Inhaltsverzeichnis

A. Einleitung 23

B. Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen im allgemeinen 29

I. Geschichtlicher Überblick über die standesrechtlichen Hilfeleistungspflichten des Arztes und ihre Grenzen 29

II. Begründung der ärztlichen Hilfeleistungspflicht im Einzelfall 38
1. Hilfeleistungspflicht kraft Gesetzes 38
a. Bereitschaftsdienst 38
b. Rettungsdienst 40
c. Stationäre Krankenhausaufnahme 40
2. Hilfeleistungspflicht durch Niederlassung bzw. Anbringen des Praxisschildes 41
3. Hilfeleistungspflicht kraft Vertrages 45
4. Hilfeleistungspflicht infolge faktischer Behandlungsübernahme 51
5. Hilfeleistungspflicht bei Unglücksfällen 52

III. Selbstbestimmungsrecht des Patienten 54

IV. Rechtliche Beurteilung der ärztlichen Heilbehandlung 58
1. Begriffsbestimmung Heilbehandlung / ärztlicher Eingriff 58
2. Rechtliche Qualifizierung des ärztlichen Heileingriffs im Zivilrecht und im Strafrecht 59
a. Zivilrecht 59
aa. Rechtsprechung 59
bb. Literatur 60
b. Strafrecht 64
aa. Rechtsprechung 64
bb. Literatur 64
c. Stellungnahme 66
aa. Zivilrecht 67
bb. Strafrecht 70

V. Rechtfertigung des ärztlichen Heileingriffs durch die Einwilligung des Patienten 74
1. Funktion der rechtfertigenden Einwilligung 74
2. Rechtsnatur der rechtfertigenden Einwilligung 76
3. Wirksamkeitsvoraussetzungen der rechtfertigenden Einwilligung 79
a. Verfügungsmacht über das betroffene Rechtsgut 79
b. Einwilligungsfähigkeit des Patienten 79
aa. Allgemeine Kriterien der Einwilligungsfähigkeit 79
bb. Einwilligungsfähigkeit minderjähriger Personen 86
cc. Einwilligungsfähigkeit volljähriger, insbesondere älterer Personen 90
c. Einwilligungsmöglichkeit - die Aufklärung des Patienten durch den Arzt 95
aa. Aufklärung über behandlungsexterne Faktoren 97
bb. Aufklärung über behandlungsinterne Faktoren 99
(1) Sicherungsaufklärung (therapeutische Aufklärung) 100
(2) Selbstbestimmungsaufklärung 104
(a) Diagnoseaufklärung 105
(b) Verlaufsaufklärung 106
(aa) Aufklärung über die konkret geplante Behandlungsmaßnahme 106
(bb) Aufklärung über Behandlungsalternativen 108
(c) Risikoaufklärung 110
(aa) Die spezifische Gefahr des Eingriffs 110
(bb) Die Dringlichkeit des Eingriffs 114
(d) Durchführung der Aufklärung 116
(aa) Person des Aufklärungsverpflichteten 116
(bb) Person des Aufzuklärenden 118
(cc) Gestaltung des individuellen Aufklärungsgespräches 119
(dd) Form der Aufklärung - der Gebrauch von Aufklärungsformularen 121
(ee) Aufklärungszeitpunkt 128
(e) Grenzen der Aufklärungspflicht 130
(aa) Der vorinformierte Patient 130
(bb) Aufklärungsverzicht 130

(cc) Der entschlossene Patient 132
(dd) Gefahr im Verzug 133
(ee) Das therapeutische Privileg 133
(aaa) Rechtsprechung 134
(bbb) Literatur 135
(ccc) Stellungnahme 138
(α) Therapeutisches Privileg bei nicht mit Sicherheit zum Tode führender Krankheit 141
(β) Therapeutisches Privileg bei mit Sicherheit zum Tode führender Krankheit 145
(3) Verhältnis zwischen der therapeutischen Aufklärung und der Selbstbestimmungsaufklärung 153

d. Widerruflichkeit der Einwilligung 154
e. Freiheit von Willensmängeln 157
f. Sachliche Reichweite der Einwilligung 160
g. Weitere Rechtmäßigkeitsvoraussetzungen 165

VI. Rechtfertigung des ärztlichen Heileingriffs beim einwilligungsunfähigen Patienten 166
1. Der Regelfall: Einwilligung des gesetzlichen Vertreters bzw. des Bevollmächtigten 166
a. Der Eingriff beim einwilligungsunfähigen Minderjährigen 166
b. Der Eingriff beim einwilligungsunfähigen Volljährigen 167
aa. Voraussetzungen der Betreuerbestellung 169
(1) Der Erforderlichkeitsgrundsatz 170
(2) Der Grundsatz der Subsidiarität 171
bb. Zwangsweise Bestellung eines Betreuers bei psychischen Krankheiten oder geistiger bzw. seelischer Behinderung 172
cc. Die Zuständigkeit des Betreuers in Gesundheitsangelegenheiten 174
(1) Genehmigungsbedürftigkeit risikoreicher Eingriffe gem. § 1904 Abs. 1 BGB 174
(2) Rechtsnatur der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung 178

(3) Die Tatbestandsmerkmale des § 1904 Abs. 1 BGB 180
(4) § 1904 Abs. 2 BGB - Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten 181
(5) Einwilligungsvorbehalt gem. § 1903 BGB für Gesundheitsangelegenheiten ? 185
dd. Gesetzliche Richtlinien für die Entscheidung des Betreuers 186
ee. Die Zwangsbehandlung betreuter Personen 188
ff. Die Bedeutung früherer Äußerungen bei der Ermittlung der aktuellen Wünsche des Betreuten 192
gg. Der objektive Beurteilungsmaßstab 193
hh. Die Maßstäbe für die Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes. 195
ii. Beurteilungsspielraum des Betreuers gegenüber dem Vormundschaftsgericht bezüglich des Betreutenwohles ? 195
jj. Richtlinien für die Entscheidung des Vorsorgebevollmächtigten 198
2. Der Eilfall: Entscheidungskompetenz des Arztes 200
a. Zivilrecht 203
b. Strafrecht 210
aa. Willenstheorien 211
bb. Interessen- bzw. Rechtsgüterabwägungstheorien 212
cc. Theorie des erlaubten Risikos 212
dd. Kombination der Willenstheorien mit der Theorie des erlaubten Risikos 213
ee. Kombination der Willenstheorien mit den Interessen- bzw. Rechtsgüterabwägungstheorien 213
ff. Stellungnahme 214

C. Rechtmäßigkeit ärztlicher Sterbehilfemaßnahmen 216

I. Zum Begriff und den verschiedenen Kategorien der Sterbehilfe 216
1. Sterbehilfe vor dem Hintergrund der Euthanasie des Dritten Reiches 216
a. Kindereuthanasie 218
b. Massenerschießungen geistig Behinderter in

Pommern/Warthegau 220
c. Aktion T 4 220
d. Wilde Euthanasie 222
e. Aktion 14 f 13 224
2. Anknüpfungspunkte für die Sterbehilfe 226
3. Kategorien der Sterbehilfe 229
a. Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung 229
b. Aktive Sterbehilfe 230
c. Indirekte Sterbehilfe 230
d. Passive Sterbehilfe 230
e. Suizidbeihilfe 230

II. Ärztliche Sterbehilfe gegenüber dem einwilligungsfähigen Patienten mit dessen Zustimmung 231
1. Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung (Sterbebegleitung) 231
a. Palliative Behandlung 232
b. Beistand 237
aa. Sterben und Tod in unserer Zeit 237
bb. Psychologische Begleitung des Sterbenden 238
cc. Organisatorische Unzulänglichkeiten bei der Betreuung von Terminalpatienten in Krankenhäusern 246
dd. Ausbildungsdefizite von Ärzten und Pflegepersonal bezüglich des Umganges mit Sterbenden 249
ee. Das Hospiz: Der Ansatz zu einer besseren Sterbebegleitung 257
c. Grund(=Basis)pflege 264
2. Aktive Sterbehilfe auf ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen des Patienten 268
a. Straflosigkeit der Tötung auf Verlangen unter der Geltung des § 216 Abs. 1 StGB aus der Sicht der strafrechtlichen Literatur 275
aa. Tatbestandslosigkeit des ärztlichen Handelns 275
bb. Rechtfertigung des Arztes 276
cc. Fehlende Schuld des Arztes 279
b. Der Utilitarismus - die Philosophie Peter Singers 281
aa. Der Präferenz - Utilitarismus 281
bb. Das Prinzip der gleichen Interessenabwägung 282

cc. Folgerungen Singers im Hinblick auf Tierversuche 285
dd. Folgerungen Singers im Hinblick auf Schwangerschaftsabbruch und aktive Sterbehilfe 286
ee. Verhältnis aktive Sterbehilfe - Sterbebegleitung 288
ff. Verhältnis aktive Sterbehilfe - passive Sterbehilfe 289
c. Die Philosophie Norbert Hörsters 290
aa. Das Recht des Patienten auf einen selbstbestimmten Tod als Postulat eines weltanschaulich neutralen Weltbildes 290
bb. Voraussetzungen für die Durchführung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen 292
cc. Verhältnis der aktiven Sterbehilfe zur indirekten und passiven Sterbehilfe sowie zur Suizidbeihilfe 294
dd. Voraussetzungen für die Durchführung der aktiven Sterbehilfe im mutmaßlichen Interesse des Patienten 295
ee. Kein Dammbruch des Lebensschutzes 296
ff. Kein unangemessener Druck auf den Patienten 297
gg. Verhältnis aktive Sterbehilfe - Sterbebegleitung 297
hh. Die künftige Entwicklung vor dem Hintergrund des schwindenden gesellschaftlichen Einflusses der christlichen Kirchen 298
d. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (DGHS) 298
aa. Zielsetzung des Vereins 298
bb. Die Stellung der DGHS zu Suizid und Suizidbeihilfe 300
cc. Die Stellung der DGHS zur aktiven Sterbehilfe 301
dd. Die Stellung der DGHS zur Hospizbewegung 302
ee. Das Wirken der DGHS in der Praxis 302
ff. Sterbehilfeorganisationen im Ausland 304
e. Alternativ-Entwurf Sterbehilfe 305
f. Aktive Sterbehilfe in den Niederlanden 307
aa. Die Diskussion zur aktiven Sterbehilfe von 1973 bis 1994 309
bb. Aktive Sterbehilfe in der niederländischen Praxis 312
cc. Neuorientierung des Gesetzgebers seit 1996 319
g. Stellungnahme 320

aa. Kritik der strafrechtlichen Literatur zur (teilweisen) Freigabe der aktiven Sterbehilfe de lege lata 320
bb. Kritik zur Lehre Peter Singers 331
(1) Unvereinbarkeit der Relativierung des Lebensschutzes mit dem Wertesystem des Grundgesetzes 331
(2) Der Mangel der fehlenden inneren Schlüssigkeit der Lehre Singers 339
(a) Willkürliche Festlegung des Maßstabes für die Interessenfähigkeit 339
(b) Nicht gerechtfertigte Gleichsetzung von Person und Glück 339
(c) Unmöglichkeit, Glück und Leid im voraus zu prognostizieren 340
(d) Mangelhafte Abgrenzungskriterien für die Bestimmung der Personenqualität 341
(e) Widersprüchliche Aussagen zur Berücksichtigungsfähigkeit potentieller Fähigkeiten 341
(f) Nicht gerechtfertigte Gleichsetzung der Tötung von Säuglingen mit deren unterlassenen Zeugung 342
(g) Manipulierbarkeit der Interessengewichtung durch die Mehrheit und hierdurch bedingte Schutzlosigkeit des einzelnen 342
(h) Singers Lehre als Rechtfertigungsmodell für Menschenversuche, Infantizid und die Tötung behinderter Menschen 344
(i) Nähe zur Ideologie des Nationalsozialismus 346
(j) Vorgespiegelter Respekt vor dem Leben alter Menschen 350
(k) Vorschnelle Befürwortung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen 351
(l) Wenig überzeugende Lösung des Konflikts aktive Sterbehilfe contra Sterbebegleitung 355
(m) Ungerechtfertigte Bevorzugung der aktiven gegenüber der passiven Sterbehilfe 357
(n) Vorgespiegelte Ablehnung der unfreiwilligen aktiven Sterbehilfe 358

(o) Singers Lehre als Paradebeispiel der "Schiefen Ebene" 359
(p) Wenig überzeugende Reaktion Singers auf bereits erkennbare Einschränkungen des Lebensschutzes 361
cc. Kritik an der Lehre Norbert Hörsters 362
(1) Zu einseitige Betonung des Selbstbestimmungsrechtes 362
(2) Mangelnde Bestimmbarkeit des "schweren, unheilbaren Leidens" 364
(3) Widersprüchliche Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes auf Fälle eines "schweren, unheilbaren Leidens" 366
(4) Unzureichende Berücksichtigung der psychologischen Situation Sterbender 367
(5) Untauglichkeit des Kriteriums der "mehrfachen, durch gewisse Zeitabstände getrennten Gespräche" 369
(6) Fehlende Aussagekraft früherer Äußerungen des Patienten zur aktiven Sterbehilfe 370
(7) Das Problem, die Ernstlichkeit und Freiwilligkeit des geäußerten Sterbewunsches nachträglich zu beweisen 370
(8) Gefahr des erzwungenen Sterbewunsches 371
(9) Unbefriedigende Lösung des Spannungsverhältnisses zwischen aktiver Sterbehilfe und Palliativmedizin 374
(10) Systemwidrige Ausdehnung der aktiven Sterbehilfe auf alle hoffnungslosen Situationen 374
(11) Nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung von nicht und lediglich nicht mehr urteilsfähigen Personen 375
(12) Ungerechtfertigte Gleichsetzung der aktiven mit der indirekten und passiven Sterbehilfe 376
(13) Die berechtigte Forderung, das Verhältnis der aktiven Sterbehilfe zur Suizidbeihilfe sowie die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Materie neu zu überdenken 378
dd. Kritik an der Haltung der Deutschen Gesellschaft für

Humanes Sterben e.V. (DGHS) 379
(1) Unklarer Anwendungsbereich der aktiven Sterbehilfe 379
(2) Übertriebene Skepsis gegenüber ärztlichem Handeln 379
(3) Mangelnde Bestimmbarkeit der Merkmale der "unheilbaren Krankheit" und des "schweren Leidens" 381
(4) Keine Stellungnahme zum Umgang mit nicht mehr einwilligungsfähigen Personen 381
(5) Zweifelhaftes Bekenntnis zu den Idealen der Hospizbewegung 382
(6) Unverantwortliche Verbreitung von Suizid-anleitungen 385
(7) Bedenkenswerte Anregung zum Überdenken der generellen Straflosigkeit der Suizidbeihilfe 386
ee. Kritik der Praxis der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden 387
(1) Bedenkliche Zahl von Tötungsfällen ohne Verlangen des Patienten 387
(2) Meldebereitschaft der Ärzte ist nur auf Kosten des Lebensschutzes zu realisieren 388
(3) Aktive Sterbehilfe ist nicht Ausdruck der Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten 388
(4) Die "Schiefe Ebene" in den Niederlanden 389
ff. Gesellschaftliche Hintergründe der Forderung nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe 393
(1) Gesellschaftspolitische Gründe für die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe 394
(a) Das Kostenargument 394
(b) Veränderte Einstellung zu Krankheit und Leid im Zeitalter der Gentechnik 401
(2) Gründe für die Bereitschaft des einzelnen, die Forderung nach der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu befürworten 406
(a) Die Leistungsgesellschaft stellt die Existenz-berechtigung der Unproduktiven in Frage 406
(b) Mißtrauen gegenüber den technischen Errun

genschaften der Medizin 407
(c) Übersteigerter Individualismus verstärkt Ausgrenzung von Randgruppen 407
(d) Selbstbestimmung als höchster Wert 408
(e) Krankheit und Leiden passen nicht zu den ästhetischen Leitbildern der Gesellschaft 410
(f) Behinderung als Symbol des Schreckens 410
(g) Leiden und Sterben werden aus dem Alltag und damit aus dem Bewußtsein verdrängt 410
(3) Schlußfolgerungen 412
gg. Kritik am Alternativ-Entwurf Sterbehilfe 414
hh. Ergebnis der Stellungnahme 420
3. Aktive Sterbehilfe mit Einwilligung des Patienten 420
4. Beteiligung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten 421
a. Grundrecht des Patienten auf Selbsttötung ? 424
aa. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG - Recht auf Leben 424
bb. Art. 2 Abs. 1 GG - Allgemeine Handlungsfreiheit 428
b. Grundrecht auf Beihilfe zur Selbsttötung ? 430
c. Argumente gegen die Ausweitung des ärztlichen Auftrages 431
d. Strafbarkeit der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung de lege ferenda 435
5. Behandlungspflichten des Arztes gegenüber einem Suizidenten nach Eintritt der Bewußtlosigkeit 438
6. Indirekte Sterbehilfe 442
a. Praktische Bedeutung der indirekten Sterbehilfe mit Einwilligung des Patienten 443
b. Rechtliche Beurteilung 445
aa. Der Tod als unmittelbare und sichere Folge der Schmerztherapie 445
bb. Der Tod als mögliche Folge der Schmerztherapie 445
(1) Tatbestandsmäßigkeit der indirekten Sterbehilfe im Sinne der Tötungsdelikte 446
(2) Rechtswidrigkeit der indirekten Sterbehilfe ? 453
7. Passive Sterbehilfe 464

III. Ärztliche Sterbehilfe gegenüber dem einwilligungsunfähigen Patienten ohne (erreichbaren) gesetzlichen Vertreter bzw. Bevollmächtigten - Die Eilfallentscheidung 466
1. Der Patient hat sich in der Vergangenheit zur Art bzw. zum Umfang seiner Behandlung nicht geäußert 466
a. Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung 466
b. Aktive Sterbehilfe 467
c. Behandlungspflichten des Arztes gegenüber einem Suizidenten nach Eintritt der Bewußtlosigkeit 467
d. Indirekte Sterbehilfe 468
e. Passive Sterbehilfe 471
aa. Einführung 471
bb. Faktische Unmöglichkeit der Lebenserhaltung bzw. -verlängerung 479
cc. Der Hirntod als natürliche Grenze der Lebenserhaltung bzw. -verlängerung 480
dd. Der irreversible Bewußtseinsverlust des Patienten als Grenze der Lebenserhaltungspflicht ? 486
ee. Lebenserhaltung bzw. -verlängerung nach Einsetzen des eigentlichen Sterbevorganges 498
ff. Lebenserhaltung bzw. -verlängerung vor dem Einsetzen des eigentlichen Sterbevorganges 511
gg. Die Beurteilung des Abbruchs lebenserhaltender bzw. lebensverlängernder apparativer Dauerbehandlungen 514
hh. Verteilungsgerechtigkeit 519
2. Der Patient hat in der Vergangenheit Vorstellungen bezüglich der Art bzw. des Umfanges seiner Behandlung geäußert 526
a. Die praktische Relevanz heute gebräuchlicher Klauseln in Patiententestamenten 531
aa. Sterbebegleitung 531
bb. Aktive Sterbehilfe 533
cc. Indirekte Sterbehilfe 534
dd. Passive Sterbehilfe 537
(1) Bestimmtheit der Klauseln 547
(2) Vergleichbarkeit der in den Klausel beschriebenen Situation mit der Lage des Patienten 556
(3) Vorformulierung von Klauseln 556

(4) Vorgegebene Kombination von Klauseln 557
(5) Widerruflichkeit des Patiententestamentes 558
(6) Nachweis der Einwilligungsfähigkeit des Testators im Zeitpunkt der Abgabe der Erklärung 560
(7) Nachweis der Aufklärung 561
(a) Die Aufklärung als Wirksamkeitsvoraussetzung des Patiententestamentes 561
(b) Nachweis der ärztlichen Aufklärung 565
(8) Inhaltlich ausreichende, den Anforderungen der Rechtsprechung genügende Aufklärung 567
(a) Diagnoseaufklärung 568
(b) Verlaufsaufklärung 568
(c) Risikoaufklärung 569
(d) Person des Aufklärungsverpflichteten 570
(e) Zeitpunkt der Aufklärung 571
(f) Vorinformation des Verfügenden 571
(g) Entschlossenheit des Verfügenden 572
(h) Aufklärungsverzicht 572
(i) Ergebnis 575
(9) Antizipierbarkeit der entscheidungserheblichen Situation 575
(a) Die Lehre von der uneingeschränkt ausreichenden Willensbildung 578
(b) Stellungnahme zur Lehre von der uneingeschränkt ausreichenden Willensbildung 582
(c) Die Lehre von der unter bestimmten einschränkenden Voraussetzungen ausreichenden Willensbildung 598
(d) Stellungnahme zur Lehre von der unter bestimmten einschränkenden Voraussetzungen ausreichenden Willensbildung 599
ee. Ergebnis 602
b. Andere denkbare Inhalte von Patiententestamenten 608

IV. Ärztliche Sterbehilfe gegenüber dem einwilligungsunfähigen Patienten im Falle der Erreichbarkeit eines gesetzlichen Vertreters bzw. Bevollmächtigten 610
1. Minderjährigkeit des Patienten: Entscheidungszuständigkeit

der Eltern bzw. des Vormundes oder Pflegers 610
2. Volljährigkeit des Patienten: Der Grundsatz: Die Entscheidungszuständigkeit des Betreuers 611
a. Befassungs- und Entscheidungskompetenz des Betreuers in Fragen der passiven und indirekten Sterbehilfe 611
b. Entscheidungsmaßstab des Betreuers 613
c. Erforderlichkeit der Anrufung des Vormundschaftsgerichtes - analoge Anwendung des § 1904 Abs. 1 BGB vor der Ausübung der passiven Sterbehilfe 614
3. Die Entscheidung des aufgrund einer Betreuungsverfügung bestellten Betreuers 620
4. Die Entscheidung des Vorsorgebevollmächtigten 621
5. Stellung des gesetzlichen Vertreters bzw. des Bevollmächtigten im Entscheidungsfindungsprozeß 622

D. Zusammenfassung der Ergebnisse 623

I. Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen im allgemeinen 623

II. Rechtmäßigkeit ärztlicher Sterbehilfemaßnahmen 630
1. Ärztliche Sterbehilfe gegenüber dem einwilligungsfähigen Patienten mit dessen Zustimmung 631
2. Ärztliche Sterbehilfe gegenüber dem einwilligungsunfähigen Patienten ohne (erreichbaren) gesetzlichen Vertreter bzw. Bevollmächtigten, sofern der Patient sich in der Vergangenheit zur Art bzw. zum Umfang seiner Behandlung nicht geäußert hat 646
3. Ärztliche Sterbehilfe gegenüber dem einwilligungsunfähigen Patienten ohne (erreichbaren) gesetzlichen Vertreter bzw. Bevollmächtigten, sofern sich der Patient in der Vergangenheit zur Art bzw. zum Umfang seiner Behandlung geäußert hat 650
4. Ärztliche Sterbehilfe gegenüber dem einwilligungsunfähigen Patienten im Falle der Erreichbarkeit eines gesetzlichen Vertreters bzw. Bevollmächtigten 653

E. Gesetzliche Regelung ärztlicher Behandlungen am Lebensende 655

Literaturverzeichnis 665