Heinz Jürgen Kaiser (Hrsg.)

Autonomie und Kompetenz - Aspekte einer gerontologischen Herausforderung

Erlanger Beiträge zur Gerontologie

LIT

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Autonomie und Kompetenz - Aspekte einer gerontologischen Herausforderung / Heinz Jürgen Kaiser (Hrsg.) - Münster: LIT, 2002

(Erlanger Beiträge zur Gerontologie; l)

ISBN 3-8258-6150-3

© LIT VERLAG Münster - Hamburg – London

Zwischen Hospiz und aktiver Euthanasie - Ein juristischer Beitrag zur aktuellen Diskussion um „Entscheidungen am Lebensende"

Thomas Klie

l. Vorbemerkung

„Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet" (Rau, 2001). Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie ist in Deutschland neu entbrannt. Sie wird genährt von der aktuellen Gesetzgebung in den Niederlanden, die die in Deutschland unter Strafe gestellte Tötung auf Verlangen legalisiert hat (vgl. Janssen, 2000). Prominente melden sich zu Wort und fordern auch in Deutschland die Legalisierung der aktiven Euthanasie (vgl. Wehrmann, 2001), andere, zu ihnen gehört auch Bundespräsident Rau, warnen vor der einseitigen Akzentuierung der Selbstbestimmung des Menschen: Was die Selbstbestimmung zu stärken scheint, könne ihn in Wahrheit erpressbar machen (Rau, 2001). In Deutschland ist diese Diskussion neu entfacht worden. Auf der Ebene des geltenden Rechts ist sie nicht anschlussfähig. Hier geht es um Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und andere Formen, den Entscheidungen am Lebensende ihren rechtlichen Regelungs- und Gestaltungsort zu
geben (vgl. Klie, 2001). Die Fragen, die um die Entscheidungen am Lebensende kreisen, sie haben eine zutiefst ethische Dimension und verlangen nach einem interdisziplinären Diskurs (Oswald, 2000).' In diesem interdisziplinären Diskurs erhält die rechtswissenschaftliche Perspektive vermehrt an Bedeutung. In diesem Beitrag soll die juristische Diskussion um die Entscheidungen am Lebensende dargestellt und gleichzeitig in einen breiteren, auch ethischen und gesellschaftlichen Kontext, gestellt werden.

War es in früheren Zeiten in die Hände Gottes gelegt, kulturell ritualisiert, wurde das Lebensende weitestgehend durch die Grenzen der Medizin bzw. von zum Tode rührenden Krankheiten bestimmt, so eröffnen längere Lebenserwartung und Möglichkeiten der modernen Medizin Optionen für ein längeres Leben und beschwören Entscheidungsnotwendigkeiten herauf, Entscheidungen über das Lebensende. Eine moderne Titonusgeschichte. Die Unsterblichkeit als Fluch, da dem Leben nur Jahre gegeben werden? Eine alte Geschichte, unter den Bedingungen der Moderne: Die Entscheidungsoptionen nehmen zu, die

---

' W. D. Oswald hat diesen Diskurs innerhalb der Gerontologie verankert und ihm Orte gegeben, wie jüngst auf der Jahrestagung der Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie im September 2000 in Nürnberg.

Legitimation traditionaler Entscheidungsinstitutionen zerbricht - gerade im Lichte des rationalen Legitimationsbeschaffers Recht, und gleichzeitig sind die juristischen Institutionen auf die neuen Entscheidungsnotwendigkeiten nur unvollkommen ausgerichtet - oder stoßen auf sehr begrenzte Akzeptanz in der Praxis. Gerade die älteren Menschen, aber auch all die, die sich nicht intensiv mit den ethischen Fragen und einer Art Moral des Umgangs mit dem Lebensende auseinander gesetzt haben, sie folgen einer moralischen Intuition, die aus vormodemen Zeiten stammt. Sie passt aber nicht recht in unsere Moderne mit ihren neuen Optionen und Legitimationsnotwendigkeiten. Eine Herausforderung für alle Beteiligten:

Für die Bürger, für die die individuelle Vorsorge nicht nur monetär, nicht nur sozial, sondern auch in den Fragen des Lebensendes und des Umgangs mit schweren Krankheiten zur eigenen Obliegenheit wird. Wer will, dass sein Wille, seine Werte wahrgenommen werden, sie zur Geltung kommen, der muss seinen Willen kundtun - und dies nicht nur schriftlich, sondern in Interaktion und klärender Auseinandersetzung mit Menschen, die ihm nah sind, und Menschen, denen er Vertrauen schenkt, wie den behandelnden Ärzten. Entsprechend - und gleichzeitig überraschend - groß ist die Resonanz in den „aufgeklärten" Kreisen, wenn Kommunen etwa über ihre Betreuungsbehörden Informationen über Vorsorgeoptionen: Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen, ausgeben. Allein in Hamburg sind es über 240.000 verteilte Exemplare einer recht gründlichen Informationsbroschüre mit Wirkung: Offenbar kann davon ausgegangen werden, dass sich ein Gutteil der Leser zu einer Vorsorgeform entschließt, etwa durch Verfügung und/oder Vollmacht.[2]

Für die behandelnden Ärzte: Sie beraten, entscheiden stellvertretend; sie sind mit den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer konfrontiert und ändern ggf. Therapieziele (Bundesärztekammer, 1998). Sie sind gefragt in ihrer ärztlichen Kompetenz, in ihrer menschlichen Integrität und einer Haltung, die den Willen des Patienten respektiert. Sie bedürfen, in der Praxis häufig nicht reflektiert, für alle ihre Entscheidungen auch der juristischen Legitimation. Die Verrechtlichung des therapeutischen Arzt-Patienten-Verhältnisses wird vielfach beklagt, auch bei der Einführung des damals neuen Betreuungsrechtes (Höver, C.; 1992). Die situative Asymmetrie im Arzt-Patient-Verhältnis, die nicht geleugnet werden kann, auch sie bedarf einer juristischen Einbettung und Legitimation.

[2] Freie und Hansestadt Hamburg, Bürgerschaftsdrucksache 16/6206 In den USA sollen 20 % der Bevölkerung entsprechend Vorsorge treffen, s. Taupitz, Jochen, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Gutachten A zum 63. Dt. Juristentag, Leipzig 2000, München 2000, S. A 105

Im Pflegealltag hat das Thema ebenfalls seinen „Sitz im Leben" bekommen: Pflegekräfte sind in ihrem Alltag damit konfrontiert, dass sich die Frage nach einer PEG-Sonde: ja oder nein, stellt. Sie veranlassen die Herbeiholung eines Arztes, die Einschaltung eines Betreuers und sie erörtern mit den Angehörigen gewissermaßen vorweg, aber nicht selten als faktische Entscheidung, wie verfahren werden soll. Dabei lehrt gerade die Pflegewissenschaft, die Begleitung Sterbender nicht primär von den medizinischen Optionen und Entscheidungsnotwendigkeiten her zu verstehen, sondern als eine Gestaltungsaufgabe dieser existenziellen Erfahrung und Grenze des Lebens (Brög-Kurzemann et al., 2000).

Das Thema, es ist eingebettet in eine öffentliche Diskussion über die Rationierungserfordemisse im Gesundheitswesen, über Möglichkeiten aktiver Sterbehilfe (mit wachsender Zustimmung in der Bevölkerung?[3]). Dabei wird deutlich, dass Stereotypen die öffentliche Diskussion prägen, und wie schwer in die öffentliche Diskussion eine differenzierte ethische Betrachtungsweise zu integrieren ist.

Für die neue Lebenswert-Diskussion bot die Rechtsprechung, insbesondere das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 13.09.1994[4], das sich mit Fragen des Behandlungsabbruchs befasste, Stoff. Aktuell bestimmt die neue Rechtslage in den Niederlanden die öffentliche deutsche Diskussion (Wehrmann, 2001). In den hier aufgeworfenen Fragen sind mehr als sonst die Wechselwirkungen von Recht und Ethik, von Recht und Medizin und Pflege und Recht und öffentlicher Diskussion zu konstatieren. Doch bleiben die Welten in praxie getrennt:

Entscheidungs- und handlungsrelevant werden rechtliche Legitimationen zumindest im ärztlichen Alltag regelmäßig nur im Konfliktfall, so scheint es - oder schien es: Lange Zeit wurden Patientenverfügungen übersehen, als unverbindlich gewertet oder unterstellt, der aktuelle Wille sei auf Lebenserhalt gerichtet. Heute wird auch das Gegenteil berichtet: Manche Ärzte nehmen den Patienten mit seiner Patientenverfügung beim Wort, ohne weitere intensive Prüfung.

2. Die Rechtslage für Entscheidungen über das Lebensende

Die Kategorisierung von möglichen Handlungen im Zusammenhang mit der Begleitung Sterbender, sie ist sogar in der Öffentlichkeit inzwischen hinlänglich bekannt und soll hier nur kurz skizziert werden, um sodann auf derzeit strittige Fragen und Diskussionspunkte ausführlicher eingehen zu können.

---

[3] Die Dt. Gesellschaft für humanes Sterben berichtet von einer Zustimmungsrate von 81 % zur aktiven Euthanasie, vgl. LAG Hospiz Baden-Württemberg e. V., 8/2000.

[4] BGB1NJW1995,204

Als aktive Sterbehilfe wird die Beendigung schweren Leidens oder die Erleichterung des Sterbens bei aussichtsloser Prognose durch eine gezielte Tötung verstanden. Sie ist verboten[3]. Dabei ist die Grenzziehung zwischen aktiver und sog. „passiver" Sterbehilfe äußerst schwierig, im Ergebnis häufig willkürlich, aber dennoch eine hilfreiche, Komplexität reduzierende Grenzziehung. Im Ausland ist die Rechtslage zum Teil anders, in Holland, in der Schweiz etwa linden wir rechtliche Legitimationsoptionen für das, was bei uns als „aktive" Sterbehilfe bezeichnet wird. In den Niederlanden ist nicht nur die Legalisierung der aktiven Tötung bei ausdrücklichem und ernsthaftem Sterbewunsch eines schwerkranken Patienten vorgesehen, sondern darüber hinaus auch die Tötung von unheilbar kranken Menschen in schweren Leidenszuständen, auch wenn sie selber den Sterbewunsch nicht mehr äußern können (Janssen, 2000).

Die indirekte Sterbehilfe ist die Behandlung eines Schwerkranken oder Sterbenden unter In-Kauf-Nahme seines früheren Todes, gemäß seinem erklärten oder mutmaßlichen Willen. Als Beispiel wird hier regelmäßig angeführt, dass durch die Vergabe von Betäubungsmitteln, insbesondere Morphin, als unvermeidbare Nebenfolge der Schmerzbehandlung der Todeseintritt beschleunigt wird. Dass dies mit einer Absolutheit so nicht richtig ist, insbesondere bei einer lege artis-dosierten Morphin-Therapie, lässt sich aus der palliativen Therapie lernen, die eher als Ausnahme von einer Lebensverkürzung und allgemein von einer Verlängerung des Lebens und einer Verbesserung der Lebensqualität spricht. Gleichwohl hält sich hartnäckig in der juristischen, aber auch in der medizinischen Fachliteratur die Doktrin der Lebensverkürzung durch eine Morphintherapie und unterstützt damit eine letztlich zynische Praxis in Deutschland, die im internationalen Vergleich zu einer unterdurchschnittlichen Morphingabe und damit zu einer überdurchschnittlichen Wahrscheinlichkeit führt, etwa bei Krebserkrankungen Schmerzen zu erleiden (Student, 2000).

Als passive Sterbehilfe wird der Verzicht oder der Abbruch ärztlicher Behandlung oder lebensverlängernder Maßnahmen angesehen, wenn die Krankheit bei aussichtsloser Prognose unumkehrbar einen tödlichen Verlauf genommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird: Handlungen in terminaler Phase. Weil der Sterbevorgang bereits eingesetzt hat, darf hier auf lebensverlängernde Maßnahmen, z. B. die Beatmung oder künstliche Ernährung, verzichtet werden[6].

Der Behandlungsabbruch ist, anders als die passive Sterbehilfe, als Verzicht und Beendigung von Behandlungsmaßnahmen zu verstehen, wenn ein Sterbeprozess noch nicht, zumindest nicht irreversibel, eingetreten ist. Behandlungsabbruch bei Komapatienten, Beendigung einer PEG-Emährung bei schwer demenzkranken Personen können als Beispiele angeführt werden. Der

[5] vgl. BHG NJW 1991, 2357, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998, NJW 1998, 3405

[6] vgl. BGH NJW 1995, 204

Behandlungsabbruch ist nach herrschender Meinung zulässig, wenn dafür eine wirksame Einwilligung vorliegt. Einwilligungen sind Rechtfertigungsgründe in der strafrechtlichen Dogmatik, sie rechtfertigen die ärztliche Behandlung oder das Unterlassen lebensverlängemder Maßnahmen mit der Folge, dass diese Maßnahmen rechtmäßig sind. Der Behandlungsabbruch ist also möglich und ggf. für die Ärzte verpflichtend. Gefragt werden muss: Liegt eine Einwilligung vor? War der Patient aufgeklärt (so er auf eine Aufklärung nicht verzichtet hat)? War er entscheidungsfähig? Werden diese Fragen bejaht, so ist, egal, ob die Entscheidung als vernünftig oder unvernünftig bewertet wird, der Behandlungsabbruch Pflicht für die Ärzte. Wenn der aktuelle Wille nicht mehr vorhanden ist, wird auf den mutmaßlichen Willen abgestellt, der grundsätzlich die gleiche Qualität wie der aktuelle Wille besitzt. Der mutmaßliche Wille kann auch schriftlich niedergelegt werden, etwa in einer Patientenverfügung. Auch können Angehörige oder andere Personen diesen mutmaßlichen Willen zur Geltung bringen, wobei die Beteiligten dann auf die Glaubwürdigkeit der Wiedergabe des mutmaßlichen Willens angewiesen sind. Der mutmaßliche Wille muss aber so konkret gefasst sein, dass er ausreichend Anhaltspunkte für die Entscheidung in der Situation liefert, in der die Betroffenen ja gerade selbst nicht mehr entscheiden können. Hierzu sind Aussagen über die Werthaltung erforderlich, individuelle Festlegungen für erwartete Krankheiten und ihren Verlauf und die nicht gewünschte Behandlung bedeutsam. Abzulehnen sind Präzisierungen durch lange Listen, in denen für alle Eventualitäten, auf dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft, wenn denn überhaupt, vom Unterzeichner einer Patientenverfügung abverlangt wird, sich zu entscheiden. Juristisch wird, die Interpretierbarkeit der Patientenverfügung vorausgesetzt, die Frage aufgeworfen, ob in der betreffenden Situation der in der Patientenverfügung niedergelegte Wille noch aktuell ist. Vereinfachend und die Autonomie missachtend wurde lange Zeit von den Ärzten davon ausgegangen, dass der Lebenswille stets überwiege und grundsätzlich davon auszugehen sei, dass die Patienten eine weitere Behandlung wünschen. Zu Recht „geißelt" Taupitz (2000) in seinem Gutachten für den Dt. Juristentag diese Position als nichts anderes als fremdbestimmenden Patemalismus. Sie ist so sicherlich nicht richtig, gleichwohl verbleibt beim Arzt und allen anderen Beteiligten eine Art hermeneutische Aufgabe, nämlich zu überprüfen, was der Patient innerlich erlebt und fühlt, und wohin seine Willensrichtung geht. Die Erfahrungen sind so existenzieller Natur und möglicherweise so anders als vorab vorgestellt, dass es die Obliegenheit der begleitenden Menschen und auch der Experten bleibt, sich auf den Weg des Verstehens auch dann zu machen, wenn eine Patientenverfügung vermeintliche Klarheit verspricht.

In der Gestaltung der Patientenverfügung wird auf diese meist nicht verwiesen, häufig aber auch in umgehrter Weise nicht auf die Verbindlichkeit der Willensäußerung gepocht. Hier ist die Christliche Patientenverfügung (1999) recht konsequent. Sie verpflichtet die Ärzte auf den niedergelegten Willen, es sei denn, sie finden Anhaltspunkte, die für einen fortgesetzten Lebenswillen sprechen. Man könnte hier von einer Art Beweislastumkehr für die Ärzte,

die sie bei Vorlegen einer Patientenverfügung verpflichtet, glaubhaft zu machen und konkret nachzuweisen, dass eine Willensänderung vorliegt. Wird dieser mutmaßliche Wille nun geäußert, muss er als in der Situation auch noch als gültig angesehen werden, so ist der Behandlungsabbruch nicht nur rechtmäßig, sondern wird auch zur Pflicht der Beteiligten. Dies gilt juristisch, nicht aber in der Praxis, in der Patientenverfügungen in der Regel (noch) keine systematische Beachtung finden. Immerhin aber verpflichtet die Berufsordnung der Ärzte in Berlin diese auf die Beachtung einer Patientenverfügung und darauf, danach zu fragen, ob eine solche vorliegt[7]. Hier wird standesrechtlich der Versuch unternommen, eine neue Gepflogenheit und eine neue Verpflichtung zu etablieren. Bei den heute älteren Menschen, aber auch sonst, ist davon auszugehen, dass eine Patientenverfügung oder auf sonstigem Wege erlangte Hinweise auf den mutmaßlichen Willen nicht vorliegen. Man vertraut sich immer noch den Institutionen an, tabuisiert das Thema für sich oder schiebt eine Auseinandersetzung hinaus. Was ist in solchen Fällen mit dem Behandlungsabbruch? Gibt es die Möglichkeit der Entscheidung durch andere, können andere legitimiert sein, für den Betroffenen eine Erklärung abzugeben, der Bevollmächtigte oder der Betreuer, jeweils ggf. mit Hilfe des Gerichtes? Und hat die stellvertretende Einwilligung eines Vertreters die gleiche Rechtsqualität wie die Einwilligung des Patienten? Diese Fragen lassen sich nach der geltenden Rechtslage in Deutschland dogmatisch nicht sauber beantworten. Das deutsche Recht kennt grundsätzlich keine Vertretung in höchstpersönlichen Angelegenheiten, wenngleich das Betreuungsrecht ohne Klärung der dogmatischen Problematik die Vertretung in Heilbehandlungsfragen und auch in Fragen der Freiheitsentziehung vorsieht, §§ 1904 und 1906 BGB. Heirat, aber auch die Aufstellung eines Testamentes, sind aber weiterhin der Vertretung entzogen. MUSS dies nicht auch für den Behandlungsabbruch gelten? Der Unterschied zur Heirat und zum Testament liegt aber darin, dass man auf eine Heirat verzichten kann, ebenso wie auf ein Testament, der Tod aber unausweichlich vor einem liegt und Entscheidungen hier so oder so getroffen werden müssen. Gegen die Möglichkeit, eine Vertretung auch in Fragen des Behandlungsabbruchs zuzulassen, wird eingewandt, dass das deutsche Recht keine explizite Regelung kennt, auch durch Rechtsfortbildung, etwa eine analoge Anwendung des § 1904 BGB, eine Entscheidung nicht möglich ist, da der Gesetzgeber bewusst darauf verzichtet hat, für diesen Fall eine Regelung zu treffen. Auch pragmatische Gründe mögen diese dogmatische Ablehnung tragen, da die massenhafte Befassung der Gerichte und ihre Überlastung befürchtet wird, die Entscheidung in diesen existenziellen Fragen nicht unbedingt zum Rollenbild des Richters gehört, bei denen auch eine abnehmende Entscheidungsbereitschaft konstatiert wird. Dies trifft sich dann mit der ärztlichen Zurückweisung juristischer Eingriffe in ihre Autonomie.

7 §16 Berufsordnung, Berlin

Für die Möglichkeit, dass Dritte über einen Behandlungsabbruch entscheiden oder Erklärungen abgeben, spricht, dass ggf. nur mit einem Vertretungsberechtigten dem Willen des Betroffenen Geltung verschafft werden kann und der Autonomieaspekt die Entscheidungskompetenz Dritter verlangt, wenn sie sich an den Wünschen der Patienten orientieren. Dafür spricht weiterhin, dass auf diese Weise eine legitimierte Entscheidung möglich wird, die die Handelnden auch schützt und nicht latent einer strafrechtlichen Beurteilung ihrer Handlungen aussetzt - wobei eine gewisse latente Unsicherheit rechtlicher Art die Aufmerksamkeit und Sorgfalt der Beteiligten auch unterstützen, wenn auch nicht garantieren, kann. Sie stärkt die Verantwortlichkeit und eigene Abwägung der Handelnden. Für einen Behandlungsabbruch lässt sich auch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes anführen, die nun schon 40 Jahre alt ist[8]. In einem strafrechtlichen Verfahren hatte der BGH entschieden, dass die Einwilligung auch bei Fortfall der Willensfähigkeit, bezogen auf die aktuelle ärztliche Heilbehandlung, vorliegen muss oder eine Einwilligung ggf. von einem Gebrechlichkeitspfleger, heute Betreuer, einzuholen ist. Gilt dies auch bei einem Behandlungsabbruch, wenn kein eindeutiger mutmaßlicher Wille vorliegt oder ermittelt werden kann?

An diesen Fragen, und damit an der Zuständigkeit für die Entscheidung, entzündet sich ein äußerst praxisrelevanter, aktueller Streit in der Rechtsprechung. Das Oberlandesgericht Frankfurt[9], hält den gesetzlichen Betreuer, Bevollmächtigten und supervidierend gewissermaßen das Vormundschaftsgericht für zuständig und ordnet ihnen damit nicht nur eine Art hermeneutische Aufgabe der Rekonstruktion des Willens des Betroffenen zu, sondern auch eine eigene Entscheidungskompetenz: Entscheidung und Einwilligung des Betreuers mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts treten an die Stelle der Einwilligung des Patienten. Der Betreuer und der Bevollmächtigte sind an die Wünsche des Betroffenen gebunden, ihnen verpflichtet, sie dürfen nicht ihre eigene (Wert-) Entscheidung an die Stelle der des Betroffenen setzen. Dennoch entscheiden sie, kontrolliert, supervidiert von der Gerichtsbarkeit, die ihrerseits keine eigene Entscheidung trifft. Die Bundesärztekammer spricht aber, rechtsdogmatisch nicht ohne Bedeutung, von der *Erklärung* des Betreuers oder Bevollmächtigten, nicht von einer *stellvertretenden Entscheidung*. Juristisch wird diskutiert, ob es sich um eine verbindliche *Erklärung* für den Betroffenen oder aber eine *Entscheidung* für ihn handelt. Die Höchst-Persönlichkeit der Entscheidung über das Lebensende schließt dogmatisch die Entscheidung als eigene-stellvertretende aus, eine entsprechende Erklärung aber ggf. nicht. Aber: Anders als in der Arzt-Patienten-Beziehung, bei der auch stets die beziehungsimmanente Asymmetrie zu berücksichtigen ist, kann beim Bevollmächtigten oder Betreuer an sich die Symmetrie bzw. das Kontraktmodell „Arzt - Bevollmächtigter für den Patient" gelten, so dass gerade hier das Stellvertreter-Modell angemessen

[8] BGH NJW 1959, S. 811
[9] OLG Frankfurt, NJW 1998, 2747

erscheint: Betreuer und Arzt kommen überein, sie einigen sich, und die erzielte Einigung ist verbindlich. Dem Gericht obliegt dann die Prüfung der Glaubwürdigkeit des Vertrags, der Begründung des Bevollmächtigten oder Betreuers bzw. der erzielten Einigung zwischen Arzt und Betreuer oder Bevollmächtigten. Diese Rechtsprechung hat Konsequenzen: Der Behandlungsabbruch würde fast immer Thema für Bevollmächtigte oder Betreuer und das Vormundschaftsgericht werden, und vielen örtlichen Vormundschaftsgerichten, aber auch Ärzten, graut es davor.

Anders das Landgericht München I[10]: Es hält den Betreuer oder den Bevollmächtigten nicht für zuständig. Es handle sich um eine höchstpersönliche Angelegenheit, in der kein Vertretungsrecht besteht, weder vom Betreuer noch von einem Bevollmächtigten. Dies gebiete schon die Menschenwürde. Ärzte und Angehörige hätten in eigener Verantwortung zu entscheiden, und dies sei auch sachgerecht. Eine pragmatische Herangehensweise im dogmatischen Gewand. Das Landgericht München I lässt die Frage offen, woher denn die Angehörigen und Ärzte ihre Entscheidungslegitimation nehmen. Und wer schützt sie bei Fehlentscheidungen? Für sie bleibt die offene strafrechtliche Beurteilung ihres Tuns als Regulativ. Reicht die Missbrauchsbekämpfung durch das Strafrecht?" Konsequent bliebe hier nur die auch hermeneutische Ermittlung des mutmaßlichen Willens. Nur was, wenn der mutmaßlich Wille nicht erkundbar ist?

Liegen weder aktuelle noch mutmaßliche Willensäußerungen vor, so ist die Feststellung des Willens durch Kriterien, die den allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen, vorzunehmen, so der BGH in einem strafrechtlichen Verfahren[12]. Die objektiven Kriterien dienen lediglich der Ermittlung des hypothetischen Willens - sie müssen also in Beziehung gesetzt werden zu den Wertvorstellungen des Patienten. Und wie kann dies geschehen, und wie geschieht dies (Coeppicus, 1998)?

Es kann die Empirie bemüht werden, die Wünsche Hochaltriger ganz allgemein. Diese aber sind oft Stereotypen, gepflegt von einer nachwirkenden Moral aus vergangenen Zeiten, ohne Reflexion gegenwärtiger Bedingungen. Und die Wünsche sind kontext- und kulturabhängig. Angst vor Schmerzen motiviert Menschen zur Unterzeichnung einer Patientenverfügung,. Was aber, wenn Schmerzen nicht notwendig sind, die Möglichkeit der Schmerzfreiheit nur nicht bekannt ist?

Die hypothetische Entscheidung von Ärzten und Pflegenden wird zur Konstruktion allgemeiner Wertvorstellungen herangezogen. Beide haben ggf. die intensivsten Anschauungen und können für sich wissentlich etwas entscheiden, was andere so mangels entsprechender Erfahrungen nicht entscheiden können.

---

[10] LG München I, NJW 1999, 1788

" so Albrecht, NJW 1999, S. 836

[12] BGH, NJW 1988, 2310

Ich wollte so nicht leben, im präzisen Wissen um die Bedingungen eines bestimmten Krankheitsverlaufes. Wissen Ärzte und Pflegekräfte wirklich in jeder Hinsicht um ihre Patienten, bleiben sie ihnen nicht in ihrer Wirklichkeit ggf. auch fremd?

Die öffentliche Meinung wird bemüht, etwa die Nachfrage nach Patientenverfügungen, die Zustimmung zum Behandlungsabbruch, aber auch zur aktiven Euthanasie. Aufmerksamkeit erhaschende Fernsehsendungen können die öffentliche Meinung mitprägen, ohne dass diese orientiert ist an der Informationsvermittlung, der Einladung zu einer differenzierten Auseinandersetzung. Fernsehberichterstattung ist eher aufmerksamkeitsorientiert und nicht mehr aufklärerisch in Zeiten des Kampfes um Einschaltquoten.

Der kulturelle und literarische Diskurs wird herangeführt, nicht so sehr Thomas Mann in „Buddenbrooks", der Roman, in dem die alte Konsulin noch den bitteren protestantischen Leidensweg zu ihrem Tod gehen muss, und ihr Hilfe verweigert wird. Eher Walter Jens und Hans Küng, Pfarrer Albertz und Mutter Theresa lassen sich heute anführen, wenn diese Autoritäten der Zeitgeschichte den Behandlungsabbruch legitimieren und auch für sich wünschen und fordern[13].

Auch der wissenschaftliche Diskurs wird bemüht: Schöch etwa zitiert: *„Bei irreversiblen Bewusstseinsverlusten sei eine Fortsetzung der Behandlung in der Regel eindeutig nicht dem Mutmaßlichen Willen entsprechend"*[14] oder Dießenbacher (1987): *Niemand wünscht sich einen langsamen, qualvollen Siechtod und entwürdigende Abhängigkeit von Apparaten "* oder: *„Angesichts eines irreversiblen empfindungslosen Körpers wird die Seite des Lebensinteresses für den Patienten leer"*[15]. Zitieren lassen sich auch standesrechtliche Äußerungen, wie etwa die der Dt. Gesellschaft für Chirurgie[16]. Eine Therapieentscheidung kommt danach in Frage bei einer „interkurrenten Erkrankung", bei „fehlender Kommunikationsfähigkeit (irreversibles, apallisches Syndrom, schwerste Formen von Alzheimer)", bei Patienten in „kontinuierlicher Abhängigkeit von der Substitution vital wichtiger Funktionen" und bei „Patienten mit einer Erkrankung ohne effektive Behandlungschance, besonders im Spätstadium der Erkrankung".

Aus diesem Patchwork von Quellen werden in der juristischen Diskussion bisweilen allgemeine Wertvorstellungen generiert, die zur Ermittlung des hypothetischen Willens dienen. Dies ist verständlich, dies geschieht häufig auch, um dem Leiden von Menschen Grenzen setzen zu können. Dies ist gleichwohl gefährlich.

---

[13] Coeppicus a. a. 0. mit Verweis auf Albertz, Am Ende des Weges 1999

[14] Schöch, NStZ 1995, 195

[15] Dießenbacher Universität 1987, S. 905

^Medical Tribüne, 21.06.1996

Zunächst: Der BGH hatte seine „allgemeinen Wertvorstellungen" in einem strafrechtlichen Verfahren entwickelt, in dem es um die Frage der Rechtswidrigkeit und Strafbarkeit eines Arztes und Angehörigen ging, also in einem ganz anderen Kontext argumentiert wurde. Es ging um die Entlastung der Betroffenen, der Angeklagten. Werden die allgemeinen Wertvorstellungen in das Zivilrecht, in das Betreuungsrecht, hineingetragen, was das OLG Frankfurt gerade nicht getan hat[17], so ist dies ein ganz anderer Kontext: Es geht nicht um die ex post-Bewertung eines Verhaltens unter dem Gesichtspunkt der Strafbarkeit, sondern ex ante um die Entwicklung von Kriterien für die Entscheidung staatlich supervidierter Bevollmächtigter und Betreuer, die handlungsleitend für die Zukunft werden. Es bestehen also erhebliche rechtsdogmatische Bedenken gegen die Übernahme der allgemeinen Wertvorstellungen in unserem Diskussionszusammenhang. Darüber hinaus gilt, dass der Rückgriff auf die allgemeinen Wertvorstellungen einige Gefahren in sich birgt, die gerade die Autonomie einschränken können, wenn sich nämlich konstruierte allgemeine Wertvorstellungen zu sozialen Normen und Erwartungshaltungen verdichten.

Die Kulturentwicklung, der gesellschaftliche Konsens im Zusammenhang mit der Entscheidung über das Lebensende sollten in eine andere Richtung gehen, nicht in die Konstruktion gefährlicher allgemeiner Wertvorstellungen.

Es bleibt die Frage in jedem Fall offen, und das ist der Gegenstand des Streits in der Judikatur: Wer entscheidet, wenn der mutmaßliche Wille nicht zweifelsfrei ermittelt werden kann, wer entscheidet über den hypothetischen Willen? Arzt und Angehörige - Betreuer/Bevollmächtigte mit Genehmigung des Gerichtes?

In der Praxis entscheiden häufig Angehörige und Ärzte. Anregungen für die Einrichtung einer Betreuung oder einer Entscheidung der Vormundschaftsgerichte nach § 1846 BGB oder überhaupt eine Einschaltung der Vormundschaftsgerichte erfolgt so gut wie nicht, obwohl inzwischen die Spruchpraxis bekannt und in der medizinische Fachliteratur breit rezipiert wurde.

Irgend wann werden die obersten Gerichte, der BGH, entscheiden, vielleicht auch das Bundesverfassungsgericht[18]. Für die deutsche Rechtskultur wird auch weiterhin die Rechtsprechung eine wichtige Orientierungsfunktion behalten, arbeiten die Gerichte gewissermaßen stellvertretend etwas von der Thematik und Auseinandersetzung ab, die dann in die Gesellschaft zurückwirkt. Ob de lege lata aber der Diskussion des Themas angemessene Lösungen zu finden sind, kann noch bezweifelt werden und wird bezweifelt. Es wird auf ausländische Lösungen geblickt, die aber nicht 1:1 zu übertragen sind, da sich die Rechtskulturen, im übrigen auch in der Europäischen Union, doch ganz erheblich voneinander unterscheiden: Immer noch eine der nationalstaatlichen

[17] OLG Frankfurt, NJW 1998, 2747

[18] a.a.O.

Eigenheiten in Zeiten der Globalisierung und der neuen Bedeutung europarechtlicher Regelungen. Sicherlich sind de lege ferenda andere Lösungen und Wege materieller und formeller Legitimation zu suchen und zu finden. Vorbilder im Ausland und Vorschläge aus dem Inland liegen vor.[19]

3. Die Diskussion auf dem Dt. Juristentag Leipzig 2000

Der Dt. Juristentag hat sich im Jahre 2000 ausführlich mit den hier diskutierten Fragen befasst und kommt in seinen abschließenden Beschlüssen zu folgenden Aussagen: Er stellt die Selbstbestimmung am Leben dem Recht auf Leben gleich und macht aber deutlich, dass die Anerkennung der Selbstbestimmung am Ende des Lebens keinen Anspruch auf direkte und auf Tötung abzielende Eingriffe zur Lebensbeendigung begründet. Die aktive Sterbehilfe bleibt nach Ansicht des Dt. Juristentages auch bei ausdrücklich auf sie gerichtetem Patientenwillen unzulässig. Entgegen der in der öffentlichen Meinung wachsenden Zahl der Befürworter einer aktiven Sterbehilfe hat sich der Dt. Juristentag in (konservativer Weise) gegen eine solche Aufweichung des Strafrechtes verwehrt. Er weist in seinen Beschlüssen weiterhin daraufhin, dass Voraussetzung für jede Legitimierung einer medizinischen Behandlung die wirksame Einwilligung des Patienten ist. Die Einwilligung des volljährigen Patienten in eine Behandlung oder Weiterbehandlung ist - vorbehaltlich eines konkreten Aufklärungsverzichts - nur wirksam, wenn der Patient durch den Arzt hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen und geeignete Alternativen aufgeklärt worden ist. Auch bei einer Entscheidung des Patienten, eine vorgeschlagene Behandlung abzulehnen, ist der Arzt dazu verpflichtet, den Patienten deutlich auf eine mögliche Selbstschädigung aufmerksam zu machen. Der Dt. Juristentag wertet die Patientenverfiigung auf und würdigt sie als ein wichtiges Instrument der Selbstbestimmung für die Situation der Einwilligungsunfähigkeit. Er spricht sich gleichzeitig dafür aus, dass die Patientenverfügung gesetzlich geregelt werden sollte. Als Wirksamkeitsvoraussetzung für die Errichtung einer Patientenverfügung nimmt der Dt. Juristentag die Einwilligungsfähigkeit und in formaler Hinsicht die Schriftform an. Angesichts der vielfältigen durch die verbreitete Verwendung von entsprechenden Formularen bestehende Gefahr, dass die Unterzeichner einer Patientenverfügung sich über den Inhalt der Verfügung täuschen, plädiert der Dt. Juristentag dafür, Inhalt und Umfang der Aufklärung in einer Patientenverfiigung zu dokumentieren und dies zu einer Obliegenheit der Beteiligten zu machen. Die Patientenverfiigung soll den behandelnden Arzt binden, aber auch den Betreuer und Gesundheitsbevollmächtigten des Betroffenen. Sie kann aber jederzeit widerrufen werden, soweit der Betroffene noch einwilligungsfähig ist. Der Widerruf soll formfrei möglich sein.

[19] vgl. Taupitz, A 37 m. w. N.

Ebenso wie die Patientenverfügung vom Dt. Juristentag gewürdigt wird, gilt dies auch für die Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten, die nach dem Gutachten von Taupitz als, wenn auch nicht dogmatisch gelöst, anerkannte Form der Vorsorge rechtlicher Art angesehen werden kann (vgl. Taupitz a. a. 0., S. 96). Die Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten ist an die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers gebunden und soll in formaler Hinsicht, ebenso wie die Patientenverfügung, der Schriftform bedürfen. Auch der Vollmachtgeber soll vor der Ermächtigung des Gesundheitsbevollmächtigten angemessen über Gehalt und Tragweite der zu erteilenden Vollmacht aufgeklärt werden. Hierfür zuständig sollen Ärzte, aber auch andere, vom Gesetzgeber näher zu bestimmende, Berater sein. Inhalt und Umfang der Aufklärung sollen in der Vollmachtsurkunde dokumentiert werden. Auch die Gesundheitsvollmacht bleibt wirksam, bis sie widerrufen wird, und der Widerruf kann jederzeit und formfrei erfolgen. Für den Widerruf ist nicht die Geschäftsfähigkeit, sondern lediglich die Einwilligungsfähigkeit als Voraussetzung vorgesehen. Betreuer und Gesundheitsbevollmächtigte sollen an den mutmaßlichen Willen des Vollmachtgebers gebunden werden, sie haben ihre erkennbaren früheren Vorstellungen und Wünsche zu berücksichtigen. Sollten diese nicht ermittelbar sein, ist eine objektive Interessensabwägung vorzunehmen. Für die nicht einfache und problematische objektive Interessensabwägung sei das Wohl des Vollmachtgebers maßgebend. Dies verlange nach Leidensminderung, im Zweifel Lebenserhaltung und in jedem Fall eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der ärztlichen Kunst. Die Frage, wann von dem Prinzip der Lebenserhaltung abgewichen werden dürfe, müsse in einer ethischen Grundsatzdiskussion auf breiter gesellschaftlicher Basis erörtert und beantwortet werden.

Zu dem referierten Streit um die Einschaltung der Justiz als externe Stelle äußert sich der Dt. Juristentag im Sinne des OLG Frankfurt: Die Ablehnung der Aufnahme oder Fortsetzung lebenserhaltender Behandlung durch den Betreuer bedürfe der Genehmigung. Für die gerichtliche Genehmigung von Entscheidungen des Betreuers oder Gesundheitsbevollmächtigten über lebenserhaltende oder lebensbeendende Maßnahmen solle das Vormundschaftsgericht zuständig sein.[20] Die Entscheidungskompetenz der Ärzte ohne Einbeziehung Dritter sei beschränkt auf die unaufschiebbaren, ärztlich indizierten Maßnahmen. Bei einem einwilligungsunfähigen Patienten ohne Patientenverfügung oder Gesundheitsbevollmächtigten und ohne bereits bestellten Betreuer dürfe der Arzt bei irreversiblem Eintritt des Sterbeprozesses ohne Bestellung eines Betreuers entscheiden. Es ist ein Verdienst des Dt. Juristentages, die Diskussion um die Patientenautonomie am Lebensende deutlich qualifiziert und in einen breiten Fachdiskurs hineingetragen zu haben. Gleichwohl wird dem Dt. Juristentag nicht nur hier, sondern auch allgemein, der Vorhalt gemacht, er neige zu

[20] Eine entsprechende Mehrheitsmeinung deutete sich auch auf dem Vormundschafsgerichtstag 2000 in Erkner bei einem abgefragten Meinungsbild in einer Plenarveranstaltung an.

konservativen Positionen. In diesem Zusammenhang fällt in der Tat auf, dass alternative Legitimationsverfahren und Zuständigkeiten, wie im ausländischen Recht bekannt, noch nicht einmal erwogen werden, sondern die Zuständigkeit bei der Justiz auch auf absehbare Zeit gesehen wird. Angesichts der fehlenden Bereitschaft der Justiz, sich diesen Aufgaben zu stellen, mag man darüber streiten, wie weise die Positionen des Dt. Juristentages sind[21]. Der Vormundschaftsgerichtstag hat in einer Resolution am 21. Oktober 2000 zur grundsätzlichen Bedeutung von Patientenverfügungen als Ausdruck des Willens und der Wünsche des Betroffenen anerkannt, gleichzeitig aber dringlich davor gewarnt, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten als Allheilmittel der Selbstbestimmung zu propagieren. Insbesondere dürften Patientenverfugungen nicht zum Einfallstor für die Konstruktionen werden, mit denen aktive Sterbehilfe für alte Menschen als angeblich selbstbestimmtes Ableben ausgegeben wird. In einer Diskussion auf dem Vormundschaftsgerichtstag haben sich die dort anwesenden mehrheitlich (95 %) dafür ausgesprochen, für die Entscheidungen über Behandlungsabbrüche durch Betreuer oder Bevollmächtigte das Erfordernis einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung aufzustellen (vgl. Hoffmann 2000).

4. Orientierungen und Perspektiven

Für die Diskussion um die rechtliche Legitimation von Entscheidungen am Lebensende sollen einige Orientierungen genannt und herausgearbeitet werden, die deutlich machen sollen, dass die Lösung und Beantwortung der aufgeworfenen Fragen nicht darin allein liegen kann, dass dem einen oder dem anderen die Entscheidungskompetenz zugeordnet wird.

Zunächst geht es um Rahmenbedingungen für Sterben in Verbundenheit. Wir wissen, dass vielfach der Sterbewunsch nachlässt und zurücktritt, wenn die Rahmenbedingungen für das Sterben so sind, dass der Mensch sich in Verbundenheit aufgehoben und in seiner Würde geachtet sieht. In der Moderne sind wir mit der Notwendigkeit konfrontiert, neue kulturelle Formen der Gestaltung der Sterbephase zu entwickeln, zu ritualisieren und auf diese Weise mit Respekt vor dem Individuum mit seiner möglicherweise sehr individuellen Werthaltung Würde zu ermöglichen. Hierfür bedarf es einer Infrastruktur, und es bedarf der Qualifikation. Infrastruktur mit palliativen Stationen, mit Hospizeinrichtung, mit Ehrenamtlichen und Qualifikation aller Beteiligter. Die Rahmenbedingungen in diesem Sinne sind keine Selbstverständlichkeit, und vorhandene sind sogar noch bedroht: Wie viele Menschen müssen auf eine angemesseneSchmerztherapie verzichten, wie unvollkommen ist das Wissen über

[21] vgl. zu allem: Beschlüsse des 63. Dt. Juristentages, Leipzig 2000

Therapie-Optionen zur Sicherung der „Lebensqualität" in Sterbeprozessen! Es dürfen keine Patientenverfügungen und es darf nicht der Wunsch nach aktiver Euthanasie kontextabhängig, als Reaktion auf Missstände im Gesundheits- und Pflegewesen provoziert werden. In meines Erachtens angemessener Weise reflektiert diese Zusammenhänge Bundespräsident Rau in seiner Berliner Rede (Rau, 2001).
Andere Wirklichkeiten sind zumindest zu respektieren, zuzulassen und zu verstehen. Eine schwere Alzheimererkrankung muss nicht für den Betroffenen nur Leid und Elend bedeuten, wir wissen um neue Verstehensmöglichkeiten von Demenz und davon, dass Demenzkranke auch bei schwerer Demenz möglicherweise weniger leiden als angenommen. Auch wenn es nicht unsere Wirklichkeiten sind, so gilt es, den Respekt vor anderen Seinszuständen zu entwickeln oder Weltfeme (Sloterdijk, 1996) vor dem Eigensinn und den inneren Welten auch unter Bedingungen von Krankheiten. Andernfalls würden wir einem bestimmten Bild von „lebenswert" und „lebensunwert" ausgeliefert sein. Das Bild vom „sabbernden Alten" darf nicht als Angriff auf die eigene Würde und den Wert des Lebens verstanden und transportiert werden, wie es jüngst Walter Jens in einer öffentlichen Podiumsdiskussion - wohlgemerkt für seine Person - geäußert hat. Sicherlich ist zu respektieren, dass Personen, auch gerade manche Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, nicht akzeptieren möchten und es mit ihrer Würde für unvereinbar halten, als unwürdiger Greis in der Öffentlichkeit dazustehen und damit den im Leben erworbenen Achtungsanspruch zu verlieren. Verallgemeinert werden darf dies aber mitnichten. Ansonsten wären Tür und Tor geöffnet, bestimmten Lebensformen und Krankheitssituationen Lebenswert abzusprechen.

Autonomie

Die Autonomie des Menschen gilt gerade in der Pflege als eine der wesentlichsten Orientierungen anthropologischer Art. Sie gilt auch und gerade für die Entscheidungen am Lebensende. So sind Willensäußerungen als Ausdruck der Persönlichkeit zu respektieren und auch zu respektieren, dass Menschen sich in ganz bestimmter Weise einen Abschied aus diesem Leben wünschen und sich einen anderen nicht vorstellen können. Gleichzeitig darf der Gesichtspunkt der Autonomie aber nicht absolut gesetzt werden: Gerade am Lebensende befinden sich Menschen in existenzieller Abhängigkeit und bedürfen in dieser Abhängigkeit auch der Unterstützung oder der Begleitung. Sie können auch, um ihren Willen auch dann noch geschützt zu wissen, wenn Sie nicht mehr entscheiden können, darauf angewiesen sein, dass andere ihre aktuelle Befindlichkeit erkennen, sie Ihnen gewissermaßen aus den Augen ablesen, um Sie evtl. auch davor zu schützen, dass Sie in zynischer Weise Opfer ihrer einstmals getroffenen Festlegung werden. Die Trends, die sich im Medizinbetrieb beobachten lassen, dass Patientenverfügungen ohne genauere Prüfung des aktuellen

Willens befolgt werden, weisen in diese Richtung. Überdies gilt, dass ein Recht, das die Selbstbestimmung des Menschen zu stärken scheint, ihn in Wahrheit auch erpressbar machen kann: „ *Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet"* (Rau, 2001).

Stellvertretende Entscheidung im neuen Gewand

Im Ausland sind vielfältige Formen bekannt und erprobt, wie die Entscheidungen am Lebensende „gemeinsam" gefällt werden können, unter Beteiligung von Ethikkommissionen. In Kanada etwa werden Wege beschritten, die weniger justizförmig sind, die Ärzte, Angehörige, Pflegekräfte und unabhängige Personen beteiligen, um sowohl eine neue Kultur der Entscheidungsfindung in der Gesellschaft zu verankern als auch „in der Sache" Entscheidungen zu qualifizieren, d. h. sie so nahe wie möglich am Willen des Patienten und unter Achtung und Sorge um seine Würde zu fällen. Auch in Deutschland bedarf es über die Entscheidungen am Lebensende eines breiten gesellschaftlichen Diskurses, an dessen Ende auch neue Institutionen und Verfahren stehen könnten und vor allem auch eine gesellschaftliche Grundhaltung zu den Entscheidungen am Lebensende und dem Wert des Lebens kranker und hochbetagter Menschen.

5. Schlussbemerkung

Die aktuelle Diskussion um die aktive Sterbehilfe mit ihren prominenten Befürwortern und mit ihrer breiten Zustimmung in der Bevölkerung, sie fordert gerade die interdisziplinär angelegte Gerontologie heraus. Gilt es für sie doch in besonderer Weise, mit dem Alter und dem Lebensende verbundene Fragen, Ängste und Entscheidungsoptionen zu behandeln. Dabei zeichnet sich ab, dass ein ethisch reflektierter gerontologi scher Diskurs sich in besonderer Weise mit den reaktiven Ängsten innerhalb der Bevölkerung auseinander zu setzen haben wird, die sich auf menschenunwürdige Rahmenbedingungen, auf Schmerzzustände und Furcht vor Autonomieverlust beziehen. Hospizbewegung und Schmerztherapie sind in der Lage, auf diese Ängste zu reagieren und sie zu nehmen. Die auch in hohem Maße ethisch relevanten Desiderata liegen in der eklatanten Vernachlässigung dieser Felder der Medizin und zivilgesellschaftlichen Verantwortungsübemahme. So lange ist der Streit um die aktive Sterbehilfe die falsche Debatte, als es nicht gelungen ist, in diesen Feldern große Fortschritte zu erreichen. Die holländische Diskussion zeigt aber auch, dass bei wesentlich verbesserter Versorgungssituation die Debatte nicht beendet sein wird. Gleichwohl ist in der spezifischen deutschen Geschichte auch auf der Grundlage der bundesdeutschen Verfassung die Nachahmung eines holländischen Weges versperrt. Damit kann in Deutschland der Diskussion um die aktive Sterbehilfe normativ Einhalt geboten werden, ethisch und gesellschaftspolitisch jedoch mitnichten.

Literatur

§ 16 Berufsordnung, Berlin
Albrecht, NJW 1999, S. 836
Beschlüsse des 63. Dt. Juristentages, Leipzig 2000
BGB1NJW1995,204
BGH NJW 1959, S. 811
BGH NJW 1995, 204
BGH, NJW 1988, 2310

BHG NJW 1991, 2357, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.1998, NJW 1998, 3405

Brög-Kurzemann, U.; Sieber, H. & Weh, B. (2000). Grund- und Behandlungspflege, Hannover
Bundesärztekammer, Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11.09.98 in: NJW 1998, 3407

Christliche Patientenverfügung, Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche Deutschland, 1999

Coeppicus, (1998) Behandlungsabbruch, Mutmaßlicher Wille und Betreuungsrecht. In: NJW1998,S.3381

Coeppicus a. a. 0. mit Verweis auf Albertz, Am Ende des Weges, 1999

Hoffmann, B., Der Streit um die Vollmacht - Der Umgang mit Patientenvollmachten m Gesundheitsangelegenheiten, in: Klie, T. (Hrsg.) HK-BUR 24. Ergänzungslieferung, Dezember 2000, Akt. S. l - 17
Höver, Ch. (1992). *Geriatrie Praxis* (Heft l), S. 7

Janssen, A. (2000). Die Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. Ein Novum, in: ZRP Heft 4, 179 - 183

Klie, T. & Student, C. (2001). Patientenverfügungen. Wie kann ich versorgen? Freiburg i. Breisgau
LG München I, NJW 1999, 1788

Medical Tribüne, 21.06.1996

Merkel,7NZSt 1995,545

OLG Frankfurt, NJW 1998, 2747

OLG Frankfurt, NJW 1998, 2747

Rau, Johannes (2001). Es ist viel Raum diesseits des Rubikons: Die Berliner Rede des Bundespräsidenten vom 18. Mai 2001, Frankfurter Rundschau, 19. Mai

Sloterdijk, P. (1996). Alte Menschen und letzte Dinge, in: Tews, H.P.; Klie, T. & Schütz, R.M. Altem und Politik. Melsungen, S. 3 ff

Student, C. (2000). (Hrsg.). Das Hospizbuch, 5. Auflage, Freiburg

Taupitz, J. (2000). Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Gutachten A zum 63. Dt. Juristentag, Leipzig, München, S. A 105

Taupitz, A 37 m. w. N.

Wehrmann, E. (2001). Die letzte Hürde, in: DIE ZEIT, Ausgabe Nr. 16 vom 11. April 2001,S.34