Darin kommt schon zum Ausdruck, dass die Folgenden sich einer Erwartungshaltung seitens der Gesellschaft beugen mussten. Ihr freier Wille wurde zu Gunsten von Jenseitsvorstellungen und Traditionen geopfert. Herrschern wurden in diversen Kulturen Mitglieder des Hofstaates oder (deren) Frauen als Grabbeigabe mit-beerdigt. Wer dabei das Recht zur Folge hatte und wer verpflichtet war, einem Verstorbenen in den Tod zu folgen, ist nicht einheitlich zu erklären. Vgl. Fisch, Jörg; Tödliche Rituale: Die indische Witwenverbrennung und andere Formen der Totenfolge; S.: 16; sowie Hentig, Hans von; Die Strafe I: Frühformen und kulturgeschichtliche Zusammenhänge; S.: 163 ff

⁵⁹⁷ Kamlah, Wilhelm; Meditatio Mortis: Kann man den Tod „verstehen“, und gibt es ein „Recht auf den eigenen Tod“?; S.: 16

6.1 Selbstmord und Freitod

„Suicide is the act of deliberately killing oneself. Risk factors for suicide include mental disorder (such as depression, personality disorder, alcohol dependence, or schizophrenia), and some physical illnesses, such as neurological disorders, cancer, and HIV infection“⁵⁹⁸.

Nach Schätzungen der WHO gibt es jährlich etwa eine Million Suizidsterbefälle weltweit⁵⁹⁹. Die vermutete Dunkelziffer der Suizidversuche liegt etwa bis zu zehnmal höher⁶⁰⁰. Sowohl die Bibel als auch griechische Heldenepen schildern Suizide und zeigen somit, dass Suizidalität kein Phänomen der Neuzeit ist. Die Psychologie betont, dass Suizidalität keine Krankheit per se darstellt, aber zumeist mit einer psychischen Erkrankung oder belastenden Umständen in Verbindung steht⁶⁰¹:

„Oft kommt es auch zu einer Kumulation mehrerer schmerzhafter Ereignisse in verschiedenen Bereichen bzw. auf verschiedenen Ebenen der bio-psycho-sozialen Gesamtwirklichkeit des Lebens“⁶⁰².

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Suizid zumeist als Selbstmord⁶⁰³ oder als Freitod tituliert. Diese Termini implizieren (mitunter unbeabsichtigt) entweder

„negativ-moralisierende[...] oder den Suizid unsachgemäß glorifizierende[...] Konnotationen“⁶⁰⁴.

Der Ausdruck *Selbstmord* stigmatisiert den Suizid nicht nur aus religiöser Sicht als Todsünde:

„Hier wurde eine Verbotsnorm, die ja im Regelfall durch einen Satz ausgedrückt werden muß [sic], in ein einzelnes Wort zusammengedrängt. [...] Denn in anderen Ländern, die das den Römern und dem Mittelalter noch fremde, heute jedoch der lateinischen Fachsprache des Mediziners geläufige Wort ‚Suicid‘ (suicidium) in romanischer oder englischer Lautgestalt verwenden, ist die moralische Verurteilung der Selbsttötung nicht weniger als bei uns verbreitet“⁶⁰⁵.

Es kann mit diesem Begriff auch zum Ausdruck gebracht werden, dass der Suizident gleichzeitig stirbt, tötet und getötet wird. Dies hatte zur Folge, dass „Suizidenten primär als Täter und nicht als Opfer“⁶⁰⁶ betrachtet wurden. Ungeachtet der Konnotation des Terminus *Selbstmord* will der Philosoph Karl Jaspers etwa die verhüllende Sprache umgehen und an diesem Begriff festhalten, um „die Gewalt, die das Selbst gegen die eigene Person anwendet“⁶⁰⁷ hervorzuheben. Denn sprachlich wird mit dem psychiatrischen Begriff *Suizid* eine „Sphäre reiner Objektivität, die den Abgrund verhüllt“⁶⁰⁸ gewählt, der gegenüber der literarische Terminus *Freitod* die Tat in ein „blasses Rosenrot [taucht], das wiederum verhüllt“⁶⁰⁹; benennt diese Tat glorifizierend als eine letzte Tat der Freiheit des Individuums:

⁵⁹⁸ WHO (Hrsg.); Suicide; Available: <http://www.who.int/topics/suicide/en/>; (23.09.2015)

⁵⁹⁹ „On average, almost 3000 people commit suicide daily“.; WHO (Hrsg.): World Suicide Prevention Day; Available: www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/; (01.11.2011)

⁶⁰⁰ Vgl. Heinemann, Evelyn et al.; Psychische Störungen in Kindheit und Jugend: Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie; S.: 129

⁶⁰¹ Vgl. Wolfersdorf, Manfred et al.; Suizid und Suizidprävention; S.: 24 ff.

⁶⁰² Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird: Suizid als philosophische und pastorale Herausforderung; S.: 71

⁶⁰³ Im Niederländischen ist der Begriff analog zum Deutschen bereits mit einem moralischen Urteil behaftet: *zelfmoord*. Der urteilsfreie Begriff *zelfdoding* entspricht dem der *Selbsttötung*.

⁶⁰⁴ Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 19

⁶⁰⁵ Kamlah, Wilhelm; *Meditatio Mortis*; S.: 15

⁶⁰⁶ Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 17

⁶⁰⁷ Ebd.; S.: 21

⁶⁰⁸ Jaspers, Karl; *Existenzerhellung*; S.: 300; In: Jaspers, Karl; *Philosophie*

⁶⁰⁹ Ebd.; S.: 301

„Aber dem Kämpfenden gleich verhaßt [sic] wie dem Sieger ist euer grinsender Tod, der heranschleicht wie ein Dieb – und doch als Herr kommt.

Meinen Tod lobe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil ich es will“⁶¹⁰.

Diese zwiespältige Wortwahl, *Freitod* und *Selbstmord*, verdeutlicht auch die seit der Antike diametrale Beurteilung der Selbsttötung⁶¹¹: einerseits wird dem Suizidenten völlige Unfreiheit unterstellt, die ihn letztlich zu dieser Tat zwingt, andererseits wird der Suizid als Tat höchster Freiheit und Autonomie dargestellt⁶¹².

Die Bibel schildert einige Selbsttötungen ohne ein moralisches Urteil über diese im Einzelnen oder Suizidalität im Allgemeinen zu fällen⁶¹³:

„Im Alten Testament werden insgesamt neun Fälle von Selbsttötung geschildert. auf [sic] die im Neuen Testament noch die Beschreibung der Selbstentleibung des Judas folgt“⁶¹⁴.

Indem Augustinus das Gebot „Du sollst nicht töten“ so deutete, dass es auch die Selbsttötung miteinschleibe und dieses Verbot Eingang in das Kirchenrecht fand⁶¹⁵, wurde eine weitere Auseinandersetzung mit dieser als Sünde angesehenen Thematik in der christlichen Weltanschauung unterbunden. Der Literaturwissenschaftler Heiko Buhr stellt treffend fest, dass Augustinus' Argumentation darauf zurückzuführen ist, dass der Zusatz etwa des Achten Gebotes „Deinen Nächsten“ nicht vorhanden ist⁶¹⁶, sondern eben *nur* lautet: „Du sollst nicht morden“. Und das universell.

Auch die obige Definition des Suizids der WHO ist nicht wertungsfrei: „mental disorder [and/or] physical illnesses“ stellen als innere und/oder äußere Zwänge Risiken für einige Menschen dar. In der Debatte wird darüber gestritten, ob Suizidalität bei entsprechenden Umständen bei allen Menschen möglich sei oder ob es sich um eine Krankheit handelte⁶¹⁷. Von anderer Seite wird bestritten, dass es einen rationalen Suizid, den sog. Bilanzselbstmord⁶¹⁸ gibt, weil es dem Suizidenten nicht möglich sei, unter inneren und/oder äußeren Zwängen gemäß seiner Autonomie zu handeln⁶¹⁹.

⁶¹⁰ Nietzsche, Friedrich; Also sprach Zarathustra: Ein Buch für alle und Keinen S.: 106

⁶¹¹ Pythagoreer lehnten den Suizid ab, Platon hingegen in *Nomoi* nicht mehr... vgl. Benzenhöfer, Udo; *Der gute Tod?* S.: 22 ff. sowie Minois, Georges; *Geschichte des Selbstmords*; S.: 71 ff.:

„Was die Haltung der Antike gegenüber dem Freitod wesentlich unterscheidet, ist die Meinungsvielfalt, verglichen mit den einheitlichen Grundsätzen des Christentums [...] In der griechischen Welt vertritt jede philosophische Schule ihren eigenen Standpunkt, und von der kategorischen Ablehnung der Pythagoräer bis hin zur wohlwollenden Billigung der Epikureer und Stoiker, ist das gesamte Spektrum vertreten. [...] Die Kyrenaiker, die Kyniker, die Epikureer und die Stoiker erkennen den höchsten Wert des Individuums an, dessen Freiheit darin besteht, über sein Leben und seinen Tod selbst entscheiden zu können. In ihren Augen verdient das Leben nur dann bewahrt zu werden, wenn es angenehm ist, das heißt, wenn es der Vernunft, der menschlichen Würde entspricht und wenn es mehr Befriedigungen denn Übel mit sich bringt. Andernfalls wäre es Irrsinn, es zu erhalten“.

Die Pythagoreer als Vertreter einer restriktiveren Haltung gegenüber Suizidalität werden auf Seite 74 erwähnt:

„[Sie] dagegen lehnen den Selbstmord vor allem aus zwei Gründen ab: da sich die Seele infolge einer ursprünglichen Befleckung in einen Körper ergossen hat, muß [sic] sie bis zum Ende sühnen; Seele und Körper werden von genau bestimmten Zahlenverhältnissen zusammengehalten, deren Harmonie der Selbstmord zerstören könnte“.

⁶¹² Vgl. Eser, Albin et al.; *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*; S.: 1136 f.

⁶¹³ Vgl. Lenzen, Verena; *Selbsttötung: Ein philosophisch-theologischer Diskurs mit einer Fallstudie über Cesare Pavese*; S.: 69 - 104

⁶¹⁴ Buhr, Heiko; „Soll denn die Natur der Tugend Eintrag tun?: Studien zum Freitod im 17. und 18. Jahrhundert“; S.: 41

⁶¹⁵ Vgl. Kamlah, Wilhelm; *Meditatio Mortis*; S.: 17 f.

⁶¹⁶ Buhr, Heiko; „Sprich soll denn die Natur der Tugend Eintrag sein?“ S.: 41

⁶¹⁷ Vgl. Wolfersdorf, Manfred et al.; *Suizid und Suizidprävention*; S.: 37

⁶¹⁸ Hick definiert es so:

Um eine wertungsfreie Definition dieser selbstzerstörerischsten Handlung war hingegen der Soziologe Émile Durkheim in seiner Grundlagenstudie *Le suicide* bemüht:

„Man nennt Selbstmord jeden Todesfall, der direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei es das Ergebnis seines Verhaltens im [Voraus] kannte“⁶²⁰.

Doch wie und mit welchen Methoden ist es möglich, sanft aus dem Leben zu scheiden? Harte Methoden⁶²¹ werden überwiegend von Männern genutzt⁶²² und haben zur Folge, dass sie entstellend und/oder belastend auf die hinterbleibende menschliche Umwelt wirken. Worauf soll ein Sterbewilliger, dem das Leben zur Qual geworden ist, zurückgreifen? Auf einen Sprung aus einer Höhe, „Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte“⁶²³,

„Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Arzneimittel(n), Drogen und biologisch aktive(n) Substanzen“⁶²⁴?

Zum Schutze der Menschen und um Suiziden (aus Affekten) vorzubeugen, wurden Schlaftabletten⁶²⁵ und Stadtgase⁶²⁶ entgiftet, Brücken u.Ä. suizidpräventiv hergerichtet⁶²⁷ etc. Dem Sterbewilligen wird damit eine „easy passage“ erheblich erschwert.

6.1.1 Suizidratgeber

Es ist schwierig bis nahezu unmöglich, sich über diverse Suizidmethoden zu informieren, um ein qualvolles oder langsames Sterben zu vermeiden. Viele Menschen müssen aber auf schmerzhaft oder riskante Maßnahmen zurückgreifen, um ihr Vorhaben in die Tat umzusetzen, weil ihnen andere Methoden nicht zugänglich sind bzw. sie auf Praktiken zurückzugreifen gezwungen sind, die nicht immer den gewünschten Erfolg erzielen: eine tödliche Vergiftung beispielshalber mit heimischen Pflanzen herbeizuführen muss nicht zwangsläufig gelingen. Denn:

„Der „philosophische“ Suizid d.h. eine Selbsttötung in freier Entscheidung, bei der unter rationaler Abwägung von positiven und negativen Aspekten die Gesamtbilanz des Lebens negativ bleibt – der sogenannte Bilanzselbstmord – ist eine seltene Ausnahme“.

Hick, Christian et al.; klinische Ethik; S.: 107; Vgl. dazu weiter unten Punkt 6.4 Bilanzsuizid

⁶¹⁹ Vgl. Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 19

⁶²⁰ Durkheim, Emile; Der Selbstmord; S.: 27

⁶²¹ Vgl. Haltenhof, Horst; Suizidalität; S.: 242; In: Machleit, Wielant et al. (Hrsg.); Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie:

„Erhängen, Erdrosseln, Erschießen, Sprung aus großer Höhe, Sich-Überfahrenlassen, Ertränken, Ver brennen, Eröffnen von Arterien“.

⁶²² Vgl. Viegner, Ulrike; Suizidgefahr: Erkennen und Regieren; S.: 41; In: Pharmazeutische Zeitung Nr. 17/2013

⁶²³ Statistisches Bundesamt (Hrsg.); Gesundheit: Todesursachen in Deutschland 2012; S.: 37

⁶²⁴ Ders.; Gesundheit: Todesursachen in Deutschland 2013; S.: 31

⁶²⁵ „Reduktion der Größe von Medikamentenpackungen“: Universitäre Psychiatrische Dienste Universität Bern; Handout 4: Suizidalität und Suizidprophylaxe; S.: 14

⁶²⁶ Vgl. Baumann, Ursula; Suizid: Soziale Relevanz und ethisch-moralische Bewertung; S.: 631; In: Eckhart, Wolfgang U. et al.; Handbuch Sterben und Menschenwürde

⁶²⁷ Vgl. Plener, Paul; Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen; S.: 40 m.w.V.

„how much is lethal? No one knows since it depends on the age of the plant, the condition of the person, the content of the stomach, and so forth. What might kill a child – the frequent accident victim – would not kill an adult. [...] it is risky and painful. [...] the toxicity of plants is far from being an exact science“⁶²⁸.

Nicht nur die Möglichkeiten als vielmehr auch die Risiken sollten bewusst gemacht und Letztgenannte ausgeschaltet werden, denn zumeist werden Suizidversuche so arrangiert, dass eine Rettung noch möglich scheint⁶²⁹, der Suizidwillige jedoch schwere und schwerste Beeinträchtigungen davonträgt: mögliche „fürchterliche[...] bleibenden Schäden (Lähmungen, geistigen Behinderungen, Koma, etc.)“⁶³⁰.

Insgesamt wenden sich aber nur wenige Autoren hilfreich an diejenigen, die sich ernstlich das Leben nehmen wollen, und erläutern die Vor- und Nachteile etwaiger Methoden. Der Chemiker Maurits Verzele etwa unterscheidet zwischen physikalischen und chemischen Verfahrensweisen, deren Wirkung er erläuternd darstellt⁶³¹. Ersteres umfasst diverse Methoden der physikalischen Einwirkung auf den menschlichen Körper, wie etwa Erfrieren oder Stürze von Höhen. Im zweiten Teil geht der Autor dann auf chemische Wege ein, sich selber zu schädigen und benennt beispielshalber giftige Substanzen wie Akonitin im Abschnitt über Giftpilze⁶³². Anhand kleiner Typisierungen erläutert er deren minimal letale Dosis (MLD) und die Nutzbarkeit dieser Elemente in/bei der Umsetzung von Suizidvorhaben:

„Viele Pilzarten sind so stark giftig, daß [sic] ihr Konsum leicht zum Tod führen kann. [...]. In der Literatur über Gifte wird die letale Dosis nicht angeführt. Ein Drittel eines Amanita phalloides (Grüner Knollenblätterpilz) scheint schon zu genügen. Die Wirkung beginnt erst 12 bis 24 Stunden nach dem Konsum und wird begleitet von Erbrechen und Diarrhoe. [...] Wenn Sie mit den toxischen Eigenschaften von Giftpilzen vertraut sind, können Sie sie als Möglichkeit zum Suizid ins Auge fassen. Man muß [sic] jedenfalls bei der Zubereitung des Pilzgerichts sehr darauf achten, die Wirkstoffe beim Kochen nicht zu zerstören. Darüber hinaus muß [sic] man wissen, welche Pilze zu diesem Zweck geeignet sind. [...] Darum scheinen mir Pilze als Mittel zum Suizid nicht so geeignet“⁶³³.

Verzele wendet sich explizit an den suizidwilligen Leser und weist ihm mehrere Wege auf, den Suizid möglichst sicher zu gestalten. Er schreibt einen Jedermann an, erspart ihm überflüssige Informationen und setzt keine Grundkenntnisse in irgendeinem Fach voraus. Der angesprochene Jedermann soll also seinen Weg wählen und erhält wichtige Hinweise. Aber der findende oder eingreifende Dritte wird nur sehr selten erwähnt; der Blick ist ganz auf den Suizidwilligen und sein Vorhaben gelenkt:

„Wenn Sie gesund sind, haben Sie im Prinzip kein Recht, sich zu töten. Sorgen Sie dafür, daß [sic] niemand wegen Ihrer Tat Unannehmlichkeiten bekommt. Depression ist kein ausreichender Grund für einen Suizid. Nur der unheilbar Kranke hat das Recht dazu“⁶³⁴.

Er sieht den sterbewilligen Menschen hierbei in einer verpflichteten Situation gegenüber seiner Umwelt: der Gesunde hat kein Recht auf ein vorzeitiges Ableben, wem oder was sich mit einem Suizid entzogen wird, bleibt ungenannt. Er spricht nur den Sterbenden und unheilbar Kranken explizit dieses Recht auf Suizid zu und verweist gleichzeitig auf die Verantwortung gegenüber der weiterlebenden menschlichen

⁶²⁸ Humphry, Derek; Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying; S.: 56

⁶²⁹ Vgl. Viegner, Ulrike; Suizidgefahr; S.: 41 ff.; In: Pharmazeutische Zeitung Nr. 17/2013

⁶³⁰ EndeGut info (Hrsg.); Homepage; Available: <http://www.endegut.info/index.html>; (22.10.2014)

⁶³¹ Vgl. Verzele, Maurits; Der sanfte Tod; S.: 58 – 117

⁶³² Vgl. ebda.; S.: 76 & 87

⁶³³ Ebda.; S.: 102

⁶³⁴ Ebda.; S.: 122

Umwelt, diese weitestgehend unbehelligt zu belassen. Es solle möglichst keine Fremdschädigung herbeigeführt werden. Dies ist mit nur wenigen Mitteln und unter den wenigsten Umständen zu erfüllen. Als nicht so stark belastend wie etwa der Schienensuizid oder Stürze aus großer Höhe benennt er dann im weiteren Text zielführende Methoden:

„Wenn Sie eine physikalische Methode wählen, sind wohl der Plastiksack, Kälte oder Erhängen die geeignetsten Mittel. Wenn Sie eine chemische Methode wählen, ist es Gift. Sie müssen sich darüber klar sein, daß [sic] ein fehlgeschlagener Suizid in diesem Fall schwerwiegende Konsequenzen hat: Rollstuhl, Dauerschädigung der Nieren, der Augen oder des Gehirns“⁶³⁵.

Daraus lassen sich nun zweierlei Dinge herauslesen: entweder der Sterbewillige entscheidet sich für eine der ersteren Methoden und erreicht mit diesen sehr sicher sein Ziel. Oder aber er wird durch den Hinweis auf schwere Schäden zu erneutem Nachdenken angeregt und somit eventuell von seinem Vorhaben abgebracht. Andererseits kann ein erneuter Suizidversuch durchaus in Frage kommen, nur das der Suizidwillige eben diesmal die Dosis oder die Höhe angemessen vergrößert, um sein Ziel wirklich zu erreichen.

Auch der Gründer der *Hemlock*⁶³⁶ *Society*, der Journalist Derek Humphry benennt und beschreibt mitunter sehr detailliert Arten der Selbsttötung⁶³⁷ und gibt im Laufe seines Werkes *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying* pragmatische Hinweise über Versicherungen und eine Dosierungstabelle etwa. Über das Buch sagt er:

„[It] deals with self-deliverance as it affects the individual and the family. [...] *Final Exit* is aimed at helping the public and the health professional achieve death with dignity for those who desire to plan it“⁶³⁸.

Niemand sollte so egozentrisch sein, die Umwelt in diesem egozentriertesten Moment komplett außen vor zu lassen. Das wird nahezu niemandem gelingen: Immer wird Jemand den Toten auffinden, immer wird der Tote geborgen werden müssen, immer wird Jemand die Leiche *bearbeiten* müssen⁶³⁹. Und meist wird Jemand die Person vermissen.

Einige Ratgeber wurden nicht nur in Deutschland auf den Index gesetzt. Exemplarisch soll hier das 1982 erschienene Buch *Gebrauchsanleitung zum Selbstmord* der französischen Autoren Claude Guillon und Yves LeBonniec in der Argumentation genutzt werden. In der *Editorischen Notiz* des Verlages in der deutschen Ausgabe wird explizit darauf hingewiesen, „dieses Buch Minderjährigen nicht zu überlassen“⁶⁴⁰. Auch das *Deutsches Ärzteblatt* verurteilt alarmierend, dass die

„veröffentlichten „Gebrauchsanleitungen“ zum Selbstmord [...] ein Konzept mit „Erfolgsgarantie“ [vermitteln]. Dies ist als ethisch verwerflich zu betrachten, weil der Labile unter Umständen zum perfekten Suizid verführt werden kann“⁶⁴¹.

⁶³⁵ Ebda.; S.: 122

⁶³⁶ dt. Schierling

⁶³⁷ Vgl. Humphry, Derek; *Final Exit*; S.: 51 – 65

⁶³⁸ Ebda.; S.: 19

⁶³⁹ Die selteneren Fälle der Vermissten und Verschollenen wurde außen vor gelassen, da diese nicht per se Suizid verübt haben müssen, und die Gründe für ihr Verschwinden mannigfaltig sein können.

⁶⁴⁰ Guillon, Claude et al.; *Gebrauchsanleitung zum Selbstmord: Eine Streitschrift für das Recht auf einen frei bestimmten Tod*; Editorische Notiz

⁶⁴¹ Hager, Wolfgang et al.; „Wissen wie man stirbt...“: Rezepte zur perfekt getarnten Selbsttötung?; S.: 67; In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 40/1983 vom 07.10.1983

Das Buch der beiden französischen Ärzte wurde auch deshalb als moralisch/sittlich verwerflich betrachtet, weil es explizit in

„einem Schlußkapitel [sic] Arzneien aufzählt, die bei entsprechender Dosierung zum Tod führen. Die Vor- und Nachteile der einzelnen Mittel werden beschrieben, und es wird zum Beispiel der Rat erteilt, ein Hotelzimmer für zwei Tage im Voraus zu bezahlen“⁶⁴²,

damit der Suizidwillige genug zeitlichen Raum zur Verfügung hat, um sein Vorhaben umzusetzen und nicht gestört oder gar gerettet zu werden. Mit diesen sicheren Hinweisen wurde letztlich das Buch wieder indiziert:

„Über die gesetzlich genannten Jugendgefährdungstatbestände hinaus nimmt die [Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien (BPjM)] nach ihrer Spruchpraxis auch solche Medien in die Liste jugendgefährdender Medien auf, in denen selbstschädigendes Verhalten nahe gelegt wird. Insbesondere kann das Propagieren des Selbstmordes oder auch die bloße (technische) Anleitung zum Suizid in Medien zu deren Indizierung führen, sofern sie ihrem Inhalt nach geeignet sind, falsche Vorstellungen bei Kindern oder Jugendlichen über den Wert des eigenen Lebens hervorzurufen oder zu bestärken“⁶⁴³.

Der Gesetzgeber befindet seine Bürger für derart aufgeklärt und einsichtsfähig, dass sie „sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten“ vermögen und keine Zensur stattfinden muss⁶⁴⁴. Lediglich die Schwachen müssen offensichtlich geschützt werden. Unter dieser Schutzpflicht wird aber auch allen Anderen der Zugang verwehrt. Aber wie soll ein mündiger Erwachsener nach reiflicher Überlegung auf eine Quelle, die einem einen sanften und sicheren Weg aufzeigen könnte, stoßen, wenn derartige Themensachlagen indiziert werden, weil „Indizierte Medien [...] nicht angeboten, verkauft, verliehen oder vorrätig gehalten werden“⁶⁴⁵ dürfen⁶⁴⁶?

Es wurde häufig übersehen, dass in dieser *Streitschrift* der beiden französischen Autoren

„der augenblickliche Stand unserer Kenntnisse [...] es nicht zu[lässt], ein ganz bestimmtes Präparat in einer ganz bestimmten Dosis als sichere Methode für den »sanften Tod« anzugeben. Beim derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis ist das zwar nicht unmöglich, aber doch riskant“⁶⁴⁷.

Ohne solche Informationen, nach denen es eine erhebliche Nachfrage offensichtlich geben muss, ist es schwierig sich dem eigenen Wunschtod/Suizid zu nähern. Letzten Endes kann nur vermutet werden, wie viele Menschen gezwungen (gewesen) sind, sich über kriminelle Kontakte Schusswaffen oder verbotene

⁶⁴² Greiner, Ulrich; Skandal Freitod: Eine „Gebrauchsanleitung zum Selbstmord“: Buchhändler boykottieren Leser senden Dankschreiben; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 3. Dezember 1982; Available: <http://www.zeit.de/1982/49/skandal-freitod>; (24.11.2015)

⁶⁴³ BPjM; Hrsg.; Nahelegen selbstschädigendes Verhalten; Available: <http://www.bundespruefstelle.de/bpjm/Jugendgefaehrungstatbestaende/Weitere-Fallgruppen/nahelegen-selbstschaedigendes-verhalten.html>; (23.10.2014) [Hervorhebung von mir – M.F.]

⁶⁴⁴ Vgl. Art. 5 GG Abs. 1

⁶⁴⁵ BPjM (Hrsg.); Verbreitungs- und Werbeverbote bei Trägermedien; Available: <http://www.bundespruefstelle.de/bpjm/Rechtsfolgen/Traegermedien/verbreitungs-und-werbeverbote.html>; (08.12.2015)

⁶⁴⁶ Unter § 18 wird erläutert, wie die „Liste jugendgefährdender Medien“ geführt werden soll: „Öffentliche Liste der Trägermedien“, „Öffentliche Liste der Trägermedien mit absolutem Verbreitungsverbot“, „Nichtöffentliche Liste der Medien“ und „Nichtöffentliche Liste der Medien mit absolutem Verbreitungsverbot“. In beiden letzten Absätzen verweist der Gesetzestext dazu auf § 24 Abs. 3 Satz 2:

„Wird ein Trägermedium in die Liste aufgenommen oder aus ihr gestrichen, so ist dies unter Hinweis auf die zugrunde liegende Entscheidung im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Von der Bekanntmachung ist abzusehen, wenn das Trägermedium lediglich durch Telemedien verbreitet wird oder wenn anzunehmen ist, dass die Bekanntmachung der Wahrung des Jugendschutzes schaden würde“.

⁶⁴⁷ Guillon, Claude et al.; Gebrauchsanleitung zum Selbstmord; S.: 192

Substanzen – obwohl diese auch nur bedingt zielführende Methoden darstellen – zu besorgen, sich und andere unnötiger Gefahr ausstellen mussten und müssen.

Die deutschsprachige Ausnahme zu diesem Thema stellt das niederländische Buch *Ausweg am Lebensende: Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken* (FVNF⁶⁴⁸) des niederländischen Psychiaters Boudewijn Chabot unter Zusammenarbeit mit dem Neurobiologen Christian Walter dar, das auch auf Deutsch erschienen ist. Sie beschreiben darin einen würdig anmutenden Weg, der es besonders den älteren Menschen ermöglicht, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden. Durch den wohlwogenen Entschluss auf Nahrungszufuhr und Flüssigkeit zu verzichten, soll so das Lebensende herbeigeführt werden⁶⁴⁹.

Wenn dem Körper Energie vorenthalten wird, müsste dieser doch irgendwann aufhören, zu funktionieren?! Ohne Nahrung kann der menschliche Körper einen längeren Zeitraum auskommen – einen exakten Zeitraum anzugeben ist nicht möglich, da dieser von mehreren Faktoren abhängt wie etwa Konstitution oder Grundbefindlichkeiten. Eine Verallgemeinerung ist allein in der Richtung zu benennen, dass der menschliche Leib längere Zeit ohne Nahrung, nicht jedoch ohne Flüssigkeitszufuhr auszukommen vermag⁶⁵⁰.

Es wurde beobachtet, dass vor allem ältere Menschen *den Willen zu leben verloren* und daraufhin die Ernährung allmählich verringerten, bis sie zum Teil ganz aufhörten, Nahrung zu sich zu nehmen⁶⁵¹, ohne dass dies krankheitsbedingt erfolgte⁶⁵². Dadurch versagt nach relativ kurzer Zeit das Organsystem Mensch an einem Kreislaufkollaps verursacht durch einen Herzstillstand⁶⁵³. Dies wurde teils als normales Sterbeverhalten betrachtet, indem unterstellt wurde, dass diese Personen das Ende gefühlt und sich dem *natürlichen Alterstod* hingegeben hätten⁶⁵⁴.

Ärztliche Untersuchungen zeigten, dass massiver Entzug von Nahrung und/oder Flüssigkeit nicht gleichzusetzen ist mit einem qualvollen Verhungern oder einem unerträglichem Verdursten⁶⁵⁵. Vielmehr

⁶⁴⁸ In der angloamerikanischen medizinethischen Diskussion werden die Termini *voluntary refusal*, bzw. *voluntary stopping* von *food and fluids* oder *hydration and nutrition*. Vgl. Ivanovic, Natasa et al.; Voluntary Stopping of Eating and Drinking at the end of Life – a systematic Search and Review Giving Insight into an Option to Hastening Death in Capacitated Adults at the End of Life; In: BioMed Central Palliat Care 2014; Vol. 13; No. 1

⁶⁴⁹ Vgl. Chabot, Boudewijn et al; *Ausweg am Lebensende*

⁶⁵⁰ Vgl. Fiebl, Hermann S. et al: Anamnese und Klinische Untersuchung; S.: 56

⁶⁵¹ Vgl. Bycock, Ira; Patient Refusal of Nutrition and Hydration: Walking the ever-finer Line; S.: 8; In: The American Journal of Hospice & Palliative Care; March/April 1995

⁶⁵² Vgl. Jansen, Lynn A.; No safe Harbor: The Principle of Complicity and the Practice of Voluntary Stopping of Eating and Drinking; S.: 62; In: Journal of Medicine and Philosophy; 2004, Vol. 29, No. 1;

⁶⁵³ Vgl. Chabot, Boudewijn et al; *Ausweg am Lebensende*; S.: 48

⁶⁵⁴ Natürlicher Alterstod: Dieser wird gelegentlich als *Tod durch Altersschwäche* bezeichnet, dürfte aber bedingt durch die medizinischen Möglichkeiten der Ursachenermittlung per se kaum auftreten. Vielmehr werden in der Todesursachenstatistik einzelne Todesursachen aufgeschlüsselt, die einen „faßbare[n; sic]“ Grund geben. Schwartz, Friedrich-Wilhelm; *Alter – Krankheit – Tod: demographische Merkmale des Menschen*; S.: 140; In: Schaefer, Hans et al.; *Der kranke Mensch: Gesundheitsgefährdung, Krankheitsbewältigung und Hilfe durch den Hausarzt*

⁶⁵⁵ Vgl. Bycock, Ira R.; Patient Refusal of Nutrition and Hydration; S.: 9; In: The American Journal of Hospice & Palliative Care; March/April 1995:

„in all patients reporting either hunger or thirst, these symptoms were consistently and completely relieved by oral care or the ingestion of small amounts of food and fluid.“

werden durch den Körper und seine Stoffwechselprodukte Substanzen gebildet, die eine dämpfende bis berauschende Wirkung haben können⁶⁵⁶:

„Once patients begin this process [voluntary refusal of hydration and nutrition], they often express a sense of peace that they can finally ‚stop fighting‘. Some patients even describe a sense of ‚euphoria‘ or pleasant lightheadedness“⁶⁵⁷.

„[Denn] während der Fettverbrennung, die nach ein paar Tagen [des Verzichts auf Nahrung] beginnt, produziert der Körper Ketone (Abbauprodukte von Fettsäuren), von denen man annimmt, dass sie eine analgetische (schmerzlindernde) Wirkung haben“⁶⁵⁸.

Es existiert jedoch nur wenig Forschung oder Literatur zu dem Thema Lebensbeendigung durch aktiven Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und deren einzelne körperlichen Auswirkungen. Eine Untersuchung an 102 Patienten, die Sterbefasten als den Weg gewählt hatten, ihrem Leben ein selbstgewähltes Ende zu setzen und den begleitenden Hospizschwestern untermauert jedoch die These, wonach die letzten beiden Lebenswochen als „peaceful, with low levels of pain and suffering“⁶⁵⁹ erlebt werden, wenn die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeiten beendet wird und dadurch die körpereigenen chemischen Prozesse einsetzen. Einige wenige Maßnahmen wie etwa eine entsprechende Mundraumpflege mit einem Wasserzerstäuber können mittels wenig Flüssigkeit das Durstgefühl des Patienten beheben, ohne den Prozess des Sterbefastens zu beeinflussen. Ca. 50 Milliliter Wasser pro Tag reichen aus, das Gefühl des Durstes erträglich zu gestalten⁶⁶⁰.

Die KNMG empfiehlt diesen Weg des Selbstbestimmtsterbens ausdrücklich Personen über 60 Jahren und rät davon ab, das Leben mittels Ernährungsverzicht zu beenden, wenn keine lebensbedrohliche Grunderkrankung vorliegt⁶⁶¹.

Diese Thematik – den Pflege- und Altenheimen nur zu bekannt⁶⁶² - ist auch bei dementen Patienten nicht zu vernachlässigen; die SAMW erklärt dazu, dass, wenn ausgeschlossen werden kann, dass der Verzicht des dementen Patienten auf Nahrung keine körperliche Ursachen hat, also

„eine Schluckstörung oder gastrointestinale Pathologie (Mund, Rachen, Oesophagus, Magen) auszuschließen [ist, ist d]as oft beobachtete Verhalten von Dementen, die Nahrung zu verweigern, [...] nach zumutbarer Diagnostik zum Ausschluss einer einfach behandelbaren Störung als verbindliche Willensäußerung zu werten“⁶⁶³.

Um den willentlichen Entschluss des (dementen) Patienten sicherzustellen, darf aber nicht darauf verzichtet werden, Nahrung als auch Flüssigkeit immer wieder anzubieten. Die Gewichtung liegt hierbei auf dem Selbstbestimmungsrecht und der Zustimmung des Patienten zu einer bestimmten Behandlung

⁶⁵⁶ Vgl. Chabot, Boudewijn et al; *Ausweg am Lebensende*; S.: 84

⁶⁵⁷ *Dying with Dignity Canada* (Hrsg.); *Voluntary Stopping Eating and Drinking: Information for Clients*; S.: 1; Available: [http://www.dyingwithdignity.ca/database/rte/files/VSED%20Client%20Information%202001\(1\).pdf](http://www.dyingwithdignity.ca/database/rte/files/VSED%20Client%20Information%202001(1).pdf); (26.02.2015)

⁶⁵⁸ Chabot, Boudewijn et al.; *Ausweg am Lebensende*; S.: 83

⁶⁵⁹ Ganzini, Linda et al.; *Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death*; In: *NEJM*; 24.03.2003

⁶⁶⁰ Vgl. KNMG (Hrsg.); *Handreiking: Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen*; S.: 53 f.

⁶⁶¹ *Ebda.*; S.: 47:

„moet worden afgeraden bij patiënten die jonger dan 60 jaar zijn én waarbij geen sprake is van een levensbedreigende ziekte“.

⁶⁶² Vgl. Arndt, Marianne; *Ethik denken: Maßstäbe zum Handeln in der Pflege*; S.: 108 f.

⁶⁶³ SAMW (Hrsg.); *Medizin-ethische Richtlinie: Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten*; S.: 10; Fehler so übernommen – M.F.

oder Therapie, die er aus seiner Autonomie heraus ablehnen kann. Die niederländische KNMG betrachtet diesen Vorgang explizit nicht als Suizid, sondern vielmehr als

„dass der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahrnimmt, genauer gesagt, sein Recht, eine Behandlung zu verweigern“⁶⁶⁴.

Diesen Entschluss umzusetzen bedarf es großer kontinuierlicher Willensanstrengung. Ein wesentlicher Vorteil von FVNF für den Arzt und den Patienten besteht darin, dass es möglich ist, diesen Prozess zumindest im Beginn noch abzurechnen und der Arzt sich bei Fortsetzung des Verzichts sicher sein kann, dass der Wunsch zu sterben nicht aus einer emotionalen Verstimmung heraus entstanden ist⁶⁶⁵.

Der ausführlichste Leitfaden zu einem angemessenem ärztlichen und pflegerischen Verhalten durch das medizinische Personal und die Einbindung der Angehörigen gegenüber dem zu versorgenden Menschen bei FVNF stellt die KNMG mit ihrer Leitlinie *Betreuung von Menschen, die bewusst die Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr einstellen* bereit. Es werden sowohl die vorbereitende als auch die durchführende Phase dieses Prozesses sehr genau beleuchtet und Handlungsalternativen bei auftretenden Schwierigkeiten angezeigt, wobei der Leitgedanke lautet, „dem Patienten diesen Prozess so angenehm wie möglich zu gestalten“⁶⁶⁶.

Es wird angeraten, den potentiellen Verweigerer (bzw. seine Familienmitglieder und seinen späteren Vertreter) so umfassend wie möglich über die körperlichen, medikamentösen als auch pflegerischen Umstände und Folgen des FVNF aufzuklären; alle Aspekte sollten *bespreekbaar*⁶⁶⁷ gemacht werden⁶⁶⁸.

Je nach Konstitution und bestehender Erkrankung kann dieser Weg nach wenigen Tagen bis zu rund zwei Wochen zum Tode führen⁶⁶⁹. Zwar kann der Sterbewillige nicht exakt seinen Todeszeitpunkt bestimmen, „aber er kann zumindest ein Intervall festlegen, innerhalb dessen der Tod wahrscheinlich ist“⁶⁷⁰.

Es ist besonders für diejenigen Patienten ein Ausweg, denen gewisse Voraussetzungen fehlen, ärztliche Beihilfe zum Suizid (oder in den Niederlanden Euthanasie) in Anspruch zu nehmen⁶⁷¹ oder für die schlicht keine andere Möglichkeit in Betracht kommt oder zur Verfügung steht.

Obgleich diese Todesursache von der KNMG als natürlich betrachtet wird⁶⁷² und sehr wahrscheinlich von unzähligen Ärzten weltweit sinngemäß gehandelt wurde, ist zu hinterfragen, ob und inwiefern diese Form

⁶⁶⁴ „gebruikmaking van de patiënt zijn zelfbeschikking, meer in het bijzonder van het recht om zorg te weigeren“ KNMG (Hrsg.); *Handreiking zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken*; S.: 5

⁶⁶⁵ Zu selbigen Schluss kommt auch Birnbacher, Dieter; *Ist Sterbefasten Suizid?*; In: S.: 315 ff.; *Ethik in der Medizin* März 2015

⁶⁶⁶ „Het comfort van de patiënt staat centraal“; KNMG (Hrsg.); *Handreiking: Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken*; S.: 54

⁶⁶⁷ Etwas „bespreekbaar“ machen bedeutet:

„Der moderne Mensch mache, befreit von Hierarchien, kleinlichen Benimmregeln und religiösen Vorschriften, ein Thema, das bisher nicht offen besprochen werden konnte, „bespreekbaar““.

Naunin, Swantje; *Sterben auf Niederländisch?: Niederländische „euthanasie“ als Gegenstand der Debatte in Deutschland und den Niederlanden*; S.: 45

⁶⁶⁸ Vgl. Chabot, Boudewijn et al.; *Ausweg am Lebensende*; S.: 46 f.

⁶⁶⁹ Vgl. ebda.; S.: 47

⁶⁷⁰ Birnbacher, Dieter; *Ist Sterbefasten eine Form von Suizid*; S.: 316; In: *Ethik in der Medizin* März 2015

⁶⁷¹ Vgl. Ganzini, Linda et al.; *Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death*; S.: 359; In: *NEJM*; 24.03.2003

⁶⁷² Vgl. KNMG (Hrsg.); *Handreiking: Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken*; S.: 7

des Sterbens als suizidieren zu klassifizieren ist. Denn allgemeinhin werden Selbsttötungen als nichtnatürlich angesehen und sind somit meldepflichtig⁶⁷³.

Nach der obigen Definition von Durkheim, der entsprechend eine Selbsttötung als eine direkte oder indirekte Handlung respektive Unterlassung des Individuums zu betrachten ist⁶⁷⁴ und der Sterbende seinen Willen zu sterben bis zu einem gewissen Grade kontinuierlich unter Beweis stellen muss, um sein Ziel zu erreichen⁶⁷⁵, erscheint es folgerichtig diese Form der Herbeiführung des Todes als Suizid zu klassifizieren. Das Ziel des bewussten Handelns ist dem Handelnden bekannt, erwünscht und wird zielgerichtet angestrebt: dem eigenen Organismus soweit die Energiezufuhr vorzuenthalten, dass er nicht mehr funktionieren kann und seine Tätigkeit einstellen muss.

Der Behandlungsabbruch als solcher wird nicht mit einer Selbsttötung gleichgesetzt, eher als ein *sich-der-Krankheit-passives-Verhalten-gegenüber*⁶⁷⁶ charakterisiert. Da das Sterbefasten überwiegend von älteren und schwerkranken Menschen eingesetzt wird, das Leben zu beenden, könnte FVNF eher als Behandlungsabbruch/-verweigerung angesehen werden denn als Suizid. Technisch betrachtet wird eine natürliche Entwicklung nicht aufgehalten und sich der Ursache oder dem Leben *per se* passiv gegenüber verhalten. Durch den willentlichen Verzicht aber wird der konsequente Verlauf des Sterbens und dessen Abschluss in sterbewilliger Absicht vorverlegt. Die Dehydrierung bewirkt letztendlich einen Herzstillstand⁶⁷⁷.

Eine Form der Beihilfe ist absolut gegeben. Es treten bei einem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit dann Konstellationen auf, unter denen der Sterbewillige medizinische und/oder pflegerischen Beistand braucht⁶⁷⁸. Und mehr als die palliative Begleitung wird vom Sterbewilligen als Behandlungsverzicht abgelehnt werden.

Der Philosoph Dieter Birnbacher kommt unter der Prämisse der Wahrhaftigkeit zu dem Schluss, dass Ärzte zwar wegen ihrer „beherrschenden“ Rolle nicht von sich aus diese Option ansprechen sollen, aber dem Patienten gegenüber diese Möglichkeit des selbstbestimmten Sterbens auf Nachfragen auch nicht verheimlichen sollten. Er sieht Ärzte in der Pflicht, den Ratsuchenden keinerlei Informationen vorzuenthalten, da dieses Verhalten das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Geflecht schwerwiegend schädigen würde⁶⁷⁹.

Für unsere Überlegungen hier ist es unerheblich, ob oder bis zu welchem Grad FVNF einen naturgesetzlichen Tod oder Suizid darstellt. Abgelegt auf die Selbstbestimmung und die Autonomie des Menschen, ist es de facto ein selbstbestimmtes Sterben, bei dem wegen des längeren Sterbens das Individuum seinen Willen zu sterben auch für/vor sich selbst immer wieder beweisen und behalten muss.

⁶⁷³ Vgl. Zimmer, Gisela; Prüfungsvorbereitung Rechtsmedizin; S.: 10

⁶⁷⁴ Vgl. Fn. 621

⁶⁷⁵ Vgl. Chabot, Boudewijn et al.; Ausweg am Lebensende; S.: 33 & 116

⁶⁷⁶ Vgl. dazu weiter unten Punkt 8.1 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur passiven Sterbehilfe

⁶⁷⁷ Vgl. Chabot, Boudewijn et al.; Ausweg am Lebensende; S.: 48

⁶⁷⁸ Vgl. ebda.; S.: 47

⁶⁷⁹ Birnbacher, Dieter; Ist Sterbefasten Suizid?; S.: 323; In: Ethik in der Medizin, März 2015

Aufgrund des *Digital Divide*⁶⁸⁰ ist es vorstellbar, dass vor allem ältere Menschen sich in der Literatur und besonders jüngere und nicht-alte Menschen via Internet über Suizidmethoden informieren. Im anonymen Internet lassen sich alle möglichen Formen von Inhalten zur Thematik abrufen⁶⁸¹. Unter dem Schlagwort *exit bag* erscheinen zwar *nur* 229.000 Treffer im November des Jahres 2013⁶⁸², jedoch erfährt der geneigte User eine detaillierte Anleitung einer freundlichen und rüstigen Rentnerin⁶⁸³. Mit ziemlich einfachen Mitteln wird dabei eine Kohlenmonoxid-Vergiftung herbeigeführt. Auch die Literatur zu diesem *suicide kit* ist in den letzten Jahren im anglo-amerikanischen Raum erheblich gewachsen:

„An “exit bag“ – also known as a “suicide kit“ – is a large plastic bag (an oven bag, for example) fashioned with a drawcord at the opening. The bag is to be placed over the head and the cord tightened around the neck. The bag is often used in conjunction with some kind of anesthetic gas, such as nitrogen, nitrous oxide, or helium, which can alleviate the feeling of panic and oxygen hunger experienced during suffocation“⁶⁸⁴.

„Within seconds you pass out and within minutes you die. This is completely painless“⁶⁸⁵. Die Rettungskräfte weltweit sind sich jedoch dieser Suizidmethode bewusst⁶⁸⁶, und versuchen, über entsprechende Aufklärungsarbeit, eventuelle Gegenmaßnahmen bereitzuhalten⁶⁸⁷. Auch wurde von US-Behörden ein Informationsblatt herausgegeben, damit eine eventuelle Gefährdung der Rettungskräfte – bei Nutzung von Gasen wie Helium oder Nitrogen etwa – vermieden werden kann⁶⁸⁸.

Gesetzt den Fall, dass die Durchführung gelingt, der Ausführende aber aufgefunden und reanimiert wird, riskiert er schwere und schwerste Hirnschädigungen, die durch den Sauerstoffmangel bedingt sind. Nur wenige Quellen warnen vor diesen Risiken, die eingegangen werden, ist der Suizid nur halbherzig geplant oder ausgeführt. Hierbei könnten die sog. Suizidforen (auch suizidpräventiv) helfen.

⁶⁸⁰ Der *Digital Divide* umschreibt den Umstand der Teilung der Informationen zwischen den Nutzern des Internets und denjenigen, die versuchen ohne moderne Medien- und Informationstechnologie auszukommen. Vgl. Meinel, Christoph et al.; *Digitale Kommunikation: Vernetzen, Multimedia, Sicherheit*; S.: 13

⁶⁸¹ Es können auch Live-Übertragungen oder Aufzeichnungen von Suiziden im Internet gefunden werden. Vgl. etwa weiter unten in diesem Abschnitt sowie Wahba, Annabel; *Der letzte Chat*; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); *ZEIT online* vom 18. Juni 2009; Available: <http://www.zeit.de/2009/26/Internetselbstmord-26/komplettansicht>; (25.11.2013);

⁶⁸² Im November des Jahres 2015 hingegen waren es bereits 34.100.000 Ergebnisse! Genutzt wurde die Suchmaschine *google.de*; (25.11.2015)

⁶⁸³ Vgl. Exit International (Hrsg.); *Betty and the Helium Method*; o.A.; Available: http://www.liveleak.com/view?i=b7c_1359440522&comments=1; (17.11.2015)

⁶⁸⁴ Pierce, Jessica; *Morality Play: Case Studies in Ethics*; S.: 38

⁶⁸⁵ Martin, Brian; *Nonviolence Unbound*; S.: 227

⁶⁸⁶ Vgl. New Jersey Department of Community Affairs et al. (Hrsg.); *Safety Alert: Suicide Bags*; Available: http://www.state.nj.us/dca/divisions/dfs/alerts/safety_alerts/safety_alert_12-2_suicide_bags.pdf; (21.11.2013)

oder auch: Society for the Protection of Unborn Children (SPUC; Hrsg.); *Suicide Bags in Australia*; Available: <https://www.spuc.org.uk/documents/papers/suicidebagsinAustralia.pdf>; (21.11.2013)

⁶⁸⁷ Vgl. Washington Regional Threat and Analysis Center Hrsg.; *Information Bulletin: Helium Suicides*; S.: 3

⁶⁸⁸ Vgl. Meuser, Robert; *Suicide Bags AKA „Exit Bags“*; S.: 7 f.

6.1.2 Suizidforen im Internet

Im Internet bestehen diverse Angebote mit Gesprächsrunden in Kontakt zu treten, um sich entweder über Suizidalität zu informieren oder die Erfahrungen der anderen *User* zu teilen. In diversen Foren – beispielshalber sei hier auf die Plattform <http://www.selbstmordforum.net/>⁶⁸⁹ verwiesen – können sich die Besucher zum Thema informieren, austauschen und Rat erhalten. Diese Foren können entweder als eine Art „Selbsthilfegruppe von Betroffenen für Betroffene“ auftreten oder aber auch von „qualifizierten Beraterinnen und Berater[n] als Ansprechpartner“ betreut werden⁶⁹⁰:

„Es besteht die Gefahr, dass suizidgefährdete Menschen auf Internet-Angebote aufmerksam gemacht werden, deren Inhalte ihre Suizidabsichten bestärken können. Eine Berichterstattung kann jedoch [...] durchaus präventive Wirkung entfalten“⁶⁹¹.

Sehr nahe und vertraut und anonym geht es in den Internetforen zu. Der User kann sich den Teilnehmern gegenüber offenbaren, als hätte er eine intimere Beziehung zu ihnen, als zu den Menschen der direkten Umwelt – die gesuchte *innige Distanz* zu den Forenteilnehmern erleichtert womöglich, sich zu öffnen, ohne zu verletzlich zu erscheinen. Es ist ein leichtes, sich in diesen Foren neu zu definieren; jeder Teilnehmer entscheidet, was er veröffentlicht und mit anderen Gästen teilen will. Es wird niemand genötigt, zu einem speziellen Thema Stellung zu beziehen oder sich als die Person anzumelden oder darzustellen, als die er in der realen Welt existiert.

„Einigen Teilnehmern der Suizidforen wird durch die Kontakte und die Möglichkeit des Gedankenaustausches geholfen. Aber anderen geht es durch die oft depressive Stimmung im Forum schlechter als zuvor. [...]

Die Suche nach Partnern und die Verabredung zum gemeinsamen Selbstmord, Anfragen zu Selbstmordmethoden oder zur Beschaffung von Mitteln dazu sind im Forum zwar nicht erlaubt, aber finden trotzdem statt, wobei es sich dort noch relativ „harmlos“ liest. Im Forum wird der Kontakt aufgenommen, konkret wird man dann per Chat, Email oder Messenger, was kein Dritter lesen kann“⁶⁹².

Oftmals sind die Seiten indiziert oder gar wegen etwaiger Zusammenhänge mit eingetretenen Suiziden verboten worden. Letzteres trifft beispielshalber auf die Seite suizid-area.net zu. Nachdem sich drei Mädchen gemeinsam 2011 den Tod gaben und Recherchen herausgefunden haben, dass sie sich über diese Internetseite „zum gemeinsamen Suizid verabredet hatten“⁶⁹³, ist genannte Seite nicht mehr zugänglich. Wohl ist sie noch aufzurufen, jedoch ist es nicht mehr möglich, mit anderen über diese Seite zu kommunizieren. Der Betreiber schreibt dazu auf der Folgeseite suizid-area.npage.de:

„Jahrelang gab es im Internet eine Insel für Menschen die Probleme hatten, große Probleme. Probleme die sie für so unlösbar hielten das sie nur noch sterben wollten. Es war ein Forum das ihnen die Wahl gelassen hat. Wo sie Hilfe zum

⁶⁸⁹ Vgl. Bauer, Alexandra; www.selbstmordforum.net/; (25.11.2015)

⁶⁹⁰ Jugendschutz.net et al.; Empfehlungen für die Berichterstattung über Suizidforen im Internet; S.: 1; Es ist davon auszugehen, dass die User sich weniger kritisch mit den Foren und/oder den Betreibern auseinandersetzen und diese hinterfragen.

⁶⁹¹ Ebda.; S.: 1

⁶⁹² Hentrich, Eva; Das Suizidforum; In: Hentrich, Eva; www.jana-unvergessen.de; Available: <http://www.jana-unvergessen.de/suizidforum.html>; (29.06.2016); Dieses Informationsportal wird von der Mutter eines Mädchens betrieben, das sich gemeinsam mit einem jungen Mann, den sie auf einem Suizidforum kennengelernt hatte, das Leben nahm.

⁶⁹³ Deutscher Presserat (Hrsg.); Verabredung zum Suizid im Internet: Betroffene Mutter will mit Hilfe der Presse Eltern warnen; S.: 1

Leben oder Sterben bekemen und sich austauschen und informieren konnten, über den Tod, Suizidmethoden, über Überlebensstrategien und Hilfsangebote⁶⁹⁴.

Er betont also, dass die Seite nicht einseitig auf den Erfolg einer suizidalen Handlung ausgerichtet war, als vielmehr auch eine Lebenshilfe darstellte und auch einen Rückzugsraum bot:

„Viele sehen im Forum ihre eigene Welt, ihre ‚Familie‘, die einzige Möglichkeit des Gedankenaustauschs und glauben, dass sie nur hier verstanden werden“⁶⁹⁵.

Außerdem ist zu konstatieren, dass die

„überwiegend dramatisierende Berichterstattung [über] und Warnungen [vor einer Ansteckungsgefahr durch diese Foren] der Effekt eingetreten ist, dass die Suizid-Foren bekannter geworden sind als die mittels neuer Medien gleichermaßen verfügbaren Hilfsangebote“⁶⁹⁶.

Es wurde auch schon beobachtet, dass Foren auch als Bühne für suizidale Handlungen genutzt wurden; der Sterbende dafür gesorgt hat, dass sein Sterben, das entweder auf lange Zeit für eine im Voraus unbekannte Masse an Menschen zugänglich sein wird und eine unbekannt große Zahl Personen nachhaltig beeinflussen kann⁶⁹⁷, indem das eigene Sterben durch eigene Hand via Echtzeitübertragung in eine immer wieder verfügbare Sendung transformiert wird. Bei einer derartigen Inszenierung ist der Zuschauer distanziert und weitgehend von Verantwortlichkeit ausgenommen. Als unzugänglicher Betrachter einer Darstellung, die ihn vielleicht nur marginal tangiert⁶⁹⁸, kann er jederzeit das Geschehen für sich unterbrechen. Denn es gibt doch Moderatoren, die die Diskussionen und Beiträge überwachen, und der Administrator hat doch wohl auch ein wachsames Auge auf sein Forum. Hinter diesen Überlegungen kann sich der gemeine Nutzer verstecken und aus der Anonymität heraus seinen Emotionen freien und unbedachten Lauf lassen. Er kann beispielsweise pöbelnd auf andere Nutzer einwirken oder auch emphatisch an einem Problem Dritter partizipieren:

„Alle sitzen allein vor ihren Bildschirmen, aber es ist, als stünde eine Menge vor einem Mietshaus und beobachtete einen Lebensmüden am Fenstersims. Alle recken die Köpfe, manch einer schreit: »Spring!« Und der eine oder andere holt Hilfe“⁶⁹⁹.

So lassen sich die Kommentare der User zusammenfassen, die die Selbsttötung eines jungen Amerikaners⁷⁰⁰ oder auch eines jungen Schweden⁷⁰¹ via Internet verfolgten und kommentierten. Gewiss

⁶⁹⁴ Anonymous: suizid-area.npage.de; Available: <http://suizid-area.npage.de/>; (22.10.2014); [Alle Fehler so vom Original übernommen – M.F.]. Es wird offensichtlich, dass der Betreiber dieser Seite keine professionelle psychologische Hilfe anbieten kann, als eher ein nicht sehr seriöses Forum betrieb, auf dem sich Menschen zur Thematik informieren und austauschen konnten. Oftmals wird „die Laienarbeit der Forenmaster (Diskussionsleiter) ohne fachliche Kompetenz“ von Psychologen u.Ä. betont: Becker, Katja et al.; Suizidales Verhalten; S.: 463; In: Petermann, Franz (Hrsg.); Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie

⁶⁹⁵ Hentrich, Eva; Das Suizidforum; In: Hentrich, Eva; www.jana-unvergessen.de; Available: <http://www.jana-unvergessen.de/suizidforum.html>; (29.06.2016)

⁶⁹⁶ Etzersdorfer, Elmar; Neue Medien und Suizidalität: Gefahren und Interventionsmöglichkeiten: Unter Mitarbeit von Jürgen Schramm und Jürgen Kratzenstein; S.: 20 f.

⁶⁹⁷ Vgl. Anonymous; Unbenannt; Available: http://www.liveleak.com/view?i=5e3_1286805999; (21.11.2013); Es handelt sich hierbei um einen Post eines jungen Mannes, der sich vor einer aufzeichnenden und übertragenden Web-cam erhängt hatte.

⁶⁹⁸ Vgl. dazu weiter oben die Punkte 2.3.2 Ausgegliederte Sterben als auch 2.4.1 Verdrängte Tod und 2.4.2 Sprachlich ausgegliederte Tod

⁶⁹⁹ Wahba, Annabel; Der letzte Chat; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 18.06.2009; Available: <http://www.zeit.de/2009/26/Internetselfmord-26/komplettansicht>; (25.11.2013)

⁷⁰⁰ Vgl. Fn. 698

⁷⁰¹ Vgl. Anonymous; Selbstmord vor laufender Webcam; In: CHIP Digital GmbH (Hrsg.); www.chip.de vom 21. November 2008; Available: http://www.chip.de/news/USA-Selbstmord-vor-laufender-Webcam_33811054.html; (25.11.2015)

ist nicht leicht einzusehen, ob ein (schlechter) Witz gemacht wird oder etwas dramatisches geschieht: im Zuschauer wird aber eine voyeuristische Ader angesprochen, der viele unhinterfragt nachgeben, so dass dann ein junger Mann auch erst später aufgesucht wird, obwohl er sich bereits seit Stunden nicht mehr regte und niemand reagierte. Die zynisch anmutenden Kommentare stellen nun keine angemessene Antwort auf den Ruf des Suizidalen dar, als dass er oder sie vielmehr in seinem Handeln bis in das Extrem – die erfolgreiche Umsetzung – getrieben wird⁷⁰². Die rechtliche Beurteilung eines solchen Verhaltens der *Diskussions-Teilnehmer* sollte ihnen m. E. eine gewisse Mitschuldigkeit am Geschehen übertragen und sie haftbar machen, damit sie greifbar wären.

6.2 Ethische Einwände gegen Suizid

Ethische Einwände gegen Selbsttötungen ergeben sich aus der Beantwortung der Frage gegen wen oder wessen Recht verstoßen wird. Zuvörderst erscheint das religiös begründete Verbot des Suizids. Ich wende mich gegen Gott und gebe das Geschenk des Lebens vorzeitig zurück. Andere könnten argumentieren, ich wölte mich von meiner persönlichen Umwelt abwenden. Aber mein Suizid ist doch wohl eine Sache zwischen mir und meinem Gewissen/Gott? Oder verstoße ich gegen ein ungeschriebenes Naturgesetz, wenn ich meinem freien Willen folge und dieses Leben weggebe?

In der philosophischen Tradition finden sich drei ethische Einwände gegen die Selbsttötung, die in ihrer Überlieferung auf Thomas von Aquin zurückgehen⁷⁰³: Mit dem Suizid verstößt der Mensch gegen gesellschaftliche Normen und gegen seine Natur, denn er will ja eigentlich im Leben bleiben; er verstößt gegen seine eigene Freiheit und schließlich sogar gegen göttliches Recht⁷⁰⁴.

6.2.1 Metaphysischer Einwand gegen Suizide

Metaphysisch betrachtet verdankt der Mensch seine Existenz einem göttlichen ES. Damit steht fest, dieses Leben, Dasein ist ein Geschenk⁷⁰⁵ und letzten Endes nur geliehener Besitz, der mir zur Nutzung

⁷⁰² Vgl. ebda.

⁷⁰³ Vgl. Wittwer, Hector; Selbsttötung als philosophisches Problem: über die Rationalität und Moralität des Suizids; S.: 301

⁷⁰⁴ Vgl. Häcker, Barbara; Die ethischen Probleme der Sterbehilfe; S.: 101

⁷⁰⁵ Vgl. Friß, Michael; „Komm süßer Tod“: – Europa auf dem Weg zur Euthanasie? Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe; S.: 119 f.

und Verwaltung überlassen wurde⁷⁰⁶, einer höheren Macht. Somit ist das menschliche Selbstbestimmungsrecht an eine Grenze angelangt, die zu übertreten wir weder befugt noch befähigt sind. Einzig diese göttliche Macht kann und darf über das menschliche Leben verfügen⁷⁰⁷.

Bereits in der Antike lassen sich derartige Gedanken bei den Orphikern und Pythagoreern finden⁷⁰⁸. Letztere „lehnen [...] Suizid als Ungehorsam gegenüber der göttlichen Autorität ab“⁷⁰⁹. Dabei ist es unerheblich, ob dieses göttliche ES singular oder plural ist⁷¹⁰, der Suizid widerspricht der sittlichen Eigenliebe und verstößt gegen die alleinige göttliche Verfügungsmacht über das menschliche Leben und den Tod: „Der Mensch ist daher nicht absoluter Herr seiner selbst“⁷¹¹. Daraus folgt, dass derjenige, der an einer ethisch verwerflichen Handlung mitwirkt – eben das Verfügen über etwas per se Unverfügbares – sich mitschuldig mache⁷¹².

Auch im *Phaidon* finden sich einige später übernommene Besitzargumente⁷¹³, nach denen a) der Mensch lebe „wie in einer Feste [...] und man sich aus dieser nicht selbst losmachen und davongehen dürfe“ und b) der Mensch sei „eine von den Heerden [sic] der Götter“⁷¹⁴, so dass, aus der Besitzthese heraus der Mensch sei Eigentum der Götter bzw. eines Gottes, es offensichtlich ist,

„[dass] man nicht eher sich selbst tödten dürfe, bis der Gott irgend eine Nothwendigkeit dazu verfügt hat“⁷¹⁵.

Solch eine verständige Interpretation außerhalb des Suizidverbotes aufgrund eines göttlichen Winkes das eigene Leben zu beenden, wurde später von Augustinus übernommen, um einige der Selbsttötungen, von denen die Bibel neutral berichtet⁷¹⁶, zu rechtfertigen⁷¹⁷: als „letzter „frommer Gehorsam (obsequium pietatis)“ [könne dies] kein Unrecht sein“⁷¹⁸.

Durch Thomas von Aquin wird als Göttliches Geschenk die Heiligkeit des Lebens begründet. Wegen des besonderen Gebers dürfe dieses herausragende Geschenk denn auch nicht zurückgeben werden⁷¹⁹. Aus der Unverfügbarkeit des Lebens ist daher auch folgerichtig die Ablehnung des Suizids und der Beihilfe zum Suizid abzuleiten.

⁷⁰⁶ Vgl. Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 59

⁷⁰⁷ Vgl. Kirchenamt der EKD et al.; Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe: Eine Sammlung kirchlicher Texte; S.: 56

⁷⁰⁸ Vgl. Lenzen, Verena; Selbsttötung; S.: 155

⁷⁰⁹ Hofmann, Dagmar; Suizid in der Spätantike: seine Bewertung in der lateinischen Literatur; S.: 25

⁷¹⁰ Vgl. Wittwer, Hector; Selbsttötung als philosophisches Problem; S.: 312

⁷¹¹ Holderegger, Adrian; Der Suizid – Ein Recht auf den freigewählten Tod? Ethische und theologische Überlegungen; S.: 23; In: Brudermüller, Gerd et al.; Suizid und Sterbehilfe

⁷¹² Vgl. Graf, Roland „Soll mein oder dein Wille geschehen?“ – Gedanken zu Beihilfe zum Suizid aus der Sicht der Katholischen Kirche; In: Rehmann-Sutter et al.; Beihilfe zum Suizid in der Schweiz; S.: 221

⁷¹³ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie; S.: 181

⁷¹⁴ Schleiermacher, Friedrich; Platons Werke: Zweiten Theiles Dritter Band; S.: 22

⁷¹⁵ Ebda.; Sokrates musste sich nach *seinem Verrat* den Tod selbst geben. Obwohl er die Möglichkeit zur Flucht hatte, akzeptierte und respektierte er die Entscheidung der Richter/der Götter. [Fehler so übernommen. – M.F.]

⁷¹⁶ Vgl. Bauer, Emmanuel J et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 84

⁷¹⁷ Vgl. Wittwer, Hector; Selbsttötung als philosophisches Problem; S.: 314

⁷¹⁸ Augustinus; De civitate dei, libI, cap 26; zitiert nach: Bauer, Emmanuel J et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 93

⁷¹⁹ Vgl. Walter, Jens et al.; Menschenwürdig sterben: ein Plädoyer für Selbstverantwortung; S.: 53

In der philosophischen Debatte werden als metaphysische Einwände noch vorgebracht, dass das Leben nach Kant d) nur geliehen ist⁷²⁰; Locke versteht den Menschen e) als ein Werk Gottes⁷²¹ und somit ist der Mensch dessen Eigentum und auch f) Gottes Diener⁷²²; schließlich hat der Mensch wiederum nach Kant g) als „Soldat oder Wache im Dienst Gottes auf seinem Posten auszuharren“⁷²³.

Diese Argumente gegen eine Selbsttötung sind in sich schlüssig. Als ein Diener oder eine Wache Gottes darf ich meinen Posten nicht verlassen, es könnte ihm ein Schaden durch meinen Suizid entstehen. Als sein Werk und/oder Eigentum ist es mir nicht gestattet, mein Leben zu zerstören; da es mir nur zur Nutzung, als Leihgabe anvertraut wurde; entsteht letztlich wiederum Gott ein Schaden, wenn ich damit zerstörerisch umgehe.

Am heftigsten kritisiert wird das Geschenk-Argument⁷²⁴. Denn wenn mir etwas geschenkt wurde, habe ich dann nicht die freie Verfügung über das Geschenk, da es durch den Akt der Schenkung in meinen Besitz übergegangen ist, und kann ich mit diesem meinem Eigentum nicht tun was mir beliebt, es beispielshalber vorzeitig zurückgeben, wenn es mir keine Freude mehr verschaffen kann?

Eingeschränkt wird der metaphysische Einwand gegen den Suizid dadurch, dass er nur jene zu überzeugen vermag, die an ein göttliches ES glauben. Eine universale ethische Geltung des Verbotes eines Suizids lässt sich aber auf metaphysischer Ebene nicht begründen.

Es ist naheliegend, dass die verschiedenen Kodizes ihren Angehörigen nicht zum hemmungslosen Gebrauch der Freiheit raten, ihrem diesseitigen Leben ein rascheres Ende zu bereiten, um sich in einer besseren jenseitigen Welt wiederzufinden. Denn dieser Gott oder dieses Göttliche wird von den Gläubigen als Person gedacht, zu der der Mensch in direkter Verbindung stehe und der damit direkt ein Schaden entstehen würde. Damit wird zugleich auf sozialetischer Ebene ein Einwand gegen den Suizid formuliert. Jedoch lässt sich stringent sagen: „das geht den Einzelnen und seinen Gott an, wir sind nicht Richter“⁷²⁵.

Inzwischen hat sich in der christlichen Welt das Verhalten gegenüber durch eigene Hand gestorbene Menschen gewandelt:

„Doch die Selbsttötung billigen und gutheißen kann der Mensch nicht [...]. Jeder Selbsttötungsversuch kann für ihn nur ein „Unfall“ und ein Hilfeschrei sein“⁷²⁶.

Allen Glaubensgemeinschaften ist eine Art Wiederkehr gemein, welche entweder in dieser Welt oder in einer anderen Ebene stattfindet. Jedoch ist zu unterstellen, dass etwa ein Hindu sich nicht das Recht

⁷²⁰ Vgl. Götz, Carmen; Friedrich Heinrich Jacobi im Kontext der Aufklärung: Diskurse zwischen Philosophie, Medizin und Literatur; S.: 372

⁷²¹ Vgl. Held, Susann; Eigentum und Herrschaft bei John Locke und Immanuel Kant: Ein ideengeschichtlicher Vergleich; S.: 67 Fn. 188

⁷²² Besonders im Koran wird der Mensch häufig als Diener Gottes bezeichnet. Vgl. Koran Sure 39: 53; vgl. dazu: Boumaaiz, Amina et al.; „Bin ich nicht Euer Herr?“ (Sure 7: 172): Aspekte zum Menschenbild im Islam; In: Boehme, Katja (Hrsg.); „Wer ist der Mensch?“ Anthropologie im interreligiösen Lernen und Lehren

⁷²³ Wittwer, Hector; Selbsttötung als philosophisches Problem; S.: 315

⁷²⁴ Vgl. Walter, Jens et al.; Menschenwürdig sterben; S.: 55 f.

⁷²⁵ Jaspers, Karl; Existenzzerhellung; S.: 313; In: Jaspers, Karl; Philosophie

⁷²⁶ Rat der EKD et al.; Gott ist ein Freund des Lebens: Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, S. 107

nehmen dürfe, sein Leben zu beenden, um aus dem *Samsara*⁷²⁷ auszubrechen, dadurch würde sein Karma leiden:

„Das Ende des Lebens selbst herbeizuführen wird nämlich im Hinduismus grundsätzlich abgelehnt“⁷²⁸ da die Upanishaden „which are considered as Hindu philosophy distilled, condemn suicide“⁷²⁹ und ein „früher Tod [als] eine Bestrafung betrachtet“⁷³⁰ wird. Dagegen behauptet aber die Psychiaterin Lakshmi Vijayakumar im Hinduismus seien „Individual suicides [...] condemned, but religious suicides [...] condoned“⁷³¹.

Der von Gewaltverzicht gekennzeichnete Buddhismus lehnt den Suizid nicht ausdrücklich ab.

„Wer sein Leben freiwillig verkürzt, beraubt sich ja der Übungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, die sich dem Menschen in seiner knapp bemessenen Zeit auf Erden bieten. Buddha verwirft daher den Selbstmord, ohne ihn zu verdammen“⁷³².

Vielmehr wird die Möglichkeit vergeben, in dieser Existenz weiter an sich zu arbeiten, sich zu verbessern⁷³³, um letztlich zur Erleuchtung zu gelangen. Aber ein verwelkender Leib, welcher der letzte auf der spirituellen Reise ist darf bei schwerer Krankheit eher verlassen werden⁷³⁴.

Auch im Islam lassen sich Gedanken finden, die denen des jüdisch-christlichen Glaubens entsprechen, wonach allein der Lebensspender über das menschliche Leben verfügen darf⁷³⁵. Aber: „Explizite Aussagen zum Suizid sind im Koran nicht enthalten“⁷³⁶. Die Exegeten sind sich jedoch uneins, ob in Sure 4:29 „Und tötet euch nicht!“⁷³⁷ ausgedrückt werden soll, dass der Mensch *sich selbst* oder die Menschen *sich gegenseitig* nicht töten dürfe(n)⁷³⁸. Aber der Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD) bezieht entsprechend der Auslegung der passenden Stellen im Koran „in Übereinstimmung mit vielen Punkten“ der christlichen Ansichten und der jüdischen Glaubenslehre den Standpunkt Suizide und die Hilfe dazu seien abzulehnen⁷³⁹. Eine Nennung, gegen welche Regel oder wessen Anspruch mit einer Selbsttötung verstoßen wird, unterbleibt.

⁷²⁷ Samsara bezeichnet den durch ewige Wiederkehr gekennzeichneten Kreislauf der Wiedergeburten, aus dem auszubrechen nur möglich ist durch die Erlösung. Vgl. Stanford, Peter; 50 Schlüsselideen Religion: übersetzt von Sebastian Vogel; S.: 132 ff.

⁷²⁸ Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 33

⁷²⁹ Vijayakumar, Lakshmi; [Suicide in] India; S.: 121; In: Yip, Paul Siu Fai (Hrsg.); Suicide in Asia: Causes and Prevention

⁷³⁰ Neuberger, Julia; Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen; S.: 57

⁷³¹ Vijayakumar, Lakshmi; [Suicide in] India; S.: 122; In: Yip, Paul Siu Fai (Hrsg.); Suicide in Asia

⁷³² Gantke, Wolfgang; Selbstmord – ein Tabu auch in außereuropäischen Religionen?; S.: 46; In: Brudermüller, Gerd et al.; Suizid und Sterbehilfe

⁷³³ Vgl. Keller, Christa et al.; Spirituelle Philosophie: Wissen der Orden in Asien und Europa; S.: 275

⁷³⁴ Vgl. Dahlke, Paul; Buddhismus als Religion und Moral; S.: 298

⁷³⁵ Vgl. Häcker, Barbara; Die ethischen Probleme der Sterbehilfe; S.: 102

⁷³⁶ Schrader, Tobias; Sterbehilfe; S.: 163

⁷³⁷ Koran Sure 4, Vers 29

⁷³⁸ Vgl. Bauer, Emmanuel J et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 40

⁷³⁹ Al-Halabi; Muhammad Zouhair Safar; Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht – Eine Handreichung des Zentralrates der Muslime in Deutschland (ZMD); S.: 9 f.

6.2.2 Sozialethischer Einwand gegen Suizide

Unter diesem vielschichtigem⁷⁴⁰ Einwand wird ein Suizid als ein mögliches Vergehen gegen Pflichten gegenüber Anderen betrachtet, denen mit einem Suizid ein Schaden entstehen würde. Allein durch mein Dasein bin ich in Gemeinschaften eingebunden, und habe daher diesen gegenüber auch gewisse Pflichten zu erfüllen. Aristoteles betrachtet eine Selbsttötung als Negierung dieses Herrschaftsanspruches der Gemeinschaft gegen mich und sie sei folgerichtig abzulehnen⁷⁴¹. Unter dem Kapitel *ethische Tüchtigkeit* kommt er in dem Buch V seiner *Nikomachischen Ethik* auf die Gerechtigkeit zu sprechen und untersucht bis zu welchem Maß

„jemand sich selbst ein Unrecht tun kann oder nicht (A). Nämlich (1): zu einem Teil besteht die Verwirklichung der Gerechtigkeit in den Akten, die vom Gesetz im Bereich jeder einzelnen ethischen Trefflichkeit [sic.] befohlen sind. Zum Beispiel gebietet das Gesetz nicht, sich selbst zu töten. Was es aber nicht (ausdrücklich) gebietet, das verbietet es. [...] Wer sich nun im Affekt aus freien Stücken umbringt, der tut dies gegen die richtige Planung. Das aber [lässt] das Gesetz nicht zu. Folglich handelt er unrecht. Aber gegen wen? Doch wohl gegen die Polis, nicht aber gegen sich selbst? Denn er leidet freiwillig ein Unrecht. Deshalb greift auch die Polis mit Strafe ein: in gewissen Umfang trifft den Selbstmörder Ehrverlust, weil er gegen die Polis ein Unrecht begangen hat“⁷⁴².

Was das Gesetz nicht ausdrücklich gebietet, das verbietet es, lautet die aristotelische Argumentation wider den Suizid. Der Gemeinschaft entstehe ein Schaden. Jedoch lautet die moderne Rechtstheorie: „Erlaubt ist, was das Gesetz nicht verbietet“⁷⁴³. Und ein Suizid ist rechtlich gesehen nicht verboten⁷⁴⁴.

Im weiteren Text erläutert Aristoteles:

„sofern der unrecht Handelnde nur ungerecht und nicht durch und durch schlecht ist, ist es unmöglich, sich selbst Unrecht zu tun [...] Recht und Unrecht kommen immer nur zustande, wenn andere Personen im Spiel sind“⁷⁴⁵.

Indem er die Anderen betont, wird damit die Legitimierung einer Selbsttötung verneint. Ich schade der Gemeinschaft durch meinen Suizid und begehe ein Unrecht gegen das Gemeinwesen. Immer wird einem anderen Schaden zugefügt, und wenn es kein konkreter Anderer ist, so doch die gesamte Gemeinschaft. Ich bin ergo Eigentum der Gemeinschaft und des Staates und muss somit den Verpflichtungen, die mir diesen gegenüber obliegen, nachkommen allein weil ich in diesen Institutionen existiere: meine Arbeitskraft, mein besonderes Talent, meine Nützlichkeit soll ich für die Allgemeinheit einsetzen⁷⁴⁶. Eine Selbsttötung ist verboten,

„weil jeder Teil mit allem, was er ist, dem Ganzen gehört. Jeder Mensch aber ist Teil der Gemeinschaft; deshalb gehört er mit dem, was er ist der Gemeinschaft. Wenn er sich also selbst das Leben nimmt, fügt er der Gemeinschaft ein Unrecht zu“⁷⁴⁷.

⁷⁴⁰ Wittwer unterscheidet insgesamt fünf verschiedene Varianten des sozialethischen Einwandes. Vgl. Wittwer, Hector; Selbsttötung als philosophisches Problem; S.: 341 - 357

⁷⁴¹ Vgl. Mösgen, Peter; Selbstmord oder Freitod? Das Phänomen des Suizides aus christlich-philosophischer Sicht; S.: 41 f.

⁷⁴² Aristoteles; *Nikomachische Ethik*; S.: 150

⁷⁴³ News aktuell GmbH (Hrsg.); *Westfalen-Blatt: Das WESTFALEN-BLATT (Bielefeld) zur Untersuchung von Embryos*; Available: <http://www.fair-news.de/pressemitteilung-90544.html>; (25.11.2015)

⁷⁴⁴ Vgl. weiter unten Punkt 6.3 Ahndung der suizidalen Tendenzen (eines Anderen)

⁷⁴⁵ Aristoteles; *Nikomachische Ethik*; S.: 151

⁷⁴⁶ Vgl. Wittwer, Hector; Selbsttötung als philosophisches Problem; S.: 347 f.

⁷⁴⁷ Aquin, Thomas von; *Summa Theologica*; II-II q 64 a 5.; zitiert nach Zimmermann-Acklin, Markus; *Euthanasie*; S.: 36

Der Philosoph Hector Wittwer verweist aber darauf, dass entgegen der Auffassung von Thomas von Aquin die Gemeinschaft keinen Besitzanspruch an den Einzelnen stellen darf, da die Gemeinschaft

„ihre Mitglieder weder durch Kauf noch durch Schenkung noch durch Erbschaft oder Übertragung erworben [hat]“⁷⁴⁸.

Besitz- oder Eigentumsansprüche an einen Menschen dürften äußerstenfalls die Eltern des Menschen aufstellen, nicht aber die Gemeinschaft, der Staat oder sogar die gesamte Menschheit.

Der Philosoph David Hume hinterfragt kritisch die Wechselwirkung des sozialetischen Argumentes gegen eine Selbsttötung:

„Alle unsere Verpflichtungen, der Gesellschaft Gutes zu erweisen, scheinen eine Art von Gegenseitigkeit einzuschließen. Ich empfangen die Wohltaten der Gesellschaft und sollte daher ihre Interessen fördern; aber wenn ich mich ganz und gar aus der Gesellschaft zurückziehe, kann ich dann noch länger dazu verpflichtet sein“⁷⁴⁹?

Wohl kaum. Nur solange ich von der Gemeinschaft Gutes empfangen bin ich in dieser Lesart auch verpflichtet, ihr Gutes zu erweisen. Töte ich mich, verzichte ich doch auf alle Wohltaten der Gemeinschaft und nivelliere gleichsam meine Verpflichtungen ihr gegenüber.

„Aber angenommen, unsere Verpflichtung, Gutes zu tun, bestünde fortwährend, so hat sie doch sicherlich Grenzen. Ich bin nicht verpflichtet, der Gesellschaft ein geringfügiges Gutes auf Kosten eines großen Übels für mich zu erweisen. Weshalb sollte ich dann ein elendes Dasein eines geringfügigen Vorteils wegen verlängern, den die Öffentlichkeit vielleicht durch mich erhält?

Wenn ich aus Alters- und Krankheitsgründen jedes Amt rechtmäßig niederlegen und meine ganze Zeit darauf verwenden darf, mich gegen diese unglücklichen Umstände zu schützen und mir das Elend des weiteren Lebens so weit wie möglich zu erleichtern: Warum darf ich dieses Elend nicht mit einem Schlag durch eine Handlung beenden, die für die Gesellschaft von nicht größerem Nachteil ist“⁷⁵⁰?

In dieser Güterabwägung, ob große Schmerzen zu erleiden den Nutzen aufwiegen kann, den ich der Gemeinschaft verschaffe, auch wenn er gering ausfällt, erscheint eine objektive Auflösung schwierig.

Utilitaristisch betrachtet ist der moralische Maßstab für die Beurteilung einer Handlung der Gesamtnutzen, der sich aus der Gegenrechnung von positivem und negativem Nutzen für eine größtmögliche Zahl ergibt⁷⁵¹: wenn der negative Nutzen (hier etwa ein „große[s] Übel für mich“, „ein elendes Dasein“) im Endergebnis die Summe des Gesamtnutzes überwiegt, dann sei eine Selbsttötung ethisch nicht zu missbilligen⁷⁵²:

„Aber angenommen, [dass] es nicht länger in meiner Macht steht, das Interesse der Gesellschaft zu fördern, [dass] ich eine Last für sie bin, [dass] mein Leben einige Personen daran hindert, der Gesellschaft viel nützlicher zu sein: In solchen Fällen muss mein Abschied vom Leben nicht nur schuldlos sondern lobenswert sein. Und die meisten Menschen, die in Versuchung kommen, ihr Dasein aufzugeben, sind in einer solchen Lage; diejenigen, die sich der Gesundheit, Kraft und eines Ansehens erfreuen, neigen für gewöhnlich zur Zufriedenheit mit der Welt“⁷⁵³.

In der utilitaristischen Lesart ergeben Humes Überlegungen hier keinen Einwand gegen eine Selbsttötung als vielmehr die Pflicht des Einzelnen, sich aus der Gemeinschaft zu entfernen, sobald er dieser keinen

⁷⁴⁸ Wittwer, Hector; Selbsttötung als philosophisches Problem; S.: 346

⁷⁴⁹ Hume, David; Die Naturgeschichte der Religion; S.: 97

⁷⁵⁰ Ebda.; S.: 97

⁷⁵¹ Vgl. Petersen, Thomas; Individuelle Freiheit und allgemeiner Wille: Buchanans politische Ökonomie und die politische Philosophie; S.: 33

⁷⁵² Vgl. Wittwer, Hector; Selbsttötung als philosophisches Problem; S.: 349; Vgl. dazu weiter oben Punkt 2.2 Thanatos

⁷⁵³ Hume, David; Die Naturgeschichte der Religion; S.: 97 f.

Nutzen mehr zu erbringen vermag. Kinder, Alte und Kranke hätten demnach keinen Anspruch mehr auf die Güter, die die Gemeinschaft ihnen zu geben vermag, wenn sie im Wechsel der Gemeinschaft keinen Vorteil erbringen können.

In einer Weiterfassung des sozialetischen Einwandes formuliert der Philosoph Denis Diderot auf kontraktualistischer Ebene eine Selbsttötung solchermaßen:

„Wer gegen das Gesetz der Erhaltung verstößt, tritt diese Beziehungen mit Füßen. „Ich will nicht mehr dein Vater, dein Bruder, dein Gatte, dein Freund, dein Sohn, dein Mitbürger, dein Mitmensch sein.“ Freiwillig sind wir einige dieser Verhältnisse eingegangen; es hängt nicht mehr von uns ab, sie ohne Ungerechtigkeit zu lösen. (Diderot, Erhaltung, 304)⁷⁵⁴.

Auf familiärer, freundschaftlicher als auch gesellschaftlicher Ebene argumentierend spricht er sich gegen die Legitimierung einer Selbsttötung aus. Immer würde eine vertragliche Bindung gebrochen und immer dem Vertragspartner ein Unrecht geschehen.

Dem widerspricht jedoch die Tatsache, dass ich mir nicht aussuchen kann, in welche Familie oder in welche Gemeinschaft ich hineingeboren werde. Diese Beziehungen werden mir aufoktroiert. Diese zu lösen steht mir frei, denn wo kein Vertrag geschlossen wurde, kann auch ein solcher nicht gebrochen werden.

Andererseits gehen Menschen Bindungen ein, in deren Resultat sie sich verpflichten, ihrem *Vertragspartner* gegenüber gewisse Pflichten zu erfüllen: Mit einer Eheschließung, werden diesem seinem Ehepartner gegenüber gewisse Verpflichtungen übernommen; wer ein Kind bekommt, erlegt sich selbst fürsorgliche Pflichten auf; Freundschaften können mitunter auch als kontraktualistisch betrachtet werden; wer ehrenamtlich eine Funktion übernimmt, geht mitunter vertragliche Verpflichtungen ein. Es wäre ein Unrecht, einige dieser Beziehungen einseitig zu lösen, da wir diesen Verpflichtungen ursprünglich aus freien Stücken nachkommen wollen und somit gegen die moralische Erlaubtheit bestimmter Selbsttötungen sprechen. Schließlich schadet ein Suizid den Hinterbliebenen erheblich, und allein schon dieses psychische Unrecht spricht nach dem Prinzip des *neminem laedere* – niemandem (zu) schaden – gegen Selbsttötungen⁷⁵⁵. Der Schaden, den ein Suizident der Umwelt beibringt, die nicht nur aus Familie und Freunden besteht, sollte so gering als möglich ausfallen. Es darf unter moralischen Gesichtspunkten von einem vernünftig Handelndem erwartet werden, dass er darauf achtet, keine Unbeteiligten zu involvieren oder gar zu instrumentalisieren, wie dies etwa bei Lokführern oder anderen Autofahrern oder Polizisten der Fall sein kann⁷⁵⁶. „Gemeint ist jede Form von Nachteil im privaten oder öffentlichen Bereich“⁷⁵⁷, der vermieden werden sollte.

⁷⁵⁴ Diderot, Denis; Erhaltung [Artikel aus der Enzyklopädie]; S.: 304; zitiert nach Erny, Nicola; Selbsttötung als moralphilosophisches Problem; S.: 148; In: Kaminsky, Carmen et al.; Verantwortung für die Zukunft

⁷⁵⁵ Vgl. Winiger, Bénédict; Verantwortung, Reversibilität und Verschulden; S.: 69

⁷⁵⁶ Besonders traumatisierend sind jene suizidalen Handlungen, bei denen die Umwelt nicht-freiwillig direkt in den Akt der Selbsttötung mit eingebunden oder sogar als Tötungsobjekt missbraucht wird. 1662 Menschen beendeten in Deutschland im Jahr 2010 ihr Leben durch „Sich-Stürzen oder Sich-Legen vor ein sich bewegendes Objekt“ oder durch einen absichtlich verursachten Kraftfahrzeugunfall. Statistisches Bundesamt (Hrsg.); Todesursachenstatistik 2010; S.: 27 f.; Daher muss ein Zugführer schon zu Beginn seiner Laufbahn Arbeitsunfähigkeit und psychische Folgen einkalkulieren, kann aber auch Schadensersatzansprüche gegen die Hinterbliebenen geltend machen. Der Schadensersatzanspruch des Lokführers, der gegen seinen Willen den Tod eines Menschen verursachte, ist darauf gerichtet, die sofortige und womöglich monatelange

Genauer betrachtet ist es schier unmöglich, einen Suizid zu begehen, ohne Dritte damit zu behelligen. Fast immer werden sterbliche Überreste gefunden, muss die Leiche abtransportiert werden, jemand benachrichtigt werden. Auch wenn ein Suizid so arrangiert wird, dass die Leiche niemals gefunden werden kann, bleibt dann doch im Umfeld des Suizidenten die Ungewissheit – welche belastender erfahren werden kann⁷⁵⁸ als etwa Gewissheit über das Schicksal eines Menschen zu haben.

Heutzutage stehen im Zentrum der Kritik des sozialetischen Einwandes die Verpflichtungen, die der Einzelne gegenüber seinen Verwandten und ihm nahestehenden Personen hat⁷⁵⁹: niemand existiert für sich, sondern ist in ein (zumeist weites) soziales Netz eingebunden und ist zugleich diesem Gefüge verpflichtet. Darin liegt die Ambivalenz des sozialetischen Einwandes mit all seinen Facetten: einerseits ist dies ein in sich schlüssiger Einwand gegen die Selbsttötung. Andererseits kann er nur für Menschen Gültigkeit beanspruchen, die gegenüber anderen Menschen soziale Verpflichtungen haben und diesen auch nachkommen können.

Dienstunfähigkeit auszugleichen. Schimmel, Roland; Das Recht des Lokführers auf Schadenersatz von den Erben; In: Wolters Kluwer Deutschland GmbH (Hrsg.); Legal Tribune Online vom 27.07.2011; Available: <http://www.lto.de/recht/hintergruende/h/trauma-nach-schienensuizid-das-recht-des-lokfuehrers-auf-schadensersatz-von-den-erben/>; (25.11.2015)

Ein neuartiges Phänomen stellt der „suicide by cop“ dar, zu dem vor allem im angloamerikanischen Raum mehrere Studien existieren:

„In einer sogenannten „Suicide-by-Cop“-Situation [...] möchte ein Täter sein Leben beenden, indem er andere Personen dazu benutzt, dieses Ziel zu erreichen. [...] Dieses in Deutschland noch recht wenig bekannte und kaum erforschte Phänomen ist eine Form des erweiterten Suizids, bei der sich eine Person in eine bedrohliche Situation begibt, um von einem Polizeibeamten getötet zu werden“.

Heubrock, Dietmar, Der polizeiliche Umgang mit suizidgefährdeten Personen und „suicide by cop“: Handlungs- und Verhandlungsvorschläge; S.: 40; Der Psychologe Dietmar Heubrock führt praktische Motive an, weshalb es zu einem erzwungenem tödlichen Schusswechsel mit Polizeibeamten kommen kann:

„Der Täter ist nicht in der Lage, sich selbst zu töten. Ein Suicide by Cop ist die einzige Methode, die auf Grund des Alters oder einer Behinderung in Frage kommt. Hier handelt es sich um ältere Männer, die befürchten, einen Suizid nicht erfolgreich durchführen zu können, aber sicherstellen wollen, dass sie nicht überleben. Auch Personen mit einer unheilbaren Erkrankung oder körperlichen Gebrechen können diese Methode wählen, um der Aussichtslosigkeit und starken Schmerzen ein Ende zu bereiten. Auch finanzielle Motive können die Entscheidung für einen Suicide by Cop begünstigen. So kann sich ein Täter für diese Methode des Suizids entschieden haben, um Angehörigen die Zuwendung einer Lebensversicherung zukommen zu lassen, die im Falle eines Suizids nicht ausgezahlt würden.“

Heubrock, Dietmar; Der polizeiliche Umgang mit suizidgefährdeten Personen und „suicide by cop“; S.: 49 [Hervorhebung im Original – M.F.]

Die Schätzungen darüber, in wie vielen Fällen der tödliche Schusswaffengebrauch letzten Endes eine SbC-Situation darstellt variieren erheblich, da sich nicht immer nachweisen lässt, dass der Getötete tatsächlich mit dem Sterbevorsatz diese Situation provoziert hat. Die Zahlen schwanken je nach Veröffentlichungsquelle zwischen ca. 16 Prozent und einem Drittel. Vgl. Voorhees, Josh; The Problem With „Suicide by Cop“; In: The Slate Group (Hrsg.); www.slate.com vom 27 August 2014; Available: http://www.slate.com/articles/news_and_politics/politics/2014/08/suicide_by_cop_the_dangerous_term_that_stops_us_from_asking_hard_questions.html; (29.10.2014).

Der Polizist/Soldat begeht mit der provozierten Tötung kein Unrecht

„wenn der Soldat die Rechtslage (einschließlich Rechtfertigungsgründe) zwar kennt, aber irrtümlich das tatsächliche Vorliegen eines Rechtfertigungsgrundes annimmt (sog. Erlaubnistatbestandsirrtum)“.

Heinen, Johannes; Rechtsgrundlagen Feldjägerdienst: mit Erläuterungen des UZwGBw Einsatzgrundlagen im In- und Ausland; S.: 832

⁷⁵⁷ Winiger, Bénédicte; Verantwortung, Reversibilität und Verschulden; S.: 69

⁷⁵⁸ Der Sozialpädagoge Hans Doll erklärt es damit, dass die Angehörigen im ersten Moment nach einem Suizid gar nicht die Tragweite, den Verlust des Menschen an sich erkennen können: „Die Hinterbliebenen verstehen nicht, wie ein geliebter Mensch ihnen so etwas Schreckliches antun konnte“. Schadwinkel, Alina; „Es hilft zu wissen, dass ein Suizid keine leichtfertige Entscheidung ist“; Interview mit dem Sozialpädagogen Hans Doll; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 13. November 2009; Available: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2009-11/selbstmord-hintergrund-interview>; (18.11.2015)

⁷⁵⁹ Vgl. Häcker, Barbara; Die ethischen Probleme der Sterbehilfe; S.: 102 f.

Wenn nun ein leidender

„unheilbar Kranker zu sterben wünscht, so entspricht dieser Wunsch seinem wahren Bedürfnis, und er hat das Recht auf den eigenen Tod auch dann, wenn dieser Tod anderen wehtut“⁷⁶⁰.

6.2.3 Naturrechtlicher Einwand gegen Suizide

Nach einem weiteren großen Argumentationsfeld, das auf der natürlichen Ebene angesiedelt ist, verstößt ein Suizidwilliger gegen die Natur. Die Sozialwissenschaftlerin Nicola Erny weist jedoch kritisch darauf hin, dass *die eine* treffende Definition des Terminus der Natur nicht gegeben ist⁷⁶¹:

„Gegen die Verwendung des Naturbegriffs im ethischen Kontext [lässt] sich aus heutiger Sicht generell einwenden, [dass] mit der Berufung auf die Natur aufgrund der Vieldeutigkeit des Begriffs alles und nichts gerechtfertigt werden kann“⁷⁶².

Einerseits wird argumentiert, der menschliche Trieb zur Selbsterhaltung schließe Suizide per se aus, da das menschliche Sein ein Sein im Sein sei und der Suizid somit widernatürlich sei⁷⁶³. Gegen die Annahme der Selbsterhaltung als einen Trieb ist nichts einzuwenden. Eine moralische Argumentation wider die Selbsttötung daraus herzuleiten ist jedoch gewagt: ein Trieb ist zumeist auf ein Ziel oder *aim* gerichtet, wird dieses erreicht, „kann aus der Befriedigung sowohl Lust als auch Unlust resultieren“⁷⁶⁴. Auf dieser Ebene wird das unbewusste Interesse der Meisten betont, weiterleben zu wollen. Einige wollen aber eben bewusst nicht weiterleben. Und dies sei dem Philosophen Hector Wittwer zufolge allenfalls von statistischem Interesse und nicht zur ethischen Bewertung von Suizidalität geeignet⁷⁶⁵. Eine eventuelle Amoralität von Suiziden aus dem Trieb abzuleiten ist jedoch nur unter Zuhilfenahme einer Vermengung von Argumentationsebenen möglich.

Die Hypothese eines deskriptiven Naturgesetzes erweist sich als falsch, sobald ein Gegenbeispiel eintritt. Da Suizide geschehen, greift die Definition des Begriffes Natur als ein gesetzliches Faktum nicht hinreichend als unschlagbares Argument gegen Suizide.

Es wird auch eingewendet, der Suizident missachte das naturgemäße Gebot der Selbstliebe und greife unerlaubt in den natürlichen Lauf der Dinge ein⁷⁶⁶. Hierbei wird auf naturrechtlicher und metaphysischer

⁷⁶⁰ Kamlah, Wilhelm; *Meditatio Mortis*; S.: 21

⁷⁶¹ Zur Ideengeschichte des Terminus Naturrecht vgl. Gans, Eduard; *Naturrecht und Universalrechtsgeschichte: Vorlesungen nach G.W.F. Hegel*; S.: 9 - 65

⁷⁶² Erny, Nicola; *Selbsttötung als Moralphilosophisches Problem*; S.: 145; In: Kaminsky, Carmen et al.; *Verantwortung für die Zukunft*;

⁷⁶³ Vgl. Prexl, Lydia; *Zwischen Selbstbehauptung und Eskapismus: Der narzisstische Suizid im amerikanischen Gegenwartsdrama*; S.: 21

⁷⁶⁴ Dieterle, Gabriele S.; *Verhaltenswirksame Bildmotive in der Werbung: Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen*; S.: 35

⁷⁶⁵ Vgl. Wittwer, Hector; *Selbsttötung als philosophisches Problem*; S.: 361

⁷⁶⁶ Vgl. Mösgen, Peter; *Selbstmord oder Freitod?*; S.: 48

Basis argumentiert. Thomas von Aquin benennt Ersteres als Argument gegen die moralische Erlaubtheit einer Selbsttötung:

„Sich selbst zu töten ist ganz und gar unerlaubt. [...] Erstens liebt jedes Wesen von Natur aus sich selbst. (...) [Dass] also einer sich das Leben nimmt, ist gegen den Naturtrieb (*inclinacionem naturalem*) und gegen die Liebe (*contra caritatem*), mit der jeder sich selbst lieben [muss]“⁷⁶⁷.

Der Verstoß gegen das natürliche Gebot der Selbstliebe ist mit Verweis auf die christliche Heilslehre zu verstehen: einem Suizidenten droht mit seinem Suizid die ewige Verdammnis. Durch seinen Suizid wählt er das größte mögliche Übel, indem er anmaßend den vorhergesehenen Verlauf der Ereignisse beeinflusst⁷⁶⁸. Diesem Vorwurf entgegnet Hume missbilligend, es sei

„eine Art Gotteslästerung zu glauben, [dass] irgendein erschaffenes Wesen die Weltordnung stören oder in das Geschäft der Vorsehung eingreifen könnte. Das setzt voraus, [dass] jenes Wesen Kräfte und Fähigkeiten besitzt, die es nicht von seinem Schöpfer erhalten hat und die nicht seiner Herrschaft und Gewalt unterstellt sind“⁷⁶⁹.

Wer die Selbsttötung als verwerflich erachtet, weil sie einen Eingriff darstelle, der müsste konsequent alle Handlungen des Menschen missbilligen. Jede Handlung ist jederzeit ein Eingriff in den Lauf der Dinge. Es ist allerdings strittig, bis zu welchem Grad der Mensch in der Wahl seiner Optionen dabei auf einen freien selbstbestimmten Willen zurückgreifen kann.

6.2.4 Medizinisch-psychologischer Einwand gegen Suizide

Zu den einflussreichsten Schriften der medizinisch-psychologischen Auseinandersetzung dieser Thematik zähl(t)en Alfred Adlers *Heilen und Bilden*, sowie Erwin Ringels *Der Selbstmord*. In Ringels Untersuchung an „745 geretteten Selbstmördern“ in deren Ergebnis der Suizid als Finale einer „krankhaften psychischen Entwicklung“ herausgestellt wird, spricht er den Patienten einen freien Willen ab und unterstellt ihnen vielmehr inneren und äußeren psychologischen Zwängen unterlegen zu sein⁷⁷⁰: einer Suizidhandlung gehen immer die drei Stadien „affektive Einengung, Autoaggression und [schließlich eine] Flucht ins Irreale“⁷⁷¹, das sog. „präsuizidale Syndrom“⁷⁷², voraus. Diese Zwänge schien auch bereits Alfred Adler – bei ihm ist es vor allem das Gefühl von Minderwertigkeit – als Auslöser von Suizidalität identifiziert zu haben:

⁷⁶⁷ Aquin, Thomas von; *Summa Theologica*; II-II q 64 a 5.; zitiert nach Zimmermann-Acklin, Markus; *Euthanasie*; S.: 36

⁷⁶⁸ Vgl. Gantke, Wolfgang; *Selbstmord*; S.: 44; In: Bruder Müller, Gerd et al.; *Suizid und Sterbehilfe*;

⁷⁶⁹ Hume, David; *Die Naturgeschichte der Religion*; S.: 97

⁷⁷⁰ Ringel, Erwin; *Der Selbstmord: Abschluß [sic] einer krankhaften psychischen Entwicklung: Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern*. Der Titel ist Programm und gibt auch die Argumentation Ringels wieder. Dem Duktus der Zeit entsprechend sieht er sich nicht veranlasst, zu hinterfragen, inwieweit etwa doch eine freie Entscheidungsbildung dem Suizid vorangehen kann.

⁷⁷¹ Mösgen, Peter; *Selbstmord oder Freitod?*; S.: 24

⁷⁷² Kriseninterventionszentrum Wien (Hrsg.); *Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid*; S.: 3 [Hervorhebung von mir – M.F.]

„Ich konnte in allen Fällen, *bei Nervösen, außerordentlich befähigten Menschen und bei den einer Untersuchung zugänglichen Selbstmördern* den Nachweis erbringen, *daß sie in den Anfängen der Kindheit ein besonders vertieftes Gefühl der Minderwertigkeit besaßen*. Als Ausgangspunkt dieses Gefühls habe ich schon vor Jahren eine *angeborene Minderwertigkeit von Organen und Organsystemen angeschuldigt*, welchen zufolge das Kind beim Eintritt ins Leben durch Kränklichkeit, Schwäche, Plumpheit, Häßlichkeit und Deformität sowie durch Kinderfehler (Bettnässen), Stuhlschwierigkeiten, Sprachfehler, Stottern, Augen- und Gehöranomalien) ins Hintertreffen gerät“⁷⁷³.

Mittlerweile ist in der Medizin und in der Psychologie anerkannt, dass ein konkreter Zusammenhang zwischen Körper und Psyche besteht und sowohl psychische Probleme sich in körperlichen Symptomen manifestieren können, als auch umgekehrt körperliche Gebrechen (bio-)psychologische Beschwerden hervorbringen können⁷⁷⁴. Eine für Alle angenehme Lösung⁷⁷⁴ zur Erklärung von Suizidalität ist, den Suizidenten als unfrei zu erklären;

„Am einfachsten scheint es, *Geisteskrankheit* anzunehmen; man ist so weit gegangen, jeden Selbstmörder für geisteskrank zu erklären. Dann hört die Frage nach Motiven auf; das Selbstmordproblem liegt als erledigt außerhalb der gesunden Welt“⁷⁷⁵

Dennoch ist es verfehlt, jeden Suizidenten als unfrei zu bezeichnen, wie es ebenso unzutreffend ist, jeder Selbsttötung einen freien, wohlüberlegten Entschluss zu unterstellen. Jedoch sind Situationen und Fälle denkbar, in denen der Entschluss zu einem selbstbestimmten Sterben einer wohlüberlegten, von äußeren Zwängen freien Entscheidung entspringt und umgesetzt wird: Der langjährige MDR-Intendant Udo Reiter wurde im Oktober des Jahres 2014 erschossen aufgefunden. Obwohl er über 40 Jahre querschnittsgelähmt war, setzte er seinen wohlüberlegten Suizidentschluss erst im Alter von 70 Jahren um⁷⁷⁶. Die *Süddeutsche Zeitung* sah sich veranlasst, dem Bericht über seinen Tod als auch dem Nachruf auf ihn einen Kommentar nachzustellen, in dem begründet wird, aus welchen Motiven heraus über diesen Fall berichtet wurde, statt zu schweigen: üblicherweise haben Berichte über Selbsttötungen die Folge, dass vermehrt Suizide auftreten⁷⁷⁷. Diese Zurückhaltung gegenüber der Berichterstattung über Suizide entspringt dem sog. *Werther-Effekt*, wonach Selbsttötungen, ähnlich dem Buch Goethes *Suizidwellen* auszulösen imstande sein sollen, wenn zu detailliert oder generell darüber berichtet wird⁷⁷⁸. Dabei ist der Gedanke, dass Suizid als Vorbild eines Ausweges, Nachahmer zu generieren vermag⁷⁷⁹, das Argument schlechthin, eine

⁷⁷³ Adler, Alfred; Drei Beiträge zum Problem des Schülerselbstmords. Erster Beitrag; S.: 207; In: Adler, Alfred et al.; *Heilen und Bilden: Ein Buch der Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen* [Hervorhebung im Original]

⁷⁷⁴ Vgl. dazu die Reihe der Wochenzeitung DIE ZEIT mit diversen Beiträgen zu dem Thema „Psychisch krank“; Available: <http://www.zeit.de/serie/psychisch-krank>; (25.11.2015);

⁷⁷⁵ Jaspers, Karl; *Existenzzerhellung*; S.: 302 [Hervorhebung im Original]; In: Jaspers, Karl; *Philosophie*

⁷⁷⁶ Vgl. Punkt 2.4.1 *Verdrängter Tod*

⁷⁷⁷ Vgl. Anonymous; *Udo Reiter tot aufgefunden*; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); *SZ.de* vom 10. Oktober 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/medien/frueherer-mdr-chef-udo-reiter-tot-aufgefunden-1.2168229>; (25.11.2015)

⁷⁷⁸ Vgl. Sadigh, Parvin; *Der Werther-Effekt schadet, der Papageno-Effekt nützt*; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); *ZEIT online* vom 22. November 2011; Available: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2011-11/suizid-medien>; (10.07.2015)

⁷⁷⁹ Vgl. Schweizer Presserat (Hrsg.); *Stellungnahme des Presserates vom 23. Dezember 1992 zur Berichterstattung über Suizide*

„sensationsträchtige mediale Berichterstattung“⁷⁸⁰ zu verhindern. Solche Argumentationen lassen sich nicht nur im angelsächsischen Raum beobachten⁷⁸¹.

Dem gegenüber ist der *Papageno-Effekt* als suizidpräventiv erkannt worden, wenn in der medialen Berichterstattung Lösungsstrategien angeboten oder aufgezeigt werden⁷⁸². In der *Zauberflöte* gerät Papageno, aus Angst Papagena zu verlieren, in eine Krise, aus der ihm dann verschiedene Wege aufgezeigt werden⁷⁸³. Krisen in einem präsuizidalen Syndrom können das seelische Gleichgewicht ganz schnell kippen, wenn zudem noch Orientierungslosigkeit hinzutritt, ist ein Beispielsuizid in den Medien dann eventuell ein entsprechendes Lösungsmodell⁷⁸⁴.

Die Sterbebegleiterin Elisabeth Kübler-Ross vertritt, aus ihrer Biographie und Berufserfahrung heraus den Standpunkt, mentale Störungen als Erkrankungen wahrzunehmen:

„Die einzige Möglichkeit für den Depressiven ist in dieser Situation [der Depression], seinem Leben, das für ihn unerträglich geworden ist, durch Selbstmord ein Ende zu machen.

Sicher verstehen Sie, daß ein solcher Selbstmord am Ende, nach dem Tod, wenn das Leben des Betroffenen noch einmal vorbeizieht, beurteilt werden wird, als ob er an Krebs gestorben wäre. Bei dieser Form der Depression und des Selbstmords handelt es sich um eine Krankheit, für die der Kranke nicht verantwortlich ist“⁷⁸⁵.

Denn psychische Krankheit, also der „*prinzipiell reversible Verlust von Freiheitsgraden des Erlebens und Verhaltens*“⁷⁸⁶ ist behandel- und somit sind auch etliche Suizide vermeidbar.

Birnbacher fordert hingegen, nicht immer alle Suizide unbedingt zu verhindern. Schließlich entmündige der „zur Intervention Fähige[...], den Suizidenten [...] faktisch“ im unterstellten Interesse seiner „langfristigen Überzeugungen und Werthaltungen“ mit diesem Eingreifen. Der Suizidwillige muss aufgehalten werden, um seinen aktuellen Willen für die längerfristigen Interessen aufzugeben⁷⁸⁷. Aber woher weiß denn der Eingreifende, dass dieser aktuelle Wille nicht doch die langfristigen Präferenzen überwiegt, eventuell keine Langfristigkeit mehr gewünscht wird?

Allein Kurzschlussreaktionen und Affekthandlungen aus etwa Trennungsschmerz heraus oder krankhaft bedingte Suizide müssen verhindert werden. Jedoch der sog. *Bilanzsuizid* oder der *Schienensuizid*, bei dem mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass der Sterbewillige tatsächlich sein Ende absolut gewollt hat⁷⁸⁸, lassen sich nur sehr schwer als solche vorher erkennen und ein dieses Sterbebesuch Prüfender wird wohl eher wie der von Birnbacher vorgeschlagene *eingeschränkte Paternalismus* aber einen Großteil der Suizide verhindern, indem etwa die Patienten

⁷⁸⁰ Kriseninterventionszentrum Wien (Hrsg.); Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid; S.: 3

⁷⁸¹ Vgl. Law, C.K. et al; [Suicide in] Hong Kong; S.: 59; In: Yip, Paul Siu Fai (Hrsg.); Suicide in Asia. Hierbei wurde eine Suizidwelle beobachtet, nachdem über das Verbrennen von Kohle in Wohnräumen mit dem Ziel der Selbsttötung berichtet worden war.

⁷⁸² Vgl. Niederkrotenthaler, Thomas et al.; Role of media reports in completed and prevented suicide; S.: 234 ff.; In: The British Journal of Psychiatry; September 2010, 197 (3)

⁷⁸³ Vgl. Kriseninterventionszentrum Wien (Hrsg.); Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid; S.: 4

⁷⁸⁴ Vgl. ebda.; S.: 10 m.w.V.

⁷⁸⁵ Kübler-Ross, Elisabeth; Erfülltes Leben – würdiges Sterben; S.: 133

⁷⁸⁶ Held, Tilo; Suizid als Krankheit: Gegenübertragungen der Medizin bei Tod und Suizidalität; S.: 165; In: Brudermüller, Gerd et al.; Suizid und Sterbehilfe; [Hervorhebung im Original]

⁷⁸⁷ Birnbacher, Dieter; Ethische Aspekte der suizidprohylaktischen Intervention; S.: 229; In: Suizidprophylaxe Nr. 33 (1982)

⁷⁸⁸ Vgl. Schmidtke, Armin et al.; Epidemiologie von Eisenbahnsuiziden und –suizidversuchen in der Bundesrepublik Deutschland; S.: 313 f.; In: Suizidprophylaxe 18 (1991)

zeitweise entmündigt und zwangseingewiesen werden⁷⁸⁹. Der freie Wille wird also für unterstellte in Ferne liegende potentielle Wünsche negiert.

Auch die (ältere) Position der Neurobiologie stellt darauf ab, dass wir insgesamt nicht frei handeln, sondern „unser Handeln nur als willentlich gesteuert“ interpretieren⁷⁹⁰:

„Das frühzeitige Auftreten einer Vorbereitung der Bewegung im motorischen Kortex zeigt, dass die Bewegung nicht durch ein ihr unmittelbar vorausgehendes bewusstes Ereignis verursacht wird“⁷⁹¹.

Dieser These entsprechend, wäre all unser Handeln letztlich nicht in unserer Verantwortung. Die sog. *Libet-Experimente*, bei denen die Zeit zwischen einer Handlungsentscheidung und ihrer Umsetzung gemessen wurde⁷⁹², erzeugten eine fächerübergreifende Fortsetzung der philosophischen Debatte über die Bestätigung bzw. Widerlegung des freien Willens⁷⁹³. Ohne die gesamte Kontroverse darzustellen, sei der Streit der Neurobiologie und Philosophie wer oder was „nun die Autorität bei einer Willensausübung“⁷⁹⁴ innehat, dahingehend zusammengefasst, dass eine Seite neuronale Prozesse im Gehirn⁷⁹⁵, die andere Position „dem geistigen Selbst des frei Entscheidenden“ diese Autorität zuspricht⁷⁹⁶.

Unterstellen wir obige Definition, der gemäß für die Willensbildung ein Verstehen der Situation und des Ausblickes zudem Einsicht in das Handeln und der Konsequenzen daraus, für ein einsichtsfähiges und wohlüberlegtes Handeln ist, dann scheint auf den ersten Blick ein Suizid eine Option zu sein, der nicht spontan nachgegeben werden würde. Es gibt jedoch Situationen, in denen der Tod subjektiv als das geringere Übel identifiziert wird. So ist es noch immer nicht möglich, allen Krebspatienten sämtliche Schmerzen zu nehmen und deren Situation erträglich zu gestalten⁷⁹⁷. Auch der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio ist der Meinung, dass nicht immer der freie Wille zu einer Suizidtat auszuschließen sei:

„Eine Suizidentscheidung angesichts schwerster Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung kann im Einzelfall auch aus psychiatrischer Sicht freiverantwortlich sein“⁷⁹⁸.

⁷⁸⁹ Vgl. Birnbacher, Dieter; Ethische Aspekte der suizidprophylaktischen Intervention; S.: 229 – 239; In: Suizidprophylaxe Nr. 33 (1982)

⁷⁹⁰ Vgl. Grothe, Benedikt; Nimmt uns die Neurobiologie den freien Willen? Eine kritische Betrachtung der Aussagekraft moderner Neurowissenschaftlicher Methoden; S.: 239; In: Vossenkuhl, Wilhelm et al.; *Ecce Homo! Menschenbild – Menschenbilder*

⁷⁹¹ Nida-Rümelin, Martine; Zur philosophischen Interpretation der Libet-Experimente; S.: 92; In: Holderegger, Adrian et al.; *Hirnforschung und Menschenbild: Beiträge zur interdisziplinären Verständigung*

⁷⁹² Vgl. Seidenfuß, Benedikt Kilian; Das Gefüge der Freiheit: Eine strukturgenetische Freiheitsbegründung im Kontext der Humanwissenschaften; S.: 83 ff.

⁷⁹³ Für die ideengeschichtliche Darstellung seit Descartes vgl. Nitzschke, Bernd; Ich denke also bin ich: Es. Eine kurze Beschreibung des langen Weges von Descartes zu Freud; In: Trees, Wolfgang et al.; *Willensfreiheit zwischen Philosophie, Psychoanalyse und Neurobiologie. Einen zusammenfassenden Überblick über die Entwicklung der Debatte seit Libet gibt: Magrabi, Amadeus; Libet Experimente: Die Wiederentdeckung des Willens; In: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH (Hrsg.); spektrum.de vom 9. April 2015; Available: <http://www.spektrum.de/news/die-wiederentdeckung-des-willens/1341194> (25.11.2015)*

⁷⁹⁴ Erny, Nicola; Willensfreiheit heute: Der neue Streit der Fakultäten; S.: 70; In: Trees, Wolfgang et al.; *Willensfreiheit zwischen Philosophie, Psychoanalyse und Neurobiologie*

⁷⁹⁵ Vgl. Schweer, Martin K. W. et al.; *Psychologische Grundlagen professionellen Handelns in sozialen Berufen: Band 1: Entwicklung und Lernen*; S.: 187

⁷⁹⁶ Erny, Nicola; Willensfreiheit heute; S.: 70; In: Trees, Wolfgang et al.; *Willensfreiheit zwischen Philosophie, Psychoanalyse und Neurobiologie*

⁷⁹⁷ Vgl. Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu – Vom Sterbehilfe-Diskurs zur Novellierung des § 216 StGB; S.: 21

⁷⁹⁸ Borasio, Gian Domenico; Wie, wo und wann dürfen wir sterben? Das ärztliche Menschenbild am Lebensende zwischen Autonomie und Fürsorge; S.: 115; In: Vossenkuhl, Wilhelm et al.; *Ecce Homo! Menschenbild – Menschenbilder*

Der freiverantwortliche Entscheid, dem Leben ein Ende zu setzen, weil die Bilanz negativ ausfällt: „Diese gibt es“⁷⁹⁹. Dabei möchte ich diesen sog. *Bilanzsuizid* verstanden wissen, als einen der Vernunft entspringenden Entschluss, als eine Tat, die für Dritte nachvollziehbar, für „die Anderen einfühlbar, verständlich und akzeptabel ist“⁸⁰⁰.

Einem eingeschränktem Paternalismus, dem schützenden Verhalten des Arztes oder eines Partners vorgehend, werden sicherlich nicht alle freigefassten Suizidgedanken verbalisiert – um entweder einer vermeintlich drohenden „Zwangseinweisung“ zu entgehen⁸⁰¹ oder aber auch, um nicht den Eindruck eines erpressenden Verhaltens entstehen zu lassen. Die Äußerung von suizidalen Gedanken kann auch als Druckmittel angesehen werden, gewisse Änderungen im persönlichen Umfeld zu bewirken, ohne dass dies so gewünscht wird. Einige Menschen fassen völlig frei für sich den wohlüberlegten Entschluss, dass bei Eintritt des Ereignisses X für sie dieses Leben zu beenden ist.

6.3 Ahndung der suizidalen Tendenzen (eines Anderen)

Der Versuch sich willentlich selbst zu töten sowie die erfolgte Selbsttötung wurden oftmals verurteilt. Daher stellte sich auch immer die Frage einer angemessenen Bestrafung für solche Handlungen⁸⁰², die zeigten, dass einzelne Menschen sich die Freiheit nehmen, einer Bevormundung durch irgendeine Obrigkeit entgegenzuwirken oder sich ihr zu entziehen. In religiösen Gesellschaften hätte es m.E. ausgereicht, den Suizidwilligen in der diesseitigen Welt auf die unterstellten ewigen Qualen in der jenseitigen Welt hinzuweisen. Aber nicht nur der Sterbewillige konnte noch nachträglich bestraft werden, indem er fern der üblichen Begräbnisplätze entsorgt⁸⁰³ oder etwa seine Leiche geschändet wurde.

„Durch [Letzteres] rächt sich die mittelalterliche Gesellschaft an einem Selbstmörder dafür, daß er die Regeln gebrochen hat, mit denen sich die Gemeinschaft gegen den Tod zu schützen versucht. Ihren Kampf gegen die Natur kann sie nur gewinnen, wenn der Zusammenhalt der sozialen Gruppe stark genug ist“⁸⁰⁴.

Auf diese Weise sollte vergolten werden, dass der Suizident „auch über die Gemeinschaft, welcher [er] angehörte, Unheil“⁸⁰⁵ gebracht habe und „die ihm zugestandene begrenzte Selbstbestimmung

⁷⁹⁹ Ebda.; S.: 116

⁸⁰⁰ Etzersdorfer, Elmar; Einige Bemerkungen zum Konzept des „Rationalen Suizids“; S.: 93; In: Suizidprophylaxe 3, 1994

⁸⁰¹ Bahner, Beate; Recht im Bereitschaftsdienst: Handbuch für Ärzte und Kliniken; S.: 218

⁸⁰² Erst 1961 wurde in Großbritannien der Suizid aus dem Katalog der Straftaten entfernt. Vgl. Pohlmeier, Herrmann; Selbstmord und Selbstmordverhütung; S.: 11

⁸⁰³ Vgl. Happe, Barbara; Die Trennung von Kirche und Grab: Außerstädtische Begräbnisplätze im 16. und 17. Jahrhundert; S.: 72; In: Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal et al.; Raum für Tote: Die Geschichte der Friedhöfe von den Gräberstraßen der Römerzeit bis zur anonymen Bestattung

⁸⁰⁴ Mischler, Gerd; Von der Freiheit das Leben zu lassen: Kulturgeschichte des Todes; S.: 64

⁸⁰⁵ Bauer, Immanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 149

missbraucht⁸⁰⁶ hat. Einige Kulturen ersannen auch zusätzliche Bestrafungen für die Angehörigen. So wurde im Mittelalter wiederum nach antikem Vorbild⁸⁰⁷ auf die Konfiszierung der Güter zurückgegriffen⁸⁰⁸:

„Durch die Konfiskation seiner irdischen Habseligkeiten entschädigen sich die weltlichen und kirchlichen Obrigkeiten für den Verlust der Arbeitskraft des Selbstmörders“⁸⁰⁹.

Die Familie eines Suizidenten zu bestrafen ist eine äußerst harte Sanktion gewesen, die die Familien ruinieren konnte. Neben dem Wegfall eines Einkommens und dem Verlust einer Arbeitskraft musste auch der Wegfall eines Familienmitglieds überwunden werden. Zusätzlich kamen noch Scham und Signum hinzu:

„In der abendländischen Kultur wurde das Begriffs- und Praxisfeld Selbstmord zur Disziplinierung und Stigmatisierung gestaltet und verwendet“⁸¹⁰.

Die Güterkonfiskation war eine der härteren Formen der nachträglichen Bestrafung eines Suizids oder des Versuches. Der Versuch wurde zumeist mit milderer Bußen, wie beispielshalber Gefängnisstrafen, geahndet⁸¹¹. In der Zeit der Aufklärung setzten sich verständigere Ansichten durch, die eine Störung im seelischen Gleichgewicht als nicht ahndenswerten Beweggrund ansahen, so dass die Tat an sich nicht verurteilt wurde:

„Die Strafrechtstheorie der Aufklärung manifestierte sich im europäischen Vergleich relativ früh in dem Reskript von 1751, in dem Friedrich II., [...], für ausnahmslos alle Suizidenten ein ehrliches Begräbnis vorschrieb und die Bestrafung des Suizidversuchs aufhob“⁸¹².

Da der Suizident nicht als Opfer wahrgenommen, sondern als Täter angesehen wurde⁸¹³, wurde auch immer wieder versucht diese

„Tat dementsprechend zu ahnden. Darum hieß es auch, dass jemand Suizid *verübte*, wie man eine Tat verübt“⁸¹⁴.

Um Nachahmer abzuschrecken und die hiesige Ordnung wiederherzustellen wurden diverse Mittel ergriffen, um etwa den Suizidwilligen noch nachträglich zu bestrafen:

„Die Versuche, dem Normierungssystem der Gesellschaft Geltung zu verschaffen, führten im 19. Jahrhundert dazu, daß in Großbritannien *erfolglöse* Selbstmörder nachträglich gehenkt wurden“⁸¹⁵.

Einen suizidalen Menschen, der sich den Tod wünscht, nach einem Selbsttötungsversuch hinzurichten, kommt seinem Vorhaben doch gerade entgegen. Sein Ziel aus eigener Anstrengung nicht erlangend, wird

⁸⁰⁶ Kamphausen, Klaus; Ich bringe mich um: Das Leben ist (k)eine Alternative; S.: 213

⁸⁰⁷ Vgl. Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 64

⁸⁰⁸ Vgl. Bauer, Immanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 149

⁸⁰⁹ Mischler, Gerd; Von der Freiheit, das Leben zu lassen; S.: 63

⁸¹⁰ Kamphausen, Klaus; Ich bringe mich um; S.: 213

⁸¹¹ Vgl. Hannusch, Heidrun; Todesstrafe für die Selbstmörderin: Ein historischer Kriminalfall; S.: 170 ff.

⁸¹² Dies war die Diametralisierung der Intentionen Friedrich I.; Baumann, Ursula; Vom Recht auf den eigenen Tod: Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert; S.: 118

⁸¹³ Vgl. dazu weiter oben Punkt 6.1 Selbstmord und Freitod

⁸¹⁴ Bauer, Immanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 17

⁸¹⁵ Kodalle, Klaus-M.; Das Sein-zum-Tode. Einige philosophische Skizzen; In: Jorke, Dietfried (Hrsg.); Sterben – Tod – Begräbnis; S.: 75

ihm das Ziel seines Strebens von außen angetragen⁸¹⁶. Für die Angehörigen eine zusätzliche Belastung und Ächtung.

Auch heute noch sind Scham und Stigma Gründe, einen Suizidversuch oder einen erfolgten Suizid als Unfall oder dergleichen zu verschleiern⁸¹⁷. Möglich ist auch, einen erfolgten Suizid aus finanziellen Gründen heraus zu vertuschen, wenn etwa eine gewisse Klausel einer Lebensversicherung besteht, die untersagt, die Versicherungssumme auszuzahlen, wenn ein Suizid vorliegt⁸¹⁸. Dies kann also ein Grund sein, den Suizid eines Angehörigen zu verheimlichen oder auch umzudeuten⁸¹⁹.

Die Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche zehnmal höher ist, als die der erfolgten Suizide⁸²⁰: „Die Dunkelziffer an Suiziden ist immer höher als die offizielle Suizidrate“⁸²¹. Der Suizidversuch als auch die erfolgreiche Tat werden in Deutschland⁸²² und der Schweiz⁸²³ nicht mit Strafe bedroht. Dies wird damit begründet, dass

„bei Vollendung der Tat der Täter nicht bestraft werden kann und zum anderen, dass die Tötungsstraftatbestände die Tötung eines *anderen* Menschen voraussetzen“⁸²⁴.

Solange der Tatkreis sich auf den Rechtsraum des Subjektes bezieht, nur wenn der Suizid „ohne Vorankündigung [...] und ohne das Beisein anderer“⁸²⁵ geschieht, wird eine strafrechtliche Würdigung Dritter weitestgehend vermieden.

Die sog. *Garantenstellung* als auch die *Tatherrschaft* über ein Geschehen an sich können den Suizid (-versuch) eines Menschen zusätzlich noch für Anwesende strafbar machen, obwohl der Suizid per se nicht strafbar ist. Der Grund für eine eventuelle strafwürdige Teilnahme ist darin zu sehen, „dass ein fremdes Rechtsgut, das Leben, berührt wird“⁸²⁶. Es wird strafrechtlich unterschieden, ob ein Garant oder ein Nichtgarant anwesend oder hilfestellend waren⁸²⁷. Der Garantspflicht unterliegen sich gegenseitig Eheleute, Eltern ihren Kindern und Ärzte ihren Patienten gegenüber⁸²⁸. Dieser besonderen Stellung in dieser besonderen Situation geschuldet, ist ein Nicht-Eingreifen Dritter gegenüber dem Sterbewilligen

⁸¹⁶ Es sei denn, der Suizident hat seine ursprüngliche Meinung geändert und möchte nun vielmehr im Leben bleiben. Gemäß dieser Auffassung unterstellt der Bundesgerichtshof, dass ein möglicher Unglücksfall vorliegt und eine Pflicht für Dritte zur Lebenserhaltung besteht. Vgl. in diesem Abschnitt weiter unten Seite 124 f.

⁸¹⁷ Vgl. Schmidtke, Armin et al; Postvention bei suizidalen Handlungen; S.: 52; In: Borcsa, Maria et al; Suizid; Psychotherapie im Dialog Nr. 2; Juni 2012; 13

⁸¹⁸ Vgl. Bronisch, Thomas; Der Suizid: Ursachen, Warnsignale, Prävention; S.: 20

⁸¹⁹ Vgl. Dimler-Wittleder, Petra; Der Umgang mit dem Tod in Deutschland; S.: 36

⁸²⁰ Vgl. Barth, Gottfried Maria; Pdf der Power-Point-Präsentation zur Thematik Suizidalität im Sommersemester 2014 an der Eberhard Karls Universität Tübingen; Available: http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ppkj/Studium/barth_suizidalitaet_ss_14.pdf; (20.01.2015); Düstere Schätzungen gehen von einer bis zu 50mal höheren Dunkelziffer aus.

⁸²¹ Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 46

⁸²² Vgl. Vollmann, Jochen; Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid: eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte; S.: 38; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur

⁸²³ Das chStGB kennt nur einen Straftatbestand bezüglich des Suizides. Dieser bezieht sich aber weder auf den Suizidenten noch auf die Tat an sich: Art 115 chStGB:

„Wer aus selbststüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft“.

⁸²⁴ Schrader, Tobias; Sterbehilfe; S.: 81

⁸²⁵ Niemz, Susanne; (Assistierter) Suizid als Negierung der Rechtsordnung?; S.: 343; In: Estermann, Josef (Hrsg.); Der Kampf ums Recht: Akteure und Interessen im Blick der interdisziplinären Rechtsforschung

⁸²⁶ Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 117

⁸²⁷ Vgl. Bottke, Wilfried; Suizid und Strafrecht; S.: 316

⁸²⁸ Vgl. Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 131

von erheblicher ethischer Brisanz. Die Selbstbestimmung des Einzelnen kollidiert mit der Rettungspflicht des Anderen. Laut herrschender Meinung dürfe ein Helfender zwar den sprichwörtlichen Strick reichen, die Anwesenden müssten aber bei Übergang der Tatherrschaft auf sich bei eingetretener Bewusstlosigkeit des Sterbewilligen den Suizidwilligen dann losschneiden, um das anvisierte Ziel zu verhindern⁸²⁹. Einer etwaigen *Erfolgsabwendungspflicht* unterliegt ein Anwesender aber nicht, wenn das gereichte Mittel schnell genug wirkt⁸³⁰.

In einer strafrechtlichen Würdigung wäre die besondere Beziehung des Suizidwilligen und der als kontraktualistisch anzusehenden Verbindung zwischen Täter und Helfer von besonderer Gewichtung: Not verpflichtet zum Helfen, Gefahr verpflichtet diese von der Person abzuwenden. Und wenn dies bereits gegeben ist, dann bin ich meinem Ehepartner, Kind oder Patienten gegenüber zu einem Eingreifen nicht nur moralisch verpflichtet:

„Denn nach Auffassung des Bundesgerichtshofs handelt es sich bei einem Suizid grundsätzlich um einen „Unglücksfall“⁸³¹,

da

„ein ursprünglich durchaus ernsthafter Selbsttötungswille nach Beendigung des Suizidversuchs aufgegeben worden sein kann“⁸³²

und unterstellt wird, der Suizidversuchende könne nun seinen Rücktritt von der gewollten Tat nicht mehr ausdrücken⁸³³.

Dennoch ist es möglich, dass in einer Suizidsituation der Garant wegen Totschlags und ein Nichtgarant wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt zu werden riskiert⁸³⁴. Die Soziologin Susanne Niemz gibt das gültige deutsche Verständnis von Beihilfe wieder:

„a) Einem Suizidwilligen wird ein Giftbecher zum Trinken überreicht und von diesem ausgetrunken (= straflose Beihilfe zum Suizid).

b) Die tödliche Flüssigkeit wird dem Suizidwilligen eingeflößt [sic.], und dieser schluckt sie selbstständig herunter (= Tötung auf Verlangen)⁸³⁵.

Eine explizite Betonung der Strafbarkeit der zweiten Option wird hierbei nicht für nötig befunden. Jedoch ist in diesem Beispiel keine aufrechtzuhaltende Unterscheidung in dem Zur-Verfügung-Stellen offensichtlich. In beiden Fällen muss der Suizidwillige mittels Wunsch seine gezielte Aktion darauf richten, sein Leben durch ein Mittel zu beenden. Und ob nun der Schluckakt oder die diesem vorausgehende Aktion – Tabletten in den Mund legen etwa – noch willentlich ausgeführt werden können, spricht letztlich m.E. gegen eine Unterscheidung der Beihilfe. Die letzte Handlung, das Schlucken, muss in diesem Fall vom Betroffenen noch steuerbar sein. Er könnte die Substanz einfach nicht schlucken.

⁸²⁹ Vgl. Gropp, Walter; Zur Freiverantwortlichkeit des Suizids aus juristisch-strafrechtlicher Sicht; S.: 18 f.; In: Pohlmeier, Hermann et al.; Suizid zwischen Medizin und Recht

⁸³⁰ Vgl. Roxin, Claus; Täterschaft und Tatherrschaft; S.: 590 f.

⁸³¹ Bahner, Beate; Recht im Bereitschaftsdienst; S.: 218

⁸³² Dettmeyer, Reinhard; Medizin und Recht; S.: 98

⁸³³ Vgl. Coeppecus, Rolf; Das „Gesetz über Patientenverfügungen und Sterbehilfe“: Wann sind die Umsetzung von Patientenverfügungen und eine Sterbehilfe rechtmäßig?; S.: 102 ff.

⁸³⁴ Vgl. Schrader, Tobias; Sterbehilfe; S.: 87 f.; m.w.V.

⁸³⁵ Niemz, Susanne; (Assistierter) Suizid als Negierung der Rechtsordnung?; S.: 345; In: Estermann, Josef (Hrsg.); Der Kampf ums Recht

Warum darf nicht der letzte verbliebene Muskel, die letzte Herrschaft über diesen Körper genutzt werden, ohne dass sich jemand, den ich gern dabei hätte, schuldig macht? Dass dieser gezielten Ausübung körperlicher und selbstbestimmter Willensbildung der Weg versperrt und eventuell einem geliebten Dritten angelastet wird, ist unerhört! Wenn mein kleiner Zeh das letzte verbliebene Inselchen in meiner beherrschten Motorik ist, soll diesem auch gehorcht werden, eine Maschine gebaut werden, die ich per kleinem Zeh fernsteuern kann, auf dass mir eine letale Dosis eines Stoffes von einer Maschine injiziert wird, wie es etwa *DIGNITAS* ermöglicht:

„Kann das Mitglied schlucken, so nimmt es das Medikament, aufgelöst [...], durch Trinken zu sich. Besteht eine Magensonde über die Nase oder in Form einer PEG-Sonde [...] oder eine zuvor gelegte laufende Infusion und ist das Mitglied in der Lage, eine daran angesetzte Spritze mit der Medikamentenlösung selbst zu bedienen, führt es sich auf diese Weise das Medikament selbst zu. Ist das Mitglied nicht in der Lage, eine Spritze zu bedienen, kann es jedoch mit einer kleinen Bewegung (bspw. der Finger, Zehen, Kiefer) eine vorhandene leicht gängige Fernbedienung auslösen, wird die dazu gehörige Schmerzpumpe eingesetzt. Liegt zudem eine maschinelle Beatmungssituation vor, löst das Mitglied vorgängig auch noch den so genannten «Netzterminator» aus, der nach Zufuhr des Mittels nach einiger Zeit das Stromnetz selbsttätig unterbricht und damit für die Einstellung der maschinellen Beatmung sorgt⁸³⁶.

In der Praxis von *DIGNITAS* gibt sich der Sterbewillige mittels ausgeklügelter Mechanismen oder Apparate auch bei größten körperlichen Einschränkungen selbst den Tod. Auf diese Weise kann verhindert werden, dass Dritten ein tatherrschaftliches Ausführen angelastet werden könnte. Ein helfender Arzt als Garant riskiert hierzulande beispielshalber zusätzlich zu einer strafrechtlichen Verfolgung

„gegebenenfalls standesrechtliche Sanktionen sowie [eine eventuelle Ahndung] nach dem Arzneimittelgesetz⁸³⁷.

Wenn nun aber eine Person aus subjektiven Gründen zu sterben wünscht, die objektiv nachvollziehbar sein können, sollte ein wohlwogener nach reiflicher Überlegung entstandene Wunsch nach dem Tode auch unterstützt werden. Das sicherste wäre, medizinisch geschulte Personen würden diesen sog. Bilanzsuizid unterstützen.

6.4 Bilanzsuizid

Zu verstehen ist darunter ein Suizid(-versuch), der verübt wird, nachdem das Subjekt aus einer Gegenüberstellung der zu erwartenden Güter und der gegenwärtigen Situation heraus zu dem Schluss kommt, dass das weitere Leben ihm keine ihn überzeugenden Güter mehr zu bieten vermag: die objektiv nüchterne Lebensbilanz an sich negativ ausfällt⁸³⁸.

⁸³⁶ Dignitas; So funktioniert *DIGNITAS*: Auf welcher philosophischen Grundlage beruht die Tätigkeit dieser Organisation?; S.: 19 [Hervorhebung im Original]

⁸³⁷ Bahner, Beate; Recht im Bereitschaftsdienst; S.: 191

⁸³⁸ Vgl. Mösgen, Peter; Selbstmord oder Freitod?; S.: 99 f.

In der Debatte über die Erlaubtheit des Suizids auch als philosophischer Suizid bezeichnet⁸³⁹, wird unterstellt, dass aus einer rein rationalen Güterabwägung heraus der Entschluss zum Suizid gefasst und umgesetzt wird. Hierbei ist strittig, inwieweit dabei der Suizident inneren und äußeren Zwängen unterliegt⁸⁴⁰. Wie weiter oben herausgearbeitet, stellen die Gegner der These des Bilanzsuizids darauf ab, dass der Mensch niemals frei in seiner Willensentscheidung ist, als vielmehr ständig den Gegebenheiten des Lebens unterliegt und nahezu niemals von einem freien Entschluss gesprochen werden kann:

„Einen *Bilanzsuizid* im Sinne einer bewußten [sic.], freien und objektiv nachvollziehbaren Entscheidung zum Tod gibt es nicht“⁸⁴¹.

Der Psychiater Erwin Ringel und die sich auf ihn berufenden Autoren sprechen dann auch dem Suizidenten den freien Willen ab, wenn etwa finanzielle Konstellationen auf „eheliche Auseinandersetzungen“ treffen und dieses Konglomerat aus bezwingenden Umständen dazu führt, dass ein Suizid(versuch) unternommen wurde⁸⁴².

Was aber spricht gegen einen freien Willen, auch wenn dieser unter den ungünstigsten Bedingungen als das Optimum an Handlung empfunden wird; ist der freie Wille denn in einer rationalen Konstellation gebildet höherwertiger, als der in einer beklemmenden, nicht anders abwendbaren Situation gefasste Entschluss?

Naturgemäß gibt es seelische Zustände, die einen freien Willen per se ausschließen, das Versicherungsrecht etwa nennt Beispiele⁸⁴³. Um einer eventuellen Zahlungsverpflichtung dennoch zu entgehen, wird aber *vorausgesetzt*, dass die Selbsttötung aus freien Stücken heraus erfolgte⁸⁴⁴. Die Hinterbliebenen sind dann in der Nachweispflicht, zu zeigen, dass der freien Willensbildung eine erhebliche Störung entgegenstand und somit die Versicherungssumme zu zahlen ist.

Dem kann jedoch entgegengehalten werden, dass der Suizident, der etwa eine *Suicide-by-Cop*-Situation erzwingt, um etwaige Lebensversicherungsansprüche nicht verfallen zu lassen, sehr wohl äußerst rational handelt, schließlich beurteilt er seine Situation als nicht mehr lebenswert, versucht aber durch dieses Miss-Brauchen eines Polizisten letztlich seine Angehörigen noch in einem gewissen Rahmen somit abzusichern und einen vermeintlich zielsicheren Weg der Selbsttötung zu nehmen.

Der freie Wille kann auch da zum Tragen kommen, wo die inneren und äußeren Zwänge so beherrschend sind, dass ein freies Handeln nahezu ausgeschlossen scheint; wenn ein Handeln nicht mehr möglich ist, kann ich mich noch immer gewissen Handlungen gegenüber verweigern und meinen Willen etwa durch Passivität zum Ausdruck bringen: das einfache Verweigern wird dann als Ausdruck des freien Willens angesehen werden müssen⁸⁴⁵.

⁸³⁹ Vgl. Hick, Christian; *Klinische Ethik: Mit Fällen*; S.: 107

⁸⁴⁰ Vgl. dazu weiter oben Punkt 6.2.1.4 Medizinisch-psychologische Einwand

⁸⁴¹ Mösgen, Peter; *Natürlicher Tod und Bilanzsuizid*; S.: 21; In: *Suizidprophylaxe I*, 1996

⁸⁴² Vgl. etwa Petersen, Friedel; *Suicid mit dem PKW in Gestalt eines vermeintlichen Verkehrsunfalles*; S.: 43

⁸⁴³ Vgl. Cording, Clemens et al.; *Begutachtung der „freien Willensbestimmung“ bei Suizid in der Lebensversicherung*; S.: 1070 ff.; In: *Der Nervenarzt* 9 2009

⁸⁴⁴ Vgl. Fn. S.: 142

⁸⁴⁵ Vgl. dazu weiter oben Punkt 6.1.2 FVNF - Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und Exit Bag

Auch trifft es m.E. nicht zu, den freien Willen einer suizidalen Handlung von vornherein auszuschließen, wenn bereits im Vorfeld der Tat Suizidversuche unternommen wurden oder der Suizid angekündigt wurde. Die vorherige Ankündigung zeugt doch eher von der ernstlichen Absicht, das Leben zu beenden, als immer *nur* einen Hilferuf darzustellen. Vorher erfolgte Suizidversuche schließen nicht aus, dass diesem erneuten Versuch eine ernstliche und freie Entscheidung zu Grunde liegt⁸⁴⁶. Jedoch dürfen Verallgemeinerungen nicht die Beurteilung und das Handeln gegenüber dem Suizidwilligen bestimmen: weder ist jeder Suizid Ergebnis einer freien und wohlüberlegten Gedankenkette, noch darf in die andere Richtung argumentiert werden, jeder Suizident sei unfrei in seiner Willensbildung.

„Und weil der sogenannte Selbstmord doch auch kein unnatürlicher Tod ist, weil es immer natürlich zugeht – dieweil der Mensch eben im Leben wie im Sterben immer mit zu der Natur gehört –, darum bin ich geneigt, den neuen, nicht ganz einwandfrei gebildeten Ausdruck Freitod [...] dem älteren und an die Sprache des Strafrechts erinnernden Worte *Selbstmord* vorzuziehen [...] Freitod erinnert mich, wie Freitreppe, Freistatt, an etwas, das ins Freie führt, das Freiheit gewährt“⁸⁴⁷.

In diesem Sinne gesteht § 161 des *Versicherungsvertragsgesetzes* (VVG) dem Suizidenten zumindest implizit eine freie Willensbildung zu, wenn es die Bedingungen nennt, unter denen die Angehörigen Ansprüche gegen den Versicherer geltend machen können:

„(1) Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person sich vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss der Versicherungsvertrags vorsätzlich selbst getötet hat. Dies gilt nicht, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist“⁸⁴⁸.

Auch die Schweizer Unfallversicherungsverordnung (UVV) unterstellt einem Suizidwilligen „nicht generell völlige Urteilsunfähigkeit“⁸⁴⁹:

„Wollte sich der Versicherte nachweislich das Leben nehmen [...], so findet Art. 37 Abs. 1 UVG keine Anwendung, wenn der Versicherte zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war vernunftgemäß zu handeln“⁸⁵⁰.

Nun liegt es nahe, den Suizidfall in der eigenen Familie, sollte er innerhalb der drei Jahre nach Abschluss des Vertrages geschehen, als einen Ausdruck einer krankhaften seelischen Störung durch einen Arzt oder Gutachter klassifizieren zu lassen, um die eventuellen Leistungen dennoch zu erhalten – wie unwürdig: ein wohlüberlegter Suizid wird damit nachträglich einer Störung der seelischen Kräfte angedichtet; der durchdachte Entschluss noch zusätzlich diffamiert. Dem Suizidenten wird der freie Wille abgesprochen und er als bloße Marionette seiner Affekte von seinem Verhalten entmündigt.

Aber etwaige gesundheitliche Entwicklungen werden damit außen vor gelassen. Vom Standpunkt der familiären Vorbelastung gegenüber einer schweren Erkrankung oder beispielshalber demenzielle Erkrankungen können bekanntlich den Wunsch zu sterben erst entstehen lassen oder zumindest den

⁸⁴⁶ Vgl. Petersen, Friedel; Suicid mit dem PKW; S.: 43

⁸⁴⁷ Mauthner, Fritz; Wörterbuch der Philosophie: Neue Beiträge zu einer Kritik der Sprache; Bd. III; S.: 181 f.

⁸⁴⁸ BMJV (Hrsg.); Gesetz über den Versicherungsvertrag; § 161; Im vorhergehenden Text dazu heißt es erläuternd: § 81 *Herbeiführung des Versicherungsfalles* entbindet den Versicherer von seiner Leistung gegenüber dem Versicherten, auch wenn der Versicherer keine erneute (psychiatrische) Untersuchung gesetzlich verlangen kann. Auch kann der Versicherungsnehmer niemanden bestimmen, ihn zu töten, um die Versicherungssumme an Dritte ausbezahlen zu lassen. BMJV (Hrsg.); Gesetz über den Versicherungsvertrag; S.: 39. ff.

⁸⁴⁹ Schöpf, Josef; Psychiatrie für die Praxis: Mit ICD-10-Diagnostik; S.: 365

⁸⁵⁰ Art. 48 *Schuldhaftes Herbeiführen des Unfalles*

Entschluss dazu verstärken. In einer wohlüberlegten Auseinandersetzung mit dem Bisher und dem Zukünftigen kann, rational und subjektiv betrachtet, der Tod die bessere Alternative für einen potentiell Betroffenen darstellen. In diesem Sinne urteilt auch der Psychiater Elmar Etzersdorfer:

„daß der „rational“ geäußerte Wunsch nach dem eigenen Tod zumindest in gewissen Situationen, wie einer unheilbaren Erkrankung, zu respektieren sei“⁸⁵¹.

Der bereits zitierte Udo Reiter fasste es in Bezug auf eine drohende Krankheit wie etwa Alzheimer nachvollziehbar zusammen:

„Ich möchte nicht als Pflegefall enden, der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird. Ich möchte mir nicht den Nahrungersatz mit Kanülen oben einfüllen und die Exkreme unten wieder herausholen lassen. Ich möchte nicht vertrotteln und als freundlicher oder bösartiger Idiot vor mich hindämmern. Und ich möchte ganz allein entscheiden, wann es soweit ist und ich nicht mehr will, ohne Bevormundung durch einen Bischof, Ärztepräsidenten oder Bundestagsabgeordneten. [...] Ich möchte bei mir zu Hause, wo ich gelebt habe und glücklich war, einen Cocktail einnehmen, der gut schmeckt und mich dann sanft einschlafen lässt.

Dazu brauche ich Hilfe, am besten ärztliche Hilfe“⁸⁵².

6.5 Suizidprävention um jeden Preis?

Ausgehend vom Verständnis aus, der Suizid sei in jedem Fall grundsätzlich Ausdruck/Resultat einer psychischen Grunderkrankung oder auch, dass sich der Sinn des Sterbewilligen im Moment der Tatausführung gewandelt habe, ist es sicher eine menschliche Aufgabe⁸⁵³, die keiner weiteren Legitimation bedarf, die Selbstbestimmung und die Freiheit des Suizidenten zu ignorieren und den Suizid(-versuch) zu verhindern.

Um dieses moralphilosophische Problem zu erörtern, kann das Ergebnis der Überlegungen zur Legitimität einer Selbsttötungshandlung außen vor gelassen werden; es ist unerheblich, ob eine verbotene oder eine erlaubte Handlung vollzogen wird: einzig das Ergebnis der Aktion – hier der gesuchte Tod, welcher sich in einer konkreten Handlung manifestiert – und ein eventuelles Eingreifen sollen fokussiert werden. In einer Situation, in der ein Mensch im Begriff ist, seinem Leben eine Ende zu bereiten, wer darf, wer ist verpflichtet einzugreifen? Oder steht die Selbstbestimmung in ihrer Wertigkeit höher als das als höchstes Gut angesehene Leben, mit der Konsequenz, dass eine Intervention in jedem Fall zu unterbleiben hat?

Zunächst einmal kann hierbei auf die bereits erwähnte Garantenpflicht abgestellt werden. Polizisten oder herbeigerufene Ärzte finden sich in jedem Fall dem Zwang ausgesetzt, das menschliche Leben zu

⁸⁵¹ Etzersdorfer, Elmar; Einige Bemerkungen zum Konzept des „Rationalen Suizids“; In: Suizidprophylaxe 3, 1994

⁸⁵² Reiter, Udo; Mein Tod gehört mir; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 04. Januar 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/leben/selbstbestimmtes-sterben-mein-tod-gehört-mir-1.1856111>; (23.11.2015)

⁸⁵³ Vgl. Holderegger, Adrian; Die Sehnsucht nach dem eigenen Tod; 46 f.

bewahren. Aber auch jeder, der von solch einem Vorhaben Kenntnis erlangt oder jemand, der die Möglichkeit hat, die gefährdete Person zu retten, unterliegt der Pflicht zum Eingreifen, um die Gefahr abzuwenden⁸⁵⁴. Dem Arzt als statuiertem Garanten dann etwa könnte die Pflicht zukommen, den Patienten mit solchen Gedanken eines Suizids einweisen zu lassen⁸⁵⁵. Aus dieser Angst heraus werden einige Personen diese aber gegenüber ihrem Arzt verschweigen⁸⁵⁶. Der sog. *Garantenpflicht* unterliegen

„zum Beispiel Eltern für ihre Kinder oder – kraft enger Lebensgemeinschaft – Eheleute füreinander und auch – kraft übernommener Pflichtenstellung – der Hausarzt für seine Patienten“⁸⁵⁷.

Es wird also staatlicherseits eine auf Vertragsgrundlage eingegangene Beziehung definiert, wonach die einzelnen Teile die Fürsorge füreinander übernehmen. Nun ist bei dem Suizid einer Person fragwürdig, in wiefern der Garant einen freiverantwortlichen Suizid unterstützen darf. Hierbei kommt der juristische Terminus der *Tatherrschaft* in die Auseinandersetzung. Per se ist ein Suizid in Deutschland nicht strafbewehrt, also kann eine Form der Beihilfe dazu auch nicht mit Strafe geahndet werden⁸⁵⁸. Bei

„Ärzten, aber auch nahen Angehörigen, die unter Umständen die Tat des Suizidenten begleitet haben, ist fraglich, ob sie in diesem Zeitpunkt aufgrund ihrer Garantenstellung ebenfalls verpflichtet sind den Suizidenten zu retten, um einer Bestrafung durch Unterlassen (§§ 212, 13 StGB⁸⁵⁹) zu entgehen. Dies ist nach unserer Rechtsprechung tatsächlich der Fall. Hier hilft es nur, den Garanten in einem Schriftstück ausdrücklich von seiner Pflicht freizustellen“⁸⁶⁰.

Es hat sich die Ansicht durchgesetzt, dass der Garant den Suizidwilligen vor Eintreten einer ernsthaften Gefährdung verlassen muss, um seiner Rettungspflicht entgehen zu können⁸⁶¹. Sehr unfair: den Sterbewilligen allein lassen zu müssen. Auch ein aufgesetztes Schriftstück vermag da den Rettungspflichtigen nicht ernstlich von dieser Pflicht zu entbinden, da die Suizidforschung unterstellt, viele Suizidenten seien froh darüber, bei oder nach einem Versuch gerettet worden zu sein; dass sich der Wille bereits während der Tat gewandelt habe und der Lebenswunsch nunmehr wieder überwiege⁸⁶².

Weder ein absoluter Paternalismus noch ein „radikale[r] Autonomismus“⁸⁶³ greifen das Problem in seiner ganzen Bandbreite auf. Ersterer wird versuchen, jeden Menschen zu retten; letzterer spricht jedem überall das Recht auf Suizid zu:

„Wir werden dieses gravierende Problem nicht durch den blossen Verweis auf begriffliche Dichotomien [sic] wie «urteilsfähig vs. urteilsunfähig» oder «psychotisch vs. nicht psychotisch» lösen können“⁸⁶⁴

Die Philosophen und Theologen Bauer, Emmanuel J. et al. schlagen daher vor, sich mittels an einem sich zwischen den Extremen bewegenden *Prokurantismus* der Situation und der Person zu nähern. Sie

⁸⁵⁴ Vgl. Große-Vehne, Vera; Tötung auf Verlangen; S.: 206

⁸⁵⁵ Vgl. Gavela, Kallia; Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe; S.: 53

⁸⁵⁶ Vgl. Borasio, Gian Domenico; Wie, wo und wann dürfen wir sterben?; S.: 116; In: Vossenkühl, Wilhelm et al.; *Ecce Homo! Menschenbild – Menschenbilder*

⁸⁵⁷ Schüttauf, Konrad; Suizid im Recht; S.: 96; In: Brudermüller, Gerd et al.; *Suizid und Sterbehilfe*

⁸⁵⁸ Vgl. Vollmann, Jochen; Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid; S.: 52; In: Gordijn, Bert et al.; *Medizinethik und Kultur*

⁸⁵⁹ Strafgesetzbuch (StGB)

⁸⁶⁰ Vetter, Petra; Selbstbestimmung am Lebensende; S.: 56

⁸⁶¹ Vgl. Schrader, Tobias; Sterbehilfe; S.: 87 ff.; m.w.V.

⁸⁶² Vgl. Härle, Wilfried; *Menschsein in Beziehungen: Studien zur Rechtfertigungslehre und Anthropologie*; S.: 245

⁸⁶³ Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 132

⁸⁶⁴ Hoff, Paul; Suizidwunsch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Symptom oder autonomer Entscheid?; S.: 852; In: Schweizerischen Ärztezeitung, Nr. 93/2012 {Schreibweise so übernommen. – M.F.]

begründen ihre Vermutung damit, dass geschulte „Helfer befristet die Verantwortung für den suizidalen Menschen“⁸⁶⁵ übernehmen, um ihn vor sich selbst zu schützen⁸⁶⁶. Der tragende Gedanke ließe sich mit der Formel *In dubio pro vita* – mit der Einsatzkräften in einer Notsituation in der der Patientenwille nicht bekannt und/oder nicht eruierbar ist, bereits eine Orientierung an die Hand gegeben ist, wie mit einem nichtansprechbarem Patienten zu verfahren ist – auf den Punkt bringen⁸⁶⁷. Es solle dabei aber keine Generalisierung im Sinne eines *Immer dann wenn ...* sondern eine Option im Zweifelsfall, eben bei Ungewissheit darstellen, da es durchaus vorstellbar ist, dass der bilanzierende Teil der Motivation zu einer suizidalen Handlung überwiegt: *Im Zweifel dann...* . Wenn der Helfer über keinerlei Vorkenntnisse bezüglich der vorgefundenen Person verfügt, ist der Schaden, der durch ein helfendes Eingreifen abgewendet wird bei Weitem größer, als wenn kein Eingriff erfolgt wäre. Zynisch betrachtet könnte der Suizidale seinem Leben bei einer anderen Gelegenheit ein Ende bereiten. Da aber von Medizinern und Psychologen die These untermauert wird, über 90 Prozent der suizidalen Handlungen seien als Hilferufe anzusehen⁸⁶⁸, bewegt sich ein potentieller Helfer auf der sicheren Seite, wenn er lebenserhaltend eingreift. Anders verhält es sich wiederum, wenn Dritte von einem Suizidalen erst in eine Situation hineingezwungen werden, in der sie beispielshalber in Notwehr handeln müssen, um „einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden“⁸⁶⁹.

Besonders Polizisten, die

„are trained in the use of deadly force; they consistently carry firearms and will deploy deadly force with reasonable certainty when confronted by a life-threatening situation“⁸⁷⁰

oder ähnliche Einsatzkräfte sehen sich seit geraumer Zeit einem Phänomen gegenübergestellt, dass sie letztlich als Tötungsmittel missbraucht werden, um einem Menschenleben ein Ende zu setzen, ohne dies gewollt zu haben:

„In einer sogenannten „Suicide-by-Cop“-Situation [...] möchte ein Täter sein Leben beenden, indem er andere Personen dazu benutzt, dieses Ziel zu erreichen. [...] Dieses in Deutschland noch recht wenig bekannte und kaum erforschte Phänomen ist eine Form des erweiterten Suizids, bei der sich eine Person in eine bedrohliche Situation begibt, um von einem Polizeibeamten getötet zu werden“⁸⁷¹.

In den Vereinigten Staaten wurde 1998 pro Tag eine Person von „*law enforcement officers*“ getötet⁸⁷². Ich möchte dieses Phänomen nicht nur auf Polizisten beschränkt verstanden wissen. In vielen Ländern übernehmen Soldaten Maßnahmen zur Wahrung der öffentlichen Sicherheit. Es ist nicht auszuschließen, dass diese ebenso als Tötungsmittel missbraucht werden. Eine derartige Konstellation als *Suicide-by-Cop*-Lage zu klassifizieren benötigt mehrere Elemente:

⁸⁶⁵ Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 133

⁸⁶⁶ Ähnliches schlug schon Birnbacher mit einem *ingeschränkten Paternalismus* vor. Vgl. weiter oben Punkt 6.2.1.4 Medizinisch-psychologische Einwand

⁸⁶⁷ Vgl. Wiesing, Urban; Reanimieren/Nicht Reanimieren aus philosophischer Sicht; S.: 386; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur

⁸⁶⁸ Vgl. Krüger, Andreas; Epidemiologische Untersuchung der Suizidalität in der Hansestadt Stralsund und deren Umgebung im Zeitraum 1987 – 1992; S.: 2

⁸⁶⁹ StGB § 32 Notwehr

⁸⁷⁰ Hutson, H. Range et al.; Suicide by Cop; S.: 666; In: Annals of Emergency Medicine; Volume 32, Issue 6, December 1998

⁸⁷¹ Heubrock, Dietmar, Der polizeiliche Umgang mit suizidgefährdeten Personen und „suicide by cop“; S.: 40

⁸⁷² Hutson, H. Range et al.; Suicide by Cop; S.: 666; In: Annals of Emergency Medicine; Volume 32, Issue 6, December 1998

„voluntariness on the part of the suicidal individual, a clear and present danger to the officer(s) or others, and a communication of the threat, whether verbal or nonverbal“⁸⁷³.

Dieses Phänomen verdient in Europa mehr Beachtung⁸⁷⁴. Immerhin begeben sich die Beamten in Lebensgefahr. Aber eine etwaige Güterabwägung zwischen der Gefahr für die eigene Person und andere Personen und der Identifikation der Gegebenheit als einer möglichen *suicide-by-cop*-Konstellation als solche wird unter dem Druck der Situation kaum gelingen⁸⁷⁵.

Nicht immer sind alle Suizidversuche zu unterbinden und nicht immer sind alle Suizide zu gewähren. Ähnlich dem ärztlichen Ermessen muss umstandsbedingt entschieden werden, ob dieses Leben bewahrt werden muss oder der Selbstbestimmung entsprechend in Untätigkeit verharret werden kann. Lediglich die rechtlichen Grenzen übertragen einem Dritten Erfolgsabwendungs⁸⁷⁶- und Rettungspflichten. Jedoch ist sich das Leben zu nehmen sehr häufig nur unter Zuhilfenahme Dritter möglich. Dabei sollten aber die Selbstbestimmung, Autonomie und Werte derer nicht verletzt werden: niemand darf in die Pflicht genommen werden zu einem Lebensende verhelfen zu müssen.

6.6 Beihilfe zum Suizid

Nach dem Verständnis der BÄK verbietet sich hierzulande eine ärztliche Beihilfe zum Suizid aus standesrechtlichen und –ethischen Gründen heraus⁸⁷⁷. Sie folgt dadurch der Auffassung der WMA, eine ärztliche Beihilfe sei „unethical and must be condemned“⁸⁷⁸. Damit ist aber in erster Linie nicht die Vermittlung einer Möglichkeit avisiert als vielmehr auf eine Verschaffung zur Möglichkeit⁸⁷⁹ zum Suizid durch einen Arzt fokussiert. Es ist also das Bereitstellen eines Giftes, das sog. *Strick-Reichen*, welches nicht durch Ärzte getätigt werden solle. Auf die Vermittlung einer Gelegenheit zur Selbsttötung kommen wir weiter unten zu sprechen.

⁸⁷³ Violanti, John M. et al.; Copicide: Concepts, Cases and Controversies of Suicide by Cop; Klappentext

⁸⁷⁴ Auch das entsprechende Gegenstück wurde ermittelt: *suicide-by-suspect*, wonach der eigene Tod der Einsatzkraft willentlich oder billigend in Kauf genommen wird. Vgl. ebda.; S.: 89 f.

⁸⁷⁵ Vgl. Lord, Vivian B. et al.; Suicide by Cop: Police Shooting as a Method of Self-Harming; S.: 889; In: Journal of Criminal Justice 38 (2010):

„Suicide by Cop (SbC) incidents, police-related deaths that could be considered suicides due to the subject's precipitated actions that demonstrate suicidal motivations through words or behavior are difficult to classify. The subjects' intent is not understood, and risk factors for SbC incidents include the complication of others' Interactions“.

⁸⁷⁶ Vgl. dazu Roxin, Claus; Täterschaft und Tatherrschaft

⁸⁷⁷ Vgl. BÄK (Hrsg.); Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; S.: 346; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 7/2011 vom 18. Februar 2011

⁸⁷⁸ WMA; Statement on Physician-Assisted Suicide; S.: 1

⁸⁷⁹ Vgl. Grimm, Carlo et al.; Sterbehilfe: rechtliche und ethische Aspekte; S.: 127

Eine weitere Differenzierung, ob eine Beihilfe vorliegt, kann nach der bereits bekannten Tatherrschaft vorgenommen werden: nimmt der Patient das tödliche Medikament selber ein, ist es Suizid⁸⁸⁰. Wird ihm jedoch von einem Dritten eine Spritze verabreicht, so liegt eindeutig die Tatherrschaft bei dem Geber und müsste strafrechtlich als eine Tötung auf Verlangen gewertet werden. Es wird also unterschieden zwischen unmittelbarer Täterschaft und bloßer Teilnahme⁸⁸¹. Am weitesten greift die schweizerische Auffassung von Suizid, wonach auch dann ein Suizid vorliegt, wenn dem Sterbewilligen das tödliche Medikament zwar in den Mundraum eingeflößt wird, er dieses aber allein schlucken muss⁸⁸²: der Betreffende könnte dieses Mittel auch wieder ausspucken.

Schwierig ist die Ausdifferenzierung der einzelnen Handlungen. Die KNMG betrachtet beispielshalber das Einbringen einer Infusionsnadel oder das Verabreichen einer Aufwachinfusion an sich noch nicht als zur Suizidhandlung gehörig, jedoch alle folgenden Handlungen⁸⁸³.

6.6.1 Ärztliche Assistenz zum Suizid in den Niederlanden

Die KNMG versteht unter Beihilfe „Das Verschaffen von Mitteln zur Selbsttötung durch einen Anderen“⁸⁸⁴ und verweist auf die Strafbarkeit der Beihilfe durch Art. 294 niederländisches Strafgesetzbuch (nlStGB):

- „1. Jede Person, die absichtlich eine andere zur Selbsttötung anstiftet, wird, wenn die Selbsttötung erfolgt, mit Freiheitsstrafe von höchstens drei Jahren oder Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.
2. Jede Person, die absichtlich einer anderen bei der Selbsttötung behilflich ist oder die Mittel dazu verschafft, wird, wenn die Selbsttötung erfolgt, mit Freiheitsstrafe von höchstens drei Jahren oder Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft. Artikel 293, zweiter Teil gilt sinngemäß“⁸⁸⁵.

Der Paragraph auf den hier verwiesen wird, Art. 293, behandelt die Tötung auf Verlangen:

- „1. Die Person, die absichtlich das Leben einer anderen auf deren ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin beendet, wird mit Freiheitsstrafe von bis zu zwölf Jahren oder Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.
2. Die im ersten Abschnitt bezeichnete Tat ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die Sorgfaltspflichten erfüllt, die in Artikel 2 des *Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und*

⁸⁸⁰ Zur Differenzierung des „Selbst-Einnehmens“ siehe weiter oben Punkt 6.3 Ahndung der suizidalen Tendenzen (eines Anderen)

⁸⁸¹ Vgl. Pena, Diego-Manuel Luzón et al.; Objektive Tatbestimmung und Tatbestandsverwirklichung als Täterschaftsmerkmale; S.: 600; In: Schünemann, Bernd et al.; Festschrift für Claus Roxin zum 70. Geburtstag

⁸⁸² Vgl. dazu S.: 134

⁸⁸³ Vgl. KNMG et KNMP (Hrsg.); Richtlijn; uitvoering euthansie en hulp bij zelfdoding: samenvatting; S.: 1

⁸⁸⁴ „door een ander verschaffen van middelen voor de zelfdoding“; KNMG (Hrsg.) Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; S.: 4

⁸⁸⁵ Art 294 nlStGB:

- „1. Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.
2. Hij die opzettelijk een ander bij zelfdoding behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschafft, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie. Artikel 293, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing“.

Beihilfe zur Selbsttötung genannt sind und hiervon Meldung nach Artikel 7, zweiter Absatz des Gesetzes über das Bestattungswesen, an den kommunalen Leichenbeschauer erstattet⁸⁸⁶.

Diesem juristischen Rahmen gegenüber, der sowohl für die Niederlande als auch die „Inseln Bonaire, Saba und St. Eustatius“⁸⁸⁷ gilt, steht die hohe Wertigkeit der Selbstbestimmung und der Würde der Person in den Niederlanden. Die KNMG betont zwar, dass eine ärztliche Assistenz zum Suizid keine Normbehandlung darstellt, sie verbieten den ihnen unterstellten Ärzten aber nicht die unterstützende Teilnahme⁸⁸⁸. Maßgeblich ist in diesem Zusammenhang das niederländische *Gesetz über Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung*⁸⁸⁹, welches den Komplex der Euthanasie⁸⁹⁰ und der Beihilfe zum Suizid reguliert. Hiernach kann der Arzt straffrei ausgehen, wenn er

- a. zu der Überzeugung gelangt ist, dass es sich um einen freiwilligen und wohlwogenen Wunsch handelt,
- b. mit dem Patienten gemeinsam zu der Überzeugung gelangt ist, dass das Leiden des Patienten unerträglich und [seine Chancen] aussichtslos ist,
- c. den Patienten über seine Situation und dessen Aussichten aufgeklärt hat,
- d. gemeinsam mit dem Patienten zu der Ansicht gelangt ist, dass es für dessen Situation keine angemessene Alternative gibt,
- e. mindestens einen anderen unabhängigen Arzt konsultiert hat, dieser den Patient untersucht und die Punkte a – d erneut geprüft und schriftlich dokumentiert hat,
- f. die Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat⁸⁹¹.

Die ärztliche Dachorganisation KNMG stellt es ihren Ärzten frei, bei Suiziden zu helfen und hebt hervor, dass die Weigerung eines Arztes, Beihilfe zu leisten oder Euthanasie auszuführen, zu respektieren sei⁸⁹². Die Beihilfe hat aus einem freien Willensentscheid des Arztes heraus zu erfolgen und dürfe nicht mit Zwang verlangt werden⁸⁹³. Allein Ärzte werden vom Gesetzgeber als befähigt angesehen, qualvolles Leben zu beenden. Der Sterbefall muss dann als ein unnatürlicher Tod den zuständigen Behörden gemeldet werden⁸⁹⁴.

⁸⁸⁶ Art. 293 nlStGB

„1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.

2. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging“.

⁸⁸⁷ Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe; Jahresbericht 2013; S.: 38

⁸⁸⁸ Vgl. KNMG (Hrsg.); Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; S.: 4

⁸⁸⁹ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

⁸⁹⁰ Vgl. dazu weiter unten Punkt 9.2 Aktive Sterbehilfe im Königreich der Niederlande

⁸⁹¹ Sorgfaltspflichten nach dem Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

„a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,

b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,

c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,

d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,

e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en

f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd“.

⁸⁹² Vgl. KNMG (Hrsg.); Position paper: The role of the physician in the voluntary termination of life; S.: 6 f.

⁸⁹³ Vgl. ders.; Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; S.: 4

⁸⁹⁴ Vgl. ebda.; S.: 4

Ähnlich dieser Auffassung ist für die Schweizer das alles beherrschende Prinzip die Menschenwürde sowie der hohe Wert, der der Selbstbestimmung des Individuums zugestanden wird⁸⁹⁵. Grundsätzlich betont die Schweizer medizinische Dachorganisation, SAMW, dass eine ärztliche Beihilfe zum Suizid „nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit [ist], weil sie den Zielen der Medizin widerspricht“⁸⁹⁶.

6.6.2 Beihilfe zum Suizid in der Schweiz

Die SAMW stellt ihren Ärzten aber frei, bei Selbsttötungen zu helfen und respektiert diesen Willensentscheid⁸⁹⁷, „dem gegenüber der Staat eine liberal-neutrale Haltung einnimmt“⁸⁹⁸. Jedoch ist „[d]ie Ausführung der Suizidhilfe [...] nicht auf eine Berufsgruppe oder auf Privatpersonen respektive bestimmte Organisationen beschränkt“⁸⁹⁹.

Eine Beihilfe in diesem Sinne ist nur unter der Prämisse strafbewehrt, wenn der Helfende aus selbstsüchtigen Motiven heraus handelt⁹⁰⁰: „Dies gilt für alle Personen“⁹⁰¹. Also jeder darf, sofern er keinen Eigennutz dahinter verbirgt, anderen bei der Selbsttötung helfen:

„Dies ist im Vergleich zu anderen Ländern wie beispielsweise den Niederlanden, Belgien oder den USA (Oregon) eine schweizerische Eigenheit“⁹⁰².

Eine weitere Charakteristik besteht darin, dass diese hohe Wertigkeit des Selbstbestimmungsrechtes nicht auf Schweizer Bundesbürger begrenzt ist. Entscheidet sich ein Arzt – und nur dieser – einem Patienten das letale Medikament zu verschreiben, so ist er verpflichtet, zu prüfen, ob folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

„namentlich dass das Lebensende nahe ist, dass der Todeswunsch wohlervogen, dauerhaft und ohne äusseren [sic.] Druck entstanden ist und dass die Frage nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten (auch im Sinne einer umfassenden palliativen Betreuung) erörtert und diese, soweit gewünscht, auch ausgeschöpft wurden“⁹⁰³.

Die Beurteilung, ob das Lebensende nahe, der Wunsch nach Lebensbeendigung einem wohlervogenen Willensentscheid entstammt, kann der Mediziner nicht aus der Ferne beurteilen. Daher fordert die SAMW:

„– dass mehrmalige persönliche Gespräche stattgefunden haben;

⁸⁹⁵ Vgl. EXIT (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und Sterben; S.: 7

⁸⁹⁶ SAMW; Medizin-ethische Richtlinie: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende; S.: 6

⁸⁹⁷ Vgl. ebda.; S.: 9

⁸⁹⁸ Brauer, Susanne et al.; Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe; S.: 7

⁸⁹⁹ Ebda.; S.: 7

⁹⁰⁰ Art 115 chStGB: „Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord:

„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft“.

⁹⁰¹ SAMW (Hrsg.); Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW; S.: 1

⁹⁰² Brauer, Susanne et al.; Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe; S.: 7

⁹⁰³ SAMW (Hrsg.); Zur Praxis der Suizidbeihilfe in Akutspitälern: die Position der SAMW; S.: 1

- dass für den Fall, dass der sterbewillige Patient an einer psychischen Erkrankung leidet, der begutachtende Arzt über ein entsprechendes Fachwissen verfügt;
- dass, wenn immer möglich, der behandelnde Arzt und die Angehörigen des Patienten einbezogen wurden;
- dass der Arzt, der das Natrium-Pentobarbital verschreibt, nicht alleine die Urteilsfähigkeit beurteilen darf;
- dass der Tod als aussergewöhnlicher [sic.] Todesfall gemeldet wird⁹⁰⁴.

Der Arzt verschreibt dem Patienten das Medikament⁹⁰⁵, welches dann von dem Beihilfeverein etwa eingelöst und verwahrt wird⁹⁰⁶. Der Patient setzt den Termin des begleiteten Suizids fest⁹⁰⁷.

Die juristische Grundvoraussetzung einer Begleitung durch etwa einen Sterbehilfeverein in der Schweiz ist die Tatherrschaft, die sich hier schon als eine „minimale körperliche Aktionsfähigkeit“⁹⁰⁸ zeigen muss – ist eine Verfügung über diese nicht gegeben, „ist eine Begleitung nicht möglich“⁹⁰⁹. DIGNITAS bietet mittels ausgeklügelter Fernbedienungen etwa Beihilfe auch für schwer bewegungseingeschränkte Personen an⁹¹⁰. In diesem Sinne steuert der Sterbewillige tatherrschaftlich das Geschehen und die Beihelfenden assistieren lediglich. Diese auch juristisch fixierte Sicht der Dinge erleichtert den medizinisch Agierenden das Handeln ungemein.

Die SAMW spricht sich aber gegen eine Institutionalisierung der ärztlichen Beihilfe aus, um die Ärzte keinem Zwang auszusetzen, Beihilfe leisten zu müssen⁹¹¹. Jedoch wird bei einer Freitodbegleitung zusätzlich das Narkosemittel NaP benötigt, welches zur Rezeptierung einen Schweizer Arzt erfordert und somit zwangsläufig Ärzte der SAMW involviert sind⁹¹².

Eine Grundvoraussetzung der Begleitung eines Suizides durch den Verein EXIT ist eine Mitgliedschaft in diesem Verein. Nicht-Schweizer Mitgliedern hilft EXIT nur, wenn sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben⁹¹³. DIGNITAS hingegen ermöglicht es auch Nicht-Schweizern ohne Wohnsitz Schweiz, ihre Dienste in Anspruch zu nehmen⁹¹⁴. „Sterbetouristen“ aber will die Schweiz nicht anziehen⁹¹⁵. Die Kosten einer Freitodbegleitung liegen bei ca. 7.100 Euro⁹¹⁶ und dürften somit nicht wenige Menschen abschrecken.

„Das Selbstbestimmungsrecht gilt gemäss Bundesgericht ganz selbstverständlich auch für Menschen, deren Zustand nicht in absehbarer Zeit zum Tod führt, die jedoch wegen der Ausweglosigkeit ihrer Lebenssituation im Weiterexistieren keinen Sinn mehr sehen. Eingeschlossen sind unter bestimmten Bedingungen psychisch Leidende“⁹¹⁷.

In rund einem Drittel der assistierten Suizide liegt das Lebensende nicht unmittelbar bevor⁹¹⁸. DIGNITAS betont auch explizit, dass ein Tod durch das Einwirken eines Dritten hervorgerufen auf keinen Fall zu

⁹⁰⁴ Ders.; Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe; S.: 2

⁹⁰⁵ Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); So funktioniert DIGNITAS; S.: 7

⁹⁰⁶ Vgl. EXIT (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und im Sterben; S.: 16

⁹⁰⁷ Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben; S.: 2

⁹⁰⁸ Ders.; So funktioniert DIGNITAS; S.: 6

⁹⁰⁹ EXIT (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und im Sterben; S.: 14

⁹¹⁰ Vgl. Fn. 837

⁹¹¹ Vgl. SAMW (Hrsg.); Stellungnahme der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu den Änderungsvorschlägen im Schweizerischen Strafgesetzbuch betreffend die organisierte Suizidbeihilfe; S.: 1

⁹¹² Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben; S.: 2

⁹¹³ Vgl. EXIT (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und Sterben; S.: 10

⁹¹⁴ Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); So funktioniert DIGNITAS; S.: 6

⁹¹⁵ Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 9

⁹¹⁶ Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); So funktioniert DIGNITAS; S.: 14

⁹¹⁷ EXIT (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und Sterben; S.: 7

ihren Aufgaben gehört⁹¹⁹. Die Beteiligung Dritter an und/oder zu dem Lebensende eines Menschen kann noch auf weitere Arten betrachtet und gewürdigt werden, wobei die Begrifflichkeiten nicht immer klar voneinander zu unterscheiden sind, was nicht nur Beteiligten erhebliche Schwierigkeiten bereiten kann.

⁹¹⁸ Vgl. SAMW (Hrsg.); Stellungnahme der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu den Änderungsvorschlägen im Schweizerischen Strafgesetzbuch betreffend die organisierte Suizidbeihilfe; S.: 2

⁹¹⁹ Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); FAQ; Available: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=136&lang=de; (15.12.2015)

7 Fremdtötungen

7.1 Terminologische Verwirrungen

Historisch bedingt wird im Gegensatz zu anderen Kulturräumen in deutschsprachigen Gebieten der Terminus *Euthanasie* zumeist vermieden, um eine etwaige menschenverachtende Konnotation in der Diskussion um Entscheidungen am Lebensende zu vermeiden⁹²⁰. International jedoch wird entsprechend der ursprünglichen Sinnhaftigkeit des Terminus *Euthanasie* – eines guten Todes eben eines erleichterten Sterbens – etwa von *eutanaazija* (Bosnisch), *eutanaasia* (Estnisch), *eutanasia* (Galizisch), *Etanasya* (Haitianisch), *eotanáis* (Irish), *ewtanasya* (Maltesisch), *evtanazija* (Slowakisch) oder auch *ötenazi* (Türkisch) und *eytanaziya* (Usbekisch). Selbst in Esperanto gibt es einen an die griechische Herkunft anknüpfenden Terminus: *eŭtanazio*⁹²¹. Einige Sprachen wie etwa das Dänische, Norwegische oder das Afrikaans benennen das helfende, unterstützende und beistehende Element: *dødshjælp*, *dødshjelp*, *genadedood*. Dennoch ist selbst der im Deutschen gebrauchte Begriff *Sterbehilfe* an sich interpretationsfähig: ist eine Hilfe im Sinne einer *Nach-Hilfe* zum Sterben oder etwa die Hilfe beim Sterben gemeint?

Prinzipiell werden sachliche Diskussionen durch zu ungenaue Begrifflichkeiten erschwert. Hinzu kommt eine Verschleierung, wenn Begriffe von verschiedenen Fachbereichen unterschiedlich gebraucht werden⁹²². Wenn dazu noch emotionale Aspekte mit einfließen, ist abzusehen, dass eine formal-objektive Auseinandersetzung kaum stattfinden kann.

Besonders in der öffentlichen Diskussion rund um die terminale Phase eines Menschenlebens werden Termini wie etwa *Autonomie*, *Selbstbestimmung*, *Menschenwürde* als Schlagworte eingesetzt, ohne dass davon ausgegangen werden kann, dass diesen eine einhellige Definition zu Grunde liegt. Sehr oft werden aber auch schon Sterben und Tod vermengt⁹²³.

Erschwerend kommt noch hinzu, dass unscharfe Begriffe wie etwa *indirekte passive Sterbehilfe*, *freiwillige direkte Sterbehilfe* einander gegenübergestellt werden, um eine *Hilfe im Sterben* oder eine *Hilfe zum Sterben* zu beschreiben, ohne dass genauer differenziert wird, von wem die Handlung oder der Wunsch ausgeht oder exakt bestimmt wurde, was eigentlich gemeint sei.

⁹²⁰ Hochgrebe, Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland; S.: 57

⁹²¹ Dem Lesefluss geschuldet wurde hierbei verzichtet, kyrillische, hebräische und dergleichen mehr Zeichenarten mit abzubilden und diese Aufzählung ist auch bei Weitem nicht vollständig – M.F.

⁹²² Der Begriff der *indirekten Sterbehilfe* beispielshalber entstammt dem juristischen Sprachgebrauch um eine Würdigung hinsichtlich der beabsichtigten oder in Kauf genommenen Folge eines Handels unterscheiden zu können. Vgl. dazu: Hilgendorf, Eric; Sterbehilfe und individuelle Autonomie; S.: 34; In: Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006

⁹²³ Vgl. dazu S.: 20 f.

Generell wird die Debatte um Entscheidungen am Lebensende ungemein dadurch erschwert, dass zum einen unterschieden werden kann, wie eine Handlung erfolgt – aktiv oder passiv – wie die vermeintliche Intention des Handelnden zu betrachten sei – direkt oder indirekt – und welches Ereignis letztlich damit definiert wird – Tun und Unterlassen. Hinzu kommen Definitions- und Diskussionserweiterungen, wenn etwa noch die Patientenseite fokussiert werden soll – freiwillig und nichtfreiwillig – oder aber die Handlungen an sich gewertet werden sollen, um zu unterscheiden, ob ein Mensch getötet oder er sterbelassen wurde. Wirkt ein Arzt gezielt auf den Patienten ein, wenn etwa die künstliche Ernährung auf Patientenwunsch hin eingestellt werden soll; verhalten sich die Ärzte bei einer passiven Sterbehilfe dem Grundleiden gegenüber passiv oder kann eine gezielte Handlung mit einem aktiven Tun gleichgesetzt werden?

Nach einhelliger Meinung der BÄK⁹²⁴, SAMW⁹²⁵ und großen Teilen der Bevölkerung in Deutschland wird die gezielte, direkte Tötung eines Patienten durch einen Arzt abgelehnt⁹²⁶. Nach der *Duplex Effectus Lehre* nach Thomas von Aquin kann eine Handlung zweierlei Wirkung haben: eine gewollte (Hauptwirkung) und eine nicht beabsichtigte (Nebenwirkung). Zwar gibt er im Rahmen der Überlegungen zur Notwehr seinen Gedanken Ausdruck⁹²⁷, wonach einen Angreifer zu töten lediglich moralisch legitim sei, um das Gut des eigenen Lebens zu erhalten, die Tötung des Angreifenden aber nicht in der Absicht des Notwehrenden lag⁹²⁸. Dieses Gedankenexperiment wurde aber auch auf die Thematik der Sterbehilfe angepasst:

„Im Falle der indirekten Sterbehilfe soll dabei die Schmerzlinderung die Hauptwirkung sein, weil auf die Bewirkung dieser Folge die Absicht des Arztes gerichtet ist. Der relativ frühe Todeseintritt dagegen soll die Nebenwirkung sein, weil der Arzt diese nicht herbeiführen will, sondern sie lediglich um der Schmerzlinderung willen in Kauf nimmt“⁹²⁹.

Allein eine Überdosierung ließe im Nachhinein darauf schließen, dass die Intention des Arztes nicht auf der Schmerzlinderung gerichtet war, sondern eben auf eine gezielte Tötung des Patienten. Zudem ist eine

„Inkaufnahme einer nicht-intendierten Lebensverkürzung durch medizinisch indizierte Maßnahmen zur Leidenslinderung [...] auf wenige Ausnahmefälle beschränkt“⁹³⁰.

Wenn das Ziel nicht mehr darin besteht, das Leben zu verlängern, sondern eben die Qualität der letzten Stunden zu verbessern, eine „Änderung des Behandlungszieles“⁹³¹ geboten ist, wäre dies die gebotene

⁹²⁴ BÄK (Hrsg.); (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte; S.: 1984; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 38/2011 vom 23. September 2011:

„§ 16 Beistand für Sterbende: Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“.

⁹²⁵ SAMW (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinie: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende; S.: 9:

„4.2. Tötung auf Verlangen: Die Tötung eines Patienten ist vom Arzt auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen abzulehnen. Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 Strafgesetzbuch strafbar“.

⁹²⁶ Vgl. Infratest dimap; MoMA-DeutschlandTREND November 2014: Sterbehilfe: Aktive Sterbehilfe, Beihilfe zur Selbsttötung oder grundsätzlich nicht erlauben? Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/sterbehilfe-hohe-akzeptanz-in-der-bevoelkerung-ukraine-konflikt-mehrheit-gegen-ausweitung-der-san/>; (23.01.2015)

⁹²⁷ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie; S.: 296

⁹²⁸ Vgl. Forst, Rainer; Grenzen der Toleranz; S.: 25; In: Brugger, Winfried et al.; Grenzen als Thema der Rechts- und Sozialphilosophie

⁹²⁹ Joerden, Jan C.; Sterben am Beginn des Lebens – juristische Schwierigkeiten; S.: 221; In: Rosentreter, Michael et al.; Sterbeprozesse: Annäherungen an den Tod

⁹³⁰ Borasio, Gian Domenico; Wie, wo und wann dürfen wir sterben?; S.: 109; In: Vossenkuhl, Wilhelm et al.; Ecce Homo

Handlungsweise. Die Ärztin Swantje Naunin pointiert es folgenderweise: zwei Ärzte verrichten genau dieselbe Handlung unter genau denselben Umständen, einer nutzt das weithin akzeptierte Morphinum, welches als ein adäquates Mittel der Schmerzlinderung angesehen wird⁹³², der andere ein Euthanaticum, welches vor allem in den Niederlanden als ein letales Mittel eingesetzt wird. Laut ihr ist es ungerecht, diese Handlungen unterschiedlich zu bewerten⁹³³ und vielleicht sogar letzterem Arzt daraus strafrechtliche Konsequenzen zu kreieren:

„Das Konzept impliziert, dass passive und indirekte Sterbehilfeformen moralisch akzeptabel seien, während aktive und direkte Formen als inakzeptabel gelten müssen“⁹³⁴.

Die deskriptive Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe wird zumeist darin gesehen, dass der Tod des Sterbehilfe-Empfangenden im ersten Fall durch ein *Unterlassen* und im letzten Fall durch ein *Tun* erreicht werde⁹³⁵. Diese phänomenologische Unterscheidung ist allgemein in der medizinischen Praxis von großer psychologischer Bedeutung für das medizinische Personal und im Rahmen der Sterbehilfedebatte ausreichend erörtert worden⁹³⁶.

Schlaglichtartig soll hier eine zentrale Definition von Jeremy Bentham angeführt werden. Er unterschied auf phänomenologischer Ebene für eine entsprechende Unterscheidung positive von negativen Akten:

„By positive are meant such as consist in motion or exertion: by negative, such as consist in keeping at rest“⁹³⁷.

Danach wird ein *Tun* mit der willentlichen Ausführung einer körperlichen Bewegung gleichgesetzt, ein *Unterlassen* als ein Verzicht auf diese Bewegung, als ein Verharren in Ruhe angesehen⁹³⁸. Demnach wäre jedoch auch die mittels eines Behandlungsabbruchs vollzogene passive Sterbehilfe durch eine notwendige körperliche Bewegung, wie etwa das Abstellen des Respirators bei der künstlichen Beatmung, durch den Sterbehilfe-Leistenden als aktive Sterbehilfe zu klassifizieren⁹³⁹.

„Präziser formuliert handelt es sich dabei um die Unterscheidung zwischen Akten des Tötens und Akten des Sterbenlassens („killing and letting die“)⁹⁴⁰.

In beiden Fällen ist das Ergebnis der Tod des schwerstkranken Patienten. Daher stellt sich die Frage, ob diese Unterscheidung aufrechterhalten werden kann, denn sie beruht auf unterschiedlichen

⁹³¹ BÄK (Hrsg.); Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; S.: 347; In: Deutsches Ärzteblatt; Jg. 108; Heft 7 /2011 vom 18. Februar 2011

⁹³² Vgl. Beubler, Eckhard; Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie: Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten; S.: 31 ff.

⁹³³ Vgl. Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch?; S.: 106

⁹³⁴ Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende; S.: 73

⁹³⁵ Vgl. dazu das Beispiel eines schwerstverletzten Menschen, der in ein Krankenhaus eingeliefert wird und bereits vier Menschen auf eine lebenserhaltende Organspende warten. In dieser Dilemmasituation muss der Arzt das Leben eines Patienten gegen das Leben von vier weiteren Patienten wägen. In einem Fall tötet der Arzt einen Patienten, lässt im zweiten Fall aber vier Patienten sterben. Vgl. Salewski, Sybille; Julian Nida-Rümelin: Das Recht auf Menschenwürde; In: Verlag Der Tagesspiegel GmbH (Hrsg.); Tagesspiegel online vom 12.01.2001; Available: <http://www.tagesspiegel.de/kultur/julian-nida-ruemelin-das-recht-auf-menschenwuerde/193668.html>; (23.08.2016)

⁹³⁶ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie; S.: 227 - 279

⁹³⁷ Bentham, Jeremy; An Introduction to the principles of morals and legislation; S.: 120

⁹³⁸ Vgl. Häcker; Barbara; Die ethischen Probleme der Sterbehilfe; S.: 43

⁹³⁹ Dieser Interpretation folgen noch immer zu viele Ärzte. Vgl. Grimm, Carlo et al.; Sterbehilfe; S.: 113

⁹⁴⁰ Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie; S.: 227

Betrachtungsebenen und Argumentationsrichtungen: in unterschiedlicher Lesart, wird dabei die Ursache des Todes eines Menschen verschiedentlich definiert⁹⁴¹.

Der Theologe Lukas Ohly schlägt vor, unter Akten der aktiven Sterbehilfe all jene Handlungsweisen zusammenzufassen, für die irgendein Verantwortlicher den Tod des Patienten will, und unter passiver Sterbehilfe dann die Handlungen zu subsumieren, die ausgeführt werden können, ohne den Tod des Patienten zu wollen:

„Das Hauptproblem besteht darin, diese Differenz überhaupt eindeutig zu bestimmen. Inzwischen scheinen sich immerhin die konträren Positionen darin anzunähern, [dass] die Differenz zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe quer liegt zur Differenz von Tun und Unterlassen, wenn sie überhaupt relevant ist“⁹⁴².

In einem Gedankenexperiment gerät eine Straßenbahn außer Kontrolle, ohne gestoppt werden zu können und droht, fünf Menschen zu überrollen. Die Gefahr kann von diesen nur abgewendet werden, indem eine Weiche von einem Dritten umgestellt und die Tram auf ein anderes Gleis umgeleitet wird. Auf diesem zweiten Gleis befindet sich jedoch eine weitere Person, die ebenfalls überrollt werden würde, würde die Weiche umgestellt werden⁹⁴³. Es wird also eine Dilemma-Situation geschaffen, in der definitiv jemand zu Tode kommt; durch ein *Unterlassen* werden die fünf Menschen auf dem einen Gleis sterben, durch ein *Tun*, das Umstellen der Weiche, um die fünf auf dem einen Gleis zu retten, wird ein Anderer auf dem anderen Gleis sterben.

Dieses Problem wurde in zahlreichen Variationen immer wieder aufgegriffen und erweitert. Das aktuell populärste Beispiel ist die Weiterentwicklung David Edmonds des *Trolley-Problems* der Philosophin Judith Jarvis Thomson⁹⁴⁴, das am besten mit dem Titel *Würden sie den dicken Mann töten?* wiedergegeben wird⁹⁴⁵. In dieser Dilemma-Situation droht ebenfalls eine Straßenbahn fünf Menschen zu überrollen. Durch Herabstoßen eines fetten, unbeteiligten Dritten von einer Brücke könnte diese Bahn aber gestoppt und die fünf Menschen gerettet werden. Darf der Tod Weniger in Kauf genommen werden, um Viele zu retten?

⁹⁴¹ Vgl. dazu weiter oben Punkt 4.2 Organ- und Gewebespende und Punkt 4.3 Koma

⁹⁴² Ohly, Lukas; Sterbehilfe; S.: 281 ff.

⁹⁴³ Vgl. Foot, Philippa; The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect; In: Oxford Review 5/1967 zitiert nach Cathcart, Thomas; The Trolley Problem or Would You Throw the Fat Guy Off the Bridge?; S.: 125

⁹⁴⁴ Vgl. Thomson, Judith Jarvis; Killing, Letting Die, and the Trolley Problem; S.: 207 f.; In: The Monist April 1, 1976; Vol. 59 (2)

⁹⁴⁵ Vgl. Edmonds, David; Würden SIE den dicken Mann töten? Das Trolley-Problem

7.2 Ethische Einwände gegen Fremdtötungen

Im Folgenden soll untersucht werden, worauf sich die als universell anzusehende Gültigkeit eines Fremdtötungsverbotest gründet und inwiefern Ausnahmen als ethisch legitim erscheinen können. Die Bandbreite der ethischen Einwände gegen das Töten eines Menschen reichen in dieser Thematik von juristisch fixierten Verboten zu religiös fundierten Verfügungen.

„Das Verbot, einen anderen Menschen zu töten, bildet die Grundlage jedes menschlichen Zusammenlebens. [Es garantiert] grundsätzlich den Schutz des Lebens der Mitglieder einer Gemeinschaft, und impliziert damit das Recht auf Lebensschutz“⁹⁴⁶.

Die gezielte Tötung eines Menschen kann in Deutschland nach zweierlei Maß geahndet werden. Zur Verdeutlichung wird hier das vielzitierte Bild der *Tyrannenehe* herangezogen. Wenn ein tyrannischer Ehemann seine Frau immer wieder schlägt und dann einmal seine Frau *er*-schlägt, wird er nicht wegen Mordes, sondern *nur* wegen Totschlags belangt. Wenn sich diese Frau nun aber wehren sollte und ihrem tyrannischen Mann ein Gift in das Essen mischt, um diese Marter zu enden, kommt nach althergebrachtem (nationalsozialistischem⁹⁴⁷) Verständnis das Motiv der *Heimtücke* hinzu und sie muss mit einer lebenslangen Freiheitsstrafe rechnen⁹⁴⁸, während der Mann „nur“ fünf bis 15 Jahre Gefängnis zu erwarten hätte⁹⁴⁹.

7.2.1 Metaphysischer Einwand gegen Fremdtötungen

Nach dem metaphysischen Einwand gegen eine Selbsttötung, verstößt der Mensch mit einer Tötungshandlung an sich selbst gegen die alleinige Verfügungsmacht einer Gottheit über das menschliche Leben, welcher auch nur dieser zurücknehmen dürfe⁹⁵⁰. Somit darf der Mensch auch nicht an der absichtlichen Tötung eines Anderen beteiligt sein; es erscheinen Tötungen generell als moralisch illegitim. Denn „Mord widerspricht grundsätzlich der Ordnung Gottes“⁹⁵¹.

Das religiöse Verbot der Tötung eines Menschen lässt sich in allen Weltreligionen finden: in der jüdisch-christlichen Tradition unter dem Gebot: „Du sollst nicht morden“ oder unter dem Prinzip der *Sanctity of*

⁹⁴⁶ Häcker, Barbara; Die ethischen Probleme der Sterbehilfe; S.: 81

⁹⁴⁷ Vgl. Bleyl, Henning; Niedrige Beweggründe sollten kein Maßstab mehr sein; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 04. Dezember 2013; Available: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2013-11/rechtsprechung-gesetz-mord-paragraf-211>; (29.06.2015)

⁹⁴⁸ Vgl. Prantl, Heribert; Wann ist der Mord ein Mord? Das Tötungsstrafrecht soll grundlegend reformiert werden; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 21. Dezember 2013; Available: <http://www.sueddeutsche.de/politik/reform-des-strafrechts-warum-mord-nicht-gleich-mord-ist-1.1849029>; (26.11.2015)

⁹⁴⁹ Vgl. §§ 211 et 212 StGB. Jedoch betont Abs. 2 § 212, dass auch hier in „besonders schweren Fällen [...] auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen [ist].“

⁹⁵⁰ Vgl. Punkt 6.2.1.1 Metaphysische Einwand gegen den Suizid

⁹⁵¹ Rosenhagen, Ulrich; Brudermord, Freiheitsdrang, Weltenrichter: Religiöse Kommunikation und öffentliche Theologie in der amerikanischen Revolutionsepoche; S.: 265

life⁹⁵². Andere Weltreligionen, wie etwa der Hinduismus und der Buddhismus lehren die Gewaltfreiheit und die Achtung vor dem Leben⁹⁵³. Auch im heiligen Quran sind Tötungsverbote festgeschrieben⁹⁵⁴. Am deutlichsten benennt Sure 4, Vers 29 ein Tötungsverbot: „Und tötet euch nicht!“

Zur Beantwortung der Frage, ob es moralisch erlaubt sei, einen Menschen zu töten, kann wiederum auf Thomas von Aquin abgestellt werden⁹⁵⁵. Ggesetzt den Fall, dass das Leben des Menschen ein Geschenk Gottes (oder auch nur von ihm geliehen) sei, das auch nur diese Gottheit zurücknehmen dürfe, ist es uns ergo verboten, über Anderer Leben an sich zu richten und in dieser Konsequenz zu nehmen. Aber unter bestimmten Konstellationen, ist es für ihn absolut gerechtfertigt einen anderen Menschen zu töten. Wenn dies nicht die direkte Intention des Handelnden war, aber die Umstände eben zu solchen Maßnahmen zwangen, ist der Tod eines Menschen als das kleinere Übel anzusehen, wenn etwa eine Gefahr nicht anders abzuwenden gewesen wäre⁹⁵⁶. Diese Lehre der *Handlung mit zweierlei Wirkung* unterstellt, dass das kleinere Übel, die Tötung des Angreifers, das Gut, das Leben des Angegriffenen zu schützen bei weitem überwiege und solch Handeln durchaus legitim sein kann⁹⁵⁷. Diesem Verständnis entsprechend besagt dann auch der aktuelle Notwehr-Paragraf des StGB, dass „eine Tat [...], die durch Notwehr geboten ist, [...] nicht rechtswidrig [ist]“⁹⁵⁸. Töten kann also „einmal recht und einmal unrecht sein“⁹⁵⁹. Hierbei wird „Gewalt als Abwehr von Gewalt [definiert]“⁹⁶⁰. Die Heiligkeit des Lebens wird dadurch aber nicht eingeschränkt, als vielmehr besonders betont.

Dem metaphysischen Einwand gegen die Tötung meines Gegenüber kann nicht widersprochen werden: dieses Geschöpf, die „Wache“, diesen Besitz Gottes kann und darf ich nicht nihilieren! Wie erörtert, vermag der Glaube an ein göttliches ES religiöse Menschen daran hindern, ihre Mitmenschen zu töten. Was aber hält die Nichtgläubigen davon ab, andere aus dem Kreis des Lebensschutzes auszuschließen? In einer säkularisierten Gesellschaft könnte etwa auf das soziale Gefüge, dem ein Schaden entstehen würde, abgestellt werden, wenn wir untersuchen wollen, ob es falsch sein kann, einen Menschen zu töten.

⁹⁵² Vgl. Lutterotti, Markus von; Sterbehilfe: Gebot der Menschlichkeit?; S.: 28

⁹⁵³ Vgl. Nitz, Stefan; Theorien des Friedens und des Krieges: kommentierte Bibliographie zur Theoriegeschichte; S.:106 et; Grabner-Haider, Anton; Buddhistische Kultur; S.: 89; In: Grabner-Haider, Anton (Hrsg.); Ethos der Weltkulturen

⁹⁵⁴ Allerdings heißt es in Sure 4, Vers 92. Verses „ein Gläubiger darf keinen Gläubigen töten“. Es ist also kein generelles oder universelles Tötungsverbot, was hier festgeschrieben wurde.

⁹⁵⁵ Vgl. Punkt 6.2 Ethische Einwände gegen den Suizid

⁹⁵⁶ Vgl. Hörmann, Karl; Handlung mit zweierlei Wirkung; S.: 783 – 789; In: Hörmann, Karl; Lexikon der christlichen Moral

⁹⁵⁷ Vgl. Waider, Heribert; Die Bedeutung der Lehre von den subjektiven Rechtfertigungselementen für Methodologie und Systematik des Strafrechts; S.: 3

⁹⁵⁸ § 32 Abs. 1 StGB

⁹⁵⁹ Zacher, Ewald; Der Begriff der Natur und das Naturrecht; S.: 153

⁹⁶⁰ Luijpen, W.; Phänomenologie des Naturrechts: Übertragen aus dem Niederländischen von Reinhold Kühn; S.: 245; Luijpen geht hier der Frage nach dem gerechten Krieg nach.

7.2.2 Sozialethischer Einwand gegen Fremdtötungen

Stets werden wir schon in ein soziales Umfeld hineingeboren: „denn der Mensch ist von Natur bestimmt für die Gemeinschaft“⁹⁶¹. Von dieser Gemeinschaft wird er immerhin erst in die Lage versetzt, für sich selbst zu sorgen⁹⁶². Dieses soziale Umfeld besteht nach Aristoteles schon in der Zweisamkeit. Der Mensch

„ist von Natur ein Wesen, das eher auf die Gemeinsamkeit zu zweien als auf die (umfassende) der Polis eingestellt ist[. Die Menschen schließen] nicht nur wegen der Fortpflanzung eine Hausgemeinschaft, sondern auch wegen der Bedürfnisse des täglichen Lebens. [...] Und so helfen sie sich gegenseitig, indem jedes das Seine zum Ganzen beisteuert“⁹⁶³.

Mit Aristoteles gesprochen ist der Sinn und Zweck, unser *telos* unseres Daseins dieser, das gute Leben zu erreichen, was bekanntlich in einer Polis vollbracht werden kann, deren konstituierende Elemente beispielshalber die Basisgemeinschaften wie die Ehe, Familie und beispielshalber das Dorf sind⁹⁶⁴.

„Da wir sehen, daß jeder Staat eine Gemeinschaft ist und jede Gemeinschaft um eines Gutes willen besteht (denn alle Wesen tun alles um dessentwillen, was sie für gut halten); so ist es klar, daß zwar alle Gemeinschaften auf irgendein Gut zielen, am meisten aber und auf das unter allen bedeutendste Gut jene, die von allen Gemeinschaften die bedeutendste ist und alle übrigen in sich umschließt. Diese ist der sogenannte Staat und die staatliche Gemeinschaft“⁹⁶⁵.

Es ist also das soziale Feld in dem der Mensch seine angeborenen Anlagen verwirklichen kann⁹⁶⁶ – ohne Interaktion und ohne den entsprechenden Raum ist dies nicht möglich. Da der Mensch sich in dieser seiner Umwelt politisch behaupten muss, hier diplomatisch gegenüber dem Partner, da wohlwollend- autoritär gegenüber seiner Kinder, ist der Mensch ein *zoon politikon*⁹⁶⁷: entweder innerhalb lockerer Verbindungen oder aber in festen, als vertraglich bindend zu betrachtenden Beziehungen: als Kind, Ehepartner, als Elternteil. Der Tod einer dieser Personen wird nun von den übrigen sie Umgebenden als Verlust wahrgenommen werden: der Tod dieser Person erscheint für sie als ein Übel: als Verlust von Arbeitskraft, als Wegfall eines Einkommens, als Verlust eines Ernährers und Beschützers. Auch wenn der Tod an sich für den Getöteten kein Übel mehr darstellen kann⁹⁶⁸, ergibt sich daraus, dass die Tötung eines Menschen ein Übel für das soziale/politische Umfeld dieses Menschen darstellt. Immer stirbt der Elternteil, das Kind, der Verwandte, der Bekannte, letztlich auch die Person die mir jeden Sonntag meine Brötchen verkauft: nie ist der Tod ohne Auswirkungen auf das Umfeld, den Interaktionsraum. Immer entsteht anderen ein Verlust. Es sei denn, es handelte sich um einen völlig zurückgezogenen, isolierten

⁹⁶¹ Aristoteles; Nikomachische Ethik; [1097a24 – b12]; S.: 15

⁹⁶² Vgl. Lersch, Philipp; Der Mensch als soziales Wesen: Eine Einführung in die Sozialpsychologie; S.: 13 f.

⁹⁶³ Aristoteles; Nikomachische Ethik; [1162a 10 – 30] S.: 236

⁹⁶⁴ Vgl. Gröschner, Rolf et al.; Rechts- und Staatsphilosophie: Ein dogmenphilosophischer Dialog; S.: 33f

⁹⁶⁵ Aristoteles; Politik; übersetzt von Olof Gigon; S.: 47

⁹⁶⁶ Vgl. Kunz, Karl Ludwig et al.; Rechtsphilosophie, Rechtstheorie, Rechtssoziologie: Eine Einführung in die theoretischen Grundlagen der Rechtswissenschaft; S.: 58

⁹⁶⁷ Ich schließe mich hier dem Verständnis des Juristen Gröschner an, der den Terminus des *zoon politikon* mit „gemeinschaftsbezogen“ und „zum Staate gehörig“ interpretiert wissen will. Gröschner, Rolf et al.; Rechts- und Staatsphilosophie; S.: 40; Politika III, 6

⁹⁶⁸ Vgl. Ricken, Friedo; Philosophie der Antike: Grundkurs Philosophie 6; S.: 251 m.w.V.

Menschen. Sind damit solche *einsiedlerischen* Personen unter gewissen Umständen vom universellen Lebensschutz ausgenommen?

7.2.3 Naturrechtlicher Einwand gegen Fremdtötungen

Die Vorstellung eines ewigen Weltgesetzes, „die Idee einer aller menschlichen Autorität enthobenen Verbindlichkeit“⁹⁶⁹ geht in ihrer Tradition auf die Philosophie der Stoa zurück⁹⁷⁰. Wie weiter oben schon gesehen, existiert keine eindeutige Definition des Terminus *Naturrecht*⁹⁷¹. Es soll dennoch betrachtet werden, welche naturrechtlichen Gründe im Sinne „eine[r] vor- und überpositive[n], näherhin moralische[n] Instanz“⁹⁷² gegen die Tötung eines Menschen vorgebracht werden können.

Ausgehend von einer „Idee einer vorgegebenen Richtigkeit“⁹⁷³ des menschlichen Verhaltens, erscheint die Tötung eines Menschen generell grundverkehrt. Irgendwie würde ich damit ein Übel erzeugen, indem ich „die Idee eines überpositiven Rechts“⁹⁷⁴ verletze. Das Grundgut *Leben* wird durch ein übergeordnetes grundgesetzliches Recht geschützt. Ohne diesen Schutz würden wir alle nicht überleben können⁹⁷⁵.

„Ein bloß moralisches Tötungsverbot wäre zum Schutz des menschlichen Lebens aber [...] unzureichend“⁹⁷⁶.

Das ist der Punkt, an dem dieser idealistische Ansatz „aus seiner formalen Ohnmacht herausgeführt werden“⁹⁷⁷ muss, indem ein Gesetzgeber etwa eine Verbotsnorm definiert, um dieses Ideal für alle verbindlich zu gestalten.

„Dies geschieht dadurch, dass der Gesetzgeber die positiven Gesetzesnormen, die er vorschreibt, entweder aus den allgemeinen Regeln des Naturrechts direkt ableitet [...] oder diese Regeln im positiven Recht näher konkretisiert“⁹⁷⁸.

Und das Rechtsgut *Leben* genießt als „das höchste Gut der Rechtsordnung überhaupt“⁹⁷⁹ erheblichen Schutz, da aus ihm erst weitere Rechte erwachsen können. Dennoch

„hat aber keine Rechtsordnung und auch kein Naturrecht ein absolutes Tötungsverbot aufgestellt“⁹⁸⁰.

„Man nennt das Naturrecht allgemein gültig, ewig und unveränderlich“⁹⁸¹: da sich Naturgesetze als falsch erweisen, sobald sich ein Gegenbeispiel einstellt, kann das Naturrecht kein allgemeingültiges Gesetz

⁹⁶⁹ Höffe, Otfried; *Gerechtigkeit: eine philosophische Einführung*; S.: 40

⁹⁷⁰ Vgl. Horn, Norbert; *Einführung in die Rechtswissenschaft und Rechtsphilosophie*; S.: 179

⁹⁷¹ Vgl. Pkt. 6.2.3 Naturrechtlicher Einwand gegen Suizide; Für eine detaillierte Betrachtung des Terminus *Naturrecht* verweise ich hier auf Leichsenring, Jan; *Ewiges Recht? Zur normativen Bedeutsamkeit gegenwärtiger Naturrechtsphilosophie*

⁹⁷² Höffe, Otfried; *Gerechtigkeit*; S.: 42

⁹⁷³ Braun, Johann; *Einführung in die Rechtswissenschaft*; S.: 46

⁹⁷⁴ Sukopp, Thomas; *Menschenrechte*; S.: 58

⁹⁷⁵ Vgl. Braun, Johann; *Einführung in die Rechtswissenschaft*; S.: 48

⁹⁷⁶ Hoerster, Norbert; *Was ist Recht? Grundfragen der Rechtsphilosophie*; S.: 95

⁹⁷⁷ Braun, Johann; *Einführung in die Rechtswissenschaft*; S.: 48

⁹⁷⁸ Horn, Norbert; *Einführung in die Rechtswissenschaft und Rechtsphilosophie*; S.: 179 m.w.V.

⁹⁷⁹ Vgl. Votteler, Verena; *Das Mordmerkmal der „sonst niedrigen Beweggründe“ gem. § 211 Abs. 2 1. Gruppe 4. Variante StGB – im Spiegel gesellschaftlicher Moralvorstellungen*; S.: 71

⁹⁸⁰ Braun, Johann; *Einführung in die Rechtswissenschaft*; S.: 48

⁹⁸¹ Luijpen, W.; *Phänomenologie des Naturrechts*; S.: 95

sein⁹⁸². Daher ist die Prämisse, Fremdtötungen verstoßen gegen ein deskriptives Naturgesetz entkräftet: es erfolgten Tötungen und damit sind diese folglich möglich.

Und aus dem Tötungsverbot ein Naturrecht zu konstruieren ist verfehlt, da es letztlich wiederum einer eigenen „Rechtfertigung bedarf“⁹⁸³. Dennoch: „Das Tötungsverbot ist und bleibt Recht, weil es dem Naturrecht entspricht“⁹⁸⁴:

„Seine absolute Gültigkeit gewinnt das menschenrechtliche Tötungsverbot gerade dadurch, dass es völlig unabhängig von irgendwelchen religiösen oder philosophischen Begründungen des Sinns von Leben Bestand hat“⁹⁸⁵.

Alles Leben sucht sich im Leben zu erhalten: der Selbsterhaltungstrieb ist das Wesen des Menschen und die Basis aller Eingriffe und Handlungen. Mein Selbsterhaltungstrieb endet aber an dem Lebenstrieb eines Anderen, es sei denn ich handelte in Notwehr. Würde ich grundsätzlich den Selbsterhaltungstrieb anderer Menschen negieren, nivellierte ich schlussendlich diesen Lebens-Trieb insgesamt und damit meine eigene Hinwendung zum Leben.

7.3 Ausnahmen vom absoluten Tötungsverbot⁹⁸⁶

7.3.1 Töten aus Notwehr

Moralisch wie juristisch unstrittig ist es, einen Angriff auf das eigene Leben auch mit tödlicher Gewalt abzuwenden⁹⁸⁷. Bereits Thomas von Aquin vertritt in seiner *Duplex Effectus Lehre*⁹⁸⁸ den Standpunkt, dass die intendierte moralisch gute Handlung, die Rettung des eigenen Lebens, eine nichtintendierte moralisch schlechte Nebenwirkung, hier die Tötung eines Menschen, haben kann:

⁹⁸² Vgl. weiter oben Punkt 6.2.1.3 Naturrechtliche Einwand

⁹⁸³ Zacher, Ewald; Der Begriff der Natur und das Naturrecht; S.: 153

⁹⁸⁴ Ebda.; S.: 153

⁹⁸⁵ Herzinger, Richard; Die Kritik an den Niederlanden ist illiberal; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 8. September 2013; Available: http://www.zeit.de/2001/18/200118_sterbehilfe.xml; (30.06.2016)

⁹⁸⁶ Da die Auseinandersetzungen darüber, wann ein kriegerischer Akt ethisch gerechtfertigt ist und welche ethischen Prinzipien in einem Krieg beachtet werden sollten, diese Thematik hier enorm belasten würden, sei hier auf die differenzierte Darstellung der Problematiken des *ius ad bellum* und des *ius in bello* des Philosophen Uwe Steinhoff verwiesen. Steinhoff, Uwe; Zur Ethik des Krieges und des Terrorismus

⁹⁸⁷ § 32 StGB Notwehr:

„(1) Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr geboten ist, handelt nicht rechtswidrig. (2) Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.“ Sowie § 33 Überschreitung der Notwehr: „Überschreitet der Täter die Grenzen der Notwehr aus Verwirrung, Furcht oder Schrecken, so wird er nicht bestraft.“

Und § 34 Rechtfertigender Notstand:

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

⁹⁸⁸ Vgl. Joerden, Jan C.; Sterben am Beginn des Lebens; S.: 220; In: Rosentreter, Michael et al.; Sterbeprozesse

„Nichts kann verhindern, dass eine Handlung zwei Wirkungen hat, eine beabsichtigte und eine nichtbeabsichtigte. Nun, die Klassifizierung moralischer Handlungen erfolgt nach dem, was mit ihnen beabsichtigt wird, und nicht nach dem, was jenseits der Absicht liegt, denn dies ist zufällig [...]. Demgemäß kann auch die Handlung einer Selbstverteidigung zwei Wirkungen haben: die eine ist die Rettung des eigenen Lebens, die andere die Tötung des Angreifers. Da hier die zu Grunde liegende Absicht die Rettung des eigenen Lebens ist, ist die Handlung nicht ungesetzlich, denn es ist die natürliche Absicht jedes Wesens, die eigene „Existenz“ so weit als möglich zu erhalten. Aber obwohl man von einer guten Absicht ausgeht, kann die Handlung dennoch zu einer ungesetzlichen Handlung werden, wenn sie nicht im richtigen Verhältnis zu ihrem Ziel steht. Wenn ein Mensch zu seiner Selbstverteidigung mehr als die erforderliche Gewalt einsetzt, so wird die Handlung ungesetzlich sein; wenn er die Gewalt jedoch mit Mäßigung abwehrt, wird seine Verteidigung gesetzlich sein [...]. Zur Errettung ist es aber auch nicht erforderlich, dass ein Mensch die Handlung der maßvollen Selbstverteidigung unterlässt, um die Tötung des Angreifers zu verhindern, denn es ist eine Tatsache, dass der Mensch mehr auf das eigene Leben als auf das Leben anderer bedacht ist“⁹⁸⁹.

Werde ich angegriffen, darf ich mich auch mit tödlicher Gewalt verteidigen. Hiermit wird aber der absolute Lebensschutz nicht aufgeweicht, als eher noch besonders betont. Nur, dass in dieser Wertung eben mein Leben gewichtiger ist, als das des Angreifenden. Er will mir mein Lebensrecht absprechen und indem er dies mir abspricht, spricht er auch allen anderen Menschen das Existenzrecht ab. Auch sich selbst. Ich betone dagegen mit meiner Handlung den Lebensschutz explizit.

Eine weitere Ausnahme des absoluten Lebensschutzes bildet die staatlich verhängte schwerste Kriminalstrafe bei Verstoß gegen eine grundlegende Norm einer Gemeinschaft: die vorsätzliche Tötung eines schweren/schwersten Verbrechens Schuldigen⁹⁹⁰.

7.3.2 Todesstrafe

„Im Jahr 2014 sind nach Kenntnis von Amnesty International folgende Hinrichtungsmethoden bei der Vollstreckung der Todesstrafe zur Anwendung gekommen:

- Enthaupten (Saudi-Arabien)
- Erhängen (Afghanistan, Ägypten, Bangladesch, Irak, Iran, Japan, Jordanien, Malaysia, Pakistan, Palästina, Singapur, Sudan)
- Giftinjektion (China, USA, Vietnam)
- Erschießen (Äquatorialguinea, Belarus, China, Jemen, Nordkorea, Palästina, Saudi-Arabien, Somalia, Taiwan, Vereinigte Arabische Emirate)⁹⁹¹.

Gegenwärtig wird noch in zu vielen Staaten versucht, die hiesige Normenordnung für verschiedene Vergehen „in violation of international standards“⁹⁹² mit dem Todesurteil zu verteidigen und andererseits

⁹⁸⁹ Aquin, Thomas von; Summa Theologiae: Zweiter Teil von Buch Zwei, Frage 64, Artikel 7; Zitiert nach Aumonier, Nicolas; Beurteilung der Argumente; S.: 61; In: Letellier, Phillipe; Euthanasie: Band 1 Ethische und menschliche Aspekte

⁹⁹⁰ Hierbei muss differenziert werden, ob es sich einerseits allgemeingültige Bestimmungen handelt – siehe etwa das nahezu absolute Tötungsverbot – oder Ausnahmeregelungen *erlaubt* sind, wie beispielshalber das allgemeine Kriegsrecht, nach dem Hochverrat oder auch Landesverrat mit dem Tode bestraft werden konnten/können. Vgl. dazu Ortner, Helmut; Das Buch vom Töten: Über die Todesstrafe; S.: 116

⁹⁹¹ Amnesty International (Hrsg.); Wenn der Staat tötet: Zahlen und Fakten über die Todesstrafe – Stand 09. Juli 2015; S.: 6

eine grausame und/oder schwere Tat zu vergelten; des Täters „gefährlichen Zustand zu neutralisieren“⁹⁹³, sowie die Bestrafung mit dem Tod eines Täters als eine Präventivmaßnahme⁹⁹⁴ möglichen Folgetätern gegenüber zu instrumentalisieren⁹⁹⁵:

„Besitz von Cannabis (Brunei, Darussalam), Steuerhinterziehung und Zuhälterei (Volksrepublik China), Vergewaltigung und Ehebruch (Iran), Entführung eines Fährschiffs (Kuba), Drogenhandel (Malaysia), außerehelicher Geschlechtsverkehr (Nigeria), Blasphemie (Pakistan), versuchte Vergewaltigung (Saudi-Arabien), bewaffneter Raubüberfall (Sudan), versuchter Cannabisschmuggel (Vereinigte Arabische Emirate), Betrug (Vietnam)“⁹⁹⁶.

Die Delikte, die eine staatliche Verurteilung zum Tode zur Folge haben, definiert jeder Staat für sich. So sind es nicht einheitlich grausame und schwerste Verbrechen gegen Menschen, die mit der Hinrichtung geahndet werden können, sondern auch Vergehen gegen bestehende religiöse Normen oder auch Drogendelikte (so etwa im Iran, in Ägypten und Indonesien sowie in Thailand⁹⁹⁷). Im Jahre 2010 wurden in 23 Staaten Todesurteile vollstreckt⁹⁹⁸. In Deutschland reguliert Artikel 102 des deutschen Grundgesetzes die Todesstrafe, welches mit Gründung der Bundesrepublik 1949 in Kraft trat – und mit der Wiedervereinigung seine Gültigkeit auch für die neuen Bundesländer erhielt. Er lautet: „Die Todesstrafe ist abgeschafft“⁹⁹⁹. Auch die Niederlande¹⁰⁰⁰ und die Schweiz¹⁰⁰¹ haben diese Form der Bestrafung negiert.

Die Rechtfertigung der Todesstrafe formulierte Rousseau:

„Überdies wird jeder Übeltäter dadurch, daß er das Gesellschaftsrecht verletzt, infolge seiner Verbrechen zum Auführer und Verräter an seinem Vaterlande; durch Übertretung der Gesetze desselben hört er auf, als sein Glied zu gelten, und führt sogar offen Krieg gegen dasselbe. In diesem Fall ist die Erhaltung des Staates mit der seinigen unvereinbar; einer von beiden muß zugrunde gehen, und wenn man den Schuldigen den Tod erleiden läßt [sic], so stirbt er nicht sowohl als Bürger, sondern als Feind“¹⁰⁰²

Was hier zum Ausdruck kommt, ist der Grundsatz, dass die Todesstrafe geboten ist, weil sie die grundlegenden Normen eines Staatsvertrages schützen hilft. „Nur unschuldiges menschliches Lebens genießt also absoluten Schutz“¹⁰⁰³. Ein Unrecht soll vergolten werden. Woran aber bemisst sich das Maß

⁹⁹² Ders.; Death Sentences and Executions in 2011; S.: 20

⁹⁹³ Foucault, Michel; Überwachen und Strafen: : Die Geburt des Gefängnisses; S.: 28

⁹⁹⁴ Vgl. Daniels, Justus von; Religiöses Recht als Referenz: Jüdisches Recht im rechtswissenschaftlichen Vergleich; S.: 96

⁹⁹⁵ Im Zuge der Aufklärung setzte sich eine humanere Tötungsweise gegenüber der qualvollen Marter , der „sakrale[n] Inszenierung“, der öffentlichen „Versöhnung zwischen dem Sterbenden und seiner Seele und Gott“ der Delinquenten durch. Vormalig war es eine genau berechnete „Abstufung von Schmerzen“ zum dem Zwecke, „das Leben im Schmerz festzuhalten, indem sie den Tod in „tausend Tode“ unterteilt“. Die ersten beiden Zitate stammen von Ortner, Helmut; Das Buch vom Töten; S.: 62; letztere sind zu finden bei Foucault, Michel; Überwachen und Strafen; S.: 46

⁹⁹⁶ Bojcevic, Alexander; Die Todesstrafe in noch 74 Staaten: Eine aktuelle Standortbestimmung aus der Sicht von amnesty international; S.: 17; In: Jacobs, Helmut C. (Hrsg.); Gegen Folter und Todesstrafe: Aufklärerischer Diskurs und europäische Literatur vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart

⁹⁹⁷ Vgl. Esser, Robert; EMRK/IPBPR; S.: 1000

⁹⁹⁸ Vgl. Amnesty International (Hrsg.); Death Sentences and Exekutions 2010; S.: 5

⁹⁹⁹ § 102 GG

¹⁰⁰⁰ Vgl. Kortmann, C.a.j.m; Das niederländische Grundgesetz vom 17. Februar 1983; S.: 186; In: Häberle, Peter (Hrsg.); Jahrbuch des öffentlichen Rechts; Bd. 33

¹⁰⁰¹ Vgl. Hötzel, Yvonne; Debatten um die Todesstrafe in der Bundesrepublik Deutschland 1949 – 1990; S.: 23; Im Artikel 10 Recht auf Leben und persönliche Freiheit der Schweizer *Bundesverfassung* heißt es dazu: „Jeder Mensch hat das Recht auf Leben. Die Todesstrafe ist verboten“

¹⁰⁰² Rousseau, Jean Jaques; Der Gesellschaftsvertrag; S.: 41

¹⁰⁰³ Tännjö, Torbjörn; Zur Ethik des Tötens: Neue Anstöße zur Reflexion eines umstrittenen Problems; S.: 21

der Vergeltung? Im Gegensatz zu einem durch den Täter begangenen Mord ist seine Hinrichtung eine Bestrafung, die enorm inhuman wirkt: Affekte werden ausgeblendet; seine Hinrichtung erscheint eher als ein Vergeltungs- oder sogar Rache-Akt¹⁰⁰⁴: erst hiermit werden doch die von den Nationalsozialisten eingebrachten Merkmale der Mordlust, und Grausamkeit verwirklicht¹⁰⁰⁵. Mit der Tötung eines Menschen, der einen Menschen getötet hat, wird kein Unrecht wiedergut gemacht.

War es noch im Mittelalter das öffentliche Schauspiel, das jedem zum Tode Verurteilten seinen individuellen Tod inszenierte, so fand im 19. Jahrhundert ein umfassender Wandel statt:

„gleicher Tod für alle – ohne besondere Kennzeichnung des Verbrechens oder des gesellschaftlichen Status des Verbrechers“¹⁰⁰⁶.

Hinrichtungen sind ein Spektakel¹⁰⁰⁷, von denen manche Stimmen überzeugt sind, dass die öffentlich durchgeführte Exekution, in ihrer Tiefe nicht vordergründig den Körper trifft und treffen soll, als vielmehr „auf das Herz, das Denken, den Willen, die Anlagen wirkt“¹⁰⁰⁸. Und so Folge-Täter von einer gleichartigen Handlungsweise abzubringen sind. Diese Art der Instrumentalisierung des Täters, um andere abzuschrecken, ist in keiner Rechtsordnung legitimierbar. Niemals ist auszuschließen, dass ein Urteil irrtümlich gefällt wird. Des Weiteren belegt eben die Praxis der Hinrichtungen selbst, dass ihr keine abschreckende Wirkung immanent ist¹⁰⁰⁹. Andernfalls müsste die Wirkung, andere vor ähnlichem Verhalten zurückhalten zu können, längst gegriffen haben und in den Ländern zumindest, in denen die Todesstrafe verhängt werden kann, schwere und schwerste Verbrechen nahezu eliminiert sein.

Zudem weist Amnesty International darauf hin, dass die abschreckende Wirkung der Todesstrafe, um beispielshalber potentielle Mörder von einer geplanten Tat abzubringen, nicht als Argument für die Todesstrafe greife, da die meisten Tötungen aus einem Affekt heraus oder unter Alkohol- oder Drogeneinfluss geschehen und andererseits ein geplanter, kaltblütiger Mord so detailliert vorbereitet werden kann, dass der Täter nicht überführt werden könne¹⁰¹⁰.

¹⁰⁰⁴ Beispielshalber soll hier die Todesstrafe eines Attentäters aufgeführt werden, um zu verdeutlichen, dass der Angreifer auf einen französischen König nicht einfach als Strafe hingerichtet wurde, sondern sein Tod zur Bestrafung in tausend Toden erfolgen sollte:

„Die Henker kneifen ihn [...] mit glühenden Zangen in Brustwarzen, Arme, Waden und Oberschenkel. Dann drückt man ihm das Messer in die rechte Hand, mit der er versucht hatte, den König zu erstechen, woraufhin diese Hand mit Schwefelfeuer verbrannt wird. Auf die blutenden Wunden, die ihm inzwischen mit subtiler Kalkulation beigebracht worden sind, wird wechselweise geschmolzenes Blei, siedendes Öl, brennendes Pechharz und mit Schwefel geschmolzenes Wachs gegossen“.

Nicht näher bezeichneter zeitgenössischer Bericht über den Attentäter Robert-Francois Damiens, der 1757 hingerichtet wurde, nachdem er versuchte den König Ludwig XV zu attackieren. Zitiert nach: Schlieper, Andreas; Das aufgeklärte Töten; S.: 22

¹⁰⁰⁵ Vgl. § 211 StGB

¹⁰⁰⁶ Foucault, Michel; Überwachen und Strafen; S.: 19

¹⁰⁰⁷ Vgl. Amnesty International (Hrsg.); Death Sentences and Executions in 2011; S.: 10:

„There were no reports of judicial executions carried out by stoning, or any new sentences of death by stoning [in 2011]. However, public executions were known to have been carried out in Iran, North Korea, Saudi Arabia and Somalia“.

¹⁰⁰⁸ Foucault, Michel; Überwachen und Strafen; S.: 24 f.

¹⁰⁰⁹ Ein Blick auf die Vereinigten Staaten von Amerika belegt dies: „In den USA ist die Rate der Tötungsdelikte trotz Bestehens der Todesstrafe höher“ als in Deutschland. Vgl. Stang, Kirsten et al; Trauma und Justiz: Juristische Grundlagen für Psychotherapeuten – psychotherapeutische Grundlagen für Juristen; S.: 43

¹⁰¹⁰ Vgl. Amnesty International (Hrsg.); Wenn der Staat tötet: Argumente pro & kontra Todesstrafe – Stand 14. April 2015; S.:

Des Weiteren widerspricht die Legalität der Todesstrafe Art. 5 der *Universal declaration of Human Rights* der UN, in welcher gefordert wird, dass niemand „shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment“¹⁰¹¹. Auch der Grundsatz des Art. 3, dass „Everyone has the right to life“¹⁰¹² wird durch diese Art der Strafe ebenso außen vor gelassen, wie die mögliche Entwicklung, dass ein Töter wieder geheilt oder wiederein-/angepasst werden könne:

„Aus der Schwere eines Verbrechens läßt [sic] sich keineswegs eindeutig auf die Besserungsfähigkeit des Verurteilten schließen“¹⁰¹³.

Diese 23 Länder, die 2010 Todesurteile vollstreckten, erliegen einem Fehltrick: nicht einmal der Staat hat das Recht zu entscheiden, wer existieren darf und wer nicht. Wenn nun ein Staat einem Bürger das Existenzrecht abspricht, spricht er sich gerade selber das Existenzrecht ab: bezieht der Staat denn nicht erst aus seinen Bürgern seine eigene Legitimation?

Einerseits treten Staaten als Verteidiger der Menschenrechte auf, behalten sich aber im Ausnahmefall das Recht vor, über Leben und Nichtexistenz ihrer Mitglieder oder die Mitglieder fremder Staaten zu entscheiden¹⁰¹⁴.

„Es sind also [...] Gründe, die, wenn sie schwerwiegend genug sind, erlauben, das Tötungsverbot auszusetzen, ohne gleichzeitig die Grundlagen einer menschlichen Gemeinschaft in Frage zu stellen“¹⁰¹⁵:

7.3.3 Abtreibung

Dieser Bereich vermag innerhalb des Komplexes Austritts- und Ausschlussprinzip unwahrscheinlich stark zu polarisieren. Nicht allein auf metaphysischer Ebene werden die Standpunkte erbittert verteidigt und die Gegner gebrandmarkt; stehen sich der nahezu absolute Lebensschutz einer liberaleren Einstellung gegenüber: das juristisch festgesetzte Verbot einer Abtreibung¹⁰¹⁶ würde jeder Frau einen Schaden

¹⁰¹¹ UN (Hrsg.); *The Universal Declaration of Human Rights*; Art. 5

¹⁰¹² Ebd.; Art. 3

¹⁰¹³ Foucault, Michel; *Überwachen und Strafen*; S.: 314

¹⁰¹⁴ Beispielshalber sei hier auf China verwiesen, das „executed 1000s – more people than the rest of the world put together“ Amnesty International; *Death Sentences and Executions in 2011*; S.: 39; „Foreign nationals continued to be sentenced to death in China [...]“ Amnesty International; *Death Sentences and Executions in 2011*; S.: 23

¹⁰¹⁵ Häcker, Barbara; *Die ethische Probleme der Sterbehilfe*; S.: 39

¹⁰¹⁶ StGB § 218 lautet:

„1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handlungen, deren Wirkung vor Abschluß [sic] der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gegen den Willen der Schwangeren handelt oder

2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Schwangere wird nicht wegen Versuchs bestraft.“

zufügen könnte argumentiert werden: sie verliere das Recht, über sich selbst zu bestimmen, werde in ihrer Freiheit eingeschränkt und müsse letztlich dem kleinen Menschen in sich in vielerlei Hinsicht dienen.

Die sog. *Pille-danach*¹⁰¹⁷ wie auch der Zeitraum der ersten zwölf Wochen einer Schwangerschaft als moralisch vertretbarer Zeitraum für eine Abtreibung sind inzwischen gesellschaftlich anerkannt¹⁰¹⁸ und werden erheblich genutzt¹⁰¹⁹. Aber auch mit den neuen Techniken der *Feindiagnostik* und der *Früherkennung* sowie der *Pränataldiagnostik* (PND) ist es möglich, weit vor der Geburt des Kindes festzustellen, ob und welche Schäden das Erwartete haben wird. Bei der *Präimplantationsdiagnostik* (PID) werden die durch künstliche Befruchtung erzeugten Embryonen auf genetische Krankheiten untersucht und dann selektiert: „Die gesunden Embryonen pflanzen die Ärzte der Frau ein, die defekten werfen sie weg“¹⁰²⁰.

Die Gegner der Abtreibung lassen sich etwa in die feministischen oder der sog. liberalen und die Position, „der zufolge Embryonen überhaupt nicht schadensfähig sind“¹⁰²¹ einteilen¹⁰²². Dessen ungeachtet ist der Abbruch einer Schwangerschaft entgegen der hippokratischen Lehre¹⁰²³ unter bestimmten äußerst ungünstigen Umständen auch bis nahe an den Geburtstermin heran moralisch geboten und nicht zu verurteilen, wenn etwa der Mutter eine ernsthafte Gefährdung durch die Schwangerschaft entsteht¹⁰²⁴. So kann beispielshalber eine Schwangerschaftsvergiftung, obwohl inzwischen selten geworden, „das Leben von Mutter und Kind gefährden“¹⁰²⁵. Hierbei wird dann dem Leben der Mutter ein Vorrang gegenüber dem noch ungeborenen Kind eingeräumt:

„Der Tod des Fötus ist in diesen Fällen lediglich ein vorausgesehener, nicht jedoch erwünschter Effekt der guten Handlung der Lebensrettung. Da das Leben der Frau auf dem Spiel steht, gilt auch die Bedingung der Verhältnismäßigkeit (zwischen der beabsichtigten guten Handlung mit dem Ziel, das Leben der Frau zu retten, und der vorausgesehenen negativen Konsequenz der guten Handlung, dem Tod des Fötus) als erfüllt“¹⁰²⁶.

¹⁰¹⁷ Ein Hormonpräparat, das „verhindert, dass sich ein möglicherweise befruchtetes Ei in die Gebärmutter-schleimhaut einnistet“. Strenggenommen, wird mit diesem Präparat keine Schwangerschaft abgebrochen. Knöpfel, Sylvia et al.; Verhütung: Welche Methode passt zu mir?: Von traditionell bis hypermodern: Alle Möglichkeiten im Überblick. So finden Sie die richtige Verhütung für jede Lebensphase. Mit unabhängiger Bewertung aller Vor- und Nachteile; S.: 134; Dieser Sicht folgt auch die Gesetzgebung: vgl. § StGB 218

¹⁰¹⁸ Vgl. § 218 a Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs Abs. 1

¹⁰¹⁹ Die Online-Datenbank *Genesis* des Statistischen Bundesamtes bietet eine Übersicht zu den meldepflichtigen Schwangerschaftsabbrüchen für Deutschland seit 1996. Darin ist ersichtlich, dass die Zahl der erfolgten „bewusst herbeigeführten[n] Eingriffe mit dem Ziel der vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft“ seit Aufzeichnungsbeginn im Jahre 1996 seit 2001 rückläufig ist. Statistisches Bundesamt (Hrsg.); GENESIS-Online; Available: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=6FB4B8BE7C488BD95CF4316FE93E08E6.tomcat_GO_1_2?operation=previous&levelindex=&levelid=&step=&Menu=Willkommen; (16.03.2015);

2015 sind in Deutschland „rund 99 200 Schwangerschaftsabbrüche“ vorgenommen wurden. Destatis (Hrsg.); Pressemitteilung Nr. 086 vom 09.03.2015: 0,55 weniger Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2015; Available: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/03/PD16_08_6_233.html; (16.03.2015)

¹⁰²⁰ Spiewak, Martin; Mit Gewissen und Verstand: Soll der Bundestag eine Embryonenauswahl im Labor erlauben?; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 30. Juni 2011; Nr. 27; Available: <http://www.zeit.de/2011/27/M-PID-Bundestag/seite-2>; (26.11.2015)

¹⁰²¹ Lenzen, Wolfgang; Sex, Tod, Leben und Gewalt: eine Einführung in die Angewandte Ethik/Bioethik; S.: 197

¹⁰²² Vgl. ebda.; S.: 198 - 242

¹⁰²³ „will ich keiner Frau ein abtreibendes Mittel geben“ vgl. Einleitung

¹⁰²⁴ Vgl. Spiewak, Martin; Mit Gewissen und Verstand; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 30. Juni 2011; Hamburg 2011; Available: <http://www.zeit.de/2011/27/M-PID-Bundestag> (26.11.2015)

¹⁰²⁵ Lockie, Andrew et al.; Frauen-Handbuch der Homöopathie Körperliche und seelische Störungen erkennen, behandeln, dauerhaft heilen; S.: 212

¹⁰²⁶ Tännjö, Torbjörn; Zur Ethik des Tötens; S.: 75

Die Potenz des Embryo und Fötus, ein voll entwickelter Mensch zu werden, stellt für viele Utilitaristen etwa kein ausreichendes Argument dar, das vorgeburtliche Leben allein deshalb zu schützen¹⁰²⁷.

7.3.4 Tötung auf Verlangen

Eine Novellierung der Tötungsstraftatbestände 1943 umfasste auch, den Versuch einer Tötung auf Verlangen unter Strafe zu stellen¹⁰²⁸. Der *Mordparagraph* „211 erhielt seine ihm bis heute erhaltene Form“¹⁰²⁹. Auch in der Schweiz wird die Tötung auf Verlangen mit Strafe bedroht, der entsprechende Art. 114 des Schweizer Strafgesetzbuches (chStGB) lautet:

„Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft“¹⁰³⁰.

Wie sich weiter oben bereits abzeichnete¹⁰³¹ ist hierbei der besondere Problemschwerpunkt eine Abgrenzung der Tötung auf Verlangen zur straflosen Beihilfe zur Selbsttötung¹⁰³². In diesem Zusammenhang legt die Juristerei auf das Merkmal der Tatherrschaft ab: liegt diese beim Sterbewilligen, so ist eine Form der Beihilfe gegeben. Hat nun aber der Helfende die Macht über das Tatgeschehen, so macht er sich strafbar nach Paragraph 211 StGB, indem er einem Menschen auf dessen Verlangen hin das Leben nimmt. Durch den ausdrücklichen Wunsch des Sterbewilligen wird dann der Töter auch milder bestraft, da

„auf Grund des Tötungsverlangens einerseits das Unrecht der Tat, andererseits auf Grund der Mitleidssituation bzw. Konfliktlage beim Täter auch der Schuldgehalt der Tat gemindert ist“¹⁰³³.

In den Niederlanden ist die Tötung auf Verlangen unter gewissen engen Grenzen lediglich Ärzten gestattet¹⁰³⁴. Jedoch wird von den deutschen und Schweizer Gesetzgebern unterstellt, dass der Sterbewillige, in diesem Falle „der Rechtsgutsinhaber nicht dispositionsbefugt“¹⁰³⁵ sei. Dies soll einerseits den absoluten Lebensschutz betonen, als auch andererseits einer Relativierung des Rechtsguts Leben entgegenwirken.

Die Schwierigkeit ist m.E. hierbei, dass einige sterbewillige Menschen, die sich das Leben nicht aus eigenem Vermögen heraus nehmen können, zu einem Weiterleben gezwungen sind, auch wenn sie dies absolut ausschließen. Ein querschnittsgelähmter Mensch etwa müsste sich dann „vor einen Zug

¹⁰²⁷ Vgl. Lutterotti, Markus von; Sterbehilfe; S.: 25

¹⁰²⁸ Vgl. Fuchs, Thomas; Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich vom 15. Mai 1871: Besonderer Teil Sechszehnter Abschnitt. Straftaten gegen das Leben (Paragraf 216. Tötung auf Verlangen); In: lexetius.com; Available: <http://lexetius.com/StGB/216#2>; (26.11.2015)

¹⁰²⁹ Große-Vehne, Vera; Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB); S.: 123

¹⁰³⁰ Art. 114 chStGB

¹⁰³¹ Vgl. dazu etwa Punkt 6.6 Beihilfe zum Suizid und besonders Punkt 6.3 Ahndung der suizidalen Tendenzen

¹⁰³² Vgl. Jäger, Christian; Examens-Repetitorium Strafrecht besonderer Teil; S.: 31

¹⁰³³ Eisele, Jörg; Strafrecht: Besonderer Teil I: Straftaten gegen die Person und die Allgemeinheit; S.: 72

¹⁰³⁴ Vgl. dazu weiter unten Punkt 10 Heraus aus der Grauzone - Die praktisch wirksame Neuorientierung

¹⁰³⁵ Eisele, Jörg; Strafrecht; S.: 72

rollen¹⁰³⁶, mehrere tausend Euro in der Schweiz investieren¹⁰³⁷ oder sich letztlich „eine Plastiktüte über den Kopf ziehen, bis [er] erstick[t]“¹⁰³⁸. Diese zutiefst unwürdigen Zustände gilt es zu beheben. Ein Ansatzpunkt wäre, den Terminus der *Tatherrschaft* juristisch neu zu definieren, als auch eine Dokumentationspflicht einzuführen, damit eventuelle Töter nicht nach den anderen Körperverletzungsdelikten bestraft werden könnten. Denkbar ist auch, dass etwa besonders geschulte Ärzte diese Handlungen vornehmen, damit keine Risiken für die Verlangenden entstehen.

¹⁰³⁶ Reiter, Udo; Mein Tod gehört mir: In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 04. Januar 2014; München 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/leben/selbstbestimmtes-sterben-mein-tod-gehoert-mir-1.1856111>; (04.01.2016)

¹⁰³⁷ Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); So funktioniert DIGNITAS; S.: 14

¹⁰³⁸ Reiter, Udo; Mein Tod gehört mir: In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 04. Januar 2014; München 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/leben/selbstbestimmtes-sterben-mein-tod-gehoert-mir-1.1856111> (04.01.2016)

Exkurs: Verzerrte Repräsentation als Argument der Diskussion um Sterbehilfe

In der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende werden gern die sog. *Remmelink-Studien* bemüht¹⁰³⁹, um etwa hierzulande auf die schleichenden Gefahren einer teilweisen straf- und/oder standesrechtlichen und/oder -ethischen Liberalisierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid oder der aktiven direkten Sterbehilfe hinzuweisen¹⁰⁴⁰. Diese sozio-empirischen Untersuchungen des Rechtswissenschaftlers Jan Remmelink aus den Jahren 1990, 1995 und 2001, die maßgeblich dazu beitrugen, dass das niederländische *Wet toetsing levens-beëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (dt.: „Das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“¹⁰⁴¹) zustande kommen konnte¹⁰⁴², basierten „auf Interviews [...], einer randomisierten Studie mit Allgemein- und Fachmedizinerinnen“¹⁰⁴³, welche über Ausmaß und Charakter der Sterbehilfepraxis in den Niederlanden Auskunft geben sollten¹⁰⁴⁴.

Das dadurch begünstigte neue Gesetz sollte vor allem Rechtssicherheit schaffen und die Praxis der Sterbehilfe aus der juristisch wie standesethisch und –rechtlich unbeherrschten Grauzone herausholen und regulieren¹⁰⁴⁵. Diese *Remmelink-Reporte*,

„welche allerdings funktionsbedingt Einblick nur in das *Hellfeld* der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden gewähren“¹⁰⁴⁶

sind neben den jährlichen Berichten der *Regionalen Kontrollkommissionen Euthanasie (Regionale toetsingscommissies euthanasie)* die Hauptquellen der statistischen Argumentation in der Debatte.

„Um empirische Größen, wie z.B. Stress, Ablehnung gegenüber einem Thema etc., quantifizieren zu können, müssen sie messbar gemacht werden, also in Zahlen überführt werden“¹⁰⁴⁷.

Beide Seiten der Debatte über Legalisierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid als auch die Parteien in der Diskussion über eine teilweise oder auch prinzipielle Freigabe der direkten aktiven Sterbehilfe bemühen in ihrer Argumentation statistische Erhebungen, um ihre Forderungen zu stützen, da sie die Daten für ihre Zwecke nutzbar machen können. So wurde etwa *Infratest dimap*, eine *Gesellschaft für Trend- und Wahlforschung*, im November 2014, als eine Bundestagsdebatte über den Komplex Sterbehilfe geplant war, beauftragt, die aktuelle Stimmung der Bevölkerung in Deutschland bezüglich der

¹⁰³⁹ Naunin, Swantje; *Sterben auf Niederländisch?*; S.: 51:

„Die enthaltenen Zahlen werden „als Informationsquellen [...] von Gegnern und Befürwortern als hoch angesehen“.

¹⁰⁴⁰ Vgl. Hoppe, Jörg-Dietrich; *Den Tod nicht zuteilen*; S.: 79 f.; In: Rehmann-Sutter, Christoph et al.; *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz*

¹⁰⁴¹ Gavela, Kallia; *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*; S.: 117

¹⁰⁴² Vgl. Legemaate, Johan; *Medisch handelen rond het levenseinde*; S.: 90

¹⁰⁴³ Hochgrebe, Winfried; *Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland?*; S.: 76 f.

¹⁰⁴⁴ Vgl. Naunin, Swantje; *Sterben auf Niederländisch?*; S.: 51 – 72

¹⁰⁴⁵ Vgl. Czerner, Frank; *Das Euthanasie-Tabu*; S.: 75

¹⁰⁴⁶ Gavela, Kallia; *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*; S.: 128 [Hervorhebung von mir – M.F.]

¹⁰⁴⁷ Raab-Steiner, Elisabeth et al.; *Der Fragebogen*; S.: 29

Thematik ärztliche Beihilfe zum Suizid und Freigabe der aktiven Sterbehilfe zu ermitteln. Die Frage, die der Bevölkerung gestellt wurde, um die Stimmungslage auszutarieren, lautete:

„Derzeit wird über Sterbehilfe diskutiert. Wie ist ihre Meinung: Sollte die aktive Sterbehilfe erlaubt sein, bei der zum Beispiel ein Arzt dem schwerstkranken Patienten ein tödliches Medikament verabreicht? Oder sollte nur die Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt sein, bei der ein Arzt zum Beispiel ein tödliches Medikament bereitstellt, das der Patient dann aber selber einnimmt? Oder sollte Sterbehilfe grundsätzlich nicht erlaubt sein?“¹⁰⁴⁸

Auf den ersten Blick wird durch diese Frage der Rahmen der aktuellen medizin-ethischen Debatte abgesteckt: die passive Sterbehilfe als auch die indirekte aktive Sterbehilfe sind juristisch als auch standesethisch in Deutschland reguliert¹⁰⁴⁹. Die Frage sollte auf den Grad der Akzeptanz/Nichtakzeptanz der Beihilfe eines Arztes an einem Suizid oder die teilweise oder generelle Freigabe der direkten aktiven Sterbehilfe verweisen. Als Ergebnis wurde die Zustimmung zur Freigabe der aktiven Sterbehilfe mit 37, die Liberalisierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid mit 46 Prozent angegeben. Lediglich zwölf Prozent der Bevölkerung sprachen sich generell gegen eine Erlaubtheit dieser Formen der Sterbehilfe aus. Fünf Prozent der Befragten machten entweder keine Angabe oder waren unentschlossen¹⁰⁵⁰.

Als Grundgesamtheit dieser Umfrage erfährt der Leser über den Internetauftritt von *Infratest dimap*, dass als Basis dieser Interpretation eine Anzahl von 1023 wahlberechtigten Personen über 18 Jahren in Deutschland mittels *repräsentativer Zufallsauswahl* – einer sog. *Randomstichprobe* – per computergestützter Telefoninterviews (CATI) zur Thematik befragt wurden¹⁰⁵¹. Die Meinungsforscher sehen sich dabei einer Vielzahl von Problemen gegenüber, die weit darüber hinausgehen, nur „die Sprache der Befragten zu sprechen“¹⁰⁵²:

„Unkontrollierte Urteilsfehler, Antworttendenzen, die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit, Suggestiveffekte, Stimmungseffekte aufgrund des aktuellen Tagesgeschehens und vieles mehr mindern die Qualität der ‚Bogen mit Fragen‘“¹⁰⁵³

Obige Umfrage wurde in der Zeit vom 17. bis 19. November 2014 durchgeführt, also lag zumindest ein Wochenende der persönlichen Meinungsbildung der Befragten zwischen der Bundestagsdebatte vom 13. November¹⁰⁵⁴, welche regen Nachhall in den Medien fand¹⁰⁵⁵, und der Befragung an sich; es ist also realistisch, dass sich die Interviewten zwischen Berichterstattung und Fragestellung sich mit dieser Thematik befasst haben und nicht vollkommen unwissend zur Thematik Stellung beziehen konnten.

¹⁰⁴⁸ Infratest dimap; MoMA-DeutschlandTREND November 2014; Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/sterbehilfe-hohe-akzeptanz-in-der-bevoelkerung-ukraine-konflikt-mehrheit-gegen-ausweitung-der-san/>; (21.10.2015)

¹⁰⁴⁹ Vgl. dazu Punkt 9.1 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur passiven Sterbehilfe und Punkt 9.2 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur indirekten (aktiven) Sterbehilfe

¹⁰⁵⁰ Vgl. Infratest dimap; MoMA-DeutschlandTREND November 2014; Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/sterbehilfe-hohe-akzeptanz-in-der-bevoelkerung-ukraine-konflikt-mehrheit-gegen-ausweitung-der-san/>; (21.10.2015)

¹⁰⁵¹ Vgl. ebda.

¹⁰⁵² Petersen, Thomas; *Der Fragebogen in der Sozialforschung*; S.: 59

¹⁰⁵³ Kallus, Konrad Wolfgang; *Erstellung von Fragebogen*; S.: 12

¹⁰⁵⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.); *Emotionale Debatte über Sterbehilfe im Bundestag*; Available: http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de_sterbebegleitung/339436; (23.01.2015)

¹⁰⁵⁵ vgl. dpa et al.; *Bundestag sucht Position zum assistierten Suizid*; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); *ZEIT online vom 13. November 2014*; Available: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-11/bundestag-sterbehilfe-debatte>; (25.11.2015)

Wenige Wochen vor der Diskussion im Deutschen Bundestag wurden im Auftrag der ARD-Sendung *hart aber fair* zur Thematik der Legalisierung der ärztlich assistierten Selbsttötung 1005 Personen befragt. Bei dieser Befragung wurde angegeben, dass das Befragtenalter ab 14 Jahren betrug. Die gestellte Frage lautete:

„Derzeit wird darüber diskutiert, ob es Ärzten erlaubt sein sollte, Schwerstkranke beim Suizid, also beim Freitod zu unterstützen. Dabei geht es nicht um aktive Sterbehilfe, sondern um Fälle, in denen Sterbenskranke ihre Ärzte bitten, ihnen einen raschen Tod zu ermöglichen, indem der Arzt zum Beispiel ein tödliches Medikament zur Verfügung stellt, das der Patient dann aber selber einnimmt. Sollte es ihrer Meinung nach Ärzten grundsätzlich erlaubt sein, Schwerstkranke in dieser Form beim Suizid zu unterstützen?“¹⁰⁵⁶

Im Ergebnis sprachen sich insgesamt 79 dafür und 17 Prozent dagegen aus. Die übrigen vier Prozent waren zu gleichen Teilen entweder unentschlossen oder machten keine Angabe – wiederum wurde die Fehlertoleranz mit 1,4 bis 3,1 Prozentpunkten angegeben. Da auch hier auf das Mittel der repräsentativen Zufallsauswahl/Randomstichprobe per CATI zurückgegriffen wurde und eine enorme Abweichung von 33 Prozentpunkten gegenüber der Zustimmung in der Frage der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zur Umfrage nach der Bundestagsdebatte auffällt, muss das Mittel der als auch die Datenerhebung an sich näher beleuchtet werden.

Kritikpunkte an statistischen Erhebungen

Verzerrungen durch die Fragestellung

Allein schon durch die Gestaltung einer Frage, des Aufbaus eines Fragebogens oder der Form des Interviews können gewisse Ergebnisse erzielt oder auch vermieden werden. Mit einigen hilfreichen Werkzeugen können Meinungsforschungsinstitute die gewünschten Meinungen oder Einstellungen und/oder Verhaltensweisen der Menschen einfangen und repräsentieren.

„Repräsentative Umfragen werden in aller Regel im Rahmen von „quantitativer empirischer Sozialforschung“ [...] durchgeführt“¹⁰⁵⁷.

Die Meinungsforschung kann hierbei auf direktem Wege persönlich *face-to-face* oder via Telefon die Stimmungen und Wünsche der Bevölkerung ermitteln oder indirekt auf schriftlichem oder auf digitalem Wege über das Internet die Einstellungen und Meinungen einholen. Wer letzten Endes dabei in das Raster

¹⁰⁵⁶ Infratest dimap; *hart aber fair* „Sterbehilfe“ Oktober 2014: Sollte es Ärzten erlaubt sein, Schwerstkranken ein tödliches Medikament zur Verfügung zu stellen?; Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/vier-fuenftel-der-deutschen-fuer-aerztliche-sterbe-unterstuetzung/>; (25.11.2015)

¹⁰⁵⁷ Schumann, Siegfried; Repräsentative Umfrage: Praxisorientierte Einführung in empirische Methoden und statistische Analyseverfahren; S.: 1 m.w.V.

hineingerät, aus dem die zu Befragenden ermittelt werden, bleibt diversen Mitteln der Demoskopie als auch dem beispielshalber groben Zufall überlassen. Aber allein schon durch die „willkürliche Auswahl“¹⁰⁵⁸ der Gruppe, die befragt werden soll und auch die Anzahl derer, kann das Ergebnis kaum als absolutes Abbild der Realität verstanden werden: „Eine absolute Aussage wäre nur durch eine Vollerhebung möglich“¹⁰⁵⁹. Auch ist es nicht unwahrscheinlich, dass bereits bei der Auswahl der zu befragenden Gruppe versehentliche Ausschlüsse von zu Befragenden erfolgen, obwohl diese gerade nicht zu vernachlässigen sind – zu denken ist hierbei an die immer wieder überraschenden Ergebnisse der Umfragen bei Landtags- und Bundestagswahlen; die angegebenen Umfragewerte der nicht-althergebrachten oder extremeren Parteien stimmen eher selten mit dem dann tatsächlich erzielten Ergebnis überein¹⁰⁶⁰. Die wenigsten Menschen sind bereit ihre nationalistische Gesinnung anzugeben, so dass vor allem diese Parteien als ungewisser Faktor betrachtet werden können und die vorher erfolgten Umfragewerte zum Teil erheblich vom tatsächlichen Ergebnis abweichen (können).

Die empirischen Sozialforscher Faulbaum et al. listen anhand vieler Beispiele diverse Fehler in der Umfrage-Technik auf, die zur Folge haben können, dass der Interviewer nicht intendierte Antworten erhält, die seine Befragung sabotieren: „Worte/Formulierungen mit vager/unklarer Bedeutung“ in der Umfrage; das Verknüpfen „mehrere[r] unterschiedliche[r] Sachverhalte“ durch Termini wie *und*, *oder*, *weil* ist geeignet, Verwirrungen zu provozieren, da mehrere Sachverhalte auf diese Weise verbunden werden können; das den Befragten verwirrende Abweichen des Einleitungstextes von der Frage/Aussage; generell hypothetisch formulierte Fragen; zu schwer verständliche Sprache durch den Gebrauch von Fachtermini oder seltene Abkürzungen etwa überfordern schnell den Befragten¹⁰⁶¹.

In unserem Fall wurden in der zeitlich früheren Umfrage 18 Personen weniger, aber dafür ein breiterer Schnitt der Bevölkerung interviewt: vor der Bundestagsdebatte wurden Personen ab 14 Jahren¹⁰⁶², in der auf diese Bundestagsdebatte folgende die „[w]ahlberechtigte Bevölkerung in Deutschland ab 18

¹⁰⁵⁸ Raab-Steiner, Elisabeth et al.; Der Fragebogen; S.: 18. Die Autoren bezeichnen diese Art der Befragung als „ein[en] sehr unwissenschaftlichen Zugang, [und benennen explizit] Befragungen auf der Straße, bei denen jeder zehnte Passant angesprochen wird“.

¹⁰⁵⁹ Ebda.; S.: 20

¹⁰⁶⁰ Dieser sogenannte „Verschweigensfaktor“ stellt die Wahlprognostizierenden vor schwer zu beherrschende Schwierigkeiten: so wurden etwa bei den Landtagswahlen 1992 und 1996 in Baden-Württemberg die prognostizierten Zahlen der Partei der Republikaner mit 4,5 Prozent zu niedrig angegeben – obwohl die Ergebnisse bei 10,9 und 9,1 Prozent lagen und die Republikaner damit die 5%-Hürde überwunden hatten und damit im baden-württembergischen Landtag vertreten waren. Anonymous; „Solide ermittelt“: Allensbach-Chefin Renate Köcher über die Ratespiele der Wahlforscher; S.: 27; In: Der Spiegel 14/1996. Zur Fünf-Prozent-Hürde vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.); Sperrklausel (5%-Hürde); Available: <http://www.bundestag.de/service/glossar/S/sperrklausel/246338>; (25.11.2015); sowie Schröder, Valentin; Deutschland seit 1945: Landtagswahlen: Land Baden-Württemberg; Bremen 2012; Available: <http://www.wahlen-in-deutschland.de/blBawue.htm>; (25.11.2015)

¹⁰⁶¹ Faulbaum, Frank et al.; Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität; S.: 127 - 155

¹⁰⁶² Vgl. Infratest dimap; *hart aber fair* „Sterbehilfe“ Oktober 2014; Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/vier-fuenftel-der-deutschen-fuer-aerztliche-sterbe-unterstuetzung>; (25.11.2015); sowie MoMa-Deutschland TREND November 2014: Sterbehilfe: Aktive Sterbehilfe, Beihilfe zur Selbsttötung oder grundsätzlich nicht erlauben?; Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/sterbehilfe-hohe-akzeptanz-in-der-bevoelkerung-ukraine-konflikt-mehrheit-gegen-ausweitung-der-san/>; (25.11.2015)

Jahren¹⁰⁶³ herangezogen. Beide Interviewformulierungen benennen die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe durch einen Arzt, jedoch wird in der *MoMa*-Umfrage die Zustimmung zu beiden Methoden ermittelt, hingegen in der *hart-aber-fair*-Evaluierung, bei der bereits eine Wertung der Selbsttötung im Einleitungssatz an sich eingebaut ist, wenn genannt wird, worum es sich handelt: nämlich um den Sachverhalt „ob es Ärzten erlaubt sein sollte, Schwerstkranken[n] beim Suizid, also beim *Freitod*“¹⁰⁶⁴ zu helfen, lediglich der Grad der Zustimmung zur ärztlichen Assistenz bei einem Suizid untersucht. Mit der Wahl des Terminus *Freitod* wird die Verwerflichkeit einer Selbsttötung¹⁰⁶⁵ suggestiv bereits ausgeklammert, der Befragte schon in eine gewisse Richtung gedrängt und durch die zusammenfassende Frage am Ende eine Eindeutigkeit hergestellt, der der Interviewte sich kaum entziehen kann. Während hierbei nur ein *Ja-Nein-Muster* ausreichend erscheint, muss der Antwortende der *MoMa*-Befragung sein Urteil zu drei möglichen Antworten abwägen: Selbsttötung; Getötetwerden oder keines von beiden.

Mit kleinen Worten lässt sich in also der Empirie eine erhebliche Wirkung erzielen:

„unter Umständen [reagiert der Befragte] selbst auf kleinste Untertöne in der Frageformulierung äußerst empfindlich“¹⁰⁶⁶.

In diesem Kontext hier soll das durch folgende Beispiele verdeutlicht werden: a) „Sind sie unter gewissen Umständen für die aktive Lebensbeendigung eines Schwerstkranken auf seinen Wunsch hin?“; „Sind Sie generell für die aktive Lebensbeendigung eines Schwerstkranken auf seinen Wunsch hin?“, bei letzterer Frage kann der Befragte dann in einer *face-to-face*-Interviewsituation eventuell seine Antwort danach ausrichten, was er glaubt am besten antworten zu müssen. Bei diesen sozial verträglichen Antworten behält der Antwortende seine wahre Meinung für sich, entweder weil er kein Desinteresse zeigen möchte oder – in politischen Meinungsumfragen, Fragen zum Alkoholkonsum oder Sexualverhalten – eine (Ver-)Ächtung befürchtet. Dieser Effekt,

„das Phänomen der „sozialen Erwünschtheit“ also die Neigung mancher Befragter, nicht unbedingt ehrliche Antworten zu geben, sondern solche, von denen sie meinen, dass sie sie Dritten gegenüber in einem besseren Licht dastehen lassen [verzerrt die Aussagekraft von Statistiken erheblich.] Der schwedische Sozialforscher Hans Zetterberg sagt mit Recht, dass es wahrscheinlich keine wirklich brauchbare Methode gibt, die Angaben der Bevölkerung über ihren Alkoholkonsum mit den Absatzzahlen der Brauereien in Einklang zu bringen (vgl. Kühlhorn u.a. 2000)“¹⁰⁶⁷.

Vor allem der

„gewohnheitsmäßige Vielnutzer [korrigiert] bei direkten Nachfragen die Menge seines tatsächlichen Verbrauchs nach unten“¹⁰⁶⁸.

Auch ist es möglich durch doppelte Verneinung oder ähnliche Kunstgriffe den Befragten zu einem intendierten Ergebnis zu verleiten, obwohl diese Antwort nicht ganz oder überhaupt nicht der wahren

¹⁰⁶³ MoMa-Deutschland TREND November 2014; Available MoMa-Deutschland TREND November 2014; Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/sterbehilfe-hohe-akzeptanz-in-der-bevoelkerung-ukraine-konflikt-mehrheit-gegen-ausweitung-der-san;> (25.11.2015)

¹⁰⁶⁴ Vgl. Fn. 1057 [Hervorhebung von mir – M.F.]

¹⁰⁶⁵ Vgl. dazu Punkt 6.1 Selbstmord und Freitod

¹⁰⁶⁶ Petersen, Thomas; Der Fragebogen in der Sozialforschung; S.: 269

¹⁰⁶⁷ Ebda.; S.: 38

¹⁰⁶⁸ Cressey, Daniel; Das Cannabis-Experiment; S.: 280; In: Macmillan Publishers Group (Hrsg.); Nature: International Weekly Journal of Science, Vol. 524 vom 20. August 2015

Einstellung des Befragten gerecht wird, aber in dem geschaffenen Umfeld eben das erzielte Resultat erzwungen wird. Antworten können aber auch aus dem Aufbau des Interviews heraus provoziert werden:

„Ein weiteres Problem, das [...] mit der Verknüpfung bzw. der Reihenfolge von Fragen zu tun hat besteht darin, dass die Antwort auf eine Frage die Beantwortung nachfolgender Fragen beeinflussen kann“¹⁰⁶⁹.

Dies wird in der entsprechenden Literatur als *Reihenfolgeeffekt* bezeichnet¹⁰⁷⁰: dabei kann die vorlaufende Frage entweder eine Kontrastantwort in der nachkommenden Frage auslösen oder eine stimmige Antwort gebieren¹⁰⁷¹. „Unzutreffende Annahmen über Befragte“ oder zu hoch angesetzte Erwartungen an das Erinnerungsvermögen des Befragten¹⁰⁷² vereiteln mitunter auch eine aussagekräftige Interpretation.

Es darf nicht vergessen werden, dass in dieser Thematik der medizinethischen Konfliktefälle und der Sterbekultur die erzielten Umfragewerte zumeist von medizinischen Laien stammen, denen einiges an fundiertem Grundwissen mangelt, um diese Fragen exakt beantworten zu können. Die Befragten müssen in kurzer Zeit mehrere Probleme bewältigen:

1. Die gestellte Frage verstehen,
2. relevante Informationen zum Beantworten aus dem Gedächtnis abrufen,
3. auf der Basis dieser Informationen ein Urteil bilden,
4. dieses Urteil gegebenenfalls in ein Antwortformat einpassen und
5. ihr ‚privates‘ Urteil vor Weitergabe an den Interviewer bzw. den Fragebogen gegebenenfalls ‚editieren‘¹⁰⁷³.

Oft sind die Befragten auch derart „überrumpelt“, dass es ihnen nicht möglich ist, den Sachverhalt genauer zu überdenken; in eine Art „Prüfungssituation“ versetzt, können Stimmungen aufkommen, „man werde ungerechtfertigterweise als Experte befragt“¹⁰⁷⁴. Das Verstehen muss aber auf zwei Ebenen erfolgen; Erstere benennt der Empiriker Rolf Porst als das

„*Semantische[.] Verständnis*: Was soll eine Frage oder ein Begriff in einer Frage „heißen“?“.

Die zweite Ebene des Verstehens benennt er als

„*Pragmatisches Verständnis*: Was will der Forscher – oder der ihn repräsentierende Interviewer – eigentlich „wissen“?“¹⁰⁷⁵

Diese beiden Ebenen abzudecken wird in einer *face-to-face* Situation durch den Interviewer möglich, der dann eventuelle Ungenauigkeiten oder Fragen klären kann. Auch auf schriftlichem Wege kann der Interviewte durch Hinweise ein entsprechendes Antwort-Niveau erreichen.

Die Übersetzungsfehler bei Erstellung der Frage, beim Verstehensprozess und eine entsprechende Antwort schließen weitere Fehler nicht aus. Aber auch die Auswertung der Antworten an sich lässt Raum für Interpretationen und Fehler.

¹⁰⁶⁹ Faulbaum, Frank et al.; Was ist eine gute Frage?; S.: 182

¹⁰⁷⁰ Vgl. Häder, Michael; Empirische Sozialforschung: Eine Einführung; S.: 457

¹⁰⁷¹ Vgl. Schumann, Siegfried; Repräsentative Umfrage; S.: 77 Fn. 134 m.w.V.

¹⁰⁷² Vgl. Faulbaum, Frank et al.; Was ist eine gute Frage?; S.: 155 - 161

¹⁰⁷³ Porst, Rolf; Fragebogen: Ein Arbeitsbuch; S.: 17; Mit 5. Ist gemeint, dass der Interviewte seine Antwort an die fragende Person oder eben den Fragebogen anpasst, aus Gründen heraus eine sozial verträgliche Antwort gibt.

¹⁰⁷⁴ Petersen, Thomas; Der Fragebogen in der Sozialforschung; S.: 54

¹⁰⁷⁵ Porst, Rolf, Fragebogen; S.: 18 [Hervorhebung im Original – M.F.]

Hierbei wird eine ganz eigene Verzerrungs-Komplexität offensichtlich. Der Auswertende interpretiert die Ergebnisse, die er bereits von *Verunreinigungen* (Falschaussagen – sozial erwarteten Antworten etc.) bereinigt hat: es kommen also nicht alle Daten in die Auswertung hinein¹⁰⁷⁶ – das wird in den allermeisten Umfrageergebnissen nicht erwähnt – ähnlich der Bundes- oder Landtagswahlen, bei denen die Stimmen der Parteien, die nicht die Sperrklausel überwunden haben, verfallen¹⁰⁷⁷ und somit nicht das politische Meinungsbild exakt widerspiegeln. Die Auswertenden sind nicht davor gefeit, Fehler zu begehen, so kann es geschehen,

„dass sich zu den Tücken des Schreibens vielfach Widrigkeiten des Interpretierens gesellen“¹⁰⁷⁸.

Bei telefonischen oder schriftlichen Befragungen haben die Umfrageinstitute stets auch mit einer ziemlich geringen Rücklaufquote zu kämpfen, auf die sie sich dann beziehen müssen. So wurde 2007 unter ca. 9.000 Angestellten der Stadt Essen unter anderem deren Bereitschaft zur Organspende erfragt, wovon die Auswerter dann auf „1.814 vollständig beantwortete Fragebögen“ zurückgreifen konnten¹⁰⁷⁹. Die Ursachen für die geringen *response-rates* sind zumeist einer ablehnenden Haltung gegenüber der Befragung an sich geschuldet oder auch der Thematik wegen – die Gründe hierfür sind vielschichtig.

Wenn dann in der Auswertung davon gesprochen wird, dass „die große Mehrheit der Bevölkerung“¹⁰⁸⁰ für oder gegen etwas ist, handelt es sich hierbei m.E. um Augenwischerei: richtiger wäre, den Leser permanent darauf hinzuweisen, dass nur ein Ausschnitt der Bevölkerung, eine Teilmenge befragt wurde. Es müsste also heißen: *70 Prozent der 2.094 Befragten der Gesamtbevölkerung* sagen dies und jenes.

Bei einer Umfrage unter Teilnehmern einer rechtskonservativen Demonstration zum Thema vermeintliche Islamisierung des Abendlandes ergab sich ein überraschendes Ergebnis:

„Der „typische“ PEGIDA-Demonstrant entstammt der Mittelschicht, ist gut ausgebildet, berufstätig, verfügt über ein für sächsische Verhältnisse leicht überdurchschnittliches Nettoeinkommen, ist 48 Jahre alt, männlich, gehört keiner Konfession an, weist keinen Parteienverbund aus und stammt aus Dresden oder Sachsen“¹⁰⁸¹.

¹⁰⁷⁶ Vgl. Heller, Wolf-Dieter et al.; Beschreibende Statistik: Mit vollständig gelösten Aufgaben; S.: 150

¹⁰⁷⁷ Vgl. Bultmann, Peter Friedrich; Öffentliches Recht für Wirtschaftswissenschaftler: Verfassungs- und Verwaltungsrechtsökonomik; S.: 68

¹⁰⁷⁸ Kirchhoff, Sabine et al; Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung; S.: 110

¹⁰⁷⁹ Heuer, M. et al.; Organspendebereitschaft: Auswertung einer Umfrage zu Gesundheitsthemen; S.: 924; In: Deutsche Medizinische Wochenschrift

¹⁰⁸⁰ Im Allensbacher Bericht aus dem Jahr 2001 war der untersuchte Gegenstand die Frage, ob aktive Sterbehilfe/ Tötung auf Verlangen u.U. durchgeführt werden dürfe. Dazu wurden 2.094 Personen ab einem Alter von 16 Jahren befragt. Das Allensbacher IfD formulierte dann das Ergebnis der Umfrage so:

„Auch wenn man die grundsätzlichen Positionen zur Sterbehilfe – Selbstbestimmung des schwerkranken Patienten kontra Heiligkeit des Lebens, das auch vom Arzt nicht vorzeitig beendet werden darf – in der Umfrage gegenüberstellt, spricht sich die große Mehrheit der Bevölkerung für eine solche Sterbehilfe aus. 70 Prozent sagen: „Ich finde, daß [sic] Sterbehilfe für schwerkranke Menschen ein guter Weg ist, um sie nicht so leiden zu lassen. Solange ein schwerkranker Mensch noch bei Bewußtsein [sic] ist, sollte er selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte“.“

Allensbacher Institut für Demoskopie (Hrsg.); Allensbacher Berichte; Nr. 9; S.: 3 f.; Available: http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_0109.pdf; (27.01.2015)

¹⁰⁸¹ Vorländer, Hans (Hrsg.); Wer geht warum zu PEGIDA-Demonstrationen?; Available: [https://tu-dresden.de/aktuelles/news/Downloads/praespeg; \(05.03.2015\)](https://tu-dresden.de/aktuelles/news/Downloads/praespeg; (05.03.2015))

Dass dabei ein Großteil der Befragten per Stichprobe gezogen wurde ergibt dieses Bild. Es ist zu vermuten, dass die studentischen Befragenden den offen martialisch auftretenden Rechten eher auswichen und die sympathischer erscheinenden Demonstrationsteilnehmer interviewten. Zumal wiederholt der nationalsozialistische Begriff der *Lügenpresse* genutzt wurde, kann zusätzlich davon ausgegangen werden, dass auch ein großer Teil der Demonstranten nicht bereit war, mit Meinungsforschern¹⁰⁸² und Reportern zu kommunizieren¹⁰⁸³. Es wäre von großer Bedeutung gewesen, wenn der Politikwissenschaftler Hans Vorländer diese Umfrageergebnisse in einer genaueren Auswertung öffentlich betrachtet und erläutert hätte, woher diese Unstimmigkeiten zwischen Vorurteilen der Bevölkerung gegen die „Pegidioten“¹⁰⁸⁴ und deren *wahrem* Gesicht kamen. Einen sogenannten Fehleranteil anzugeben wurde nicht für nötig befunden. Dabei ist es eben jener Faktor, der Auskunft darüber zu geben vermag, bis zu welchem Grad eine Umfrage als repräsentativ zu betrachten ist¹⁰⁸⁵. Insgesamt kann dann von Kritikern dieser Umfrage diese

„Datengrundlage, gekennzeichnet durch Oberflächlichkeit und Zufälligkeiten beim Beobachten“¹⁰⁸⁶ angegriffen werden und somit neue *repräsentativere* Umfragen provozieren.

Dass beide oben wiedergegebenen Umfragen zur Thematik ärztliche Beihilfe zum Suizid einen Fehleranteil von 1,4 – 3,4 Prozent angeben, bedeutet übersetzt, die wiedergegebenen Aussagen sind mit einer Wahrscheinlichkeit von 96,6 bis 98,6 Prozent repräsentativ und grob auf die Grundgesamtheit verallgemeinerbar. Diese Angabe fehlte in der Umfrage von Vorländer und ist somit weder auf Dresden als Stadt noch auf die gesamte Bundesrepublik anwendbar.

Dargestellte Statistik

Der Leser sollte die dargestellten ausgewerteten Ergebnisse nicht unhinterfragt einfach übernehmen und für seine Argumentation gebrauchen. Viel bedeutender als das Abgebildete ist doch eher, was eben nicht angesprochen/dargestellt wird. Die Krankenkassen oder Versicherer bedienen sich in ihrer Argumentation Statistiken, um ihre Effektivität beispielshalber zu veranschaulichen:

„Bei Karzinompatienten ist in 20-50% der Fälle der Schmerz ein Frühsymptom und oft bereits bei Diagnosestellung vorhanden. Im Endstadium eines Tumorleidens klagen sogar 70-80% der Patienten über Schmerzen. Mit einer

¹⁰⁸² Vgl. TU Dresden (Hrsg.); Presseerklärung vom 15.01.2015: Wer geht zu Pegida und warum?; Available: http://tu-dresden.de/aktuelles/newsarchiv/2015/1/pegida_pk; (05.03.2015)

¹⁰⁸³ Vgl. Reinbold, Fabian; Studie über Pegida-Teilnehmer; In: SPIEGEL ONLINE GmbH (Hrsg.); SPIEGEL Online vom 14.01.2015 ; Available: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/pegida-studie-in-dresden-marschiert-die-mittelschicht-a-1012913.html>; (05.03.2015)

¹⁰⁸⁴ Kade, Claudia et al.; „Viele Übereinstimmungen von AfD mit Pegidioten“;

¹⁰⁸⁵ Vgl. Hofte-Fankhäuser, Kathrin ter et al.; Marktforschung: Grundlagen mit zahlreichen Beispielen, Repetitionsfragen mit Antworten und Glossar; S.: 33 ff.

¹⁰⁸⁶ Patzelt, Werner J. et al.; Drei Monate nach dem Knall: Was wurde aus PEGIDA? Vergleichende Analyse der PEGIDA-Demonstrationen vom 25. Januar, 27. April und 04. Mai 2015 in Dresden; S.: 3

konsequenten und gezielten Schmerztherapie könnten bei 90 % dieser Karzinompatienten die Schmerzen unter Kontrolle gebracht werden¹⁰⁸⁷.

Indem permanent betont wird, dass sich

„mit den einfachen Strategien des WHO-Stufenschemas [...] 90% der Tumorschmerzen ausreichend lindern ließen“¹⁰⁸⁸, können mit dieser Aussage zehn Prozent der Patienten, denen schmerztherapeutisch eben nicht ausreichend geholfen werden kann außen vor gelassen werden. Der Fokus des Adressaten wird auf die Gruppe gelenkt, denen Linderung verschafft werden konnte – mittels dieser Hervorhebung kann der Auftraggeber sich selbst beweihräuchern und stillschweigend vermeiden, dass der andere Teil präsent bleibt.

Statistiker haben auch immer mit Werten Kontakt, die das Arithmetische Mittel und den Median¹⁰⁸⁹ eines Wertes oder einer Aussage verzerren: Letzteres ist von den sog. Statistischen Ausreißern unberührt, während hingegen das rechnerische Mittel durch diese erheblich verzerrt werden kann.

„Ausreißer sind Werte, die im Verhältnis zu den meisten übrigen Werten der jeweiligen Variablen auffallend deutlich nach oben oder unten abweichen, die also sehr groß oder sehr klein sind. [...] Es gibt jedoch keine *allgemein* gültige Definition von Ausreißern. [...] [D]a es stets von der inhaltlichen Bedeutung der Werte sowie der jeweiligen Fragestellung und Zielsetzung einer Analyse abhängt, wann ein Wert sinnvollerweise als Ausreißer betrachtet werden sollte“¹⁰⁹⁰.

Diese noch sehr allgemein gehaltene Beurteilung belässt auch die abweichenden Ergebnisse einer Analyse in der Endbetrachtung. Oder sind die abweichenden Daten eine unbeabsichtigte Wahrheit? Als

„Wert in einem Satz von Werten, der so weit von den übrigen entfernt ist, dass der Eindruck erweckt wird, dass er zu einer anderen Population gehört oder dass es sich um einen Messfehler handelt“¹⁰⁹¹.

Eine Abnormität wird erfasst und hierbei zur Kenntnis genommen und von dem direkten Betrachter realisiert, was letztlich von diesem daraus gemacht wird und ob der Betrachtende zu demselben Ergebnis kommt, hängt aber ganz von der Fragestellung ab; soll dieser auffallende Wert nutzbar gemacht werden oder die Gegenargumentatoren stützen, eine Sache schönsprechen bzw. denunzieren?

Perzeptiver Filter, Ankereffekt¹⁰⁹² und dergleichen mehr führen zu Fehleinschätzungen, Verzerrungen und Verschiebungen. Die Psychologie und die Kommunikationswissenschaften werden wohl weiterhin diverse Effekte identifizieren, die statistische Aussagen beeinflussen. Es konnte hier gezeigt werden, dass

¹⁰⁸⁷ Kretz, Franz-Josef et al.; Anästhesie – Intensivmedizin – Notfallmedizin – Schmerztherapie; S.: 656

¹⁰⁸⁸ Thöns, Matthias et al.; Repetitorium Palliativmedizin: Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin; S.: 28

¹⁰⁸⁹ Um den Median bestimmen zu können nutzen Holling et al. das Beispiel des diastolischen Blutdruckes. Es sei hier nur darauf verwiesen, dass bei einem Beispiel mit drei verschiedenen Werten (70, 87, 92) der Median letztlich bedingt durch sein definiertes Wesen bei 87 liegt. Das arithmetische Mittel liegt demgegenüber bei 83. Vgl. dazu Holling, Heinz et al.; Statistik – Deskriptive Verfahren; S.: 96 ff.

¹⁰⁹⁰ Brosius, Felix; SPSS 16; S.: 387

¹⁰⁹¹ Gressner, Axel et al.; Lexikon der Medizinischen Laboratoriumsdiagnostik; S.: 146; Definition von *Ausreißer, statistischer*

¹⁰⁹² Vgl. Tversky, Amos et al.; Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in judgment reveal some heuristics of thinking under uncertainty; S.: 1131; In: Science, Vol. 185 vom 27.09.1974 [Hervorhebung von mir – M.F.]:

„This article described three heuristics that are employed in making judgments under uncertainty: (i) representativeness, which is usually employed when people are asked to judge the probability that an object or event A belongs to class or process B; (ii) availability of instances or scenarios, which is often employed when people are asked to assess the frequency of a class or the plausibility of a particular development; and (iii) adjustment from an anchor, which is usually employed in numerical prediction when a relevant value is available. These heuristics are highly economical and usually effective, but they lead to *systematic and predictable errors*. A better understanding of these heuristics and of the biases to which they lead could improve judgments and decisions in situations of uncertainty“.

statistische Aussagen in nicht unerheblichem Maße beeinflussbar sind und einer entsprechenden Fragestellung gemäß nutzbar gemacht werden können. Die Übersetzungsfehler bei Erstellung der Frage, beim Verstehensprozess und eine entsprechende Antwort schließen weitere Fehler nicht aus: Wenn beispielsweise ein sog. exotischer Frischkäse wieder aus dem Angebot einer Molkerei genommen werden muss, weil die tatsächlichen Absatzzahlen den Erwarteten weit unterliegen, kann dies an Übersetzungsfehlern liegen, die zwischen Befragtem (*exotisch* = Curry) und Interviewer (*exotisch* = Ananas) auftreten.

Schwierigkeiten der Statistikbefragung in der Thematik Sterbehilfe

Um wieder zur Thematik zurückzukehren wurde eine Umfrage ausgewählt, die zwischen 2004 und 2006 in deutschen Krankenhäusern durchgeführt wurde.

„Ausgewertet wurde eine anonymisierte Befragung von 2 252 operativ und 999 konservativ versorgten Patienten in 25 Kliniken. Die Probanden wurden [...] zur Intensität ihrer Schmerzen und zur Effektivität der Schmerztherapie interviewt“¹⁰⁹³.

Im Ergebnis wurde festgestellt, „Schmerzfrei waren postoperativ 12,4% /konservativ 16,7 %“. Die Definition der *International Association for the Study of Pain* (IASP) zu Grunde legend, wonach Schmerz ein

„unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis [ist], das mit einer tatsächlichen oder potentiellen Gewebeschädigung einhergeht, beziehungsweise mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“¹⁰⁹⁴,

ergibt sich, dass bei besagter Untersuchung 87,6 bzw. 83,3% der Personen Probleme auf der bio-psycho-sozialen Ebene hatten. Insgesamt vermutet die *Deutsche Schmerzgesellschaft* ca. zwölf Millionen Deutsche, die an Schmerzen leiden¹⁰⁹⁵. Bei einer Querschnittsuntersuchung in den USA wurde festgestellt, dass rund ein Drittel der Patienten mit chronischen Schmerzen passive Suizidgedanken und neun Prozent aktive Suizidgedanken hatten.

„Aktuelle Suizidpläne hatten 2% der Allgemeinbevölkerung und 8% der Schmerzpatienten“¹⁰⁹⁶.

Zu bedenken ist nun, dass etwa Kopfschmerzen ca. 80 Ursachen haben können¹⁰⁹⁷ und u.U. Schmerzmittel zu oft gebraucht Schmerzen erst gebieren oder aufrechterhalten können¹⁰⁹⁸, dann ist eine

¹⁰⁹³ Maier, Christoph et al.; Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern; S.: 607; In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 36/2010 vom 10. September 2010

¹⁰⁹⁴ IASP (Hrsg.); Definition von Schmerz; Zitiert nach Bredanger, S. et al.; Kerncurriculum Schmerztherapie für die Lehre für das Querschnittsfach Schmerztherapie nach der neuen AO; S.: 10

¹⁰⁹⁵ Vgl. Nobis, Hans Günter et al.; Herausforderung Schmerz; In: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (Hrsg.); www.dgss.org.; Available: <http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/>; (02.12.2015)

¹⁰⁹⁶ Hausteiner-Wiehle, Constanze et al.; Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden: S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie; S.: 96

¹⁰⁹⁷ Vgl. Nobis, Hans Günter et al.; Herausforderung Schmerz; In: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (Hrsg.); www.dgss.org.; Available: <http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/>; (02.12.2015)

adäquate Behandlung geboten. Diese jedoch ist aus mehreren Gründen nicht allen Schmerzpatienten zugänglich¹⁰⁹⁹, mit dem Resultat, dass

„Frustrations- und Schmerztoleranz [...] zusammen mit anderen suizidalen Einflussfaktoren verantwortlich sein [können], wenn ein Mensch irgendwann im Leben den Weg der Selbsttötung geht“¹¹⁰⁰.

Ursula Baumann hat sich in ihrer Auseinandersetzung mit der Suizidthematik *Vom Recht auf den eigenen Tod – die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert* kritisch mit den Suizidstatistiken sowie den Sterblichkeitsraten in Berlin und Preußen auseinandergesetzt. Treffend formuliert sie die Schwierigkeit mit der die Zahlen aus jener Zeit zu behandeln sind – selbiges trifft entsprechend auch auf die aktuellen Suizidstatistiken zu:

„Generell hängt die Validität numerischer Daten über das Suizidvorkommen entscheidend von der Qualität der Mortalitätsstatistik ab“¹¹⁰¹.

Von zentraler Bedeutung der Beurteilung der Suizidstatistik, fährt sie fort, ist „[w]elche Definition von Suizid [...] der Messung zugrunde“ liegt, ob und wer eine Totenschau vornimmt, die „Klassifikation der Todesursache“ und:

„Wenn der Tod nach einer suizidalen Handlung deutlich zeitversetzt erfolgt, firmiert dann die letale Verletzung (z.B. «inneres Verbluten») oder ihre Verursachung (z.B. »Selbstmord durch Erschießen«) als Todesursache?“¹¹⁰²

Innerhalb dieser Thematik ist zu hinterfragen, ob die erfassten Daten einheitlich aufgenommen, im selben Zeitraum erfasst wurden. Dabei wird jedoch stets eine gewisse Ungenauigkeit verbleiben: wurde ein Suizid als Unfall aufgenommen; ist ein Sterbefall als Suizid vertuscht wurden; wie gestalten sich die Fälle von Vermissten? Werden alle Gruppen aufgenommen – Suizide innerhalb der Streitkräfte etwa (auch außerhalb der eigenen Ländergrenzen)? Wie sieht es mit Drogentoten aus; wie werden diese in der deutschen Todesursachenstatistik erfasst? Der hinzugezogene Arzt stellt dann eventuell Kreislaufversagen infolge einer Vergiftung fest, ohne dass daraus eine

„Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Betäubungsmittel(n) und Psychodysleptika (halluzinogene(n))“¹¹⁰³

in der Todesursachenstatistik wird. Eine rechtliche Frage ist zusätzlich die Unterscheidung von *Todesart* und *Todesursache*. Erstere soll benannt werden als natürlich, unnatürlich oder ungeklärt und letztere ist für die Erfassung der Todesursachenstatistik von Bedeutung, wobei die fälschliche Benennung der Art den Wert der Statistik

„erheblich reduziert. Sie ist dennoch einigermaßen erkenntnisrelevant, weil die Fehlerquote relativ gleichbleibend ist und grobe Veränderungen in der Häufigkeit der verschiedenen Todesursachen noch erfasst werden“¹¹⁰⁴.

Die Übersetzungsschwierigkeiten, welche uns schon in der Statistik begegnet sind, treten hier – wegen der Mehrzahl an beteiligten Stellen – gehäuft auf. Die Schwierigkeiten der *reinen* Todesursachenstatistik

¹⁰⁹⁸ Vgl. Göbel, Hartmut; Die Kopfschmerzen: Ursachen – Mechanismen – Diagnostik – Therapie; S.: 126

¹⁰⁹⁹ Vgl. Hausteiner-Wiehle, Constanze et al.; Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden; S.: 96 ff.

¹¹⁰⁰ Schenk, Marion; Suizid, Suizidalität und Trauer: Gewaltvoller Tod und Nachsterbewunsch in der Begleitung; S.: 26

¹¹⁰¹ Baumann, Ursula; *Vom Recht auf den eigenen Tod*; S.: 203

¹¹⁰² Ebda.; S.: 203

¹¹⁰³ Statistisches Bundesamt (Hrsg.); *Gesundheit: Todesursachen in Deutschland 2013*; S.: 31

¹¹⁰⁴ Wuermeling, Hans-Bernhard; *Todesursachen*; S.: 111; In: Wittwer, Hector et al.; *Sterben und Tod*

erstrecken sich hier beginnend bei der „schlechte[n] Lesbarkeit“ bis hin zu Diagnosemängeln „der Angaben der Ärzte auf dem Totenschein“¹¹⁰⁵ in erster Instanz, erweitern sich auf den Datenschutz, der von den einzelnen Instanzen eingehalten werden muss, bis hin zu den üblichen Übersetzungsmängeln in der Auswertung: auf dem Totenschein kann der Arzt zwar als Todesursache einen Herz-Kreislaufstillstand veranlasst durch massiven Drogenkonsum mit damit einhergehender Dehydrierung feststellen. Aber dies wird wohl eher selten als Suizid klassifiziert werden, wenn nicht eine so hohe Dosis eingenommen wurde, dass offensichtlich ein gewünschtes Resultat eintritt. Der Psychologe Gottfried Barth der Eberhard Karls Universität Tübingen nennt in seiner Lehrveranstaltung auch das (bewusste) Missmanagement der Diabestes-Erkrankung sowie Magersucht als versteckte Formen des Suizids¹¹⁰⁶. Die genauen Zahlen der Suizidstatistik abzubilden wird weiterhin nicht exakt wirklichkeitsgetreu erfolgen können: nicht alle Suizidenten informieren jemanden vorher oder hinterlassen einen Abschiedsbrief oder sind für die Umwelt offensichtlich durch bewusstes zielgerichtetes Verhalten absichtlich zu Tode gekommen. Die Todesursachenstatistik wird weiterhin nur ein blasses Bild der Realität vermitteln können.

Für diese Arbeit muss betont werden, dass sich zwar viele Menschen für die Legalisierung sowie die teilweise standesethische und/oder strafrechtliche Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe auf ausdrückliches Verlangen aussprechen, es jedoch sehr schwer ist, eine Situation im Voraus zu beurteilen. Erheblich schwieriger wird es, wenn die Prämissen sich gravierend unterscheiden: ein Gesunder kann sich nicht umfassend vorstellen, welche Präferenzen er in einer Situation in Todesnähe hat:

„Die meisten Menschen sind nicht besonders geschickt darin, ihr eigenes Verhalten in einer nur theoretisch vorgestellten Situation zu erfassen. [...] Angaben über das mögliche zukünftige Verhalten unter einer nur angenommenen Bedingung sind erfahrungsgemäß sehr unzuverlässig“¹¹⁰⁷.

Konkreter auf unser Thema bezogen soll hier das Beispiel der Patientenverfügung herangezogen werden. In der entsprechenden medizinisch-ethischen Richtlinie der SAMW *Patientenverfügungen* werden die Grenzen einer solchen Vorausverfügung angesprochen:

„Das Verfassen einer Patientenverfügung verlangt nach persönlicher Auseinandersetzung mit Krankheit, Unfall, Sterben und Tod. In gesunden Lebensphasen ist es nur teilweise möglich, sich in die Situation einer schweren Krankheit oder des Sterbens zu versetzen, und es ist grundsätzlich schwierig, sich im Voraus vorzustellen, welchen medizinischen Massnahmen [sic.] man in Grenzsituationen zustimmen würde und welchen nicht“¹¹⁰⁸.

„[Denn O]ft ist die Beurteilung einzelner Massnahmen [sic.] erst dann möglich, wenn eine Erkrankung vorliegt und deren Verlauf absehbar ist“¹¹⁰⁹.

¹¹⁰⁵ Schelhase, Torsten et al.; Todesursachenverschlüsselung auf dem Totenschein; S.: 8; Power-Point des Vortrages gehalten auf der Fortbildungsveranstaltung für den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 02. – 04. April 2008 in Berlin; Available: http://www.bfr.bund.de/cm/343/todesursachenverschlueselung_auf_dem_totenschein_schelhase.pdf; (23.10.2015)

¹¹⁰⁶ PDF der Power-Point-Präsentation der Vorlesung von Gottfried Maria Barth an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen zur Thematik Suizidalität im Sommersemester 2014; Folie 12; Available: http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ppkj/Studium/barth_suizidalitaet_ss_14.pdf; (21.01.2015); Zur genaueren Unterscheidung zwischen natürlicher, unnatürlicher und nicht-natürlicher Todesursache vgl. Zimmer Gisela; Prüfungsvorbereitung Rechtsmedizin; S.: 9 ff.

¹¹⁰⁷ Petersen, Thomas; Der Fragebogen in der Sozialforschung; S.: 51

¹¹⁰⁸ SAMW (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinien: Patientenverfügungen; S.: 5

¹¹⁰⁹ Ebda.; S.: 10

Insgesamt fällt auf, dass die statistische Datenerhebung zur Thematik erheblich Fehler- und Interpretationsanfällig ist. Die verwendeten Umfrageergebnisse sind also immer mit Vorsicht zu genießen und nicht als Totschlagsargument zu gebrauchen: weder von den Befürwortern einer teilweisen strafrechtlichen Liberalisierung der Freigabe der aktiven Sterbehilfe noch von den Gegnern der ärztlichen Beihilfe zum Suizid. Auch sollte darin kein allgemeiner Verlust der christlichen Wertvorstellungen gesehen werden¹¹¹⁰.

¹¹¹⁰ Vgl. Lutterotti, Markus von; Sterbehilfe; S.: 14

8 Formen der Sterbehilfe

„Unter Sterbehilfe ist die wissentliche und vorsätzliche Vornahme einer Handlung zu verstehen, die eindeutig dazu bestimmt ist, das Leben eines anderen Menschen zu beenden, wozu folgende Elemente gehören: Der Betreffende ist ein geschäftsfähiger, informierter Mensch mit einer unheilbaren Krankheit, der aus eigenen Stücken darum gebeten hat, sein Leben zu beenden. Der Beauftragte weiß um den Zustand und den Todeswunsch dieser Person und nimmt die Handlung in der vorrangigen Absicht vor, das Leben der Person zu beenden. Die Handlung erfolgt aus Mitgefühl und ohne persönliches Gewinnstreben“¹¹¹¹.

Mit dieser Definition umgeht der Weltärztebund die oben besprochenen Problematiken und bringt neutral zum Ausdruck, worum es eigentlich geht: um einen „informierte[n] Mensch[en,] [der] darum gebeten hat, sein Leben zu beenden“. Als oberster Ärzteverband sieht sie sich daher veranlasst, für alle ihr angehörigen Ärztevereinigungen standesethisch klarzustellen:

„Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient's own request or at the request of close relatives, is unethical“¹¹¹².

Damit sind im Grunde die Ärzte aus dieser Diskussion ausgeschlossen und werden auch durch die WMA von einer Beihilfe zum Suizid ausgenommen, denn diese sei ebenso „unethical and must be condemned by the medical profession“¹¹¹³.

Problematisch erscheint die obige Definition der WMA bezüglich der Fälle, in denen die Patienten eben nicht mehr *geschäftsfähig* sind und eine medizinische Einschätzung zwar ergibt, dass kurativ behandelt werden kann, dies aber eventuell dem Willen des Patienten widerspricht, weil ihm etwa ein Leben mit gewissen Einschränkungen als nicht mehr *lebenswert* erscheint. Ein Triathlon-Sportler beurteilt sein Leben eher als nicht lebenswert, wenn ihm beide Beine amputiert werden müssten, als etwa ein in seiner Gedankenwelt versunkener Philosoph, dem es mehr um die geistige Leistung geht als dem Sportler.

Auch muss für eine Definition des Terminus *Krankheit* negativ abstrahiert werden, was darunter zu verstehen ist. Mittels der Definition der WHO wonach Gesundheit ein

„Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“¹¹¹⁴

ist, lässt sich im Umkehrschluss bestimmen, was objektiv unter Krankheit zu verstehen ist. Dabei ist zu bedenken, dass die daraus hergeleiteten Kriterien objektive Werte darstellen und in der subjektiven Wahrnehmung des Betroffenen dessen Krank-Sein womöglich mit objektiven Kriterien nicht nachzuvollziehen ist. Was ein Mensch als Leiden auffasst, definiert allein dieser Mensch¹¹¹⁵.

¹¹¹¹ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 46; Im englischsprachigen Original ist der Terminus *Euthanasia* verwendet worden. Nur die deutsche Variante spricht von *Sterbehilfe*.

¹¹¹² Ders.; Resolution on Euthanasia; S.: 1

¹¹¹³ Ebda. S.: 1

¹¹¹⁴ WHO (Hrsg.); Declaration of Alma-Ata; S.: 1

¹¹¹⁵ Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu; S.: 21:

8.1 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur passiven Sterbehilfe

Einigkeit besteht darin, dass unter passiver Sterbehilfe „der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen“¹¹¹⁶ verstanden wird, damit „ein sich dem Ende zuneigendes Leben verlöschen kann“¹¹¹⁷.

Die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz definierte als *lebenserhaltend* und *-verlängernd* medizinische Maßnahmen wie künstliche Ernährung oder Beatmung, den Einsatz herz- oder kreislaufaktivierender Medikamente, sowie die kardiopulmonale Reanimation, die Chemotherapie, Dialyse sowie operative Eingriffe, die auf eine Verlängerung des Lebens des Patienten ausgerichtet sind¹¹¹⁸. Auf die genannten Mittel und Wege wird verzichtet, wenn dies dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht und dieser in der Nutzung dieser lediglich eine Verlängerung des Leidens oder des Sterbens sieht. Auch aus medizinischer Sicht kann auf diese Mittel verzichtet werden, wenn ihr Einsatz aus kurativer Sicht unnötig erscheint¹¹¹⁹. Dieser Ermessensspielraum ist den Ärzten zu belassen.

Pointierend lässt sich konstatieren, dass der Patient nicht an einer von außen herangetragenem Ursache, sondern an einem tödlich verlaufenden Grundleiden, dem sich das medizinische Personal gegenüber *passiv* verhält¹¹²⁰, verstirbt. Daher wird verschiedentlich vorgeschlagen, „besser und eindeutiger von ‚Sterbenlassen‘ [zu] sprechen“¹¹²¹.

Die SAMW erklärt den Willen des Patienten zur obersten Norm des ärztlichen Handelns oder Unterlassens¹¹²². In der Richtlinie *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* wird den Ärzten ein Verhalten vorgegeben, dass sich am Wohle des Patienten orientiert. Der Arzt wird verpflichtet, „Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Patienten [...] zu gewährleisten“¹¹²³.

In der deutschen Variante der Richtlinien der BÄK ist es Aufgabe des Arztes

„Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen [...] so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können [...] statt Lebensverlängerung und

„Nach wie vor bleibt es ein Hauptproblem, dass es – trotz beachtlicher Fortschritte im Bereich der Schmerzlindeung – immer noch zahlreiche Fälle gibt, in denen palliativmedizinische Bemühungen nicht zu einer für den Patienten *subjektiv erträglichen Schmerzreduktion* führen können“.

¹¹¹⁶ Holland, Klaus: Du sollst nicht töten – oder vielleicht doch? Zum Stand der Euthanasiediskussion in Deutschland und in den Nachbarländern; S.: 144; In: Burgheim, Werner (Hrsg.); Die Rechte der Sterbenden: zwischen Euthanasie und Lebensverlängerung um jeden Preis

¹¹¹⁷ Vetter, Petra; Selbstbestimmung am Lebensende; S.: 51

¹¹¹⁸ Vgl. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz; Sterbehilfe und Sterbebegleitung: Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten; S.: 64

¹¹¹⁹ Vgl. BÄK (Hrsg.); Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; S.: 346 f.; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 7/2011 vom 18. Februar 2011

¹¹²⁰ Euphemistisch spricht die BÄK dann von einer „Änderung des Behandlungszieles“, welches geboten erscheint. BÄK (Hrsg.); Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; S.: 347; In: Deutsches Ärzteblatt; Heft 7/2011 vom 18. Februar 2011

¹¹²¹ Al-Halabi, Muhammad Zouhair Safar; Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht; S.: 6

¹¹²² Vgl. SAMW (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinie: Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten; S.: 5

¹¹²³ Ders.; Medizin-ethische Richtlinie: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende; S.: 2

Lebenserhaltung tritt dann palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen [in den Fokus ärztlichen Bemühens]¹¹²⁴.

In derselben Argumentation wird auch in der Niederländischen Problematik auf den Willen des Patienten abgestellt. Ist dieser dokumentiert und lässt sich dieser belegen, hat sich das ärztliche Handeln an diesem geäußerten Willen mit allen Konsequenzen zu orientieren¹¹²⁵:

„Eine Intensivierung der Schmerzbehandlung, das Beenden einer medizinisch sinnfreien Behandlung und die Respektierung einer Behandlungsverweigerung durch den Patienten können zum Tode des Patienten führen. Aber diese Entscheidungen zählen als normale medizinische Handlungen. Der Tod des Patienten wird in diesem Fall als eine natürliche Todesursache betrachtet“¹¹²⁶.

Da (nahezu) jeder medizinische Heileingriff einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eines Patienten darstellt, muss eben diese Handlung erst durch den Patienten selbst legitimiert werden¹¹²⁷. Wie weiter oben gesehen, kann er seine Zustimmung oder Ablehnung erst nach umfassender und verständlicher Aufklärung geben. Wenn ein einsichtsfähiger Patient nun die Einstellung oder den Abbruch einer induzierten Maßnahme verlangt und sich über die Konsequenzen bewusst ist, so müssen sich die Mediziner diesem Willen fügen¹¹²⁸, auch wenn dies aus therapeutisch-medizinischer Sicht noch so unvernünftig erscheinen mag¹¹²⁹ und vielleicht zum Tode führt¹¹³⁰.

Auch einer angezeigten Zwangsbehandlung durch den Arzt steht das höhere Gut der körperlichen Unversehrtheit sowie das Gut der Selbstbestimmung des Patienten entgegen¹¹³¹. Sollte der Patient seinem freien Willen nicht mehr Ausdruck verleihen können – etwa weil er keine Patientenverfügung verfasste oder sich vorher in einer entsprechenden Weise äußerte – so

„muss die Einwilligung [in einen medizinischen Eingriff/eine ärztliche Maßnahme] des gesetzlichen Vertreters nach fachgerechter Aufklärung eingeholt werden, falls dies rechtserheblich ist“¹¹³².

Ein Stellvertreter muss dann im wohlverstandenen Interesse des Patienten über dessen (Weiter-) Behandlung entscheiden. Dazu muss er sich an den – ihm bekannten – Wertvorstellungen des Patienten orientieren. Näher bezeichnend heißt es in der *Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient* der WMA dazu:

„If a legally entitled representative is not available, but a medical intervention is urgently needed, consent of the patient may be presumed, unless it is obvious and beyond any doubt on the basis of the patient's previous firm expression or conviction that he/she would refuse consent to the intervention in that situation“¹¹³³.

¹¹²⁴ BÄK (Hrsg.); Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; S.: 348; In: Deutsches Ärzteblatt; Heft 7/2011 vom 18. Februar 2011

¹¹²⁵ Vgl. Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu; S.: 58

¹¹²⁶ KNMG (Hrsg.); Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; S.: 4 :

„ Intensivering van de pijnbestrijding, het staken van een medisch zinloze behandeling en het respecteren van een behandelweigering van de patiënt kunnen eveneens het overlijden van de patiënt tot gevolg hebben. Maar deze beslissingen worden beschouwd als normaal medisch handelen. Het overlijden van de patiënt wordt in dat geval aangemerkt als een natuurlijke doodsoorzaak.“

¹¹²⁷ Zur Problematik der Notfälle weiter oben Punkt 3.2.3 Mutmaßlicher Wille und Notfälle

¹¹²⁸ Vgl. Hohenstein, Anne; Einführung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland; S.: 15

¹¹²⁹ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus; Bioethik in theologischer Perspektive; S.: 403

¹¹³⁰ Vgl. WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 36

¹¹³¹ Vgl. Bioethikkommission Rheinland-Pfalz; Sterbehilfe und Sterbebegleitung: Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten; S.: 33

¹¹³² WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 39

In diesem Falle wird auf das Prinzip *In dubio pro vita* abgestellt, wonach dem Patienten unterstellt wird, er habe ein erhebliches Interesse daran, weiterzuleben. Hierbei können der ärztliche Ermessensspielraum und die medizinische Beurteilung von Diagnose und Prognose eine Behandlungsgrenze aufzeigen. Werden Diagnose und Prognose aber dahingehend ausfallen, dass ein medizinischer Eingriff sinnvoll erscheint, sollte dieser aus ärztlicher Sicht vorgenommen werden¹¹³⁴,

„es sei denn, dass es aufgrund vorheriger, eindeutiger Erklärung oder Überzeugung des Patienten offensichtlich und ohne Zweifel ist, dass er seine Zustimmung zu einem Eingriff in dieser Situation verweigern würde“¹¹³⁵.

Stimmen mehrten sich, wonach das Nicht-Einleiten bzw. der Behandlungsabbruch lebensverlängernder Maßnahmen gar nicht zur Debatte stehen müsse, weil allein schon eine medizinische Indikation für etwaige Maßnahmen nicht gegeben sei – also kein

„vernünftiges Therapieziel vorhanden ist beziehungsweise ein solches mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht oder nicht mehr erreicht werden kann“¹¹³⁶

und somit der Wille des Patienten für die aktuelle Situation absolut unerheblich sein könne¹¹³⁷.

8.2 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien zur indirekten (aktiven) Sterbehilfe

Die *Bioethik-Kommission Rheinland Pfalz* definierte in ihrem Bericht 2004 indirekte aktive Sterbehilfe als

„eine schmerzlindernde oder sonstige leidensmindernde Therapie, die unbeabsichtigt und unvermeidbar eine Lebensverkürzung zur Folge haben kann“¹¹³⁸.

Die eingesetzten starken Medikamente bergen das Risiko einer Lebensverkürzung, da diese eine „atemdepressive Nebenwirkung“¹¹³⁹ o.Ä. haben können.

„Solange aber die Willensrichtung des Arztes auf Linderung oder Bekämpfung der Schmerzen des Patienten gerichtet ist, ist auch der Eintritt des Todes unbeabsichtigt, wengleich durch die Kenntnis um die Nebenwirkungen billigend in Kauf genommen. Der Vorsatz des Arztes ist nicht auf die Tötung des Patienten gerichtet und daher liegt auch keine direkte (auf den Tod abzielende) Sterbehilfe, sondern nur eine indirekte (den Tod in Kauf nehmende) Sterbehilfe vor“¹¹⁴⁰.

¹¹³³ Ders.; Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient; S.: 2

¹¹³⁴ Vgl. SAMW (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen: Intensivmedizinische Massnahmen; S.: 20

¹¹³⁵ WMA (Hrsg.); Handbuch der ärztlichen Ethik; S.: 39

¹¹³⁶ Borasio, Gian Domenico; Wie, wo und wann dürfen wir sterben?; S.: 110; In: Vossenkuhl, Wilhelm et al.; Ecce Homo!

¹¹³⁷ Vgl. ebda.; S.: 110 f.

¹¹³⁸ Bioethikkommission Rheinland-Pfalz; Sterbehilfe und Sterbebegleitung; S.: 67

¹¹³⁹ Frieß, Michael; „Komm süßer Tod“; S.: 55

¹¹⁴⁰ Vetter, Petra; Selbstbestimmung am Lebensende; S.: 55

Dieser Ansicht, dass eine lebensverkürzende Wirkung diesen Schmerzmitteln immanent sei, widersprechen aber zunehmend vor allem Palliativmediziner, die aus der Erfahrung heraus sogar gegenteiliges berichten¹¹⁴¹.

Ethisch und standesrechtlich zu vertreten und geboten ist die Zulässigkeit dieser medizinischen Maßnahme dann, wenn a) der Sterbeprozess bereits eingetreten ist¹¹⁴², b) die Schmerzen des Patienten qualvoll¹¹⁴³ und c) nicht durch ein anderes Medikament zu lindern sind¹¹⁴⁴, d) der Patient in Kenntnis der potentiell lebensverkürzenden Wirkung der Mittel deren Verwendung zugestimmt hat¹¹⁴⁵, und e) die eventuelle Lebensverkürzung weder vom Behandelten noch vom Behandelnden vordergründig angestrebt wird¹¹⁴⁶.

Der Patient stirbt also sowohl an den Folgen seiner Krankheit als auch an der aktiven Verabreichung der benötigten Schmerzmittel. Daher ist dieser Fall der Sterbehilfe als ein aktives Tun zu werten, dessen Handlungsabsicht aber nicht darauf gerichtet ist, sein Leben zu beenden. Dies ließe sich auch erst nach Todeseintritt nachweisen, wenn die Dosis ein Vielfaches der benötigten Menge betragen würde.

Problematisch erscheint hierbei wiederum der fehlende juristische Rahmen für die Beteiligten¹¹⁴⁷. Zwar ist anerkannt, dass bei einem sterbenden Patienten eine palliative Sedierung eingesetzt werden darf, aber genau zu bestimmen, wann ein Mensch ein Sterbender ist, wird dem

„Ermessensspielraum des Arztes der aber an den wissenschaftlich medizinischen Forschungsstand gebunden ist“¹¹⁴⁸ überlassen werden müssen. Auch wird durch die Wendung „Maßnahmen zur Linderung schwerer [...] Leidenszustände“¹¹⁴⁹ ein gewisser Interpretationsraum gelassen, der nicht nur unerträgliche Schmerzen umfasst¹¹⁵⁰, aber eben „Unwissen darüber, was erlaubt ist und was nicht mehr“¹¹⁵¹ provoziert.

Die Schmerzmittelgabe zur Leidensminderung unter Inkaufnahme der Lebensverkürzung wird im niederländischen Verständnis als „normales medizinisches Handeln“¹¹⁵² verstanden, dass definitiv deutlich von einer aktiven Lebendbeendigung zu unterscheiden ist¹¹⁵³, so dass der Tod des Patienten dann als natürlicher Tod klassifiziert wird¹¹⁵⁴ und Hinterbliebene etwa Ansprüche gegenüber einer Lebensversicherung stellen können.

¹¹⁴¹ Vgl. Fn. 1170

¹¹⁴² Vgl. Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 22

¹¹⁴³ Vgl. Grimm, Carlo et al.; Sterbehilfe; S.: 100; Lediglich diese beiden Autoren benennen sämtliche Prämissen, um diese Situation eindeutig der Indirekten Sterbehilfe zuzuordnen.

¹¹⁴⁴ Vgl. Hochgrebe, P.G. Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland; S.: 65 f.

¹¹⁴⁵ Vgl. Schrader, Tobias; Sterbehilfe; S.: 71

¹¹⁴⁶ Vgl. Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 21

¹¹⁴⁷ Vgl. Sternberg-Lieben, Detlev; Der menschliche Körper als Ware – Grenzen durch das Strafrecht?; S.: 11; In: Götting, Horst-Peter et al.; Der Mensch als Ware

¹¹⁴⁸ Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 15

¹¹⁴⁹ KNMG (Hrsg.); Richtlijn Palliatieve sedatie; S.: 18

¹¹⁵⁰ Vgl. Große-Vehne, Vera; Tötung auf Verlangen; S.: 205

¹¹⁵¹ Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 21

¹¹⁵² „normaal medisch handelen“; KNMG (Hrsg.); Richtlijn Palliatieve sedatie; S.: 18

¹¹⁵³ Vgl. ebda.; S.: 18

¹¹⁵⁴ „Der Tod des Patienten wird als eine natürliche Todesursache angesehen“: „Het overlijden van de patiënt wordt in dat geval aangemerkt als een natuurlijke doodsoorzaak“; Ders.; Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; S.: 4

„Es hat sich herausgestellt, dass Begriffe wie palliative Sedierung, Sedierung in der letzten Lebensphase, palliative Sedierung in der terminalen Phase, terminale Sedierung oder tiefe Sedierung deckungsgleich verwendet werden“¹¹⁵⁵.

Die als *ultima ratio*¹¹⁵⁶ anzusehende medizinische Handlung umfasst

„1) Maßnahmen, die das Bewusstsein senken, 2) [verstanden als] vorsätzliche Handlungen bei 3) Patienten in der letzten Lebensphase“¹¹⁵⁷

mit dem Ziel deren Schmerzen und Leiden zu lindern. Die KNMG unterscheidet hierbei zwei Situationen, bei denen auf eine *terminale* oder *finale* Sedierung zurückgegriffen werden kann: eine durchgängige Betäubung bis zum Tode des Patienten oder eine „kurzfristige oder intermittierende Sedierung“¹¹⁵⁸ – ist dabei „die Möglichkeit, den eigenen Tod nicht bewusst miterleben zu müssen“¹¹⁵⁹. Im niederländischen Verständnis wird Leid nicht nur auf körperliche Symptome begrenzt. Auch „psychosozialer und spiritueller Art“¹¹⁶⁰ können Qualen sein, denen hiermit begegnet wird. Stirbt nun ein Patient unter Sedierung, dann stellt dies für viele die gebotene reine Sterbehilfe im Sinne von ethisch und standesrechtlich gebotenem Sterbebeistand dar¹¹⁶¹.

Wegen der religiösen Vielfalt sei hier darauf hingewiesen, dass die palliative Sedierung als mit dem islamischen Glauben vereinbar erscheint:

„Bei schwerst-unheilbarer Krankheit und bei schweren unerträglichen Symptomen (Schmerzen, Verwirrtheit.. etc.) darf die Ärzteschaft die entsprechenden Arzneimittel wie Opiode und Sedierungsmittel, auch in hoher Dosierung zur Linderung der Beschwerden ansetzen. Dabei darf auch eine mögliche Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung in Kauf genommen werden“¹¹⁶².

Im jüdischen Verständnis darf das Leben eines Sterbenden nicht verkürzt werden¹¹⁶³. Aber auch das Judentum anerkennt die

„Pflicht, das Leiden zu bekämpfen. Und es ist genau die große Bandbreite an medizinischen Ressourcen, die nun zur Schmerzbekämpfung zur Verfügung stehen, die eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe unnötig macht“¹¹⁶⁴.

Es wird also auch der terminalen Sedierung Raum zugesprochen, um schwere und schwerste Leidenszustände zu beheben: eine moralische Pflicht wird explizit genannt. Dennoch wird die aktive Komponente abgelehnt; ein aktives Beschleunigen des Todes oder gar das Töten eines Menschen sind mit dem jüdischen Glauben nicht vereinbar und machen aus dieser Sicht auch eine rechtliche Regulierung überflüssig. Demgemäß wollen dann auch Stimmen der palliativen Sedierung die Berechtigung absprechen:

¹¹⁵⁵ Ders.; Richtlijn Palliatieve sedatie; S.: 17

¹¹⁵⁶ Vgl. Frieß, Michael; „Komm süßer Tod“; S.: 55

¹¹⁵⁷ KNMG (Hrsg.); Richtlijn Palliatieve sedatie; S.: 18:

„1 handelen dat het bewustzijn verlaagt; 2 het gaat om opzettelijk handelen; 3 handelen bij een patiënt in de laatste levensfase“.

¹¹⁵⁸ Ebda.; S.: 7

¹¹⁵⁹ Sadigh, Parvin; „In Einzelfällen sollten tödliche Medikamente erlaubt sein: Interview mit dem Medizinethiker Jochen Vollmann; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 24. November 2010; Available: <http://www.zeit.de/gesellschaft/familie/2010-11/sterbehilfe-strassburg> (03.12.2015)

¹¹⁶⁰ KNMG (Hrsg.); Richtlijn Palliatieve sedatie; S.: 17

¹¹⁶¹ Vgl. Grimm, Carlo et al.; Sterbehilfe; S.: 86 f.

¹¹⁶² Al-Halabi, Muhammad Zouhair Safar; Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht – Eine Handreichung des Zentralrates der Muslime in Deutschland (ZMD); S.: 10

¹¹⁶³ Vgl. Neuberger, Julia; Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen; S.: 26

¹¹⁶⁴ Guigui, Albert; Judentum [und Euthanasie]; S.: 163; In: Letellier, Phillipe (Hrsg.);

„jegliche Sterbehilfe bei starken Schmerzen wird abgelehnt, da das Leben das von Gott gegebene ist und es gilt, dieses zu erhalten“¹¹⁶⁵.

Der vom Verzicht auf Aggression gekennzeichnete Buddhismus „konzentriert sich auf den Trost der Sterbenden und die größtmögliche Linderung von Leiden“¹¹⁶⁶. Allerdings ist hiermit noch keine Aussage getroffen, inwieweit indirekte Sterbehilfe und damit auch die terminale Sedierung akzeptiert werden. Jedoch vermutet die Rabbinerin Julia Neuberger, dass Buddhisten wenn möglich mit klarem Verstand zu sterben wünschen, damit sie noch möglichst viel Raum für Meditation haben können¹¹⁶⁷.

Wie bereits weiter oben erörtert, hat sich in der deutschen Ärzteschaft die Sichtweise einer „Änderung des Behandlungsziels“ durchgesetzt¹¹⁶⁸, wenn eine Lebensverlängerung nicht mehr induziert erscheint. Aus palliativmedizinischer Position erhärten sich zudem die Hinweise darauf, dass eine angemessene Sedierung sogar lebensverlängernd wirken kann¹¹⁶⁹, obwohl aktiv auf den Patienten und die Grunderkrankung eingewirkt wird.

Die Wirkung von Opiaten und Opioiden wird von einem Teil der Ärzteschaft sehr geschätzt¹¹⁷⁰, dennoch werden diese Arzneimittel stigmatisiert¹¹⁷¹ und damit sieht sich die deutsche Spitzenorganisation der Ärztekammern veranlasst, auf die negativen Nebenwirkungen einer Schmerzmittelgabe hinzuweisen, wie etwa

„euphorisierende Wirkung mit der Gefahr psychischer Gewöhnung, physische Abhängigkeit mit Entzugssymptomatik beim Absetzen oder bei Gabe eines Antagonisten“¹¹⁷².

Dabei ist aber nicht nachzuvollziehen, wie etwa eine „psychische Gewöhnung“ eine als negativ konnotierte Nebenwirkung sein kann, wenn ein menschliches Leben sich dem Ende neigt. Eine eventuelle Sucht mit den entsprechenden Entzugserscheinungen dürften in den letzten Wochen und Monaten eines Menschen geflissentlich ignoriert werden: vielmehr gebietet es das standesethische Selbstverständnis zu lindern, zu heilen und zu helfen. Und wenn keine Heilung mehr möglich scheint, sollte es auch moralisch geboten sein, die Qualen und Leiden des Betroffenen mit stärksten Mitteln zu lindern. Zumal nicht wenige Ärzte betonen, bei einer „regelrechte[n] Anwendung“ sei „das Suchtpotential von Opioiden [zu vernachlässigen]“¹¹⁷³, da auf Patienten „in der letzten Lebensphase“ visiert wird und eine eventuelle Entzugserscheinung ein zu vernachlässigendes kleineres Übel in dieser Gesamtsituation darstellt.

¹¹⁶⁵ Dimler-Wittleder, Petra; Der Umgang mit dem Tod in Deutschland; S.: 15

¹¹⁶⁶ Chevassut, Daniel; Buddhismus [und Euthanasie]; S.: 143; In: Letellier, Phillipe (Hrsg.); Euthanasie

¹¹⁶⁷ Vgl. Neuberger, Julia; Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen; S.: 75

¹¹⁶⁸ Vgl. dazu weiter oben Punkt 7.1 Terminologische Verwirrungen

¹¹⁶⁹ Borasio, Gian Domenico; Wie, wo und wann dürfen wir sterben?; S.: 109; In: Vossenkühl, Willhelm et al.; Ecce Homo!

¹¹⁷⁰ Vgl. Mende, Annette; Opioide werden zu häufig eingesetzt; S.: 18; In: Pharmazeutische Zeitung 30/2014

¹¹⁷¹ Vgl. Wewetzer, Hartmut; „Den Sterbeprozess zu verkennen, ist ein Kunstfehler“; S.: 4; In DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 23. November 2010 vom 23. November 2010; Available: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2010-11/palliativmedizin-debatte-de-ridder>; (30.10.2015)

¹¹⁷² BÄK (Hrsg.); Medikamente: schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit; S.: 26; Zwar gibt die BÄK hier ihren Gedanken generell Ausdruck, aber die Schmerzmittelgabe wird von vielen Patienten und Autoren als nicht ausreichend charakterisiert. Vgl. Gerhard, Christoph; Praxiswissen Palliativmedizin: Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen; S.: 29 f.

¹¹⁷³ Hundeshagen, Christian et al.; Die deutsche Debatte zur Schmerztherapie; S.: 165 f.; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur

Eine Linderung der Leiden mit Opiaten vermag denn auch eine Nebenwirkung auf alle Beteiligten zu haben und Verwandte erleichtern, wenn sie gewahr werden, dass sich der Angehörige wohler fühlt.

Dies ist umso deutlicher zu betonen, da Deutschland noch immer zu den Schlusslichtern bei der Schmerzmittelvergabe gehört¹¹⁷⁴. Und die *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes* (DGSS) mahnt an, dass Schmerzen nicht flächendeckend akkurat behandelt werden¹¹⁷⁵. Diese Unterversorgung, kann nun aber gerade den Wunsch entstehen lassen, diesen unerträglichen Zustand gegebenenfalls auch gezielt zu beenden.

¹¹⁷⁴ Vgl. Jungck, Dietrich; Die Lage der Schmerztherapie in Deutschland; S.: 52; In: Flöter, Thomas et al.; Der multimorbide Schmerzpatient

¹¹⁷⁵ Vgl. Mende, Annette; Opioide werden zu häufig eingesetzt; S.: 18; In: Pharmazeutische Zeitung 30/2014

9 Heraus aus der Grauzone - Die „praktisch wirksame Neuorientierung“¹¹⁷⁶

9.1 Allgemeiner Überblick einer liberaleren juristischen Regulierung der Sterbehilfeformen in anderen Ländern

Zusätzlich zu den drei hier fokussierten Länderregelungen wird ein Blick über den Tellerrand hilfreich sein, den Gegenstand dieser Arbeit genauer zu verorten: zwar unterstützen die Schweizer Vereine *Exit* seit 1982¹¹⁷⁷ und *Dignitas* seit 1998¹¹⁷⁸ Sterbewillige bei der Umsetzung ihres Vorhabens.

„Das Schweizerische Strafgesetzbuch regelt die indirekt aktive sowie die passive Sterbehilfe nicht verbindlich, womit diese beiden Sterbehilfeformen legal sind“¹¹⁷⁹.

In Australien wurde als einem der ersten Länder der Erde die ärztliche Beihilfe zum Suizid rechtlich durch den *Rights of the Terminally Ill Act* reguliert. Diese Regelung erlaubte unheilbar Kranken seit Inkrafttreten am 1. Juli 1996¹¹⁸⁰ die ärztliche Beihilfe zum Suizid sowie die direkte aktive Sterbehilfe als *ultima ratio*, um Leiden zu beenden¹¹⁸¹. Jedoch wurde die Gesetzgebungskompetenz für diese ärztliche Maßnahme durch ein übergeordnetes Bundesrecht dem Nordterritorium entzogen¹¹⁸², so dass dieses Gesetz zwar nach wie vor im *Northern Territory* in Kraft ist, aber nicht mehr angewendet werden darf¹¹⁸³. 1997 trat der *Oregon Death with Dignity Act* in Kraft¹¹⁸⁴, dem hiernach ebenso wie in Australien von zwei unabhängigen Ärzten die Unheilbarkeit der Krankheit festgestellt werden muss an der ein urteilsfähiger Patient erkrankt ist¹¹⁸⁵, bevor der Patient mittels ärztlicher Beihilfe sein Leben beenden dürfe. Eines der Hauptkriterien ist allerdings, ein Bewohner Oregons zu sein¹¹⁸⁶. Sind diese Kriterien erfüllt, dann kann dem Patienten ein tödlich wirkendes Medikament durch den Arzt für den Suizid zur Verfügung gestellt werden. Bestehen an der Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen Zweifel, ist vorgesehen,

¹¹⁷⁶ Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie; S.: 412

¹¹⁷⁷ Vgl. Suter, Daniel; EXIT (Deutsche Schweiz) 1982 – 2012: Ein Überblick: 30 Jahre Einsatz für Selbstbestimmung; S.: 2

¹¹⁷⁸ Vgl. DIGNITAS (Hrsg.); Wer ist DIGNITAS; Available: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=de; (30.09.2015)

¹¹⁷⁹ Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende; S.: 74

¹¹⁸⁰ Vgl. Wolfslast, Gabriele et al.; Textsammlung Sterbehilfe; S.: 194

¹¹⁸¹ Vgl. Münch, Ingo von; Australien als juristisches Experimentierfeld? S.: 3324 f.; In: NJW, Heft 50

¹¹⁸² Vgl. Wolfslast, Gabriele et al.; Textsammlung Sterbehilfe; S.: 194 ff.

¹¹⁸³ Vgl. Passon, Matthias; Gedanken zur gesellschaftlichen Dimension der Euthanasiediskussion; S.: 276; In: Joerden, Jan C. (Hrsg.); Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin: Bloß ein Mittel zum Zweck?

¹¹⁸⁴ Vgl. Dahl, Edgar; Dem Tod zur Hand gehen; seit acht Jahren erlaubt Oregon eine streng reglementierte Form der Sterbehilfe; S.: 116; In: Spektrum der Wissenschaft Nr.7/2006

¹¹⁸⁵ Ebda.; S.: 117

¹¹⁸⁶ Erinnerung sei hier an den Fall der US-Amerikanerin Brittany Maynard, die angesichts einer infausten Prognose entschied, nach Oregon zu ziehen, um eben das Kriterium der Sesshaftigkeit in Oregon zu erfüllen, damit sie unter die oregon'sche Gesetzgebung falle. Brittany Maynard machte ihre Krankheit öffentlich, um eine erneute öffentliche Diskussion zu befördern und die Right-To-Die-Movement zu unterstützen. Bever, Lindsay; Brittany Maynard, as promised, ends her life at 29; In: The Washington Post (Hrsg.); [washingtonpost.com vom 2. November 2014](http://www.washingtonpost.com/news/morning-mix/wp/2014/11/02/brittany-maynard-as-promised-ends-her-life-at-29/); Available: <http://www.washingtonpost.com/news/morning-mix/wp/2014/11/02/brittany-maynard-as-promised-ends-her-life-at-29/>; (29.09.2015)

einen Psychiater hinzuzuziehen¹¹⁸⁷. Diesen zwei Gesetzen war gemein, dass der Selbstbestimmung des Patienten die größte Gewichtung zukam. Wenn zwei Ärzte unabhängig voneinander zu dem Schluss kamen, eine Heilung sei nicht mehr zu erreichen und eine weitere Behandlung würde das Leiden nur verlängern bzw. das Unausweichliche nur aufschieben, konnte dem Willen des sterbenskranken Patienten entsprochen werden.

Um die Praxis der direkten aktiven Sterbehilfe sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid aus einer rechtlichen Grauzone zu lösen, trat im April 2002 das niederländische *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* in Kraft. Mittels besonderer Strafausschließungsgründe wurde die Sterbehilfe zwar nicht legalisiert, Ärzte aber unter gewissen Umständen von einer Strafverfolgung ausgenommen. Im nächsten Kapitel wird dazu ausführlicher referiert.

In Belgien folgte im selben Jahr die gesetzliche Regulierung der direkten aktiven Sterbehilfe¹¹⁸⁸ mit dem *Loi relative à l'euthanasie*, das nicht auf die terminale Phase einer Erkrankung beschränkt ist, aber „im Kern den niederländischen Bestimmungen ähnelt“¹¹⁸⁹. Hiernach wurde als Grundvoraussetzung für die Gewährung einer Form der Sterbehilfe durch einen Arzt definiert, dass der Patient

„sich in einem Zustand von dauernden, körperlich oder seelisch unerträglichen Qualen befinden [müsse], welcher nicht gelindert werden kann“¹¹⁹⁰

Oder anders ausgedrückt:

„dass der Patient sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage befindet und sich auf eine anhaltende, unerträgliche körperliche oder psychische Qual beruft, die nicht gelindert werden kann und die Folge eines schlimmen und unheilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Leidens ist“¹¹⁹¹.

Ein Arzt kann hierbei straffrei das Leben eines Patienten beenden, wenn er sich an gewisse Kriterien hält. Dabei ist die Todesnähe oder ein bereits eingesetzter Sterbeprozess keine Prämisse für die Gewährung der Hilfe¹¹⁹². Es wird aber erst im Nachhinein, also nach dem Tod des Patienten, von einer Kommission überprüft, ob die gesetzlich festgelegten Kriterien erfüllt wurden und der Arzt keine strafrechtliche Ahndung zu fürchten hat¹¹⁹³.

2013 wurde der Kreis der Adressaten erweitert, wonach nun auch urteilsfähige Minderjährige unter Zustimmung der Eltern um eine Tötung auf Verlangen bitten können, wenn sie an subjektiv unerträglichen Qualen leiden¹¹⁹⁴. Ein Jahr später wurde das Gesetz auch auf Kinder und Jugendliche „ohne jegliche Altersgrenze“¹¹⁹⁵ ausgeweitet. Eingeschränkt wird diese Novellierung durch den Zusatz,

¹¹⁸⁷ Vgl. Wolfslast, Gabriele et al.; Textsammlung Sterbehilfe; S.: 183 ff.

¹¹⁸⁸ Vgl. Frieß, Michael; „Komm süßer Tod“; S.: 109

¹¹⁸⁹ Kreß, Hartmut; Medizinische Ethik: Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte; S.: 271

¹¹⁹⁰ Englert, Yvon; Belgien – Die Entwicklungen in der Debatte; In: Englert Yvon; Euthanasie: 2. Nationale und europäische Perspektiven; S.: 19

¹¹⁹¹ Königlicher Erlass vom 10. Februar 2003 – offizielle deutsche Übersetzung des Gesetzes vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe. In: Belgisches Staatsblatt, 2. Ausg. vom 12. Juni 2003; S.: 31821

¹¹⁹² Vgl. Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; S.: 191

¹¹⁹³ Vgl. Englert, Yvon; Belgien; S.: 20; In: Englert Yvon; Euthanasie

¹¹⁹⁴ Vgl. Borasio, Gian Domenico et al.; Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben: Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids: Unter Mitarbeit von Amina Salkic; S.: 42 f.

¹¹⁹⁵ Anonymous; Belgien erlaubt Sterbehilfe auch für Kinder; In: In: Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH; FAZ.net vom 13.02.2014; Available: <http://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/europa/parlament-stimmt-zu-belgien-erlaubt-sterbehilfe-auch-fuer-kinder-12800960.html>; (04.05.2016)

dass sich die Kinder der ausweglosen Situation *bewusst* sein müssen und unerträglichen Qualen ausgesetzt sind¹¹⁹⁶. Einige Autoren benennen dieses Gesetz fortschrittlicher als die niederländische Variante, da die Grauzone der unmittelbaren Sterbephase umgangen wird, indem sich der betreffende Patient eben nicht im Sterbeprozess befinden muss¹¹⁹⁷.

2008 wurde in Luxemburg das *Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide* verabschiedet¹¹⁹⁸, wonach eine Kommission vor der Anwendung von Sterbehilfemaßnahmen nach ihrer Einschätzung gefragt werden sollte¹¹⁹⁹. Insgesamt jedoch ist es „am niederländischen bzw. belgischen Modell orientiert“¹²⁰⁰.

Im selben Jahr wurde im US-Bundesstaat Washington der *Death With Dignity Act* verabschiedet, wonach straffreie ärztliche Beihilfe zum Suizid für einige Patientengruppen ermöglicht wurde¹²⁰¹:

„An adult who is competent, is a resident of Washington state, and has been determined by the attending physician and consulting physician to be suffering from a terminal disease, and who has voluntarily expressed his or her wish to die, may make a written request for medication that the patient may self-administer to end his or her life in a humane and dignified manner in accordance with this chapter“¹²⁰².

Allen Gesetzen war gemein, dass der Mensch, der um eine Beihilfe zum Suizid bat, ein einsichtsfähiger volljähriger Bewohner des jeweiligen Landes sein musste. Das niederländische Reglement sieht jedoch auch 16-jährige in der Verfassung, ihre gesundheitliche Lage selber beurteilen und entscheiden zu können. Des Weiteren ist seit Inkrafttreten des Gesetzes auch die Möglichkeit gegeben, unter Zustimmung der Sorgeberechtigten, sich bereits im Alter von zwölf Jahren für eine lebensbeendende Maßnahme zu entscheiden¹²⁰³.

Das *Department of Health* von Vermont erklärt zu dem *Act relating to patient choice and control at end of life*, das im Mai 2013 „was [...] signed in law“:

„The Patient Choice and Control at End of Life Act (Act 39) provides Vermont residents with terminal disease the option to be prescribed a dose of medication to hasten the end of their life. This option requires the participation of a Vermont physician“¹²⁰⁴

Der Begriff *terminal* umfasst hierbei eine Zeitspanne von sechs Monaten¹²⁰⁵ - auch hier muss eine Zweitmeinung eingeholt werden¹²⁰⁶, wobei den Medizinern von der Rechtsprechung Immunität her zugesichert wird¹²⁰⁷.

¹¹⁹⁶ Vgl. Bauer, Axel W.; Notausgang assistierter Suizid? Die Thanatopolitik in Deutschland vor dem Hintergrund des demografischen Wandels; S.: 53; In: Hoffmann, Thomas Sören et al.; Was heißt: in Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens

¹¹⁹⁷ Vgl. Kreß, Hartmut; Medizinische Ethik; S.: 271

¹¹⁹⁸ Vgl. Anonymous; Luxemburg setzt Sterbehilfe-Gesetz in Kraft; In: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH (Hrsg.); Äaerzteblatt.de; Available: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/35837/Luxemburg_setzt_Sterbehilfe-Gesetz_in_Kraft.htm; (22.02.2016)

¹¹⁹⁹ Vgl. Knopp, Lothar; Aktive Sterbehilfe aus europäischer und nationaler verfassungsrechtlicher Sicht; S.: 58; In: Knopp, Lothar et al. (Hrsg.); Sterbehilfe – Tabuthema im Wandel?

¹²⁰⁰ Benzenhöfer, Udo; Der gute Tod?; S.: 133

¹²⁰¹ Vgl. Gavela, Kallia; Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe; S.: 192

¹²⁰² The Washington Death With Dignity Act; Abs. 70.245.020 Sz. 1

¹²⁰³ Vgl. Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung; Art. 2 Abs. 2 et Abs. 4

¹²⁰⁴ Vermont Department of Health (Hrsg.); Patient Choice and Control at End of Life; In: Government of Vermont (Hrsg.); [healthvermont.gov/](http://healthvermont.gov/family/end_of_life_care/patient_choice.aspx); Available: http://healthvermont.gov/family/end_of_life_care/patient_choice.aspx; (08.10.2015)

¹²⁰⁵ Vgl. General Assembly of the State of Vermont (Hrsg.); An act relating to patient choice and control at end of life; S.: 2

¹²⁰⁶ Vgl. ebda.; S.: 5

Zuletzt erlaubte der US-Bundesstaat Kalifornien erwachsenen¹²⁰⁸ „todkranken Patienten“ eine ärztliche Unterstützung bei ihrem Suizid¹²⁰⁹. Der Gouverneur Kaliforniens begründete seine Entscheidung folgendermaßen:

„I am certain, however, that it would be a comfort to be able to consider the options afforded by this bill. And I wouldn't deny this right to others“¹²¹⁰

In jedem Falle sollten Lebensbeendigungen aufgrund einer infausten Prognose nicht dazu führen, dass der Patient oder seine Angehörigen von Versicherungsleistungen ausgeschlossen werden. Wie in Vermont etwa sollte dieser Tod als eine natürliche Todesursache klassifiziert werden¹²¹¹. So entstehen den Hinterbliebenen nicht weitere Mühsale.

9.2 Aktive Sterbehilfe im Königreich der Niederlande

Spezielle Strafvorschriften zur Sterbehilfe existieren in der niederländischen Rechtsprechung nicht. Seit 1881 sind Euthanasie und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden unter Strafe gestellt. Von zentraler Bedeutung sind für das Thema hier die Artikel 293 und 294 des nStGB, welche in Kapitel XIX des Zweiten Buches unter der Überschrift *Verbrechen gegen das Leben* sowohl Tötung auf Verlangen als auch die Anstiftung zum Suizid mit Strafe bedrohen. Der bei der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen greifende Art. 293 nStGB behandelt die Tötung auf Verlangen und benennt im zweiten Abschnitt Strafausschließungsgründe für Ärzte, die die erfolgte lebensbeendende Maßnahme gesetzesgemäß dann dem kommunalen Leichenbeschauer melden¹²¹².

Die nach Art. 293 nStGB strafbare Tötung auf Verlangen, die hier die aktive Sterbehilfe darstellt, und die nach Art. 294 nStGB strafbare Anstiftung oder Beihilfe zur Selbsttötung werden rechtlich gleichbehandelt, da deren ethischer Unwertgehalt nicht signifikant verschieden voneinander ist¹²¹³.

Das unbedingte Bedürfnis der Niederländer Dinge „bepreekbaar“¹²¹⁴ zu machen beförderte das Zustandekommen dieser rechtlichen Regulierung. In der niederländischen Debatte, die bereits geraumere

¹²⁰⁷ Vgl. ebda.; S.: 11

¹²⁰⁸ Vgl. California State Assembly; End of Life Option Act; Part 1.85; 443.1. (a); Available: http://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520160SB128#; (08.10.2015)

¹²⁰⁹ Vgl. DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.) et AFP et mp; Umstrittenes Gesetz zur Sterbehilfe tritt in Kraft; In: ZEIT online vom 6. Oktober 2015; Hamburg 2015; Available: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2015-10/sterbehilfe-kalifornien>; (07.10.2015)

¹²¹⁰ Brown, Edmund G. Jr.; ABx2 15 [Gesetzesentwurf zur Legalisierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid]; 05. Oktober 2015; Available: https://www.gov.ca.gov/docs/ABX2_15_Signing_Message.pdf; (08.10.2015)

¹²¹¹ General Assembly of the State of Vermont (Hrsg.); An act relating to patient choice and control at end of life; S.: 10: „A person and his or her beneficiaries shall not be denied benefits under a life insurance policy[...], for actions taken in accordance with this chapter.“

¹²¹² Vgl. Fn. 887

¹²¹³ Vgl. Friß, Michael; „Komm süßer Tod“; S.: 95

Zeit öffentlich geführt wurde, als in Deutschland¹²¹⁵, waren es immer wieder extreme Einzelschicksale, die letztlich die Mediziner vor einen Gewissenskonflikt stellten, dem Patienten irgendwie zu helfen. Der Notstand stellte sich als eine Dilemma-Situation des Arztes dar, der zwischen der Verpflichtung

„Leben zu erhalten, und seiner Pflicht, alles zu tun, um einem Patienten [...] unerträgliches Leiden zu erleichtern“¹²¹⁶, das vermeintlich geringere Übel wählte, um diese Konfliktsituation auflösen zu können und sich damit jedoch im grundsätzlichen Sinne strafbar machte.

Den Beginn der öffentlichen Diskussion über Euthanasie sieht der Medizinethiker Bert Gordijn mit Veröffentlichung des Buches *Medizinische Macht und medizinische Ethik* 1969 gegeben. Die darin geforderte Devise ein Arzt habe die Pflicht, Leben zu retten, „zu schonen und zu verlängern, wo und wann es *sinnvoll* ist“¹²¹⁷, eröffnete eine lang andauernde öffentliche Auseinandersetzung über Sterbehilfe in den Niederlanden¹²¹⁸.

1973 entschied ein Gericht, einer Ärztin, die das Leiden ihrer Mutter auf deren ausdrücklichen und wiederholten Wunsch hin aktiv beendet hatte, lediglich eine symbolische Strafe aufzuerlegen¹²¹⁹. Die anschließende öffentliche Debatte wurde denn auch sehr offen geführt¹²²⁰.

In den 1980ern sprachen sich die *Niederländische Vereinigung für ein Freiwilliges Lebensende* (*Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende*, NVVE), die KNMG als auch einige Parteien für die Legalisierung der aktiven Euthanasie aus¹²²¹. Im Zentrum der öffentlichen Debatte standen zunehmend Fälle der freiwilligen direkten aktiven Sterbehilfe. Mittels dieser forcierten Fokussierung sollte sich wohl „am ehesten ein[...] Konsens erzielen“¹²²² lassen.

„Bereits 1984 hat der Oberste Gerichtshof der Niederlande aktive Sterbehilfe für indirekt zulässig erklärt, da sich Ärzte, obwohl sie damals mit der Tötung noch eine Straftat begingen, auf einen „Notstand“ berufen konnten“¹²²³.

Das Ergebnis dieser Grundsatzentscheidung war, dass folgende Fälle,

„in welchen eigentlich strafbare ärztliche Tötungen [erfolgt waren], vor Gericht Freisprüche erhielten“¹²²⁴,

da diese medizinischen Tötungen wegen eines medizinischen Notstandes strafrechtlich zu rechtfertigen oder durch Übermacht standesethisch zu entschuldigen waren¹²²⁵. Dies führte auch zu einer engeren Neudefinition des Terminus Euthanasie. Fortan wurde damit

„absichtlich lebensbeendendes Handeln durch eine andere als die betroffene Person, auf deren ausdrückliche Bitte hin [verstanden]“¹²²⁶.

¹²¹⁴ Vgl. Fn. 668

¹²¹⁵ Vgl. Gordijn, Bert; Die niederländische Euthanasie-Debatte; S.: 29 – 50; In: Gose, Walther et al.; Aktive Sterbehilfe? Zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten

¹²¹⁶ Kreß, Hartmut; Medizinische Ethik; S.: 269

¹²¹⁷ Gordijn, Bert; Die niederländische Euthanasie-Debatte; S.: 31; In: Gose, Walther et al.; Aktive Sterbehilfe? [Hervorhebung im Original – M.F.]

¹²¹⁸ Vgl. Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch?; S.: 39

¹²¹⁹ Vgl. ebda.; S.: 34

¹²²⁰ Vgl. Gavela, Kallia; Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe; S.: 114

¹²²¹ Vgl. Kimsma, Gerrit et al.; Euthanasie und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden; S.: 95; In: Gordijn, Bert et al; In: Medizinethik und Kultur

¹²²² Delden, Johannes van; Niederlande – Sterbehilfe als letzter Ausweg?; S.: 72; In: Englert, Yvonne; Euthanasie

¹²²³ Schüle, Christian; Frei bis in den Tod; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 22.August 2002; Available: http://www.zeit.de/2002/35/Krankheit_mit_vielen_Gesichtern; (23.11.2015)

¹²²⁴ Zöllner, Babett; Sterbebegleitung und Sterbehilfe: Für ein humanes Lebensende; S.: 51

¹²²⁵ Vgl. Eser, Albin et al.; Materialien zur Sterbehilfe: eine internationale Dokumentation; S.: 453

Die Regierung schuf eine „öffentliche Politik [...], die auf Einzelschicksalen beruht“¹²²⁷. In diese Situation hinein kam ein weiterer Vorstoß von Liberalisierungswilligen: in einem Zeitungsartikel *Das selbstgewählte Ende von alten Menschen*¹²²⁸ forderte der Vizepräsident des *Hoge Raad* Huib Drion die Freigabe von einem (zweistufigem) Selbsttötungsmittel vor allem für ältere Menschen¹²²⁹. Bedingung für die Übergabe der *Pille von Drion*¹²³⁰ war, dass die darum bittende Person mindestens 75 Jahre alt sein müsse, an großen Schmerzen leide und/oder „von Verlust und mangelnder Würde betroffen“¹²³¹ sei. Dieses Mittel kam noch nicht auf den Markt¹²³², wird aber immer wieder in die Diskussion eingebracht¹²³³.

In den 1990ern wurde eine einheitliche Meldeprozedur für Ärzte eingeführt, die bei einem Patienten Beihilfe zum Suizid leisteten oder Euthanasie durchführten¹²³⁴. Im Bestattungsgesetz wurde die Pflicht der Ärzte verankert, gewisse Sorgfaltskriterien einzuhalten sowie nachträglich einen Bericht darüber einer Prüf-Kommission gegenüber abzugeben¹²³⁵: hatte er diese Kriterien eingehalten, wurden diese Fälle regulär für rechtmäßig erklärt und von Bestrafung abgesehen¹²³⁶.

Die damit anvisierte Transparenz der ärztlichen Praxis lebensbeendender Handlungen sollte zu einer Enttabuisierung der Thematik führen und eine zielorientierte Diskussion ermöglichen¹²³⁷. Vor einer gesetzlichen Regulierung sollte jedoch erst einmal empirisch untersucht werden, unter welchen Bedingungen Patienten wie getötet wurden und ob eventuell eine schiefe Bahn betreten wurde¹²³⁸; „Ausmaß und Charakter der medizinischen Praxis der aktiven Sterbehilfe“¹²³⁹ standen im Fokus der Untersuchungen. Die dazu eingesetzte *Remmelink-Kommission* – benannt nach dem ihr vorsitzenden Generalstaatsanwalt des Obersten Gerichtshofes¹²⁴⁰ – bewertete wiederholt anhand von Daten aus den Jahren 1990, 1995 und 2001 die Frage, ob die Tötung eines Menschen unter gewissen Umständen legalisiert werden könne¹²⁴¹.

„Hauptergebnis dieser Untersuchung war es, dass 38% der 128.824 Todesfälle im Jahr 1990 [insgesamt in den Niederlanden] unter medizinischer Aufsicht eintraten, das heißt: An der Entscheidung über den Todeseintritt war bei 38% der Fälle ein Arzt beteiligt [...], dass bei 1,8% oder 2.300 Fällen pro Jahr eine Tötung auf Verlangen [...]

¹²²⁶ Gordijn, Bert; Die niederländische Euthanasie-Debatte; S.: 29; In: Gose, Walther et al.; *Aktive Sterbehilfe?*

¹²²⁷ Delden, Johannes van; *Niederlande*; S.: 69; In: Englert, Yvonne; *Euthanasie*

¹²²⁸ Drion, Huib; *Het zelfgewilde einde van oude mensen*; Zuerst verfasste Drion einen Essay für das niederländische NRC Handelsblad vom 19. Oktober 1991, den er später als Buch erweiterte.

¹²²⁹ Vgl. Gavela, Kallia; *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*; S.: 114 Fn. 552

¹²³⁰ Benannt nach „dem prominentesten niederländischen Vorkämpfer für das Recht auf Sterben“. Wiedemann, Erich; *Stirb ökonomisch*; S.: 41; In: Cicero: *Magazin für politische Kultur*, 2008 H 8

¹²³¹ Berlis, Angela et al.; *Offen für Offenbarung*; S.: 82

¹²³² Vgl. Gavela, Kallia; *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*; S.: 114 Fn. 552

¹²³³ Vgl. Steenbergen, Enzo van; *Vereniging wil experiment met pil om zelf leven te beëindigen*; In: NRC Media (Hrsg.); *Handelsblad online* vom 13. November 2015; Available: <http://www.nrc.nl/handelsblad/2015/11/13/vereniging-wil-experiment-met-pil-om-zelf-leven-te-1559234>; (23.02.2016)

¹²³⁴ Vgl. Naunin, Swantje; *Sterben auf Niederländisch?*; S.: 67

¹²³⁵ Vgl. Gordijn, Bert; *Die niederländische Euthanasie-Debatte*; S.: 94; In: Gose, Walther et al.; *Aktive Sterbehilfe?*

¹²³⁶ Vgl. Naunin, Swantje; *Sterben auf Niederländisch?*; S.: 67

¹²³⁷ Vgl. Kreß, Hartmut; *Medizinische Ethik*; S.: 269

¹²³⁸ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus; *Euthanasie*; S.: 144

¹²³⁹ Naunin, Swantje; *Sterben auf Niederländisch*; S.: 51

¹²⁴⁰ Vgl. Benzenhöfer, Udo; *Der gute Tod?*; S.: 169

¹²⁴¹ Vgl. Gordijn, Bert; *Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland*; S.: 315; In: Gordijn, Bert et al.; *Medizinethik und Kultur*

durchgeführt wurde. Bei zusätzlichen 0,3% oder 400 Fällen ärztlicher Suizidhilfen (*assisted suicide*) und bei weiteren 0,8% - das sind 1.040 Menschen – wurde das Leben ohne Ersuchen des Betroffenen mittels Euthanasie durch einen Arzt beendet. [...]

Als Gründe für den Sterbewunsch gaben die [405] befragten Ärzte bei 57% der Fälle den Verlust der Würde an, unerträgliche Schmerzen bei 46%, unwürdiges Sterben bei ebenfalls 46% sowie die Abhängigkeit von anderen Menschen bei 33% und die Lebensmüdigkeit bei 23%¹²⁴².

Insgesamt wurde bereits in der ersten *Rommelink-Studie* von 1990 ersichtlich, dass sowohl Beihilfe zum Suizid als auch aktive Sterbehilfe von Ärzten regelmäßig geleistet wurden¹²⁴³ und die Ärzte dieses medizinische Handeln nicht als unvereinbar mit ihrem beruflichen Ethos ansahen¹²⁴⁴. Die Ergebnisse dieser drei empirischen Untersuchungen beförderten das „Zustandekommen des neuen niederländischen Gesetzes“¹²⁴⁵ erheblich. „Charakter und Ausmaß“ waren nun erfassbar geworden und sollten kanalisiert werden. Einer Gewichtung entsprechend sahen es die Niederländer als das kleinere Übel an, die Sterbehilfe zu regulieren gegenüber einer Pönalisierung der Sterbehilfe, da diese damit fortan wieder im Heimlichen stattfinden würde¹²⁴⁶: Durch Dulden, dieses *gedoogen*, „eine Art vorausseilende Amnestie für alle Lebenslagen“¹²⁴⁷; das „Absehen von Strafverfolgung bei Konstatierung einer Gesetzesübertretung“¹²⁴⁸ „hofft man die Übertretungen des Euthanasie-Gesetzes soweit wie eben möglich doch zu kontrollieren“¹²⁴⁹.

Erheblichen Einfluss auf das Zustandekommen des Gesetzes hatte zudem eine Definitionsänderung des Terminus *Euthanasie*. Im niederländischen Verständnis wurden damit nur noch diejenigen Fälle fokussiert, bei denen der ausdrückliche Wunsch des Patienten explizit geäußert wurde¹²⁵⁰.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes, „nach 25 Jahren hochkontroverser Debatte“¹²⁵¹ anerkennt die Regierung die Tatsache, dass lebensbeendende Maßnahmen durch Ärzte vorgenommen werden¹²⁵² und versucht dadurch eben so weit als möglich Transparenz zu schaffen und der medizinischen Praxis einen legalen Anstrich zu geben. Aber weder im Titel noch im Gesetzestext selbst ist der Begriff *Euthanasie* vorhanden. Nun bedeutet dieses Gesetz aber lediglich, dass Ärzte von Strafverfolgung ausgenommen werden können, wenn sie die rechtlich vorgegebenen Sorgfaltskriterien eingehalten haben. Der Arzt, begeht keine Straftat, wenn er

- „a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
- c) den Patienten über dessen Situation und über dessen Aussichten aufgeklärt hat,
- d) gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,

¹²⁴² Hochgrebe, Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland?; S.: 77

¹²⁴³ Vgl. Gavela, Kallia; Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe; S.: 128 f.

¹²⁴⁴ Vgl. Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch; S.: 53

¹²⁴⁵ Hochgrebe, Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland; S.: 76

¹²⁴⁶ Vgl. Gordijn, Bert; Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland; S.: 318; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur

¹²⁴⁷ Wiedemann, Erich; Stirb ökonomisch; S.: 40; In: Cicero 2008 H 8

¹²⁴⁸ Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch?; S.: 41

¹²⁴⁹ Gordijn, Bert; Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland; S.: 318; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur

¹²⁵⁰ Vgl. Delden, Johannes van; Niederlande; S.: 65 ; In: Englert, Yvonne; Euthanasie

¹²⁵¹ Wiedemann, Erich; Stirb ökonomisch; S.: 41; In: Cicero 2008 H 8

¹²⁵² Vgl. Ministerie van Buitenslandse Zaken (Hrsg.); FAQ 2010; S.: 3

- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den unter den Buchstaben a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und
- f) bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen ist¹²⁵³

Wie aus a) ersichtlich ist, muss der Patient die Bitte um Lebensbeendigung von sich aus stellen. Eine Beurteilung der Freiverantwortlichkeit wird in den Niederlanden demjenigen Arzt zugestanden, der den Patienten schon lange Zeit kennt. Eine Voraussetzung der Beurteilung ist eine längere persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient.

„Für einen Arzt ist jede Bitte um Sterbehilfe mit einer schweren emotionalen Belastung verbunden und er wird sich die Entscheidung nicht leicht machen. Auch deshalb ist es sehr wichtig, dass er seinen Patienten schon lange kennt“¹²⁵⁴.

Es muss sichergestellt werden, dass der Wunsch ohne äußeren Zwang – etwa von Verwandten eingesuggeriert – wurde. Auch können keine Stellvertreter diese Bitte äußern:

„Es gibt in dem Gesetz keinen Raum für einen alternativen Antrag der Eltern oder der gesetzlichen Vertreter der Patienten“¹²⁵⁵.

Der zweite Passus, den der Arzt zu überprüfen hat, soll sicherstellen, dass es für die subjektiv unerträgliche Situation des Patienten keine alternative Behandlungsmöglichkeit mehr gibt:

„Es muss nach fachlicher medizinischer Beurteilung feststehen, dass sich der Zustand des Patienten nicht mehr bessern kann“¹²⁵⁶.

Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden und andere Maßnahmen ausgeschlossen werden können. Der Arzt hat dann zu entscheiden, ob es der medizinischen Wissenschaft möglich sei, diese subjektiven Qualen (anders) beheben zu können. Die größere Gewichtung einer Entscheidungsrichtung dieser Einschätzung kommt hierbei aber dem Patienten zu – unerträgliches Leiden ist eben nicht objektivierbar. Hinzu kommt, dass eine genauere Definition eines *Leidens* nicht verlangt wird:

„Es ist die Meinung der KNMG nicht zwischen physischen und psychischen Leiden zu unterscheiden. Denn die Ursache des Leidens hat keinen Einfluss auf den Schweregrad, mit dem dieses Leiden erfahren wird“¹²⁵⁷.

Mit der dritten Bedingung wird wiederum der medizinische Aspekt besonders hervorgehoben, um Fehltritte etwa zu verhindern. Die Beurteilung der konkreten Situation mit dem spezifischen weiteren Verlauf verlangt sowohl die medizinisch-wissenschaftlich fundierte Einschätzung seitens des Arztes als auch ein Vertrauens- und/oder Bekanntheitsverhältnis, damit der Patient im Sinne des *Informed Consent*¹²⁵⁸ sich über diese ganz konkrete Situation für ihn mit all ihren möglichen persönlichen Folgen bewusst werden kann.

¹²⁵³ Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung; Art. 2 Abs. 1

¹²⁵⁴ Ministerie van Buitenlandse Zaken; FAQ 2010; S.: 17

¹²⁵⁵ KNMG (Hrsg.); Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; S.: 21:

„Er is in de wet geen ruimte voor een plaatsvervangend verzoek van ouders of wettelijk vertegenwoordigers van de patiënt“.

¹²⁵⁶ Ministerie van Buitenlandse Zaken (Hrsg.); FAQ 2010; S.: 13

¹²⁵⁷ KNMG (Hrsg.); Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; S.: 14:

„Ook is naar de mening van de KNMG geen onderscheid te maken tussen lichamelijk en psychisch lijden. De oorzaak van het lijden doet niet af aan de mate waarin het lijden wordt ervaren“.

¹²⁵⁸ Vgl. weiter oben Punkt 3.2.2 Informed Consent

Darauf basierend fordert die nächste Sorgfaltspflicht, eine gemeinsame Entscheidungsfindung, die sowohl auf dem fachlichen Wissen des Arztes sowie auf dem subjektiv-biographischen Empfinden des Betroffenen beruht. Beide Akteure haben zusammen keine andere annehmbare Alternative für diese spezifische Situation finden können, als das Leben beenden zu müssen.

„Diese Regelung stellt außerordentliche Erwartungen an die Verantwortlichkeit, Dialogfähigkeit und Urteilskompetenz derjenigen Ärzte, die bereit sind, Sterbe- oder Suizidbeihilfe zu leisten“¹²⁵⁹

Falls diese Einschätzung, auf die *ultimo ratio*¹²⁶⁰ zurückgreifen zu müssen, weil das Leiden des Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht anders zu beheben ist, ist ein weiterer unabhängiger Arzt,

„der nicht an der Behandlung des Patienten beteiligt ist und keine persönliche oder andersgeartete Verbindung zum behandelnden Arzt hat“¹²⁶¹

hinzuzurufen, der die Punkte a) bis d) erneut überprüft und schriftlich dazu Stellung bezieht.

„Die Punkte b) und d) [...] lassen eindeutig Raum für eine unabhängige, professionelle Einschätzung der Situation durch den Arzt. Es existiert also selbst nach dem neuen Gesetz in den Niederlanden weder ein Recht auf das Sterben noch die ärztliche Verpflichtung, dem Wunsch eines zurechnungsfähigen Patienten nachzukommen“¹²⁶²

Hat ein Arzt, der mit einem Sterbehilfesuch konfrontiert wird ethische, standesrechtliche Bedenken, so dass er prinzipiell keine Euthanasie anwenden würde, sollte der Sterbewillige an einen anderen Arzt überwiesen werden¹²⁶³. Ein spezielles Beratungsangebot „von Ärzten für Ärzte“¹²⁶⁴ sollte den Medizinern eine Konsultationsmöglichkeit geben, Fragen bezüglich des Sterbewunsches eines Patienten mit einem unabhängigen, besonders geschultem Mediziner erörtern zu können sowie die per *legem* festgelegte Zweitmeinung einholen zu können¹²⁶⁵. Die SCEN-Ärzte (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*; dt.: Unterstützung und Konsultation bei Sterbehilfe in den Niederlanden) stehen den Hausärzten, und den Medizinern der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung¹²⁶⁶.

Der euthanasierende Arzt geht schließlich nach einer lebendbeendenden Handlung straffrei aus, wenn er die diesen Vorgang *fachgerecht* ausgeführt hat. Das impliziert, dass die Maßnahme von ihm selber als Verantwortlicher für eine medizinisch-fachgerechte als auch pharmakologisch-sorgfältige Verabreichung des Euthanaticums¹²⁶⁷.

¹²⁵⁹ Schweikhardt, Christoph; Welche Rolle soll dem Arzt bei der Sterbehilfe zukommen? Beispiele für kontroverse Positionen seit dem 19. Jahrhundert; S.: 73; In: Rosentreter, Michael et al.; Sterbeprozesse

¹²⁶⁰ Vgl. KNMG (Hrsg.); Position Paper: The role of the physician in the voluntary termination of life; S.: 6

¹²⁶¹ Ministerie van Buitenlandse Zaken (Hrsg.); FAQ Sterbehilfe 2010: Das niederländische Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung in der Praxis; S.: 10

¹²⁶² Delden, Johannes von; Niederlande; S.: 67; In: Englert, Yvonne; Euthanasie

¹²⁶³ Vgl. Gavella, Kallia; Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe; S.: 123 m.w.V.

¹²⁶⁴ Frieß, Michael; „Komm süßer Tod“; S.: 102

¹²⁶⁵ Vgl. Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch?; S.: 219

¹²⁶⁶ Vgl. Frieß, Michael; „Komm süßer Tod“; S.: 102

¹²⁶⁷ Vgl. KNMG (Hrsg.); Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; S.: 16

Auch die anschließende Meldung des Sterbehilfefalls an den zuständigen Leichenschauer¹²⁶⁸ unterliegt den ärztlichen Pflichten innerhalb einer Sterbehilfemaßnahme. Dieses Vorgehen ist gesetzlich im dem niederländischen Bestattungsgesetz Art. 7,2 und 10 verankert¹²⁶⁹. Der Leichenbeschauer wiederum

„schaltet die regionale Kommission ein. In ihrer Untersuchung der einzelnen Fälle können die Kommissionen den Arzt zur näheren [...] Auskunft über seinen Fall auffordern“¹²⁷⁰.

Falls der Leichenbeschauer Zweifel hat, dass das euthanasierende Agieren des Arztes gesetzesgemäß ausgeführt wurde, soll er die Staatsanwaltschaft informieren¹²⁷¹ und auch die regionalen Kommissionen, denen der Arzt die lebensbeendende Maßnahme zu melden hat, können eine Strafverfolgung auslösen¹²⁷²:

„Bei der Prüfung einer Meldung kommen die Kontrollkommissionen entweder zu dem Urteil „sorgfältig“, d. h. den gesetzlich festgeschriebenen Sorgfaltskriterien wurde entsprochen, oder „nicht sorgfältig“. Lautet das Urteil „nicht sorgfältig“, wird es dem betroffenen Arzt übermittelt und der Fall an die Staatsanwaltschaft und die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen weitergeleitet“¹²⁷³

Beachtlich ist hierbei, dass aber die Beurteilung durch die Regionalen Komitees, ob ein Arzt entsprechend den Sorgfaltskriterien gehandelt hat oder ob er diese verletzt hat, erst nach erfolgtem Tod des Patienten geschieht. Hat der Arzt die Sorgfaltspflichten verletzt, kann ihm eine Strafe drohen – der Patient aber bleibt tot.

9.3 Direkte aktive Sterbehilfe

„The World Medical Association strongly encourages all National Medical Associations and physicians to refrain from participating in euthanasia, even if national law allows it or decriminalizes it under certain conditions“¹²⁷⁴.

¹²⁶⁸ Vgl. Jochemsen, Henk; Die aktuelle Situation der Sterbehilferegelung in den Niederlanden – Daten und Diskussion; S.: 237; In: Junginger, T. et al.; Grenzsituationen in der Intensivmedizin - Entscheidungsgrundlagen

¹²⁶⁹ nIStGB § 293 2.; Artikel 7 Abs. 2 nIBestattG lautet:

„Wenn der Tod die Folge von Lebensbeendigung auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung im Sinne des Artikels 293 Absatz 2 beziehungsweise des Artikels 294 Absatz 2 Satz 2 Strafgesetzbuch war, stellt der behandelnde Arzt keinen Totenschein aus und teilt die Ursache des Todes mittels eines Formulars unverzüglich dem Leichenbeschauer der Gemeinde [...] mit. Dieser Mitteilung fügt der Arzt einen begründeten Bericht über die Einhaltung der in Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung genannten Sorgfaltskriterien hinzu“.

¹²⁷⁰ Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch?; S.: 38; Die erheblich umfassende Basis für eine Beurteilung einer konkreten euthanasierenden Maßnahme bezeichnen die Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe folgendermaßen:

„Der Leichenschauer führt die äußere Leichenschau durch und stellt fest, auf welche Weise das Leben beendet worden ist. Außerdem überprüft er, ob der Bericht des Arztes vollständig ist. Er legt dem Bericht die Erklärung des Konsiliararztes und – sofern vorhanden – die schriftliche Patientenverfügung des Verstorbenen bei.

Er meldet die Lebensbeendigung der Kommission und schickt die obligatorischen sowie weitere relevante Unterlagen, z. B. Patiententagebuch und Facharztberichte, mit“.

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (Hrsg.); Jahresbericht 2006; S.: 6

¹²⁷¹ Vgl. Art. 10 Abs. 2 nIBestattG

¹²⁷² Vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (Hrsg.); Jahresbericht 2010; S.: 37

¹²⁷³ Ders.; Jahresbericht 2007; S.: 4

¹²⁷⁴ WMA (Hrsg.); Resolution on Euthanasia; S.: 1 f.

Unter direkter aktiver Sterbehilfe wird gemeinhin verstanden, dass das Leben eines Patienten zielgerichtet durch die Gabe einer großen Menge Medikamente beendet wird:

„Aktive Sterbehilfe ist die gezielte Herbeiführung des Todes durch Handeln auf Grund eines tatsächlichen oder mutmaßlichen Wunsches einer Person. [Sie] erfolgt oft durch Verabreichung einer Überdosis eines Schmerz- und Beruhigungsmittels, Narkosemittels, Muskelrelaxans, Insulin, durch Kaliuminjektion oder eine Kombination davon“¹²⁷⁵.

Der Tod tritt nicht ein, weil die Krankheit den Menschen versterben lässt, als vielmehr ein direktes und aktives Einwirken auf den Patienten von außen das Lebensende herbeiführt, welches nicht nur unbeabsichtigte Nebenwirkung ist, sondern bewusst und willentlich anvisiert wird¹²⁷⁶.

Für eine jegliche Wertung ist dabei von erheblichem Gewicht, ob der herbeigeführte Tod des Patienten auf dessen ausdrückliches Verlangen hin geschah, oder ob der verabreichende Dritte den Tod des Patienten aus eigener Motivation heraus beabsichtigte. Erfolgte die tödlich wirkende Medikamentengabe auf den Wunsch des Leidenden hin, wird auch der Verabreichende milder bestraft¹²⁷⁷.

9.3.1 Grundsätze der ärztlichen Richtlinien

Die oberste Ärztevereinigung WMA lehnt ein jegliches Einwirken auf einen Patienten mit dem Ziel dessen Lebensende herbeizuführen aus (standes-)ethischen Gründen heraus ab. Die SAMW schließt sich dieser Haltung an:

„Die Arzt-Patienten-Beziehung sei ein Vertrauensverhältnis, das durch „Ängste und Phantasien“ über Rationierung und aktive Sterbehilfe gestört werden könnte, die [schon] durch die ärztliche Ausübung von Suizidhilfe entstehen könnten“¹²⁷⁸.

In der Richtlinie *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* heißt es dementsprechend, dass die

„Tötung eines Patienten [...] vom Arzt auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen abzulehnen [sei]. Tötung auf Verlangen ist nach Art.114 [ch]Strafgesetzbuch strafbar“¹²⁷⁹.

Die deutsche BÄK erklärt kategorisch:

„Die Tötung des Patienten [...] ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt“¹²⁸⁰.

Damit sind nicht nur Ärzte und pflegendes Personal von einer Einwirkung auf den Patienten ausgeschlossen, als vielmehr prinzipiell jeder, der Zugang zu ihm hätte. Im Verständnis der obersten

¹²⁷⁵ Al-Halabi, Muhammad Zouhair Safar; Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht; S.: 5 m.w.V.

¹²⁷⁶ Vgl. Fischer, Susanne, Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende; S.: 72

¹²⁷⁷ Vgl. § 216 StGB; Art. 114 chStGB; Art. 293 nlStGB

¹²⁷⁸ Brauer, Susanne et al.; Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe; S.: 34

¹²⁷⁹ SAMW (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinie: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende; S.: 6

¹²⁸⁰ BÄK (Hrsg.); Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; S.: 346; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 7/2011 vom 18.Februar 2011

deutschen Ärztevereinigung reichen die üblichen ärztlichen als auch die palliativen Maßnahmen, um einem sterbenden Menschen die letzte Lebensphase erträglich zu gestalten¹²⁸¹.

9.3.2 Kritische Würdigung einer konservativen Regelung der direkten aktiven Sterbehilfe

In einer Umfrage des IfD-Allensbach sprachen sich generell 78 Prozent der Ärzte gegen eine gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe aus, bei 17 Prozent Befürwortung und einer Stimmenthaltung von fünf Prozent¹²⁸². Dies beinhaltet also keine grundsätzliche Aussage der Ärzte auf konkrete Situationen, in denen die Umstände sie vor ein Dilemma stellen, dem Patienten nicht mehr anders helfen zu können, als dem subjektiv unerträglichen Leiden ein Ende zu setzen, indem das Leben des Patienten beendet wird. Daraus kann eine situationsbedingte Bereitschaft der Ärzte zu einer aktiven Lebensbeendigung eines leidenden Patienten interpretiert werden.

Aufgrund des standesethischen Selbstverständnisses zu helfen, heilen und zu lindern wird eine ärztliche Assistenz bei Maßnahmen zum Lebensende abgelehnt. Aber ist es nicht letztlich die Pflicht eines Mediziners, mir mein Leiden zu nehmen? Und wenn keine alternative Behandlung mehr gewünscht wird oder Schmerzmittel die subjektiv unerträgliche Situation nicht annehmbarer zu gestalten vermögen, könnte doch in einer Ausnahmeregelung die Pflichtenkollision des Arztes, Leben zu bewahren, zu heilen und dem Patienten zu helfen und Leiden zu mindern, hierbei zugunsten der Selbstbestimmung des Leidenden in einer konkreten Einzelfallentscheidung entschieden werden. In Situationen am Lebensende sollte meiner Autonomie, meiner Selbstbestimmung mehr Gewicht zugestanden werden als einer sinnfreien Lebenserhaltung oder Rettungspflicht seitens des Arztes. Dem Arzt sollten m.E. dann auch keine strafrechtlichen und/oder standesrechtlichen Sanktionen drohen, wenn mein ernstlicher, ausdrücklicher Wille zu meinem Lebensende dokumentiert ist und er die Disposition zeigt, mir diesen Wunsch zu erfüllen.

„Bereitschaft zur Sterbehilfe bedeutet nicht automatisch Zustimmung für eine generelle Legalisierung“¹²⁸³.

Diejenigen Ärzte, die sich für eine gesetzliche Regelung aussprachen, erwarten m.E. eine Sicherheit, einen gesetzlichen Rahmen, in dem sie sich bewegen können und sich ihres Handelns selbstverständlich sein zu können. Mittels einer solchen Regulierung wie etwa in den Beneluxstaaten¹²⁸⁴, würde der Gesetzgeber die Selbstdefinition der Ärzteschaft umdeterminieren können. Unter Linderung von

¹²⁸¹ Vgl. ebda.; S.: 346 – 348

¹²⁸² Vgl. IfD Allensbach (Hrsg.); Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzte; S.: 24

¹²⁸³ Ebda.; S.: 27

¹²⁸⁴ Vgl. weiter oben Punkt 9.1 Allgemeiner Überblick einer liberaleren juristischen Regulierung der Sterbehilfeformen in anderen Ländern

Schmerzen und Qualen könnte dann auch Lebensbeendigung zur Leidensbeendigung subsumiert werden und den Ärzten Orientierung im Handeln geben.

Es darf nicht verheimlicht werden, dass einer großen Zahl Menschen mit unerträglichen Schmerzen nicht angemessen geholfen werden kann, weil der Schmerz/das Leiden nicht zu lokalisieren und/oder zu beheben sind. Leiden ist eben nicht objektivierbar¹²⁸⁵ und eine ethisch gebotene Leidensminderung wird aber durch drohende standes- und/oder strafrechtliche Sanktionen verhindert, so dass beispielshalber den rund zehn Prozent der Karzinompatienten nicht angemessen geholfen werden kann¹²⁸⁶. Ihre Qualen wirken unverhältnismäßig und inhuman gegenüber einem unbedingten Lebensschutz, so dass m.E. eine standesethische und strafrechtliche Liberalisierung der freiwilligen direkten aktiven Sterbehilfe in diesen Fällen nicht konsequent abgelehnt werden sollte¹²⁸⁷. Gründe die gegen eine Lebensbeendigung sprechen scheinen in diesen Situationen von geringerer Gewichtung zu sein, als dass eine Person weiter leidet.

Ein weiterer Kritikpunkt an einer konservativen Handhabung einer Sterbebeihilfe/-nachhilfe kann darin gesehen werden, dass die niederländische Variante es vielen Menschen ermöglicht, zuhause zu sterben¹²⁸⁸. Umfragen zufolge wünschen sich gerade dies viele Menschen: in ihrer gewohnten Umgebung (im Kreise ihrer Lieben) zu sterben¹²⁸⁹. In den Niederlanden wird es sterbewilligen Menschen etwa ermöglicht, ihr Leben zuhause zu beenden: „Sechs mobile Teams können [...] landesweit ambulante Sterbehilfe leisten“¹²⁹⁰.

Der ehemalige Präsident der BÄK Jörg-Dietrich Hoppe argumentierte auf zwei Ebenen gegen eine Liberalisierung einer direkten aktiven Sterbehilfe: a) die Argumentation der *schiefen Ebene* die betreten werden würde, ließe man eine ärztliche Tötung auf Verlangen zu, die auch dazu führte, dass b) das standesethische Selbstverständnis erodiere¹²⁹¹. Die ärztlichen Ziele des Heilens, Helfens und Linderns würden damit ausgehöhlt werden und das Vertrauen zwischen Ärzten und Patienten würde erheblich und nachträglich darunter leiden¹²⁹², so dass dies auch künftige Patienten betreffen werde¹²⁹³. Nun ist aber

¹²⁸⁵ Vgl. Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch?; S.: 203 m.w.V.; An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Autoren, auf die sich Naunin hier bezieht, eben dies als Argument wider die Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe nehmen.

¹²⁸⁶ Vgl. Fn. 1089

¹²⁸⁷ Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu; S.: 21:

„Nach wie vor bleibt es ein Hauptproblem, dass es – trotz beachtlicher Fortschritte im Bereich der Schmerzlinderung – immer noch zahlreiche Fälle gibt, in denen palliativmedizinische Bemühungen nicht zu einer für den Patienten subjektiv erträglichen Schmerzreduktion führen können“.

¹²⁸⁸ Von den 3136 Meldungen, die bei den Regionalen Kontrollkommissionen 2010 eingingen, wurden 2499 ärztliche Lebensbeendigungen beim Patienten zu Hause vorgenommen. Vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe; Jahresbericht 2010; S.: 37. 2011 waren dies bei 3695 Meldungen 2975 Fälle. Vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe; Jahresbericht 2011; S.: 33; 2015 waren dies bei 5516 Meldungen 4409 Fälle, die zu Hause starben.; Vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe; Jahresbericht 2015; S.: 17

¹²⁸⁹ Vgl. Fricke, Anno; Deutsche wollen zuhause sterben; In: Springer Medizin Verlag GmbH (Hrsg.); Ärztezeitung.de vom 22.08.2012; Available: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/8199_35/umfrage-wenn-schon-sterben-dann-zuhause.html; (01.08.2016)

¹²⁹⁰ Klinkhammer, Gisela; Sterbehilfe in den Niederlanden: Tod frei Haus; S.: 341; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 8/2012 vom 24. Februar 2012

¹²⁹¹ Vgl. Hoppe, Jörg-Dietrich; Den Tod nicht zuteilen; S.: 79 f.; In: Rehmann-Sutter, Christoph et al.; Beihilfe zum Suizid in der Schweiz

¹²⁹² Vgl. Lutterotti, Markus von; Menschenwürdiges Sterben: Kann sich die Gesellschaft auf das Gewissen des Arztes verlassen?; S.: 118

nicht nachzuvollziehen, wie darunter das Vertrauen gemindert werden würde. Ist es nicht eher ein Vertrauensgewinn, wenn allfällige Suizid- oder Sterbewünsche, „die nicht nur von krankheitsbedingten Faktoren abhängen“¹²⁹⁴, mit dem behandelnden Team/Arzt besprochen werden können, damit diese irgendwie behoben werden können?

Bei obig genannter Umfrage unter den Ärzten in Deutschland wurden in absteigender Reihenfolge die Begründungen wiedergegeben, die die Ärzte selber kritisch gegenüber einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nannten: sie verstoße gegen das Standesethos, es gebe zu große Gefahren eines Missbrauches, sie verstoße gegen ethische Werte oder gegen das Gewissen des Arztes; es gebe Alternativen zur direkten aktiven Sterbehilfe; es würde sich ein Druck auf die Ärzteschaft entwickeln Sterbehilfe leisten zu müssen und sie könnten somit instrumentalisiert werden. Als letzten Punkt gegen eine strafrechtliche Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe wurde angegeben, dass sie den „Beigeschmack von [Nazi-] Euthanasie“¹²⁹⁵ habe.

Es sind also vor allem standesethische Darlegungen, die auf der Basis der uns bereits begegneten Argumente wider die Selbsttötungen als auch Fremdtötungen im Allgemeinen vorgebracht werden¹²⁹⁶. Wenn nun aber Hilfe im Sterben bedeuten würden, eine „easy passage“¹²⁹⁷ von einem Mediziner ermöglicht zu bekommen, dann fällt dies doch in das Selbstverständnis der Ärzte gerade hinein, die „Würde des Menschen“¹²⁹⁸ zu achten, im „Dienst der Menschlichkeit“¹²⁹⁹ zu agieren und bestenfalls Leben zu retten, „zu schonen und zu verlängern, wo und wann es *sinnvoll* ist“¹³⁰⁰.

Die an zweiter Stelle genannten Gefahren des Missbrauchs sehen die Gegner einer auch nur partiellen standes- und/oder strafrechtlichen Regulierung der aktiven Sterbehilfe darin, dass mit einer eingeschlagenen Entscheidung sich eine nicht abzusehende schlimme Entwicklung in der Handhabung der direkten aktiven Sterbehilfe einstellen wird, die dazu führt, dass gewisse Kriterien der Gewährung einer Assistenz zum Tode eine Ausweitung erfahren und infolge dessen aktive Sterbehilfe dann auch in den Fällen zur Anwendung kommt, die vorher den engen Charakteristika nicht entsprachen¹³⁰¹.

Hierbei könnten gewisse Regulatoren ähnlich der *Sorgfaltspflichten* der niederländischen Variante Sicherheit geben. Ein rechtlicher Rahmen, der auch das Selbstverständnis der Ärzte genauer definiert¹³⁰²,

¹²⁹³ Vgl. Birnbacher, Dieter; Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe; S.: 63; In: Hepp, Hermann et al.; Hilfe zum Sterben?

¹²⁹⁴ Magnus, Dorothea; Patientenautonomie im Strafrecht; S.: 243

¹²⁹⁵ IfD Allensbach (Hrsg.); Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzte; S.: 25

¹²⁹⁶ Vgl. weiter oben Punkt 6.2 Ethische Einwände gegen Suizid sowie Punkt 7.2 Ethische Einwände gegen Fremdtötungen

¹²⁹⁷ Vgl. Fn. 56

¹²⁹⁸ Koch-Gromus, Uwe et al.; Arzt-Patienten-Verhältnis; S.: 1081; In: Bundesgesundheitsblatt 9/2012

¹²⁹⁹ BÄK (Hrsg.); (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997; S.: 1981; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 38/2011 vom 23. September 2011

¹³⁰⁰ Gordijn, Bert; Die niederländische Euthanasie-Debatte; S.: 31; In: Gose, Walther et al.; Aktive Sterbehilfe?

¹³⁰¹ Vgl. Bauer, Emmanuel J. et al.; Wenn das Leben unerträglich wird; S.: 118 ff.

¹³⁰² Derartige Lösungsansätze kommen immer wieder in die Diskussion hinein. Zuletzt legten der Mediziner Gian Domenico Borasio, der Medizinethiker Ralf Jürgen Jox, der Jurist Jochen Taupitz und der Medizinhistoriker Urban Wiesing einen Gesetzesvorschlag bezüglich der ärztlichen Assistenz beim Suizid 2014 vor. Vgl. Borasio, Gian Domenico et al.; Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben: Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids: Unter Mitarbeit von Amina Salkic

könnte helfen unerträgliche Zustände zu beenden. Dabei ist aber letzten Endes die Zustimmung des Patienten maßgeblich. Ärzte dürften nie diese Option von sich aus anwenden.

Stimmen behaupten, eine schiefe Ebene sei bereits betreten, ein Dambruch schon eingetreten, wenn nur über eine Begrenzung der Geltung des absoluten Lebensschutzes nachgedacht werde¹³⁰³, und die den Kontrollkommissionen in den Niederlanden gemeldeten Zahlen über Lebensbeendigungen permanent steigen¹³⁰⁴. In der gewachsenen Zahl der Meldungen von Euthanasie ist aber auch das ursprüngliche Ziel einer anvisierten Transparenz zu sehen, um die Sterbe(nach)hilfemaßnahmen der Ärzte aus einer nicht zu kontrollierenden rechtlichen Grauzone zu lösen und so doch etwas überprüfen zu können¹³⁰⁵. Ferner können die gestiegenen Meldungen auch bedeuten, dass das Gesetz seit Inkrafttreten 2001 sowohl von den Ärzten als auch den Menschen insgesamt mehr akzeptiert wird:

„Die Ärzte trauen sich immer mehr, von der Sterbehilferegulation Gebrauch zu machen [...]. Sie sind besser informiert und nehmen sich den Raum, den das Gesetz ihnen bietet“¹³⁰⁶.

Ein signifikantes Problem vor einer juristischen Regulierung bestand darin, dass das Meldeverhalten der Ärzte aus der Sorge vor etwaiger Strafverfolgung u.Ä. stets zu wünschen übrig ließ. Es kann unterstellt werden, dass die Praxis der Euthanasie inklusive der Prüfung durch die Kontrollgremien erheblich dazu beitrug, das Vertrauen der Ärzte und der Menschen in dieses Verfahren erheblich zu steigern. Die NVVE konstatiert zudem:

„dass die Niederländer sehr genau wissen, was sie wollen. Und deshalb steigen die Zahlen jener Menschen, die Sterbehilfe für sich akzeptieren“¹³⁰⁷.

Auch muß die Bevölkerungsentwicklung insgesamt beachtet werden. Dem demographischen Wandel in der Europäischen Union geschuldet, werden die Zahlen, die sowohl die schweizerischen Sterbehilfevereine als auch die Regionalen Prüfungskommissionen veröffentlichen werden, weiter steigen¹³⁰⁸, ohne dass darin vordergründig eine Verrohung der Ärzteschaft interpretiert werden muss. Allein die steigenden Zahlen von alten und sehr alten Menschen wird m.E. das Bedürfnis nach medizinisch unterstützten Sterbepformen steigen lassen.

Die ethischen Werte, auf die sich die Ärzte in der Umfrage beziehen, die verletzt werden würden, würden sie Patienten auch auf deren ausdrücklichen Wunsch hin töten, sind identisch zu den Einwänden, die gegen die Erlaubtheit von Selbsttötungshandlungen als auch gegen die Bewilligung von Fremdtötungen vorgebracht werden. Zudem spielen religiöse Werte, hippokratische Überzeugungen und standesethische

¹³⁰³ Vollmann, Jochen; Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid; S.: 46; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur

¹³⁰⁴ Vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe; Jahresbericht 2015; S.: 9

¹³⁰⁵ Vgl. Linthout, Dik; Niederlande: ein Länderportrait; S.: 212

¹³⁰⁶ Schweighöfer, Kerstin; Niederlande: Zunahme der Sterbehilfefälle stößt auf Kritik; In: STANDARD Verlagsgesellschaft mbH (Hrsg.); derStandard.at vom 19.Januar 2015; Available: http://derstandard.at/2_004778/derStandardat-Impressum-und-Offenlegung; (30.06.2016)

¹³⁰⁷ Hollenbach, Michael; Sterbehilfegesetz auf dem Prüfstand; In: Deutschlandradio (Hrsg.); deutschlandradio.de vom 20.10.2014; Available: http://www.deutschlandfunk.de/niederlande-sterbehilfegesetz-auf-dem-pruefstand.886.de.html?dram:article_id=300791; (30.06.2016)

¹³⁰⁸ Für die Niederlande vgl. Chassioti, Wassiliki; Verständnis und Definition von Pflegebedürftigkeit aus länderübergreifender Sicht: Probleme und Kritik zum Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie Lösungsvorschläge; S.: 28 f.; Die Schweizer Entwicklung ist dargestellt von Geiger, Ingrid Katharina et al.; Grundlagen der Sozialversicherung in der Schweiz: Eine praxisorientierte Darstellung mit zahlreichen Beispielen und Repetitionsfragen mit Antworten; S.: 26 ff.

Überlegungen in die Argumentation hinein und erschweren eine objektiv-zielorientierte Auseinandersetzung innerhalb der Ärzteschaft.

Alternativen, die Ärzte ausgereizt wissen wollen, sollen einerseits alternierende Behandlungen nicht von vornherein negieren¹³⁰⁹, als auch palliativmedizinische Maßnahmen und „hospizliche Betreuung und Begleitung während des Sterbeprozesses“¹³¹⁰ betonen. Viele Menschen nehmen die Palliativmedizin sowie Hospize als Alternative einer jeglichen Form der Sterbehilfe dar¹³¹¹. Dabei ist dieser pflegerische Beistand doch eine Ergänzung zu medizinischen Maßnahmen am Lebensende, so dass die Palliativmedizin und ärztliche Sterbe(nach)hilfe als eine Ganzheit funktionieren sollten. Denn nicht alle Leidenszustände, gleich ob körperlicher oder seelischer Art können mittels ärztlicher Behandlung, Medikamenten und dergleichen behoben werden:

„Die palliativmedizinische und hospizliche Betreuung und Begleitung während des Sterbeprozesses [sind] in manchen Bereichen des Gesundheitswesens und für manche Krankheitsbilder, insbesondere für die nicht-onkologischen Erkrankungen und die Demenz, noch unzureichend“¹³¹².

Es sind also durchaus Situationen denkbar, in denen eine Person ihr Dasein für sich ganz subjektiv *überlebt* hat – im Niederländischen ist es der Terminus „*leiden an het leven*“¹³¹³ – und sie sich von Autonomie- und Würdeverlusten bedroht sieht, so dass ihr Dasein mit der Hilfe eines Arztes beendet werden soll.

Die Gegner einer Liberalisierung der Maßnahmen zum Lebensende weisen auch auf Ebene der Heteronomie darauf hin, dass der ursprünglich frei gebildete Wille sich zu einem Druck entwickeln könnte aus dem Leben scheiden zu müssen, würde eine gesetzliche Regulierung der Sterbehilfe erfolgen. Aus einer Wahl, einem Recht auf medizinische Maßnahmen würde sich eine Pflicht zur Anwendung einer lebensbeendenden Maßnahme entwickeln und letztlich die Patientenautonomie massiv untergraben¹³¹⁴. Allein durch die Existenz einer strafrechtlich und/oder standesethisch regulierten Sterbehilfe, könnten sich Menschen veranlasst sehen, diese Form der medizinischen Versorgung in Anspruch zu nehmen, damit sie „ihren Angehörigen weder psychisch noch finanziell länger zur Last fallen“¹³¹⁵.

Im selben verurteilendem Tenor gehalten wie die Dambruchargumentation ist denn auch die Bemühung einer *Nazi-Analogie* in der deutschen Debatte um Entscheidungen am Lebensende. Schon allein durch

¹³⁰⁹ Vgl. Gronemeyer, Reimer; Sterben in Deutschland; S.: 132 ff.

¹³¹⁰ Borasio, Gian Domenico et al.; Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben; S.: 13

¹³¹¹ Vgl. Kusch, Roger; Sterbehilfe aus christlicher Nächstenliebe; S.: 21 sowie Zöllner, Babett; Sterbebegleitung und Sterbehilfe; S.: 27

¹³¹² Borasio, Gian Domenico et al.; Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben; S.: 13

¹³¹³ Die Juristin Heleen Weyers bezieht sich in ihrer Auseinandersetzung mit der Änderung der Rechtslage in den Niederlanden auf einen Pfleger und Publizisten, der *lijden aan het leven* folgendermaßen zusammenfasst:

„En lijden aan het leven kann door ziekte, maar oom door lijden an te lang leven, levensmoeheid... In de laatste situaties is het lijden minder zichtbar, maar daarom niet minder erg. In situaties [...] gaat het om werkelijke waardering van autonomie en gaat het erom of de arts zijn taak lijden te bestrijden tot in de uiterste consequentie serieus neemt“. [Ein Leiden am Leben kann durch Krankheit, oder auch durch ein Leiden am zu langen Leben, Lebensmüdigkeit bedingt sein... In den letztgenannten Fällen ist das Leiden weniger sichtbar, aber darum nicht weniger ernst. In diesen Situationen geht es um die reale Aufwertung der Autonomie und ob der Arzt seine Aufgabe Leiden zu bekämpfen bis in die äußerste Konsequenz ernst nimmt. – M.F.]

Van Dam, R.; o.A.; zitiert nach Weyers, Heleen; Euthanasie: het proces van rechtsverandering; S.: 398 m.w.V.

¹³¹⁴ Vgl. Lutterotti, Markus von; Menschenwürdiges Sterben; S.: 119

¹³¹⁵ Hohenstein, Anne; Die Einführung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland; S.: 111

eine öffentliche Auseinandersetzung mit der Thematik einer eventuellen standes- und/oder strafrechtlichen Liberalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe, sei der Absolutheitsanspruch des Lebensschutzes gefährdet und beginne der *slippery slope*¹³¹⁶. Aber gerade die Deutschen müssten „wissen, wohin es führen kann, wenn Menschen von Dritten für nicht mehr lebenswert erklärt werden“¹³¹⁷.

9.3.3 Kritik an der Regulierung der freiwilligen direkten aktive Sterbehilfe in den Niederlanden

Die strafrechtliche Regulierung der Euthanasie in den Niederlanden, als Ergebnis einer langen öffentlichen Auseinandersetzung zur Liberalisierung der Thematik Sterbehilfe¹³¹⁸, wird von religiösen Gruppierungen negativ¹³¹⁹ und von den Befürwortern einer liberaleren Haltung gegenüber der Selbstbestimmung des Menschen am Lebensende als „Stärkung des Selbstbestimmungsrechts“ des Einzelnen aufgenommen¹³²⁰. Im Gegensatz zur luxemburgischen Auslegung kann hier aber ein Verfahrensfehler, ein Mangel in der Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten ihm nicht das Leben retten. Die Sterbehilfe erfolgt und wird erst im Nachhinein überprüft:

„Die niederländische Gesetzgebung legt ihren Schwerpunkt auf den Nachweis des geäußerten Willens des Patienten. Lässt sich dieser belegen, werden Verstöße gegen die anderen Sorgfaltskriterien nicht weiter geahndet“¹³²¹.

Wenn eine freie Willensbildung schlichtweg nicht möglich war, etwa weil der Wunsch mittels subtilen Drucks durch die Familie aufgebaut wurde, der Patient womöglich doch eine Besserung seines Zustandes hätte erfahren können oder der Wunsch nach Beendigung seines Lebens einer kurzweiligen Verstimmung¹³²² entsprang und der behandelnde Arzt getäuscht wurde, und so dennoch eine lebensbeendende Maßnahme erfolgte, geht der Arzt nicht das Risiko einer Strafverfolgung ein. Die Beurteilung, ob ein Arzt rechtmäßig gehandelt hat, fällt einer der fünf Regionalen Kontrollkommissionen des Landes zu. Diese Gremien bestehen aus einem Ethiker, einem Rechtsanwalt und einem Arzt¹³²³ und haben die Aufgabe, nachträglich zu beurteilen, ob bei den gemeldeten Euthanasiefällen die handelnden Ärzte die gesetzlich geforderten Sorgfaltskriterien einhielten oder nicht. In den meisten Fällen kommen

¹³¹⁶ Vgl. Russ, Gabriele; Die Kirche der Journalisten: Kirche, Journalismus, Medien; S.: 142 f.

¹³¹⁷ Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland et al.; Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe; S.: 1

¹³¹⁸ Vgl. Punkt 9.2 Aktive Sterbehilfe im Königreich der Niederlande

¹³¹⁹ Vgl. Wehrmann, Elisabeth; Die letzte Hürde; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 11. April 2001; Available: http://www.zeit.de/2001/16/Die_letzte_Huerde; (02.08.2016)

¹³²⁰ Polke-Mejewski, Karsten; Niederlande erlauben Tötung auf Verlangen; In: Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH; FAZ.net vom 14.04.2001; Available: http://www.faz.net/aktuell/politik/sterbehilfe-niederlande-erlauben-toetung-auf-verlangen-123296-p2.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2; (02.08.2016)

¹³²¹ Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu; S.: 58

¹³²² Zwar wird im Gesetz keine Frist gesetzt, eine unmittelbare Sterbehilfe-Begleitung ist jedoch nicht sofort nach Willensäußerung möglich. Siehe dazu die per legem geforderten Sorgfaltspflichten, die der Arzt vor einer Euthanasiehandlung zu überprüfen hat, bevor er diese leisten darf. Vgl. Punkt 6.6.1 Ärztliche Assistenz zum Suizid in den Niederlanden

¹³²³ Vgl. Linthout, Dik; Niederlande; S.: 212

die Sachverständigen zu dem Ergebnis, „dass der Arzt sorgfältig gehandelt hatte“¹³²⁴ und damit eine konkrete lebensbeendende Maßnahme nicht nachträglich geahndet werden muss.

Die steigenden Zahlen über gemeldete Sterbehilfefälle haben eine erhebliche Mehr-Belastung für die Regionalen Kontrollkommissionen zur Folge¹³²⁵. Dennoch werden die gemeldeten Fälle nach eigener Aussage gewissenhaft überprüft¹³²⁶ und scheinen die Mediziner die Sorgfaltskriterien einzuhalten.

Aber die Hinzuziehung eines weiteren Arztes oder eine fachgerechte Durchführung der lebensbeendenden Maßnahme erscheinen nur als Makulatur, wenn der Euthanasiefall erst im Nachhinein überprüft wird. Hierbei scheinen Verbesserungen nötig, die dafür sorgen, dass die Ärzte sämtliche Sorgfaltspflichten mehr beachten und sogar ebenbürtig behandeln.

Einen wesentlichen Kritikpunkt an der Regulierung der Euthanasie im Königreich kann darin gesehen werden, dass die einmalige Äußerung des Patienten um Lebensbeendigung zu genügen scheint, ihm diesen Wunsch zu erfüllen. Sollte nach der ersten expliziten Äußerung sich der Zustand des Patienten derart verschlechtern, dass er ihn nicht wiederholen kann, wird auch keine schriftliche Willensäußerung verlangt¹³²⁷.

Ähnlich der Regulierung Belgiens¹³²⁸ wäre aber eine Vor-Beurteilung eines Sterbehilfesuchtes durch eine entsprechende Kommission die sicherste Option, Fehlerparte auszuschließen:

„Eine ‚forensische Prämortale-Kontrolle‘ [...] würde die beteiligten Ärzte bereits im Vorfeld absichern, garantiert ihnen Straffreiheit vor ihrem Tun und motiviert auf diese Weise zu erhöhter Meldebereitschaft einer geplanten Euthanasie“¹³²⁹.

Mit einem solchen Gutachten vor einer lebensbeendenden Maßnahme, könnten die vermeintlich unbeherrschbaren Mehrungen von Sterbehilfemaßnahmen bis zu einem gewissen Grade kontrolliert werden. Jedoch scheinen sich gewisse Ausweitungen der Kriterien einer Gewährung von Euthanasie eingetreten zu sein. Diese Argumente des Dammbrechts¹³³⁰ wider einer liberaleren Handhabung von Entscheidungen am Lebensende sind besonders den Gegnern von Sterbehilfe dienlich. Damit wird auf gewisse Verrohungen angespielt, die sich im Laufe der Zeit vermeintlich einstellen werden, so dass das medizinische Personal versucht sei, „Patienten auch gegen deren Willen oder ohne Rücksicht auf deren Willen zu töten“¹³³¹. Diese sogenannten *Life-Terminating-Acts Without Explicit Request of the Patient* (LAWER) beinhalten Fälle von lebensbeendenden Maßnahmen ohne ein ausdrückliches Ersuchen des Patienten als vielmehr motiviert durch eigenen Antrieb des Arztes¹³³². Darunter fallen auch medizinisch angezeigte Tötungen von Neugeborenen

¹³²⁴ Schweighöfer, Kerstin; Niederlande; In: STANDARD Verlagsgesellschaft mbH (Hrsg.); derStandard.at vom 19. Januar 2015; Available: <http://derstandard.at/2004778/derStandardat-Impressum-und-Offenlegung>; (30.06.2016)

¹³²⁵ Vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe; Jahresbericht 2009; S.: 3

¹³²⁶ Vgl. ders.; Jahresbericht 2013; S.: 4

¹³²⁷ Vgl. KNMG; Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie; S.: 13

¹³²⁸ Vgl. Fn. 1189

¹³²⁹ Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu; S.: 76

¹³³⁰ Verschiedentlich wird der Dammbrech auch als *schiefe Ebene* oder *slippery slope* bezeichnet. Vgl. Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch?; S.: 169

¹³³¹ Grimm, Carlo et al.; Sterbehilfe; S.: 122

¹³³² Vgl. Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu; S.: 72

„who have serious disorders or deformities associated with suffering that cannot be alleviated and for whom there is no hope of improvement“¹³³³

Bei diesen Lebensbeendigungen

„allerdings sollte Vorsicht geboten sein vor einer übereilten Schlussfolgerung, dass es sich dabei zwangsläufig um Totschlag oder gar Mord handeln müsse“¹³³⁴.

Die *Remmelink-Untersuchungen* ergaben in den Jahren der Untersuchungen, einen Anteil der LAWER von 0,8 Prozent bzw. 0,7 Prozent 1995 und 2001 an der jährlichen Sterberate¹³³⁵. Im Rahmen der Sterbehilfe-Auseinandersetzung muss bedacht werden, dass sich die lebensbeendenden Ärzte diese Entscheidungen nicht einfach gemacht haben werden. In einer äußerst schwierig zu lösenden Dilemma-Situation werden sie ihrem ärztlichem Auftrag nachgekommen sein, das Leiden des betreffenden Patienten in aussichtsloser Gegebenheit nicht anders beheben zu können, als eben durch eine lebensbeendende Maßnahme. Um auch dem Vorwurf zu entgehen, nicht alles erdenklich Mögliche unternommen zu haben, den Patienten aus seiner unerträglichen Lage zu befreien, wird m.E. auch eine massive Schmerzmittelgabe für die Ärzte ein (standes-)ethisch gebotener Weg gewesen sein. Und nicht immer verkraftet ein schwerstkranker und/oder sterbender Mensch die tiefste Sedierung¹³³⁶.

„Wenn die unfreiwilligen Sterbehilfefälle auch kein Dambruchargument sind, so stellen sie doch ein sehr ernsthaftes Problem dar. Sie können offensichtlich nicht mit dem Prinzip der Achtung vor der Patientenautonomie gerechtfertigt werden und sie können deshalb (wenn überhaupt) nur in Extremfällen toleriert werden, in denen die Lebensbeendigung wirklich der letzte Ausweg ist und die unfreiwillige Sterbehilfe zu einer ‚Gnadentötung‘ wird“¹³³⁷.

Die terminologisch fixierte Unterscheidung zwischen Euthanasie, dem ausdrücklichen Wunsch eines leidenden, sterbenden Menschen um Lebensbeendigung einerseits und der „nicht ausdrücklich verlangten aktiven Sterbehilfe“¹³³⁸, den Fällen der LAWER andererseits, ermöglichte, dass diese Fälle in den Berichten der Regionalen Kommissionen nicht explizit genannt werden müssen, da sie lediglich die Fälle zu beurteilen haben, bei denen die niederländische Definition von Euthanasie vorliegt¹³³⁹.

Andererseits ist nicht zu leugnen, dass die Sterbehilfepraxis der Niederlande auch bei psychischen Erkrankungen und etwa bei dementen und/oder von Demenz bedrohten Menschen durchgeführt werden darf¹³⁴⁰. Dieser Handhabe liegt die Weisung der KNMG zu Grunde, keine Unterscheidung zwischen physischem und psychischem Leiden vorzunehmen¹³⁴¹, da nur dieser konkrete Mensch allein bestimmen kann, was er als entwürdigend oder als unerträglich und aussichtslos empfindet¹³⁴².

¹³³³ Verhagen, Eduard et al.; Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns; S.: 959; In: NEJM 352, No. 10; 10.März 2005

¹³³⁴ Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu; S.: 72

¹³³⁵ Vgl. Delden, Johannes von; Niederlande; S.: 73; In: Englert, Yvonne; Euthanasie

¹³³⁶ Vgl. dazu weiter oben Punkt 9.2. Aktive Sterbehilfe im Königreich der Niederlande

¹³³⁷ Delden, Johannes von; Niederlande; S.: 73; In: Englert, Yvonne;

Euthanasie

¹³³⁸ Siegmann-Würth, Lea; Ethik in der Palliative Care: Theologische und medizinische Erkundungen; S.: 125

¹³³⁹ Vgl. S. 187

¹³⁴⁰ Hollenbach, Michael; Sterbehilfegesetz auf dem Prüfstand; In: Deutschlandradio (Hrsg.); deutschlandradio.de vom 20.10.2014; Available: [http://www.deutschlandfunk.de/niederlande-sterbehilfegesetz-auf-dem-pruefstand.886.de.html?dram:article_id=300791; \(03.08.2016\)](http://www.deutschlandfunk.de/niederlande-sterbehilfegesetz-auf-dem-pruefstand.886.de.html?dram:article_id=300791; (03.08.2016)

¹³⁴¹ Vgl. Fn. 1258

¹³⁴² Vgl. Die niederländischen Sorgfaltskriterien auf S. 189 und besonders Fn. 1255

Ein Punkt der nicht explizit aufgeführt wird, ist die Tatsache, dass ausländische Personen nicht von dieser liberalen Gesetzgebung profitieren können¹³⁴³. Das niederländische Verfahren der Gewährung von Euthanasie beruht auf einer längeren persönlichen Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten: „Der Patient wählt einen Hausarzt für längere Zeit“¹³⁴⁴. Auf diese Weise sind *Sterbehilfe-Touristen* schlichtweg nicht möglich. Dieses längere Bekanntheitsverhältnis ist eine Prämisse, die die KNMG an Euthanasie-Maßnahmen bindet. Erst dadurch wird es möglich, dass der Arzt die Situation für den Patienten einzusehen vermag. Daher werden durch die ärztliche Dachorganisation sowohl die „Lebensende-Klinik“ sowie die „mobile[n] Teams“ der NVVE abgelehnt¹³⁴⁵. Einem Sterbegesuch wird bei letzterem von einem Arzt und einem Pfleger entsprochen¹³⁴⁶.

10 Schluss

Die tröstlichste Vorstellung des Sterbens ist die des Sterbens in vertrauter Umgebung, im Kreis der Familie oder gemäß dem Inbild des schnell und plötzlich eintretenden Todes. Oftmals werden diese Ideale von medizinischen Situationen, die richtungsweisende Entscheidungen verlangen, erheblich eingeschränkt. Aus dem Konflikt von persönlichen Werten und objektiven Einschätzungen können subjektiv unhinnehmbare Zustände resultieren, die als unerträglich, würdelos und unmenschlich erfahren werden. Dabei sind ein gutes Sterben und ein sanfter Tod allgemeinhin die Dinge, die sich die Menschen wünschen. Selbstbestimmt wollen wir sterben, ohne fremden Interessen unterworfen und unnötiger Lebensverlängerung ausgesetzt zu sein. Das erdordert, den eigenen Willen vorher klar zu definieren, was nur nach einer intensiven Beschäftigung mit etwaigen Umständen der eigenen Endlichkeit möglich ist. Plötzliche Ereignisse, schwere Erkrankungen können einen Zustand hervorrufen, der die persönliche Benennung einer klaren Wertordnung verhindert. Ist diese unbekannt, sehen sich Ärzte und Angehörige vielfach dem Zwang ausgesetzt, alles erdenklich Mögliche zu unternehmen, das Leben des (geliebten) Menschen zu bewahren, indem die medizinischen Maßnahmen ausgereizt werden, bis ein Mensch sein Leben *überlebt* hat. Um einer solchen Situation der Nicht-Entscheidungsfähigkeit entgegenzuwirken und der Autonomie definiert Ausdruck zu verleihen, ist es vorher notwendig, den Ärzten den erlaubten Handlungsspielraum mittels schriftlich fixiertem Willen zu erläutern, indem möglichst konkret die vorhergesehene aktuelle Situation im Sinne der eigenen Präferenzen präzisiert wird, wenn gewisse medizinische Maßnahmen wie etwa eine Lebensverlängerung subjektiv abgelehnt werden. Hierbei und im Sterbeprozess kommt nämlich der

¹³⁴³ Vgl. Delden, Johannes van; Niederlande; S.: 65; In: Englert, Yvonne; Euthanasie

¹³⁴⁴ KNMG (Hrsg.); Modelregeling arts-patiënt; S.: 3; „De patiënt kiest een huisarts voor langere tijd“.

¹³⁴⁵ Klinkhammer, Gisela; Sterbehilfe in den Niederlanden; S.: 341; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 8/2012 vom 24. Februar 2012

¹³⁴⁶ Vgl. Anonymous; Deutsche Ärzte empört über Sterbehilfe-Initiative in Holland; In: Springer Medizin Verlag GmbH; ÄrzteZeitung.de vom 8. Februar 2012; Available: <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=804041&pid=811967>; (30.06.2016)

Selbstbestimmung des Patienten die größere Gewichtung zu. Einem schwerstkranken und leidenden Menschen beizustehen und ihm Leiden zu nehmen kann auch bedeuten, dass der kurative Auftrag der Mediziner einer medizinischen Begleitung (bis) zum Tode weichen muss. Dabei entsteht eine moralische Verpflichtung, dem sterbenskranken Menschen das Sterben in eine „easy passage“ umzuwandeln, so dass unnötiges Leiden vermieden wird. Es darf jedoch nirgends Raum entstehen, dass medizinisches Personal oder Angehörige respektive Vertreter von außen entscheiden, wann ein Leben nicht mehr lebenswert sei. Diese Entscheidung, welche lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen zu erfolgen oder zu unterbleiben haben, ist nur dem konkreten Willen des Menschen zuzugestehen, der irgendwie eruiert werden muss. In einer Situation der Entscheidungsunfähigkeit oder des unbekanntem mutmaßlichen Willens lautet das Prinzip an dem sich das ärztliche Handeln zu orientieren hat in *dubio pro vita*. Dieses wird allein von der Sinnhaftigkeit einer angezeigten medizinischen Maßnahme eingeschränkt.

Einer Selbsttötung angesichts zu erwartender schwerer und schwerster Leidenszustände stehen demnach auch keinerlei vertretbare moralische Gründe entgegen. Kein Argument kann einem Menschen subjektiv unerträgliche Zustände erdulden lassen. Vielmehr erwächst aus dieser humanistischen Perspektive sogar eine Pflicht, einem schwerleidenden Menschen das Sterben erträglich zu gestalten. Entweder durch die Gabe entsprechender Mittel oder durch eine ethisch vertretbare Beihilfe, die darauf gerichtet ist, einen Leidenszustand zu beenden ohne dass der Helfende sich strafbar macht. Die vorzugswürdigste Methode wäre eine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Obwohl diese Sterbe-Nach-Hilfe von vielen Ärzten und Ärztevereinigungen abgelehnt wird, stellt diese Variante die sicherste Form einer Beihilfe dar, da mittels medizinischem Fachwissen sehr zielsicher etwaige Risiken und Folgeschäden ausgeschlossen werden könnten und ein Sterbewilliger nicht riskiert, anderen eine unsichere und strafbare Handlung aufbürden zu müssen. Die Beihilfe von medizinisch geschultem Personal wie in der Schweiz zu erhalten vermag eine Alternative zu sein, die vorzugswürdigste Variation ist jedoch die einer medizinisch-fachgerechten als auch pharmakologisch-sorgfältigen ärztlichen Beihilfe zum Suizid. Sinnvoll wäre eine Überprüfung der Bitte um Beihilfe zum Suizid oder der Gewährung von Euthanasie im Vorfeld einer solchen Handlung, da nur so ausgeschlossen werden kann, dass etwaige Unsicherheiten zu diesem Schritt drängen und dem Patienten auf andere Weise geholfen werden könne. Die Leidensbeendigung durch Lebensbeendigung sollte immer die *ultimo ratio* sein, wenn sich weder Patient noch Arzt anders zu helfen wissen, die unerträgliche Situation des Patienten zu beheben. Aber pflegerischer, menschlicher Beistand hat nicht zu unterbleiben, wenn die Bitte um Lebensbeendigung einmal geäußert wurde. Vielmehr ist dies dann die eingangs geforderte Hinwendung zum Patienten durch Betreuung und Begleitung bis zum Tod, die aus den medizinisch-ethischen Richtlinien erwächst.

Literatur

- Achner, Heike; Ärzte in der Antike; Mainz am Rhein 2009
- ADEL BV/ LifeGem Deutschland; Die häufigsten gestellten Fragen? Eindhoven/Berlin 2015; Available: <http://www.lifegem-deutschland.de/die-haeufigsten-gestellten-fragen-.html> (17.03.2015)
- LifeGem Diamantbestattung; Eindhoven/Berlin 2015; Available: <http://www.lifegem-deutschland.de/>; (17.03.2015)
- Adler, Alfred; Drei Beiträge zum Problem des Schülerelbstmords. Erster Beitrag; In: Adler, Alfred et Furtmüller, Carl et Wexberg, Erwin; Heilen und Bilden: Ein Buch der Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen; München 1928; S.: 206 – 211
- Ahmann, Martina; Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar? Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer aus praktisch-theologischer Perspektive; Münster 2001
- Akyel, Dominic; Die Ökonomisierung der Pietät: Der Wandel des Bestattungsmarkts in Deutschland; Frankfurt am Main 2013;
- Al-Halabi, Muhammad Zouhair Safar; Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht – Eine Handreichung des Zentralrates der Muslime in Deutschland (ZMD); Köln 2013
- Algordanza AG (Hrsg.); Ascheverfügungen Diamantbestattung; Domat/Ems 2015; Available: <http://www.algordanza.de/ascheverfuegungen-diamantbestattung.42.de.html>; (17.03.2015)¹³⁴⁷
- Kohlenstoffdepot; Domat/Ems 2015; Available: <http://www.algordanza.de/kohlenstoffdepot.25.de.html>
- Preisinformation; Domat/Ems 2015; Available: <http://www.algordanza.de/preisinformation.184.de.html>
- Tarifinformation; Domat/Ems 2015; Available: <http://www.algordanza.de/index.44.de.html>
- Allensbacher Institut für Demoskopie (Hrsg.); Allensbacher Berichte: Nr. 9/2001; Allensbach am Bodensee 2001; Available: http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_0109.pdf; (27.01.2015)
- Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft; Allensbach 2010
- Alwitt, L.F.; Suspense and Advertising Response; In: Journal of Consumer Psychology, 12(1), 35 – 49; Zitiert nach: Schwab, Frank; Spannung; In: Krämer, Nicole et al.; Medienpsychologie; Stuttgart 2008; S.: 235 – 242
- Amnesty International (Hrsg.); Death Sentences and Exekutions 2010; London 2011
- Death Sentences and Executions in 2011; London 2012
- Wenn der Staat tötet: Argumente pro & kontra Todesstrafe – Stand 14. April 2015; London 2015
- Wenn der Staat tötet: Zahlen und Fakten über die Todesstrafe – Stand 09. Juli 2015; London 2015
- Anatomisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.); Informationsblatt Körperspende; Heidelberg 2014; Available: <http://www.ana.uni-heidelberg.de/index.php?id=126>; (16.03.2015)
- Anatomisches Institut der Universität des Saarlandes (Hrsg.); Stellungnahme zur Praxis, anatomische Dauerpräparate von menschlichen Körpern gegen Bezahlung auf dem internationalen Markt anzubieten; Homburg 2011; Available: http://prosektur.de/14_statement_koerperwelten.html; (16.03.2015)
- Anonymous; 21-jähriger Patient: Chirurgen melden erste erfolgreiche Penis-Transplantation; In: Spiegel Online (Hrsg.); vom 13.03.2015; Available: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/penis-transplantation-aerzte-melden-erfolg-in-suedafrika-a-1023500.html>; (17.03.2015)
- Ärzte sehen informierte Patienten skeptisch; In: DDV Mediengruppe GmbH & Co. Kg (Hrsg.); Sächsische Zeitung vom 14.06.2016; S.: 1; Dresden 2016
- Belgien erlaubt Sterbehilfe auch für Kinder; In: Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH; FAZ.net vom

¹³⁴⁷ Alle genannten Quellen der Algordanza wurden am 17.03.2015 abgerufen – M.F.

- 13.02.2014; Frankfurt am Main 2014; Available: <http://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/europa/parlament-stimmt-zu-belgien-erlaubt-sterbehilfe-auch-fuer-kinder-12800960.html>; (04.05.2016)
- Bestattungsrituale im Hinduismus; In: Zeitungsgruppe Hamburg GmbH (Hrsg.); Hamburger Abendblatt online; Hamburg o.A.; Available: http://trauer.abendblatt.de/trauer.php?v=t21_4; (14.03.2013)
 - Deutsche Ärzte empört über Sterbehilfe-Initiative in Holland; In: Springer Medizin Verlag GmbH; ÄrzteZeitung.de vom 8. Februar 2012; Berlin 2012; Available: <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=804041&pid=811967>; (30.06.2016)
 - Luxemburg setzt Sterbehilfe-Gesetz in Kraft; In: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH (Hrsg.); Äaerzteblatt.de; Köln 2009; Available: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/35837/Luxemburg_setzt_Sterbehilfe-Gesetz_in_Kraft.htm; (22.02.2016)
 - Neue Technologien: Erschwingliche Prothesen aus dem 3D-Drucker; In: Springer Medizin Verlag (Hrsg.); Ärztezeitung online vom 7. August 2015; Available: <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/891451/neue-technologien-erschwingliche-prothesen-3d-drucker.html>; (08.09.2015)
 - Rechtsfolgen arztstrafrechtlicher Vergehen; In: Der Kassenarzt-Berater 2/2005; S.: 11 – 12
 - Ruhe sanft – warum nicht im eigenen Garten?; In: WeltN24 GmbH (Hrsg.); welt.de vom 28.11.2015; Berlin 2015; Available: <http://www.welt.de/wirtschaft/article149384753/Ruhe-sanft-warum-nicht-im-eigenen-Garten.html>; (19.04.2016)
 - Selbstmord vor laufender Webcam; In: CHIP Digital GmbH (Hrsg.); www.chip.de vom 21. November 2008; Available: http://www.chip.de/news/USA-Selbstmord-vor-laufender-Webcam_33811054.html; (25.11.2015)
 - „Solide ermittelt“: Allensbach-Chefin Renate Köcher über die Ratespiele der Wahlforscher; S.: 27; In: Der Spiegel 14/1996
 - suizid-area.npage.de; o.A.; Available: <http://suizid-area.npage.de/>; (22.10.2014)
 - Udo Reiter tot aufgefunden; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 10. Oktober 2014; München 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/medien/frueherer-mdr-chef-udo-reiter-tot-aufgefunden-1.2168229>; (25.11.2015)
 - Unbenannt; o.A.; Available: http://www.liveleak.com/view?i=5e3_1286805999; (21.11.2013)
- Aquin, Thomas von; Summa Theologica; II-II q 64 a 5.; zitiert nach Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie; S.: 36
- Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland (ARD) (Hrsg.); Liveticker zum Absturz in Frankreich vom 24. März 2015; Hamburg 2015; Available: <https://www.tagesschau.de/liveticker-flugzeugabsturz-frankreich-101.html>; (13.11.2015)
- Liveticker zum Überfall auf die Redaktion von „Charlie Hebdo“ vom 7. Januar 2015; Hamburg 2015; Available: <http://www.tagesschau.de/ausland/charliehebdo-101.html>; (24.03.2015)
 - Liveticker zur Fahndung nach den Verdächtigen des Überfalls auf „Charlie Hebdo“ vom 8. Januar 2015; Hamburg 2015; Available: <http://www.tagesschau.de/ausland/charlie-hebdo-143.html>; (24.03.2015)
- Arbeitsgemeinschaft Organtransplantation der Deutschen Buddhistischen Union (Hrsg.); Stellungnahme zu Organentnahme und Organtransplantation; München 2005
- Ariès, Philippe; Geschichte des Todes; München 1982
- Aristoteles; Nikomachische Ethik; Stuttgart 2001
- Politik; übersetzt von Olof Gigon; München 1984
- Arndt, Marianne; Ethik denken: Maßstäbe zum Handeln in der Pflege; Stuttgart 2007
- Augustinus; De civitate dei, libI, cap 26; zitiert nach: Bauer, Emmanuel J et al.; Wenn das Leben unerträglich wird: Suizid als philosophische und pastorale Herausforderung; Stuttgart 2011
- Aumonier, Nicolas; Beurteilung der Argumente; In: Letellier, Phillipe; Euthanasie: Band 1 - Ethische und

- menschliche Aspekte; Münster 2005; S.: 59 – 74
- Aumüller, Gerhard et al.; Anatomie: Stuttgart 2014
- Bachmann, Roland et Kemper, Guido et Gerzer, Thomas; Big Data – Fluch oder Segen? Unternehmen im Spiegel gesellschaftlichen Wandels; Heidelberg 2014
- Bacon, Francis; The Advancement of Learning; Second Book; In: Spedding, James et Ellis, Leslie et Heath, Denon (Hrsg.); The works of Francis Bacon; Cambridge 2011
- Bahner, Beate; Recht im Bereitschaftsdienst: Handbuch für Ärzte und Kliniken; Berlin 2013
- Bahr, Hans-Dieter; Die Eigenart des Tötens; In: Wulf, Christoph et Zirfas, Jörg (Hrsg.); Töten – Affekte, Akte und Formen; Berlin 2011; S.: 15 – 31
- Barth, Gottfried Maria; Pdf der Power-Point-Präsentation zur Thematik Suizidalität im Sommersemester 2014 an der Eberhard Karls Universität Tübingen; Tübingen 2014; Available: http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ppkj/Studium/barth_suizidalitaet_ss_14.pdf; (20.01.2015)
- Bartens, Werner; Am Ende nur Schweigen; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 4. November 2014; München 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/palliativmedizin-am-ende-nur-schweigen-1.2202505>; (24.05.2016)
- Bäßler, Rüdiger; Leben mit zwei neuen Armen; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 22. Juli 2009; Hamburg 2009; Available: <http://www.zeit.de/online/2009/30/amputation-arme>; (24.05.2016)
- Bauby, Jean-Dominique; Schmetterling und Taucherglocke: Übersetzt von Uli Aumüller; Wien 1997
- Bauer, Alexandra; selbstmordforum.net; Bottrop 2015; Available: www.selbstmordforum.net/; (25.11.2015)
- Bauer, Axel W.; Notausgang assistierter Suizid? Die Thanatopolitik in Deutschland vor dem Hintergrund des demografischen Wandels; In: Hoffmann, Thomas Sören et Knaup, Marcus; Was heißt: in Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens; Wiesbaden 2015; S.: 49 – 78
- Bauer, Emmanuel J. et Fartacek, Reinhold et Nindl, Anton; Wenn das Leben unerträglich wird: Suizid als philosophische und pastorale Herausforderung; Stuttgart 2011
- Baumann, Ursula; Suizid: Soziale Relevanz und ethisch-moralische Bewertung; In: Eckhart, Wolfgang U. et al.; Handbuch Sterben und Menschenwürde; Bd. 1; Berlin 2012; S.: 629 – 645
- Vom Recht auf den eigenen Tod: Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert; Weimar 2001
- Beck, Dietmar; Lebensqualität in der letzten Lebensphase: Fragebogenerhebung bei präfinalen Tumorpatienten und ihren Angehörigen; In: Aulbert, Eberhard et al.; Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung; Stuttgart 2002; S.: 123 – 130
- Becker, Gerhild et Xander, Carola; Zur Erkennbarkeit des Sterbeprozesses; In: Bormann, Franz-Josef et al. (Hrsg.); Sterben: Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens; Berlin 2012; S.: 116 – 136
- Becker, Katja et Keitel, Anikó-Eva; Suizidales Verhalten; S.: 463; In: Petermann, Franz (Hrsg.); Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie; Göttingen 2013; S.: 459 – 475
- Beckmann, Jürgen; Kognitive Dissonanz: Eine handlungstheoretische Perspektive; Berlin 1984
- Bednarz, Anja; Den Tod überleben: Deuten und Handeln im Hinblick auf das Sterben eines Anderen; Wiesbaden 2003
- Bentham, Jeremy; An Introduction to the Principles of Morals and Legislation: Printed in the Year 1780, and now first published; London 1789
- Benzenhöfer, Udo; Der gute Tod?: Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart; Göttingen 2009
- Bergmann, Anna; Organspende – tödliches Dilemma oder ethische Pflicht?; In: BpB (Hrsg.); www.bpb.de; Bonn 2011; Available: <http://www.bpb.de/apuz/33313/organspende-toedliches-dilemma-oder-ethische-pflicht-essay?p=all>; (04.05.2016)

- Berlis, Angela et Kalsky, Manuela (Hrsg.); Offen für Offenbarung; Münster 2005
- BestatterInnen Netzwerk (Hrsg.); Quer einsteigen; Frankfurt am Main 2010; Available: http://bestatter-netz.net/quer_einsteigen.htm; (01.04.2015); (01.04.2015)
- Bestattungshaus am Sachsenplatz GmbH (Hrsg.); Leistungen und Service; Dresden 2013; Available: <http://www.saxonitas.de/index.php?id=5>; (01.04.2013)
- Bestattungsinstitut St. Anschar (Hrsg.); loss-bestattungen.de; Hamburg 2015; Available: <http://www.loss-bestattungen.de/#top>; (23.11.2015)
- Beubler, Eckhard; Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie: Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten: Unter Mitarbeit von Roland Kunz und Jürgen Sorge; Wien 2003
- Bever, Lindsay; Brittany Maynard, as promised, ends her life at 29; In: The Washington Post (Hrsg.); [washingtonpost.com](http://www.washingtonpost.com) vom 2. November 2014; Washington 2014; Available: <http://www.washingtonpost.com/news/morning-mix/wp/2014/11/02/brittany-maynard-as-promised-ends-her-life-at-29/>; (29.09.2015)
- Beyerle, Beatrix; Rechtsfragen medizinischer Qualitätskontrolle: eine rechtsdogmatische und rechtsvergleichende Untersuchung zu Haftung, Datenschutz, Sektionen und prozessualer Verwertbarkeit; Heidelberg 2004
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.); duden.de; Berlin 2015; Available: <http://www.duden.de/rechtschreibung/sterben>; (27.11.2015)
- Bioethikkommission Rheinland-Pfalz; Sterbehilfe und Sterbebegleitung: Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten; Mainz 2004
- Birnbacher, Dieter; Bioethik zwischen Natur und Interesse; Frankfurt am Main 2006
- Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe; In: Hepp, Hermann et al.; Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!; Düsseldorf 1992; S.: 50 – 73
 - Ethische Aspekte der suizidprophylaktischen Intervention; In: Suizidprophylaxe Nr. 33; 1982; S.: 227 – 243
 - Ist Sterbefasten eine Form von Suizid? In: Ethik in der Medizin – Organ der Akademie für Ethik in der Medizin; März 2015; ; S.: 315 – 324
- Bitsch, Andreas; Koma, metabolische Störung und Hirntod; In: Marx, Gernot et al.; Die Intensivmedizin; Heidelberg 2015; S.: 567 – 576
- Blank-Sangmeister, Ursula; Thomas Morus Utopia; Göttingen 2011
- Bleyl, Henning; Niedrige Beweggründe sollten kein Maßstab mehr sein; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 04. Dezember 2013; Hamburg 2013; Available: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2013-11/rechtsprechung-gesetz-mord-paragraf-211> (29.06.2015)
- Blumenthal-Barby, Kay; Sterben in Europa; In: Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa: Wahrnehmungen-Deutungsmuster-Wandlungen; Neukirchen-Vluyn 1998; S.: 64 - 72
- Bojcevic, Alexander; Die Todesstrafe in noch 74 Staaten: Eine aktuelle Standortbestimmung aus der Sicht von *amnesty international*; In: Jacobs, Helmut C. (Hrsg.); Gegen Folter und Todesstrafe: Aufklärerischer Diskurs und europäische Literatur vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart; Frankfurt am Main 2007; S.: 15 - 22
- Borasio, Gian Domenico; Wie, wo und wann dürfen wir sterben? Das ärztliche Menschenbild am Lebensende zwischen Autonomie und Fürsorge; In: Vossenkuhl, Wilhelm u.a. (Hrsg.); Ecce Homo! Menschenbild – Menschenbilder; Stuttgart 2009; S.: 106 – 120
- Borasio, Gian Domenico et Jox, Ralf Jürgen et Taupitz, Jochen et Wiesing, Urban; Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben: Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids: Unter Mitarbeit von Amina Salkic; Stuttgart 2014
- Brauer, Susanne et Bolliger, Christian et Strub, Jean-Daniel; Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe; Zürich

- Braun, Johann; Einführung in die Rechtswissenschaft; Tübingen 2007
- Bronisch, Thomas; Der Suizid: Ursachen, Warnsignale, Prävention; München 2007
- Brosius, Felix; SPSS 16: Das mitp-Standardwerk; Heidelberg 2008
- Brost, Marc et Hildebrand, Tina; Die Angst ist das Ziel; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 14. Juli 2016; Hamburg 2016; Available: <http://www.zeit.de/2016/30/terror-gefahr-gerd-gigerenzer>; (31.07.2016)
- Bottke, Wilfried; Suizid und Strafrecht; Berlin 1982, Habilitation
- Boumaaiz, Amina et Feiniger, Bernd et Schröter, Jörg Imran; „Bin ich nicht Euer Herr?“ (Sure 7, 172): Aspekte zum Menschenbild im Islam; In: Boehme, Katja (Hrsg.); „Wer ist der Mensch?“ Anthropologie im inter-religiösen Lernen und Lehren; Berlin 2013; S.: 101 – 140
- Bultmann, Peter Friedrich; Öffentliches Recht für Wirtschaftswissenschaftler: Verfassungs- und Verwaltungsrechtsökonomik; Berlin 2002
- Buhr, Heiko; „Sprich, soll denn die Natur der Tugend Eintrag sein?“: Studien zum Freitod im 17. und 18. Jahrhundert; Würzburg 1998; Dissertation
- Bundesamt für Gesundheit; Spendekarte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und im Portemonnaie aufbewahren; Bern 2015; Available: http://transplantinfo.ch/old/index.php?article_id=8&clang=0; (23.11.2013)
- Bundesärztekammer (Hrsg.); Bekanntmachungen: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung; Berlin 2015
- Der Weltärztebund (World Medical Association/WMA); Berlin o.A.; Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/internationales/internationale-zusammenarbeit/weltaerztebund/>; (21.11.2015)
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 7/2011 vom 18. Februar 2011; S.: 346 – 348
- Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit: Leitfaden für die ärztliche Praxis; Köln 2007
- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 38/2011 vom 23. September 2011; S.: 1980 – 1992
- Richtlinie zur Organtransplantation gem. § 16 TPG; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 43/2005 vom 28.10.2005; S.: 2968 - 2974
- Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung (BT-Drs. 17/11126); Berlin 2012
- Stellungnahme zur „Autopsie“ – Kurzfassung; Berlin 2005
- Stellungnahme zur „Autopsie“ – Langfassung; Berlin 2005
- Über uns; Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/>; (02.06.2015)
- Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 33-34/2013 vom 19. August 2013; S.: 1580 – 1588
- Bundesnotarkammer (Hrsg.); Willkommen beim Zentralen Vorsorgeregister; Berlin 2016; Available: <http://www.vorsorgeregister.de/>; (10.08.2016)
- Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien (Hrsg.); Nahelegen selbstschädigendes Verhalten; Bonn 2014; Available: <http://www.bundespruefstelle.de/bpjm/Jugendgefaehrungstatbestaende/Weitere-Fallgruppen/nahelegen-selbstschaedigendes-verhalten.html>; (23.10.2014)
- Verbreitungs- und Werbeverbote bei Trägermedien; Bonn 2014 Available: <http://www.bundespruefstelle.de/bpjm/Rechtsfolgen/Traegermedien/verbreitungs-und-werbeverbote.html>; (08.12.2015)

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung et Deutsche Stiftung Organspende; Infoblatt: Ihr persönlicher Organspendeausweis; Köln 2014
- Burleigh, Michael; Die Zeit des Nationalsozialismus: eine Gesamtdarstellung; Frankfurt am Main 2000
- Bycock, Ira R.; Patient refusal of nutrition and hydration: Walking the ever-finer line; In: The American Journal of Hospice & Palliative Care; March/April 1995; S.: 8 – 13
- Chabot, Boudewijn et Walther, Christian; Ausweg am Lebensende: Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken; München 2012
- Chassioti, Wassiliki; Verständnis und Definition von Pflegebedürftigkeit aus länderübergreifender Sicht: Probleme und Kritik zum Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie Lösungsvorschläge; Hamburg 2014
- Chevassut, Daniel; Buddhismus [und Euthanasie]; In: Letellier, Phillipe (Hrsg.); Euthanasie – Band 1 – Ethische und menschliche Aspekte; Münster 2005; S.: 141 – 146
- Childs, Nancy; Book Review: Bryan Jennet: The Vegetative State: Medical Facts, Ethical and Legal Dilemmas; Cambridge 2002; In: New England Journal of Medicine; 2002; 347: 1386 – 1387
- Clemens, Harald (Hrsg.); Geld verdienen als Samenspender / Spermaspender – Honorar / Verdienst für Samen-spenden; In: Clemens, Harald (Hrsg.); www.samenbank-samenspende.de; München 2016; Available: <http://www.samenbank-samenspende.de/geld-verdienen-als-samenspender-spermaspender-honorar-verdienst-fuer-samen-spenden.php>; (01.03.2016)
- Coeppicus, Rolf; Das „Gesetz über Patientenverfügungen und Sterbehilfe“: Wann sind die Umsetzung von Patientenverfügungen und eine Sterbehilfe rechtmäßig?; Heidelberg 2010
- Conrad, Astrid; „Ich bin des Sterbens so müde“: Kurze Begleitungsdauer als Belastungsfaktor; In: Müller, Monika et al.; Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin; Göttingen 2014; S.: 120 – 125
- Conzelmann, Hans; Der erste Brief an die Korinther: Kritisch-exegetischer Kommentar über das Neue Testament; Göttingen 1981
- Cording, Clemens et Saß, Henning; Begutachtung der „freien Willensbestimmung“ bei Suizid in der Lebensversicherung; In: Der Nervenarzt 9 2009; S.: 1070 – 1077
- Cressey, Daniel; Das Cannabis-Experiment; In: Macmillan Publishers Group (Hrsg.); Nature: International Weekly Journal of Science, Vol. 524 vom 20. August 2015; S.: 280 - 283
- Czerner, Frank; Das Euthanasie-Tabu – Vom Sterbehilfe-Diskurs zur Novellierung des § 216 StGB; Berlin 2004
- Dahl, Edgar; Dem Tod zur Hand gehen: seit acht Jahren erlaubt Oregon eine streng reglementierte Form der Sterbehilfe. In der deutschen Diskussion werden die Erfahrungen des US-Bundesstaates mit ihr aber ignoriert; In: Spektrum der Wissenschaft Nr.7/2006; S.: 116 – 120
- Dahlke, Paul; Buddhismus als Religion und Moral; Hamburg 2013
- Daniels, Justus von; Religiöses Recht als Referenz: Jüdisches Recht im rechtswissenschaftlichen Vergleich; Tübingen 2009; Dissertation
- Delden, Johannes van; Niederlande – Sterbehilfe als letzter Ausweg; In: Englert, Yvonne; Euthanasie: 2. Nationale und europäische Perspektiven; Münster 2005; S.: 65 – 76
- Dettmeyer, Reinhard; Medizin und Recht: Rechtliche Sicherheit für den Arzt: Grundlagen – Fallbeispiele und Lösungen – Medizinrechtliche Antworten; Heidelberg 2006
- Deutsche Presseagentur (Hrsg.); Das andere Gesicht; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 18. Dezember 2008; Hamburg 2014; Available: <http://www.zeit.de/online/2008/52/gesichts-transplant>; (24.05.2016)
- Preis für Übersetzer von Ärzte-Diagnosen; In: Sächsische Zeitung vom 16./17. April 2016; Dresden 2016

- Deutscher Bundestag (Hrsg.); Emotionale Debatte über Sterbehilfe im Bundestag; Berlin 2014; Available: http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de_sterbebegleitung/339436; (23.01.2014)
- Sperrklausel (5%-Hürde); Berlin o.A.; Available: <http://www.bundestag.de/service/glossar/S/sperrklausel/246338>; (25.11.2015)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.); Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland; Berlin 2015
- Deutsche Presseagentur et Agence France Press (Hrsg.); Bundestag sucht Position zum assistierten Suizid; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 13. November 2014; Hamburg 2014; Available: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-11/bundestag-sterbehilfe-debatte> (25.11.2015)
- Deutscher Presserat (Hrsg.); Synopse Pressekodex; Berlin 2006
- Verabredung zum Suizid im Internet: Betroffene Mutter will mit Hilfe der Presse Eltern warnen; o.A.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (Hrsg.); Infoblatt: Wie läuft eine Blutspende ab?; o.A. 2012
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.); Lebendspende; Frankfurt am Main 2014; Available: <http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/lebendspende.html>; (16.03.2015)
- Pressemitteilung: Zahl der Organspender stabilisiert sich auf niedrigem Niveau; Frankfurt am Main 2015; Available: <http://www.dso.de/dso-pressemitteilungen/einzelansicht/article/zahl-der-organspender-stabilisiert-sich-auf-niedrigem-niveau.html>; (05.03.2015)
- Organ Bagisci Kimligniz; Frankfurt am Main 2015; Available: <http://www.dso.de/servicecenter/downloads/organspendeausweis-und-informationsmaterial.html>; (23.11.2015)
- Deutsche Stiftung Organtransplantation et Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Hintergrundinformation: Die häufigsten Fragen zur Organspende; Frankfurt am Main 2014
- Diderot, Denis; Erhaltung [Artikel aus der Enzyklopädie]; In: Diderot Denis; Philosophische Schriften, Bd. 1; Berlin 1961; S.: 304 – 305; zitiert nach Erny, Nicola; Selbsttötung als moralphilosophisches Problem; In Kaminsky, Carmen et al.; Verantwortung für die Zukunft: Zum 60. Geburtstag von Dieter Birnbacher; Berlin 2006; S.: 141 – 161
- Dieterle, Gabriele S.; Verhaltenswirksame Bildmotive in der Werbung: Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen; Heidelberg 1992
- Dietl, Hans-Martin (Ltg.); Eugenik: Entstehung und gesellschaftliche Bedingtheit; Jena 1984
- DIE ZEIT (Hrsg.); Das Lexikon in 20 Bänden; Band 4; Hamburg 2005
- DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); „Psychisch krank“; Hamburg 2013/2014; Available: <http://www.zeit.de/serie/psychisch-krank>; (25.11.2015)
- DIE ZEIT online GmbH et AFP et mp; Umstrittenes Gesetz zur Sterbehilfe tritt in Kraft; In: ZEIT online vom 6. Oktober 2015; Hamburg 2015; Available: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2015-10/sterbehilfe-kalifornien>; (07.10.2015)
- DIE ZEIT online et al.; „Keine lebensverlängernden Maßnahmen“ reicht nicht; In: ZEIT online vom 9. August 2016; Hamburg 2016; Available: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2016-08/patientenverfuegung-tod-lebenserhaltende-massnahmen-sterben-bundesgerichtshof>; (11.08.2016)
- DIGNITAS (Hrsg.); FAQ; Forch 2015; Available: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=136&lang=de; (15.12.2015)
- Patientenverfügung; Available: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=59&lang=de; (10.08.2016)
- So funktioniert DIGNITAS: Auf welcher philosophischen Grundlage beruht die Tätigkeit dieser Organisation? Bern 2010
- Wer ist DIGNITAS; Forch 2015; Available: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=de; (30.09.2015)

- Dijk, Gert van; Orgaandonatie na Euthanasie: een onmogelijke combinatie?; In: KNMG (Hrsg.); Columns; Utrecht 2013; Available: <http://knmg.artsenet.nl/Dossiers-9/Columns/Column/97328/Orgaandonatie-na-euthanasie-een-onmogelijke-combinatie.htm>; (19.03.2015)
- Dimler-Wittleder, Petra; Der Umgang mit dem Tod in Deutschland: Ein Vergleich des jüdischen, christlichen und moslemischen Glaubens; Münster 2005
- Döring, Nicola; Wie Medienpersonen Emotionen und Selbstkonzept der Mediennutzer beeinflussen: Empathie, sozialer Vergleich, parasoziale Beziehung und Identifikation; In: Schweiger, Wolfgang et al.; Handbuch Medienwirkungsforschung; Wiesbaden 2013; S.: 295 – 310
- Dörner, Klaus; Tödliches Mitleid: Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens – oder: die Soziale Frage: Entstehung, Medizinierung, NS-Endlösung, heute, morgen; Gütersloh 1988
- Drion, Huib; Het zelfgewilde einde van oude mensen; Amsterdam 1992
- Durkheim, Émile; Der Selbstmord; Frankfurt am Main 1987
- Dying with Dignity Canada (Hrsg.); Voluntary Stopping Eating and Drinking: Information for Clients; Toronto 2014; Available: [http://www.dyingwithdignity.ca/database/rte/files/VSED%20Client%20Information%2001\(1\).pdf](http://www.dyingwithdignity.ca/database/rte/files/VSED%20Client%20Information%2001(1).pdf); (26.02.2015)
- Eckart, Wolfgang U.; Illustrierte Geschichte der Medizin: Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart; Heidelberg 2011
- Edelstein, Ludwig; Der Hippokratische Eid: Mit einem forschungsgeschichtlichen Nachwort von Hans Diller; 1969 Zürich
- Edmonds, David; Würden SIE den dicken Mann töten? Das Trolley-Problem; Stuttgart 2015
- Eigler, Friedrich Wilhelm; Der Hippokratische Eid: Ein zeitgemäßes Gelöbniß?; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 34-35/2003 vom 25. August 2003; S.: 2203 - 2204
- Eisele, Jörg; Strafrecht: Besonderer Teil I: Straftaten gegen die Person und die Allgemeinheit; Stuttgart 2008
- Elias, Norbert; Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen; Frankfurt am Main 1976
- Enable Community Foundation (Hrsg.); Enabling the future; o.A.; Available: <http://enablingthefuture.org/>; (08.09.2015)
- EndeGut info (Hrsg.); Homepage; o.A. o.A.¹³⁴⁸; Available: <http://www.endegut.info/index.html>; (22.10.2014)
- Engel, Philipp Peymann; „Organspende ist eine Mizwa“; In: Zentralrat der Juden in Deutschland (Hrsg.); Jüdische Allgemeine vom 27.06.2013; Berlin 2013
- Englert, Yvon; Belgien – Die Entwicklungen in der Debatte; In: Englert Yvon; Euthanasie: 2. Nationale und europäische Perspektiven; Münster 2005; S.: 9 – 22
- Erbguth, Frank; Koma; In: Wittwer, Hector et al.; Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik: Ein interdisziplinäres Handbuch;; Stuttgart 2020; S.: 93 – 98
- Erbguth, Frank et Dietrich, Wenke; Gibt es bewusste Wahrnehmung beim apallischen Syndrom?; In: Aktuelle Neurologie 2013; 40: S.: 424 – 432
- Erny, Nicola; Selbsttötung als Moralphilosophisches Problem; S.: 141 – 161; In: Kaminsky, Carmen et al; Verantwortung für die Zukunft: Zum 60. Geburtstag von Dieter Birnbacher; Berlin 2006

¹³⁴⁸ Aus Gründen des Datenschutzes und um Anfeindungen zu entgehen, verzichtet der Betreiber darauf, nähere Angaben zu seiner Person zu machen:

„Auf einen freidenkenden Suizid-Befürworter kommen hundert Gegner, oft fanatische. Um anonymen Anfeindungen weniger ausgesetzt zu sein, wird hier keine Kontaktadresse publiziert.“
<http://www.endegut.info/Kontakt.html>; (24.11.2015)

- Willensfreiheit heute: Der neue Streit der Fakultäten; In: Trees, Wolfgang et al.; Willensfreiheit zwischen Philosophie, Psychoanalyse und Neurobiologie; Göttingen 2007; S.: 69 – 93
- Eser, Albin et Koch, Hans-Georg; Materialien zur Sterbehilfe: eine internationale Dokumentation; Freiburg im Breisgau 1991
- Eser, Albin et Lutterotti, Markus von et Sporcken, Paul; Lexikon Medizin, Ethik, Recht: Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung; Freiburg im Breisgau 1989
- Etzersdorfer, Elmar; Einige Bemerkungen zum Konzept des „Rationalen Suizids“; In: Suizidprophylaxe 3, 1994
- Neue Medien und Suizidalität: Gefahren und Interventionsmöglichkeiten: Unter Mitarbeit von Jürgen Schramm und Jürgen Kratzenstein; Göttingen 2003
- Euro-Informationen (Hrsg.); Krankenkassen.Deutschland: Kann man in Europa zum Organspender wider Willen werden?; Berlin 2015; Available: <http://www.krankenkassen.de/ausland/organspende/>; (22.11.2015)
- Europarat (Hrsg.); Unterschriften und Ratifikationsstand des Vertrages 164 [Oviedo-Abkommen]:
Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin; Stand 23.11.2015; Available: http://www.coe.int/de/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164/signatures?p_auth=vqSmaB4j; (23.11.2015)
- Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin; Straßbourg o.A.; Available:
<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=164&CM=1&DF=&CL=GER>; (02.07.2013)
- Executive Agency of Transplantation [Bulgarien] (Hrsg.); Statistics; Sofia 2013
- EXIT (Deutsche Schweiz) (Hrsg.); Selbstbestimmung im Leben und Sterben; Zürich 2015
- EXIT.info 1.10 – 2.10; Zürich 2010
- EXIT International (Hrsg.); Betty and the Helium Method; o.A.; Available: http://www.liveleak.com/view?i=b7c_1359440522&comments=1; (17.11.2015)

- Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes GmbH (Hrsg.); Bestattungsdienstleistungen; In:
www.bestatter.de; Düsseldorf 2015; Available: <https://www.bestatter.de/trauerfall/bestattungsdienstleistungen/>; (01.04.2015)
- Thanatopraktiker; In: www.bestatter.de; Düsseldorf 2013; Available: <http://www.bestatter.de/bdb2/pages/ausbildung/thanatopraktiker.php>; (06.02.2013)
- FAQ – Häufig gestellte Fragen – Allgemein Zahlen und Statistiken; In: www.bestatter.de; Düsseldorf 2016; Available: <https://www.bestatter.de/meta/news-termine-presse/haeufig-gestellte-fragen-allgemein/>; (17.03.2016)
- Fastermann, Petra; Die Macher der dritten industriellen Revolution: Das Maker Movement; Norderstedt 2013
- Faulbaum, Frank et Prüfer, Peter et Rexroth, Margrit; Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität; Wiesbaden 2009
- Fächerverbund Anatomie der Charité Berlin (Hrsg.); Vereinbarung Körperspende; Available:
http://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/forschung/fo-foerderung-veranstaltungen/fo-foerd-2011/Verinb.KS_Infoblatt_ab_Januar_2012.doc; (03.03.2015)
- Feldmann, Klaus; Sterben in der modernen Gesellschaft; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben: Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens; Berlin 2012; S.: 23 – 40
- Sterben und Tod: Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse; Opladen 1997
- Fisch, Jörg; Tödliche Rituale: Die indische Witwenverbrennung und andere Formen der Totenfolge; Frankfurt/Main 1998
- Fischer, Susanne; Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende: Eine Untersuchung bei

- Schweizer Ärztinnen und Ärzten zum Informations- und Sterbehilfeverhalten; Wiesbaden 2008
- Foot, Philippa; The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect; In: Oxford Review 5/1967 zitiert nach Cathcart, Thomas; The Trolley Problem or Would You Throw the Fat Guy Off the Bridge?: A Philosophical Conundrum; New York 2013
- Forst, Rainer; Grenzen der Toleranz; In: Brugger, Winfried et al.; Grenzen als Thema der Rechts- und Sozialphilosophie: Referate der Tagung der Deutschen Sektion der internationalen Vereinigung für Rechts- und Sozialphilosophie vom 22. Bis 23. September 2000 in Heidelberg; Stuttgart 2002
- Forßmann, Werner; Die Euthanasie als Problem der Medizin; In: Blaha, Herbert (Hrsg.); Schutz des Lebens – Recht auf Tod; München 1978; S.: 47 – 83
- Foucault, Michel; Überwachen und Strafen – Die Geburt des Gefängnisses; Frankfurt am Main 1976
- Fricke, Anno; Deutsche wollen zuhause sterben; In: Springer Medizin Verlag GmbH (Hrsg.); Ärztezeitung.de vom 22.08.2012; Available: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/819935/umfrage-wenn-schon-sterben-dann-zuhause.html; (01.08.2016)
- Frieß, Michael; „Komm süßer Tod“ – Europa auf dem Weg zur Euthanasie? Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe; Stuttgart 2008
- Fuchs, Robert; Hippokrates: Sämtliche Werke: Ins Deutsche übersetzt und ausführlich kommentiert von Dr. Robert Fuchs; Bd. I; München 1895
- Fuchs, Thomas; Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich vom 15. Mai 1871: Besonderer Teil, Sechszehnter Abschnitt. Straftaten gegen das Leben; In: lexetius.com; Heidelberg 2015; Available: <http://lexetius.com/StGB/216#2>; (26.11.2015)
- Füeßl, Hermann Sebastian et Middeke, Martin; Anamnese und Klinische Untersuchung; Stuttgart 2010
- Funke, Eva; Statt im Sarg nur im Leichentuch zur ewigen Ruhe; In: Stuttgarter Nachrichten Verlagsgesellschaft mbH (Hrsg.); www.stuttgarter-nachrichten.de vom 10.05.2012; Stuttgart 2012; Available: http://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.islamische-rituale-statt-im-sarg-nur-im-leichentuch-zur-ewigen-ruhe._a38324d3-96c9-47f6-bd57-7849cc164d22.html; (19.04.2016)
- Gans, Eduard; Naturrecht und Universalrechtsgeschichte: Vorlesungen nach G.W.F. Hegel; Tübingen 2005
- Gantke, Wolfgang; Selbstmord – ein Tabu auch in außereuropäischen Religionen?; In: Brudermüller, Gerd et al.; Suizid und Sterbehilfe; Würzburg 2003; S.: 35 - 56
- Ganzini, Linda et al.; Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death; In: New England Journal of Medicine vom 24. Juli 2003 S.: 359 - 365
- Gavela, Kallia; Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe; Berlin 2013; Dissertation
- GBV Gesellschaft für Bestattungen und Vorsorge mbH (Hrsg.); Aufbahrung; Hamburg 2013; Available: <http://www.bestattungen.de/ratgeber/bestattung/aufbahrung.html>; (07.03.2013)
- Geiger, Ingrid Katharina et Michaelis, Bettina; Grundlagen der Sozialversicherung in der Schweiz: Eine praxisorientierte Darstellung mit zahlreichen Beispielen und Repetitionsfragen mit Antworten; Merenschwand 2012
- Geißendörfer, Sylke; Die Selbstbestimmung des Entscheidungsunfähigen an den Grenzen des Rechts: Zur Debatte über „passive Sterbehilfe“ durch Behandlungsverzicht, vormundschaftliches Genehmigungsverfahren, Patientenverfügungen und deren gesetzliche Regelungsmöglichkeiten; Berlin 2009; Dissertation
- George, Wolfgang; Zur Sterbesituation in Deutschland; In: gesundheitswirtschaft.info (Hrsg.); [gesundheitswirtschaft.info.de](http://www.gesundheitswirtschaft.info/); Meckenheim 2012; Available: <http://www.gesundheitswirtschaft.info/nachrichten/gesundheitspolitik/krankendienste/4715-zur-sterbesituation-in-deutschland> (08.12.2012)
- Gerhard, Christoph; Praxiswissen Palliativmedizin: Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen; Stuttgart 2015

- Gerst, Thomas et Hibbeler, Birgit; Berufsrecht: Wenn Ärzte ihre Pflicht verletzen; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 10/2011 vom 11. März 2011; S.: 499 - 504
- Glahn, Julia A.; Ethische Aspekte der postmortalen Kommerzialisierung des Menschen; In: Tag, Brigitte et al.; Der Umgang mit der Leiche: Sektion und toter Körper in internationaler und interdisziplinärer Perspektive; Frankfurt am Main 2010; S.: 381 - 398
- Göbel, Hartmut; Die Kopfschmerzen: Ursachen – Mechanismen – Diagnostik – Therapie; Berlin 2012
- Golder, Werner; Hippokrates und das Corpus Hippocraticum: Eine Einführung für Philologen und Mediziner; Würzburg 2007
- Goos, Christoph; Innere Freiheit: Eine Rekonstruktion des grundgesetzlichen Würdebegriffs; Bonn 2009; Dissertation
- Gordijn, Bert; Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden; Stuttgart 2000; S.: 303 - 343
- Die niederländische Euthanasie-Debatte; In: Gose, Walther et al.; Aktive Sterbehilfe? Zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten; Trier 1997; S.: 29 – 50
- Gottwald, Carmen; Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften; Würzburg 2010; Dissertation
- Götz, Carmen; Friedrich Heinrich Jacobi im Kontext der Aufklärung: Diskurse zwischen Philosophie, Medizin und Literatur; Hamburg 2008
- Grabner-Haider, Anton; Buddhistische Kultur; In: Grabner-Haider, Anton (Hrsg.); Ethos der Weltkulturen: Religion und Ethik; Göttingen 2006; S.: 75 – 101
- Graf, Roland; „Soll mein oder dein Wille geschehen?“ – Gedanken zu Beihilfe zum Suizid aus der Sicht der katholischen Kirche; In: Rehmann-Sutter, Christoph et al.; Beihilfe zum Suizid in der Schweiz: Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin; Bern 2006; S.: 217 - 230
- Grau, Alexander; Schrecken, Sensation und Schaulust; In: Freiwillige Selbstkontrolle Fernsehen e.V. (Hrsg.); tv diskurs. Verantwortung in audiovisuellen Medien; 12. Jg., 4/2008 (Ausgabe 46); S.: 12 - 17
- Greiner, Ulrich; Skandal Freitag: Eine „Gebrauchsanleitung zum Selbstmord“: Buchhändler boykottieren Leser senden Dankschreiben; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 3. Dezember 1982; Hamburg 1982; Available: <http://www.zeit.de/1982/49/skandal-freitag>; (23.11.2015)
- Gressner, Axel M. et Arndt, Torsten; Lexikon der Medizinischen Laboratoriumsdiagnostik: Band 1 Klinische Chemie: Präanalytik, Analytik, Kenngrößen, Interpretationen; Heidelberg 2007
- Grimm, Carlo et Hillebrand, Ingo; Sterbehilfe: rechtliche und ethische Aspekte; Freiburg Im Breisgau 2009
- Gronemeyer, Reimer; Sterben in Deutschland: Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können; Frankfurt am Main 2007
- Gropp, Walter; Zur Freiverantwortlichkeit des Suizids aus juristisch-strafrechtlicher Sicht; In: Pohlmeier, Hermann et al.; Suizid zwischen Medizin und Recht; Stuttgart 1996; S.: 13 – 31
- Grothe, Benedikt; Nimmt uns die Neurobiologie den freien Willen? Eine kritische Betrachtung der Aussagekraft moderner Neurowissenschaftlicher Methoden; In: Vossenkuhl, Wilhelm u.a. (Hrsg.); Ecce Homo! Menschenbild – Menschenbilder; Stuttgart 2009; S.: 238 – 255
- Groß, Dominik et Grande, Jasmin; Sterbeprozess (medizingeschichtlich); In: Wittwer, Hector et al.; Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik: Ein interdisziplinäres Handbuch; Stuttgart 2010; S.: 75 - 83
- Groß, Dominik et Köhl, Richard; Die Aneignung des menschlichen Leichnams: Facetten eines wenig beleuchteten Phänomens; In: Groß, Dominik et al.; Objekt Leiche: Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper; Frankfurt am Main 2010; S.: 17 – 35
- Groß, Dominik et Schweighardt, Christoph et Schäfer, Geron; Die Zergliederung toter Körper: Kontinuitäten,

- Brüche und Disparitäten in der Entwicklung der anatomischen, forensischen und klinischen Sektion; In: Tag, Brigitte et al.; Der Umgang mit der Leiche: Sektion und toter Körper in internationaler und interdisziplinärer Perspektive; Frankfurt am Main 2010; S.: 331 - 354
- Große-Vehne, Vera; Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), „Euthanasie und Sterbehilfe: Reformdiskussion und Gesetzgebung seit 1870; Berlin 2005; Dissertation
- Gröschner, Rolf et Dierksmeier, Claus et Henkel, Michael et Wiehart, Alexander; Rechts- und Staatsphilosophie: Ein dogmenphilosophischer Dialog; Berlin 2000
- Guigui, Albert; Judentum [und Euthanasie]; In: Letellier, Phillipe (Hrsg.); Euthanasie – Band 1 – Ethische und menschliche Aspekte; Münster 2005; S.: 161 – 164
- Guillon, Claude et LeBonniec, Yves; Gebrauchsanleitung zum Selbstmord: Eine Streitschrift für das Recht auf einen frei bestimmten Tod; Frankfurt am Main 1982
- Gutmann, Thomas et Schroth, Ulrich; Organlebenspende in Europa: Rechtliche Regelungsmodelle, ethische Diskussion und praktische Dynamik; Heidelberg 2002; Gutachten
- Hacke, Werner et Heß, Klaus et Mair, Johanna et Stolzenburg, Joanna; Neuropsychologische Syndrome und Störungen des Bewusstseins; In: Hacke, Werner (Hrsg.); Neurologie; Heidelberg 2010; S.: 79 – 108
- Häcker, Barbara; Die ethischen Probleme der Sterbehilfe: eine kritische Analyse; Münster 2005; Dissertation
- Häder, Michael; Empirische Sozialforschung: Eine Einführung; Wiesbaden 2015
- Hager, Wolfgang et Magerl, Hansjörg et Schulz, Ernst et Schwerd, Wolfgang; „Wissen wie man stirbt...“: Rezepte zur perfekt getarnten Selbsttötung?; In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 40 vom 07.10.1983; S.: 67 – 68
- Halfpap, Nicole; Wenn Patienten sterben – Umgang mit Tod und Trauer bei Krankenpflegekräften; Freiburg im Breisgau 2009; Dissertation
- Haltenhof, Horst; Suizidalität; S.: 242; In: Machleit, Wielant et al. (Hrsg.); Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Stuttgart 2004; S.: 241 – 247
- Hannusch, Heidrun; Todesstrafe für die Selbstmörderin: Ein historischer Kriminalfall; Berlin 2011
- Hanser, Richard; Deutschland zuliebe: Leben und Sterben der Geschwister Scholl: die Geschichte der Weissen Rose; München 1980
- Hänel, Dagmar; Bestatter im 20.Jahrhundert: zur kulturellen Bedeutung eines tabuisierten Berufs; Münster 2003; Dissertation
- Happe, Barbara; Die Trennung von Kirche und Grab; In: Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal et al.; Raum für Tote: Die Geschichte der Friedhöfe von den Gräberstraßen der Römerzeit bis zur anonymen Bestattung; Braunschweig 2003; S.: 63 - 82
- Harpes, Jean-Paul; die aktuelle Befürwortung der Sterbehilfe; In: Letellier, Phillipe (Hrsg.); Euthanasie – Band 1: Ethische und menschliche Aspekte; Münster 2005; S.: 25 - 36
- Hartmann, Fritz; Grenzen ärztlichen Vermögens am Lebensende; In: Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa: Wahrnehmungen-Deutungsmuster-Wandlungen; Neukirchen-Vluyn 1998; S.: 37-52
- Härle, Wilfried; Menschsein in Beziehungen: Studien zur Rechtfertigungslehre und Anthropologie; Tübingen 2005
- Würde: Groß vom Menschen denken; München 2010
- Hausteiner-Wiehle, Constanze et al.; Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden: S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie; Stuttgart 2013
- Held, Susann; Eigentum und Herrschaft bei John Locke und Immanuel Kant: Ein ideengeschichtlicher Vergleich; Halle – Wittenberg 2006; Dissertation
- Held, Tilo; Suizid als Krankheit: Gegenübertragungen der Medizin bei Tod und Suizid; In: Bruder Müller, Gerd

- et al.; Suizid und Sterbehilfe; Würzburg 2003
- Heinemann, Evelyn et Hopf, Hans; Psychische Störungen in Kindheit und Jugend: Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie; Stuttgart 2004
- Heinen, Johannes; Rechtsgrundlagen Feldjägerdienst: mit Erläuterungen des UZwGBw Einsatzgrundlagen im In- und Ausland; Regensburg 2013
- Heitsch, Ernst; Platon Werke: Übersetzung und Kommentar: Band I 2: Apologie des Sokrates; Göttingen 2004
- Heller, Birgit et Winter, Franz (Hrsg.); Tod und Ritual: Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne; Berlin 2007
- Heller, Wolf-Dieter et Lindenberg, Henner et Nuske, Manfred et Schriever, Karl-Heinz; Beschreibende Statistik: Mit vollständig gelösten Aufgaben; Basel 1979
- Hentig, Hans von; Die Strafe I: Frühformen und kulturgeschichtliche Zusammenhänge; Berlin 2013
- Hentrich, Eva; Das Suizidforum; In: Hentrich, Eva; www.jana-unvergessen.de; Available: <http://www.jana-unvergessen.de/suizidforum.html>; (29.06.2016)
- Herberhold, Lennart; Was vom Leben übrig ist: In der Anatomie lernen angehende Mediziner mehr als nur den Körper kennen; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 22. April 2010; Hamburg 2010; Available: <http://www.zeit.de/2010/17/C-Medizin-Anatomie/komplettansicht>; (22.05.2015)
- Herzinger, Richard; Die Kritik an den Niederlanden ist illiberal; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 8. September 2013; Hamburg 2013; Available: http://www.zeit.de/2001/18/200118_sterbehilfe.xml; (30.06.2016)
- Heubrock, Dietmar; Der polizeiliche Umgang mit suizidgefährdeten Personen und „suicide by cop“: Handlungs- und Verhandlungsvorschläge; Frankfurt 2009
- Heuer, M. et Hertel, S. et Remmer, N. et Wirges, U. et Philipp, T. et Gerken, G. et Paul, A. et Kaiser, G.M.; Organspendebereitschaft: Auswertung einer Umfrage zu Gesundheitsthemen; In: Deutsche Medizinische Wochenschrift; 134; 2009; S.: 923 – 926
- Hick, Christian; Klinische Ethik; Köln 2006
- Hilgendorf, Eric; Sterbehilfe und individuelle Autonomie; In: Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006; S.: 31 – 39
- Hillermann, Christian (Hrsg.); Warum anders bestatten? Hamburg 2015; Available: <http://www.trostwerk.de/andere.bestattungen/trost.html>; (01.04.2015)
- Hochgrebe, Winfried; Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland? Eine Analyse der aktuellen Diskussion unter medizinischen, philosophisch-ethischen und religiös-theologischen Aspekten; Norderstedt 2004
- Hoerster, Norbert; Was ist Recht? Grundfragen der Rechtsphilosophie; München 2006
- Höfer, Wolfgang; Medien und Emotionen: Zum Medienhandeln junger Menschen; Wiesbaden 2013.
- Hoff, Paul; Suizidwunsch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Symptom oder autonomer Entscheid?; In: Schweizerischen Ärztezeitung, Nr. 93/2012; S.: 852 – 853
- Hoffmann, Matthias; „Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet“ – Die Angst vor dem „sozialen Sterben“; Wiesbaden 2011; Dissertation
- Höffe, Otfried; Gerechtigkeit: eine philosophische Einführung; München 2007
- Hofmann, Dagmar; Suizid in der Spätantike: seine Bewertung in der lateinischen Literatur; Stuttgart 2007
- Hofte-Fankhäuser, Kathrin ter et Wälty, Hans F.; Marktforschung: Grundlagen mit zahlreichen Beispielen, Repetitionsfragen mit Antworten und Glossar; Zürich 2011
- Hohenstein, Anne; Die Einführung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland; Berlin 2003; zugl. Dissertation Kiel 2003

- Holderegger, Adrian; Der Suizid – Ein Recht auf den freigestellten Tod? Ethische und theologische Überlegungen; In: Brudermüller, Gerd et al.; Suizid und Sterbehilfe; Würzburg 2003; S.: 9 – 34
- Die Sehnsucht nach dem eigenem Tod; Freiburg 1981
- Ethische Probleme der Stammzellenforschung; In: Holderegger, Adrian et al.; Theologie und biomedizinische Ethik: Grundlagen und Konkretionen; Freiburg 2002
- Holland, Klaus: Du sollst nicht töten – oder vielleicht doch? Zum Stand der Euthanasiediskussion in Deutschland und in den Nachbarländern; In: Burgheim, Werner (Hrsg.); Die Rechte der Sterbenden: zwischen Euthanasie und Lebensverlängerung um jeden Preis; Merching 2006; S.: 127 – 146
- Hollenbach, Michael; Sterbehilfegesetz auf dem Prüfstand; In: Deutschlandradio (Hrsg.); deutschlandradio.de vom 20.10.2014; Available: http://www.deutschlandfunk.de/niederlande-sterbehilfegesetz-auf-dem-pruefstand.886.de.html?dram:article_id=300791; (30.06.2016)
- Holling, Heinz et Gediga, Günther; Statistik – Deskriptive Verfahren; Göttingen 2011
- Hölscher, Miriam et Sepke, Corinna; Moving Libraries: Mobile Bibliothekskonzepte als Antwort auf die Herausforderungen der Informationsgesellschaft; Wiesbaden 2010
- Hoppe, Jörg-Dietrich; den Tod nicht zuteilen: Die Haltung der deutschen Ärzteschaft zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid; In: Rehmann-Sutter, Christoph et al.; Beihilfe zum Suizid in der Schweiz: Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin; Bern 2006; S.: 79 - 83
- Horn, Norbert; Einführung in die Rechtswissenschaft und Rechtsphilosophie; Heidelberg 2011
- Hörmann, Karl; Handlung mit zweierlei Wirkung; In: Hörmann, Karl; Lexikon der christlichen Moral; Innsbruck 1976
- Hossenfelder, Malte; Epikur; München 2006
- Hötzel, Yvonne; Debatten um die Todesstrafe in der Bundesrepublik Deutschland 1949 – 1990; Göttingen 2010
- Huber, Gerd; Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung; Stuttgart 2005
- Hufeland, Christoph Wilhelm; Die Verhältnisse des Arztes; In: Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst 23, 1806; S.: 5 - 36
- Hume, David; Die Naturgeschichte der Religion; Hamburg 2000
- Humphry, Derek; Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying; Eugene, Oregon 1991
- Hundeshagen, Christian et Heubel, Friedrich; Die deutsche Debatte zur Schmerztherapie; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden; Stuttgart 2000; S.: 159 – 198
- Husebø, Stein; Kommunikation; In: Husebø, Stein et Klaschik, Eberhard; Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis: Schmerztherapie – Gesprächsführung – Ethik; Heidelberg 2009; S.: 147 – 205
- Hutson, H. Range et al.; Suicide by Cop; In: Annals of Emergency Medicine; Volume 32, Issue 6, December 1998; S.: 665 – 669
- International Association for the Study of Pain (Hrsg.); Definition von Schmerz; Zitiert nach Bredanger, S. et al.; DGSS Kerncurriculum Schmerztherapie für die Lehre für das Querschnittsfach Schmerztherapie nach der neuen AO; o.A. 2008
- Ilkic, Ilhan; Migration, Sterben und Interkulturalität am Beispiel muslimischer Patienten; In: Anderheiden, Michael et al.; Handbuch Sterben und Menschenwürde; Berlin 2012; S.: 991 - 1007
- Imhof, Arthur Erwin; Ars Moriendi – Die Kunst des Sterbens einst und heute; Köln 1991
- Die Kunst des Sterbens (Ars moriendi) einst – und heute? Oder: Erfüllt leben – in Gelassenheit sterben; In:

- Becker, Ulrich et al.; Sterben und Tod in Europa: Wahrnehmungen–Deutungsmuster–Wandlungen; Neukirchen-Vluyn 1998; S.: 118-127
- Imhof, Michael; Die große Krankheit der Zeit oder Grundlagen einer Medizinphilosophie; Würzburg 1997
- Infratest dimap Gesellschaft für Trend und Wahlforschung mbH; MoMa-Deutschland TREND November 2014:
Sterbehilfe: Aktive Sterbehilfe, Beihilfe zur Selbsttötung oder grundsätzlich nicht erlauben?; Berlin 2014; Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/sterbehilfe-hohe-akzeptanz-in-der-bevoelkerung-ukraine-konflikt-mehrheit-gegen-ausweitung-der-san/>; (23.01.2015)
- *hart aber fair* „Sterbehilfe“ Oktober 2014: Sollte es Ärzten erlaubt sein, Schwerstkranken ein tödliches Medikament zur Verfügung zu stellen?; Berlin 2014; Available: <http://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/vier-fuenftel-der-deutschen-fuer-aerztliche-sterbe-unterstuetzung>; (25.11.2015)
- Irrgang, Bernhard; Grundriss der medizinischen Ethik; München 1995
- Ivanovic, Natasa et Büche, Daniel et Fringer, Andre; Voluntary Stopping of Eating and Drinking at the end of Life – a systematic Search and Review Giving Insisight into an Option to Hastening Death in Capacitated Adults at the End of Life; In: BioMed Central Palliative Care 2014; Vol. 13; No. 1
- Jäger, Christian; Examens-Repetitorium Strafrecht besonderer Teil; Heidelberg 2009
- Jansen, Lynn A.; No safe Harbor: The Principle of Complicity and the Practice of Voluntary Stopping of Eating and Drinking; In: Journal of Medicine and Philosophy; 2004, Vol. 29, No. 1; S.: 61 – 74
- Jaspers, Birgit; Wie viel Tod verträgt das Team? Power-Point eines Vortrages gehalten auf dem Innsbrucker Forum für Intensivmedizin und Pflege 2010; Innsbruck 2010; Available: http://ifimp.at/jaspers_wieviel_tod_vertraegt_das_team_endfassung_fuer_veranstalter.pdf; (13.11.2015)
- Jaspers, Karl; Existenzerhellung Bd. 3; In: Jaspers, Karl; Philosophie; 3 Bde.; Berlin 1932
- Jaspert, Bernd; Alter, Sterben und Tod: Gedanken zum Lebensende; Nordhausen 2014
- Jochemsen, Henk; Die aktuelle Situation der Sterbehilferegelung in den Niederlanden – Daten und Diskussion; In: Junginger, T. et al.; Grenzsituationen in der Intensivmedizin – Entscheidungsgrundlagen; Heidelberg 2008; S.: 237 – 244
- Joerden, Jan C.; Sterben am Beginn des Lebens – juristische Schwierigkeiten; In: Rosentreter, Michael et al.; Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod; Kassel 2010; S.: 217- 230
- Johanniter Unfall Hilfe (Hrsg.); Patientenverfuegung; Hannover o.A. Available; http://www.johanniter.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/JOSE/JOSE_Nord/JOSE_Nord_diverse/Gronau/Patientenverfuegung.pdf; (10.08.2016)
- Johannsmeyer, Karl-Dieter; Empathie und Tabu(-bruch) in der Gynäkologie: Näherung aus der Sicht eines überwiegend klinisch tätigen Frauenarztes im Ruhestand; In: Lehmann-Carli, Gabriela et al.; Empathie und Tabu(bruch) in Kultur, Literatur und Medizin; Berlin 2013; S.: 73 – 98
- Jonas, Hans; Technik, Medizin und Ethik: Praxis des Prinzips Verantwortung; Frankfurt am Main 1990
- Jorke, Dietfried; Leben und Sterben gehören zusammen – Unser Umgang mit dem Tod; In: Jorke, Dietfried (Hrsg.); Sterben – Tod – Begräbnis: Ringvorlesung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Bundesärztekammer Thüringen; Jena 1997; S.: 14 – 21
- Jugendschutz.net et Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) et Nationales Suizid Präventions-Programm (NaSPro); Empfehlungen für die Berichterstattung über Suizidforen im Internet; o.A. 2014;
- Jungck, Dietrich; Die Lage der Schmerztherapie in Deutschland; In: Flöter, Thomas et al.; Der multimorbide Schmerzpatient; Stuttgart 2003; S.: 43 – 56
- Kade, Claudia et Kammholz, Karsten; „Viele Übereinstimmungen von AfD mit Pegidioten“; In: WeltN24 Gm-

- bH (Hrsg.); welt.de vom 26.10.2015; Berlin 2015; Available: http://www.welt.de/print/die_welt/politik/article148027306/Viele-Uebereinstimmungen-von-AfD-mit-Pegidioten.html; (27.06.2016)
- Kallus, Konrad Wolfgang; Erstellung von Fragebogen; Wien 2010
- Kaminsky, Carmen; Embryonen, Ethik und Verantwortung: Eine kritische Analyse der Statusdiskussion als Problemlösungsansatz angewandter Ethik; Tübingen 1998
- Kamlah, Wilhelm; Meditatio Mortis: Kann man den Tod „verstehen“, und gibt es ein „Recht auf den eigenen Tod“?; Stuttgart 1976
- Kamphausen, Klaus; Ich bringe mich um! Das Leben ist (k)eine Alternative; München 2011
- Kant, Immanuel; Grundlegung zur Metaphysik der Sitten; Riga 1792
- Karberg, Sascha; Organe aus dem Drucker?; In: Steingart, Gabor (Hrsg.); Handelsblatt online vom 20.08.2015; Berlin 2015; Available: <http://www.handelsblatt.com/technik/das-technologie-update/healthcare/bioprinting-organe-aus-dem-drucker/8663292.html>; (23.11.2015)
- Kästner, Alexander; Unzweifelhaft ein seliger Tod! Überlegungen zur Darstellung des Sterbens von Duellanten in protestantischen Leichenpredigten; In: Ludwig, Ulrike et al.; Das Duell: Ehrenkämpfe vom Mittelalter bis zur Moderne; Konstanz 2012; S.: 141 – 158
- Keller, Christa et Schmidt, Markus; Spirituelle Philosophie: Wissen der Orden in Asien und Europa; o.A.; 2013
- Keller, Martina; 42,90 Euro pro Arm – Geschichte einer Recherche; In: Tag, Brigitte et al.; Der Umgang mit der Leiche: Sektion und toter Körper in internationaler und interdisziplinärer Perspektive; Frankfurt am Main 2010; S.: 371 - 380
- Interview; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 5.Dezember 2011; Hamburg 2011; Available: <http://www.zeit.de/kultur/film/2011-12/film-koerpergewebe-handel>; (17.03.2015)
- Kepplinger, Hans Mathias; Die Entwicklung der Kriminalitätsberichterstattung; In: Bundesjustizministerium (Hrsg.); Kriminalität in den Medien: 5. Kölner Symposium vom 27.-29.9.1999, Universität zu Köln; Mönchengladbach 2000; S.: 58 – 77
- Kimsma, Gerrit et van Leeuwen, Evert; Euthanasie und Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden; Stuttgart 2000; S.: 71 – 104
- Kirchenamt der Evangelischen Kirchen in Deutschland (Hrsg.); Christliche Patientenvorsorge; Hannover 2012
- Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland et Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz; Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe: Eine Sammlung kirchlicher Texte; Bonn/Hannover 2011
- Kirchhoff, Sabine et Kuhnt, Sonja et Lipp, Peter et Schlawin, Siegfried; Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung; Wiesbaden 2008
- Klaschik, Eberhard; Was ist Palliativmedizin?; In: Stein Husebø et al.; Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis: Schmerztherapie – Gesprächsführung – Ethik; Heidelberg 2009; S.: 1 – 46
- Klauser, Theodor (Hrsg.); Reallexikon für Antike und Christentum: Sachwörterbuch zur Auseinandersetzung des Christentums mit der antiken Welt: Begründet von Franz Joseph Dolger, Theodor Klauser, Helmut Kruse, Hans Lietzmann, Jan Hendrik Waszink; Bd. 5; Stuttgart 1962
- Klinkhammer, Gisela; Eine Entscheidung im Miteinander; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 24/2012 vom 15. Juni 2012; S.: 1228 – 1229
- Sterbehilfe in den Niederlanden: Tod frei Haus; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 8/2012 vom 24. Februar 2012; S.: 1
- Klinkhammer, Gisela et Richter-Kulhmann, Eva; Neuer Titel, präzisierte Regeln; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 27 - 28/2015 vom 06.Juli 2015; S.: 1230 – 1231
- Knoepfner, Nikolaus; Menschenwürde in der Bioethik; Berlin 2004

- Knöpfel, Sylvia et Hoffmann, Knut O. K.; Verhütung: Welche Methode passt zu mir? Von traditionell bis hypermodern: Alle Möglichkeiten im Überblick. So finden Sie die richtige Verhütung für jede Lebensphase. Mit unabhängiger Bewertung aller Vor- und Nachteile; Stuttgart 2002
- Knopp, Lothar; Aktive Sterbehilfe aus europäischer und nationaler verfassungsrechtlicher Sicht; In: Knopp, Lothar et al.; Sterbehilfe – Tabuthema im Wandel?; Heidelberg 2004; S.: 49 – 70
- Knöringer, Peter; Die Entwicklung der Neurochirurgie und neue therapeutische Möglichkeiten; In: Odar, Johann (Hrsg.); Techniken und Methoden der modernen Medizin: Ästhetische Gesichtschirurgie, Bildgebende Verfahren, Computer helfen operieren, Endoskopie, Gewebeklebung, Herztransplantation, Menschenverlängerung, Nierensteinentfernung, Schlaflabor; Darmstadt 1990; S.: 191 – 208
- Koch-Gromus, Uwe et Kreß, Hartmut; Arzt-Patienten-Verhältnis; In: Bundesgesundheitsblatt 9/2012; S.: 1081 – 1084
- Kodalle, Klaus-M.; Das Sein-zum-Tode. Einige philosophische Skizzen; In: Jorke, Dietfried (Hrsg.); Sterben – Tod – Begräbnis: Ringvorlesung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Bundesärztekammer Thüringen; Jena 1997; S.: 68 –79
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (Hrsg.); Handreiking zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken; Utrecht 2015
- Informed Consent: consult; Utrecht 2001
 - Jaarverslaag 2013; Utrecht 2014
 - Modelregeling arts-patiënt: Richtlijn; Utrecht 1998
 - Position paper: The role of the physician in the voluntary termination of life; Utrecht 2011
 - Richtlijn Palliatieve sedatie; Utrecht 2009
 - Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003; Utrecht 2003
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst et Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (Hrsg.); Richtlijn; uitvoering euthansie en hulp bij zelfdoding: samenvatting; Den Haag & Utrecht 2012
- Kortmann, C.a.j.m; Das niederländische Grundgesetz vom 17. Februar 1983; In: Häberle, Peter (Hrsg.); Jahrbuch des öffentlichen Rechts; Bd. 33; Tübingen 1984; S.: 175 – 188
- Köhler, Norbert et Ooschott, Birgitt van; Probleme der Arzt-Patient-Beziehung in der Palliativsituation: Fallbeispiel einer Tumorpatientin; In: Ooschott, Birgitt van et al.; Mitgestalten am Lebensende: Handeln und Behandeln Sterbenskranker; Göttingen 2013 ; S.: 44 – 53
- Köster, Magdalena; Den letzten Abschied selbst gestalten: Alternative Bestattungsformen; Berlin 2010
Krankenhaus Dresden Friedrichstadt; [Patientenaufnahmevertrag:] Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB); Dresden 2010
- Kreß, Hartmut; Medizinische Ethik: Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte; Stuttgart 2009
- Kretschmer, Ernst; Das apallische Syndrom; In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie; Volume 169, Issue 1, Dezember 1940; S.: 576 - 579
- Kretz, Franz-Josef et Schäffer, Jürgen; Anästhesie – Intensivmedizin – Notfallmedizin – Schmerztherapie; Berlin 2001
- Kriseninterventionszentrum Wien (Hrsg.); Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid; Wien 2014
- Krones, Tanja et Richter, Gerd; Die Arzt-Patient-Beziehung; In: Schulz, Stefan et al.; Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Eine Einführung; Frankfurt am Main; 2006, S.: 94 – 116
- Kröner, Hans-Peter; „Euthanasie“: von der Sterbebegleitung zum Krankenmord; In: Hucklenbroich, Peter et al.; Sterben und Tod – Medizinische Perspektiven; Münster 2001

- Kruse, Torsten; *Ars moriendi – Aufgabe und Möglichkeit*; In: Wagner, Harald et al.; *Ars moriendi: Erwägungen zur Kunst des Sterbens*; Freiburg im Breisgau 1989; S.: 99 – 116
- Krüger, Andreas; *Epidemiologische Untersuchung der Suizidalität in der Hansestadt Stralsund und deren Umgebung im Zeitraum 1987 – 1992*; Greifswald 2003; Dissertation
- Kuhse, Helga; zitiert nach Benzenhöfer, Udo; *Der gute Tod?*; Göttingen 2009; S.: 54
- Kunz, Karl-Ludwig et Mona, Martino; *Rechtsphilosophie, Rechtstheorie, Rechtssoziologie: Eine Einführung in die theoretischen Grundlagen der Rechtswissenschaft*; Bern 2006
- Kunzmann, Peter; *Die „Menschheit in deiner Person“ und die Sprachspiele der Menschenwürde*; In: Knoepfner, Nikolaus et al.; *Facetten der Menschenwürde*; Freiburg im Breisgau 2011; S.: 31 – 48
- Kusch, Roger; *Sterbehilfe aus christlicher Nächstenliebe*; Norderstedt 2011
- Kübler-Ross, Elisabeth; *Erfülltes Leben – würdiges Sterben*; Gütersloh 1993
- *Interviews mit Sterbenden*; Stuttgart 1992
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.); *Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht*; Stuttgart 2016; Available: <http://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/70patientenverfuegung/index.html>; (10.08.2016)
- Lange, Rolf-Peter; *Die schwierige Akzeptanz der Alltäglichkeit des Sterbens*; In: *Freiwillige Selbstkontrolle Fernsehen e.V.; tv diskurs. Verantwortung in audiovisuellen Medien*; 11. Jg., 3/2007 (Ausg. 41); S.: 36 – 41
- Laquer, Benno; *Eugenik und Dysgenik: Ein Versuch*; Wiesbaden 1914
- Lasogga, Frank et Gasch, Bernd; *Zuschauer*; In: Lasogga, Frank et al.; *Notfallpsychologie: Lehrbuch für die Praxis*; Heidelberg 2011; S.: 357 – 362
- Laux, Bernhard et Laux, Ingrid; *Abschiednahme, Bestattung, Trauer: Die Zeit des Abschieds würdevoll gestalten: Mehr Mut zur individuellen Trauerfeier*; Regensburg 2015
- Law, C.k. et Yip, Paul Siu Fai; [Suicide in] Hong Kong; In: Yip, Paul Siu Fai (Hrsg.); *Suicide in Asia: Causes and Prevention*; Hong Kong 2008; S.: 49 – 60
- Legemaate, Johan; *Medisch handelen rond het levenseinde*; o.A. 2006
- Leichsenring, Jan; *Ewiges Recht? Zur normativen Bedeutsamkeit gegenwärtiger Naturrechtsphilosophie*; Tübingen 2013
- Lenzen, Verena; *Selbsttötung: Ein philosophisch-theologischer Diskurs mit einer Fallstudie über Cesare Pavese*; Düsseldorf 1987
- Lenzen, Wolfgang; *Sex, Leben, Tod und Gewalt: eine Einführung in die Angewandte Ethik/Bioethik*; Berlin 2013
- Lersch, Philipp; *Der Mensch als soziales Wesen: Eine Einführung in die Sozialpsychologie*; München 1965
- Letellier, Phillipe; *Geschichte und Definition eines Begriffs*; In: Letellier, Phillipe (Hrsg.); *Euthanasie – Band 1: Ethische und menschliche Perspektiven*; Münster 2005; S.: 9 -21
- Leung, Po-Shan; *Eigentlichkeit als Heideggers Wegmotiv: Von Sein und Zeit zur Seinsgeschichte*; Waldkirch 2007; Dissertation
- Leven, Karl-Heinz; *Hippokrates: Anachronistisch*; In: *Deutsches Ärzteblatt Heft 18/1997 vom 2. Mai 1997*; S.: 1160
- Lewinski, Manfred von; *Freiheit zum Tode? Annäherungen und Anstöße*; Berlin 2012
- Liebert, Wolf-Andreas; *Wissentransformationen: Handlungssemantische Analysen von Wissenschafts- und Vermittlungstexten*; Berlin 2002
- Linhout, Dik; *Niederlande: ein Länderportrait*; Berlin 2012
- Lockie, Andrew et Geddes, Nicola; *Frauen Handbuch der Homöopathie: Körperliche und seelische Störungen erkennen, behandeln, dauerhaft heilen*; München 2006

- Lord, Vivian B. et Sloop, Michael W.; Suicide by Cop: Police Shooting as a Method of Self-Harming; In: Journal of Criminal Justice 38 (2010); S.: 889 – 895
- Ludwig-Maximilians-Universität München (Hrsg.); Körperspende für die Anatomische Anstalt München; München 2015; Available: <http://www.anatomie.med.uni-muenchen.de/koerperspende/index.html>; (16.11.2015)
- Luijpen, W.; Phänomenologie des Naturrechts: Übertragen aus dem Niederländischen von Reinhold Kühn; Den Haag 1973
- Lütge, Christoph; Wirtschaftsethik ohne Illusionen: Ordnungstheoretische Reflexionen; Tübingen 2012
- Lutterotti, Markus von; Menschenwürdiges Sterben: Kann sich die Gesellschaft auf das Gewissen des Arztes verlassen?; Freiburg im Breisgau 1985
- Sterbehilfe: Gebot der Menschlichkeit?; Düsseldorf 2002
- Magnus, Dorothea; Patientenautonomie im Strafrecht; Tübingen 2015
- Magrabi, Amadeus; Libet Experimente: Die Wiederentdeckung des Willens; In: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH (Hrsg.); spektrum.de vom 9. April 2015; Heidelberg 2015; Available: <http://www.spektrum.de/news/die-wiederentdeckung-des-willens/1341194> (25.11.2015)
- Maier, Christoph et al.; Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern; In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 36/2010 vom 10. September 2010; S.: 607 – 614
- Manes, Georg; Eugenik: die verantwortliche Wohlzeugung des Menschen; Nürnberg 1913
- Martin, Brian; Nonviolence Unbound; Sparsnäs 2015
- Mauthner, Fritz; Wörterbuch der Philosophie: Neue Beiträge zu einer Kritik der Sprache; 3 Bände; Leipzig 1924
- Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus (Hrsg.); Körperspende für Lehre und Forschung; Dresden 2016; Available: <https://tu-dresden.de/med/mf/ana/koerperspende#page-intro-1>; (19.09.2016)
- Meinel, Christoph et Sack, Harald; Digitale Kommunikation: Vernetzen-Multimedia-Sicherheit; Heidelberg 2009
- Mende, Annette; Opioide werden zu häufig eingesetzt; S.: 18; In: Pharmazeutische Zeitung 30/2014
- Merkel, Christian; „Tod den Idioten“ – Eugenik und Euthanasie in juristischer Rezeption vom Kaiserreich zur Hitlerzeit; Berlin 2006; zugl. Dissertation Würzburg 2006
- Merx, Stefan et Rumpel, Ralf; Untergang der „Estonia“: Im knallharten Wettbewerb zwischen den Fährlinien werden längst bekannte Sicherheitsstandards sträflich missachtet: Schnell, billig, tödlich; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 7. Oktober 1994; Hamburg 1994; Available: <http://www.zeit.de/1994/41/schnell-billig-toedlich>; (23.11.2015)
- Meuser, Robert; Suicide Bags AKA „Exit Bags“; New York 2012
- Middelhoff, Paul; Karte der Gewalt; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 26. August 2015; Hamburg 2015; Available: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-08/gewalt-gegen-fluechtlinge-rassismus-deutschland-anschlaege-koerperverletzung> (13.11.2015)
- Mill, John Stuart; Utilitarismus: Übersetzt, mit einer Anmerkung und herausgegeben von Manfred Kühn; Hamburg 2006
- Ministerie van Buitenlandse Zaken (Hrsg.); FAQ Sterbehilfe 2010: Das niederländische Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung in der Praxis; o.A. 2010
- Minois, Georges; Geschichte des Selbstmords; Düsseldorf 1996
- Mischler, Gerd; Von der Freiheit, das Leben zu lassen: Kulturgeschichte des Todes; Hamburg 2000
- Moers, Cyril et al.: Machine Perfusion or Cold Storage in Deceased-Donor Kidney Transplantation; In: New England Journal of Medicine; Volume 360, Nr.: 1; January 1, 2009; S.: 7 – 19
- Mohr, M.; Ethische Aspekte [der Notfallmedizin]; In: Scholz, Jens et al.; Notfallmedizin; Stuttgart 2013;

- Monti, Martin et al.; Willfull Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness; In: New England Journal of Medicine; 2010; 362: 579 – 589
- Morus, Thomas; Utopia: Ein wahrhaft goldenes Buch über die beste Verfassung und die neue Insel Utopia so wohlthuend wie heiter von dem berühmten und beredten Thomas Morus, Bürger und Sheriff der wohlbekannten Stadt London; Leipzig 1992
- Mösgen, Peter; Natürlicher Tod und Bilanzsuizid; In: Suizidprophylaxe 1, 1996; S.: 20 - 21
- Selbstmord oder Freitod? Das Phänomen des Suizides aus christlich-philosophischer Sicht; Eichstätt 1999
- Muckermann, Herrmann; Eugenik und Volkswohlfahrt: Vortrag gehalten im Auftrag der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften am 26.01.1933 in Gürzenich zu Köln; Berlin 1933
- Musil, Antje; Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine agency-theoretische Betrachtung; Wiesbaden 2003; Dissertation
- Müller, Sabine; Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik; In: Ethik in der Medizin – Organ der Akademie für Ethik in der Medizin; Bd. 2 Heft 1 März 2010; S.: 5 – 17
- Münch, Ingo von; Australien als juristisches Experimentierfeld?; In: NJW, Heft 50; S.: 3324 – 3325
- Nachtigall, G.; Die Bedeutung des Bodens in der Hygiene; In: Blanck, E. (Hrsg.); Handbuch der Bodenlehre: Zehnter Band: Die Technische Ausnutzung des Bodens: Seine Bonitierung und Kartographische Darstellung; Berlin 1932; S.: 207 – 258
- Nauck, Friedemann; Palliativmedizin in der Intensivmedizin; In: Burchardi, Hilmar et al.; Die Intensivmedizin; Berlin 2011; S.: 135 – 143
- Naucke, Wolfgang; Ein fortwirkender juristischer Einbruch in das Tötungsverbot: „Binding/Hoche. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“, 1920; In: Czeguhn, Ignacio et al.; Eugenik und Euthanasie 1850 – 1945: Frühformen, Ursachen, Entwicklungen, Folgen; Baden-Baden 2009; S.: 71 – 86
- Naunin, Swantje; Sterben auf Niederländisch?: Niederländische „euthanasie“ als Gegenstand der Debatte in Deutschland und den Niederlanden; Münster 2011; Dissertation
- netdoktor.de GmbH (Hrsg.); symptom-Checker; München 2014; <http://www.netdoktor.de/service/symptom-checker/>; (22.11.2015)
- Neuberger, Julia; Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen; Bern 2009
- New Jersey Department of Community Affairs et al. (Hrsg.); Safety Alert: Suicide Bags; Trenton 2012; Available: http://www.state.nj.us/dca/divisions/dfs/alerts/safety_alerts/safety_alert_12-2_suicide_bags.pdf; (21.11.2013)
- News aktuell GmbH (Hrsg.); Westfalen-Blatt: Das WESTFALEN-BLATT (Bielefeld) zur Untersuchung von Embryos; Hamburg 2010; Available: <http://www.fair-news.de/pressemitteilung-90544.html>; (25.11.2015)
- Nida-Rümelin, Martine; Zur philosophischen Interpretation der Libet-Experimente; In: Holderegger, Adrian et al.; Hirnforschung und Menschenbild: Beiträge zur interdisziplinären Verständigung; Fribourg 2007; S.: 91 – 120
- Niederkrotenthaler; Thomas et al.; Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects; In: The British Journal of Psychiatry; September 2010, 197 (3) S.: 234 – 243
- Niemz, Susanne; (Assistierter) Suizid als Negierung der Rechtsordnung?; In: Estermann, Josef (Hrsg.); Der Kampf ums Recht: Akteure und Interessen im Blick der interdisziplinären Rechtsforschung; Beiträge zum 2. Kongress der deutschsprachigen Rechtssoziologischen Vereinigung, Wien, 2011; Wien 2012; S.: 340 – 353
- Nietzsche, Friedrich; Also sprach Zarathustra: Ein Buch für Alle und Keinen; Leipzig 1906
- Nitzschke, Bernd; Ich denke also bin ich: Es. Eine kurze Beschreibung des langen Weges von Descartes zu

- Freud; In: Trees, Wolfgang et al.; Willensfreiheit zwischen Philosophie, Psychoanalyse und Neurobiologie Göttingen 2007; S.: 15 – 46
- Nitz, Stefan; Theorien des Friedens und des Krieges: kommentierte Bibliographie zur Theoriegeschichte; Baden-Baden 2010
- Noack, Winfried; Inklusion und Exklusion in der funktional differenzierten und globalisierten Gesellschaft; Berlin 2014
- Nobis, Hans Günter et al.; Herausforderung Schmerz; In: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (Hrsg.); www.dgss.org.; Berlin 2015; Available: <http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/>; (02.12.2015)
- Octapharma Plasma GmbH (Hrsg.); Plasmaspende Dresden; Langenfeld 2015; Available: <http://www.plasmaspende-dresden.de/>; (23.11.2015)
- Oduncu, Fuat; Hirntod – medizinisch.; In: Wittwer, Héctor et al.; Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch; Stuttgart 2010; S.: 98 – 103
- Ohly, Lukas; Sterbehilfe: Menschenwürde zwischen Himmel und Erde; Stuttgart 2002; Dissertation
- Ortner, Helmut; Das Buch vom Töten: Über die Todesstrafe; Springe 2013
- Papier, Hans-Jürgen; Die Würde des Menschen ist unantastbar; In: Grote, Rainer et al.; Die Ordnung der Freiheit: Festschrift für Christian Starck zum siebzigsten Geburtstag; Tübingen 2007; S.: 371 – 382
- Passon, Matthias; Gedanken zur gesellschaftlichen Dimension der Euthanasiediskussion; In: Joerden, Jan C. (Hrsg.); Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin: Bloß ein Mittel zum Zweck?; Berlin 1999; S.: 275 - 281
- Patzelt, Werner J. et Eichardt, Christian; Drei Monate nach dem Knall: Was wurde aus PEGIDA? Vergleichende Analyse der PEGIDA-Demonstrationen vom 25. Januar, 27. April und 04. Mai 2015 in Dresden; Dresden 2015
- Pena, Diego-Manuel Luzón et Conlledo, Miguel Díaz Y García.; Objektive Tatbestimmung und Tatbestandsverwirklichung als Täterschaftsmerkmale; In: Schünemann, Bernd et al.; Festschrift für Claus Roxin zum 70. Geburtstag am 15. Mai 2001; Berlin 2001; S.: 575 – 608
- Petersen, Friedel; Suicid mit dem PKW in Gestalt eines vermeintlichen Verkehrsunfalles; Kiel 1974; Dissertation
- Petersen, Thomas; Der Fragebogen in der Sozialforschung; München 2014
- Petersen, Thomas; Individuelle Freiheit und allgemeiner Wille: Buchanans politische Ökonomie und die politische Philosophie; Tübingen 1996
- Pierce, Jessica; Morality Play: Case Studies in Ethics; Long Grove 2014
- Plener, Paul; Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen; Heidelberg 2015
- Pohlmeier, Herrmann; Selbstmord und Selbstmordverhütung; München 1983
- Polke-Mejewski, Karsten; Niederlande erlauben Tötung auf Verlangen; In: Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH; FAZ.net vom 14.04.2001; Frankfurt am Main 2001; Available: http://www.faz.net/aktuell/politik/sterbehilfeniederlande-erlauben-toetung-auf-verlangen-123296-p2.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2; (02.08.2016)
- Porst, Rolf; Fragebogen: Ein Arbeitsbuch; Wiesbaden 2008
- Prantl, Heribert; Wann ist der Mord ein Mord? Das Tötungsstrafrecht soll grundlegend reformiert werden; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 21. Dezember 2013; München 2013; Available: <http://www.sueddeutsche.de/politik/reform-des-strafrechts-warum-mord-nicht-gleich-mord-ist-1.1849029>; (26.11.2015)
- Prexl, Lydia; Zwischen Selbstbehauptung und Eskapismus: Der narzisstische Suizid im amerikanischen

- Gegenwartsdrama; Norderstedt 2014; Dissertation
- Prutsch, Karin; Die ärztliche Aufklärung: Handbuch für Ärzte, Juristen und Patienten; Wien 2004
- Raab-Steiner, Elisabeth et Benesch, Michael; Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung; Wien 2010
- Raemdonck, Dirk van et al.; Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia; In: Applied Cardiopulmonary Pathophysiology; Vol. 15, No. 1 2011; S.: 38 – 48
- Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz; Gott ist ein Freund des Lebens: Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens; Hannover 1989
- Ratzel, Rudolf et Lippert, Hans-Dieter; Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO); Berlin 2010
- Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe; Jahresbericht 2006; Den Haag 2007
- Jahresbericht 2007; Den Haag 2008
 - Jahresbericht 2009; Den Haag 2010
 - Jahresbericht 2010; Den Haag 2011
 - Jahresbericht 2011; Den Haag 2012
 - Jahresbericht 2013; Den Haag 2014
 - Jahresbericht 2015; Den Haag 2016
- Reinbold, Fabian; Studie über Pegida-Teilnehmer; In: SPIEGEL ONLINE GmbH (Hrsg.); SPIEGEL Online vom 14.01.2015; Hamburg 2015; Available: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/pegida-studie-in-dresden-marschiert-die-mittelschicht-a-1012913.html>; (05.03.2015)
- Reinis, Austrā; Ars moriendi (Ritual- und Textgeschichte – philosophisch – aktuelle Bedeutung); In: Wittwer, Hector et Schäfer, Daniel et Frewer, Andreas (Hrsg.); Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik: Ein interdisziplinäres Handbuch; Stuttgart 2010; S.: 159 – 174
- Reiter, Udo; Mein Tod gehört mir: Wer sein Leben beenden will, soll sich nicht vor den Zug werfen müssen. Ein Plädoyer für das Recht auf selbstbestimmtes Sterben; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 04. Januar 2014; München 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/leben/selbstbestimmtes-sterben-mein-tod-gehört-mir-1.1856111>; (23.11.2015)
- Reußner, Martin; Die Bestimmung des Todeszeitpunktes im Zivil- und Verfassungsrecht: Medizinischer Fortschritt als rechtliche Herausforderung; Berlin 2014; Dissertation
- Ricken, Friedo; Philosophie der Antike: Grundkurs Philosophie 6; Stuttgart 2007
- Ridder, Michael de; Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin; München 2010
- Rieser, Sabine; Charta der Patientenrechte: Offensive der Ärzteschaft; In.: Deutsches Ärzteblatt Heft 44/1999 vom 5. November 1999; S.: 2785
- Ringel, Erwin; Der Selbstmord: Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung: Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern; Frankfurt am Main 1981
- Robertson-von Trotha; Caroline Y.; Ist der Tod bloß der Tod? Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft: ein thematischer Umriss; In: Robertson-von Trotha; Caroline Y. (Hrsg.); Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft: Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung; Baden-Baden 2008; S.: 9 – 18
- Rosenhagen, Ulrich; Brudermord, Freiheitsdrang, Weltenrichter: Religiöse Kommunikation und öffentliche Theologie in der amerikanischen Revolutionsepoche; Berlin 2015
- Rothschild, Walter L.; 99 Fragen zum Judentum; Gütersloh 2010
- Rousseau, Jean Jaques; Der Gesellschaftsvertrag; Hamburg 2011

Roxin, Claus; Täterschaft und Tatherrschaft; Berlin 2006

Russ, Gabriele; Die Kirche der Journalisten: Kirche, Journalismus, Medien; Münster 2004

Sadigh, Parvin; „In Einzelfällen sollten tödliche Medikamente erlaubt sein“: Interview mit dem Medizinethiker

Jochen Vollmann; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 24. November 2010; Hamburg 2010; Available: <http://www.zeit.de/gesellschaft/familie/2010-11/sterbehilfe-strassburg>; (03.12.2015)

- Der Werther-Effekt schadet, der Papageno-Effekt nützt: Interview mit dem Medienpsychologen

Benedikt Till; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 22. November 2011; Hamburg 2011; Available: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2011-11/suizid-medien>; (10.07.2015)

Salewski, Sybille; Julian Nida-Rümelin: Das Recht auf Menschenwürde; In: Verlag Der Tagesspiegel GmbH

(Hrsg.); Tagesspiegel online vom 12.01.2001; Berlin 2001; Available: <http://www.tagesspiegel.de/kultur/julian-nida-ruemelin-das-recht-auf-menschenwuerde/193668.html>; (23.08.2016)

Schadwinkel, Alina; „Es hilft zu wissen, dass ein Suizid keine leichtfertige Entscheidung ist“: Interview mit dem

Sozialpädagogen Hans Doll; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 13. November 2009; Hamburg 2009; Available: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2009-11/selbstmord-hintergrund-interview>; (18.11.2015)

Schardien, Stefanie (Hrsg.); Mit dem Leben am Ende – Stellungnahmen aus der kirchlichen Diskussion in

Europa zur Sterbehilfe; Göttingen 2010

Schäfer, Geron et Westermann, Stefanie et Groß, Dominik; Do ut des? Zur Motivation von „Körperspendern“

und zur Funktion des toten Körpers; In: Groß, Dominik et al.; Objekt Leiche: Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper; Frankfurt am Main 2010; S.: 519 – 544

Schelhase, Torsten et Weber, Stefanie; Todesursachenverschleierung auf dem Totenschein; Power-Point des

Vortrages gehalten auf der Fortbildungsveranstaltung für den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 02. – 04. April 2008 in Berlin; Available: http://www.bfr.bund.de/cm/343/todesursachenverschleierung_auf_dem_totenschein_schelhase.pdf; (23.10.2015)

Scheliha, Arnulf von; „Menschenwürde“ – Konkurrent oder Realisator der Christlichen Freiheit? In: Dierken,

Jörg et Scheliha, Arnulf von; Freiheit und Menschenwürde: Studien zum Beitrag des Protestantismus; Tübingen 2005; S.: 241 – 264

Schenk, Marion; Suizid, Suizidalität und Trauer: Gewaltsamer Tod und Nachsterbewunsch in der Begleitung;

Göttingen 2014

Schiller, Gisela; Der organisierte Tod: Beobachtungen zum modernen Bestattungswesen; Düsseldorf 1991

Schimmel, Roland; Das Recht des Lokführers auf Schadenersatz von den Erben; In: Wolters Kluwer Deutsch-

land GmbH (Hrsg.); Legal Tribune Online vom 27.07.2011; Köln 2011; Available: <http://www.lto.de/recht/hintergruende/h/trauma-nach-schienen-suizid-das-recht-des-lokfuehrers-auf-schadenersatz-von-den-erben/>; (25.11.2015)

Schleiermacher, Friedrich; Platons Werke: Zweiten Theiles Dritter Band; Berlin 1861

Schlieper, Andreas; Das aufgeklärte Töten: Die Geschichte der Guillotine; Berlin 2008

Schlüter, Reinhard; Schönsprech: Wie uns Politik und Lobby das Blaue vom Himmel erzählen; München 2015

Schmid, Christof et Schmitto, Jan D. et Scheld, Hans H.; Herztransplantation in Deutschland: ein geschichtlicher

Überblick; Heidelberg 2003

Schmidtke, Armin et Ober, Karin; Epidemiologie von Eisenbahnsuiziden und –suizidversuchen in der

Bundesrepublik Deutschland; In: Suizidprophylaxe 18 (1991); S.: 287 – 323

Schmidtke, Armin et Schaller, Sylvia; Postvention bei suizidalen Handlungen; In: Borcsa, Maria et Wilms,

Bettina; Suizid; Psychotherapie im Dialog Nr. 2; Juni 2012; 13. Jahrgang; S.: 50 – 54

Schmuhl, Hans-Walter; Grenzüberschreitungen: Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche

Erblehre und Eugenik 1927 – 1945; Göttingen 2005

- Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890 – 1945; Göttingen 1987
- Schneeberger, Stefan et al.; Originalarbeit – Handtransplantation; In: Österreichische Ärztezeitung Nr.: 22/25.11.2010
- Schöpf, Josef; Psychiatrie für die Praxis: Mit ICD-10-Diagnostik; Berlin 2003
- Schrader, Tobias; Sterbehilfe: Geschichte und Recht in Europa am Beispiel von Deutschland und Frankreich; Marburg 2012
- Schreckenberg, Heinz; Erziehung, Lebenswelt und Kriegseinsatz der deutschen Jugend unter Hitler: Anmerkungen zur Literatur; Münster 2001
- Schreiber, Hans-Ludwig; Sterbenlassen ja – töten nein; In: Uslar, Detlev von et al.; Den eigenen Tod sterben; Berlin 1996 S.: 59 – 77;
- Schrems, Florian P.; Ist das geltende Friedhofs- und Bestattungsrecht noch zeitgemäß? Das Friedhofs- und Bestattungsrecht im Lichte verfassungsrechtlicher Vorgaben – Unter besonderer Berücksichtigung gewandelter Ansichten in der Bevölkerung sowie integrationspolitischer Herausforderungen; Frankfurt am Main 2012
- Schröder, Valentin; Deutschland seit 1945: Landtagswahlen: Land Baden-Württemberg; Bremen 2012; Available: <http://www.wahlen-in-deutschland.de/blBawue.htm>; (25.11.2015)
- Schuhmacher, Thomas; Warum ich nein zur Organspende gesagt habe: Fakten, Motive, Argumente; München 2013
- Schultheß, Johann Georg; Plato´s Unterredungen über die Gesetze; Zürich 1842
- Schumann, Siegfried; Repräsentative Umfrage: Praxisorientierte Einführung in empirische Methoden und statistische Analyseverfahren; München 2012
- Schüle, Christian; Frei bis in den Tod; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 22. August 2002; Hamburg 2002; Available: http://www.zeit.de/2002/35/Krankheit_mit_vielen_Gesichtern; (23.11.2015)
- Schüttauf, Konrad; Suizid im Recht; In: Bruder Müller, Gerd et al.; Suizid und Sterbehilfe; Würzburg 2003; S.: 81 – 100
- Schwartz, Friedrich-Wilhelm; Alter – Krankheit – Tod; demographische Merkmale des Menschen; In: Schaefer, Hans et al.; Der kranke Mensch: Gesundheitsgefährdung, Krankheitsbewältigung und Hilfe durch den Hausarzt: Texte zur medizinischen Anthropologie; Berlin 1986; S.: 132 – 142
- Schwartz, Michael; Die Mehrheit und die „Minderwertigen“: Eine globalhistorische Sicht auf Eugenik und „Euthanasie“ im 20. Jahrhundert; In: Czeghun, Ignacio et al.; Eugenik und Euthanasie 1850 – 1945: Frühformen, Ursachen, Entwicklungen, Folgen; Baden-Baden 2009; S.: 127 - 146
- Schwarzenegger, Christian; Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod; In: Wiegand, Wolfgang (Hrsg.); Jusletter.ch vom 19. März 2007; Zürich 2007; Available: http://www.rwi.uzh.ch/lehreforschung/alphabetisch/schwarzenegger/publikationen/_Jusletter070319.pdf; (02.05.2016)
- Schweer, Martin K. W. et Schulte-Pelkum, Jörg; Psychologische Grundlagen professionellen Handelns in sozialen Berufen: Band 1: Entwicklung und Lernen; Berlin 2013
- Schweighöfer, Kerstin; Niederlande: Zunahme der Sterbehilfefälle stößt auf Kritik; In: STANDARD Verlagsgesellschaft m.b.H. (Hrsg.); derStandard.at vom 19. Januar 2015; Wien 2015; Available: <http://derstandard.at/2004778/derStandardat-Impressum-und-Offenlegung>; (30.06.2016)
- Schweizer Presserat (Hrsg.); Stellungnahme des Presserates vom 23. Dezember 1992 zur Berichterstattung über Suizide; Bern 1992
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.); Medizin-ethische Richtlinien: Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten; Basel 2003
- Medizin-ethische Richtlinien: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende; Basel 2014

- Medizin-ethische Richtlinien: Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen; Basel 2011
 - Medizin-ethische Richtlinien: Patientenverfügungen; Basel 2014
 - Medizin-ethische Richtlinien: Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung; Basel o.A.
 - Patientenverfügung – Ausführliche Version; Basel o.A.
 - Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW; Basel 2012
 - Stellungnahme der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu den Änderungsvorschlägen im Schweizerischen Strafrecht betreffend die organisierte Suizidbeihilfe; Basel 2010
 - Zur Praxis der Suizidbeihilfe in Akutspitälern: die Position der SAMW; Basel 2006
- Schweikhardt, Christoph; Welche Rolle soll dem Arzt bei der Sterbehilfe zukommen? Beispiele für kontroverse Positionen seit dem 19. Jahrhundert; In: Rosentreter, Michael et al.; Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod; Kassel 2010; S.: 65 – 77
- Schwelien, Michael; Das Himmelfahrtskommando: Ein Fluglotse gab eine tödliche Anweisung. Aber der Fehler steckt im System: Sparzwang, Personalmangel, veraltetes Gerät; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 11. Juli 2002; Hamburg 2002; Available: http://www.zeit.de/2002/29/Das_Himmelfahrts-Kommando; (23.11.2015)
- Seidenfuß, Benedikt Kilian; Das Gefüge der Freiheit: Eine strukturgegenetische Freiheitsbegründung im Kontext der Humanwissenschaften; München 2010; Dissertation
- Seifert, Leonie; Zu viele Leichen im Keller: Über einen Mangel an anatomischen Studienobjekten können sich die Universitäten nicht beschweren: Weil Sterben immer teurer wird, spenden viele Menschen ihren Körper – weit mehr als benötigt; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 11. Juli 2008; Hamburg 2008; Available: <http://www.zeit.de/campus/2008/04/anatomie-koerperspends>; (16.03.2015)
- Senn, Marcel; Neue Rechtstheorien nach Maßgabe von Rassenlehren und Sozialdarwinismus zwischen 1860 und 1914; In: Czeguhn, Ignacio et al.; Eugenik und Euthanasie 1850 – 1945: Frühformen, Ursachen, Entwicklungen, Folgen; Baden-Baden 2009; S.: 27 – 41
- Shilog Medical Supply; Verkaufskatalog; McAllister 2016; Available: http://shilog.com/Store/a_z.html; (03.05.2016)
- XPanse Bone Insert; McAllister 2016; Available: <http://www.shilog.com/Store/Pages/8620.html>; (03.05.2016)
- Siegmann-Würth, Lea; Ethik in der Palliative Care: Theologische und medizinische Erkundungen; Bern 2011
- Society for the Protection of Unborn Children (Hrsg.); Suicide Bags in Australia; London o.A.; Available: <https://www.spuc.org.uk/documents/papers/suicidebagsinAustralia.pdf>; (21.11.2013)
- Sörries, Reiner; Leprosen- und Pestfriedhöfe und ihre Bedeutung für die nachmittelalterlichen Friedhöfe; In: Arbeitsgemeinschaft Friedhof und Denkmal et al.; Raum für Tote – Die Geschichte der Friedhöfe: von den Gräberstraßen der Römerzeit bis zur anonymen Bestattung; Braunschweig 2003; S.: 53 – 62
- Space Services Inc. (Hrsg.); FAQ; In: <http://www.celestis.com>; Houston 2016; Available: <http://www.celestis.com/faq.asp>; (17.03.2016)
- Spiewak, Martin; Mit Gewissen und Verstand: Soll der Bundestag eine Embryonenauswahl im Labor erlauben? Jeder dritte Abgeordnete ist noch unentschieden. Eine Entscheidungshilfe; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 30. Juni 2011; Hamburg 2011; Available: <http://www.zeit.de/2011/27/M-PID-Bundestag>; (26.11.2015)
- Stadler, Christian; Sterbehilfe – gestern und heute; Bonn 1991
- Stanford, Peter; 50 Schlüsselideen Religion: übersetzt von Sebastian Vogel; Heidelberg 2011
- Stang, Kirsten et Sachsse, Ulrich; Trauma und Justiz: Juristische Grundlagen für Psychotherapeuten – psychotherapeutische Grundlagen für Juristen; Stuttgart 2014
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.); GENESIS-Online; Wiesbaden 2015; Available: <https://www-genesis.destatis>

- .de/genesis/online;jsessionid=6FB4B8BE7C488BD95CF4316FE93E08E6.tomcat_GO_1_2?Menu=Impressum;
(26.11.2015)
- Gesundheit: Todesursachen in Deutschland 2012; Wiesbaden 2013
 - Gesundheit: Todesursachen in Deutschland 2013; Wiesbaden 2015
 - Pressemitteilung Nr. 086 vom 09.03.2016: 0,55 weniger Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2015; Wiesbaden 2016
 - Pressemitteilung Nr. 097 vom 16.03.2015: Zahl der Ausländer in Deutschland zum Jahresende 2014 bei 8,2 Millionen; Wiesbaden 2015
 - Pressemitteilung Nr. 465 vom 15.12.2015: Zahl der Todesfälle im Jahr 2014 um 2,8% gesunken; Wiesbaden 2015
- Steenbergen, Enzo van; Vereniging will experiment met pil om zelf leven te beëindigen; In: NRC Media (Hrsg.); Handelsblad online vom 13. November 2015; Available: <http://www.nrc.nl/handelsblad/2015/11/13/vereniging-wil-experiment-met-pil-om-zelf-leven-te-1559234>; (23.02.2016)
- Steinbach, Anita et Donis, Johann; Historischer Rückblick; In: Steinbach, Anita et al.; Langzeitbetreuung Wachkoma: Eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige; Wien 2004; S.: 5 - 8
- Steinhoff, Uwe; Zur Ethik des Krieges und des Terrorismus; Stuttgart 2011
- Steppacher, Inga; Elektrophysiologische Indizes der Informationsverarbeitung bei Patienten im ‚Vegetative State‘ und ‚Minimally Conscious State‘: Auftretensmuster und klinischer Vorhersagewert; Konstanz 2010; Dissertation
- Sternberg-Lieben, Detlev; Der menschliche Körper als Ware – Grenzen durch das Strafrecht?; In: Götting, Horst-Peter et al.; Der Mensch als Ware; Baden-Baden 2010; S.: 11 – 41
- Stichting Eurotransplant International Foundation (Hrsg.); Annual Report 2008; Leiden 2009
- About Eurotransplant; Leiden o.A.; Available: http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=about_brief; (24.03.2015)
 - Kerncijfers [Nederland]; Leiden o.A.; Available: http://eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_netherlands; (20.03.2015)
 - Gesetzliche Regelungen für die Entnahme von Organen zur Transplantation in Europa; Leiden 2011
 - Workings of the Eurotransplant International Foundation; Leiden 2010
- Stiftung Warentest (Hrsg.); test Spezial: Bestattung; Berlin 2013
- Stockter, Ulrich; Präventivmedizin und Informed Consent; Berlin 2008
- Stolberg, Michael; Aktive Sterbehilfe und Eugenik vor 1850; In: Czeguhn, Ignacio et al.; Eugenik und Euthanasie 1850 – 1945: Frühformen, Ursachen, Entwicklungen, Folgen; Baden-Baden 2009; S.: 9 – 26
- Sukopp, Thomas; Menschenrechte: Anspruch und Wirklichkeit – Menschenwürde, Naturrecht und die Natur des Menschen; Marburg 2003
- Suter, Daniel; EXIT (Deutsche Schweiz) 1982 – 2012: Ein Überblick: 30 Jahre Einsatz für Selbstbestimmung; Zürich 2012
- Tännsjö, Torbjörn; Zur Ethik des Tötens: Neue Anstöße zur Reflexion eines umstrittenen Problems; Berlin 2006
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.); Patientenverfügung; Hamburg 2016; Available: <https://www.tk.de/tk/behandlungen/patientenrechte/patientenverfuegung/34020>; (11.08.2016)
- Technische Universität Dresden (Hrsg.); Presseerklärung vom 15.01.2015: Wer geht zu Pegida und warum?; Available: http://tu-dresden.de/aktuelles/newsarchiv/2015/1/pegida_pk; (05.03.2015)
- Telefonbuch-Verlag Sachsen GmbH & Co. KG (Hrsg.); Das Telefonbuch 2014/2015; Dresden 2014
- Teifke, Nils; Das Prinzip Menschenwürde: zur Abwägungsfähigkeit des Höchststrangigen; Tübingen 2011; Dissertation

- Thier, Markus et Tag, Brigitte; Rechtsfragen im Umgang mit der Leiche; In: Groß Dominik et al.; Die Leiche als Memento mori: Interdisziplinäre Perspektiven auf das Verhältnis von Tod und totem Körper; Frankfurt am Main 2010; S.: 103 – 124
- Thomson, Judith Jarvis; Killing, Letting Die, and the Trolley Problem; In: The Monist April 1, 1976; Vol. 59 (2); S.: 204 – 217
- Thöns, Matthias et Sitte, Thomas; Repetitorium Palliativmedizin: Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin; Berlin 2013
- Trus, Armin; „... vom Leid erlösen“: zur Geschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen; Frankfurt/Main 1995
- Türcke, Christoph; Erregte Gesellschaft: Philosophie der Sensation; München 2002
- Tversky, Amos et Kahnemann, Daniel; Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in judgment reveal some heuristics of thinking under uncertainty; In: Science Vol 185 vom 27.09.1974; S.: 1124 – 1131
- Universitäre Psychiatrische Dienste Universität Bern; Handout 4: Suizidalität und Suizidprophylaxe; Bern o.A.
- Van Dam, R.; o.A.; zitiert nach Weyers, Heleen; Euthanasie: het proces van rechtsverandering; Amsterdam 2004
- Vanja, Christina; Krankheit [in der] Neuzeit; In: Dinzelbacher, Peter (Hrsg.); Europäische Mentalitätsgeschichte: Hauptthemen in Einzeldarstellungen; Stuttgart 1993; S.: 200 - 207
- Vaskovics, Laszlo A.; Veränderungen der Wohn- und Wohnumweltbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Sozialisationsleistung der Familie; In: Nave-Herz, Rosemarie (Hrsg.); Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland; Stuttgart 1988; S.: 36 – 60
- Verhagen, Eduard et Sauer, Pieter; Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns; S.: 959; In: NEJM 352, No. 10; 10.März 2005; S.: 959 – 962
- Vermont Department of Health (Hrsg.); Patient Choice and Control at End of Life; In: Government of Vermont (Hrsg.); healthvermont.gov/; Burlington 2015; Available: http://healthvermont.gov/family/end_of_life_care/patient_choice.aspx; (08.10.2015)
- Verzele, Maurits; Der sanfte Tod: Suizidmethoden und Sterbehilfe; Wien 1995
- Vetter, Petra; Selbstbestimmung am Lebensende: Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht; Stuttgart 2009
- Viegner, Ulrike; Suizidgefahr: Erkennen und Reagieren; In: Pharmazeutische Zeitung Nr. 17/2013; S.: 40 - 47
- Vijayakumar, Lakshmi; [Suicide in] India; In: Yip, Paul Siu Fai (Hrsg.); Suicide in Asia: Causes and Prevention; Hong Kong 2008; S.: 121 - 132
- Violanti, John M. et Drylie, James J.; Copicide: Concepts, Cases and Controversies of Suicide by Cop; Springfield 2006
- Vionnet, Rebecca; Die Behandlung urteilsunfähiger Patienten nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht vom 1. Januar 2013; Hamburg 2014
- Vogel, Ines et Gleich, Uli; Sad-film Paradoxon; In: Krämer, Nicole et al.; Medienpsychologie: Schlüsselbegriffe und Konzepte; Stuttgart 2008; S.: 34 - 40
- Vollmann, Jochen; Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid: eine Übersicht medizinethischer und rechtlicher Aspekte; In: Gordijn, Bert et al.; Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden; Stuttgart 2000; S.: 31 - 70
- Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit: Beiträge zur Klinischen Ethik; Stuttgart 2008
- Voorhees, Josh; The Problem With „Suicide by Cop“; In: The Slate Group (Hrsg.); www.slate.com vom 27. August 2014; New York 2014; Available: http://www.slate.com/articles/news_and_politics/politics/2014/08/suicide_by_cop_the_dangerous_term_that_stops_us_from_asking_hard_questions.html; (29.10.2014)

- Vorholz, Fritz; Fakten kontra Stammtisch; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 9. Juli 1998; Nr. 29; Hamburg 1998; Available: http://www.zeit.de/1998/29/Fakten_kontra_Stammtisch; (27.11.2015)
- Vorländer, Hans; Wer geht warum zu PEGIDA-Demonstrationen? Präsentation der ersten empirischen Umfrage unter PEGIDA-Teilnehmern; Dresden 2015
- Votteler, Verena; Das Mordmerkmal der „sonst niedrigen Beweggründe“ gem. § 211 Abs. 2 1. Gruppe 4. Variante StGB – im Spiegel gesellschaftlicher Moralvorstellungen; Heidelberg 2014
- Voß, Günter et Rieder, Kerstin; Der arbeitende Kunde: Wenn Konsumenten zu unbezahlten Mitarbeitern werden; Frankfurt am Main 2005
- Wahba, Annabel; Der letzte Chat; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 18. Juni 2009; Hamburg 2009; Available: <http://www.zeit.de/2009/26/Internetselbstmord-26/komplettansicht>; (25.11.2013)
- Waider, Heribert; Die Bedeutung der Lehre von den subjektiven Rechtfertigungselementen für Methodologie und Systematik des Strafrechts; Berlin 1970
- Walter, Jens et Küng, Hans; Menschenwürdig sterben: ein Plädoyer für Selbstverantwortung; München 2009
- Washington Regional Threat and Analysis Center (Hrsg.); Information Bulletin: Helium Suicides; Washington 2010
- Wasner, Maria; Keiner stirbt für sich allein: Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfelds bei Sterbenden; In: Bormann, Franz-Josef et al.; Sterben: Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens; Berlin 2012; S.: 82 – 91
- Weber, Markus et al.; Kidney Transplantations from Donors without a Heartbeat; In: New England Journal of Medicine; Volume 347, No.: 4; July 25, 2002; S.: 248 – 255
- Wegener, Claudia; Informationsübermittlung im Zeitalter der Unterhaltung: Eine Langzeitanalyse politischer Fernsehmagazine; Wiesbaden 2001
- Wehrli, Hans; Lohnt es sich noch weiterzuleben? In: EXIT (Hrsg.); Info 1.10; Zürich 2010
- Wehrmann, Elisabeth; Die letzte Hürde; In: ZEIT ONLINE GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 11. April 2001; Hamburg 2001; Available: http://www.zeit.de/2001/16/Die_letzte_Huerde; (02.08.2016)
- Wendt, Johann; Ueber Enthauptung im Allgemeinen und über die Hinrichtung Troer´s insbesondere: Ein Beytrag zur Physiologie und Psychologie; Breslau 1803
- Wernstedt, Thela; Sterbehilfe in Europa; Frankfurt am Main 2004; Dissertation
- Wetz, Franz Josef; Baustelle Körper: Bioethik der Selbstachtung; Stuttgart 2009
- Wewetzer, Hartmut; „Den Sterbeprozess zu verkennen, ist ein Kunstfehler“; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 23. November 2010; Hamburg 2010; Available: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2010-11/palliativmedizin-debatte-de-ridder>; (30.10.2015)
- Wey, Florian Felix; DigiKant oder: Vier Fragen, frisch gestellt; In: Deutschlandradio (Hrsg.); deutschlandradio.de; Köln 2016; Available: http://www.deutschlandfunk.de/philosophie-in-der-digitalen-welt-digikant-oder-vier-fragen.1184.de.html?dram%3Aarticle_id=342818; (15.04.2016)
- Widmann, Heinz; Die Weltraumbestattung; In: Widmann, Heinz (Hrsg.); www.widmannbestattungen.de; Stuttgart 2016; Available: <http://www.widmannbestattungen.de/unsere-leistungen/die-bestattung/weltraumbestattung.html>; (17.03.2016)
- Wiedemann, Erich; Stirb ökonomisch; In: Cicero: Magazin für politische Kultur, 2008 H 8; S.: 40 – 41
- Wiesing, Urban; Reanimieren/Nicht Reanimieren aus philosophischer Sicht; In: Gordijn, Bert et Have, Henk ten; Medizinethik und Kultur: Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden; Stuttgart 2000; S.: 375 - 390
- Wijdicks, Eelco; Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria; In: Neurology: Journal of the American Heart Association; Volume 58 (1), 08. Januar 2002; S.: 20 – 25

- Willmann, Urs; Wie man in Deutschland begraben wird; In: DIE ZEIT online GmbH (Hrsg.); ZEIT online vom 15. April 2004; Hamburg 2004; Available: http://www.zeit.de/2004/17/Serie-Begraben_werden/komplettansicht; (14.03.2013)
- Wilkinson, Dominic et Savulescu, Julian; Should we allow Organ Donation Euthanasia? Alternatives for Maximizing the Number and Quality of Organs for Transplantation; In: Developing World Bioethics; Volume 26, Issue 1, January 2012; S.: 32 – 48
- Winiger, Bénédict; Verantwortung, Reversibilität und Verschulden; Tübingen 2013
- Wirt, Stefan W.; Wenn Tote Leben spenden – Organspende und Transplantation; In: Kaatsch, Hans-Jürgen et al.; Medizinethik; Berlin 2008; S.: 67 – 81
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (Hrsg.); Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes; Berlin 1998; In: Deutsches Ärzteblatt Heft 30/1998 vom 24. Juli 1998; S.: 1861 - 1868
- Wittkowski, Joachim; Psychologie des Todes; Darmstadt 2007
- Wittwer, Héctor; Philosophie des Todes; Stuttgart 2009
- Selbsttötung als philosophisches Problem: über die Rationalität und Moralität des Suizids; Paderborn 2003
- Wockenfuß, Kerstin; Für einen ganz persönlichen Abschied; In: Wockenfuß, Kerstin (Hrsg.); abschied.bestattungen-wockenfuß.de; Hannover 2016; Available: <http://abschied.bestattungen-wockenfuss.de/abschied/>; (17.03.2016)
- Wolfslast, Gabriele et Conrads, Christoph; Textsammlung Sterbehilfe; Berlin 2001
- World Health Organisation (Hrsg.); Declaration of Alma-Ata; Alma-Ata 1978
- Guiding Principles on Human cell, tissue and Organ Transplantation; o.A.; Available: http://209.61.208.233/LinkFiles/BCT_WHO_guiding_principles_organ_transplantation.pdf (03.07.2013)
- World Suicide Prevention Day; Available: www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/; (01.11.2011)
- World Medical Association (Hrsg.); About the WMA; Ferney-Voltaire 2015; Available: <http://www.wma.net/en/60about/index.html>; (28.10.2015)
- Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient; Santiago 2005
- Handbuch der ärztlichen Ethik; Ferney-Voltaire 2005
- Resolution on Euthanasia; Washington 2002
- Statement on Human Organ Donation and Transplantation; Durban 2014
- Statement on Physician-Assisted Suicide; Divonne-les-Bains 2005
- Suicide; Genf 2015; Available: <http://www.who.int/topics/suicide/en/>; (23.11.2015)
- Wolfersdorf, Manfred et Etzersdorfer, Elmar; Suizid und Suizidprävention; Stuttgart 2011
- Wuermeling, Hans-Bernhard; Todesursachen; In: Wittwer, Hector et al.; Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik: Ein interdisziplinäres Handbuch; Stuttgart 2010; S.: 109 - 113
- Ysebaert, Dirk et al.; Organ Procurement After Euthanasia: Belgian Experience; In: Transplantation Proceedings; Volume 41, Issue 2, March 2009; S.: 585 - 586
- Zacharias, Diana; Staatliche Bestimmungen zum Umgang mit Leichen; In: Anderheiden, Michael et al.; Handbuch Sterben und Menschenwürde; Berlin 2012; S.: 1355 - 1382
- Zacher, Ewald; Der Begriff der Natur und das Naturrecht; Berlin 1973
- Zentralrat der Muslime in Deutschland (Hrsg.); Pressemitteilung vom 31.05.2013: 31.05.2013 Tag der Organspende – ZMD wirbt für Organspendeausweis unter Muslimen; Köln 2013
- Zieger, Andreas; Menschen im Wachkoma: Mythos und Lebenswirklichkeit; In: Graumann, Sigrid et al.;

- Grenzen des Lebens; Berlin 2007; S.: 105 - 120
- Zimmer, Gisela; Prüfungsvorbereitung Rechtsmedizin; Stuttgart 2009
- Zimmermann, Robert A. et Gibby, Wendell A. et Carmody, Raymond F.; Neuroimaging: Clinical and Physical Principles; New York 2000
- Zimmermann-Acklin, Markus; Euthanasie – eine theologisch-ethische Untersuchung; Freiburg im Breisgau 2002
- Zips, Martin; Zu Hause ist´s am schönsten; In: Süddeutscher Verlag (Hrsg.); SZ.de vom 26. November 2014; Available: <http://www.sueddeutsche.de/panorama/abschaffung-des-friedhofszwangs-in-bremen-zu-hause-ists-am-schoensten-1.2231461>; (26.10.2015)
- Zöllner, Babett; Sterbebegleitung und Sterbehilfe: Für ein humanes Lebensende; Hamburg 2015