

Aus dem
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

**Sterbehilfe in Frankreich und in Deutschland
Gegenüberstellung der Stellungnahmen des Deutschen
Ethikrats und des Comité Consultatif National d’Ethique:
Unterschiedliche Argumentationen im Spiegel
unterschiedlicher Begrifflichkeiten**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
Ambroise, Manon
2024**

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. H.-J. Ehni

2. Berichterstatter: Professor Dr. M. Schweda

Tag der Disputation: 18.04.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Methodik.....	4
3. Englischsprachige Begrifflichkeit	7
3.1 Definition von „euthanasia“	8
3.2. „Voluntary-“, „non-voluntary-“ and „involuntary euthanasia“	10
3.3. „Passive euthanasia“	10
3.3.1. Definition	10
3.3.2. Abgrenzung zur „active euthanasia“	12
3.4. „Indirect euthanasia“	15
3.4.1 Definition	15
3.4.2 Abgrenzung zur „active euthanasia“ : „Principle of Double effect“	15
3.5. „Physician-assisted suicide“	16
3.5.1 Definition	16
3.5.2. Abgrenzung zur „active euthanasia“	16
3.6 „Continuous deep sedation“	18
3.6.1 Definition	18
3.6.2 Abgrenzung zur „active euthanasia“	19
4. Begrifflichkeit des Deutschen Ethikrates.....	21
4.1. „Tötung auf Verlangen“	22
4.1.1. Definition	22
4.1.2. Rechtslage	23
4.2. „Sterbenlassen“	23
4.2.1. Definition	23
4.2.2. Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“	24
4.2.3. Rechtslage	24
4.3. „Therapien am Lebensende“	26
4.3.1. Definition	26
4.3.2. Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“	27
4.3.3. Rechtslage	27
4.4. „Beihilfe zur Selbsttötung“	28
4.4.1. Definition	28
4.4.2. Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“	29
4.4.3. Rechtslage	29

4.5. „Sterbebegleitung“	31
4.6. „Patientenverfügung“	31
4.7 Fazit zur Begrifflichkeit des Deutschen Ethikrats.....	32
5. Begrifflichkeit des französischen Ethikrats.....	34
5.1. „Euthanasie“	35
5.1.1. Definition	35
5.1.2 Rechtslage	35
5.2. „Laisser mourir“	36
5.2.1 Definition	36
5.2.2 Abgrenzung zur „euthanasie“	37
5.2.3. Rechtslage	38
5.3. „Sédation profonde et continue“	40
5.3.1. Definition	40
5.3.2. Abgrenzung zu „euthanasie“	41
5.3.3. Rechtslage	42
5.4. „Suicide assisté“	44
5.4.1. Definition	44
5.4.2. Abgrenzung von „euthanasie“	44
5.4.3 Rechtslage	45
5.5 „Assistance au suicide“	45
5.5.1. Definition	45
5.5.2. Abgrenzung zu „euthanasie“	45
5.5.3 Rechtslage	46
5.6 „Accompagnement“	47
5.7. „Directives anticipées“	47
5.8 Fazit zur französischen Begrifflichkeit	48
6. Vergleichende Analyse beider Begrifflichkeiten	50
7. Englischsprachige Argumentation	52
7.1. Das Argument der “autonomy”	53
7.2. Grenzen der Autonomie	55
7.2.1 Schädigung des medizinischen Berufsethos.....	55
7.2.2 Rückzug der Gesellschaft aus ihrem Schutzauftrag.....	57
7.2.3 Gefahr des Druckes, aus dem Leben zu scheiden?.....	58
7.2.4 Abschwächung des Tötungsverbots in der Gesellschaft.....	59
7.2.5 Das Slippery-Slope-Argument.....	60

8. Argumentation in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats.....	63
8.1 Das Argument der Autonomie	63
8.2. Grenzen der Autonomie	64
8.2.1 Beschädigung des medizinischen Berufsethos.....	65
8.2.2. Rückzug der Gesellschaft aus ihrem Schutzauftrag.....	67
8.2.3 Das Slippery-Slope-Argument.....	68
8.2.4 Ein spezifisch deutsches Argument: „Historische Verantwortung“	68
8.3 Fazit zur deutschen Argumentation.....	70
9. Argumentation in der Stellungnahme des französischen Ethikrats.....	72
9.1 Das Argument der „autonomie“	72
9.2. Grenzen der Autonomie	74
9.2.1. Beschädigung des medizinischen Berufsethos	74
9.2.2 Rückzug der Gesellschaft aus ihrem Schutzauftrag.....	75
9.2.3 Abschwächung des Tötungsverbots in der Gesellschaft.....	76
9.2.4 Das Slippery-Slope-Argument.....	76
9.2.5. Ein spezifisch französisches Argument: Psychologische Belastung für die Angehörigen.....	77
9.3.Fazit zur französischen Argumentation	79
10. Vergleichende Analyse beider Argumentationen.....	81
11. Zwei konkrete Fälle im Vergleich: der Sonderfall des Wachkomas	83
11.1. Der Fall Erika Küllmer in Deutschland.....	84
11.1.1 Die Falldarlegung	84
11.1.2 Die rechtliche Diskussion: Tun oder Unterlassen?.....	85
11.1.3 Rezeption.....	86
11.2 Der Fall Vincent Lambert in Frankreich	88
11.2.1 Die Falldarlegung	88
11.2.2 Die Diskussion um „obstination déraisonnable“: Wer entscheidet?.....	89
11.2.3 Die Rezeption.....	91
12. Vergleichende Analyse beider Sterbehilfe-Fälle	95
Diskussion und Schluss.....	97
Zusammenfassung	101
Literaturverzeichnis	103
Erklärung zum Eigenanteil.....	112

1. Einleitung

Als der französische Conseil d'Etat (dt. Staatsrat) am 24. Juni 2014 über die Legalität der Beendigung einer künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei dem Wachkomapatienten Vincent Lambert entschied ¹, brach eine heftige gesellschaftliche Debatte los. Dem Fall waren bereits mehrere Präzedenzfälle vorausgegangen, darunter der Fall Quinlan in den USA.² Die damit angestoßene Diskussion über die Grenzen der lebenserhaltenden Maßnahmen setzte sich mit den italienischen und deutschen Fällen von Elena Englaro und Erika Küllmer in Europa fort.³ Befürworter beriefen sich auf das Recht auf Selbstbestimmung, wohingegen Kritiker eines Behandlungsabbruchs vor einem moralischen Zerfall in den medizinischen Berufen warnten. All diese Fälle werfen Fragen nach der Berechtigung eines Behandlungsabbruchs, nach der Autonomie am Lebensende und deren Grenzen auf. Die Gewichtung und Bewertung der Argumentationen unterscheiden sich jedoch in den jeweiligen Ländern.

Praktiken und Entscheidungen über das Lebensende sind innerhalb Europas nationalen und kulturellen Unterschieden ausgesetzt. Dies wurde auch durch europäische empirische Studien, wie die EURELD-Studie, deutlich, die sich Entscheidungen über das Lebensende in sechs unterschiedlichen europäischen Ländern widmete: Von den 20.480 erfassten Todesfällen waren es in der Schweiz 51% Fälle von Sterbehilfe, wohingegen es in Italien nur 23% waren.⁴ Eine Analyse, der diesen Unterschieden zugrundeliegenden ethischen Fragen bzw. Wertungen ist also im Sinne eines europäischen Konsenses hilfreich. Vor diesem Hintergrund sollen in dieser Arbeit exemplarisch die ethischen Bewertungen von Sterbehilfe in zwei europäischen Ländern, Deutschland und Frankreich, in einer vergleichenden Analyse gegenübergestellt werden.

Ein wichtiger Beitrag zur Sterbehilfe-Debatte in Frankreich leistete der französische Ethikrat *Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences*

¹ Kishore (2016).

² Kishore (2016).

³ Kishore (2016).

⁴ Van der Heide et al (2003).

de la vie et de la santé (CCNE), der 2012 im Auftrag des ehemaligen französischen Präsidenten François Hollande eine Stellungnahme zum Lebensende ausarbeitete.⁵ Diese ging der Ausarbeitung des Gesetzes vom 2. Februar 2016 zum Lebensende voraus. Der CCNE setzt sich als Ziel, „den politischen Entscheidungsträger und der öffentlichen Debatte eine Analyse der ethischen Fragen zu liefern, die im Zusammenhang mit den naturwissenschaftlichen Fortschritten steht“.⁶ Ebenso gehört zu den Aufgaben des *Deutschen Ethikrats* (DER) „die Information der Öffentlichkeit und Förderung der Diskussion in der Gesellschaft [...]“ ebenso wie „die Erarbeitung von Stellungnahmen sowie von Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln“.⁷ Da beide Ethikräte vergleichbare Gremien in den jeweiligen Ländern darstellen, eignen sich ihre Stellungnahmen zum Thema Sterbehilfe für eine vergleichende Studie.

Eine Annahme dieser Arbeit ist, dass die Begriffe, auf die die ethische Diskussion aufbaut bzw. wie die unterschiedliche Sterbehilfeformen von den jeweiligen Ethikräte definiert werden, nationale Unterschiede aufweisen und Auswirkungen auf die jeweiligen Argumentationen haben. Die folgende Analyse der Stellungnahmen des *Deutschen Ethikrats* (DER) und des französischen *Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé* (CCNE) zum Thema Sterbehilfe gliedert sich in drei Teile:

Im ersten Teil werden die für die Debatte grundlegenden Begriffe beider Ethikräte erläutert. Um dies zu erleichtern, wird zunächst mithilfe einer Übersicht der englischsprachigen Diskussion, die der deutschen und französischen Debatte vorausging, ein begrifflicher Rahmen festgelegt, auf dessen Grundlage die deutschen und französischen Terminologien analysiert werden. Dabei soll die Frage beantwortet werden, was die französischen und deutschen Begrifflichkeiten unterscheidet und welche ethischen Bewertungen jeweils zugrunde liegen.

⁵ Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013).

⁶ « Le rôle du CCNE est de fournir un éclairage utile aux décideurs et au débat public sur les enjeux éthiques de ces progrès. », <https://www.ccne-ethique.fr/>. Zugegriffen: Oktober 2022.

⁷ Gesetz zur Einrichtung des Deutschen Ethikrats (EthRG), ausgefertigt am 16. Juli 2007

Im zweiten Teil wird die Argumentation der Ethikräte für die Zulässigkeit bzw. Unzulässigkeit der „Beihilfe zum Suizid“ und „Tötung auf Verlangen“ in Deutschland bzw. Frankreich untersucht, denn diese steht im Zentrum beider Sterbehilfe-Debatten. Die Zulässigkeit der „Beihilfe zum Suizid“ ist von der Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe zu unterscheiden, die seit Jahrzehnten in Deutschland und in Frankreich weitestgehend akzeptiert ist. Ähnlich wie für den Vergleich der deutschen und französischen Terminologien wird im zweiten Teil für den Vergleich der unterschiedlichen Argumente ein Überblick der Argumentation in der englischsprachigen Debatte geschaffen. Darauf aufbauend werden die deutschen und französischen Positionen analysiert. Es wird der Frage nachgegangen, gegen welche negativen gesellschaftlichen Konsequenzen Patientenautonomie von den beiden Ethikräten abgewogen wird und weshalb diese ethischen Überlegungen sich bei „Tötung auf Verlangen“ und „Beihilfe zum Suizid“ voneinander unterscheiden. Schließlich werden die Schlussfolgerungen und Empfehlungen in den Stellungnahmen des DER und CCNE analysiert und gegenübergestellt. An diesem Punkt soll demonstriert werden, wie sich die im vorherigen Teil untersuchten Begrifflichkeiten auf die jeweiligen Argumentationen auswirken.

Um dies besser zu veranschaulichen, werden im letzten Teil der vorliegenden Arbeit Fallbeispiele und ihre mediale Rezeption in Frankreich und in Deutschland herangezogen. Es wird gezeigt, wie Definitionen von Sterbehilfe den Werdegang dieser Fälle und die öffentliche Wahrnehmung beeinflussen können.

Diese Arbeit hat als Ziel, ein besseres Verständnis der unterschiedlichen Auffassungen des französischen und deutschen Ethikrats bzw. ihrer Stellungnahmen über die Definition und Wertung der Sterbehilfe zu ermitteln, um die Herstellung eines möglichen Konsenses in Zukunft zu erleichtern.

2. Methodik

Um der Frage nachzugehen, wie sich die ethische Bewertung der Sterbehilfe in Frankreich und in Deutschland in den Stellungnahmen der Ethikräte der jeweiligen Länder unterscheidet und wie diese sich in konkreten Sterbehilfefällen manifestiert, werden in der vorliegenden Arbeit in einem ersten Punkt (1) die schriftlichen Stellungnahmen des französischen Ethikrats Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) und des deutschen Ethikrats zum Thema Sterbehilfe untersucht und in einem zweiten Punkt (2) die mediale Rezeption zweier Sterbehilfefälle analysiert.

(1) Die vergleichende Analyse gründet wegen des Anspruchs auf Aktualität auf der jüngsten vom CCNE veröffentlichten Stellungnahme zum Thema Sterbehilfe, *Avis 121 Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*, aus dem Jahr 2013 sowie auf der 2006 publizierten Stellungnahme des deutschen Ethikrats, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*.⁸ Die Stellungnahme des französischen Ethikrats wurde im Original betrachtet. Die Übersetzungen sind meine eigenen.

Als Grundlage für die Rechtslage der Sterbehilfe in beiden Ländern wurde Tobias Schraders, *Sterbehilfe: Geschichte und Recht in Europa am Beispiel von Deutschland und Frankreich* sowie ein Kommentar zum neuen französischen Sterbehilfegesetz von Dominique Thouvenin, emeritierte Professorin für Privatrecht an der Ecole des hautes études en Santé publique (EHESP) herangezogen.⁹ Des Weiteren wurde die deutsche Rechtslage mit Hilfe des Buchs *selbst bestimmt sterben: Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*. mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfegesetz in Deutschland von Gian Domenico Borasio beleuchtet.¹⁰

Um die Stellungnahmen in den Kontext der nationalen Debatten einzuordnen, wurden mit Hilfe von „Google scholar“ Zeitschriftartikeln sowie Bücher in

⁸ Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013), Deutscher Ethikrat (2006).

⁹ Schrader (2012), Thouvenin, Les droits de la personne en fin de vie reconnus par la loi Claeys-Leonetti ? (2017).

¹⁰ Borasio (2016).

französischer, deutscher und englischer Sprache über die französische bzw. deutsche Sterbehilfedebatte mit den Stichwörtern „fin de vie“, „Sterbehilfe Frankreich“, „end-of-life France“, „euthanasia France“, „assisted-suicide France“ bzw. „fin de vie Allemagne“, „Sterbehilfe“, „end-of-life Germany“, „euthanasia Germany“ sowie „assisted-suicide Germany“ recherchiert.

Die anschließende vergleichende Analyse zwischen französischen und deutschen Perspektiven im Blick auf Sterbehilfe stützt sich zum Teil auf bereits vorhandene Studien von Horn und Bateman, die sich dem Thema aus anthropologischer Sicht widmeten.¹¹ Außerdem wurden Arbeiten herangezogen, die sich mit der französischen oder deutschen Perspektive in einem europäischen oder internationalen Kontext befassten. Die Artikel wurden ebenfalls mit Hilfe von „Google Scholar“ mit den oben genannten Stichwörtern recherchiert. Zu erwähnen sind vergleichende Studien von Horn und Kerasidou zwischen Frankreich und England bzw. von Schicktanz et al. zwischen Deutschland und Israel.¹²

(2) Da der Hauptbefund dieses Vergleichs sich besonders gut an konkreten Sterbehilfebeispielen und an ihre Rezeption in der Öffentlichkeit zeigen lässt, wurden Presseberichte über den Fall Vincent Lambert in Frankreich und den Fall Erika Küllmer in Deutschland analysiert. Diese beiden Fälle waren von besonderem Interesse für diese Arbeit, da es sich bei beiden Betroffenen um Wachkomapatienten handelte und es sich in beiden Fällen um passive Sterbehilfe handelte.

Für den Fall Vincent Lambert wurden Artikeln von 2013 bis 2019 aus den französischen Online-Zeitungen *Le Monde*, *Libération* und *Le Figaro* mit dem Stichwort „Lambert“ identifiziert und untersucht. Auch wurde zur Untersuchung der öffentlichen Rezeption in Frankreich die von Hugny et al. durchgeführte Medienanalyse über den Fall Lambert *Does the written press give a fair account of a complex medical question: the Vincent Lambert case?* herangezogen.¹³

¹¹ Horn & Bateman, *Le droit de mourir. Choisir sa fin de vie en France et en Allemagne* (2013).

¹² Horn & Kerasidou, *The concept of dignity and its use in end-of-life debates in England and France* (2016); Schicktanz, Raz, & Shalev (2010).

¹³ Hugny, Sanchez, & Aubry (2020).

Zum Fall Erika Küllmer wurden Artikeln in den Online-Zeitungen *Süddeutsche Zeitung*, *Der Spiegel*, *Die Zeit* und *Frankfurter Allgemeine Zeitung* untersucht, die unmittelbar vor oder nach der Veröffentlichung des Urteils des 2.

Strafsenats vom 25. Juni 2010 zum oben genannten Fall veröffentlicht wurden.

Diese Arbeit hat nicht das Ziel, eine umfassende Analyse der Sterbehilfe-Debatte in Frankreich und in Deutschland vorzulegen, sondern fokussiert sich auf begriffliche Unterschiede in abweichenden Argumentationen und wie diese sich in konkreten Sterbehilfefällen manifestieren. Im Vergleich zu vorherigen Studien, wie die von Schrader oder Horn und Bateman,¹⁴ bietet diese Analyse ein innovatives Vorgehen, indem sie den Vergleich der deutschen und der französischen Debatte in die internationale medizinethische Debatte einordnet. Dies beleuchtet die Tragweite, die nationale Unterschiede beispielsweise in der Herstellung eines internationalen Konsenses haben können.

¹⁴ Horn & Bateman, *Le droit de mourir. Choisir sa fin de vie en France et en Allemagne* (2013) ; Schrader (2012)

3. Englischsprachige Begrifflichkeit

Bereits im 16. Jahrhundert setzte sich Thomas Morus in seinem Buch *Utopia* mit der Sterbehilfe für Schwerstkranke auseinander. Sie war ein wichtiger Teil seiner fiktiven idealen Welt.¹⁵ Mit der ethischen Bewertung von Sterbehilfe und ihrer Regelung befasste sich die westliche Welt allerdings erst intensiv im 20. Jahrhundert. Mit der Verbreitung der antibiotischen Behandlung nach dem Zweiten Weltkrieg, der Erfindung der künstlichen Beatmung in den 50er-Jahren und dem neuen Verfahren der Dialyse für Patienten mit Niereninsuffizienz hielten Mittel und Verfahren in den medizinischen Alltag Einzug, die es den Ärzten erlaubten, das Leben von Patienten zunehmend zu verlängern. Daraus ergab sich bald die unausweichliche Frage, wie weit diese Verlängerung des Lebens nicht nur medizinisch gehen kann, sondern ethisch gehen darf. Anfang der 70er-Jahre wurde die Anwendung von lebenserhaltenden Maßnahmen bei Menschen, deren Gesundheitszustand keine Besserung zeigte, infrage gestellt.¹⁶

Im Kontext einer stets fortschreitenden Medizin erschien in Nordamerika der Begriff *Bioethics*, um die Anwendungen der Moralphilosophie im Falle von medizinischen Dilemmas zu bezeichnen.¹⁷ Die folgende Diskussionen über ethische Prinzipien, stieß nicht nur in den USA auf große Resonanz, sondern hatte auch einen entscheidenden Einfluss in Europa. Diego Garcia beschreibt in diesem Zusammenhang auch die wichtigen Anpassungen, die sich dabei im europäischen Kontext dieser Übersetzung der *Bioethics* vollzog:

„Because modern bioethics made its appearance in the Anglo-American culture, Europeans in general, [...] have attempted not simply to import or translate bioethics, but rather to recreate or remake the discipline according to their own cultural and ethical tradition.“¹⁸

Die Debatte über Sterbehilfe im englisch-amerikanischen Raum prägte die deutsche und französische Debatte. Übersetzungen bedeutender Werke zum

¹⁵ Morus (1986).

¹⁶ McCormick (2011).

¹⁷ Martensen (2001).

¹⁸ Gracia (1993, S.98).

Thema aus dem Englischen wie *Practical Ethics* von Peter Singer mit einem bekannten Beitrag zur Sterbehilfe, oder auch der Verweis auf den amerikanischen Fall Karen Quinlan in deutschen sowie französischen Diskussion über Behandlungsabbrüche sind Zeugnisse dieses Einflusses.¹⁹ Demzufolge ist im Kontext eines Vergleichs ethischer Diskurse über Sterbehilfe in Deutschland und Frankreich auch eine Übersicht der englischsprachigen Debatte obligatorisch. Dabei soll sowohl eine Übersicht des Forschungsstands zur Sterbehilfe-Debatte vorgelegt als auch ein begrifflicher Rahmen aufgezeigt werden, mit dessen Hilfe die Terminologien der deutschen und französischen Ethikräte und deren jeweilige Bedeutung analysiert werden. Vor allem den unterschiedlichen ethischen Bewertungen, auf deren Grundlage die Begriffe der Sterbehilfeformen überhaupt erst eingeführt wurden, kommen entscheidende Bedeutung zu. An diese Übersicht anknüpfend werden die landesspezifischen Elemente der deutschen und französischen Terminologie hervorgehoben.

Am Anfang steht dabei, die verschiedenen Formen der Sterbehilfe zu definieren, die üblicherweise in der englischsprachigen Literatur zu finden sind: „active euthanasia“, „passive euthanasia“, „indirect euthanasia“, „physician-assisted suicide“ und „continuous deep sedation“.

3.1 Definition von „euthanasia“

„euthanasia“ stammt aus dem Griechischen „eu“ und „thanatos“, deren Übersetzung „guter Tod“ ist.²⁰ Heutzutage ist von „euthanasia“ die Rede, wenn eine Person den Tod einer anderen Person herbeiführt, um ihr zu helfen, weil der Tod als bessere Alternative zum Leben gesehen wird.²¹

Ob der Tod eine bessere Alternative sein kann und wann bzw. unter welchen Voraussetzungen dies zutrifft, wurde in der englischsprachigen Bioethik heftig debattiert. Als zentrale Voraussetzung werden Leiden genannt, die nur noch durch den Tod zu beenden sind. Eine Tötungshandlung kann folglich nur der „euthanasia“ zugeordnet werden, wenn die Person, deren Tod herbeigeführt

¹⁹ Singer & Marcuzzi, *Questions d'éthique pratique* (1997) ; Singer, *Praktische Ethik* (2013) ; Danel, Lemarie, Jonquet, & Tromeur (2012), Merkel (1995).

²⁰ Kuhse (1993, S.294).

²¹ Kuhse (1993, S.294).

wird, (durch den Tod) von ihren Leiden befreit wird. In einem bekannten Beitrag argumentiert Foot, dass es sich beim Herbeiführen des Todes bei komatösen Patienten nicht um „euthanasia“ handeln kann, da sie nicht leiden:

„Nevertheless if they do not suffer it will not be an act of euthanasia by which someone opts for their death.“²²

Ein ethisches Problem, das sich daraus ergibt, ist die Frage, welches Leid in welchem Ausmaß nur noch durch den Tod zu beenden ist. Häufig wird als zu erfüllende Voraussetzung für den Sterbewilligen genannt, dass er an einer unheilbaren Krankheit leidet und sich zusätzlich im Endstadium „terminally ill“ befindet.²³ Diese restriktivere Definition wurde von Verfechtern eines größeren Zugangs von „euthanasia“ kritisiert, denn sie schließt bestimmte Patientengruppen aus, die an chronische Krankheiten wie etwa neurodegenerativen Krankheiten leiden.²⁴ Ein an Alzheimer Erkrankter könnte beispielsweise den Verlust seiner mentalen Fähigkeiten nicht erleben wollen und aus diesem Grund sterben wollen, würde sich jedoch laut den zuletzt genannten Kriterien nicht für „euthanasia“ qualifizieren, weil er noch am Anfang seiner Krankheit wäre und noch jahrelang leben könnte.

Ein weiteres zentrales Element der Definition von „euthanasia“ ist die Absicht der ausführenden Person, das Leiden zu beenden, wie unter anderem von Singer argumentiert wurde.²⁵ Führt z.B. ein Enkel den Tod seiner kranken und leidenden Großmutter willentlich herbei, nur um ihr Vermögen erben zu können, fehlt die Absicht, das Leiden zu beenden und es handelt sich deshalb nicht um „euthanasia“ im Sinne der Definition von Peter Singer.

„Euthanasia“ ist also zunächst von Mord oder Totschlag zu unterscheiden und wird schon vom Begriff her ethisch anders (als Mord oder Totschlag) beurteilt.

Es sind drei Formen von „euthanasia“ zu unterscheiden:

²² Foot (1977, S.111).

²³ Young (2022).

²⁴ Young (2022).

²⁵ Singer, Practical ethics (2011, S.158)

3.2. „Voluntary-“, „non-voluntary-“ und „involuntary euthanasia“

Um „voluntary euthanasia“ handelt es sich, wenn der Patient den Wunsch äußert zu sterben. Es ist auch von „voluntary euthanasia“ die Rede, wenn ein Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist, für die nun eingetretene medizinische Situation aber im Voraus z.B. durch eine Patientenverfügung den Wunsch zu sterben geäußert hat.²⁶

Es ist von „non-voluntary euthanasia“ die Rede, wenn eine Person den Tod eines Patienten herbeiführt, der nicht einwilligungsfähig ist, etwa ein unheilbar krankes Neugeborenes oder ein komatöser Patient.²⁷ Die Schwierigkeit ist, dass die nicht- einwilligungsfähige Person, nicht in der Lage ist, ihren Willen weiterzuleben auszudrücken.

Es handelt sich um „involuntary euthanasia“ in dem Fall, dass eine Person mit der Absicht, die Leiden zu lindern, den Tod eines einwilligungsfähigen Patienten herbeiführt, der seine Zustimmung nicht gegeben hat, weil er zum Beispiel nicht gefragt wurde.²⁸ „Involuntary euthanasia“ ist eine Form von Mord. Solche Fälle von „involuntary euthanasia“ sind aber praktisch inexistent.

Außerdem können eine „active“, „passive“ oder auch „indirect“ euthanasia voneinander unterschieden werden. Alle diese Sterbehilfeformen werden im Folgenden beschrieben.

3.3. „Passive euthanasia“

3.3.1. Definition

In dem Fall, dass ein Arzt einem an einer unheilbaren Krankheit leidenden Patienten ein todbringendes Mittel verabreicht, um die Leiden des Patienten zu beenden, verursacht der Arzt zweifellos den Tod. Wie aber verhält es sich, wenn der Arzt den Patienten nicht behandelt, z.B. auf eine künstliche Beatmung verzichtet, obwohl der Patient beatmungspflichtig ist? Ersteres Szenario stellt

²⁶ Singer, Practical ethics (2011, S.157).

²⁷ Singer, Practical ethics (2011, S.158).

²⁸ Singer, Practical ethics (2011, S.158).

einen Fall von „active euthanasia“ dar, während es sich bei einem Verzicht auf eine Behandlung oder bei deren Abbruch um „passive euthanasia“ handelt.

Ob der Abbruch einer Behandlung immer ein Fall von „passive euthanasia“ darstellt, wurde auf der Grundlage einer Unterscheidung zwischen „extraordinary“ und „ordinary care“ in den vergangenen Jahrzehnten debattiert.

Dieser Unterscheidung zufolge darf „extraordinary care“ im Rahmen der „passive euthanasia“ und auf der Grundlage der Patientenentscheidung unterlassen oder abgebrochen werden. Dagegen sei die Unterlassung einer „ordinary care“ ethisch nicht vertretbar. Diese Unterscheidung wurde früher von der katholischen Kirche gemacht.²⁹ Wenn ein Patient „ordinary care“ wie Essen abgelehnt hat, wurde es als Suizid angesehen. Die Ablehnung von „extraordinary care“ wie etwa eine Amputation wurde dagegen nicht als absichtliches Beenden des Lebens betrachtet.

„Extraordinary care“ und „ordinary care“ beziehen auf verhältnismäßige und unverhältnismäßige Behandlungen. Ob eine Behandlung verhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist, hängt nicht von der Natur der Behandlung ab, sondern davon, wie groß der therapeutische Nutzen für den Patienten ist.³⁰ Kuhse zitiert das Beispiel einer Herztransplantation, die als verhältnismäßig bzw. „ordinary“ angesehen wird, wenn sie an einem Zwanzigjährigen durchgeführt wird, dessen Lebenserwartung dadurch bedeutend erhöht wird.³¹ Dieselbe Herztransplantation kann wiederum als unverhältnismäßig bzw. „extraordinary“ angesehen werden, wenn sie an einem Achtzigjährigen durchgeführt wird. Auch eine einfache antibiotische Behandlung kann als unverhältnismäßig angesehen werden, wenn der behandelte Patient im terminalen Stadium einer Krebserkrankung ist. In diesem Sinne handelt es sich um einen Fall von „passive euthanasia“, wenn der Arzt auf Wunsch des Patienten unverhältnismäßige Behandlung bzw. „extraordinary care“ unterlässt oder abbricht.

²⁹ Kuhse (1993, S.298).

³⁰ Kuhse (1993, S.299).

³¹ Kuhse (1993, S.299).

Steinbock verneint aber, dass die Unterlassung oder der Abbruch von „extraordinary care“ ein Fall von „passive euthanasia“ darstellt.³² Laut ihr liegt das Wesen der „passive euthanasia“ in der Intention des Arztes, dem Leben des Patienten ein Ende zu setzen. Sie argumentiert, dass der Arzt den Tod des Patienten nur dann bewusst herbeiführt, wenn er „ordinary care“ unterlässt oder abbricht. Dagegen beabsichtigt der Arzt nicht den Tod des Patienten, wenn er „extraordinary care“ nicht einleitet oder abbricht, denn der Wille, zusätzliches Leiden zu vermeiden, steht im Vordergrund.

Dies verweist uns auf die Unterscheidung zwischen beabsichtigtem Tod und vorhersehbarem Tod, auf die später eingegangen wird.³³

Es sollen im Folgenden die ethischen Gründe für eine Differenzierung zwischen „passive“ und „active euthanasia“ erforscht werden, da es für ihre ethische Bewertung relevant ist.

Diese Unterscheidung erfolgt zum Teil auf der Grundlage einer Differenzierung zwischen Handeln und Unterlassen.

3.3.2. Abgrenzung zur „active euthanasia“

Handeln und Unterlassen

Die Begriffe von „passive euthanasia“ und „active euthanasia“ selbst erwecken den Eindruck, dass die ethische Unterscheidung der zwei Formen der „euthanasia“ auf der Grundlage der Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen erfolgt. Dieser Unterscheidung nach wäre „active euthanasia“ verwerflich, weil sie auf einer zielgerichteten Handlung beruhen würde, während die Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen ethisch akzeptabel wäre, weil dadurch der ungehinderte Fortgang der Krankheit ermöglicht wird. Manche Autoren halten diese ethische Unterscheidung für falsch. Denn Handeln sei ethisch gleich wie Unterlassen zu bewerten, wenn sie dieselbe Konsequenz hat (wie die Unterlassung) bzw. zum Tod führt.³⁴ Als Beispiel nennt Singer eine Situation, in der eine Patientin an Lungenentzündung stirbt, nachdem der Arzt

³² Steinbock (1979).

³³ Sieh 3.4. „Indirect euthanasia“

³⁴ Singer, Practical ethics (2011, S.182).

bewusst keine Antibiotika verabreicht hat.³⁵ Die Konsequenz der Handlung ist dieselbe wie in dem Fall, in dem der Arzt seiner Patientin eine tödliche Spritze gibt. Hier ist das „bare difference argument“ zu erkennen, das Rachels anhand eines berühmt gewordenen Beispiels veranschaulicht.³⁶ Er beschreibt in dieser Hinsicht zwei Fälle, die sich nur darin unterscheiden, dass der erste Fall das Ausführen darstellt, während der zweite in einer Unterlassung besteht. Die Intention der Handelnden ist dabei dieselbe und auch die Konsequenz ihrer (Nicht-) Handlung:

„In the first [case], Smith stands to gain a large inheritance if anything should happen to his six-year-old cousin. One evening while the child is taking his bath, Smith sneaks into the bathroom and drowns the child, and then arranges things so that it will look like an accident. In the second, Jones also stands to gain if anything should happen to his six-year-old cousin. Like Smith, Jones sneaks in planning to drown the child in his bath. However, just as he enters the bathroom Jones sees the child slip and hit his head, and fall face down in the water. Jones is delighted; he stands by, ready to push the child's head back under if it is necessary, but it is not necessary. With only a little thrashing about, the child drowns all by himself, "accidentally," as Jones watches and does nothing. Now Smith killed the child, whereas Jones "merely" let the child die. That is the only difference between them.“³⁷

Rachels nutzt dieses Beispiel, um hervorzuheben, dass die Unterlassung und die zielgerichtete Handlung aus ethischer Sicht gleich zu bewerten sind. Wird die ethische Unterscheidung zwischen „active-“ und „passive euthanasia“ verneint, können die beiden Handlungen als entweder ethisch gleich verwerflich oder gleich vertretbar angesehen werden. Das Argument von Rachels und so auch von Singer gilt aber nur, wenn keine anderen ethisch relevanten Unterschiede zwischen „active-“ und „passive euthanasia“ bestehen (als derjenige zwischen Handeln und Unterlassen). „Active euthanasia“ und „passive euthanasia“ können zudem auf der Grundlage eines Zeitunterschieds unterschiedlich bewertet werden.

³⁵ Singer, Practical ethics (2011, S.182)

³⁶ Rachels (1975).

³⁷ Rachels (1975, S. 79).

Zeitunterschied

Es geht hier hauptsächlich um die Zeit bis zum Eintritt des Todes, die anders bewertet sein kann. Bei „active euthanasia“ tritt nämlich der Tod unverzüglich ein, während dies bei „passive euthanasia“ zum Teil erst nach mehreren Wochen der Fall ist. Der Patient, der keine antibiotische Behandlung für seine Lungenentzündung bekommt, kann nämlich erst eine Woche nach Infekt-Anfang sterben. Singer nutzt diesen Zeitunterschied, um „active euthanasia“ zu befürworten. „Active euthanasia“ sei menschlicher als der herausgezögerte und möglicherweise qualvolle Tod im Fall der „passive euthanasia“.³⁸ Interessanterweise, kann aber dieser Zeitunterschied genauso auch andersrum bewertet werden, so dass „passive euthanasia“, um es mit den Worten von Bonnie Steinbock zu sagen, „more decent and humane“ als „active euthanasia“ erscheint, weil die gewonnene Zeit eine liebevolle Betreuung des Patienten ermöglicht:

„The decision not to operate need not mean a decision to neglect, and it may be possible to make the remaining months of the child’s life comfortable, pleasant and filled with love. If this alternative is possible, surely it is more decent and humane than killing the child.“³⁹

Kann man aufgrund der genannten Argumente einen ethisch relevanten Unterschied zwischen „active“ und „passive euthanasia“ begründen oder ablehnen? Das ist in der Folge eine zentrale ethische Frage. Denn die „passive euthanasia“ in Form einer auf Wunsch des Patienten unterlassenen oder abgebrochenen lebensrettenden Behandlung wird allgemein akzeptiert und auch von Ärzten häufig praktiziert.

Nicht nur der Unterschied zwischen „passive-“ und „active euthanasia“ ist in der Praxis relevant, sondern auch der zwischen „indirect-“ und „active euthanasia“, denn „indirect euthanasia“ ist anders als „active euthanasia“ in Form einer Leidenslinderung weitestgehend akzeptiert und in den meisten Ländern auch rechtlich erlaubt.

³⁸ Singer, Practical ethics (2011, S.186)

³⁹ Steinbock (1979, S.63)

3.4. „Indirect euthanasia“

3.4.1 Definition

Von „indirect euthanasia“ ist die Rede, wenn eine Schmerztherapie eingesetzt und dabei eine Lebensverkürzung etwa wegen atemdepressiver Wirkungen von Opiaten in Kauf genommen wird. In diesem Fall beabsichtigt der Arzt nicht den Tod des Patienten. Der Wille, Leiden zu lindern, steht im Vordergrund. Die Nebenwirkungen der Schmerzbehandlung sind kein Ziel, sondern indirekte und nicht gewollte Konsequenzen. Der Tod tritt als (nicht intendierte) Nebenfolge ein.

„Active euthanasia“ und „indirect euthanasia“ werden auf der Grundlage von verschiedenartigen Intentionen unterschieden. Dies verweist auf die Differenzierung zwischen beabsichtigtem Tod (im Fall der „active euthanasia“) und vorhersehbarem Tod (im Fall der „indirect euthanasia“), die sich auf das „Principle of Double effect“ stützt.

3.4.2 Abgrenzung zur „active euthanasia“ : „Principle of Double effect“

Das „Principle of double effect“ (dt. Prinzip der Doppelwirkung) wurde vom Thomas von Aquin in *Summa Theologiae* formuliert.⁴⁰ Diesem Prinzip nach ist die (schädliche) Nebenwirkung, also im Fall der „indirect euthanasia“ der Tod, ethisch vertretbar, solange der Nutzen der Handlung bzw. der Schmerzlinderung die Nebenwirkung überwiegt. Dabei ist zwar absehbar, dass die Nebenwirkung bzw. der Tod eintreten kann, jedoch ist dies nicht gewollt.⁴¹

Damit stellt sich folgende Frage: Können Konsequenzen einer Handlung, die beabsichtigt sind, von vorhergesehenen Konsequenzen unterschieden werden? Und wenn ja, sind sie ethisch anders zu bewerten?

Eine Kritik, die am „Principle of double effect“ geübt werden kann, ist, dass es kaum möglich ist, von einer Handlung aus, auf die Intentionen der Handelnden zu schließen.⁴² Singer argumentiert, dass beabsichtigte Folgen ethisch gleich

⁴⁰ Von Aquin.

⁴¹ McIntyre (2014).

⁴² McIntyre (2014).

zu bewerten sind wie vorhergesehene Folgen, weil sie zum selben Ergebnis führen, nämlich zum Tod des Patienten.⁴³

Es muss zudem auf den Unterschied zwischen „physician-assisted suicide“ und „active euthanasia“ eingegangen werden, denn „assisted suicide“ ist in manchen Ländern, wie in der Schweiz, rechtlich zulässig,⁴⁴ wohingegen „active euthanasia“ es nicht ist, was ein ethischer Unterschied zwischen beiden Handlungsweisen voraussetzt.

3.5. „Physician-assisted suicide“

3.5.1 Definition

Es ist von „physician-assisted suicide“ die Rede, wenn der Arzt dem Patienten auf dessen Anfrage ein potenziell tödlich wirkendes Medikament zur Verfügung stellt, das der Patient jederzeit zu sich nehmen kann, um seinem Leben ein Ende zu setzen. Dagegen verabreicht der Arzt im Fall der „active euthanasia“ dem Patienten das todbringende Mittel, weil der Patient oft nicht in der Lage ist, das Mittel selbst einzunehmen. Die Person, die die entscheidende Handlung ausführt, ist beim physician-assisted suicide der Patient, bei der „active euthanasia“ der Arzt. Rechtfertigt dieser Unterschied aber, dass „physician-assisted suicide“ und „active euthanasia“ ethisch anders bewertet werden?

3.5.2. Abgrenzung zur „active euthanasia“

Auf der Grundlage des kausalen Unterschieds ist „physician-assisted suicide“ ethisch vertretbar, weil es sich um Selbstmord handelt, während „active euthanasia“ ethisch verwerflich ist, weil es eine Tötungshandlung darstellt. Andererseits wird argumentiert, dass der Arzt beim „physician-assisted suicide“ den Tod des Patienten genau wie bei „active euthanasia“ (mit)verursacht, so dass der Arzt und der Patient zusammen den Patienten umbringen.⁴⁵ Denn der Arzt kennt die Intention seines Patienten, seinem Leben ein Ende zu setzen und unterstützt ihn dabei. Somit beabsichtige er den Tod des Patienten, genau wie im Fall von „active euthanasia“.

⁴³ Singer, Practical ethics (2011, S.183).

⁴⁴ Andorno (2013).

⁴⁵ Brock (1992).

„Physician-assisted suicide“ wird „active euthanasia“ zum Teil vorgezogen, auch aus dem Grund, dass „physician-assisted suicide“ dem Sterbewilligen mehr Kontrolle erlaubt, weil der Patient jederzeit die Möglichkeit hat, sich umzuentcheiden und folglich über die Möglichkeit verfügt, die Tat nicht zu Ende zu führen. Dazu Brody :

„They are psychological reasons to prefer patient control over physician-administered lethal injection whenever possible. The normal human response to facing the final moment before death, when one has control over the choice, ought to be ambivalence. The bottle of pills allows full recognition and expression of that ambivalence : I, the patient can sleep on it, and the pills will be still there in the morning; I do not lose my means of escape through the delay.“⁴⁶

Ein Gegenargument besagt, dass der Patient dagegen sowohl bei der „voluntary active euthanasia“ als auch beim „physician-assisted suicide“ über das gleiche Maß an Kontrolle verfügt. Der Patient habe schließlich bei der „voluntary active euthanasia“ auch die Möglichkeit, seine Meinung zu ändern, denn der Arzt geht bis zum letzten Moment auf seinen Willensäußerungen ein.⁴⁷

Für die Befürworter einer Unterscheidung auf der Grundlage der Frage nach Kontrolle des Patienten spielt das Argument eine wichtige Rolle, dass „physician-assisted suicide“ zu weniger Missbrauchsfällen führt. Schließlich besteht im Fall des „physician-assisted suicide“ nicht die Gefahr, dass auf den Patient Druck ausgeübt wird, aus dem Leben zu scheiden. Wenn der Patient jedoch beim „physician-assisted suicide“ wie auch bei der „voluntary active euthanasia“ das gleiche Maß an Kontrolle hat, ist damit auch die Missbrauchsgefahr bei beiden Vorgehensweisen gleich hoch.⁴⁸

Welche Argumente zur unterschiedlichen Bewertung zwischen „physician-assisted suicide“ und „active euthanasia“ seitens des deutschen Ethikrats und des französischen Ethikrats genannt werden, wird noch darzulegen sein.

⁴⁶ Brody (1992, S.1386).

⁴⁷ Dixon (1998).

⁴⁸ Brock (1992).

Aber nicht nur die begriffliche Unterscheidung zwischen „physician-assisted suicide“ und „active euthanasia“ ist von Bedeutung, sondern auch die Abgrenzung von „continuous deep sedation“ zur „active euthanasia“, denn unterschiedliche Definitionen erlauben eine differenzierte Positionierung; beispielsweise ist „continuous deep sedation“ in Frankreich rechtlich zulässig ist, wohingegen „active euthanasia“ es nicht ist.

3.6 „Continuous deep sedation“

3.6.1 Definition

Es ist zunächst anzumerken, dass selbst der Begriff, der eine kontinuierliche Sedierung am Ende des Lebens bezeichnen soll, Gegenstand von Debatten ist („terminal sedation“ oder „continuous deep sedation“).⁴⁹

Um eine Sedierung bis zur Bewusstlosigkeit des Patienten zu bezeichnen, die bis zum Tod aufrechterhalten wird (jedoch jederzeit unterbrochen werden kann), erscheint für diese Arbeit der Begriff „continuous deep sedation“ adäquater für die Darstellung von unterschiedlicher Argumentation zu sein, denn der Begriff enthält keine ethischen Urteile. Anders als „terminal sedation“ setzt er nicht voraus, dass der Tod Ziel der Sedierung ist.

Im Fall der „continuous deep sedation“ beabsichtigt der Arzt nicht den Tod seines Patienten wie im Fall der „active euthanasia“, sondern das Koma seines Patienten, in dem der Patient unfähig ist, Nahrung und Flüssigkeit selbst zu sich zu nehmen.⁵⁰

Es herrscht in der englischsprachigen Literatur Uneinigkeit darüber, ob die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr im Rahmen der Sedierung abgebrochen werden soll.⁵¹

Patienten, die im Zuge der „continuous deep sedation“ sediert werden, sterben dann einige Tage später an den Folgen ihrer Krankheit und ggf. an der fehlenden Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Rechtfertigt dieser Unterschied,

⁴⁹ Van Delden, Terminal sedation: source of restless ethical debate (2007, S.187).

⁵⁰ Van Delden, Terminal sedation: source of restless ethical debate (2007, S.187).

⁵¹ Van Delden, Terminal sedation: source of restless ethical debate (2007, S.187).

dass „continuous deep sedation“ und „active euthanasia“ ethisch anders bewertet werden?

3.6.2 Abgrenzung zur „active euthanasia“

Das am häufigsten verwendeten Argument zur Unterscheidung der „continuous deep sedation“ von der „active euthanasia“ beruht auf der Unterscheidung von Intentionen, die auf das schon erwähnte „Principle of Double Effect“ verweisen. Die Intention bei der „continuous deep sedation“ ist es, die Schmerzen zu lindern, während „active euthanasia“ den Tod herbeiführen soll. In der „continuous deep sedation“ ist der Tod eine vorhersehbare Nebenwirkung, ist jedoch nicht direkt beabsichtigt und der Erleichterung der Schmerzen untergeordnet. Somit kann „continuous deep sedation“ auch eine bestimmte Form von „indirect euthanasia“ sein.⁵² Im Fall aber, dass Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr unterbrochen werden, und dass der Patient in Folge der fehlenden Nahrungs- und Flüssigkeitseinnahme stirbt, kann „continuous deep sedation“ durch die stattfindende „passive euthanasia“ gerechtfertigt werden, solange diese die Zustimmung des Patienten erfährt.

Lipuma sieht dieses Vorgehen dagegen als „active euthanasia“. Er argumentiert, dass Sedierung das Sterben unverzüglich herbeiführt. Somit ist der Tod als Resultat der „continuous deep sedation“ auch ihre einzige Wirkung.⁵³

Lipumas Argument, dass „continuous deep sedation“ und „active euthanasia“ beide zum Tod führen, also dieselbe Konsequenz haben, wirft vor allem die Frage nach der Definition des Todes auf. Ist ein unwiederbringlicher Verlust des Bewusstseins gleichzusetzen mit dem Tod? Lipuma bejaht diese Frage. Folglich ist eine Person unter kontinuierliche Sedierung bereits tot, auch wenn ihr Herz-Kreislauf-System intakt ist:

„To have one’s consciousness permanently eliminated is to die.“⁵⁴

Dieses Argument stützt sich auf eine „higher brain death“-Definition: Der Ausfall der Großhirnrinde, die für das Bewusstsein sorgt, wird mit dem Tod

⁵² Van Delden, Terminal sedation : source of restless ethical debate (2007,S.187).

⁵³ Lipuma (2013, S.195)

⁵⁴ Lipuma (2013, S.195).

gleichgesetzt. Dies setzt voraus, dass die Existenz einer Person an ihr Bewusstsein geknüpft ist. Problematisch ist aber hier, dass die Sedierung ja reversibel ist, und dass die Person dementsprechend jederzeit zur Existenz „zurückkehren“ kann (was dieses Argument ggf. entkräftet.)

Ein weiteres Argument zur Unterscheidung der „continuous deep sedation“ von der „active euthanasia“ ist, dass die jeweiligen Interventionen aus medizinischer Sicht anders durchgeführt werden. So die AMA: „repeated doses or continuous infusion“ von Sedativas dienen der Linderung der Schmerzen und werden bei der „continuous deep sedation“ angewendet, während „one large dose“ oder „rapidly accelerating doses“ das Sterben bei der „active euthanasia“ herbeiführen sollen.⁵⁵ Margaret Battin betont jedoch den Mangel an objektiven Kriterien für eine solche Unterscheidung.⁵⁶

Auch wenn die Debatte über Sterbehilfe (und die damit verbundenen Fragen von Selbsttötung im terminalen Stadium einer Krankheit) in den USA und in mehreren europäischen Ländern im gleichen zeitlichen Rahmen aufflammt, stößt sie in Deutschland und in Frankreich auf einen anderen kulturellen, sprachlichen und rechtlichen Kontext, der im Folgenden erläutert wird. Welche Terminologien vom französischen und deutschen Ethikrat eingesetzt werden und welche ethischen Bewertungen jeweils zugrunde liegen, wird im Folgenden dargelegt.

Im nächsten Abschnitt wird die Begrifflichkeit des Deutschen Ethikrats behandelt.

⁵⁵ Battin, Terminal sedation: Pulling the sheet over our eyes, (2008, S.29).

⁵⁶ Battin, Terminal sedation: Pulling the sheet over our eyes, (2008, S.29).

4. Begrifflichkeit des Deutschen Ethikrats

Während das Wort „euthanasia“ in den USA geläufig ist, ist der Begriff in Deutschland seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs verpönt. Stattdessen wird der Begriff „Sterbehilfe“ verwendet.⁵⁷ Schon 1751 wurde Suizid von Friedrich dem Großen in Preußen entkriminalisiert. Die Beihilfe zum Suizid ist seit 1970 in Deutschland keine Straftat, vorausgesetzt, dass die betreffende Person tatherrschaftsfähig ist, das heißt, Kontrolle über ihre eigenen Handlungen übernehmen kann und bis zuletzt die freie Entscheidung über ihr Schicksal behält (bspw., wenn sie die Möglichkeit hat, tödliche Medikamente auszuspucken). Außerdem muss die Person aus freiverantwortlichem Willen handeln bzw. keine Anzeichen für psychische Störungen oder Zwangsvorstellungen zeigen.⁵⁸

In diesem toleranten rechtlichen Kontext wurde 1980 die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben DGHS gegründet. Nicht nur die rechtliche Lage, sondern auch der sprachliche Kontext begünstigte ihre Entstehung.⁵⁹ Während im englischsprachigen Raum Selbsttötung mit einem einzigen Wort - „suicide“ - bezeichnet wird, sind es im Deutschen zahlreiche Begriffe mit unterschiedlichen Nuancen, die benutzt werden können: „Selbsttötung“, „Selbstmord“, „Suizid“, „Freitod“. Insbesondere der Begriff „Freitod“ ist sehr spezifisch für die deutsche Sprache. Auch wenn von dem Begriff in der alltäglichen Sprache vergleichsweise selten Gebrauch gemacht wird, prägt er die Einstellung gegenüber dem Lebensende. Battin vermerkt, dass es sich dabei um einen positiven Begriff handelt, der Ausdruck einer höchstpersönlichen Entscheidung ist und den Triumph der persönlichen Ideale über konventionelle gesellschaftliche Normen suggeriert.⁶⁰ Nur in diesem Sinne ist es ein „freier“ Tod. So machte auch die DGHS von dem Begriff Gebrauch: Ihre Mitglieder mussten seit 1992 vor dem Schlussakt eine „Freitod Verfügung“ unterschreiben.

⁵⁷ Horn & Bateman, *Le droit de mourir. Choisir sa fin de vie en France et en Allemagne* (2013, S.38).

⁵⁸ Schrader (2012, S.85).

⁵⁹ Battin, *Assisted suicide : can we learn from Germany ?* (1992, S.47).

⁶⁰ Battin, *Assisted suicide : can we learn from Germany ?* (1992, S.47).

In dieser hieß es: „Ich habe heute meinen Freitod eingeleitet.“ Darüber schrieb Margaret Battin:

„On the other hand, the German [...] tends to regard Freitod as a matter of right – that is, to assume that it ought not to be interfered and that one always has the right to this choice.“⁶¹

So wird ersichtlich, dass der sprachliche sowie der rechtliche Kontext für das Verständnis der Sterbehilfe-Debatte in Deutschland entscheidend sind.

Ziel dieses Kapitels ist es, die deutsche Terminologie vor dem Hintergrund der englischsprachigen Terminologie auszulegen.

Die vom Deutschen Ethikrat vorgeschlagenen alternative Begrifflichkeiten „Tötung auf Verlangen“, „Sterbenlassen“, „Therapien am Lebensende“, „Beihilfe zur Selbsttötung“ und „Sterbebegleitung“⁶² werden erläutert. Es sollen zudem die ethischen Gründe für eine solche Differenzierung zwischen den Handlungen erforscht werden. Auch auf die gesetzliche Regelung der Sterbehilfeformen in Deutschland wird eingegangen, die in der deutschen Rechtsprechung eingebettet ist.

4.1. „Tötung auf Verlangen“

4.1.1. Definition

Bei der „aktiven Sterbehilfe“ geht es um Handlungen, die den Tod eines Menschen gezielt herbeiführen sollen. Der Arzt kann zum Beispiel in dieser Absicht seinem Patienten eine tödliche Spritze oder eine Überdosis an Medikamenten verabreichen. Der Deutsche Ethikrat vermerkt hier die positive Verfärbung des Begriffs Sterbehilfe und schlägt eine alternative Terminologie vor, die Entscheidungen und Handlungen am Lebensende „angemessener“ beschreiben soll. Für Handlungen, die den Tod durch aktives Handeln bewirken, wird der Begriff „Tötung auf Verlangen“ vorgezogen.⁶³ Dabei setzt sich der Ethikrat für eine möglichst ethisch neutrale Begrifflichkeit ein.

⁶¹ Battin, Assisted suicide: can we learn from Germany? (1992, S.50).

⁶² Deutscher Ethikrat (2006).

⁶³ Deutscher Ethikrat (2006, S.50).

Anzumerken ist, dass mit dem Begriff „Tötung auf Verlangen“ schon impliziert wird, dass die Tötung der „voluntary euthanasia“ zuzuordnen ist. Somit kommt eine Tötung ohne Verlangen hier gar nicht erst in Betracht.

4.1.2. Rechtslage

„Tötung auf Verlangen“ ist rechtswidrig und nach §216 StGB eine Straftat.⁶⁴ Die Regelung bezieht sich dabei nicht speziell auf schwer kranke Menschen oder Personen am Lebensende. „Tötung auf Verlangen“ unterscheidet sich vom „Totschlag“ oder „Mord“ aus dem Grund, dass die Tötung auf eigenen Wunsch hin geschieht. Die Strafe fällt milder aus als bei einem „Totschlag“. Das Strafmaß liegt zwischen sechs Monaten und fünf Jahren.⁶⁵ Die Strafbarkeit der „Tötung auf Verlangen“ gründet nicht auf einer Pflicht zum Leben gegen den Willen des Betroffenen. Sie dient vielmehr der Vermeidung von Missbrauch.⁶⁶

Zwischen „Tötung auf Verlangen“ und „Sterbenlassen“ zieht der Deutsche Ethikrat eine klare Grenze:

4.2. „Sterbenlassen“

4.2.1. Definition

„Passive Sterbehilfe“ wird als Nicht-Einleitung oder Nicht-Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen verstanden. Da aber die Unterlassung einer lebensverlängernden Maßnahme auch in ihrem aktiven Beenden bestehen kann, etwa in dem Abstellen eines Beatmungsgerätes, zieht der Ethikrat den Begriff „Sterbenlassen“ vor.⁶⁷ So handelt es sich etwa bei Verzicht auf Chemotherapie oder bei der Beendigung einer Chemotherapie um Fälle von „Sterbenlassen“. Auch die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit, die eine medizinische Maßnahme darstellt, kann im Rahmen des „Sterbenlassens“ abgebrochen werden.

⁶⁴ Strafgesetzbuch, §216 – Tötung auf Verlangen. dejure.org/gesetze/StGB/216.html.
Zugegriffen: Januar 2021.

⁶⁵ Schrader (2012, S.148).

⁶⁶ Deutscher Ethikrat (2006, S.60).

⁶⁷ Deutscher Ethikrat (2006, S.51).

Der neuen Begrifflichkeit (mit dem Begriff „Sterbenlassen“) kommt eine entscheidende Rolle zu, denn sie bedeutet den Verzicht auf den traditionellen Gegensatz zwischen „aktiver-“ und „passiver Sterbehilfe“. Somit wird die ethische Wertung auf der Grundlage einer Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen aufgegeben.

Der Unterschied zwischen „Sterbenlassen“ und „Tötung auf Verlangen“ liegt laut dem Ethikrat in der Absicht der Handelnden.⁶⁸

4.2.2. Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“

Es wird vom Ethikrat betont, das Ziel des „Sterbenlassens“ sei, den ungehinderten Fortgang der Krankheit zu ermöglichen und nicht den Tod herbeizuführen. Die grundlegende Intention ist also eine andere als bei der „Tötung auf Verlangen“. Dabei tritt der Tod als (nicht intendierte) Nebenfolge ein.⁶⁹ Dies erinnert an den Unterschied zwischen beabsichtigtem und vorhersehbarem Tod.

Vorraussetzung für die Zuordnung einer Unterlassung der medizinischen Behandlung zum „Sterbenlassen“, ist der Wunsch des Patienten, die Therapie zu unterlassen. Unterbleibt eine Therapie gegen den Willen des Patienten handelt es sich um eine „Tötung durch Unterlassen“.⁷⁰

Das Element des Willens bestimmt also die Rechtslage des „Sterbenlassens“.

4.2.3. Rechtslage

„Sterbenlassen“ ist in Deutschland rechtlich zulässig. Die Rechtslage basiert auf dem Rechtsprinzip, dass eine ärztliche Maßnahme diagnostischer oder therapeutischer Art, die gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt wird, eine strafbare Körperverletzung darstellt. Dieses Prinzip findet im Recht auf Leben und im Recht auf körperliche Unversehrtheit seine Grundlage.⁷¹ Eine Zwangsbehandlung ist ein unzulässiger Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Somit darf keine Behandlung, sei sie auch lebensrettend, vom

⁶⁸ Deutscher Ethikrat (2006, S.50).

⁶⁹ Deutscher Ethikrat (2006, S.51).

⁷⁰ Deutscher Ethikrat (2006, S.64).

⁷¹ Borasio (2016, S.28).

Arzt gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden. Dies rechtfertigt, dass eine Behandlung, die auf der Autonomie des Patienten basiert, nicht eingeleitet oder nicht fortgeführt wird.⁷²

Ein Behandlungsabbruch ist auch erlaubt, wenn ein Patient noch nicht in die Sterbephase eingetreten ist, sich aber den Abbruch der Behandlung wünscht bzw. die Voraussetzungen eines mutmaßlichen Willens gegeben sind, wie im bekannten Kemptener Urteil 1994 klargestellt wurde: Betreuer und Arzt durften die künstliche Ernährung einer Patientin im Wachkoma auf Tee umstellen, auch wenn keine Todesnähe bestand, aus dem Grund, dass die Patientin laut Zeugenaussagen dieser Ernährungsumstellung zugestimmt hatte.⁷³

Dem Kemptener Urteil folgten vielfältige Urteile, die alle den Respekt des Patientenwillen stärkten.⁷⁴

2010 wurde die Terminologie des Behandlungsabbruchs festgelegt: Die Rechtsprechung stellte im sog. Fuldaer Urteil klar, dass ein Behandlungsabbruch sowohl in einem „Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer medizinischen Behandlung“ bestehen könne, solange alle Handlungsweisen dazu dienen, dem zum Tod führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen und dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu entsprechen.⁷⁵

Schließlich betonte 2014 der Bundesgerichtshof, dass ein Behandlungsabbruch bei einer Koma-Patientin auch ohne Patientenverfügung und entsprechend des mutmaßlichen Willens der Patientin möglich sei.⁷⁶

Furkel betont, dass die deutsche Rechtsprechung dem bewusstlosen Patienten in Deutschland die Sicherung gibt, dass sein Wille respektiert wird.⁷⁷ Auch stellt

⁷² Borasio (2016, S.28).

⁷³ Bundesgerichtshof, 1 StR 357/94 Kemptener Fall (13.09.1994). <http://www.hrr-strafrecht.de/hrr>. Zugegriffen: Januar 2021.

⁷⁴ Furkel (2013).

⁷⁵ Bundesgerichtshof, 2 StR 454/09 (25.06.2010). <http://www.hrr-strafrecht.de/hrr>. Zugegriffen: Januar 2021.

⁷⁶ Bundesgerichtshof, Beschluss des XII. Zivilsenats vom 17.09.2014, XIIIZB 202/13, (17.09.2014). <https://www.drzze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/fuenf-urteile-zur-sterbehilfe>. Zugegriffen Januar 2021.

⁷⁷ Furkel (2013).

Horn fest, dass der Willen des Patienten in Fällen von Behandlungsabbruch in Deutschland vorrangig ist:

„In numerous conflicts concerning treatment withdrawal, at patients' or their family's demands in the face of the physicians' wishes, the juridical decisions have emphasized the primacy of the patient's will.“⁷⁸

Grundsätzlich steht der geäußerte oder mutmaßliche Wille des Patienten in der erwähnten Rechtsprechung über dem menschlichen Leben.⁷⁹ Nur im Zweifelsfall hat der Schutz des menschlichen Lebens Vorrang: „In dubio pro vita“.⁸⁰

Auch „Therapien am Lebensende“ haben im Selbstbestimmungsrecht des Patienten ihre Berechtigung.

4.3. „Therapien am Lebensende“

4.3.1. Definition

Unter „indirekter Sterbehilfe“ wird die zulässige Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung verstanden. Der Begriff kann mit „indirect euthanasia“ gleichgestellt werden. Laut dem deutschen Ethikrat muss „indirekte Sterbehilfe“ jedoch nicht den vorzeitigen Tod des Patienten herbeiführen. Es stehen dabei Schmerzbehandlung und Sedierung im Vordergrund. Dies rechtfertigt, dass der Begriff „Therapien am Lebensende“ statt „indirekte Sterbehilfe“ verwendet wird.⁸¹

Somit entscheidet sich der Ethikrat erneut für einen Begriff, der weniger Wertung (als der vorherige Begriff) transportiert.

Zu „Therapien am Lebensende“ werden alle medizinischen Maßnahmen gezählt, auch palliativmedizinische, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen, mit dem Ziel, Leiden zu mildern.⁸²

⁷⁸ Horn, Euthanasia and end-of-life practices in France and Germany. A comparative study, (2013, S. 204).

⁷⁹ Marguet (2017).

⁸⁰ Schrader (2012).

⁸¹ Deutscher Ethikrat (2006, S.51).

⁸² Deutscher Ethikrat (2006, S.54).

Die tiefe Sedierung wird vom Deutschen Ethikrat genauso wie die Schmerzbehandlung zu den „Therapien am Lebensende“ gezählt. Allerdings nur, wenn sie im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung erfolgt. Ebenso verhält es sich, wenn die Sedierung bei Patienten durchgeführt wird, bei denen der Verzicht oder der Abbruch einer Behandlung erfolgt.⁸³ Das Ziel ist die Erleichterung belastender Symptome. Auch für „terminale Sedierung“ schlägt der Ethikrat eine alternative Begrifflichkeit vor: Er empfiehlt, den neutraleren Begriff „palliative Sedierung“ zu verwenden.⁸⁴ Mit dieser neuen Terminologie wird anders als bei „terminaler Sedierung“ nicht nahegelegt, dass der Tod Ziel der Sedierung ist.

Der entscheidende Unterschied zwischen „Therapien am Lebensende“ und „Tötung auf Verlangen“ liegt laut dem Deutschen Ethikrat in der Intention.

4.3.2. Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“

Der Deutsche Ethikrat zieht eine klare Grenze zwischen „Therapien am Lebensende“ und „Tötung auf Verlangen“ auf der Grundlage von unterschiedlichen Intentionen. „Therapien am Lebensende“ werden als Maßnahme zur Symptombeherrschung dargestellt. Das Ziel der „Therapien am Lebensende“ sei, belastende Symptome zu lindern, nicht jedoch den Tod herbeizuführen. Die grundlegende Intention ist also eine andere als im Fall der „Tötung auf Verlangen“.⁸⁵ Dabei tritt der Tod als (nicht intendierte) Nebenfolge ein. Dies verweist erneut auf das „Principle of double effect“, das sich auch die deutsche Rechtsprechung zu eigen macht.

4.3.3. Rechtslage

„Indirekte Sterbehilfe“ ist auf Grundlage des Selbstbestimmungsrechts in Deutschland nicht rechtswidrig: Das Recht, jegliche Lebensverlängerung zugunsten von Schmerzlinderung abzulehnen, gehört nur dem Patienten.

⁸³ Deutscher Ethikrat (2006, S.53).

⁸⁴ Deutscher Ethikrat (2006, S.53).

⁸⁵ Deutscher Ethikrat (2006, S.54).

Dieses Recht wurde 1996 vom Bundesgerichtshof in der Rechtsprechung verankert.⁸⁶

Der Bundesgerichtshof setzte sich mit einem Fall auseinander, in dem eine Ärztin ihrer Patientin eine hohe Dosis schmerzlindernder Medikation verabreichte. Kurz darauf starb die Patientin. Die Ärztin gab an, nicht mit Tötungsabsicht gehandelt, sondern lediglich die von der Patientin gewünschte Schmerzlinderung beabsichtigt zu haben. Die Schmerzlinderung wurde vom Bundesgerichtshof für zulässig erklärt:

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber im Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“⁸⁷

Somit wurde das „Principle of double effect“ vom Bundesgerichtshof bestätigt,⁸⁸ allerdings nur unter der Bedingung, dass die Schmerzlinderung dem Willen des Patienten entspricht.

Es zeigt sich somit, dass das Respektieren der Selbstbestimmung die Rechtslage dieser Interventionen bestimmt.

4.4. „Beihilfe zur Selbsttötung“

4.4.1. Definition

Unterstützen Ärzte oder andere Personen in irgendeiner Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung, indem sie zum Beispiel ein todbringendes Mittel verschaffen, liegt „Beihilfe zur Selbsttötung“ vor.⁸⁹ Bereits, wenn ein Arzt seinen Patienten lediglich in einem Gespräch über die Suizidhelfemöglichkeiten aufklärt, handelt es sich um „Beihilfe zur Selbsttötung“.⁹⁰

⁸⁶ Borasio (2016, S.51).

⁸⁷ Bundesgerichtshof, 3 StR 79/96 - LG Kiel (15.11.1996). <http://www.hrr-strafrecht.de/hrr>.
Zugegriffen: Januar 2021.

⁸⁸ Borasio (2016, S.51).

⁸⁹ Deutscher Ethikrat (2006, S.55).

⁹⁰ Borasio (2016, S. 124).

4.4.2. Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“

Zur Unterscheidung der „Beihilfe zur Selbsttötung“ von „Tötung auf Verlangen“ hebt der Deutsche Ethikrat den Unterschied des kausalen Zusammenhangs hervor. Dabei wird der Arzt bei der „Beihilfe zur Selbsttötung“ nicht als Verursacher des Todes angesehen, denn der Suizident habe das unmittelbar zum Tode führende Geschehen selbst in der Hand.⁹¹

Diese Position verstärkt die (Selbst-)Kontrolle, die dem Patienten bei der „Beihilfe zur Selbsttötung“ zugewiesen wird. Der Patient kann jederzeit seine Meinung ändern und die Tat nicht zu Ende ausführen. Aus diesem Grund sei der soziale Druck, aus dem Leben zu scheiden, bei der „Beihilfe zur Selbsttötung“ viel geringer als bei der „Tötung auf Verlangen“ und somit auch die Missbrauchsgefahr.⁹² Diese ethischen Überlegungen prägen die Rechtslage.

4.4.3. Rechtslage

Bis 2015 war die „Beihilfe zur Selbsttötung“ straffrei. Voraussetzung war, dass der Suizident eigenverantwortlich handelt und die Tat selbst ausführt.⁹³ Dies hängt mit der Strafflosigkeit der Selbsttötung zusammen, die von der allgemeinen Handlungsfreiheit erfasst wird.⁹⁴ Allerdings konnten sich Ärzte, die Unterstützung beim Suizid leisteten, auch strafbar machen. Einerseits durch die Verletzung des Betäubungsmittelgesetzes, andererseits durch den Verstoß gegen die Regelung der Landesärztekammern, die mit berufsrechtlichen Konsequenzen bis zum Entzug der Approbation drohten.⁹⁵

Schließlich konnte sich ebenfalls der an einem Suizid beteiligte, ob Arzt oder Angehöriger, durch seine „Garantenstellung“ strafbar machen. Die „Garantenstellung“ verpflichtet denjenigen, der beim Suizid einer Person anwesend ist, lebensrettende Maßnahmen einzuleiten, sobald der Suizident

⁹¹ Deutscher Ethikrat (2006, S.92).

⁹² Deutscher Ethikrat (2006, S.92).

⁹³ Schrader (2012, S.85).

⁹⁴ Deutscher Ethikrat (2006, S.61).

⁹⁵ Borasio (2016, S.122).

das Bewusstsein verliert.⁹⁶ Ausnahmen bilden etwa „Bilanzsuizide“, bei denen Freiverantwortlichkeit des Suizidenten vorliegt.⁹⁷ Dies ist nur der Fall, wenn keine Anzeichen für psychische Störungen oder Zwangsvorstellungen vorhanden sind, aufgrund derer die Einsicht- und Urteilsfähigkeit des Suizidenten wesentlich beeinträchtigt werden könnten. Der Suizident muss dabei die Bedeutung und Tragweite seines Entschlusses überblicken.⁹⁸ Diese Ausnahme der freiverantwortlichen Suizide, bei denen die Garantenstellung entfällt, wurde 2019 von der Rechtsprechung erneut bestätigt.⁹⁹

Die Garantenpflicht findet also mit dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen ihre Grenze. Der Respekt der Autonomie des Patienten rechtfertigt die „Beihilfe zum Suizid“.

Im November 2015 hat der Bundestag nachträglich zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrats das „Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ beschlossen.¹⁰⁰ Das gesetzliche Verbot betrifft jede Organisation oder Einzelperson, die „geschäftsmäßige Suizidhilfe“ leisten würde. Ärzte werden unter Strafe gestellt, wenn sie mit Wiederholungsabsicht vorgehen.

Straffrei bleibt aber, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des Betroffenen ist oder diesem nahesteht.¹⁰¹

Auch der Begriff „Sterbebegleitung“ wird vom Deutschen Ethikrat definiert.

⁹⁶ Borasio (2016, S.88).

⁹⁷ Schrader (2012, S.85).

⁹⁸ Schrader (2012, S.85).

⁹⁹ Pressestelle des Bundesgerichtshofs (2019).

<https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019090.html>.
Zugegriffen: Januar 2021.

¹⁰⁰ Bundesgesetzblatt, Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (2015). Nichtig gemäß Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020.

¹⁰¹ Borasio (2016, S.121).

4.5. „Sterbebegleitung“

Unter diesem Begriff sollen „Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden“ verstanden werden. Darüber hinaus hat die „Sterbebegleitung“, dem Deutschen Ethikrat nach als Ziel, „die Fähigkeit des Patienten, den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen“.¹⁰² Dabei ist bemerkenswert, dass die menschliche Zuwendung und der seelsorgerische Beistand bei der Sterbebegleitung in den Hintergrund treten.

Der Begriff „Patientenverfügung“, der die Debatte der Sterbehilfe in Deutschland sehr prägt, muss darüber hinaus erläutert werden.

4.6. „Patientenverfügung“

Der Ethikrat hat ebenfalls Stellung zum Thema Patientenverfügung genommen.¹⁰³ Der Patient kann durch diese seine Selbstbestimmung ausüben. Er kann zu einer noch nicht eingetretenen Situation, die eine medizinische Entscheidung nötig macht, vorsorglich festlegen, welche medizinischen Maßnahmen zu ergreifen oder zu unterlassen sind, für den Fall, dass er in dieser bestimmten Situation nicht mehr entscheidungsfähig ist. 2009 regelte das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts den Status der Patientenverfügung.¹⁰⁴ Therapieablehnungen, die in der Patientenverfügung verfasst wurden, sind bindend für den Arzt. Das gilt unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

Wenn der Patient nicht äußerungsfähig ist, muss der Arzt jede bestehende Patientenverfügung mithilfe des Betreuers/Bevollmächtigten und der Patientenfamilien auslegen. Dabei unterscheidet das Gesetz zwei Fälle. Im Fall, dass die Patientenverfügung sich auf die klinische Situation übertragen lässt, muss der Arzt seinen Patienten entsprechend dessen Willen behandeln. Wenn die Patientenverfügung sich nicht auf die Situation anwenden lässt oder wenn

¹⁰² Deutscher Ethikrat (2006, S.53).

¹⁰³ Deutscher Ethikrat, Patientenverfügung – ein Instrument der Selbstbestimmung, Stellungnahme (2005).

¹⁰⁴ Bundesgesetzblatt, Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (2009).

keine Patientenverfügung vorhanden ist, muss sich der Arzt an den Bevollmächtigten oder an den Betreuer - sofern vorhanden - wenden. Dieser Stellvertreter muss den Willen des Patienten zur Geltung bringen.

Bei fehlender Patientenverfügung wird auf den mutmaßlichen Willen des Patienten zurückgegriffen. Dieser ist anhand früherer mündlicher oder schriftlicher Äußerungen, ethischer oder religiöser Überzeugungen und sonstiger persönlicher Wertvorstellungen des Betreuten zu ermitteln. Wiesing et al. betonen, dass Patientenstellvertreter und Arzt dabei im Sinne des Patientenwillens entscheiden:

„Their views [from physician and surrogate] as to what might be better or worse for the patient’s wellbeing are legally irrelevant as the only guidance must be the patient’s will. Here, German law is much more oriented towards the principle of autonomy (patient’s will) than beneficence (patient’s best interest).“¹⁰⁵

Die Patientenverfügung wird somit als „Instrument der Selbstbestimmung“ vom Ethikrat angesehen.¹⁰⁶

4.7 Fazit zur Begrifflichkeit des Deutschen Ethikrats

Der Deutsche Ethikrat verfolgt mit seiner neuen Begrifflichkeit das Ziel, möglichst neutrale Begriffe zu formulieren, die keine ethischen Urteile enthalten (bzw. ethische Bewertungen vorwegnehmen). Die Terminologie von „Handlungen am Lebensende“ erlaubt eine Argumentation frei von positiver Konnotation bzw. die Auseinandersetzung mit der Frage der individuellen Autonomie und ihrer Reichweite.

In Frage kommen nur freiwillige Sterbehilfeformen, die auf der Selbstbestimmung des Einzelnen beruhen. Mit dem Begriff „Tötung auf Verlangen“ werden Tötungen, die ohne die Zustimmung des Individuums erfolgen, definitiv ausgeschlossen. Der Ethikrat erinnert auch daran, dass es beim Sterbenlassen um „Sterbenlassen auf Verlangen“ geht. Denn bei einer

¹⁰⁵ Wiesing, Jox, Hessler, & Borasio, A new law on advance directives in Germany (2010, S.781)

¹⁰⁶ Deutscher Ethikrat, Patientenverfügung – ein Instrument der Selbstbestimmung, Stellungnahme (2005)

Maßnahme, die medizinisch indiziert wäre und gegen den Willen des Betroffenen ausbleiben würde, würde es sich schlicht um „Mord“ oder „Totschlag“ handeln. Auch im Begriff „Sterbenlassen“ statt „passive Sterbehilfe“ erkennt man den Willen des Ethikrats, möglichst wertungsfreie Formulierungen zu verwenden. Die Gegenüberstellung von „passiven“ und „aktiven“ Sterbehilfeformen, die eine ethische Wertung auf der Grundlage der Unterscheidung zwischen „Handeln“ und „Unterlassen“ suggeriert, wird somit vermieden. Ähnlich verhält es sich hinsichtlich der Begrifflichkeit „Therapien am Lebensende“, die weniger Wertungen transportiert als der Begriff „indirekte Sterbehilfe“. Denn der alte Begriff legt nahe, dass der Tod des Patienten Ziel des Handelns ist, wohingegen die neue Wendung die Leidenslinderung in den Vordergrund stellt.

Von Bedeutung ist der Begriff „Beihilfe zur Selbsttötung“. Anzumerken ist, dass der Begriff „Selbstmord“, der ein Verbrechen (Mord) impliziert, nicht erwähnt wird. Als Konsequenz ist „Beihilfe zur Selbsttötung“ rechtlich nicht zu verurteilen und kann möglicherweise erlaubt sein. Auf Grundlage dieser Begrifflichkeit bleibt zu klären, unter welchen Bedingungen Suizid bzw. seine Unterstützung durch Dritte vertretbar sein kann.

Dass die ethische Bewertung der unterschiedlichen Sterbehilfeformen in Frankreich nationale Besonderheiten zeigt, denen deutschen Besonderheiten gegenüberstehen, soll durch die Betrachtung der Stellungnahme des französischen Ethikrats im nächsten Kapitel veranschaulicht werden.

5. Begrifflichkeit des französischen Ethikrats

Als die Sterbehilfe-Debatte in Frankreich in den 80er-Jahren größere Ausmaße annahm, herrschte dort ein anderer sprachlicher und rechtlicher Kontext als in Deutschland. Eine Hospizbewegung konnte sich aufgrund der negativen Konnotation des Begriffes „Hospiz“ in der französischen Sprache nie entwickeln. Stattdessen war von „accompagnement“, dt. „Begleitung“, des Sterbenden die Rede.¹⁰⁷ Gaille und Horn haben erkannt, dass dieser Begriff die französische Sterbehilfe-Debatte wie ein roter Faden durchzieht.¹⁰⁸ Der Begriff „accompagnement“ ist in der französischen Sprache sehr geläufig. Er drückt den Willen aus, füreinander einzustehen. Über „accompagnement“ schrieben Gaille und Horn:

„The notion of accompagnement implies patients' embeddedness in society, rather than putting the focus on their individuality : medical teams and society at large contribute to an active and supportive presence in the last moment of life.“¹⁰⁹

Auf der politischen Ebene wurde ab den 90er-Jahren eine Reihe von Gesetzen erlassen, die das Ende des Lebens spezifisch regelten: Loi n° 91-748 im Jahr 1991¹¹⁰, Loi n° 99-477 im Jahr 1999¹¹¹, Loi n° 2002-303 im Jahr 2002¹¹², Loi n° 2005-370 im Jahr 2005¹¹³ und jüngst, Loi n° 2016-97 im Jahr 2016.¹¹⁴

Ziel dieses Kapitels ist es, den sprachlichen und rechtlichen Kontext der Sterbehilfe-Debatte in Frankreich zu erläutern. Die französische Terminologie wird vor dem Hintergrund der englischsprachigen und deutschen Terminologie ausgelegt. Es werden die von der Stellungnahme des französischen Ethikrats

¹⁰⁷ Horn, Euthanasia and end-of-life practices in France and Germany, a comparative study (2013).

¹⁰⁸ Gaille & Horn (2016).

¹⁰⁹ Gaille & Horn (2016, S.478).

¹¹⁰ Code de la Santé Publique, Loi no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1991).

¹¹¹ Code de la Santé Publique, Loi no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, (1999).

¹¹² Code de la Santé Publique, Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002).

¹¹³ Code de la Santé Publique, Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie (2005).

¹¹⁴ Code de la Santé Publique, Loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (2016).

zu den Sterbehilfeformen vorgeschlagenen Begrifflichkeiten „euthanasie“, „suicide assisté“, „laisser mourir“, „sedation profonde et continue“ und „assistance au suicide“ erläutert.¹¹⁵ Die ethischen Gründe für eine Differenzierung zwischen den Begriffen werden dargelegt. Auch die gesetzliche Regelung der unterschiedlichen Sterbehilfeformen wird erläutert.

5.1. „Euthanasie“

5.1.1. Definition

„Euthanasie“ wird vom CCNE als Handlung verstanden, die darauf abzielt, absichtlich dem Leben einer schwer und unheilbar kranken Person auf deren Verlangen hin ein Ende zu setzen.¹¹⁶

Anders als in der deutschen Regelung ist ein Verweis auf der Unheilbarkeit der Krankheit vorhanden. Der Wunsch des Patienten zu sterben, stellt „euthanasie“ im Sinne der „voluntary euthanasia“ dar.

5.1.2 Rechtslage

Gemäß dem französischen Code de la Santé Publique darf der Arzt nicht absichtlich den Tod herbeiführen.¹¹⁷ Es gibt jedoch keine rechtliche Definition von „euthanasie“. Handlungen, die darauf abzielen, dem Leben einer schwer kranken Person auf deren Wunsch hin ein Ende zu setzen, wurden wiederholt durch die Auslegung des Gerichtshofs als „meutre par empoisonnement“, dt. „Giftmord“, gekennzeichnet, wie die Gerichtsurteile von Dr. Chaussoy im Jahr 2004, Dr. Tramois im Jahr 2007 und Dr. Bonnemaïson im Jahr 2015 zeigten.¹¹⁸ So wird rechtlich nicht beachtet, dass derjenige, der dem Leben eines anderen Menschen ein Ende setzt, auf den Wunsch derselben Person hin handelt. Dazu Schrader:

¹¹⁵ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013).

¹¹⁶ « L’euthanasie est [...] un acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d’une personne atteinte d’une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu’elle juge insupportable. » Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.43).

¹¹⁷ Code de la Santé Publique, Article R4127-38 (2001).

¹¹⁸ Le Monde, Le docteur Chaussoy mis en examen pour la mort de Vincent Humbert (15.01.2004) ; Le Monde, Euthanasie : Verdict clément au procès du Périgueux (16.03.2007) ; Le Figaro, Fin de vie : Nicolas Bonnemaïson condamné à deux ans de prison avec sursis (24.10.2015).

„Weder das Motiv des Täters noch das Einverständnis bzw. Verlangen des Opfers führt dort [in Frankreich] zu Rechtfertigungsgründen oder zu Milderungen des Strafmaßes.“¹¹⁹

Während in Deutschland für Tötung auf Verlangen sechs Monate bis fünf Jahren Haft vorhergesehen sind, erwartet den französischen Täter 30 Jahre bis lebenslänglich.¹²⁰ Schrader erklärt diesen eklatanten Unterschied mit Deutschland dadurch, dass nach Auffassung des französischen Gesetzgebers das Leben kein disponibles Rechtsgut darstellt, auf das der Einzelne verzichten kann.¹²¹

Handlungen, die darauf abzielen, den Tod eines Menschen herbeizuführen, werden vom CCNE unter dem Begriff „faire mourir“ (dt. den Tod herbeiführen) erfasst. „Faire mourir“ wird von „laisser mourir“ (dt. sterben lassen) unterschieden.

5.2. „Laisser mourir“

5.2.1 Definition

Der CCNE bezeichnet als „laisser mourir“ das Beenden der medizinischen Behandlung auf Wunsch des Patienten, einschließlich des Beendens der künstlichen Ernährung und der künstlichen Hydratation, oder die Verabreichung starker Schmerzmittel oder Sedativas, die imstande sind, das Eintreten des Todes zu beschleunigen.¹²² Die Definition erinnert an den Begriff „passive euthanasia“ der englischsprachigen Terminologie bzw. an den Begriff „Sterbenlassen“ der deutschen Terminologie. Im Vergleich zu diesem wird aber die Unterlassung oder der Abbruch einer Behandlung in der Definition des „laisser mourir“ um die Schmerzbehandlung und um die Sedierung erweitert. „Laisser mourir“ kann also weder der „passive euthanasia“ noch dem „Sterbenlassen“ gleichgesetzt werden.

¹¹⁹ Schrader (2012, S.138).

¹²⁰ Die Verhängung der lebenslänglichen Strafe findet aber kaum Anwendung in der Praxis.

¹²¹ Schrader (2012, S. 119)

¹²² Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.24).

Der CCNE unterscheidet „laisser mourir“ und „euthanasie“ teilweise auf der Grundlage von unterschiedlichen Intentionen.

5.2.2 Abgrenzung zur „euthanasie“

Während die Handlungen, die unter dem Begriff von „laisser mourir“ zusammengefasst werden, die „Linderung der Schmerzen oder der Leiden“ zum Ziel haben, ist das angegebene Ziel von „euthanasie“, auf Wunsch des Patienten dem Leben ein Ende zu setzen.¹²³ Dies verweist auf das „Principle of double effect“ (fr. théorie du double effet). Dabei ist der Tod bei „laisser mourir“ zwar absehbar, aber nicht gewollt und der Linderung der Leiden untergeordnet. Dieser Unterschied wird jedoch nicht als ausschlaggebend angegeben. Dem CCNE nach geht die Unterscheidung zwischen „laisser mourir“ und „euthanasie“ über den Unterschied der Intentionen hinaus. Der CCNE argumentiert, dass der Tod bei „laisser mourir“ später eintritt als bei „euthanasie“ und dass die übrig gebliebene Zeit bis zum Tod es erlaubt, sein Leben „friedlich“ zu beenden.

„Zwischen diesen beiden Umständen [„laisser mourir“ und „euthanasie“] gibt es einen Zeitunterschied. Der Tod tritt nach Abbruch der [...] Behandlungen langsamer und a priori friedlicher ein als bei „suicide assisté“ oder „euthanasie“. Voraussetzung ist dafür aber, dass palliative Maßnahmen und Betreuung von Angehörigen dazu beitragen.“¹²⁴

Hier gibt es zwei interessante Unterscheidungskriterien zwischen „laisser mourir“ und „euthanasie“: der zeitliche Aspekt und die Friedlichkeit - auch mit Blick auf die Angehörigen. Beide sind ungewöhnlich für die begriffliche Unterscheidung. Der zeitliche Aspekt wird zwar im englischsprachigen Raum bspw. von Singer und Steinbock erwähnt,¹²⁵ wird aber nicht im Zusammenhang mit den Angehörigen verwendet. In der deutschen Begrifflichkeit ist gar nicht die Rede davon. Die Besonderheit der französischen Argumentation besteht also

¹²³ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.24).

¹²⁴ « Entre ces deux circonstances, la temporalité diffère avec une mort qui survient lentement et à priori paisiblement dans les suites d’arrêt de traitements jugé déraisonnables – à condition que les traitements palliatifs et l’accompagnement des proches y concourent ». Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. (2013, S.24).

¹²⁵ Steinbock (1979, S.63); Singer, Practical Ethics (2011, S.186)

darin, dass ein objektiver Unterschied, nämlich der Zeitunterschied zu einer positiven ethischen Bewertung von „laisser mourir“ führt. Diese positive Bewertung hängt mit der Anwesenheit der Angehörigen zusammen, die das Lebensende mitgestalten. Es sind die Angehörigen, die das Lebensende „friedlich“ machen.

Der Sterbende erscheint hier als Mensch in einem Beziehungsgeflecht. Sein Tod findet in der Gemeinschaft statt.

5.2.3. Rechtslage

„Laisser mourir“ ist rechtlich zulässig. Im Weiteren werden die Rechtslage der drei Komponenten von „laisser mourir“ nacheinander behandelt, nämlich die Schmerzbehandlung sowie die Unterlassung und der Abbruch einer Behandlung sowie die Sedierung.

Schmerzbehandlung

Die Einordnung der Schmerzbehandlung unter „laisser mourir“ stützt sich auf die „théorie du double effet“ und ist seit 2005 im Gesetz verankert.¹²⁶

Nicht nur die Schmerzbehandlung, sondern auch die Unterlassung oder der Abbruch einer Behandlung werden unter dem Begriff „laisser mourir“ erfasst.

Unterlassung und Abbruch der Behandlung

Die Gesetze von 2002,¹²⁷ 2005¹²⁸ und 2016,¹²⁹ die der Unterlassung oder dem Abbruch einer Behandlung gewidmet sind, haben den Stellenwert des Patientenwillens erhöht. Jedoch haben sie auch den französischen Ärzten in vielen Fällen ermöglicht, die Selbstbestimmung des Patienten dem Lebenserhalt unterzuordnen.¹³⁰ Erst 2002 wurde das Recht des Patienten anerkannt, jederzeit eine Behandlung ablehnen zu können. Zuvor drohte den

¹²⁶ Code de la Santé Publique, Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie (2005).

¹²⁷ Code de la Santé Publique, Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002).

¹²⁸ Code de la Santé Publique, Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie (2005).

¹²⁹ Code de la Santé Publique, Loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant des droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (2016).

¹³⁰ Marguet (2017, S.7).

Ärzten, sich bei einem Behandlungsabbruch wegen unterlassener Hilfe strafbar zu machen.¹³¹

Das Gesetz von 2005 wurde zur Ergänzung verfasst. Der Arzt musste aber im Falle einer Entscheidung, die „das Leben des Patienten bedrohen würde“, „alle notwendigen Mittel einsetzen, um den Patienten davon zu überzeugen, die notwendige Behandlung zu akzeptieren“.¹³² Auch wurde durch das Gesetz von 2005 für den besonderen Fall von bewusstlosen Patienten der Begriff „obstination déraisonnable“ eingeführt. „Obstination déraisonnable“ wird im französischen Gesetz als Handlungen definiert, die „überflüssig“ oder „unverhältnismäßig“ sind oder „als einzige Konsequenzen haben, das Leben künstlich zu erhalten“. So durfte der Arzt bei einem nicht äußerungsfähigen Patienten gemäß seiner „directives anticipées“ (dt. Patientenverfügung) und nach Befragung der „personne de confiance“ (dt. „Patientenstellvertreter“), Behandlungen unterlassen oder abbrechen, die einer „obstination déraisonnable“ entsprachen.¹³³ Allerdings war im Gesetz von 2005 die Meinung der „personne de confiance“ für den Arzt nicht bindend. Ebenso wenig es die „directives anticipées“,¹³⁴ so dass mehrere Autoren betonten, dass die Entscheidungsmacht im Fall einer „obstination déraisonnable“ engl. „futile care“ beim medizinischen Personal lag.¹³⁵ Dazu Spranzi:

„However, because advance directives and healthcare proxies (in that order of priority) serve only as recommendations, the intricate and elusive notions of intention and the limits of futile care are determined by the medical team (Art L 1111-11 du CSP).“¹³⁶

¹³¹ Schrader (2012, S.171).

¹³² Gaille & Horn (2016, S.479).

¹³³ Spranzi (2013).

¹³⁴ Horn, Advance directives in English and French Law : different concepts, different values, different societies (2014).

¹³⁵ Horn & Kerasidou, The concept of dignity and its use in end-of-life debates in England and in France (2016); Gaille & Horn (2016, S.479); Spranzi (2013, S.256).

¹³⁶ Spranzi (2013, S.256).

Auch vermerkte Thouvenin, dass das Gesetz über „obstination déraisonnable“ vielmehr die Verfahrensmodalitäten einer ärztlichen Entscheidung regelte, als dass es dem Patienten das Recht einräumte, Behandlungen abzulehnen.¹³⁷

2016 trat das neue Gesetz in Kraft, das die Selbstbestimmung des Patienten insbesondere im Kontext des Lebensendes stärkte. Darin wird explizit festgehalten, dass der Arzt den Patientenwillen respektieren muss, auch im Fall einer lebensbedrohlichen Entscheidung. Der Arzt muss nicht mehr (wie vor dem Inkrafttreten des Gesetzes von 2016) seinen Patienten überzeugen, die notwendige Behandlung zu akzeptieren. Allerdings muss der Patient seine Entscheidung nach einer „angemessener Zeit“ bestätigen. Wie lange diese „angemessene Zeit“ sein soll und ob der Arzt dabei versucht, den Patienten von seiner Entscheidung abzuhalten, wird nicht vom neuen Gesetz definiert.

Die Möglichkeit für den Arzt Behandlungen, die einer „obstination déraisonnable“ entsprechen, bei einem nicht äußerungsfähigen Patienten abubrechen, ist im neuen Gesetz ebenfalls verankert.

Außerdem führt das Gesetz von 2016 zwei Neuerungen ein: erstens ein Recht auf tiefe und kontinuierliche Sedierung und zweitens den bindenden Charakter der „directives anticipées“,¹³⁸ die, wie bereits erwähnt, vor 2016 nur eine Indizwirkung hatten.

Der Begriff „sédation profonde et continue“ wird immer stärker getrennt von „laisser mourir“ verwendet und zum Teil als einzigartige medizinische Behandlung betrachtet. Aus diesem Grund wird die Definition von „sedation profonde et continue“, ihre Abgrenzung zur „euthanasie“ und ihre Rechtslage in einem eigenen Abschnitt behandelt.

5.3. „Sédation profonde et continue“

5.3.1. Definition

Die Sedierung besteht laut CCNE in der Verabreichung von Medikamenten, die das Bewusstsein des Patienten dämpfen oder sogar völlig ausschalten. Ihr Ziel

¹³⁷ Thouvenin, Audition du 15 juillet 2008 (2008).

¹³⁸ Aubry (2016, S.719).

sei, die Wahrnehmung einer Situation, die vom Patienten als unerträglich empfunden wird, zu verringern oder gar zu beseitigen.¹³⁹

Der CCNE unterscheidet „sédation profonde et continue“ und „euthanasie“ auf der Grundlage von Intentionen, medizinischer Durchführung und Zeitunterschieden.

5.3.2. Abgrenzung zu „euthanasie“

Während „euthanasie“ auf Wunsch des Patienten dessen Tod herbeiführt, ist die grundlegende Intention der „sédation profonde et continue“, die Leiden zu lindern. Dabei tritt der Tod als nicht gewollte (Neben)Folge ein. Wie für die Unterscheidung zwischen „laisser mourir“ und „faire mourir“ verweist diese Argumentation auf die „théorie du double effet“.¹⁴⁰

Laut CCNE werden auch die jeweiligen Interventionen aus medizinischer Sicht anders durchgeführt: Das Sedativum wird bei der „sédation profonde et continue“, anders als bei der „euthanasie“, in ansteigender Dosierung angewendet.¹⁴¹

Der ausschlaggebende Unterschied scheint aber der Zeitunterschied zu sein: So tritt der Tod bei der „sédation profonde et continue“ später ein als bei der „euthanasie“. Genauso wie für „laisser mourir“ wird argumentiert, dass diese übrig gebliebene Zeit ein „friedliches“ Lebensende erlaubt:

„Wenn die Sedierung kontinuierlich ist, tritt schließlich der Tod ein aber der Zeitpunkt ist nicht vorhersehbar. Die Sedierung schafft ein friedliches Umfeld, das zudem die Betreuung des Sterbenden durch die Angehörige begünstigen kann.“¹⁴²

¹³⁹ « La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation lui ont été proposés sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. », Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.33).

¹⁴⁰ « Aussi, afin de ne pas créer d'ambiguïté, il convient de ne pas utiliser le même terme pour désigner des pratiques dont l'intention est différente. », Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.38).

¹⁴¹ Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.37).

¹⁴² « Si la sédation est continue, la mort survient effectivement, mais dans une temporalité qui ne peut pas être prévue et dans un contexte de relatif apaisement qui peut favoriser

So erscheint die Sedierung in einem positiven Licht. Interessanterweise findet sich diese positive Bewertung genauso bei „laisser mourir“: Beide Interventionen sind „friedlich“. Ebenfalls wie bei „laisser mourir“ wird dieser „Frieden“ durch die Betreuung durch die Angehörigen geschaffen. Mehr aber als bei „laisser mourir“ stellt sich hier die Frage der Natur der Beziehung, die Angehörige und Sterbender haben können, denn der Patient ist bewusstlos. Es wird vom CCNE dazu ergänzt:

“Wenn der Tod nicht durch ein tödliches Mittel schnell herbeigeführt wird, erlaubt die Zeit des Todeseintrittes die allerletzte Begleitung durch die Angehörige. Diese Zeit kann auch die Trauerarbeit zukünftig erleichtern.”¹⁴³

Es steht dabei nicht das Ereignis des Todes im Vordergrund, sondern die Zeit nach dem Tod, die die Angehörigen betrifft. Das Lebensende ist also nicht nur dem Sterbenden angepasst, es soll auch im Hinblick auf die Zeit nach dem Tod gestaltet werden.

Das Gesetz zu „sédation profonde et continue“ ist seit dem 2. Februar 2016 im französischen Recht verankert.

5.3.3. Rechtslage

Die „sédation profonde et continue“ wird im französischen Gesetz als Bewusstseinsveränderung definiert, die bis zum Tod aufrechterhalten wird. Sie weist die Besonderheit auf, dass ihre Anwendung schriftlich festzuhalten ist, was in anderen Ländern nicht üblich ist. Aus diesem Grund ist von einer „internationalen Ausnahme“ die Rede:

„In creating an explicit patient right to continuous deep sedation, France would thus be one of the first countries to recognize the practice as a sui generis end-of-life practice that poses specific problems and thus needs specific attention. Moreover, in implementing a register, France would be unique.”¹⁴⁴

l'accompagnement par les proches. » Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.37).

¹⁴³ « Le temps de survenue de la mort, lorsque cette mort n'est pas provoquée rapidement par un produit létal, est un temps qui peut permettre l'accompagnement ultime par les proches et contribuer à la prévention d'éventuelles difficultés à réaliser le travail de deuil. », Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.38).

¹⁴⁴ Raus, Chambaere & Sterckx (2016, S.4).

Die Anwendungsbedingungen der „sédation profonde et continue“ werden sehr streng vom Gesetz definiert. Der Patient ist nur zur „sédation profonde et continue“ berechtigt, wenn er an einer schweren und unheilbaren Krankheit leidet und sich im Sterbeprozess befindet, dessen Zeitraum vom Gesetz nicht näher definiert wird. Dabei müssen seine Leiden nicht (anders) behandelbar sein. Die „sédation profonde et continue“ wird begleitend zum Abbruch jeglicher Behandlung durchgeführt, wenn dieser lebensverkürzend wirkt und unerträgliche Leiden mit sich bringt. Der Abbruch der Behandlung kann auch im Fall einer „obstination déraisonnable“ vom Arzt allein nach einer Beratung mit Kollegen entschieden werden; ebenso die begleitende Sedierung, wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist.¹⁴⁵ Thouvenin hebt hervor, dass die Autonomie des Patienten dabei sehr eingeschränkt ist.¹⁴⁶

Es wird auch vom Gesetz betont, dass bei der „sédation profonde et continue“ alle lebensverlängernden Maßnahmen abgebrochen werden müssen, einschließlich der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, außer der Patient will diesen Abbruch nicht. Der zeitgleiche Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen bei der Sedierung wurde von den Parlamentariern durch den Hinweis gerechtfertigt, dass „nicht gleichzeitig auf die Bremse und auf das Gaspedal gedrückt werden kann“.¹⁴⁷ Somit wird „sédation profonde et continue“ mit einem Behandlungsabbruch gleichgesetzt. Die ethische Wertung der Sedierung hängt also von der Wertung des Behandlungsabbruchs ab. Dieser wird durch den Patientenwillen gerechtfertigt.

Der CCNE definiert darüber hinaus die Begriffe „suicide assisté“ und „assistance au suicide“, dt. „Hilfe zur Selbsttötung“.

¹⁴⁵ Horn, The « French exception » : the right to continuous deep sedation at the end of life (2018).

¹⁴⁶ Thouvenin, Les droits de la personne en fin de vie reconnus par la loi Claeys-Leonetti ? (2017, S.86)

¹⁴⁷ « Enfin, le fait de mettre une sédation en phase terminale doit-il s'accompagner ou non d'un arrêt des traitements de survie ? Alain Claeys et moi-même le pensons. Parce que – pardonnez la familiarité de ma comparaison – on n'appuie pas en même temps sur le frein et sur l'accélérateur. » Leonetti (2015, S.70).

5.4. „Suicide assisté“

5.4.1. Definition

Der Begriff „suicide assisté“, dt. „assistierter Suizid“, ist weder in der deutschen noch in der englischsprachigen Begrifflichkeit zu finden.

„Suicide assisté“ bezieht sich auf die Situation, in der eine Person ihren eigenen Tod herbeiführen möchte, es aber aufgrund ihres körperlichen Zustands nicht kann und die Hilfe von Dritten benötigt, um das tödliche Mittel verabreicht zu bekommen.¹⁴⁸ Wie bei „euthanasie“ ist der Eingriff von Außen notwendig, um den Tod des Sterbewilligen herbeizuführen.

5.4.2. Abgrenzung von „euthanasie“

„Suicide assisté“ unterscheidet sich darin von „euthanasie“, dass Selbsttötung dem Sterbewilligen aufgrund seines körperlichen Zustandes nicht als Alternative zur Verfügung steht. So ist der Patient, etwa eine gelähmte Person, auf den Eingriff Dritter angewiesen. Im Gegensatz dazu sind Patienten, die körperlich in der Lage sind, sich umzubringen, nicht auf diese Art der Hilfe angewiesen. Sie entscheiden sich also aus freien Stücken für „euthanasie“, denn sie lehnen bewusst eine Selbsttötung ab, etwa aus dem Grund, dass ihnen der Tod bei der „euthanasie“ unter der Betreuung eines Arztes sanfter und sicherer als bei der Selbsttötung erscheint. Folglich liegt „euthanasie“ bzw. „Tötung auf Verlangen“ nur dann vor, wenn die betreffende Person selbst zwar körperlich, nicht aber psychisch in der Lage ist, sich selbst zu töten. Dies ist allerdings selten der Fall.

Um den ethischen Unterschied zwischen „suicide assisté“ und „euthanasie“ zu rechtfertigen, argumentiert der CCNE, dass die Ausübung des Suizids nicht jenen körperlich autonomen Personen vorbehalten sei. Angesichts des Anspruchs, die körperlich beeinträchtigten Personen auf Suizid haben, sollte auch dann von Suizid die Rede sein, wenn dieser den Eingriff von Dritten notwendig macht. In dem Fall, so der CCNE, handele es sich nicht um „euthanasie“, weil die von Dritten ausgeführten lebensbeendende Handlung

¹⁴⁸ Aubry (2016, S.720).

lediglich den Suizid realisiert.¹⁴⁹ Diese Unterscheidung bleibt aber rein theoretisch, weil sie im französischen Recht nicht gemacht wird.

„Suicide assisté“ nimmt in der Terminologie des CCNE eine besondere Bedeutung ein, denn der Begriff bezeichnet eine Tötung, die den Eingriff von Dritten voraussetzt, als „Suizid“. Somit wird suggeriert, dass Tötung und Suizid ethisch gleich zu bewerten sind.

5.4.3 Rechtslage

„Suicide assisté“ ist in Frankreich rechtswidrig.¹⁵⁰

Der Begriff ist von „assistance au suicide“ zu unterscheiden, bei dem der Patient die entscheidende Handlung selbst ausführt.

5.5 „Assistance au suicide“

5.5.1. Definition

Laut dem CCNE liegt „assistance au suicide“ vor, wenn eine Person dazu befähigt wird, sich umzubringen. In diesem Fall führt die Person selbst ihren eigenen Tod herbei. Sie nimmt das todbringende Mittel zu sich, das ihr zuvor übergeben wurde.¹⁵¹

„Assistance au suicide“ kann also dem „physician-assisted suicide“ und der „Beihilfe zur Selbsttötung“ gleichgestellt werden.

Die Argumentation des CCNE hinsichtlich einer Unterscheidung zwischen „assistance au suicide“ und „euthanasie“ ist mit der Argumentation des deutschen Ethikrats vergleichbar.

5.5.2. Abgrenzung zu „euthanasie“

Es wird eine Unterscheidung auf der Grundlage des kausalen Zusammenhangs hervorgehoben. Der CCNE argumentiert, dass „assistance au suicide“ dem Sterbewilligen die Verantwortung für die lebensbeendende Handlung aufbürdet.

¹⁴⁹ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.43)

¹⁵⁰ Aubry (2016, S.720).

¹⁵¹ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.41)

Der Patient kann seine Handlung zu jedem Zeitpunkt abbrechen, wenn er sich umentscheidet. So verfügt er über ein größeres Maß an Kontrolle als bei der „euthanasie“. Die Missbrauchgefahr ist in dieser Hinsicht weniger groß, weil die zum Tod führende Handlung nicht aufgezwungen werden kann.¹⁵²

Erstaunlicherweise ist laut CCNE der Sterbewillige im Fall der „assistance au suicide“ auf sich allein gestellt. Der CCNE schlägt sogar vor, den Begriff der „assistance médicale au suicide“ dt. „medizinische Hilfe zur Selbsttötung“ aufzugeben und stattdessen den Begriff der „assistance pharmacologique au suicide“ dt. „pharmakologische Hilfe zur Selbsttötung“ zu verwenden, weil „die Anwesenheit des Arztes nicht notwendig ist.“¹⁵³ Die neue Begrifflichkeit verneint also die Rolle des Arztes und Dritter: Der Tod wird nur noch durch die Arzneien verursacht. Das ist insofern überraschend, als dies eine Ausnahme in der Argumentation des CCNE darstellt, in der sonst Dritte wie im Fall von „laisser mourir“ oder „sédation profonde et continue“ eine wichtige Rolle spielen.

5.5.3 Rechtslage

Suizid steht in Frankreich nicht unter Strafe. Allerdings bleibt „assistance au suicide“ rechtswidrig. Es gibt keine rechtliche Definition der „assistance au suicide“, wie es in Deutschland für die „Beihilfe zur Selbsttötung“ der Fall ist. Unmittelbare sowie mittelbare Beteiligte machen sich aber im Fall einer Beihilfe zur Selbsttötung wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar. Die Auskunft über bestimmte Selbsttötungsmöglichkeiten ist ebenfalls strafbar.¹⁵⁴ Noch strenger zeigte sich die aktuelle Rechtsprechung im Fall von Jean Mercier, der für seine Frau eine tödliche Menge von Medikamenten auspackte.¹⁵⁵ In diesem Fall wurde geurteilt, dass es sich nicht um unterlassene Hilfeleistung gehandelt hat, sondern um Mord.¹⁵⁶

¹⁵² « Assistance au suicide présente cette particularité qu'elle fait peser sur la personne qui la demande la responsabilité de l'acte final. » Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.41).

¹⁵³ « On pourrait parler ici d'assistance pharmacologique au suicide – terme préférable à celui d'assistance médicale au suicide puisque la présence du médecin n'est pas requise [...]. » Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.42).

¹⁵⁴ Schrader (2012, S.122).

¹⁵⁵ Le Monde, Au procès Jean Mercier, « geste d'amour » ou acte de mort ? (23.09.2015).

¹⁵⁶ Cour de cassation criminelle, 16-87.04 (13.12.2017).

Wie bei „euthanasie“, die im französischen Recht ebenfalls als Mord definiert wird, wird rechtlich bei „assistance au suicide“ der Wunsch des Patienten, seinem Leben ein Ende zu setzen, komplett außer Acht gelassen.

Außerdem definiert der französische Ethikrat den Begriff „accompagnement“, dt. Begleitung.

5.6 „Accompagnement“

Anders als die vom Deutschen Ethikrat definierte „Sterbebegleitung“, die der Erhaltung des Willens des Patienten gewidmet ist, wird die Begleitung vom CCNE als Gelegenheit dargestellt, die Verbindung mit anderen zu spüren:

„Sie [die Begleitung] erleichtert die passende Gestaltung des (Ende des) Lebens und die dazugehörige Pflege sowohl für die betroffene Person als auch für die sie begleitende Gruppe. Die Begleitung trägt dazu bei, die Zugehörigkeit des Individuums zum Kollektiv aufrechtzuerhalten.“¹⁵⁷

Anzumerken ist, dass sowohl die „Gestaltung des Endes des Lebens“ als auch die „dazugehörige Pflege“ nicht nur dem Sterbenden, sondern auch den Angehörigen angepasst werden muss.

Darüber hinaus soll der Begriff „directives anticipées“ erläutert werden, da dieser die französische Sterbehilfe-Debatte ebenfalls prägt.

5.7. „Directives anticipées“

Das Wort „directives anticipées“ ist eine direkte Übersetzung aus dem Englischen („advance directives“).¹⁵⁸ In den „directives anticipées“ gibt die betreffende Person bezüglich ihres Lebensendes ihrem Willen Ausdruck. Die „directives anticipées“ wurden 2005 gesetzlich verankert. Sie mussten alle drei

¹⁵⁷ « Le rôle de l'accompagnement [...] est de faciliter la mise en place d'un projet de fin de vie et de soins adaptés à la fois à la personne et au groupe. Il œuvre à maintenir l'appartenance du singulier au collectif. » Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.16).

¹⁵⁸ Horn, Advance directives in English and French Law : different concepts, different values, different societies, (2014, S.63).

Jahren erneuert werden.¹⁵⁹ Bis 2016 hatten sie zunächst lediglich eine Indizwirkung, sie waren für den Arzt nicht verbindlich, so dass weniger Gewicht auf die Autonomie des Patienten im Fall eines Behandlungsabbruchs gelegt wurde.¹⁶⁰

Seit 2016 haben die „directives anticipées“, der im Jahr 2013 ausgesprochenen Empfehlung des CCNE entsprechend,¹⁶¹ einen bindenden Charakter. Ihre Umsetzung ist aber nicht immer direkt. In dem Fall, dass die „directives anticipées“ sich auf die klinische Situation nicht anwenden lassen, wird vom Gesetz nicht geregelt, dass der mutmaßliche Willen vom Patienten mithilfe des Patientenstellvertreters oder Angehöriger erforscht werden soll.¹⁶² Lefeuvre kritisiert, dass die Entscheidung dem Patientenstellvertreter somit entzogen wird.¹⁶³

Die Sterbehilfedebatte in Frankreich ist von einer längeren Tradition der Fürsorge geprägt, die nur schrittweise der Autonomie des Patienten Platz macht. Dazu Gaille und Horn :

Patient autonomy was only gradually recognised as an important value in the French end-of-life debate, yet to this day, its practical implementation is not evident and its scope remains restricted.¹⁶⁴

5.8 Fazit zur französischen Begrifflichkeit

Auffällig ist, dass die französische Begrifflichkeit sich von der englischsprachigen sowie der deutschen Begrifflichkeit stark unterscheidet. Bemerkenswert ist auch, dass die französische Rechtsprechung keine Differenzierung zwischen „euthanasie“ und „meurtre“ (dt. Mord) macht. Mit dem Begriff „Mord“ wird das Verständnis bzw. Verlangen des Sterbewilligen gänzlich außer Acht gelassen. Dadurch kann eine Diskussion um die ethische Rechtfertigung von „euthanasie“, die auf der Autonomie des Individuums

¹⁵⁹ Schrader (2012, S.171).

¹⁶⁰ Horn, Advance directives in English and French Law : different concepts, different values, different societies (2014, S.66).

¹⁶¹ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.32).

¹⁶² Gaille & Horn (2016, S.481).

¹⁶³ Lefeuvre (2017, S.67)

¹⁶⁴ Gaille & Horn (2016, S.480)

aufbaut, nur schwer entstehen. Ähnlich verhält es sich mit einer Gleichsetzung von „assistance au suicide“ und „Mord“ durch die französische Rechtsprechung.

Von Besonderheit ist der Begriff „suicide assisté“, der angewendet wird, wenn eine Person körperlich nicht in der Lage ist, ihrem Leben selbständig ein Ende zu setzen. Die Differenzierung, die mit dem Begriff „euthanasie“ gemacht wird, setzt voraus, dass „euthanasie“ bzw. Tötung auf Verlangen nur dann vorliegt, wenn die betreffende Person selbst zwar körperlich, nicht aber psychisch in der Lage ist, sich selbst zu töten. Ein Sachverhalt, der eher selten vorliegt. Es scheint, dass Fälle, bei denen es sich per Definition um „euthanasie“ handelt, infolge dieser begrifflichen Unterscheidung seltener eintreten können. Allerdings wird diese Unterscheidung rechtlich nicht gemacht.

„Suicide assisté“ wird begrifflich zwar durch den französischen Ethikrat von „assistance au suicide“ unterschieden, es scheint aber, dass bei der Einordnung beider Tötungshandlungen als „suicide“ bzw. Selbsttötung die Grenzen zwischen den beiden Sterbehilfeformen verwischen. Denn die ethische Beurteilung beider Handlungen hängt von der Beurteilung der Selbsttötung selbst ab. Folglich besteht die Möglichkeit, dass „suicide assisté“ und „assistance au suicide“ ethisch in gleichem Maß vertretbar bzw. verwerflich sind.

Ebenfalls kommt der Definition von „sédation profonde et continue“ des französischen Ethikrats eine entscheidende Bedeutung zu. Dadurch, dass „sédation profonde et continue“ mit einem Behandlungsabbruch gleichgesetzt wird, kann diese ethisch vertretbar sein, denn der Behandlungsabbruch wird durch den Wunsch des Sterbewilligen selbst gerechtfertigt. Patientenautonomie scheint jedoch eine geringere Rolle (als in Deutschland) zu spielen.

6. Vergleichende Analyse beider Begrifflichkeiten

Die deutschen und französischen Begrifflichkeiten unterscheiden sich grundsätzlich durch ihre ethische Gewichtung.

Der deutsche Ethikrat versucht, eine möglichst ethisch neutrale Begrifflichkeit zu formulieren, die als Grundlage einer Diskussion der Reichweite der individuellen Autonomie und ihre Grenzen dienen soll. Zeugnis dafür ist beispielsweise der Verzicht auf die in der englischsprachigen Literatur noch weitverbreitete Unterscheidung zwischen „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe bzw. zwischen „Handeln“ und „Unterlassen“.

Die französische Begrifflichkeit weicht aber noch weiter von der englischsprachigen Begrifflichkeit ab, indem Begriffe eingeführt werden, die in der englischsprachigen sowie der deutschen Begrifflichkeit abwesend sind. Ein wichtiger Unterschied ist der Begriff „suicide assisté“, der eine Tötungshandlung durch eine andere Person auf eine Selbsttötung zurückführt. In der deutschen Terminologie hingegen handelt es sich bei einer solchen Handlung um „Tötung auf Verlangen“. Die rechtliche Wertung in Frankreich als Mord untergräbt jeglichen Versuch, die Handlung auf der Grundlage des individuellen Sterbewunsches zu rechtfertigen. Zentral ist auch der Begriff „sédation profonde et continue“, der einem Behandlungsabbruch mit Abbruch jeglicher Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr gleichgesetzt wird. Auch wenn ein derartiger Behandlungsabbruch sich teilweise durch den Wunsch des Sterbewilligen rechtfertigen lässt, liegt der Fokus nicht nur auf diesem, denn die Förderung des Zusammengehörigkeitsgefühls wird dabei vom französischen Ethikrat in den Vordergrund gestellt. Es scheint, dass der französische Ethikrat, anders als der Deutsche Ethikrat, durch seine Begrifflichkeit den Patientenwillen nicht (einzig) ins Zentrum setzt. Dies könnte ein Grund sein, weswegen dem Arzt in Frankreich ein größerer Entscheidungsspielraum als in Deutschland bei der Behandlung eingeräumt wird, wie Schrader es in einem rechtlichen Vergleich beider Länder dargelegt hat.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Schrader (2012, S.132).

Wie diese Begrifflichkeiten sich in den Argumenten der jeweiligen nationalen Ethikräte hinsichtlich der Zulässigkeit bzw. Unzulässigkeit der „Beihilfe zur Selbsttötung“ bzw. „Tötung auf Verlangen“ auswirken, soll Gegenstand der nächsten Kapitel dieser Arbeit sein. Ähnlich wie für den Vergleich der französischen und deutschen Terminologie wird zunächst für den Vergleich der unterschiedlichen Argumentationen ein Überblick der englischsprachigen Debatte geschaffen, um die landesspezifischen Argumente hervorzuheben.

7. Englischsprachige Argumentation

Fünfzehn Jahren nach dem Fall von Karen Quinlan war „passive euthanasia“ in den USA weitestgehend akzeptiert. Als Brock seinen Artikel „Voluntary active euthanasia“ 1992 verfasste,¹⁶⁶ existierten zahlreiche Leitlinien, um den Verzicht auf eine Behandlung oder deren Abbruch zu regeln.¹⁶⁷ Die Frage der Zulässigkeit von „physician-assisted suicide“ oder „active euthanasia“ blieb jedoch in den 90er-Jahren unbeantwortet und sehr umstritten. Auch aktuell bildet sie den Kern der Sterbehilfedebatte. Um die Argumente für oder gegen die Zulässigkeit der „Beihilfe zum Suizid“ und der „Tötung auf Verlangen“ in den Stellungnahmen des Deutschen Ethikrats und des französischen Ethikrats zu untersuchen, soll eine Übersicht der englischsprachigen Argumentation geschaffen werden. Diese bildet einen Rahmen, mit dessen Hilfe die Argumente der jeweiligen Ethikräte analysiert werden. Es stellt sich die Frage, inwiefern die Entscheidung, sterben zu wollen, in den jeweiligen Stellungnahmen als autonome Handlung wahrgenommen wird. Zu diesem Zweck soll zuerst der Begriff der Autonomie eingeführt werden. Dafür wird das Modell des „principlism“ von Beauchamp und Childress herangezogen, das einer der weltweit verbreitetsten Ansätze der Medizinethik ist. Zur Veröffentlichung ihrer 8. Auflage schrieben Beauchamp und Childress:

„Our position is that it is a mistake in biomedical ethics to assign priority a priori to any basic principle over other basic principles [...]. The best strategy is to appreciate the contributions and the limits of various principles, virtues and rights, which is the strategy we have embraced since the first edition and continue throughout this edition.“¹⁶⁸

Es geht im Folgenden um die Frage, wann Autonomie Formen der Sterbehilfe legitimiert und in welchen Fällen diese Entscheidung nicht autonom ist. Auf den begrifflichen Teil aufbauend, soll der Frage nachgegangen werden, wo die Grenzen dieser Autonomie sind und weshalb diese sich bei „physician-assisted suicide“ und „active euthanasia“ voneinander unterscheiden. Dabei wird die

¹⁶⁶ Brock (1992).

¹⁶⁷ American Medical Association (1992), Weir (1989).

¹⁶⁸ Beauchamp & Childress, Principles of Biomedical ethics (2019, S. ix).

Abwägung des Arguments der Autonomie gegenüber negativen gesellschaftlichen Auswirkungen untersucht. Negative gesellschaftliche Auswirkungen sind: die Beschädigung des medizinischen Berufsethos, der Rückzug der Gesellschaft aus ihrem Schutzauftrag, die Gefahr, dass Druck auf Patienten ausgeübt wird, aus dem Leben zu scheiden, die Abschwächung des Tötungsverbots in der Gesellschaft und das sogenannte Slippery-Slope-Argument.

Anschließend werden die Argumente in den deutschen und französischen Stellungnahmen hervorgehoben.

7.1. Das Argument der “autonomy”

Bei „physician-assisted suicide“ und „voluntary active euthanasia“ handelt es sich um freiwillige Formen der Sterbehilfe, bei denen ein entscheidungsfähiger Patient den Wunsch äußert, sterben zu wollen und deswegen die Hilfe eines anderen in Anspruch nehmen möchte. Dabei stellt sich die Frage, ob der Respekt der Autonomie rechtfertigt, dass dem Sterbewunsch nachgekommen wird. Zuerst muss jedoch die Definition der Autonomie erläutert werden.

Das Wort „Autonomie“ kommt vom Griechischen „autos“ („selbst“) und „nomos“ („Regel“ oder „Gesetz“), das ursprünglich auf die Selbstverwaltung der unabhängigen Städte verwies. Die Bedeutung des Wortes wurde dann erweitert, um die Fähigkeit zu bezeichnen, die Kontrolle über sich selbst zu besitzen und nach seinen eigenen Wertvorstellungen zu handeln.¹⁶⁹

Beauchamp und Childress nennen zwei Bedingungen, die für die Autonomie grundlegend sind: die Freiheit als Unabhängigkeit von äußeren Einflüssen und die Fähigkeit, absichtlich zu handeln.¹⁷⁰ Außerdem verstehen Beauchamp und Childress die Autonomie als zu respektierendes Recht jedes einzelnen. Dieser Respekt setzt die Pflicht voraus, die Entscheidungsautonomie anderer zu erhalten oder auch zu fordern. Speziell im Zusammenhang mit dem „physician-assisted suicide“ argumentieren Beauchamp und Childress, dass Suizidwünschen von Patienten, wenn sie der freien Entscheidung einer

¹⁶⁹ Beauchamp & Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale* (2008, S.92).

¹⁷⁰ Beauchamp & Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale* (2008, S.94).

urteilsfähigen Person entsprechen, auf dem Respekt der Autonomie gründend, nachgekommen werden sollen:

„Jemanden autonom auf seinen Wunsch bei seinem Suizid zu unterstützen, [...] ist eine Art, Respekt für seine Autonomie zu zeigen. Umgekehrt ist es gegenüber seiner Autonomie respektlos, wenn ihm die Möglichkeit verweigert wird, sich an andere qualifizierte Individuen zu wenden, um seiner Forderung nachzukommen.“¹⁷¹

Ein Gegenargument ist, dass der Sterbewunsch grundsätzlich nicht auf einer autonomen Entscheidung beruhen kann, sondern Ausdruck von Leiden ist, die medizinisch beherrschbar sind. Es stellt sich diesbezüglich jedoch die Frage nach der Freiwilligkeit des Wunsches bzw. nach der Freiheit von äußeren Einflüssen, die nur schwer sichergestellt werden kann.

Ein anderes Gegenargument ist, dass „physician-assisted suicide“ und „Tötung auf Verlangen“ den Grundlagen der Autonomie widersprechen. Es wird argumentiert, dass das Leben die notwendige Bedingung für die Autonomie ist. Suizid würde in dieser Hinsicht gegen die Autonomie verstoßen, weil der (gestorbene) Mensch nicht mehr über die Möglichkeiten verfügt, zukünftig autonom zu sein. Beispielsweise argumentiert Doerflinger, dass das Recht auf Autonomie nicht das Recht beinhaltet, auf seine Autonomie zu verzichten.¹⁷² Folglich muss das Recht auf Autonomie geschützt werden, auch wenn dies gegen den Willen des Einzelnen erfolgt. Als Beispiel nennt er das Verbot der Sklaverei, das auch für diejenigen gilt, die sich freiwillig in die Sklaverei begeben wollen. So bezweckt das Verbot den Schutz der Freiheit des Einzelnen auch gegen seinen eigenen Willen. In Analogie, so argumentiert Doerflinger, müsste einer kranken Person „physician-assisted suicide“ verweigert werden, um ihre Autonomie zu schützen.

Wenn die Entscheidung, sterben zu wollen, nicht autonom ist, sind freiwillige Formen der Sterbehilfe ethisch nicht zu vertreten. Wenn jedoch der erste

¹⁷¹ « Assister quelqu'un d'autonome, à sa demande, pour provoquer sa mort est de ce point de vue une façon de montrer du respect envers son autonomie. Réciproquement, nier à une personne la possibilité de s'adresser à d'autres individus volontaires et qualifiés pour accepter leur demande est manquer de respect à son autonomie. » Beauchamp & Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale* (2008, S.224).

¹⁷² Doerflinger (1989).

Auffassung zufolge „physician-assisted suicide“ und „voluntary active euthanasia“ Ausdruck der Autonomie sind, ist der Sterbewunsch zu respektieren und folglich auch zu unterstützen. Die sich daraus ergebende Frage ist, was die Grenzen dieser Autonomie sind. Denn das Respektieren der Autonomie muss in manchen Fällen gegenüber anderen ethischen Erwägungen abgewogen werden. In dem Fall, dass zum Beispiel, eine autonome Entscheidung und ihre Ausführung eine Gefahr für Dritte bzw. die Gesellschaft darstellen oder jemanden schädigen, ist es gerechtfertigt, diese Autonomie zu begrenzen. Welche ethischen Aspekte eine solche Begrenzung rechtfertigen, wird im Folgenden dargestellt.

7.2. Grenzen der Autonomie

Die Schwierigkeit hinsichtlich der Frage der Zulässigkeit von „physician-assisted suicide“ und „voluntary euthanasia“ besteht darin, dass beide Formen der Sterbehilfe die Unterstützung einer anderen Person fordern, die anders als bei einem Behandlungsabbruch moralisch nicht verpflichtet ist, dem Sterbewunsch nachzukommen, wenn dieser etwa die eigenen moralischen Werte verletzt. Eine weitere Besonderheit ist, dass die sogenannte Unterstützung oft medikamentös erfolgt und die Frage, nach der den Ärzten zukommenden Rolle aufkommt. In dem besonderen Fall einer ärztlichen Unterstützung ist die ethische Frage zweiteilig: der Arzt trifft als Individuum eine Gewissensentscheidung und muss gleichzeitig als Vertreter der Ärzteschaft deren Übereinstimmung mit dem medizinischen Berufsethos prüfen.

Ein in der englischsprachigen Literatur häufig erwähntes Argument ist, dass der Sterbewunsch das medizinische Berufsethos schädigt.

7.2.1 Schädigung des medizinischen Berufsethos

Argumentiert wird, dass die ärztliche Unterstützung bei freiwilligen Formen der Sterbehilfe das Vertrauen der Patienten in die Ärzte gefährden würde. Oft wird von Vertretern dieses Arguments auf den Hippokratische Eid verwiesen, der einer verbreiteten Auffassung nach eine solche Unterstützung verbietet.

Beispielsweise schreibt Kass in seinem berühmt gewordenen Artikel *Neither for love nor money: why doctors must not kill*:

„But in foreswearing the giving of poison when asked for it, the Hippocratic physician rejects the view that the patient’s choice for death can make killing him right. For the physician, at least, human life in living bodies commands respect and reverence – by its very nature.“¹⁷³

Schon vor über tausend Jahren fasste der Hippokratische Eid die wichtigsten Merkmale des ärztlichen Ethos zusammen. So gelobt der Arzt, seinem Patienten zu nutzen und ihm nicht zu schaden, seinen Willen zu respektieren und die Verschwiegenheit zu beachten. Neben diesen Pflichten werden auch Verbote ausgesprochen: Beihilfe zur Selbsttötung, Schwangerschaftsabbruch und chirurgische Eingriffe werden im Eid untersagt. Jedoch gibt es mehrere Deutungen des Eids, die diese Verbote als umstritten erscheinen lassen.¹⁷⁴

In Anbetracht des zeitlichen Wandels, dem das ärztliche Ethos unterliegt und, das laut Wiesing nicht mehr durch den Hippokratischen Eid gedeckt ist,¹⁷⁵ soll ein besonderes Augenmerk auf die Declaration of Geneva gelegt werden. Diese wurde 1948 von der World Medical Association verfasst. Sie war ein Versuch, die ethischen Grundsätze der Medizin an die Anliegen der modernen Profession anzupassen.¹⁷⁶ Die Deklaration wurde mehrmals bearbeitet, zuletzt 2017. In der neuesten Fassung steht an der Stelle des Verbots des ärztlich assistierten Suizids im Hippokratischen Eid, dass der Arzt stattdessen „the utmost respect for human life“ aufrechterhalten muss. Wie Wiesing es vermerkt, ist „the utmost respect for human life“ eine vage Verpflichtung.¹⁷⁷ Es ist kein klares Verbot des ärztlich assistierten Suizids, sondern beschreibt vielmehr eine respektvolle Haltung gegenüber den Patienten.

¹⁷³ Kass (1989, S.38).

¹⁷⁴ Wiesing, The Hippocratic Oath and the Declaration of Geneva : Legitimation attempts of professional conduct (2020).

¹⁷⁵ Wiesing, The Hippocratic Oath and the Declaration of Geneva : Legitimation attempts of professional conduct (2020).

¹⁷⁶ Parsa-Parsi (2017).

¹⁷⁷ Wiesing, The Hippocratic Oath and the Declaration of Geneva : Legitimation attempts of professional conduct (2020, S.85).

Dürften Ärzte Unterstützung bei „physician-assisted suicide“ und „euthanasia“ leisten, etwa mit der Begründung, dass „passive euthanasia“ bereits erlaubt ist? Die Antwort darauf hängt mit der begrifflichen Unterscheidung zusammen, die zwischen den Handlungen gemacht wird. Wird diese Unterscheidung angenommen, könne „euthanasia“ keine ärztliche Unterstützung erfahren, denn eine Tötungshandlung wird in der Medizin als inakzeptabel betrachtet.

Ähnlich verhält es sich bei „physician-assisted suicide“ bei dem der Patient die entscheidende Handlung ausführt (während der Arzt es bei „euthanasia“ tut). Wird aufgrund dieses kausalen Unterschieds eine ethische Unterscheidung gemacht, dürften Ärzte Beihilfe zum Suizid leisten, weil ihre Handlung im Gegensatz zu „euthanasia“ nicht als ursächlich für den Tod angesehen wird.

Wie der Schutz des medizinischen Berufsethos gegen die Patientenautonomie abgewogen wird, hängt also davon ab, wie - über das Verständnis der medizinischen Verpflichtungen und ihre zugrunde liegenden ethischen Grundsätzen hinaus - die unterschiedliche Sterbehilfeformen definiert werden.

Eine andere befürchtete Missentwicklung im Falle der Legalisierung von „voluntary active euthanasia“ und „physician-assisted suicide“ ist, dass die Gesellschaft sich aus ihrer Verpflichtung, für ihre Kranken zu sorgen, zurückzieht.

7.2.2 Rückzug der Gesellschaft aus ihrem Schutzauftrag

Diese Befürchtung liegt hauptsächlich darin begründet, dass die Pflege einer kranken Person vor allem am Ende ihres Lebens kostenlastig ist, sowohl für die Angehörigen als auch für die Gesellschaft. Dies birgt die Gefahr, dass „voluntary active euthanasia“ und „physician-assisted suicide“ als billige Alternative dargestellt werden. So könnte Druck auf gefährdete Personen ausgeübt werden, die möglicherweise von ihrem Umfeld als finanzielle Last empfunden werden. Dazu D.W. Brock:

“We live at a time in which the control of health care costs has become, and is likely to continue to be, the dominant focus of health care policy. If euthanasia is seen as a cheaper alternative to adequate care and treatment, then we might become less

scrupulous about providing sometimes costly support and other services to dying patients.”¹⁷⁸

Eine ähnliche Befürchtung betrifft Personen aus niedrigeren sozialen Schichten, die keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und sich deswegen für „voluntary active euthanasia“ oder „physician-assisted suicide“ entscheiden könnten. Diese Sorge kann als besonders amerikanisches Szenario gedeutet werden, in dem die staatliche Gesundheitsversorgung eine Seltenheit bleibt.¹⁷⁹

Es wäre zu klären, inwiefern die Legalisierung freiwilliger Formen der Sterbehilfe in den zu vergleichenden Ländern zur Diskriminierung von finanziell benachteiligten Menschen beiträgt. Daraufhin wäre eine Abwägung zwischen dem Schutz einer, nach ökonomischen Kriterien, besonders gefährdeten Menschengruppe einerseits und Patientenautonomie andererseits notwendig. Es scheint aber, dass dieser Konflikt mehr die Frage nach der öffentlichen Gesundheitsversorgung stellt, als dass er eine Abwägung zwischen unterschiedlichen ethischen Werten ausdrückt.

Es kann zudem auch eine andere Form von Druck als der finanzielle auf Patienten ausgeübt werden.

7.2.3 Gefahr des Drucks, aus dem Leben zu scheiden

Ein Argument, das für die Zulässigkeit des „physician-assisted suicide“ oder „voluntary active euthanasia“ spricht, ist wie schon erwähnt, der Respekt vor dem Wunsch der Person, die sich wünscht zu sterben. Wie kann aber sichergestellt werden, dass der Sterbewunsch eine freie Entscheidung ist? Besteht nicht etwa die Gefahr, dass gefährdete Menschen bei ihrer Entscheidung manipuliert werden? Einer der bekanntesten Beiträge zu dieser Frage wurde von Velleman verfasst. Er argumentierte wie folgt: Wenn einem Menschen die Möglichkeit des „physician-assisted suicide“ oder der „active euthanasia“ angeboten wird, wird ihm gleichzeitig der verbürgte Anspruch auf Leben verweigert. Ihm wird die Möglichkeit genommen, das Leben als einzige (logische) Alternative zu betrachten, so dass er sich gegenüber anderen

¹⁷⁸ Brock (1992, S.17).

¹⁷⁹ Vladeck (2003).

rechtfertigen muss, weiterleben zu wollen. Patienten, die ihr Leben als lebenswert empfinden, müssen beweisen, dass ihre Krankheit oder Abhängigkeit keinen hinreichenden Rechtfertigungsgrund darstellt, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Die Meinung anderer könnte ihre Entschlossenheit weiterzuleben untergraben.¹⁸⁰

Diese Argumentation bezieht sich letztendlich auf die Frage, in welchen Fällen die Entscheidung, sterben zu wollen, keine autonome Entscheidung darstellt. Die Antwort darauf hängt von der Auffassung der Autonomie und den damit verbundenen Voraussetzungen zur Ausübung dieser Autonomie ab. Sind diese nicht erfüllt, kann der Sterbewunsch kein Ausdruck der Patientenautonomie sein. Ihm solle dementsprechend nicht nachgegeben werden. Dabei stellt sich die Frage, ob die genannten Voraussetzungen zur Ausübung der Autonomie bei „physician-assisted suicide“ eher gegeben sind als bei „voluntary active euthanasia“.

Gegenüber der Patientenautonomie muss zudem die Abschwächung des Tötungsverbots in der Gesellschaft abgewogen werden.

7.2.4 Abschwächung des Tötungsverbots in der Gesellschaft

Ausnahmen wie „voluntary active euthanasia“ oder „physician-assisted suicide“ könnten das gesamte System anfällig für Missbrauch machen, da die Bereitschaft zu töten erhöht wird, lautet eine Befürchtung. Ein geläufiges Gegenargument ist, dass diese Entwicklung durch definierte Ausnahmen und eine hohe gesellschaftliche Kontrolle verhindert werden kann.¹⁸¹

Zu vermerken ist hier, dass die oben genannte Befürchtung eine begriffliche Unterscheidung zwischen Tötungshandlung und Selbstmord voraussetzt. Werden zum Beispiel beide dem Suizid zugeordnet, wie es in der französischen Begrifflichkeit der Fall ist, kann diese Argumentation nur schwer angewendet werden.

¹⁸⁰ Velleman (1992, S.675).

¹⁸¹ Van Delden, Euthanasia (physician-assisted-suicide) (2012, S.204).

Wird aber im Gegensatz dazu „voluntary active euthanasia“ als Tötungshandlung definiert, kann die Abschwächung des Tötungsverbots als negative gesellschaftliche Auswirkung einer solchen Sterbehilfeform rechtfertigen, dass die Patientenautonomie eingeschränkt wird.

Die letzte Entwicklung, die die Legalisierung von „voluntary active euthanasia“ und „physician assisted suicide“ befürchten lässt, ist, dass diese Ausnahmen des Tötungsverbots zur ethisch nicht vertretbaren Sterbehilfeformen führen. Das ist das Slippery-Slope-Argument.

7.2.5 Das Slippery-Slope-Argument

Das Slippery-Slope-Argument ist nicht nur in der Sterbehilfe-Debatte präsent, sondern ist auch in vielen anderen Diskussionen, etwa zum Schwangerschaftsabbruch oder HIV-Tests, von besonderer Bedeutung. Das Argument lautet, dass die Einführung einer neuen Technologie oder einer neuen Praxis, die als ethisch vertretbar angesehen wird, zur Duldung weiterer Fälle führt, die ethisch nicht akzeptabel sind.¹⁸² Aus diesem Grund dürfe die neue Technologie oder Praxis nicht eingeführt werden.

Zum Beispiel könnte gegen die Legalisierung der Abtreibung argumentiert werden, dass erlaubte Schwangerschaftsabbrüche zur Duldung von Kindsmord führen. Kindsmord wäre in dem Fall zwar keine logische Folge der Legalisierung der Abtreibung, es bestehe aber das Risiko (so lautet die empirische Form des Slippery-Slope-Arguments), dass Menschen nach der Legalisierung von Schwangerschaftsabbruch ihre Verhaltensweisen dermaßen ändern, dass sie Kindsmord tolerieren, weil etwa die Hemmschwelle, Föten bzw. Kinder zu töten, geringer würde. Um solche Entwicklung zu vermeiden, lautet das Argument, müssten Schwangerschaftsabbrüche ohne Ausnahme untersagt werden.

Diese Argumentation findet eine ähnliche Anwendung in der Sterbehilfe-Debatte. Die am häufigsten antreffende Form ist, dass die Legalisierung von „voluntary active euthanasia“ zu „nonvoluntary active euthanasia“ führt. Als

¹⁸² Van der Burg (1991).

Begründung wird angeführt, dass die schon erfolgte Legalisierung der „voluntary passive euthanasia“ zur Legalisierung der „nonvoluntary passive euthanasia“ geführt hat.¹⁸³ So kann etwa die Behandlung eines Komapatienten aufgrund seiner früheren Äußerungen abgebrochen werden.

In dem Fall ist die Ausweitung der freiwilligen Formen der Sterbehilfe auf nicht freiwillige- oder unfreiwillige Formen der Sterbehilfe nicht erstrebenswert, weil diese nicht durch die Patientenautonomie gerechtfertigt werden können. Mit Blick auf andere befürchtete Ausweitungen, wie die an nicht Sterbenskranken oder Minderjährigen geleisteten Sterbehilfe, wäre zu klären, wie wahrscheinlich diese Entwicklungen sind und ob diese notwendigerweise verwerflich sind. Gegebenfalls müssten sie gegenüber dem Respekt der Patientenautonomie abgewogen werden.

In der extremeren Form des Slippery-Slope-Arguments wird behauptet, dass die Legalisierung der „voluntary active euthanasia“ und des „physician-assisted suicide“ der erste Schritt ist, der weiter in Richtung eines menschenverachtenden Regimes führt. Dieses Argument wurde schon 1949 von Alexander formuliert: Die Einführung des „euthanasia program“, auf der Kategorie des „lebensunwerten Leben“ gründend, habe zum Holocaust geführt.¹⁸⁴ Weiter wird von Alexander ausgeführt, dass an dem absoluten Verbot der ärztlich geleisteten Sterbehilfe festzuhalten ist, um die Gesellschaft von einer solchen Entwicklung zu schützen.

Besteht in einer demokratischen, pluralistischen Gesellschaft das Risiko eines moralischen Zerfalls wie unter dem nationalsozialistischen Regime? Dafür müssten die notwendigen soziale Bedingungen identifiziert werden, die 1939-1945 die Gesellschaftsbereitschaft zum Töten bis hin zum Genozid erhöht haben. Können Parallele zwischen unserer aktuellen Gesellschaft und der unter dem Nazi Regime gezogen und nachgewiesen werden, wäre das Risiko einer negativen gesellschaftliche Entwicklung schwer genug, um die Patientenautonomie einzuschränken. Ein solcher Beleg bleibt aber schwer

¹⁸³ Brock (1992, S.20).

¹⁸⁴ Alexander (1949).

vorzulegen, weil es sich um eine zukünftige Entwicklung handelt, die rein hypothetisch bleibt. Außerdem wäre zu klären, ob es sich bei der Schoah um „euthanasia“ gehandelt hat, denn die Massenmorde wurden, wie von Singer angemerkt, mit dem Ziel der sogenannten „Rassenhygiene“ und „genetischen Volksgesundheit“ verfolgt, die den Grundwerten der anglo-amerikanischen „euthanasia“ fremd sind.¹⁸⁵

Wieder ist zu erkennen, dass der Begrifflichkeit einer entscheidenden Bedeutung zukommt: die Entscheidung des deutschen Ethikrats, den Begriff Sterbehilfe bzw. Handlungen am Lebensende statt „euthanasia“ zu verwenden, schafft einen klaren Unterschied zwischen der Tötung einer Person von Dritten auf ihr Verlangen hin und die Ermordung Kranker während des NS-Regimes.

Ähnlich wie im englischsprachigen Raum wurde über die Frage der Zulässigkeit von „physician-assisted suicide“ und „active euthanasia“ in Deutschland und in Frankreich heftig debattiert.

Folglich soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die befürchteten Entwicklungen einer Legalisierung von „voluntary active euthanasia“ und „physician-assisted suicide“ sich in den deutschen und französischen Stellungnahmen von der englischsprachigen Literatur unterscheiden.

Zunächst wird auf die Argumentation des deutschen Ethikrats eingegangen.

¹⁸⁵ Singer, Practical ethics (2011, S.188)

8. Argumentation in der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats

Vielmehr als „Sterbenlassen“ stellen „Beihilfe zum Suizid“ und „Tötung auf Verlangen“ die Frage nach der Patientenautonomie und ihren Grenzen. Inwieweit die Entscheidung zu sterben als autonome Handlung vom Ethikrat wahrgenommen und gegenüber welchen negativen gesellschaftlichen Konsequenzen sie in der Stellungnahme abgewogen wird, ist Thema dieses Kapitels. Darüber hinaus soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Argumentation des Ethikrats auf den in der Stellungnahme ausgewählten Begrifflichkeiten beruht.

8.1 Das Argument der Autonomie

Wie Schicktanz et al. es beobachteten erscheint Patientenautonomie bzw. Selbstbestimmung als zentrales Thema der Stellungnahme.¹⁸⁶ Schon in einer Vorbemerkung wird vom Deutschen Ethikrat festgehalten:

„Das Sterben ist ein individuelles Geschehen, das grundsätzlich der Selbstbestimmung des Einzelnen nicht entzogen werden kann.“¹⁸⁷

Entscheidungen am Lebensende werden vom Deutschen Ethikrat als Ausdruck dieser Selbstbestimmung verstanden, die als Synonym der Autonomie angewendet wird. Somit beinhaltet laut Ethikrat das Selbstbestimmungsrecht, „das Recht eine medizinische Behandlung zu gestatten oder auch zu verweigern.“¹⁸⁸ Aus diesem Grund besteht innerhalb des Ethikrates ein weitgehender Konsens über die Straflosigkeit des Sterbenlassens, soweit Behandlungsunterlassung oder -abbrüche dem Willen des Betroffenen entsprechen.¹⁸⁹

Umstrittener ist jedoch die Frage, ob Suizid ebenfalls Ausdruck der Selbstbestimmung sein kann, denn Suizid könne als Widerspruch der

¹⁸⁶ Schicktanz, Raz & Shalev (2010, S.387).

¹⁸⁷ Deutscher Ethikrat (2006, S.9).

¹⁸⁸ Deutscher Ethikrat (2006, S.63).

¹⁸⁹ Deutscher Ethikrat (2006, S.75).

Autonomie verstanden werden.¹⁹⁰ Der Deutsche Ethikrat nennt ähnlich wie im Modell von Beauchamp und Childress die Entscheidungsfähigkeit des Patienten als notwendige Bedingung für die Ausübung der Selbstbestimmung. Auch wenn der Ethikrat keine Kriterien nennt, die die Entscheidungsfähigkeit definieren, sieht er die Abwesenheit von krankhafter psychischer Störung wie etwa Depression oder Schizophrenie als zwingend erforderlich.¹⁹¹ Dies kann als Abwesenheit von äußeren Einflüssen verstanden werden. Nur dann würde laut Ethikrat der Suizid ein Handeln darstellen, „bei dem jemand in freier Verantwortung [...] den Entschluss fasst, nicht mehr leben zu wollen.“¹⁹² In dem Fall könne der Suizidwunsch dem Ausdruck der Selbstbestimmung entsprechen.

Dies rechtfertigt laut Ethikrat die Empfehlung in seinem Hauptvotum, dass die Strafflosigkeit der Beihilfe zum Suizid beibehalten wird, wenn der Suizid aufgrund eines „ernsthaft bedachten Entschlusses“ erfolgt. Der Ethikrat schlägt vor, dass in diesem Fall von Rettungsmaßnahmen abgesehen werden darf, allerdings nur wenn der Suizident „schwer krank“ ist.¹⁹³

Jedoch soll die Ausübung der Selbstbestimmung nicht grenzenlos sein. Insbesondere bei der ärztlich geleisteten Beihilfe zum Suizid und der Tötung auf Verlangen, die die Unterstützung Dritter fordert, sieht der Ethikrat Einschränkungen vor. Um laut Deutschem Ethikrat „andere Rechtsgüter und Gemeinwohlbelange“ zu schützen¹⁹⁴, muss hier die Ausübung der Autonomie gegenüber möglichen negativen gesellschaftlichen Folgen abgewogen werden.

8.2. Grenzen der Autonomie

Da die Unterstützung bei einem Suizid meistens ärztlich erfolgt, stellt sich für den Deutschen Ethikrat genauso wie in der englischsprachigen Debatte die Frage der den Ärzten zukommenden Rolle und wie der Schutz des Berufsethos gegen die Ausübung der Autonomie abgewogen werden soll.

¹⁹⁰ Deutscher Ethikrat (2006, S.81).

¹⁹¹ Deutscher Ethikrat (2006, S.79).

¹⁹² Deutscher Ethikrat (2006, S.79).

¹⁹³ Deutscher Ethikrat (2006, S.99).

¹⁹⁴ Deutscher Ethikrat (2006, S.60).

8.2.1 Beschädigung des medizinischen Berufsethos

Die Frage ist innerhalb des Ethikrats stark umstritten, weswegen es für die von Ärzten geleisteten Beihilfe zum Suizid zu keiner einheitlichen Empfehlung kommt. Stattdessen gibt es zwei verschiedene Auffassungen, die beide im Hauptvotum dargelegt werden.

Der ersten Auffassung zufolge schützt der Arzt die menschliche Gesundheit, weswegen die ärztliche Beihilfe zum Suizid dem medizinischen Berufsethos widerspricht. Auch wenn der Ethikrat hier nicht spezifiziert, was das Berufsethos definiert, scheint sich die Auffassung auf ein eher traditionelles Verständnis des Arztes zu stützen, das im anglo-amerikanischen unter anderem von Kass vertreten wurde.¹⁹⁵ Überdies wird vom Ethikrat angeführt, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid deshalb nicht wünschenswert ist, weil die Entscheidungsfähigkeit des Patienten vom Arzt nur schwer beurteilt werden könnte.¹⁹⁶ Diese Argumentation ist letztendlich mit der Schwierigkeit verbunden, den freiwilligen Charakter des Sterbewunsches sicherzustellen.

Dieser Standpunkt des Deutschen Ethikrats scheint in besonderem Maß inkonsistent zu sein. Es stellt sich die Frage: Wenn die Möglichkeit der individuellen Beihilfe zum Suizid für alle bestehen soll, wie soll sie konkret ausgeführt werden, wenn nicht von den Ärzten? Selbst wenn eine spezielle Berufsgruppe wie Psychologen, hypothetisch spezialisierte Suizidhelfer oder nahestehende Personen oder Freunde hinzugezogen werden, liegt die Verschreibungshoheit nur bei den Ärzten. Beihilfe zum Suizid zu legalisieren, aber den Ärzten ihre Einbeziehung zu verweigern, läuft darauf hinaus, dass schwer erkrankte Menschen entweder auf Beihilfe zum Suizid verzichten oder sich mit größten Schwierigkeiten tödlich wirkende Medikamente verschaffen müssen. Ein Beispiel dafür ist der Fall der vom Hals an abwärts gelähmten Patientin, derer eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital zum Zweck der

¹⁹⁵ Kass (1989).

¹⁹⁶ Deutscher Ethikrat (2006, S.85).

Selbsttötung 2004 vom Bundesinstitut für Arzneimittel verwehrt wurde.

Daraufhin nahm sie 2005 Sterbehilfe in der Schweiz in Anspruch.¹⁹⁷

Der zweiten Auffassung nach ist es Aufgabe des Arztes, Individuen zu helfen, ihre persönliche Vorstellung des richtigen Lebens (bzw. Sterbens) zu verwirklichen. So soll der Respekt der Selbstbestimmung nicht dem Erhalt des Lebens untergeordnet werden. Dies erlaubt dem Arzt, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten. Es könne überdies das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt gestärkt werden, weil der Arzt auch in dieser Situation für ihn da ist.¹⁹⁸

Im Kontext eines Vergleichs mit der französischen Sterbehilfe-Debatte ist auch die Position der Bundesärztekammer erwähnenswert. In ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004 schreibt die Bundesärztekammer: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“¹⁹⁹ Dementsprechend fügte der Deutsche Ärztetag 2011 in die Muster-Berufsordnung den Satz „[Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ ein²⁰⁰ und löste damit eine heftige Debatte aus.²⁰¹ Inzwischen zeigt sich die Bundesärztekammer im Hinblick auf „die verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten“²⁰² kompromissbereit. In den Grundsätzen von 2011 wird nämlich festgehalten: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“.²⁰³ Von der Beschädigung des ärztlichen Ethos ist keine Rede mehr.²⁰⁴

¹⁹⁷ Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, <https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/urteil-des-bverwg-vom-02.-maerz-2017>. Zugegriffen: März 2021

¹⁹⁸ Deutscher Ethikrat (2006, S.86)

¹⁹⁹ Bundesärztekammer, zur ärztlichen Sterbebegleitung, Grundsätze der Bundesärztekammer (2004).

²⁰⁰ Bundesärztekammer, zur ärztlichen Sterbebegleitung, Grundsätze der Bundesärztekammer (2011).

²⁰¹ Wiesing: Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein! (2013); Wenker (2013).

²⁰² Bundesärztekammer, zur ärztlichen Sterbebegleitung, Grundsätze der Bundesärztekammer (2011).

²⁰³ Bundesärztekammer, zur ärztlichen Sterbebegleitung, Grundsätze der Bundesärztekammer (2011).

²⁰⁴ Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, <https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/grundsätze-der-bundesaerztekammer-baek-zur-aerztlichen-sterbebegleitung>. Zugegriffen: März 2021

Zusammengefasst sind im Ethikrat (wie in der deutschen Ärzteschaft) die Meinungen über ärztliche Beihilfe zum Suizid gespalten. Jedoch scheint diese ethisch nicht ausgeschlossen zu sein und könne laut einem Teil des Ethikrats unter bestimmten Bedingungen gerechtfertigt sein und sogar dem medizinischen Berufsethos entsprechen. Anders verhält es sich bei der Tötung auf Verlangen, die wegen der Fremdtötung, die sie voraussetzt, im Gegensatz zu einer Selbsttötung mit dem medizinischen Berufsethos unvereinbar sei.²⁰⁵ Hier rechtfertigt der kategoriale Unterschied, der im Begrifflichkeitsteil ausgearbeitet wurde, dass Tötung auf Verlangen abgelehnt wird.

Folglich spricht sich der Ethikrat in seiner Empfehlung dafür aus, dass die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen beibehalten wird.²⁰⁶ Laut einem Teil des Ethikrats liegt dieser Empfehlung jedoch nicht (nur) ein kategorialer Unterschied zugrunde, sondern weitere befürchtete negative Gesellschaftsentwicklungen, gegenüber welche die Patientenautonomie abgewogen werden soll.

8.2.2. Rückzug der Gesellschaft aus ihrem Schutzauftrag

Vor allem in dem ergänzenden Votum der Stellungnahme wird die Befürchtung geäußert, dass die rechtliche Zulassung der Tötung auf Verlangen den Druck erhöhen würde, dem Schwerkranken aufgrund beispielsweise knapper Ressourcen ausgesetzt sind.²⁰⁷ In dem Fall sei die Gesellschaft nicht mehr in der Lage, ihren Schutzauftrag gegenüber gefährdeten Menschen zu erfüllen.

Dieses Argument stützt sich auf die Ansicht, dass die Verfügbarkeit von Tötung auf Verlangen auf einen Zwang hinausläuft (Tötung auf Verlangen in Anspruch zu nehmen), der einer autonomen Entscheidungsfindung im Wege stehe. In diesem Sinne sei ein Verbot der Tötung auf Verlangen nicht mit einer Einschränkung der Autonomie gleichzustellen, sondern gewährleiste diese:

²⁰⁵ Deutscher Ethikrat (2006, S. 92).

²⁰⁶ Deutscher Ethikrat (2006, S.101).

²⁰⁷ Deutscher Ethikrat (2006, S.104).

„Die entschiedene Respektierung des Tötungsverbotes durch alle Beteiligten gewährt den Sterbenden dagegen die nötige Freiheit zur Annahme ihres eigenen Todes.“²⁰⁸

Vordergründlich stehen aber für den Ethikrat im Zusammenhang mit der Zulassung der Tötung auf Verlangen andere Befürchtungen, unter anderem eine Ausweitung derer auf ethisch nicht vertretbare Fälle. Eine solche Argumentation kann als Slippery-Slope-Argument verstanden werden.

8.2.3 Das Slippery-Slope-Argument

Es stellt sich die Frage der Schwierigkeit der Regelung der Tötung auf Verlangen. Der Ethikrat argumentiert:

„Einige sehen die Gefahren einer schleichenden Ausweitung der erforderlichen Voraussetzungen und die Gefahren des Missbrauchs als zu gravierend [...]“²⁰⁹

Welche Ausweitungen der Voraussetzungen als gefährlich bzw. ethisch nicht vertretbar angesehen werden, wird vom Ethikrat nicht spezifiziert. Auch werden keine Argumente dafür geliefert, dass diese „Ausweitungen“ der Zulassung der Tötung auf Verlangen zwingend folgen würde. Jedoch schätzt ein Teil des Ethikrats dieses Risiko einer negativen gesellschaftlichen Entwicklung als schwer genug ein, um eine Einschränkung der Patientenautonomie zu rechtfertigen bzw. um an dem Verbot der Tötung auf Verlangen festzuhalten.

Ein anderer Teil des Ethikrats hält diese Sorge für unbegründet, spricht sich jedoch wegen der nationalsozialistischen Vergangenheit und unabhängig vom Slippery-Slope-Argument gegen eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus.

8.2.4 Ein spezifisch deutsches Argument: „Historische Verantwortung“

Laut den Vertretern dieser Argumentation gelte es aus „politischer Rücksicht“ angesichts der deutschen Geschichte, die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen beizubehalten.²¹⁰ Schicktanz et al. beschreiben diese

²⁰⁸ Deutscher Ethikrat (2006, S.104).

²⁰⁹ Deutscher Ethikrat (2006, S.95).

²¹⁰ Deutscher Ethikrat (2006, S.95).

Argumentation, die abwesend aus der englischsprachigen Debatte ist, als historische Verantwortung:

„These considerations could be described as taking historical responsibility for the criminal euthanasia practiced under the nazi regime.“²¹¹

Sie nimmt Bezug auf die Aktion T4, die systematische Ermordung von 70 000 Menschen mit Behinderungen in Deutschland von 1939 bis 1941.

„Ärztekommissionen“ wurden beauftragt, nach bestimmten Kriterien Opfer auszuwählen, die dann mit Sammeltransporten, den sogenannten „grauen Bussen“, in eine der sechs Tötungsanstalten gebracht wurden. Die „Patienten“ wurden dort in Gaskammern mit Kohlenmonoxyd erstickt.²¹² 1941 wurde die Aktion T4 in Folge öffentlicher Proteste, vor allem auch von kirchlicher Seite, eingestellt. Damit endeten aber nicht die Krankentötungen. Sie wurden mit Verhungerlassen und Medikamententötungen bis 1945 fortgeführt. Parallel zu diesen Tötungsaktionen fand 1939 bis 1945 ein „Kinder-Euthanasie“-Verfahren statt, das die Tötung von geistig und körperlich behinderten Kindern verfolgte.²¹³

Dabei war laut Hafner und Winau der Begriff „Euthanasie“ eng mit der Feststellung des „Lebensunwerts“ des Menschen verknüpft, wie sich anhand der Schrift von Binding und Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ aus dem Jahre 1920 nachweisen lässt.²¹⁴ Hoche schlug in diesem Text Kriterien vor, nach denen das Leben eines Menschen als „lebensunwert“ erklärt werden konnte. Damit wurde in Form eines Unwerturteils ein subjektives Recht auf Existenz verneint: die Lebensberechtigung des Einzelnen konnte nach einem objektiven Maß abgewogen werden, das sich nicht an dem subjektiven Bewusstsein des Einzelnen orientierte.

Vor diesem Hintergrund scheinen Unwerturteile über kranken Menschen in der deutschen Sterbehilfe-Debatte von besonderer Relevanz zu sein. Dies zeigt

²¹¹ Schick Tanz, Raz & Shalev (2010, S.391).

²¹² Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart & Mundt (2002, S.1067).

²¹³ Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart & Mundt (2020, S.1067).

²¹⁴ Hafner & Winau (1974).

sich auch in der aktuellen deutschen Rechtsprechung, wie Pfeifer und Horn es darlegten.²¹⁵

Auch wenn der Deutsche Ethikrat nicht näher auf diesen Punkt eingeht, erscheint die Erinnerung an die Verbrechen des nationalsozialistischen Regimes als letztes zwingendes Argument gegen eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen und das damit verbundene Recht auf Selbstbestimmung des Patienten.

8.3 Fazit zur deutschen Argumentation

Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats endet mit Empfehlungen, die sich im Hinblick auf Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen grundsätzlich unterscheiden.

Die Entscheidung eines Individuums, sterben zu wollen, ist laut Deutschem Ethikrat als Ausdruck seiner Autonomie zu respektieren. Passend dazu wird im Hauptvotum des Ethikrats die Empfehlung ausgesprochen, dass die Straflosigkeit des Suizids und der Beihilfe zum Suizid beibehalten werden soll. Der Deutsche Ethikrat geht noch weiter und schlägt vor, dass bei einem „ernsthaft bedachten Suizids“, (also dem Wunsch einer entscheidungsfähigen Person entsprechend) bei Anwesenden von der Garantenpflicht abgesehen werden sollte, was eine Abmilderung der aktuellen Rechtsprechung bedeuten würde.

Allerdings gilt das nicht bedingungslos. Als Voraussetzung wird vom Deutschen Ethikrat genannt, dass der Mensch, der bei seiner Selbsttötung unterstützt wird, „schwer krank“ ist, was auf die im begrifflichen Teil bereits erwähnte Rechtfertigung der Sterbehilfe zurückverweist.

Hinsichtlich der ärztlich geleisteten Beihilfe zum Suizid ist sich der Deutsche Ethikrat uneins, weswegen es zu keiner einheitlichen Empfehlung kommt. Hier bezieht sich der Dissens auf unterschiedliche Auffassungen der Rolle des Arztes. Die erste Auffassung, laut derer das ärztliche Ethos mit Beihilfe zum

²¹⁵ Pfeifer & Horn (2020).

Suizid unvereinbar ist, scheint im Widerspruch mit der Empfehlung zum Beibehalten der Straflosigkeit der Beihilfe zum Suizid zu stehen. Denn der Sterbewunsch kann konkret nur schwer ohne ärztliche Hilfe unterstützt werden.

Bezüglich Tötung auf Verlangen kommt der Deutsche Ethikrat einheitlich zu der Empfehlung, dass die Strafbarkeit beibehalten werden sollte. Dieser Empfehlung liegen jedoch unterschiedliche Argumentationen zugrunde. Zum einen wird auf den kategorialen Unterschied verwiesen, der in der begrifflichen Unterscheidung zwischen Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung schon enthalten ist: Bei Tötung auf Verlangen handelt es sich um eine Tötungshandlung, die anders als bei der Selbsttötung voraussetzt, dass ein anderer Mensch sich über das Tabu des Tötens hinwegsetzt. Das Tötungsverbot bilde in dem Fall die Grenze der Patientenautonomie. Laut einiger Mitglieder des Ethikrats soll dieser kategoriale Unterschied jedoch keine Unterscheidung der ethischen Bewertung begründen. Von besonderer Relevanz sei aber das Slippery-Slope-Argument. Dabei heißt es, dass Tötung auf Verlangen, durch die von Dritten ausgeführte Handlung, dem Sterbewilligen selbst wenig Kontrolle erlaube. Sie mache deswegen diese Sterbehilfeform anfälliger für Gefahren des Missbrauchs.

In einem weiteren Punkt wird auf die historische Verantwortung Deutschlands verwiesen, angesichts der Massenvernichtungen, die unter dem nationalsozialistischen Regime begangen wurde. Die „politische Rücksicht“ auf diese Situation verbiete, dass ein Urteil über den Lebenswert eines Menschen getroffen wird. Das Argument rechtfertige das Verbot der Tötung auf Verlangen. Somit stößt die Entscheidung des Sterbewilligen, durch die Hand eines anderen zu sterben und zugleich seine Selbstbestimmung zu wahren, an seine Grenzen.

Anders als in Deutschland spielt die Erinnerung an die Nazi-Verbrechen in der französischen Sterbehilfe-Debatte keine Rolle, sondern vielmehr die Wertvorstellung der Solidarität, was noch zu zeigen sein wird. Dass die Argumentation in der französischen Stellungnahme jener des deutschen Ethikrats gegenübersteht, soll durch die Analyse der Argumentation des französischen Ethikrats ersichtlich werden.

9. Argumentation in der Stellungnahme des französischen Ethikrats

Welche Auffassung der Autonomie vertritt der französische Ethikrat? Das ist eine zentrale Frage, denn sie begründet die Argumentation der (französischen) Stellungnahme. Welche Gründe gegen die Legalisierung der „assistance au suicide“ und „euthanasie“ seitens des französischen Ethikrates vorgebracht werden und inwiefern sie die begriffliche Unterscheidung widerspiegeln, wird darüber hinaus beleuchtet.

9.1 Das Argument der „autonomie“

In ihrer Analyse der französischen Sterbehilfe-Debatte der letzten 25 Jahren stellten Gaille und Horn die Hypothese auf, dass die Achtung der Patientenselbstbestimmung in Frankreich als gesellschaftliche Verpflichtung verstanden wird, der die Wertvorstellung der Solidarität zugrunde liegt.²¹⁶ Auch wenn die Stellungnahme des CCNE aus dem Jahr 2013 dabei nicht erwähnt wird, ist in der Position des französischen Ethikrats ein ähnlicher Ansatz zu erkennen.

Vom CCNE wird nämlich angeführt, dass die Gesellschaft die Grundlage der Autonomie bildet. Als Voraussetzung für die Ausübung wird genannt, dass sie das Funktionieren der Gesellschaft nicht gefährdet. Die Fähigkeit, absichtlich zu handeln oder die Unabhängigkeit von äußeren Einflüssen treten in den Hintergrund, weswegen eine solche Auffassung dem Modell von Beauchamp und Childress fremd zu sein scheint.

Dieses Verständnis der Autonomie hat Konsequenzen. Denn diese kann nur respektiert werden, solange das Zusammenleben, das sie begründet, nicht durch sie infrage gestellt wird. „Durch den Anspruch auf ein Recht auf Beihilfe zum Suizid wird das Verhältnis zwischen der Freiheit des Einzelnen und das

²¹⁶ Gaille & Horn (2016).

Bemühen um das gemeinsame Interesse in Frage gestellt [...]“²¹⁷, argumentiert der französische Ethikrat.

Der CCNE warnt bei der Zulassung der „assistance au suicide“ vor der Gefahr, dass kranke Menschen ein Gefühl des Unwerts gegeben werden könnte. Dies stehe im Widerspruch zu der Gesellschaftspflicht, den Wert jeder Person anzuerkennen und die soziale Ausgrenzung von gefährdeten Menschen zu vermeiden. Eine solche Form der Sterbehilfe, so der französische Ethikrat, bedrohe den sozialen Zusammenhalt und könne dementsprechend keine autonome Entscheidung darstellen.

Ein solches Verständnis betont laut Horn und Kerasidou eher die Gleichheit von Menschen als die Handlungsfreiheit des Einzelnen.²¹⁸

Der Ethikrat weist außerdem auf das Risiko einer auf der individuellen Autonomie gründenden Sterbehilfe hin: Es stelle sich die Frage der Authentizität des Sterbeverlangens, denn der Sterbewunsch einer Person unterliege ihrer Meinungsänderungen.²¹⁹ Auch sei der Sterbewunsch einer Person in den meisten Fällen nicht als Ausdruck der Selbstbestimmung zu verstehen, sondern als Ausdruck von Existenzängsten. Diese seien durch palliative Versorgung und „accompagnement“ zu beseitigen.²²⁰

Hier ist erneut eine Betonung der Begleitung durch Angehörigen zu erkennen, die als Leitmotiv der französischen Stellungnahme in Erscheinung tritt. In diesem Fall wird der Sterbewunsch nicht als Ausdruck der Autonomie verstanden, sondern als Bedürfnis, von Menschen umgeben zu sein. Dies ist insoweit ungewöhnlich, als der Sterbewunsch, der öfter als höchstindividuelle Entscheidung dargestellt wird, an Bedeutung verliert, während die um das Individuum versammelte Gruppe in den Vordergrund gestellt wird. Schließlich

²¹⁷ « La revendication d'un droit à une aide à mettre fin à sa vie interroge cet équilibre entre liberté de chacun et souci de l'intérêt commun tel qu'il peut faire l'objet d'un consensus démocratique. » Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.18).

²¹⁸ Horn & Kerasidou, The concept of dignity and its use in end-of-life debates in England and France (2016).

²¹⁹ Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.20).

²²⁰ Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.14).

schlägt der französische Ethikrat eine alternative Definition der Autonomie vor, die das soziale Netzwerk jedes Einzelnen berücksichtigt:

“Die Freiheit als Hoheit des Willens zu definieren, ist für manche eine unvollständige Auffassung, weil sie die Bedeutung der Beziehung für jedes Wesen nicht einbezieht.”²²¹

Zusammengefasst ist laut CCNE in den meisten Fällen der Suizidwunsch nicht als autonome Entscheidung zu verstehen und ist deswegen ethisch auch nicht zu vertreten. Ähnlich verhält es sich für „assistance au suicide“, deren Legalisierung laut dem Ethikrat eine Bedrohung für den sozialen Zusammenhalt darstellt. Folglich spricht sich die Mehrheit der Mitglieder in ihrer Empfehlung gegen die Zulassung von „assistance au suicide“ aus. Dieser Empfehlung liegen aber auch anderen Argumenten zugrunde, nämlich das Risiko einer negativen gesellschaftlichen Entwicklung, die mit einer Zulassung der Unterstützung zum Suizid durch Dritte drohen würden. Eine solche Gefahr für die Gesellschaft rechtfertigt ebenso, dass Autonomie (als individuelle Eigenschaft) begrenzt wird.

9.2. Grenzen der Autonomie

Ähnlich wie für den Deutschen Ethikrat stellt sich für den französischen Ethikrat die Frage, ob die ärztliche Mithilfe bei einem Suizid medizinische Pflichten verletzen würde. Der CCNE bejaht diese Frage.

9.2.1. Beschädigung des medizinischen Berufsethos

Ärzte dürften laut des französischen Ethikrats aus dem Grund keine Beihilfe zum Suizid leisten, weil kranke Personen befürchten könnten, von ihrem Arzt nicht mehr behandelt zu werden (denn er könnte stattdessen und bei unheilbarer Krankheit ihrem Leben ein Ende setzen).²²² Statt allerdings Argumenten dafür zu liefern, dass eine Zulassung von „assistance au suicide“ zu einem Vertrauensverlust in die Ärzten führen würde, verweist der Ethikrat auf

²²¹ « Enfin, la liberté entendue comme souveraineté de la volonté est selon certaine le fruit d'une conception incomplète car oublieuse de la dimension relationnelle de tout être. » Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. (2013, S.20).

²²² Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.2).

den Hippokratischen Eid.²²³ Dieser Verweis ist insoweit erstaunlich, als die Relevanz des Eides in der heutigen Medizin umstritten ist. Dem folgt ein weiterer Verweis an den französischen Kodex der ärztliche Deontologie, der den Ärzten verbietet, „den Tod herbeizuführen“. ²²⁴

Die Achtung des Patientenwillens wird zwar vom Ethikrat als Aufgabe des Arztes erwähnt,²²⁵ das Risiko einer Beschädigung des medizinischen Ethos wird aber von seinen Mitgliedern als schwer genug eingeschätzt, um „assistance au suicide“ zu missbilligen und die damit verbundenen Patientenselbstbestimmung einzuschränken.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle die Position der französischen Ärztekammer, die eine ähnliche Auffassung wie der französische Ethikrat vertritt: Der Arzt dürfe laut dem Ordre National des médecins „die Doppelrolle des Pflegers und Töters“ nicht übernehmen²²⁶, es sei ausgeschlossen, dass er den Tod herbeiführe. Seine Mitwirkung an einem Suizid komme deshalb nicht in Frage.

Bemerkenswert ist, dass sowohl beim französischen Ethikrat als auch bei der Ärztekammer in Bezug auf die Frage der ärztlichen Mitwirkung bei einem Suizid von einer Tötungshandlung die Rede ist. Dadurch wird der kausale Unterschied zwischen „assistance au suicide“ und „euthanasie“ verwischt. Dies untermauert den Standpunkt, laut dem die ärztliche Unterstützung bei „assistance au suicide“ ebenso wie bei „euthanasie“ ethisch nicht vertretbar ist.

Die Zulassung der „assistance au suicide“ wird vom CCNE aber auch deshalb abgelehnt, weil diese einen Rückzug der Gesellschaft aus ihrem Schutzauftrag besonders gefährdeter Menschen bedeuten würde.

9.2.2 Rückzug der Gesellschaft aus ihrem Schutzauftrag

Angeführt wird vom französischen Ethikrat, dass kranke Menschen im fortgeschrittenen Alter befürchten könnten, ihren Angehörigen und der

²²³ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.44).

²²⁴ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.44).

²²⁵ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.21).

²²⁶ Ordre National des médecins (2018).

Gesellschaft finanziell zur Last zu fallen. Die Zulassung der „assistance au suicide“ würde sie dementsprechend bedrohen, da sie sich dazu gezwungen fühlen könnten, ihrem Leben ein Ende zu setzen. In dem Fall würde ihr Sterbewunsch lediglich Ausdruck ihres Schuldgefühls sein. Diese Argumentation steht im Einklang mit dem Standpunkt des CCNE, dass Suizid keine (oder seltenst) einer autonomen Entscheidung entspricht.

Der CCNE warnt außerdem vor einer möglichen Abschwächung des Tötungsverbots, die der Zulassung von „assistance au suicide“ folgen würde.

9.2.3 Abschwächung des Tötungsverbots in der Gesellschaft

Der CCNE bezeichnet das Tötungsverbot als strukturierendes Element des „kollektiven Bewusstseins“. ²²⁷ „Assistance au suicide“ sei deswegen nicht wünschenswert, weil deren Zulassung dieses Verbot infrage stellen würde. Dadurch könnte das Vertrauen in das Wohlwollen der Gesellschaft ins Wanken gebracht werden.

Diese Argumentation ist bemerkenswert, da „assistance au suicide“ vom CCNE nicht als Tötungshandlung definiert wird. Folglich kann „assistance au suicide“ nur schwer gegen das Tötungsverbot verstoßen. Hier ist wie bei der Frage der ärztlichen Mitwirkung bei einem Suizid eine Verwischung der Kategorien (der Tötung und Selbsttötung) festzustellen.

Der CCNE fügt dazu an, dass die Zulassung von „assistance au suicide“ zu ethisch nicht vertretbaren Fällen führen würde. ²²⁸ Diese Position entspricht einem Slippery-Slope-Argument.

9.2.4 Das Slippery-Slope-Argument

Als Beispiel wird erwähnt, dass Sterbehilfe an unheilbar kranken Patienten geleistet werden könnte, die sich noch nicht im Endstadium ihrer Krankheit befinden und möglicherweise noch mehrere Jahre leben würden. Besonders zu befürchten sei darüber hinaus die an nicht entscheidungsfähigen Patienten, wie

²²⁷ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.45).

²²⁸ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.51).

etwa an Demenzkranken oder Minderjährigen, geleistete Sterbehilfe.²²⁹ Hier ist die am häufigsten anzutreffende Form des Slippery-Slope-Arguments zu erkennen, nämlich dass die Legalisierung der freiwilligen Sterbehilfe zur nicht-freiwilligen Sterbehilfe führen könnte. Als empirischer Beleg werden vom französischen Ethikrat die Erfahrungen im Ausland herangezogen, vor allem aus Belgien, ohne dass Quellen zitiert werden, was diese Argumentation besonders intransparent macht. Ein Verweis auf die Nazismusgefahr, der oft im Rahmen des Slippery-Slope-Arguments anzutreffen ist, wird trotz der Verstrickungen des französischen Vichy-Regimes mit der nationalsozialistischen Massenvernichtungen²³⁰ vom CCNE nicht angeführt.

Der CCNE kommt zu dem Schluss, dass die Gefahr von schleichenden Ausweitungen der Regelungen sowohl für „assistance au suicide“ als auch für „euthanasie“ in gleichem Maß bestehen. Somit wird eine kategoriale Unterscheidung verneint.

Schließlich bringt der französische Ethikrat ein Argument gegen „assistance au suicide“ vor, das der englischsprachigen sowie der deutschen Debatte fremd ist. „Assistance au suicide“ sollte untersagt bleiben, da sie eine emotionale Belastung für die Angehörigen sein kann.²³¹

9.2.5. Ein spezifisch französisches Argument: Psychologische Belastung für die Angehörigen

Dieses Argument ist untypisch, weil das Leid der Angehörigen mit dem des Patienten gleichgesetzt wird. Anders als in der englischsprachigen oder deutschen Argumentation wird der Wille des Patienten gegenüber dem Willen der Angehörigen nicht bevorzugt.

Der CCNE befürchtet, dass Angehörige ein Schuldgefühl entwickeln, wenn sie wiederholt der Entscheidung des Betroffenen (seinem Leben ein Ende zu setzen) zustimmen müssen.²³² Auch könne laut französischem Ethikrat die Beihilfe zur Selbsttötung die Angehörigen in Angstzustände versetzen, denn der

²²⁹ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.50).

²³⁰ Marrus & Paxton (2020).

²³¹ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.45).

²³² Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.45).

Tod des Patienten kann gewaltsam sein, weil dieser etwa nicht immer umgehend stirbt, sondern quälende Minuten nach der Verabreichung des tödlichen Mittels erleben muss. Die folgende Trauerverarbeitung der Angehörigen wird dadurch erschwert.²³³

Man kann einen solchen Standpunkt mit einer utilitaristischen Argumentation vergleichen, die von Le-Coz wie folgt beschrieben wurde: Um zum Wohlergehen der Allgemeinheit beizutragen, müssen medizinische Entscheidungen zu Verringerung des Leides der größtmöglichen Anzahl von Personen getroffen werden.²³⁴ Wenn angenommen wird, dass der Tod vor allem eine Belastung für die Hinterbliebenen darstellt (denn der Verstorbene weiß nicht, dass er gestorben ist) gibt es keinen Grund, das Glück des Sterbenden gegenüber dem der Gruppe zu bevorzugen.

Als Fazit ergibt sich für den französischen Ethikat, dass negative gesellschaftliche Konsequenzen, die der Legalisierung von „assistance au suicide“ folgen würden, schwerwiegend genug wären, um die Selbstbestimmung des Einzelnen einzuschränken. Auch wenn diese Überlegungen primär der „assistance au suicide“ gewidmet sind, wird vom CCNE wiederholt nahegelegt, dass Argumente gegen „assistance au suicide“ gleichermaßen und ungeachtet eines kategorialen Unterschieds für „euthanasie“ gelten. Dies wird auch durch die Benutzung des Konjunktionspaar „und/oder“ verdeutlicht:

„Bezüglich „assistance au suicide“ sind sie [die CCNE-Mitglieder] der Ansicht, dass ihre Legalisierung nicht wünschenswert ist. Dabei beurteilen sie die Indikationen für „assistance au suicide“ und/oder „euthanasie“ in den Ländern, die sie nicht mehr unter Strafe stellen als sehr kritisch.“²³⁵

Hier kann man die Hypothese aufstellen, dass die ethische Gleichstellung von „assistance au suicide“ und „euthanasie“ durch die französische Begrifflichkeit

²³³ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.50).

²³⁴ Le Coz (2013).

²³⁵ « En ce qui concerne plus spécifiquement l’assistance au suicide, ils estiment « que cette légalisation n’est pas souhaitable », portant un jugement très réservé sur les indications de l’assistance au suicide et/ou de l’euthanasie dans les pays qui les ont dépénalisées ou autorisées ». Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.2).

erleichtert wird. Denn sie erfolgt bereits durch den Begriff „suicide assisté“, der eine Tötungshandlung als Suizid einordnet.

9.3.Fazit zur französischen Argumentation

Der CCNE spricht für „assistance au suicide“ einerseits und „suicide assisté“ sowie euthanasie“ andererseits zwei Empfehlungen in einem Hauptvotum aus, die sich jedoch in ihrer Schlussfolgerung nicht unterscheiden: Die Legalisierung beider Sterbehilfeformen wird als „nicht wünschenswert“ bezeichnet.

Gegen „assistance au suicide“ wird argumentiert, dass der Sterbewunsch keiner autonomen Entscheidung entspricht. Autonomie sei laut dem Ethikrat nicht als individuelle Eigenschaft zu verstehen, sondern als Grundlage einer funktionierenden Gesellschaft. Da der Sterbewunsch die Unterstützung eines anderen erfordert, dessen „Verpflichtung“ zur Fürsorge seiner Mitmenschen dadurch verletzt wird, würde die Legalisierung von „assistance au suicide“ die Gesellschaft in ihrem Schutzauftrag gefährden und, um es mit den Worten des französischen Ethikrats auszudrücken, eine Bedrohung des „vivre-ensemble“ darstellen.

Ähnlich verhält es sich für die ärztliche Unterstützung bei einer Selbsttötung. Der Arzt würde bei einer derartigen Hilfe seine Fürsorgepflicht verletzen und daher letztlich sogar die Gesellschaft gefährden. Seine Beteiligung an der Beihilfe zum Suizid sei deshalb ausgeschlossen.

Des Weiteren wird argumentiert, dass die Legalisierung der „assistance au suicide“ das Tötungsverbot in der Gesellschaft abschwächt. Das ist insofern erstaunlich, als dass „assistance au suicide“ eine Selbsttötung darstellt und die Tötung durch Dritte ausschließt, was die Argumentation zum Tötungsverbot an dieser Stelle schwer nachvollziehbar macht.

Schließlich spricht der CCNE die Missbrauchgefahr bzw. die unkontrollierbaren Erweiterungen der Regelung an, die die Legalisierung der „assistance au suicide“ mit sich bringen würde. Die dabei geäußerten Befürchtungen lassen sich dem Slippery-Slope-Argument zuordnen.

Auf diese Argumentation aufbauend, spricht sich der CCNE gegen eine Legalisierung der „assistance au suicide“ aus, auch wenn der Ethikrat gleichzeitig anerkennt, dass es sogenannte „Grenzfälle“ gibt, denen die aktuelle rechtliche Regelung nicht gerecht werden kann.

Dieser Empfehlung schließt sich an, das Verbot von „suicide assisté“ und „euthanasie“ beizubehalten. Das Verbot von „suicide assisté“ und „euthanasie“ wird selbst nicht begründet, was impliziert, dass die Argumentation gegen „assistance au suicide“ sich auf das Verbot von „suicide assisté“ übertragen lässt. Für diese Übertragung spricht auch die Begrifflichkeit, die beide Sterbehilfeformen als „suicide“ bezeichnet, also als Selbsttötung, auch wenn „suicide assisté“ den Eingriff von Dritten notwendig macht. Die Begrifflichkeit selbst rechtfertigt also, dass zwischen beiden Handlungen kein ethisch relevanter Unterschied gemacht wird.

In einem Sondervotum bedauert Gaudray dieses Amalgam zweier Handlungen, die von der Begrifflichkeit des Ethikrats nahegelegt wird. Die mangelnde Unterscheidung der Handlungen stehe der Bildung einer differenzierten Meinung im Weg.²³⁶

²³⁶ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (2013, S.56).

10. Vergleichende Analyse beider Argumentationen

Haupterkennnis dieses Argumentationsvergleichs ist, dass die im ersten Teil herausgearbeiteten Begrifflichkeitsunterschiede zwischen den deutschen und französischen Stellungnahmen sich auf die Argumentationen beider Länder auswirken.

Dadurch, dass der Nationale Ethikrat die Handlungen der Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen unterscheidet, kann er differenzierte Empfehlungen für jede Sterbehilfeform aussprechen, denen jeweils unterschiedliche Argumentationen zugrunde liegen. Dabei kommt er zu dem Schluss, dass die Straflosigkeit der Beihilfe zur Selbsttötung, auf der Autonomie des Sterbewilligen gründend, beibehalten werden sollte. Allerdings spricht er sich gegen eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus.

Im Gegensatz zum Nationalen Ethikrat ordnet der französische Ethikrat beide Handlungen der Selbsttötung zu. Diese Zuordnung erfolgt durch die Begriffe „assistance au suicide“ bzw. „suicide assisté“, die beide einen „suicide“ dt. Selbsttötung bezeichnen. Dieser Begrifflichkeit zufolge wird kein relevanter ethischer Unterschied zwischen beide Handlungen gemacht, weswegen die Argumente gegen „assistance au suicide“ auch für „suicide assisté“ gelten. Der französische Ethikrat gelangt daher zu dem Ergebnis, dass die Legalisierung beider Sterbehilfeformen eine Bedrohung für die Solidarität und daher für die Gesellschaft darstellt und deshalb nicht wünschenswert ist.

Diese Erkenntnis wäre im Fall einer europäischen Regelung der Sterbehilfe von Relevanz, denn diese würde ohne einen gemeinsamen Definitionsversuch der unterschiedlichen Sterbehilfeformen nicht auskommen.

In der Analyse der Argumentationen beider Stellungnahmen fällt außerdem auf, dass diese sich auf unterschiedliche Auffassungen der Autonomie beziehen. Während die Autonomie vom deutschen Ethikrat als individuelles Recht beschrieben wird, wird Autonomie in der französischen Stellungnahme viel mehr als ein Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft gedeutet, das bestimmte Pflichten voraussetzt. Diese unterschiedlichen Auffassungen der

Autonomie haben zur Folge, dass die genannten Voraussetzungen und Grenzen sich in beiden Stellungnahmen unterscheiden. Als Voraussetzungen werden vom Nationalen Ethikrat die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit genannt. Abgegrenzt von dieser Autonomie ist folglich die Beeinträchtigung solcher Fähigkeiten. Andere Grenzen dieser Autonomie beziehen sich auf Bedenken hinsichtlich der Tötung auf Verlangen. Genannt wird unter anderem die Abschwächung des Tötungsverbots, die Missbrauchsgefahr und die historische Verantwortung hinsichtlich der Naziverbrechen.

Währenddessen wird vom französischen Ethikrat als Voraussetzung der Ausübung der Autonomie angeführt, dass diese das Funktionieren der Gesellschaft nicht gefährdet. Eine Entscheidung kann dementsprechend nicht autonom sein, wenn ihre Ausführung Pflichten anderer gegenüber ihren Mitmenschen verletzt. Von besonderer Bedeutung ist dabei für den Ethikrat die „Fürsorgepflicht“, die eine Grundlage der Solidarität bildet und sowohl durch „assistance au suicide“ als auch „suicide assisté“ gefährdet wird.

Somit bekräftigt die Studie der Stellungnahmen die Behauptung von Horn, wonach unterschiedliche Auffassungen der Autonomie die Sterbehilfe-Debatte in Deutschland und in Frankreich in verschiedene Richtungen lenken.²³⁷

Die Besonderheiten, die es in der Begrifflichkeit sowie in der Argumentation in französischen und deutschen Diskussionen gibt, lassen sich in konkreten Fällen und an der medialen Rezeption veranschaulichen, die im Folgenden dargelegt werden. Dabei handelt es sich um zwei Wachkomafälle in Deutschland und in Frankreich, die sich aufgrund ähnlichen Ausgangssituationen besonders gut vergleichen lassen.

²³⁷ Horn & Bateman, *Le droit de mourir. Choisir sa fin de vie en France et en Allemagne* (2013).

11. Zwei konkrete Fälle im Vergleich: der Sonderfall des Wachkomas

Wachkomapatienten haben sowohl in den USA als auch in Europa für leidenschaftliche Debatten gesorgt, die sich in vielen Fällen über Jahren hinzogen.²³⁸ Der griechische Begriff „Koma“ bedeutet tiefer Schlaf.²³⁹ Medizinisch handelt es sich wegen einer Schädigung der Großhirnrinde um eine schwere Bewusstseinsstörung. Patienten können aber bei intaktem Hirnstamm selbstständig atmen und die Augen öffnen (reflektorisch). Der Koma-Zustand kann sich zwar rückbilden, die Wahrscheinlichkeit ist aber nach einem Jahr äußerst gering.²⁴⁰ Wachkoma-Patienten können jedoch zugleich dank der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über Jahren leben.

Behandlungsentscheidungen sind in diesem Fall äußerst schwierig, weil die Patienten nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Die Entscheidungen werden des Öfteren den Patientenstellvertretern oder Angehörigen überlassen²⁴¹ und werfen multiple Fragen auf: Besteht eine moralische Pflicht, die Patienten über Jahren zu versorgen, oder ist es ethisch vertretbar, die künstliche Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr abubrechen?²⁴² Wenn ja, wie ist der Behandlungsabbruch zu rechtfertigen? Kann ein Behandlungsabbruch durch den mutmaßlichen Willen des Patienten begründet werden? Oder kann gar von Patienten-Interessen die Rede sein?²⁴³

Am Beispiel der Wachkoma-Fälle Erika Küllmer in Deutschland und Vincent Lambert in Frankreich soll gezeigt werden, wie diese ethischen Dilemmas abhängig von den nationalen, rechtlichen und ethischen Grundlagen gelöst wurden. Nachdem die Grundlage der jeweiligen rechtlichen Diskussion erläutert wird, wird die Rezeption der Fälle durch eine Analyse der Mediendarlegung hervorgehoben. Zunächst wird der Fall Erika Küllmer dargelegt.

²³⁸ Kishore (2016).

²³⁹ Jox (2011, S.43).

²⁴⁰ Jox (2011, S.43).

²⁴¹ Jox (2011, S.47).

²⁴² Mitchell, Kerridge, & Lovat (1993).

²⁴³ Jox (1991, S.49).

11.1. Der Fall Erika Küllmer in Deutschland

11.1.1 Die Falldarlegung

Die 76-jährige Erika Küllmer lag seit 2002 nach einer Hirnblutung im Wachkoma. Einige Jahren vor dem Anfall hatte sie ihren beiden Kindern mitgeteilt, sie wolle keine lebensverlängernden Maßnahmen in Form von künstlicher Ernährung oder künstlicher Beatmung, falls sie bewusstlos werde und sich nicht äußern könne. Ihren Willen hatte sie aber in der Zeit schriftlich nicht niedergelegt.

Daraufhin wurde sie seit 2002 in einem Heim über eine PEG-Sonde künstlich ernährt. Es war keine Besserung ihres Gesundheitszustands zu erwarten.

Ihre Kinder, die dem Wunsch ihrer Mutter gerecht werden wollten, entschieden sich auf den Rat ihres Anwalts, Wolfgang Putz, gemeinsam mit dem Hausarzt und dem Heimpersonal, die künstliche Ernährung einzustellen. Dies erfolgte am 20. Dezember 2007. Ein Tag später befahl jedoch die Geschäftsleitung der Heimleitung, die künstliche Ernährung umgehend wieder aufzunehmen.

Daraufhin riet Putz der Tochter von Erika Küllmer, den Schlauch der Magensonde zu durchtrennen, was diese auch tat. Das Heim schaltete die Polizei ein, während Fr. Küllmer gegen den Willen ihrer Kinder in ein Krankenhaus gebracht wurde, wo die künstliche Nahrungszufuhr wieder aufgenommen wurde. Erika Küllmer starb zwei Wochen später, im Januar 2008, an den Folgen eines Herzinfarkts.²⁴⁴

Die Tochter und der Rechtsanwalt wurden wegen Totschlags angeklagt. Während die Tochter freigesprochen wurde, weil sie den Rat ihres Anwaltes befolgt hatte, wurde Putz zur neun Monaten Haft auf Bewährung verurteilt. Der zweite Strafsenat des Bundesgerichtshofs sprach den Rechtsanwalt jedoch im Juni 2010 frei. Denn ein Behandlungsabbruch könne sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden und sei gerechtfertigt, wenn dies dem Willen der Patientin entspricht. So habe das Durchschneiden der

²⁴⁴ Bundesgerichtshof, Urteil des 2. Strafsenats vom 25.6.2010, 2 StR 454/09 (25.06.2010); Borasio (2016, S. 76-78).

Magensonde lediglich dazu gedient, dem krankheitsbedingten Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen, seinen Lauf zu lassen. Die Richter machten deutlich, dass die mündlich geäußerte Einwilligung von Erika Küllmer eine bindende Wirkung hatte.

Wie Rissing van Saan es zeigte, beruhte die rechtliche Diskussion auf der Unterscheidung bzw. Gleichsetzung von Tun und Unterlassen.²⁴⁵

11.1.2 Die rechtliche Diskussion: Tun oder Unterlassen?

Wie bereits dargelegt, hat der Patientenwillen im deutschen Recht grundsätzlich Vorrang, auch vor medizinisch indizierten Maßnahmen. Daraus folgt, dass eine medizinische Behandlung nur dann rechtmäßig durchgeführt werden kann, wenn der Patient ihr zustimmt. Allerdings wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten durch das Verbot der Tötung auf Verlangen begrenzt. Das heißt, dass eine gezielte lebensbeendende Handlung auf keinen Fall zulässig ist. Auch ist sie nicht durch Einwilligung des Patienten gerechtfertigt.

Vor ihrem Koma hatte Erika Küllmer eindeutig geäußert, in einem solchen Zustand lebensverlängernde Maßnahmen nicht zu wollen. Der Behandlungsabbruch war also durch ihre Einwilligung gedeckt. Rechtlich kam es also scheinbar nur noch darauf an, ob der Abbruch der künstlichen Nahrungszufuhr einer Tötungshandlung oder dem Sterbenlassen zuzuordnen war.²⁴⁶

Im ersten Urteil deutete das Landgericht Fulda das Durchschneiden der PEG-Sonde als Tötungshandlung, weil ein „aktives Tun“ bestanden habe. Dagegen wertete der Bundesgerichtshof das Durchschneiden der PEG-Sonde als rechtmäßigen Behandlungsabbruch, der „durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung“ erfolgen könnte.²⁴⁷ Daraus ergab sich, dass die Rechtmäßigkeit des Behandlungsabbruchs nicht

²⁴⁵ Rissing van Saan (2018).

²⁴⁶ Rissing van-Saan (2018, S.95).

²⁴⁷ Bundesgerichtshof, Urteil des 2. Strafsenats vom 25.6.2010, 2 StR 454/09 (25.06.2010).

davon abhängt, ob die Beendigung der Behandlung durch aktive Handlung oder durch Unterlassen von Maßnahmen erfolgt.²⁴⁸

Das Urteil rief unterschiedliche Reaktionen in der Öffentlichkeit hervor, über die in der Presse berichtet wurde.

11.1.3 Rezeption

Über die unterschiedlichen Reaktionen unmittelbar vor oder nach dem BGH-Urteil berichteten Zeitungen wie die *Süddeutsche Zeitung*, *Der Spiegel*, *Die Zeit* oder die *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. Einige Schlagzeilen deuteten darauf hin, dass die Terminologie des Sterbenlassens im Falle eines Behandlungsabbruchs übernommen wurde. So war in der *Süddeutschen Zeitung* mit Blick auf den Abbruch der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr von „Sterben lassen“ die Rede.²⁴⁹ Auch titelte *Der Spiegel* nach Veröffentlichung des Urteils „Sterben und sterbenlassen“.²⁵⁰ Das Urteil wurde in der Presse mehrheitlich positiv bewertet.

Im Artikel „Sterben und Sterben lassen“ der *Süddeutschen* wurde das BGH-Urteil als „Glücksfall“ bezeichnet: Patienten müssten nun nicht mehr darum fürchten, dass ihre „Würde“ am Lebensende missachtet wird. In dem Fall scheint Würde als Respektieren der Selbstbestimmung verstanden zu werden:

„Jetzt ist abschließend gesichert: Lebensschutz bedeutet nicht, den Menschen ihr Selbstbestimmungsrecht abzusprechen, nicht einmal am Lebensende.“²⁵¹

Aus diesem Selbstbestimmungsrecht folge, laut einem anderen Artikel aus der *Süddeutschen Zeitung*, ein „Recht auf den Tod“.²⁵² Dieser Begriff eines individuellen Rechts fand sich auch im *Spiegel* wieder, der vom „Recht auf menschenwürdiges Sterben“²⁵³ sprach. Hier wurde auch die Menschenwürde im Zusammenhang mit dem Selbstbestimmungsrecht erwähnt.

²⁴⁸ Rissing van-Saan (2018, S.96).

²⁴⁹ *Süddeutsche Zeitung*, Grundsatzurteil zur Sterbehilfe: Sterben und sterben lassen (26.06.2010).

²⁵⁰ *Der Spiegel*, Grundsatzurteil des BGH: Sterben und sterbenlassen (25.06.2010).

²⁵¹ *Süddeutsche Zeitung*, Grundsatzurteil zur Sterbehilfe: Sterben und sterben lassen (26.06.2010).

²⁵² *Süddeutsche Zeitung*, BGH-Urteil zur Sterbehilfe: ein Recht auf den Tod (25.06.2010).

²⁵³ *Der Spiegel*, Grundsatzurteil des BGH: Sterben und sterbenlassen (25.06.2010).

Nur die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* zeigte eine gemäßigte Reaktion. In dem nach dem Urteil publizierten Artikel „Am Lebensende“ wurde die Entscheidung vom Bundesgerichtshof als „weise“ bezeichnet.²⁵⁴ Gleichwohl warnte der Artikel von einer Pauschalisierung des Falls:

„Rechtsicherheit ist ein hohes Gut. Doch sie erlöst niemanden von den Erwägungen und Bedenken, die mit dem Ende des menschlichen Lebens unentrinnbar verknüpft sind.“²⁵⁵

Seitens der Politik wurde die Sterbehilfe-Entscheidung von den verschiedenen Parteien begrüßt. Laut der damaligen Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) sei das Recht, frei zu entscheiden, Kern der Menschenwürde. Diese gebiete es, einen Menschen sterben zu lassen, wie es seinem frei verantwortlichen gefassten Willen entsprechen würde.²⁵⁶ Auch wenn SPD-Politikerin Andrea Nahles das Urteil ebenfalls begrüßte, warnte sie gleichwohl von einem „Automatismus“ zum Behandlungsabbruch in weiteren Fällen.²⁵⁷

Im religiösen Umfeld zeigten die evangelische und katholische Kirche entgegengesetzte Reaktionen. Die evangelische Kirche befürwortete durch seinen Ratsvorsitzenden Nicolaus Schneider das BGH-Grundsatzurteil, dass das Recht der Patienten zur Respektierung ihres Willens stärke.²⁵⁸ Hingegen drückte die katholische Bischofskonferenz ihr „Grundbedenken“ aus. Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe sei in dem Urteil nicht genug berücksichtigt worden.²⁵⁹ Ebenfalls kritisch zeigte sich die Ärztegewerkschaft Marburger Bund, die vor einem „Freibrief für eigenmächtiges Vorgehen“ warnte.²⁶⁰

²⁵⁴ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Am Lebensende (26.06.2010).

²⁵⁵ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Am Lebensende (26.06.2010).

²⁵⁶ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nach dem Sterbehilfe-Urteil: Politiker befürchten Automatismus für andere Fälle (27.06.2010).

²⁵⁷ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nach dem Sterbehilfe-Urteil: Politiker befürchten Automatismus für andere Fälle (27.06.2010).

²⁵⁸ Der Spiegel, Evangelische Kirche begrüßt Sterbehilfe-Urteil (26.06.2010).

²⁵⁹ Der Spiegel, Evangelische Kirche begrüßt Sterbehilfe-Urteil (26.06.2010).

²⁶⁰ Der Spiegel, Evangelische Kirche begrüßt Sterbehilfe-Urteil (26.06.2010).

Auch wenn das Urteil von vereinzelt Stimmen kritisiert wurde, zeigte sich die öffentliche Reaktion recht homogen. Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs wurde vor allem als Stärkung der Patientenautonomie begrüßt. Dies wurde sehr positiv bewertet und im Zusammenhang mit „würdevollem“ Sterben gesehen. Autonomie wurde auch als Rechtfertigung für den Behandlungsabbruch weitestgehend akzeptiert. Kritiker deuteten vor allem auf einen möglichen Mangel an Zuverlässigkeit der Ermittlung des Patientenwillens hin, erkannten die Patientenautonomie aber gleichwohl ebenfalls als zentrales Thema an. Dass Behandlungsabbrüche bei Wachkomapatienten in Frankreich andere Fragen aufwerfen, zeigt der Fall Vincent Lambert.

11.2 Der Fall Vincent Lambert in Frankreich

11.2.1 Die Falldarlegung

Der Fall Vincent Lambert ist in Frankreich mittlerweile emblematisch für die Debatte über das Lebensende geworden. Vincent Lambert befand sich seit 2008 nach einem Verkehrsunfall im Wachkoma. Die juristischen Verfahren, in denen sich zwei Teile der Familie von Vincent gegenüberstanden, erstreckten sich über zehn Jahre.

2008 erlitt der zweiunddreißigjährige Pfleger einen Verkehrsunfall. Nach dem Unfall wurde er tetraplegisch. Er wurde im Wachkoma in das Krankenhaus eingeliefert. Lambert konnte selbstständig atmen, brauchte aber die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit. Er hatte zu dem Zeitpunkt keine „directives anticipées“ verfasst, auch hatte er keinen gesetzlichen Vertreter. Lambert hatte aber laut seiner Frau in den Jahren vor dem Unfall mitgeteilt, er wolle im Fall einer schweren Krankheit keine lebensverlängernden Maßnahmen.

2011 wurde der Bewusstseinszustand von Vincent Lambert als minimal diagnostiziert. Sein Gesundheitszustand zeigte trotz intensiver Rehabilitationsmaßnahmen keine Besserung. Folglich entschied im April 2013 das betreuende medizinische Team um Dr. Eric Kariger, der betreuende Arzt, auf Grundlage des Gesetzes von 2005, (das „obstination déraisonable“ verbietet,) die künstliche Zufuhr von Nahrung abzubrechen. Die Frau von

Vincent Lambert, sechs seiner Geschwister und sein Neffe stimmten zu, da der Behandlungsabbruch ihrer Auffassung nach dem Willen Lamberts entsprach. Dagegen wehrten sich jedoch die Eltern und zwei weitere Geschwister.

Sie wendeten sich an das Verwaltungsgericht von Châlons en Champagne, das die Fortführung der Behandlung veranlasste. Dennoch entschied sich Dr. Kariger im Januar 2014 erneut für einen Abbruch der Behandlungen von Vincent Lambert. Das Verwaltungsgericht hob ein zweites Mal die ärztliche Entscheidung auf, denn es handelte sich laut den Richtern nicht um „obstination déraisonnable“.²⁶¹

Die betreuenden Ärzte, die Frau von Vincent Lambert und sein Neffe legten Widerspruch ein und wendete sich an den „Conseil d'Etat“. Dieser legte fest, dass der Abbruch der Behandlungen dem Gesetz von 2005 entsprach und folglich rechtlich zulässig war.

Kurz nach der Entscheidung des „Conseil d'Etat“ reichten die Eltern von Vincent Lambert im Juni 2014 Beschwerde beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte ein, der die Entscheidung des Conseil d'Etat bestätigte: Die Entscheidung, die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit bei Vincent Lambert abubrechen, sei nicht konträr zu dem europäischen Übereinkommen zum Thema Menschenrechte.²⁶² 2019 wurde die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit mit einer begleitenden kontinuierlichen Sedierung abgebrochen. Lambert starb am 11. Juli 2019, neun Tage nach Abbruch der Behandlungen.²⁶³

Der Begriff „obstination déraisonnable“ bildete der Kern der rechtlichen Diskussion.

11.2.2 Die Diskussion um „obstination déraisonnable“: Wer entscheidet?

Wie bereits dargelegt, unterscheidet das französische Gesetz beim Abbruch der Behandlungen zwischen zwei Fällen. Im Fall, dass der Patient einwilligungsfähig ist, darf dieser jederzeit eine Behandlung ablehnen. Im Fall,

²⁶¹ Le Monde, La question du partage des pouvoirs entre médecins et juges est posée (17.01.2014).

²⁶² Veshi (2017).

²⁶³ Le Monde, Vincent Lambert est mort, neuf jours après le début de l'arrêt des traitements (11.07.2019).

dass der Patient nicht einwilligungsfähig ist, wie im Fall Vincent Lambert, müssen Behandlungen, die einer „obstination déraisonnable“ entsprechen, vom behandelnden Arzt abgebrochen werden. Im ersten Fall handelt es sich um eine Patientenentscheidung. Im zweiten Fall werden die Wünsche des Patienten zwar beachtet, werden aber dem Arzt nicht auferlegt, so dass es sich letztlich um eine ärztliche Entscheidung handelt.²⁶⁴ Die Schwierigkeit besteht darin, dass die Entscheidung, ob „obstination déraisonnable“ vorliegt, mit unterschiedlichen medizinischen- und nicht-medizinischen Kriterien übereinstimmen muss, die der Conseil d’Etat spezifiziert hat. Diese Kriterien umfassen sowohl den klinischen Zustand als auch die zuvor geäußerten Behandlungswünsche des Patienten sowie die Meinung der „personne de confiance“ und die der Angehörigen. 2014 überprüfte der Conseil d’Etat die Einhaltung dieser Bedingungen.²⁶⁵

Was den klinischen Zustand des Patienten anging, bestätigte die vom Conseil d’Etat angeordnete medizinische Begutachtung den irreversiblen Charakter des Komats bei Vincent Lambert und somit die inexistente Wahrscheinlichkeit eines Wiedererlangens des Bewusstseins.

Auch erkannte der Conseil d’Etat an, dass Vincent vor dem Unfall wiederholt den Wunsch geäußert hatte, keine lebensverlängernden Maßnahmen zu erhalten. Problematischer war die Einholung der Meinung der *personne de confiance* und der Angehörigen. Denn 2014 wurde vom Gesetz nicht spezifiziert, dass Angehörigen über den Patientenwillen berichten, sondern dass ihre Meinung gehört werden soll, also ihre Sichtweise, die zwangsläufig emotionell aufgeladen war.²⁶⁶ Laut dem Conseil d’Etat obliegt es bei unterschiedlichen Ansichten dem Arzt, einen Konsens anzustreben. Da kein Einvernehmen erreicht werden konnte, erstreckte sich der Konflikt über Jahre. Schließlich legte der Conseil d’Etat fest, dass Behandlungswünsche des Patienten den konträren Angehörigenmeinungen vorzuziehen seien. So

²⁶⁴ Thouvenin, L’arrêt Lambert, Miroir des limites de la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti (2014).

²⁶⁵ Thouvenin, L’arrêt Lambert, Miroir des limites de la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti (2014).

²⁶⁶ Thouvenin, L’arrêt Lambert, Miroir des limites de la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti (2014).

entschied am 24. Juni 2014 der Conseil d'Etat endgültig, dass es sich bei der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Vincent Lambert um „obstination déraisonnable“ handelte, deren Abbruch folglich rechtlich zulässig war.²⁶⁷

Der Fall Vincent Lambert führte zu einer heftigen landesweiten Debatte, über die Zeitungen wie *Le Monde*, *Liberation* oder *Le Figaro* berichteten.

11.2.3 Die Rezeption

Die unterschiedlichen Zeitungen nahmen zum Teil Stellung in Gastbeiträgen, die Angehörige, Anfechter eines Behandlungsabbruchs oder ihre Gegner zu Wort kommen ließen. Hugny et al. deuteten in ihrer Analyse der Berichterstattung zum Fall Vincent Lambert auf eine Verwechslung der Sterbehilfe-Kategorien hin, die gleichzeitig den Standpunkt der Zeitung scheinbar untermauerte.²⁶⁸ So titelte *Le Figaro* im September 2013: „Die Ärzte wollen „euthanasie“ bei Vincent Lambert wiederaufnehmen“²⁶⁹. Der Begriff „euthanasie“ lässt die Grenzen zwischen Tötung und Behandlungsabbruch verschwimmen. Auch wurde mehrmals von der Zeitung *Le Monde* und *Liberation* von dem Begriff „euthanasie passive“ Gebrauch gemacht.²⁷⁰ Auch wenn er auf den englischen Begriff „passive euthanasia“ verweist, sorgte er in Frankreich für Verwirrung: „Euthanasie“ wird in den meisten Fällen als Synonym von Tötung auf Verlangen verwendet und bezeichnet eine absichtliche lebensbeendende Handlung. Folglich ist im Französischen die Formulierung „euthanasie passive“ in sich selbst widersprüchlich.²⁷¹

Zum Teil traten sich die Angehörigen von Vincent Lambert in den Medien gegenüber.

²⁶⁷ Thouvenin, L'arrêt Lambert, Miroir des limites de la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti (2014).

²⁶⁸ Hugny, Sanchez & Aubry (2020).

²⁶⁹ Le Figaro, Les médecins veulent relancer l'euthanasie de Vincent Lambert (26.09.2013).

²⁷⁰ Le Monde, Affaire Lambert : la justice s'oppose à l'euthanasie passive du patient (16.01.2014).

²⁷¹ Hugny, Sanchez & Aubry (2020).

In der Zeitung *Le Monde*, erklärte Lamberts Frau Rachel, dass der Abbruch der Behandlungen ein Beweis ihrer Liebe sei.²⁷²

Le Figaro veröffentlichte Auszüge eines offenen Briefes des Neffen von Vincent Lambert, François Lambert, an den damaligen Präsidenten François Hollande. François Lambert wendete sich gegen das Krankenhaus, das durch sein Zögern, den Behandlungsabbruch durchzuführen, den Wünschen von Vincent Lambert nicht gerecht geworden sei. Er erhoffte sich eine „mutige politische Entscheidung“.²⁷³

Etwa ein Jahr später, im April 2018, wurde in *Le Figaro* der offene Brief von Vincent Lamberts Mutter an den aktuellen Präsidenten Emmanuel Macron veröffentlicht. Darin erklärte sie, ihr Sohn sei „zum Tod verurteilt“ worden. Sie wendete sich gegen die ärztliche Entscheidung, die in der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eine „obstination déraisonable“ anerkannte:

„Ihnen wird gesagt, dass die medizinische Entscheidung die Ablehnung von „obstination déraisonable“ ausdrückt. Das ist aber falsch. Vincent ist nicht am Ende des Lebens. Er ist nicht krank. Er leidet nicht.“²⁷⁴

Le Monde berichtete über die Aussage des Präsidenten:

„Heute, als Präsident der Republik steht es mir nicht zu, eine Entscheidung auszusetzen, die im Ermessen seiner Ärzte liegt und die gesetzmäßig ist.“²⁷⁵

Der behandelnde Arzt von Vincent Lambert, Dr. Eric Kariger, stellte sich in einem Interview mit *Le Monde* als Schiedsrichter dar:

„Die Argumente der einen und der anderen Seite sollen zur Entscheidungsfindung beitragen. Die Entscheidung treffe ich aber allein. Das Einzige, das uns antreiben soll, ist das wohlverstandene Interesse von Vincent Lambert.“²⁷⁶

²⁷² *Le Monde*, Laisser partir Vincent est ma dernière preuve d'amour (29.05.2013).

²⁷³ *Le Figaro*, Le neveu de Vincent Lambert écrit à Hollande (16.01.2017).

²⁷⁴ « On vous dira que c'est une décision d'acharnement thérapeutique. Mais c'est faux. Vincent n'est pas en fin de vie. Il n'est pas malade. Il ne souffre pas. » *Le Figaro*, Fin de vie : la lettre de la mère de Vincent Lambert au Président de la République (04.11.2018).

²⁷⁵ « Aujourd'hui, comme Président de la République, il ne m'appartient pas de suspendre une décision qui relève de l'appréciation des ses médecins et qui est en conformité avec nos lois. » *Le Monde*, Emmanuel Macron ne veut pas s'immiscer dans l'affaire Lambert (20.05.2019).

Die Ärzteschaft schien über den Fall äußerst gespalten zu sein. 70 Ärzte und Gesundheitsfachleute prangerten in einem im April 2018 in *Le Figaro* veröffentlichten Schreiben an, dass eine lebensbeendende Handlung, der „euthanasie“ gleichen würde. Vincent Lambert habe als Wachkomapatient Anspruch auf eine angemessene Behandlung. Der Begriff „obstination déraisonnable“ sei ein wertgeladenes Urteil. Auch würden Zweifel über den früher geäußerten Willen von Vincent Lambert bestehen, denn seine Familie sei gespalten. Schließlich sei es die Pflicht der Gesellschaft, für besonders verletzte Menschen zu sorgen.²⁷⁷

Nicht nur Ärzte und Vereine sprachen sich gegen einen Behandlungsabbruch bei Vincent Lambert aus, sondern auch die katholische Kirche. Die französische Bischofskonferenz veröffentlichte eine öffentliche Erklärung, über die *Le Figaro* berichtete: Die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gehöre zur Grundversorgung und könne folglich keiner „obstination déraisonnable“ entsprechen.²⁷⁸

Die Zeitungen blieben in der Debatte nicht neutral, sondern bezogen Position zum Thema. Besonders von Interesse sind die Leitartikel, die im Lauf der Jahre veröffentlicht wurden.

Während die Zeitung *La Libération* die katholische Bewegung, der Lamberts Eltern angehörten, als „Bedrohung für die Republik“²⁷⁹ anprangerte, begrüßte sie die Entscheidung des Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte. Dieser habe den Willen Lamberts respektiert, denn Vincent Lambert „habe dieses Leben nicht gewollt“.²⁸⁰ Kurz vor dem Behandlungsabbruch, der im Juli 2019 zum Tod von Vincent Lambert führte, bezeichnete *La Libération* die endgültige Entscheidung als „gerecht“²⁸¹.

²⁷⁶ « Les arguments des uns et des autres éclaireront ma décision, que je prendrai au final seul. La seule chose qui doit nous animer, c'est l'intérêt de Vincent Lambert. » *Le Monde*, Fin de vie : Je suis là pour défendre l'intérêt d'un malade, pas ses convictions. (16.09.2013).

²⁷⁷ *Le Figaro*, L'appel de 70 médecins : Il est manifeste que Vincent n'est pas en fin de vie (18.04.2018).

²⁷⁸ *Le Figaro*, L'Eglise juge inacceptable l'arrêt des soins de Vincent Lambert (19.05.2019).

²⁷⁹ *La Libération*, Editorial, Affaire Vincent Lambert : la menace intégriste (23.07.2015).

²⁸⁰ *La Libération*, Editorial, Vincent Lambert ne voulait pas vivre cette vie-là (5.06.2015).

²⁸¹ *La Libération*, Editorial, Arène passionnelle (20.05.2019).

Dagegen machte *Le Monde* keine direkte Aussage über den Behandlungsabbruch von Vincent Lambert. Jedoch erinnerte die Zeitung kurz nach seinem Tod in ihrem Leitartikel an das französische Gesetz, das „das Recht, keine „obstination déraisonnable zu erfahren“, verankert. Dieses Gesetz schütze vor einem unmenschlichen Lebensende“, ohne „euthanasie“ zu fördern.²⁸²

Als Gegenpol missbilligte *Le Figaro* die Entscheidung, bei Vincent Lambert, die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr abubrechen. Es stelle sich die Frage der Gesellschaftspflicht, den Grundbedürfnissen von kranken Menschen nachzukommen.

Kurz nach dem Tod von Vincent Lambert bedauerte der Verfasser des Leitartikels in *Le Figaro*, dass ein Urteil über den Wert von Wachkomapatienten getroffen wurde. Dieses Urteil habe die Gesellschaft und ihre Auffassung der menschlichen Würde betroffen.²⁸³

So zeichneten sich in dieser Debatte die unterschiedlichen Positionen der Zeitungen deutlich ab. Festzustellen ist, dass der Fall Vincent Lambert die französische Gesellschaft stark polarisierte. Auch wenn die angeführte Analyse lediglich Schlaglichter auf die Debatte zu werfen vermag, ist festzustellen, dass die Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs vielfältige Fragen aufwarf. Rechtfertigte der früher geäußerten Wunsch von Vincent Lambert, keine lebenserhaltenden Maßnahmen zu wollen, den Behandlungsabbruch? Spielten seine „wohlverstandenen Interessen“, wie sein behandelnder Arzt, es ausdrückte, die entscheidende Rolle?²⁸⁴ Oder war eher sein Recht, keine „obstination déraisonnable“ zu erfahren, von zentraler Bedeutung?

²⁸² *Le Monde*, Editorial, Fin de vie : préserver la loi Claeys-Leonetti (12.07. 2019).

²⁸³ *Le Figaro*, Editorial, La dignité d'un homme

²⁸⁴ *Le Monde*, Fin de vie : Je suis là pour défendre l'intérêt d'un malade, pas ses convictions (16.09.2013).

12. Vergleichende Analyse beider Sterbehilfe-Fälle

Die Fälle von Erika Küllmer im deutschen bzw. vom Vincent Lambert im französischen Recht eignen sich für einen Vergleich, denn beide Patienten waren zum Zeitpunkt des Abbruchs ihrer Behandlungen in der Situation eines Wachkomas und folglich nicht äußerungsfähig. Auch lagen in beiden Fällen keine Patientenverfügungen vor. Erika Küllmer sowie Vincent Lambert hatten lediglich einige Jahre vor den jeweiligen Unfällen ihren Angehörigen mitgeteilt, dass sie nicht künstlich am Leben erhalten werden wollten.

Die Besonderheit der französischen Debatte liegt daran, dass sie sich auf die Definition von „obstination déraisonable“ konzentriert. Ohne detaillierter darauf einzugehen, ist anzumerken, dass dieses Schlüsselkonzept in anderen Fällen wie dem von Marwa²⁸⁵ angewendet wurde, die dem Fall von Vincent Lambert folgten, (ohne dass es unbedingt zu einem Behandlungsabbruch führte).

Dagegen hätte die Ablehnung einer „obstination déraisonable“ unmöglich im Fall von Erika Küllmer Anwendung finden können, denn der Begriff selbst ist im deutschen Recht nicht vorhanden. Stattdessen dreht sich die Diskussion hierbei um die Differenzierung bzw. Gleichsetzung zwischen Tun und Unterlassen.

In einer näheren Analyse der angewendeten Begriffe fällt auf, dass der Behandlungsabbruch im Fall Lambert von den Medien sowohl als solcher als auch als „euthanasie“ bezeichnet wurde, was auf eine Verwechslung der Sterbehilfekategorien hinweist, wie von Hugny et al. dargelegt worden ist.²⁸⁶ Dahingegen wurde der Behandlungsabbruch im deutschen Fall Küllmer einheitlich als „Sterbenlassen“ bezeichnet, was möglicherweise eine homogenere Positionierung erlaube.

Außerdem deutet die mediale Rezeption auf einen wesentlichen Unterschied hin: Der Behandlungsabbruch bei Erika Küllmer wurde als Patientenentscheidung dargestellt, für die Tochter und Anwalt sich einsetzten. Der Arzt war zumindest in den Presseartikeln abwesend.

²⁸⁵ Bourdairé-Mignot & Gründler (2017).

²⁸⁶ Hugny, Sanchez, & Aubry (2020).

Dahingegen war die Entscheidung hinsichtlich der „obstination déraisonable“ bei Vincent Lambert eine ärztliche Aufgabe und wurde auch als ärztliche Entscheidung in den Medien dargestellt. Diese Rolle wurde dadurch bekräftigt, dass die Entscheidung sich teilweise auf medizinische Kriterien begründete, die nur der Arzt feststellen kann.

Vor diesem Hintergrund treten unterschiedliche Auffassungen der Autonomie zu Tage. Der Behandlungsabbruch bei Erika Küllmer wurde als Stärkung der Patientenautonomie wahrgenommen, die auf individuellen Wünschen gründet. Angehörigen greifen ein, um dem Willen Küllmers Geltung zu verschaffen.

Im Fall Lambert wurde vom Conseil d'Etat der Patientenwille zwar betont, dieser scheint aber nicht der Patientenautonomie im Sinne einer individuellen Eigenschaft zu entsprechen. Denn es ist von einem Konsens die Rede, der die Angehörigen zu Wort kommen lässt. Vor diesem Hintergrund erscheint in den französischen Medienberichten der Konflikt zwischen behandelndem Arzt und Angehörigen durch ihre entgegengesetzten Positionen verschärft zu sein, obwohl – oder gerade weil – sie beide das Lebensende des Patienten mitgestalten. Dadurch hängt die Patientenautonomie eng mit einem Beziehungsgeflecht zusammenzuhängen.

Somit zeigen sich in Frankreich und in Deutschland unterschiedliche Auffassungen der Patientenautonomie. Darüber hinaus wird durch die Darstellung der Medienrezeption deutlich, dass unterschiedliche Sterbehilfedefinitionen die Diskussion über konkrete Fälle anders lenken.

Schluss

Die Annahme dieser Arbeit war, dass sich Unterschiede der Begrifflichkeit in der Sterbehilfe-Debatte in Deutschland und in Frankreich auf die jeweiligen Argumentationen auswirken. Zu diesem Zweck wurden schriftliche Stellungnahmen des französischen Ethikrats *Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé* (CCNE) und des Deutschen Ethikrats (DER) zum Thema Sterbehilfe in Abgrenzung zur englischsprachigen Debatte untersucht.

Gemein ist den deutschen und französischen Stellungnahmen, dass sie sich, ähnlich wie die englischsprachige Debatte, der Frage widmen, ob (und wann) der Sterbewunsch Ausdruck von Autonomie sein kann und gegen welche negativen gesellschaftlichen Konsequenzen diese Autonomie abgewogen werden muss. Die Antworten darauf hängen maßgeblich von den durch die Ethikräte festgelegten Begrifflichkeiten ab, welche sich grundsätzlich voneinander unterscheiden.

Kennzeichnend für den deutschen Ethikrat ist eine ethisch neutrale Begrifflichkeit. Diese ermöglicht eine Diskussion darüber, wie weit Autonomie reichen kann. Sie spricht sich mit Begriffen wie „Beihilfe zum Suizid“ und „Tötung auf Verlangen“ für differenzierte Empfehlungen aus, die auf unterschiedlichen Argumentationen gründen. Während sich der Deutsche Ethikrat für die Straffreiheit bei „Beihilfe zum Suizid“ als Ausdruck der Selbstbestimmung ausspricht, empfiehlt er, dass die Strafbarkeit von „Tötung auf Verlangen“ beibehalten wird. Es konnte gezeigt werden, dass diese Positionierung zum Teil schon in der begrifflichen Unterscheidung enthalten ist, denn „Suizid“ und folglich „Beihilfe zum Suizid“ ist ethisch anders als eine „Tötung“ zu bewerten und kann unter bestimmten Umständen, die „Entscheidungsfähigkeit“ des Sterbewilligen vorausgesetzt, ethisch vertretbar sein.

Anders verhält es sich mit der Argumentation des französischen Ethikrats, die auf eine andere Begrifflichkeit aufbaut. Im französischen Recht wird mit der

Einordnung von „assistance au suicide“ und „euthanasie“ als „meutre“ (dt. Mord) ein ethisch (negatives) Urteil gefällt. Dadurch wird gleichzeitig eine kategorische Unterscheidung verneint. Wie in der Arbeit dargelegt, bildet die ethische Gleichstellung beider Handlungen in der Stellungnahme des CCNEs einen roten Faden. Denn es wird vom französischen Ethikrat nahegelegt, dass die Argumente gegen eine Legalisierung der „assistance au suicide“ gleichermaßen auch für „euthanasie“ gelten. Hier scheint der Begriff „suicide assisté“, der eine Tötung als Suizid einordnet, diese Übertragung von den Argumenten zu erleichtern. Dadurch erscheinen Tötung und Suizid als ethisch gleichermaßen verwerflich bzw. vertretbar, ohne dass eine differenzierte Positionierung möglich wäre.

Darüber hinaus fällt in der vergleichenden Analyse beider Stellungnahmen auf, dass Autonomie von den Ethikräten unterschiedlich definiert wird. Während sie vom deutschen Ethikrat als individuelles Recht verstanden wird, vertritt der französische Ethikrat die Auffassung, dass nicht das Individuum, sondern die Gesellschaft die Grundlage der Autonomie bildet. Folglich, so der französische Ethikrat, kann Autonomie nur gewährleistet werden, solange die Gruppe erhalten bleibt. Diese französische Auffassung der Autonomie begründet zum Teil Argumenten, die der deutschen oder englischsprachigen Debatte fremd sind: etwa dass „assistance au suicide“ untersagt bleiben sollte, weil sie eine psychische Belastung für die Angehörigen sein könnte, oder weil sie die Solidarität und das „vivre-ensemble“ (dt. „Zusammenleben“) bedrohen könnte.

Diese Erkenntnisse lassen sich auch zum Teil an konkreten Sterbehilfefällen und an deren Rezeption zeigen. Kennzeichnend für die französische Auffassung des Falls Lambert, der einen Fall von passiver Sterbehilfe darstellte, war die Vielfalt von Begriffen, die den Behandlungsabbruch bezeichneten, wie von Hugny und al. dargelegt worden ist.²⁸⁷ Unter anderem ließ der Begriff „euthanasie“ die Grenzen zwischen Behandlungsabbruch und Tötung verschwimmen. Dies kann eine ethische Positionierung innerhalb der französischen Gesellschaft möglicherweise erschwert und zu einer

²⁸⁷ Hugny, Sanchez & Aubry (2020).

Polarisierung der Debatte beigetragen haben. Hingegen konnte gezeigt werden, dass der deutsche Fall Küllmer relativ einheitlich als „Sterbenlassen“ von der Presse bezeichnet wurde, und eine homogenere Rezeption erfuhr.

Auch wurden durch die Rezeption beider Fälle unterschiedliche Auffassungen der Autonomie in Frankreich und in Deutschland deutlich. Während der Abbruch aller Behandlungen bei Erika Küllmer als Patientenentscheidung dargestellt wurde, oblag bei Vincent Lambert die Entscheidung, die medizinischen Maßnahmen abubrechen, dem Arzt. Da dieser gleichzeitig einen Konsens mit den Angehörigen anstreben musste, schien die Patientenautonomie stark von einem Beziehungsgeflecht geprägt gewesen zu sein.

Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen scheint hier ein Konsens zwischen Frankreich und Deutschland bezüglich einer eventuellen Sterbehilferegelung schwer möglich zu sein. Jedenfalls könnte ein Konsens nicht ohne einen gemeinsamen Definitionsversuch auskommen. Dabei müssten sich die Länder nicht nur auf eine Definition der Sterbehilfeformen einigen, sondern auch einen Konsens über ethische Grundsätze und insbesondere über die Auffassung der Autonomie erreichen. Ein solcher europäischer Konsens wurde beispielsweise in der *Déclaration de Barcelone* angestrebt²⁸⁸ und könnte als Ausgangspunkt dienen.

Jedoch erwecken die aktuellen rechtlichen Entwicklungen den Anschein, dass Deutschland und Frankreich bezüglich der Sterbehilfe getrennte Wege gehen, die die angedeuteten Tendenzen aus den vorgegangenen Jahren bestätigen. So wird in Deutschland „Beihilfe zum Suizid“ als Ausdruck der Selbstbestimmung gegenüber „Tötung auf Verlangen“ bevorzugt. Deutlicher wurde es im Jahr 2020, als das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Forderung der Suizidhilfe kippte. Dabei wurde das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck der persönlichen Autonomie als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts erklärt.²⁸⁹ In Frankreich hingegen wurde

²⁸⁸ Rendtorff (2002).

²⁸⁹ Bundesverfassungsgericht, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 (2020).

in den letzten Jahren die Strafbarkeit von „assistance au suicide“ und „euthanasie“ beibehalten. Einzig erfuhr die „sédation profonde et continue“ als ethisch vertretbare passive Sterbehilfeform staatliche Zustimmung. Jedoch könnte sich dies mit der im September 2022 veröffentlichten bahnbrechenden Stellungnahme vom CCNE, *Avis 139 Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie: autonomie et solidarité*²⁹⁰ grundlegend ändern. Denn der französische Ethikrat schließt in seiner letzten Stellungnahme die Legalisierung der „assistance au suicide“ ethisch nicht mehr aus. Jedoch mit der Empfehlung, dass „euthanasie“ bzw. „suicide assisté“ ebenfalls aus „Egalitätsgründen“ rechtliche Duldung erfährt. „Euthanasie“ wäre in dem Fall für Patienten vorgesehen, die körperlich nicht mehr in der Lage sind, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen, aber dennoch über dieselben Rechte wie körperlich selbstständige Menschen verfügen, einschließlich des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben. Auch wenn diese Änderung den Anschein eines Bruchs mit der vergangenen Debatte in Frankreich hat, ist doch eine gewisse Kontinuität zu beobachten: Die mangelnde kategoriale Unterscheidung zwischen „assistance au suicide“ und „euthanasie“ bzw. „suicide assisté“ in Frankreich erlaubt, dass beide Sterbehilfeformen entweder gleichermaßen verworfen oder angenommen werden.

²⁹⁰ Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, Avis no 139: Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie: autonomie et solidarité (2022).

Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, wie Begriffe der Sterbehilfe in Deutschland und in Frankreich definiert werden und wie diese die ethischen Debatten in den jeweiligen Ländern beeinflussen. Diese Positionierungen lassen sich durch eine Einordnung in die internationale medizinethische Debatte verdeutlichen. Dabei wird auch die Rolle der Terminologien in den jeweiligen Argumentationen erläutert.

Der Hauptbefund dieser Arbeit fußt auf eine Analyse der Begriffe in den Stellungnahmen des französischen und deutschen Ethikrats sowie deren zugrundeliegenden Argumentationen. Veranschaulicht wird dieser Befund durch zwei Sterbehilfefälle in Deutschland und in Frankreich sowie deren mediale Rezeption.

Es wird gezeigt, dass (1) Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen vom deutschen Ethikrat unterschiedlich definiert und ethisch anders gewertet werden - (2) dass die kategoriale Unterscheidung zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen vom französischen Ethikrat abgelehnt wird. Einerseits wird rechtlich kein Unterschied gemacht, da beide Formen als Mord definiert werden. Andererseits wird die ethische Gleichstellung beider Handlungen durch den Begriff „suicide assisté“ erleichtert. Dadurch ist keine differenzierte Positionierung möglich. Zudem verdeutlicht die Analyse (3) unterschiedliche Auffassungen der Autonomie in Deutschland und in Frankreich. Das Verständnis dieser als individuelles Recht in der deutschen Debatte privilegiert Patienten-zentrierte Entscheidungen wohingegen Autonomie als Grundlage der Solidarität in der französischen Debatte den Angehörigen und dem Arzt mehr Entscheidungsspielraum lässt. Es scheint, dass (4) diese Unterschiede gleichsam die öffentliche Debatte beeinflussen bzw. deren Darstellung in den öffentlichen Medien. Insbesondere fällt die Vermischung von Sterbehilfe-Kategorien in der französischen Medienlandschaft auf, die möglicherweise zu einer Polarisierung der französischen Sterbehilfe-Debatte beiträgt, während Sterbehilfeberichte in Deutschland durch einheitlichere Begriffe eine homogenere Rezeption erfahren.

Die Arbeit betont somit die Rolle ausgewählter Begriffe in der Sterbehilfe-Debatte und die Notwendigkeit eines gemeinsamen Definitionsversuchs in der Ausarbeitung eines internationalen Konsenses.

Literaturverzeichnis

- Alexander, L. (1949). Medical science under dictatorship. *New England Journal of Medicine*, 39-47.
- American Medical Association, a. o. (1992). *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association: Withholding or withdrawing life prolonging treatment*. Chicago: American Medical Association.
- Andorno, R. (2013). Nonphysician-assisted suicide in Switzerland. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 246-253.
- Aubry, R. (2016). End-of-life, euthanasia, and assisted suicide: An update on the situation in France. *Revue neurologique*, 719-795.
- Battin, M. (1992). Assisted suicide: can we learn from Germany? *The Hastings Center Report*, 44-51.
- Battin, M. P. (2008). Terminal sedation: Pulling the sheet over our eyes. *Hastings Center Report*, 27-30.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical ethics (Eight Edition)*. Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Davidson, A. I. (1979). The definition of euthanasia. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 294-312.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2008). *Les principes de l'éthique médicale, 5 éd. Trad. Fisbach M.* Médecin & Sciences Humaines/ Les Belles Lettres, coll.
- Biowissenschaften, D. R. (2021). <https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/urteil-des-bverfg-vom-26-februar-2020>.
- Borasio, G. D. (2016). *selbst bestimmt sterben: Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*. dtv Verlagsgesellschaft mbH & Co.
- Bourdaire-Mignot, C., & Gründler, T. (2017). Le médecin, les parents et le juge. Trois regards sur l'obstination déraisonnable. Fin de vie (Loi du 2 février 2016). *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*.
- Brock, D. W. (1992). Voluntary active euthanasia. *Hastings Center Report*, 10-22.
- Brody, H. (1992). Assisted Death — A Compassionate Response to a Medical Failure. *New England Journal of Medicine*, 1384-1388.
- Bundesärztekammer. (2004). zur ärztlichen Sterbebegleitung, Grundsätze der Bundesärztekammer. *Deutsches Ärzteblatt: Ausgabe A*, A1298-A1299.
- Bundesärztekammer. (2011). zur ärztlichen Sterbebegleitung, Grundsätze der Bundesärztekammer. *Deutsches Ärzteblatt: Ausgabe A*, A346-A348.
- Bundesgerichtshof. (13.09.1994). 1 StR 357/94 (Kemptener Fall).
- Bundesgerichtshofs, P. d. (2019). Freisprüche in zwei Fällen ärztlich assistierter Selbsttötungen bestätigt.

<https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019090.html>.

- Bundesgerichtshof. (15.11.1996). 3 StR 79/96 (LG Kiel).
- Bundesgerichtshof. (17.09.2014). Beschluss des XII. Zivilsenats vom 17.9.2014, XII ZB 202/13.
- Bundesgerichtshof. (25.06.2010). Urteil des 2.Strafsenats vom 25.6.2010, 2 StR 454/09.
- Bundesgesetzblatt. (2009). Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts.
- Bundesgesetzblatt. (2015). Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmässigen Förderung der Selbsttötung.
- Bundesverfassungsgericht. (2020). Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020.
- Code de la Santé Publique, C. (1991). Loi no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Code de la Santé Publique, C. (1999). Loi no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
- Code de la Santé Publique, C. (2001). Article R4127-38.
- Code de la Santé Publique, C. (2002). Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Code de la Santé Publique, C. (2005). Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie.
- Code de la Santé Publique, C. (2016). Loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, C. (2013). Avis no 121: fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir.
- Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, C. (2022). Avis no 139: Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie: autonomie et solidarité.
- Cour de cassation, c. C. (13.12.2017). 16-87.04.
- Danel, V., Lemarie, E., Jonquet, O., & Tromeur, C. (2012). Comment arrêter une ventilation au long cours? *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 138-141.
- Deutscher Ethikrat, D. (2005). Patientenverfügung--Ein Instrument der Selbstbestimmung.
- Deutscher Ethikrat, D. (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. *Stellungnahme*.
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, d. (s.d.). <https://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/fuenf-urteile-zur-sterbehilfe>. Zugegriffen Februar 2021.

- Dixon, N. (1998). On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia. *The Hastings Center Report*, 25-29.
- Doerflinger, R. (1989). Assisted suicide: Pro-choice or anti-life? *The Hastings Center Report*, 16-19.
- Figaro, L. (04.11.2018). Fin de vie: la lettre de la mère de Vincent Lambert au Président de la République. *Le Figaro*, <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/2018/04/11/31003-20180411ARTFIG00283-fin-de-vie-la-lettre-de-la-mere-de-vincent-lambert-au-president-de-la-republique.php>.
- Figaro, L. (11.07.2019). Editorial: La dignité d'un homme. *Le Figaro*, <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/l-editorial-du-figaro-la-dignite-d-un-homme-20190711/>.
- Figaro, L. (16.01.2017). Le neveu de Vincent Lambert écrit à Hollande. *Le Figaro*, <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/2017/01/16/97001-20170116FILWWW00215-le-neveu-de-vincent-lambert-ecrit-a-hollande.php>.
- Figaro, L. (18.04.2018). L'appel de 70 médecins: Il est manifeste que Vincent Lambert n'est pas en fin de vie. *Le Figaro*, <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/2018/04/18/31003-20180418ARTFIG00261-l-appel-de-70-medecins-il-est-manifeste-que-vincent-lambert-n-est-pas-en-fin-de-vie.php>.
- Figaro, L. (19.05.2019). L'Eglise juge inacceptable l'arrêt des soins de Vincent Lambert. *Le Figaro*, <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/l-eglise-juge-inacceptable-l-arret-des-soins-de-vincent-lambert-20190519>.
- Figaro, L. (24.10.2015). Fin de vie: Nicolas Bonnemaison condamné à deux ans de prison avec sursis. *Le Figaro*, <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/10/24/01016-20151024ARTFIG00116-fin-de-vie-nicolas-bonnemaison-condamne-a-deux-ans-de-prison-avec-sursis.php>.
- Figaro, L. (26.09.2013). Les médecins veulent relancer l'euthanasie de Vincent Lambert. *Le Figaro*, <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/09/26/01016-20130926ARTFIG00596-les-medecins-veulent-relancer-l-euthanasie-de-vincent-lambert.php>.
- Foot, P. (1977). Euthanasia. *Philosophy and Public Affairs*, 85-112.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung, d. (26.06.2010). Am Lebensende. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung, d. (27.06.2010). Nach dem Sterbehilfe-Urteil: Politiker befürchten Automatismus für andere Fälle. *Frankfurter, Allgemeine Zeitung*.
- Furkel, F. (2013). Allemagne: le rôle majeur des proches au service d'une réelle autonomie du patient en fin de vie. Dans B. Feuillet-Liger, *Les Proches et la fin de vie médicalisée*. Bruylant.

- Gaille, M., & Horn, R. (2016). The role of 'accompagnement' in the end-of-life debate in France: from solidarity to autonomy. *Theoretical medicine and bioethics*, 473-487.
- Gracia, D. (1993). The intellectual basis of bioethics in southern European countries. *Bioethics*, 97-107.
- Hafner, K. H., & Winau, R. (1974). „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“: Eine Untersuchung zu der Schrift von Karl Binding und Alfred Hoche. *Medizinhistorisches Journal*, 227-254.
- Hohendorf, G., Rotzoll, M., Richter, P., Eckart, W., & Mundt, C. (2002). Die Opfer der nationalsozialistischen "Euthanasie-Aktion T4". *Der Nervenarzt*, 1065-1074.
- Horn, R. (2013). Euthanasia and end-of-life practices in France and Germany. A comparative study. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 197-209.
- Horn, R. (2014). Advance directives in English and French law: different concepts, different values, different societies. *Health Care Analysis*, 59-72.
- Horn, R. (2018). The 'French exception': the right to continuous deep sedation at the end of life. *Journal of Medical Ethics*, 204-205.
- Horn, R., & Bateman, S. (2013). *Le droit de mourir. Choisir sa fin de vie en France et en Allemagne*. Presses universitaires de Rennes.
- Horn, R., & Kerasidou, A. (2016). The concept of dignity and its use in end-of-life debates in England and France. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 404-413.
- Hugny, C., Sanchez, V., & Aubry, R. (2020). Does the written press give a fair account of a complex medical question: "the Vincent Lambert case"? *La Revue du praticien*, 485-491.
- Jox, R. (2011). End-of-life decision making concerning patients with disorders of consciousness. *Res cogitans*, 43-61.
- Kass, L. R. (1989). Neither for love nor money: why doctors must not kill. *Public Interest*, 25-46.
- Kishore, R. (2016). Vincent Lambert, Dignity in Dying and the European Court: A Critical Evaluation and the Global Reflections. *European journal of health law*. *European journal of health law*, 141-157.
- Kuhse, H. (1993). Euthanasia. Dans P. Singer, *A companion to ethics* (pp. 294-302). Blackwell Publishers.
- Le Coz, P. (2013). Quelle place pour les proches lors des décisions de fin de vie médicalisée? Arguments déontologistes et utilitaristes en éthique. Dans B. Feuillet-Liger, *Les Proches et la fin de vie médicalisée*. Bruylant.
- Lefevre, K. (2017). L'intérêt et le droit sanitaire, social et médico-social. Dans K. Lefevre, & S. Moisdon-Chataigner, *Protéger les majeurs vulnérables - l'intérêt de la personne protégée* (pp. 59-66). Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique.

- Leonetti, J. (2015). Première table ronde: aspects juridiques et éthiques de l'apaisement de la douleur",. Dans A. nationale, *Rapport au nom de l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques sur l'évaluation, prévue par l'article L. 1414-1-1 du code de la santé publique, des conditions de débat public relatif à la fin de vie* (p. 65).
- Libération, L. (20.05.2019). Editorial: Arène passionnelle. *La Libération*, https://www.liberation.fr/france/2019/05/20/arene-passionnelle_1728395/.
- Libération, L. (23.07.2015). Editorial, Affaire Vincent Lambert: la menace intégriste. *La Libération*, https://www.liberation.fr/societe/2015/07/23/affaire-lambert-la-menace-integriste_1352812/.
- Libération, L. (5.06.2015). Editorial: Vincent Lambert ne voulait pas vivre cette vie-là. *La Libération*, https://www.liberation.fr/societe/2015/06/05/vincent-lambert-ne-voulait-pas-vivre-cette-vie-la_1323963/.
- Lipuma, S. H. (2013). Continuous sedation until death as physician-assisted suicide/euthanasia: a conceptual analysis. *Journal of Medicine and Philosophy*, 190-204.
- Marguet, L. (2017). Entre protection objective et conception subjective du droit à la vie et à la dignité humaine: l'encadrement juridique de la fin de vie en France et en Allemagne. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*.
- Marrus, M. R., & Paxton, R. O. (2020). *Vichy France and the Jews*. Stanford university press.
- Martensen, R. (2001). The history of bioethics: an essay review. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 168-175.
- McCormick, A. J. (2011). Self-determination, the right to die, and culture: A literature review. *Social Work*, 119-128.
- McIntyre, A. (2014). Doctrine of Double Effect. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <https://plato.stanford.edu/archives/win2014/entries/double-effect/>.
- Merkel, R. (1995). Tödlicher Behandlungsabbruch und mutmassliche Einwilligung bei Patienten im apallischen Syndrom.
- Mitchell, K. R., Kerridge, I. H., & Lovat, T. J. (1993). Medical futility, treatment withdrawal and the persistent vegetative state. *Journal of medical ethics*, 71-76.
- Monde, L. (11.07.2019). Vincent Lambert est mort, neuf jours après le début de l'arrêt des traitements. *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/07/11/vincent-lambert-est-mort_5488017_3224.html.
- Monde, L. (12.07.2019). Editorial, Fin de vie: préserver la loi Claeys-Leonetti. *Le Monde*.
- Monde, L. (15.01.2004). Le docteur Chaussoy mis en examen pour la mort de Vincent Lambert. *Le Monde*, <https://www.lemonde.fr/archives/article/2004/01/15/le->

docteur-chaussoy-mis-en-examen-pour-la-mort-de-vincent-humbert_349206_1819218.html.

- Monde, L. (16.01.2014). Affaire Lambert: la justice s'oppose à l'euthanasie passive du patient. *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/01/16/la-justice-s-oppose-a-l-euthanasie-passive-de-vincent-lambert_4349386_1651302.html.
- Monde, L. (16.03.2007). Euthanasie: Verdict clément au procès de Périgueux. *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/societe/article/2007/03/16/euthanasie-verdict-clement-au-proces-de-perigueux_883949_3224.html.
- Monde, L. (16.09.2013). Fin de vie: Je suis là pour défendre l'intérêt d'un malade, pas des convictions. *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/09/16/fin-de-vie-je-suis-la-pour-defendre-l-interet-d-un-malade-pas-des-convictions_3478737_1651302.html.
- Monde, L. (17.01.2014). La question du partage des pouvoirs entre médecins et juges est posée. *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/01/17/la-question-du-partage-des-pouvoirs-entre-medecins-et-juges-est-posee_4349874_1651302.html.
- Monde, L. (20.05.2019). L'affaire Vincent Lambert divise les politiques, Macron ne veut pas s'immiscer. *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/05/20/emmanuel-macron-ne-veut-pas-s-immiscer-dans-l-affaire-vincent-lambert_5464695_3224.html.
- Monde, L. (23.09.2015). Au procès Jean Mercier, geste d'amour ou acte de mort? *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/societe/article/2015/09/23/devant-la-justice-le-geste-d-amour-qui-a-donne-la-mort_4767780_3224.html.
- Monde, L. (29.05.2013). Laisser partir Vincent est ma dernière preuve d'amour. *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/societe/article/2013/05/29/laisser-partir-vincent-est-ma-derniere-preuve-d-amour_3419854_3224.html.
- Morus, T. (1986). *Utopia*. Reclam, Philipp, jun. GmbH, Verlag.
- Ordre national des médecins, C. N. (2018). Révision de la loi bioéthique: l'Ordre s'exprime sur quelques points particuliers. *Session du Conseil National de l'Ordre des Médecins de juin 2018*, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1qcbbmi/cnom_fin_de_vie.pdf.
- Parsa-Parsi, R. W. (2017). The revised declaration of Geneva: a modern-day physician's pledge. *Jama*, 1971-1972.
- Pfeifer, U., & Horn, R. (2020). Can there be wrongful life at the end of life? German courts revisit an old problem in a new context. *Journal of medical ethics*, 348-350.
- Rachels, J. (1975). Active and Passive Euthanasia. *New England Journal of Medicine*, 78-80.

- Raus, K., Chambaere, K., & Sterckx, S. (2016). Controversies surrounding continuous deep sedation at the end of life: The parliamentary and societal debates in France. *BMC Medical Ethics*, 1-10.
- Rendtorff, J. D. (2002). Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability--towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, health care and philosophy*, 235-244.
- Rissing-van Saan, R. (2018). Das „Sterbehilfe“-Urteil des BGH vom 25.06. 2010, 2 StR 454/09 und die These der Gleichsetzung von Tun und Unterlassen. *Rechtsmedizin*, 94-97.
- Schickanz, S., Raz, A., & Shalev, C. (2010). The cultural context of end-of-life ethics: A comparison of Germany and Israel. *Cambridge Q. Healthcare Ethics*, 381-394.
- Schrader, T. (2012). *Sterbehilfe: Geschichte und Recht in Europa am Beispiel von Deutschland und Frankreich*. Tectum Wissenschaftsverlag.
- Singer, P. (2011). *Practical ethics*. Cambridge university press.
- Singer, P. (2013). *Praktische Ethik*.
- Singer, P., & Marcuzzi, M. (1997). *Questions d'éthique pratique*. Bayard.
- Spiegel, d. (25.06.2010). Bundesgerichtshof: Evangelische Kirche begrüsst Sterbehilfe-Urteil. *Der Spiegel*, <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/bundesgerichtshof-evangelische-kirche-begruesst-sterbehilfe-urteil-a-703058.html>.
- Spiegel, d. (25.06.2010). Grundsatzurteil des BGH: Sterben und sterbenlassen. *Der Spiegel*, <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/grundsatzurteil-des-bgh-sterben-und-sterbenlassen-a-702790.html>.
- Spranzi, M. (2013). The French Euthanasia Debate Exception and Solidarity. *Cambridge Q. Healthcare Ethics*, 254-262.
- Steinbock, B. (1979). The intentional termination of life. *Ethics in science and medicine*, 59-64.
- Strafgesetzbuch. (s.d.). §216 StGB - Tötung auf Verlangen.
- Süddeutsche Zeitung, d. (25.06.2010). BGH-Urteil zur Sterbehilfe: ein Recht auf den Tod. *Süddeutsche Zeitung*.
- Süddeutsche Zeitung, d. (25.06.2010). Urteil zur Sterbehilfe: Von Wille und Würde. *Süddeutsche Zeitung*, <https://www.sueddeutsche.de/leben/urteil-zur-sterbehilfe-von-wille-und-wuerde-1.953272>.
- Süddeutsche Zeitung, d. (26.06.2010). Grundsatzurteil zur Sterbehilfe: Sterben und sterben lassen. *Süddeutsche Zeitung*, <https://www.sueddeutsche.de/leben/kommentar-urteil-zur-sterbehilfe-sterben-und-sterben-lassen-1.965721>.

- Thouvenin, D. (2008). Audition du 15 juillet 2008. Dans A. Nationale, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie* (p. 401).
- Thouvenin, D. (2014). L'arrêt Lambert, Miroir des limites de la loi du 22 avril 2005, dite Loi Leonetti (Note sous CE, Ass., 24 juin 2014, Mme Lambert et autres, N° 375081. *Revue Droit Sanitaire et Social*, 1101.
- Thouvenin, D. (2017). Les droits de la personne en fin de vie reconnus par la loi Claeys-Leonetti? Dans K. Lefeuvre, & V. Depadt, *Protéger les majeurs vulnérables - Quels nouveaux droits pour les personnes en fin de vie?* (pp. 79-90).
- Van Delden, J. (2007). Terminal sedation: source of a restless ethical debate. *Journal of Medical Ethics*, 187-188.
- Van Delden, J. (2012). Euthanasia (physician-assisted suicide). *Encyclopedia of applied ethics*, 200-207.
- Van der Burg, W. (1991). The slippery slope argument. *Ethics*, 42-65.
- Van der Heide, A., Deliens, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., . . . others. (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*, 345--350.
- Velleman, J. D. (1992). Against the right to die. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 665-681.
- Veshi, D. (2017). Comments on the Lambert case: the rulings of the French Conseil d'Etat and the European Court of Human Rights.
- Vladeck, B. (2003). Universal Health Insurance in the United States: Reflections on the Past, the Present and the Future. *American Journal of Public Health*, 16-19.
- Von Aquin, T. (s.d.). *Summa Theologiae*. 2,2 q.64 a.7.
- Weir, R. F. (1989). Abating treatment with critically ill patients: Ethical and legal limits to the medical prolongation of life.
- Wenker, M. (2013). Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Ja! *Ethik in der Medizin*, 73-77.
- Wiesing, U. (2013). Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein! *Ethik in der Medizin*, 67-71.
- Wiesing, U. (2020). The Hippocratic Oath and the Declaration of Geneva: Legitimation attempts of professional conduct. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 81-86.
- Wiesing, U., Jox, R., Hessler, H., & Borasio, G. (2010). A new law on advance directives in Germany. *Journal of medical ethics*, 779-783.
- Young, R. (2022). Voluntary Euthanasia. Dans E. N. Zalta, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (pp.

<https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/euthanasia-voluntary/>).
Metaphysics Research Lab, Stanford University.

Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin unter Betreuung von Professor Dr. Hans-Jörg Ehni durchgeführt. Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Hans-Jörg Ehni. Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.