

Seminar: Menschenrechte im Kulturvergleich

Ao. Univ. -Prof. Dr. Franz Martin Wimmer

**Sterbehilfe-**  
**Recht auf einen Tod in Würde?**

Seminararbeit von Kristina Fehr

Matr.Nr.: 93 05 842

WS 2001 / 2002

**Inhaltsverzeichnis:**

<b>I. Einleitende Gedanken .....</b>	<b>Seite 3</b>
Wann beginnt menschliches Leben – Wann endet menschliches Leben – Der Tod als kulturelles Phänomen – Verdrängung und Tabuisierung des Todes – Sterben innerhalb der Familie und Wandel im Laufe der Zeit – Trauer und Trauerrituale – Euthanasie – Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Tötung sog. ‚hirntoter Menschen‘ – Sterbehilfe und Selbsttötungsbeteiligung	
<b>II. Menschenwürde .....</b>	<b>Seite 8</b>
Einleitung – Auszug aus der UNO Menschenrechtsdeklaration (1948) – Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK 1950): Recht aller auf Leben (Artikel 2); Verfügungsrecht über den eigenen Körper / Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Artikel 8) – Lebenspflicht – Lebenszwang	
<b>III. Situation in Österreich .....</b>	<b>Seite 11</b>
Euthanasie und Eugenik im Dritten Reich – Sterbehilfe, Mord und Aktion T4 (Sozialdarwinismus- Nürnberger Gesetze 1935- Euthanasiebefehl 1939- ‚Wilde Euthanasie‘ am Steinhof) – Gegenwärtige geltende Rechtslage zum Thema Sterbehilfe in Österreich – Medizinische Ethik – Parlamentskorrespondenz 2001	
<b>IV. Legalisierte Sterbehilfe in den Niederlanden .....</b>	<b>Seite 17</b>
Gesetz für aktive Sterbehilfe vom 10.April 2001 – Beginn und Entwicklung der Euthanasie-Debatte in den Niederlanden	
<b>V. Japan .....</b>	<b>Seite 19</b>
Reaktion Japans zu niederländischen Sterbehilfegesetz – Todesstrafe in Japan	
<b>VI. Conclusio .....</b>	<b>Seite 21</b>
<b>VII. Bibliographie .....</b>	<b>Seite 22</b>

## I. Einleitende Gedanken

- **Wann beginnt menschliches Leben?**

Darauf, wann menschliches Leben beginne, antwortet die römische Kirche:

„Mit der Befruchtung der Eizelle“ - bis vor einigen Jahren galt ihr schon der männliche Same als ‚menschliches Leben‘ und durfte nicht ‚vergeudet‘ werden.

Fraglich ist, ob das Leben im Mutterleib wirklich erst nach dem dritten Monat beginnt, wenn das Gehirn des Fötus soweit ausgebildet ist, dass erste Reaktionen auf Schmerz und Furcht gezeigt werden können.

- **Wann endet menschliches Leben?**

Endet menschliches Leben mit dem ‚Hirntod‘ oder mit dem klinischen Tod?

Gibt es noch den ‚schönen Tod‘ (im klassischen Griechenland als ‚Euthanasie‘ bezeichnet - eu = schön, gut / thanathos = Tod) – den Tod nach einem langen, erfüllten Leben, auf den man sich geistig vorbereitet und den Ärzte und Angehörige begleiten?

Der Tod eines Menschen wird im Brockhaus von 1924 folgendermaßen beschrieben:

„ Tod = der vollständige Stillstand der Herztätigkeit, der Atmung, des Kreislaufs und aller damit zusammenhängenden Lebensprozesse eines Organismus, erfolgt durch Altersschwäche, durch Krankheit oder gewaltsame äußere Einflüsse.“ Um keine Zweifel aufkommen zu lassen, wurden Verstorbene drei Tage lang aufgebahrt, bis auch äußere sichere Todeszeichen wie Totenstarre, Totenflecke und Fäulnis erkennbar machten, dass ein Mensch wirklich verstorben war.

Heute sind die Grenzen zwischen Leben und Tod fließend geworden- z.B. gilt ein noch lebender Patient während seines Sterbeprozesses, wenn er für ‚Hirntod‘ erklärt wird, schon als Leiche, obwohl er auf der Intensivstation versorgt wird und noch warm und durchblutet ist.

Die neuen Möglichkeiten durch die Intensivmedizin haben dazu geführt, den Tod neu zu definieren - ausschlaggebend ist nicht mehr Herz- und Atemstillstand (sog. ‚klinischer Tod‘) sondern das Nichtmehrfunktionieren des Gehirns (‚Partialtod‘) und infolgedessen das Absterben sämtlicher Organe bzw. Stillstand aller Stoffwechselfvorgänge (‚Gesamtod‘ oder ‚Totaltod‘).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Fuchs Richard: ‚Das Geschäft mit dem Tod – ein Plädoyer für ein Sterben in Würde‘, Patmos Verlag, Düsseldorf 2001

- **Der Tod als kulturelles Phänomen**

Physisches Sterben: der Verlust körperlicher Funktionen.

Psychisches Sterben: der Verlust des Bewusstseins, Verlust des ‚Selbstbewusstseins‘.

Soziales Sterben: Verlust der Anerkennung, von Rollen und sozialen Teilhabechancen.

Die meisten Kulturen regeln den Tod durch verschiedene Riten- d.h. es gibt vorgeschriebene Verhaltensabläufe für die Überlebenden (und die Toten) im Übergang in das Reich der Toten. Der Tod wird dadurch in den Lebenslauf eingebunden, der durch verschiedene Übergänge (Kind zum Erwachsenen, Frau zur Braut, Frau zur Mutter, Pensionierung,...) gekennzeichnet ist. Diese Übergänge können auch als Prozesse des ‚sozialen Sterbens und Wiederauferstehens‘ begriffen werden.<sup>2</sup>

In allen Kulturen gibt es eine Unterscheidung zwischen physischem und sozialen Leben / zwischen physischen und sozialen Tod. Während in den meisten ‚traditionellen Kulturen‘ das physische Sterben dem sozialen Sterben vorausgeht (als zweites Begräbnis)- sterben die meisten Individuen in ‚modernen Industriegesellschaften‘ zuerst sozial und dann erst physisch (durch Verlust von Positionen und Rollen,..). Die zunehmende Verlängerung der Phase dieses sozialen Sterbens wird in ‚modernen Gesellschaften‘ zu einem erheblichen sozialen Problem.

- **Verdrängung und Tabuisierung des Todes?**

- Todesfälle werden in der Öffentlichkeit immer weniger wahrgenommen.
- Der Anteil der Menschen, die schon vor ihrem Tod (und damit auch im Sterbeprozess) einsam und isoliert sind, hat zugenommen.
- Sterbende und Tote werden in zunehmenden Maße aus dem Alltagsleben entfernt und in Krankenhäuser abgeschoben.
- Menschen vermeiden, an ihren eigenen Tod zu denken.
- Menschen haben Schwierigkeiten, miteinander über Sterben und den Tod offen zu kommunizieren.
- Der Tod wird auf die Gruppe der alten Menschen abgeschoben.

Andererseits:

- Wurde in sog. ‚Industriegesellschaften‘ das erste Mal in der Geschichte ein langwährender Sieg über den frühzeitigen Tod errungen.
- Sterben die meisten Personen als alte Menschen und dies wird in der Regel als normal, natürlich und angemessen angesehen.

---

<sup>2</sup> Feldmann Klaus: Artikel ‚Sterben und Tod- soziologische Betrachtungen‘  
[http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/sterben\\_und\\_tod.htm](http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/sterben_und_tod.htm)

- Würde in keiner Zeit so differenziert und verantwortungsbewusst über Todesprobleme (wie Sterbehilfe, Abtreibung, Krieg, Mord, Todesstrafe, Suizid,...) diskutiert wie heute.<sup>3</sup>

- **Sterben innerhalb der Familie – Wandel im Laufe der Zeit**

Bis zum Ende des 19.Jh. wurde am Sterbebett mehr Öffentlichkeit zugelassen. Im Augenblick des Todes war man selten allein. Der Sterbende konnte in Mitten der Versammelten letzte Verfügungen treffen, sich mit Angehörigen versöhnen und sich von ihnen verabschieden. In den Dörfern wurde alles rund um die Geburt und das Sterben von den Nachbarn erledigt- so war die Leichenwäscherin zugleich auch Hebamme; die Männer bauten den Sarg.

Verstorbene dürfen heute bis zu 36 Stunden im Haus bleiben- trotzdem rufen die Angehörigen in panischer Angst den Bestatter auch in der Nacht an, um die Leiche schnell abholen zu lassen. So werden die Leichen oft entsorgt, statt beerdigt.

- **Trauer und Trauerrituale**

Trauerrituale, die den Hinterbliebenen einerseits helfen sollen, mit ihren emotionalen und sozialen Problemen umgehen zu lernen, andererseits bewusst machen sollen, dass die tote Person nun in die Gemeinschaft der Toten eingegangen ist, sind kulturell sehr unterschiedlich:

In Japan gilt die Interaktion zwischen der trauernden und toten Person als normal.

In Bali wird Trauer weder durch Weinen noch durch Lachen gezeigt.

In ‚unserer Gesellschaft‘ wurde die Trauer stark privatisiert und die Unterstützung durch die Öffentlichkeit (durch Rituale,...) hat sich wesentlich verringert.<sup>4</sup>

- **Euthanasie**

Darunter versteht man die sogenannte ‚aktive Sterbehilfe‘. Die ursprüngliche Bedeutung des Wortes ‚Euthanasie‘, das soviel heißt wie ‚guter Tod‘, ist durch die Tötungsprogramme des Nationalsozialismus erheblich verändert worden. Seit den 70er Jahren wird der gebräuchlichere Begriff der ‚Sterbehilfe‘ verwendet.

- **Sterbebegleitung**

Der Begriff der ‚Sterbehilfe‘ ist gegenüber dem Begriff der ‚Sterbebegleitung‘ abzugrenzen.

Unter Sterbebegleitung versteht man die nötige und mitmenschliche seelsorgerische Betreuung des Sterbenden durch seine (beruflichen) Betreuer (Spitalspersonal). Dadurch drückt sich die mitmenschliche Solidarität aus, die dem Sterbenden das Gefühl gibt, nicht

---

<sup>3+4</sup> Feldmann Klaus: Artikel ‚Sterben und Tod- soziologische Betrachtungen‘  
[http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/sterben\\_und\\_tod.htm](http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/sterben_und_tod.htm)

allein und sich selbst überlassen zu sein. Sterbehilfe soll das Los des Betroffenen erleichtern. Lutterotti bezeichnet Sterbebegleitung als ‚*Hilfe im Sterben*‘, im Gegensatz zur Sterbehilfe, der ‚*Hilfe zum Sterben*‘.<sup>5</sup>

- **Sterbehilfe**

Unter Sterbehilfe versteht man grundsätzlich die absichtliche, aktiv oder passiv vorgenommene Beschleunigung des Todeseintritts. Wichtig ist die Unterscheidung in strafrechtlicher Hinsicht zwischen Begehungs- und Unterlassungsdelikt - z.B. ob die Abstellung der künstlichen Ernährung eines Kranken, dessen Tod unmittelbar bevorsteht, als ein Tun zu werten ist (Begehung) oder nicht (Unterlassung).

- **Tötung sogenannter ‚hirtotter‘ Menschen**

Laut dem österreichischen Krankenanstaltengesetz ist es zulässig, ‚Hirntoten‘ einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten.

‚Hirntote‘ weisen aber so gut wie alle Phänomene auf, die auch bei Lebenden zu beobachten sind und dadurch nicht Toten zugeschrieben werden können: Herz- und Kreislauffunktionen, Nierenfunktion, Verdauung, Regulierung des Wasser- und Mineralhaushalts; sie weisen auch Spontanbewegungen auf: hirtote Männer können Erektionen bekommen, sogar einen Samenerguss; sie sind theoretisch auch fortpflanzungsfähig. Hirntote Frauen sind in der Lage, gesunden Kindern das Leben zu schenken.

Dennoch gelten diese Patienten und Patientinnen als ‚Leichen‘ denen man lebensfrische Organe entnehmen kann.

Die DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben) veröffentlichte 1997 ein Umfrageergebnis wonach rund 75% der Deutschen nach ihrem Tod zu einer Organspende bereit wären, aber nur rund 2% der erwachsenen Deutschen einen Organspendeausweis bei sich tragen.<sup>6</sup>

- **Sterbehilfe und Selbsttötungsbeteiligung**

Die Rechtsprechung beurteilt jene Fälle unterschiedlich, in denen Sterbehilfe mit Selbsttötung zusammenfällt. Das Gerichtsverfahren gegen den deutschen Arzt Prof. Dr. Julius Hackethal zeigt dies deutlich:

---

<sup>5</sup> Lutterotti Markus von/Eser Albin: ‚Lexikon Medizin, Ethik, Recht: Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung‘, Freiburg i.Br., 1992

*„Erstmals wurde Prof. Dr. Hackethal von seiner Patientin, der er später zum Suizid verhalf, am 6.9.1981 aufgesucht. Die Patientin hatte sich wegen einer fortgeschrittenen Krebserkrankung bereits mehrerer Gesichtsoperationen unterzogen. Ein Oberkieferhöhlentumor wuchs in Schädelbasis und Augenhöhle hinein. Die Nahrungsaufnahme war erheblich erschwert. Die Patientin litt unter ständigen Schmerzen und traute sich wegen der großflächigen Entstellung ihres Gesichts, nicht mehr unter Menschen zu gehen. Die Patientin bat den angeschuldigten Arzt, ihr mit seinen Möglichkeiten zu helfen, falls sie den Entschluss fassen sollte, aus dem Leben zu scheiden. Nachdem sich 3 Jahre später abzeichnete, dass die Krankheit schnell fortschreiten würde, gab ihr Hackethal schließlich das von ihr erbetene Versprechen.*

*Am 16.4.1984 besprach Hackethal mit seiner Patientin die näheren Einzelheiten des nunmehr beabsichtigten Suizids, insbesondere, welche Gifte (Zyankali) in Betracht kämen.*

*Die Patientin entschied sich für Kaliumcyanid, das Hackethal am 17.4.1984 beschaffte.*

*Am Todestag, dem 18.4.1984 führte er mit seiner Patientin in der Klinik noch ein kurzes Gespräch u.a. darüber, wie gefährlich das Gift sei und welche Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden müssten. Sie umarmte ihn und dankte für seine Hilfe. Darauf verließ er das Krankenzimmer und händigte einem Mitarbeiter den Giftbecher aus. Dieser brachte ihn der Patientin in das Krankenzimmer. Schließlich führte sie den Giftbecher zum Mund und lehrte ihn in mehreren Schlucken. Sie verstarb innerhalb von 10 bis 15 Minuten.*

*Der Senat des Oberlandesgerichts München kam zu dem Ergebnis, dass es sich um einen freiverantwortlichen Selbstmord der Patientin handle, zu der Prof. Hackethal nur straflose Beihilfe geleistet habe. Eine Strafbarkeit wegen ‚Tötung auf Verlangen‘ käme nicht in Betracht. Der Senat begründete seine Auffassung damit, dass die Überlassung des Gifts an die Patientin dieser ermöglichte, die Selbsttötung eigenhändig vorzunehmen. Da sie aber bis zuletzt die freie Entscheidung darüber hatte, ob sie das Gift einnehmen wolle oder nicht, habe allein sie und nicht der angeschuldigte Arzt das zum Tode führende Geschehen beherrscht. Der Beitrag des Arztes sei deshalb nicht über den eines Gehilfen hinausgegangen und sei als straflose Beihilfe zur Selbsttötung zu werten.<sup>7</sup>*

---

<sup>6</sup> Studie ‚Organtransplantation und Spendenbereitschaft im Meinungsbild der Bevölkerung‘, Gerhard-Mercator-Universität Duisburg / Projekt Management Transplantation Sandoz AG, Herbert A. Hoeflich, Studie 1/97

<sup>7</sup> aus: Fuchs, Richard: ‚Das Geschäft mit dem Tod- Ein Plädoyer für ein Sterben in Würde‘, Patmos Verlag, Düsseldorf 2001

## II. Menschenwürde

Den Begriff der Menschenwürde gibt es als Verfassungsbegriff erst seit relativ kurzer Zeit.

Der philosophische Begriff der Menschenwürde reicht hingegen bis in die Antike zurück- geistesgeschichtlich ist er eng mit der Naturrechtslehre verbunden. Er steht für das spezifische Wesen des Menschen, dem es mit Hilfe seines Geistes und auf Grund seiner eigenen Entscheidungen möglich ist, seine Umwelt selbst zu gestalten.

Der Rechtsbegriff ist davon abgelöst zu betrachten- die Menschenwürde als Grundnorm allen Rechts darf nicht beliebigen Interpretationen zugänglich sein, sondern muß eine verbindliche Letztbegründung menschlicher Gleichheit und Freiheit enthalten.

- **Auszug aus der UNO-Menschenrechtsdeklaration vom 10. 12. 1948<sup>8</sup>**

Artikel 1 (Menschenwürde)

*, Alle Menschen sind frei und gleich an Rechten und Würde geboren...'*

Artikel 3 (Grundlegende Rechte)

*,Jeder Mensch hat ein Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person'*

Artikel 5 (Verbot der Folter)

*,Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.'*

- **Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) vom 4. 11. 1950<sup>9</sup>**

**Artikel 2 [Recht aller auf Leben]**

- (1) Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt. Abgesehen von der Vollstreckung eines Todesurteils, das von einem Gericht im Falle eines durch Gesetz mit der Todesstrafe bedrohten Verbrechens ausgesprochen worden ist, darf eine absichtliche Tötung nicht vorgenommen werden.
- (2) Die Tötung wird nicht als Verletzung dieses Artikels betrachtet, wenn sie sich aus einer unbedingt erforderlichen Gewaltanwendung ergibt:
  - a) um die Verteidigung eines Menschen gegenüber rechtswidriger Gewaltanwendung sicherzustellen;
  - b) um eine ordnungsgemäße Festnahme durchzuführen oder das Entkommen einer ordnungsgemäß festgehaltenen Person zu verhindern;
  - c) um im Rahmen der Gesetze einen Aufruhr oder einen Aufstand zu unterdrücken

---

<sup>8</sup> <http://www.uno.de/menschen/menschenrechte/udhr.htm>

<sup>9</sup> <http://www.emrk.de/emrk/emrk.htm>



Der Schutz des Lebens gilt nicht absolut. So verbietet die Konvention die Hinrichtung grundsätzlich nicht. Die Vollstreckung eines Todesurteils, das von einem Gericht im Falle eines durch Gesetz mit einer Todesstrafe bedrohten Verbrechens ausgesprochen worden ist, ist kein Verstoß gegen Art.2 EMRK.

### **Verfügungsrecht über den eigenen Körper-**

#### **Artikel 8 [Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens]**

- (1) Jedermann hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens, seiner Wohnung und seines Briefverkehrs.
- (2) Der Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts ist nur statthaft, insoweit dieser Eingriff gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.

Es stellt sich die Frage, ob das Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrecht auch den Suizid umfasst.

Zu der Entscheidungs- und Willensautorität gehört auch die Möglichkeit, „gegenüber sich selbst- nicht aber gegenüber Dritten- auf das eigenen Leben zu verzichten, solange man in der Lage ist, darüber verantwortlich zu urteilen und danach zu handeln“ (IntKomm EMRK Art.8 N.268). Das Recht auf Leben gemäß Art.2 EMRK steht einer solchen Möglichkeit nicht entgegen, denn dieses verpflichtet den Staat nicht dazu, den Träger des Rechts auf Leben vor sich selbst zu schützen, wenn dieser auf die Ausübung dieses Rechts verzichten will.

Mit seinem aus dem Persönlichkeitsrecht ableitbaren Entscheid über den Todeszeitpunkt bestimmt der Betroffene selbst, wann und wie er sein Recht auf Leben ausüben möchte.<sup>10</sup>

### **Lebenspflicht – Lebenszwang?**

Durch die Ausgestaltung der Gesellschaft ist es der Gemeinschaft von Individuen nicht gleichgültig, was der Einzelne tut – das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen auf sein eigenes Leben oder seinen Tod kann unter Umständen den Interessen der Gesellschaft entgegenstehen. Daraus resultiert der Lebensschutz- die Verhinderung von Selbstmord.

---

<sup>10</sup> aus: Baumgarten, Mark-Oliver: ‚The right to die? Rechtliche Probleme um Sterben und Tod. Suizid-Sterbehilfe-Patientenverfügung‘, Verlag Lang, Bern, 2000

Demnach garantieren Grundpflichten<sup>11</sup> (im Schweizer Raum so bezeichnet) das Funktionieren des Gemeinwesens. Die Bürger, auf die sich diese Grundpflichten beziehen, können sich diesen nicht entziehen.

Ist das Leben eine Grundpflicht? Gibt es eine Lebenspflicht - einen Lebenszwang?

Durch die jedem Menschen zukommende Würde leitet sich dessen grundsätzliche Freiheit ab. Völlige Freiheit ist aber nur dann möglich, wenn der Mensch autonom handeln kann. Fraglich ist nun, wie weit diese Selbstbestimmung verwirklichtbar ist.

Steht das ‚Rechtsgut‘ Leben dem Einzelnen zu, dann ist gerade dieses als Freiheitsrecht zum unantastbaren Kern der persönlichen Freiheit zu zählen. Dies schließt eine durch den Staat verordnete ‚Lebenspflicht‘ aus, weil sie die Gefahr in sich birgt, den Menschen zu Verobjektivieren.

Aus dem Blickwinkel der Menschenwürde sind 2 Standpunkte zu beachten:

- 1.) dass sich die Gesellschaft um den Einzelnen grundsätzlich kümmern soll
- 2.) der Anspruch des Einzelnen, vom Staat in seiner Subjektivität anerkannt zu werden.

Diese beiden Aspekte bedingen und begrenzen einander.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Saladin, Peter: ‚Verantwortung als Staatsprinzip‘ Bern/Stuttgart, 1984; Hangartner, Yvo: ‚Grundzüge des schweizerischen Staatsrechts‘ Bd.II: Grundrechte, Zürich 1982

<sup>12</sup> aus: Baumgarten, Mark-Oliver: ‚The right to die? Rechtliche Probleme um Sterben und Tod. Suizid-Sterbehilfe-Patientenverfügung‘, Verlag Lang, Bern, 2000

### III. Situation in Österreich

- **Euthanasie und Eugenik im Dritten Reich – Sterbehilfe, Mord und Aktion T4<sup>13</sup>**

*Die Faulen werden geschlachtet  
die Welt wird fleißig  
Die Hässlichen werden geschlachtet  
die Welt wird schöner  
Die Narren werden geschlachtet  
die Welt wird weise  
Die Kranken werden geschlachtet  
die Welt wird gesund  
Die Traurigen werden geschlachtet  
die Welt wird lustig  
Die Alten werden geschlachtet  
die Welt wird jung  
Die Feinde werden geschlachtet  
die Welt wird freundlich  
Die Bösen werden geschlachtet  
die Welt wird gut*

Erich Fried

Ideologische Hintergründe für die Vernichtungsgedanken des Dritten Reiches finden sich im sozialdarwinistischen Denkmodell.

Der **Sozialdarwinismus** übertrug die Lehre von der natürlichen Auslese („Selektionstheorie“) auf die Entwicklung von Gesellschaften. Für die Nationalsozialisten war dadurch der Grundstein für die Rechtfertigung des Tötens ‚Schwächerer‘ bzw. Gruppen, die man für ‚minderwertig‘ hielt (wie z.B. die jüdische Bevölkerung, Slawen, Sinti, Roma, psychisch Kranke, Homosexuelle,...) gegeben.

Die **Nürnberger Gesetze von 1935** verboten Eheschließungen und ‚Durchmischungen‘ mit der jüdischen Bevölkerung und sollten der ‚Reinheit des deutschen Blutes‘ dienen („Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“)

Mit seinem **Euthanasiebefehl 1939<sup>14</sup>** ermächtigte Adolf Hitler die Tötung sogenannten ‚lebensunwerten Lebens‘. Diese Aktion wurde durch den von Hitler in seinem Ermächtigungsschreiben verwendeten Begriff des ‚Gnadentods‘ verschleiert.

---

<sup>13</sup> <http://www.shoa.de/euthanasie.html>

Laut seiner Definition galten als ‚lebensunwert‘: v.a. missgebildete Kinder, an Geistes-, Erbkrankheiten oder Syphilis leidende Erwachsene- insbesondere wenn sie entsprechend der nationalsozialistischen Rassenkunde einer ‚minderwertigen Rasse‘ angehörten.

1939 nahmen die ersten Tötungszentren ihren Betrieb auf (u.a. Schloss Hartheim). Betitelt wurde dieses Unternehmen als ‚**Aktion T4**‘<sup>15</sup>.

Bis 1941 fielen der ‚Aktion T4‘ 100 000 Menschen durch Vergasung, Erschießung und tödliche Injektionen zum Opfer. Den Hinterbliebenen teilten die eigens für diesen Zweck in den Tötungsanstalten eingerichteten Standesämter den angeblich ‚unerwarteten Tod ihrer Angehörigen‘ mit.

Trotz strenger Geheimhaltung wurde Hitler 1941 zur formalen Einstellung der ‚Aktion T4‘ gezwungen – die Morde gingen aber im Versteckten bis kurz vor Kriegsende weiter (zwischen 1941 bis 45 wurden nochmals rund 30 000 Menschen in jenen Tötungsanstalten ermordet).

Ab 1941 wurden ‚lebensunwerte‘ Häftlinge zusätzlich in den Konzentrationslagern ermordet.

### **‚Wilde Euthanasie‘ am Steinhof<sup>16</sup>**

Die ‚wilde Euthanasie‘ war 1941 Weiterführung des Massenmordes an geistig und körperlich Behinderten. Die Morde an den - wie sie in der NS-Diktion abfällig bezeichnet wurden – ‚Ballastexistenzen‘ oder ‚unnötigen Essern‘ war weiterhin rassistisch und rassenhygienisch motiviert. Es sollte dadurch der sog. ‚negativen Auslese‘ (‚der Krieg würde den Tod und die Verstümmelung Gesunder und das Überleben der Kranken fördern‘) entgegengewirkt werden.

Die Massenmorde waren auch von hohem kriegswirtschaftlichen Interesse: Es ging darum, Lazarettraum für Bombenopfer zu schaffen, Nahrungsmittel, Medikamente, Verbandsmaterial,... einzusparen bzw. für die ‚rassisch Höherstehenden‘ sicherzustellen.

Die Schlechterstellung der Pflege- und Heilanstalt ‚Am Steinhof‘ geht auf einen Beschluss des Wiener Bürgermeisters vom 17.Mai 1935 (sog. ‚Halbierungserlass‘) zurück. Diese Neubestimmung reduzierte die Einnahmen pro Pflegling empfindlich (für Verpflegungskosten erhielt Steinhof pro Patient 2,80 RM- im Vergleich dazu das AKH 7,33 RM).

Im Zeitraum von Juli 1940 bis März 1941 wurden vom Steinhof mehr als 3.200 Patienten und Patientinnen in die Vernichtungsanstalt Hartheim bei Linz transferiert und dort vergast.

---

<sup>14</sup> <http://www.ev-stift-gymn.guethersloh.de/sterbehilfe/euthanasiebefehl.html> (Hitler Brief vom 1.9.1939 (‚Euthanasiebefehl‘) mit Kommentar / Was ist ‚minderwertig‘?)

<sup>15</sup> benannt nach der Ende 1939 für den Massenmord eingerichteten Organisationszentrale in der Berliner Tiergartenstraße 4.

<sup>16</sup> <http://www.jugendstiltheater.co.at/wilde.euthanasie.htm>

Mit dem Abtransport und der Ermordung verringerte sich am Steinhof die Zahl der Verpflegten von 7.449 (im Jahr 1940) auf 4.605 (im Jahr 1941).

Für die Kriegswirtschaft war aber sicherlich die Form des ‚Verhungerlassens‘ die sparsamste und gleichzeitig ‚unverdächtigste‘ Variante des Mordens.

Der dadurch freigewordene Anstaltsraum wurde mit einer Reihe neuer Institutionen aufgefüllt- so z.B. einem ‚Fachlazarett für Psychiatrie‘, in das in erster Linie Selbstmörder aus der Wehrmacht eingeliefert werden sollten.

• **Gegenwärtig geltende Rechtslage zum Thema Sterbehilfe in Österreich**<sup>17</sup>

Das österreichische Strafgesetz enthält keine eigenen Strafbestimmungen gegen aktive und passive Sterbehilfe oder Euthanasie. Die Strafbarkeit der Sterbehilfe wird nach den Bestimmungen des StGB insbesondere der ‚Mitwirkung am Selbstmord‘ (§78 StGB) und der ‚Tötung auf Verlangen‘ (§77 StGB) beurteilt.

**Mitwirkung am Selbstmord**<sup>18</sup>

§ 78 StGB. Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

**Tötung auf Verlangen**

§ 77 StGB. Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

**Patientenanordnungen:**

„Niemand besitzt die Befugnis, einen unwiderruflich Sterbenden gegen dessen Willen am Leben zu erhalten. Dem Recht des Menschen auf das Leben entspricht sein Recht auf den natürlichen Tod und ein menschenwürdiges Sterben. Die freie Entscheidung des Sterbenden (insbesondere Verzicht auf Intensivtherapie) ist in der Regel zu respektieren. Eingriffe, die diesem Willen zuwider laufen, sind unzulässig und können zur Strafbarkeit des Arztes wegen eigenmächtiger Heilbehandlung (§110 StGB) führen.“<sup>19</sup>

**Eigenmächtige Heilbehandlung**

§ 110 StGB. (1) Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(2) Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§ 6) hätte bewusst sein können.

**Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs**

§ 97 StGB. Die Tat ist nach § 96 nicht strafbar,

1. wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird; oder

2. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde, oder die

---

<sup>17</sup> aus: Kühlmann, Alexandra: ‚Sterbehilfe- Eine Studie geltenden Rechts in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden‘, Verlag Shaker, Aachen

<sup>18</sup> <http://www.ris.bka.gv.at/bundesrecht>

<sup>19</sup> aus: Kühlmann, Alexandra: ‚Sterbehilfe- Eine Studie geltenden Rechts in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden‘, Verlag Shaker, Aachen

Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird; oder  
3. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.

- **Medizinische Ethik**

### **Eid des Hippokrates**

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

*Ich will diätetische Maßnahmen zum Vorteil der Kranken anwenden nach meinem Können und Urteil; ich will sie vor Schaden und Unrecht bewahren.*

*Ich will weder irgendetwas ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen.*

*Ebenso will ich keiner Frau ein abtreibendes Mittel geben. In Reinheit und Heiligkeit will ich mein Leben und meine Kunst bewahren...*

*Was ich etwa sehe und höre im Laufe der Behandlung oder auch außerhalb der Behandlung über das Leben der Menschen, was man auf keinen Fall verbreiten darf, will ich für mich behalten, in der Überzeugung, dass es schändlich ist, über solche Dinge zu sprechen.*

*Wenn ich diesen Eid erfülle und ihn nicht verletze, sei es mir vergönnt mich des Lebens und der Kunst zu erfreuen, geehrt durch Ruhm bei allen Menschen auf alle künftige Zeit; wenn ich ihn übertrete und falsch schwöre, sei das Gegenteil von all diesem mein Los.<sup>20</sup>*

---

<sup>20</sup> aus: Edelstein, Ludwig: ‚Der Hippokratische Eid‘, Stuttgart 1969 / Benzenhöfer, Udo: ‚Der gute Tod- Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart‘, Verlag C.H. Beck, München 1999

### **Meinungen zur Euthanasie-Diskussion von medizinisch-ethischer Seite<sup>21</sup>**

Dr. Günther Virt (Priester, Professor für Moraltheologie und Leiter des Instituts für Ethik in der Medizin): *„Sterben muss zugelassen, nicht herbeigeführt werden“.*

Dr. Franz Zdrahal (Leiter des mobilen Hospiz der Caritas):

*„Todessehnsucht ist etwas, womit wir häufig konfrontiert werden. Diese Sehnsucht hat aber nichts mit dem Wunsch zu tun, getötet zu werden.“*

Dr. Brigitte Jurik-Cihak (Ärztin des Caritas socialis Hospiz Rennweg):

*„Man glaubt nicht, wie alleingelassen und gequält, oft nur halbherzig therapiert die Leute zu uns kommen. Der Tod, den die Leute bis sie zu uns kommen schon gestorben sind, ist oft grausam.“*

OA Dr. Michaela Werni-Kourik (Leiterin der Hospizstation des Geriatriezentrums am Wienerwald):

*„Eine effiziente Schmerztherapie und palliativmedizinische Betreuung, verbunden mit psychologischer Hilfestellung und seelsorgerischer Begleitung, gewährleisten für den Betroffenen ein Leben in Würde bis zuletzt.. Für die meisten Patienten im Hospiz erscheint das Leben mit einer todbringenden Erkrankung bis zum letzten Tag lebenswert.“*

***Ein ganz wesentlicher Punkt im Umgang mit todkranken Menschen ist, ihre Würde zu erhalten und ihnen zu signalisieren, dass sie ernstgenommen, nicht allein gelassen werden.***

*Der Patient hat selbstverständlich das Recht, eine Behandlung anzunehmen oder abzulehnen.“*

Dr. Günther Linemayr (Internist und Psychoonkologe):

*„Die Grenzen zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe verfließen oft. Wenn es aber vorrangig um das Sterben geht und die Symptomenkontrolle zweitrangig wird, dann ist das für mich aktive Sterbehilfe - und eindeutig Mord.“*

### **Parlamentsskorrespondenz 29.05.2001<sup>22</sup> -, Abgeordnete einhellig gegen aktive Sterbehilfe‘**

Als Ergebnis der Diskussionsrunde vom 29.5.2001 waren sich die Vertreter aller vier Parteien darüber einig, dass das holländische Modell der aktiven Sterbehilfe kein Weg für Österreich

---

<sup>21</sup> aus: *Ärztewoche*, 15.Jg., Nr.15, 2001 (Artikel ‚Euthanasie- am Ende des Lebens‘, Zdrahal Franz Dr. und Werni-Kouri Michaela Dr.) <http://www.infoline.at/euthanasie/diskussion.htm>  
<http://www.univie.ac.at/ethik-und-recht-in-der-medizin>

<sup>22</sup> <http://www.parlament.gv.at/pd/pk/2001/PK0393.html>



sei. Stattdessen solle die humane Sterbebegleitung in den Vordergrund gestellt werden bzw. die Hospizbetreuung und die Palliativmedizin ausgebaut werden.

#### **IV. Legalisierte Sterbehilfe in den Niederlanden**

Die Niederlande sind seit 10. April 2001 weltweit das erste Land, in dem Sterbehilfe offiziell erlaubt ist.

Das Gesetz wurde von der Länderkammer in Den Haag mit 46 zu 28 Stimmen angenommen.

Vor dem Parlament protestierten rund zehntausend Gegner des neuen Gesetzes.

Laut Umfragen sollen jedoch 90 Prozent der Niederländer für das Gesetz sein.<sup>23</sup>

Els Borst (niederländische Gesundheitsministerin): ‚Das Gesetz beseitigt Unsicherheiten für Patienten und Ärzte. Ärzte haben das Recht, Sterbehilfe abzulehnen und Patienten haben das Recht, sie zu verlangen.‘<sup>24</sup> - Für Ärzte bedeutet die geplante gesetzliche Regelung, dass sie künftig Sterbehilfe leisten dürfen, ohne eine Strafe befürchten zu müssen.

Folgende Kriterien werden lt. dem Gesetz für aktive Sterbehilfe festgelegt:

*‚Die Patienten müssen aus freien Stücken und wohlüberlegt ihren Sterbewunsch äußern.*

*Es muss eine enge Arzt-Patienten-Beziehung bestehen.*

*Der behandelnde Arzt muss zudem zur Überzeugung kommen, dass es keine medizinische Alternative zur Sterbehilfe gibt und dem Patient damit Leiden erspart werden.*

*Zudem muss er einen weiteren Arzt hinzuziehen.*

*Das Leben des Kranken muss dem Gesetz nach in einer ‚medizinisch angemessenen Weise‘ beendet werden.‘<sup>25</sup>*

Bis in die späten 60er Jahre gab es in den Niederlanden keine nennenswerte Diskussion über die Euthanasie. Laut dem Niederländischen Strafgesetzbuch (Artikel 293 bzw. 294) waren ‚Tötung auf Verlangen‘ und ‚Beihilfe zum Selbstmord‘ verboten.

1969 erschien das Buch des Nervenarztes Jan Hendrik van den Berg ‚Ärztliche Macht und ärztliche Ethik‘, das die Tendenz der modernen Medizin zur ‚sinnlosen Lebens- und Leidensverlängerung‘ attackierte<sup>26</sup>. Ferner plädierte van den Berg für die ‚Freigabe der Euthanasie bei missgebildeten Kindern‘. Anfang der 70er Jahre begann damit in den Niederlanden die Euthanasie-Debatte.

---

<sup>23</sup> <http://www.dielebenshilfe.at> / Die Lebenshilfe Wien

<sup>24</sup> aus: Ärztewoche, Jg.15, Nr.15, 2001

<sup>25</sup> aus: Ärztewoche, Jg.15, Nr.15, 2001

1981 wurde ein ‚Nicht-Arzt‘ wegen Beihilfe zum Suizid von einem Distriktgericht in Rotterdam verurteilt<sup>27</sup>. Das Gericht legte aber in der Urteilsbegründung Bedingungen fest, unter denen ‚aktive Euthanasie‘ straffrei bleiben könne, wenn sie von einem Arzt ausgeführt würde (genannt wurden z.B. unerträgliches Leid, freiwilliger Entschluss, vorhandene Urteilsfähigkeit des Patienten; Diskussion von Alternativen und Einschaltung eines weiteren Arztes). Damit wurde ein deutliches Signal gegeben, dass ‚ärztliche Euthanasie‘ künftig nicht mehr strikt nach dem Strafgesetzbuch verfolgt werden würde.<sup>28</sup>

Seit 1994 galt die Sterbehilfe zwar weiterhin als strafbar (und konnte mit einer Höchststrafe von 12 Jahren Haft geahndet werden), wurde aber unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr als Verbrechen eingestuft.

Bis heute wurden mehrere Fälle bekannt, die belegen, dass das niederländische ‚Euthanasie-Modell‘ durchaus nicht so sicher ist, wie viele der Befürworter es gerne sehen würden. z.B. händigte ein Arzt einer depressiven Patientin auf ihre Bitte hin Arzneimittel in tödlicher Dosis aus, so dass sie sich das Leben nehmen konnte<sup>29</sup>; Unheilbar kranke Patienten wurden von Familienangehörigen oder auch von ihrem Hausarzt mit mehr oder weniger subtilen Methoden genötigt, Sterbehilfe zu ‚verlangen‘<sup>30</sup>.

Prof. Robert Twycross, englischer Spezialist auf dem Gebiet der Palliativmedizin, warnt vor der ‚Herausbildung einer Euthanasie-Mentalität wie in den Niederlanden‘. Er prognostiziert außerdem, dass die ‚Niederlande kaum Unterstützung für die Weiterentwicklung der Palliativmedizin geben werde, denn die Euthanasie sei ‚einfacher, billiger und weniger anstrengend.‘<sup>31</sup>

---

<sup>26</sup> Haasnot, K.J.P.: ‚Entwicklung und Handhabung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden. In: Europa gegen Euthanasie. Dokumentation einer Initiativ-Veranstaltung am 9.Mai 1996 in Bonn‘, Bonn 1996

<sup>27</sup> Gomez, Carlos F.: ‚Regulating Death. Euthanasia and the Case of the Netherlands‘, New York 1991

<sup>28</sup> Benzenhöfer, Udo: ‚Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart‘, Beck Verlag, München 1999

<sup>29</sup> Klinkhammer, Gisela: ‚Sterbehilfe in den Niederlanden‘, Deutsches Ärzteblatt 1995

<sup>30</sup> Twycross, Robert: ‚Euthanasia – going Dutch?‘, 1996

<sup>31</sup> Twycross, Robert / Benzenhöfer, Udo: ‚Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart‘

## V. Japan

### • **Reaktion Japans zu niederländischen Sterbehilfegesetz**

Die Entscheidung der Niederlande im April 2001 sich für ein Sterbehilfegesetz auszusprechen, hat auch in Japan großes Aufsehen erregt. Es hat dazu geführt, dass die Japaner, die in einer schnell älter werdenden Gesellschaft leben, wieder darüber nachdenken, auf welche Weise sie sterben möchten und von der Seite des Patienten, auf welche Art der medizinischen Behandlung dabei zurückgegriffen werden soll.

Laut einer Meinungsumfrage befürworteten rund 60% der Befragten sowohl Sterbehilfe als auch das Sterben in Würde; Der Anteil der Befragten, der für sich selbst die Sterbehilfe in Anspruch nehmen würde, betrug 26% - hingegen antworteten 56% im Falle des eigenen schmerzvollen Todes, dass sie die Abschaltung lebenserhaltender Apparate und die größtmögliche Schmerzlinderung wünschten.<sup>32</sup>

Die ‚Japanische Gesellschaft für ein Sterben in Würde‘ plädiert dafür, eine Art ‚Absichtserklärung zu Lebzeiten‘ einzuführen, mit der ein Kranker jede Form lebensverlängernder Maßnahmen ablehnen kann.

Im Mai 2001 gaben die Richter des Landesgerichts von Yokohama vier Kriterien vor, die erfüllt sein müssen, damit ein Sterbehilfe leistender Arzt straffrei bleibt:

- Der Patient leidet unter unerträglichen Schmerzen
- Sein Tod steht unmittelbar bevor
- Es gibt keine medizinische Möglichkeit der Schmerzlinderung
- Der Patient muss den Wunsch nach Sterbehilfe eindeutig formuliert haben.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> <http://www.embjapan.at/embjapan> - Japan heute und morgen (Zeitschrift des japanischen Kulturzentrums)

<sup>33</sup> aus: Der Tagesspiegel, 20.05.2001 (Artikel: ‚Richter stellen Kriterien für Sterbehilfe auf‘)

- **Todesstrafe in Japan**

„Es gibt zur Zeit 50 Männer und 4 Frauen, die in Japan ihrer Hinrichtung entgegensehen. 3 Männer wurden erst in allerletzter Minute über das Schicksal ihrer Hinrichtung informiert.

Es war ihnen nicht möglich, sich von ihren Familien zu verabschieden.“<sup>34</sup>

Amnesty International prangert seit Jahren vergeblich die unmenschlichen Haftbedingungen in Japan einschließlich der Todeszellen an.

Neben den USA ist Japan der einzige G7 Staat, in dem Hinrichtungen stattfinden. Im Gegensatz zu den öffentlichen Ankündigungen in den Vereinigten Staaten, ist in Japan die einzige Mitteilung, die Gefangene vor ihrer Exekution empfangen, das Erscheinen des Wachpersonals in ihrer Zelle an irgendeinem Morgen, das sie zur Hinrichtungskammer führen wird. Die Inhaftierten verbringen oft Jahre und Jahrzehnte in der Ungewissheit bezüglich ihres letzten Lebenstages.

Wiederholt wurden auch bestimmte Häftlinge übergangen bis sie alt und gebrechlich waren, in dem stillschweigenden Eingeständnis, dass es sich dabei um einen Justizirrtum handeln könnte. Der Älteste Häftling Tokyos sei derzeit 83 Jahre alt und seit 1966 zum Tode verurteilt.

---

<sup>34</sup> Bericht von Amnesty International (Amnesty International Journal 01/2001)

## **VI. Conclusio**

Ich habe mich in meiner Seminararbeit mit einigen Perspektiven des Sterbens in Würde auseinandergesetzt- mit der Frage, ob ein Tod in Würde überhaupt möglich ist.

Zu Beginn der Arbeit sind allgemeine Überlegungen zu finden. Wesentlich dabei ist sicherlich die Überlegung der Sterbebegleitung, der Möglichkeit, das Leben im Diesseits in Würde abzuschließen und sich von seinen Angehörigen zu verabschieden ohne des Gefühls einsam und verlassen zu sterben.

Weiters bin ich auf die UNO Menschenrechtsdeklaration von 1948 und auf die EMRK 1950 eingegangen, besonders interessant ist mir dabei das Verfügungsrecht über den eigenen Körper erschienen (Artikel 8 EMRK) und der anschließenden Fragestellung ob man von einer Lebenspflicht oder einem Lebenszwang sprechen kann.

Der nächste Abschnitt befasst sich mit der Situation in Österreich. Ich bin dabei auf die Überschreitungen der menschlichen Würde und die Eugenik im Dritten Reich näher eingegangen, die ihren Gipfel in Hitlers Euthanasiebefehl von 1939 findet.

Die gegenwärtige Situation in Österreich habe ich an Hand der geltenden Rechtslage erörtert und anschließend Ansichten zur medizinischen Ethik von der Ärzteseite her zitiert.

Entsprechende Diskussionen wurden weltweit ausgelöst, indem die Niederlande als erstes Land weltweit im April 2001 die Sterbehilfe legalisiert haben – ich verfolge in meiner Arbeit kurz den Beginn und die Weiterentwicklung der Euthanasie-Debatte.

Auch in Japan wird als Reaktion auf die Entscheidung der Niederlande heftig über die Sterbehilfe debattiert; zwiespältig im Bezug auf ein Sterben in Würde erscheint hingegen der Umgang mit der Todesstrafe in Japan. Ich stelle mir die Frage, ob die Hinrichtung von Inhaftierten, ohne dass sie die Möglichkeit haben, sich von ihren Angehörigen zu verabschieden, als ‚menschenswürdig‘ bezeichnet werden kann.

Die Seminararbeit kann auf Grund der Dimension des Themas nur auf einzelne Punkte eingehen, kann aber natürlich nicht das gesamte Spektrum der Euthanasie-Debatte abdecken.

## **Bibliographie:**

BAUMGARTEN, Mark-Oliver:

„The right to die? Rechtliche Probleme um Sterben und Tod. Suizid- Sterbehilfe-Patientenverfügung“ Verlag Lang, Bern, 2000

BENZENHÖFER, Udo

„Der gute Tod? – Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart“ Verlag Beck, München, 1999

FELDMANN, Klaus

„Sterben und Tod: soziologische Betrachtungen“

(Artikel der Universität Hannover- Fachbereich Erziehungswissenschaften)

[http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/sterben\\_und\\_tod.htm](http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/sterben_und_tod.htm)

FREWER, Andreas

„Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte – die historischen Hintergründe medizinischer Ethik“ Campus-Verlag, Frankfurt/Main, 2000

FUCHS, Richard

„Das Geschäft mit dem Tod – Ein Plädoyer für ein Sterben in Würde“ Patmos-Verlag, Düsseldorf 2001

GOMEZ, Carlos

„Regulating Death. Euthanasia and the Case of the Netherlands“, New York 1991

HAASNOT, K.J.P.

„Entwicklung und Handhabung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden – Europa gegen Euthanasie. Dokumentation einer Initiativ-Veranstaltung am 9.Mai 1996 in Bonn“, Bonn 1996

KÜHLMANN, Alexandra

„Sterbehilfe – Eine Studie geltenden Rechts in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden“ Verlag Shaker, Aachen

LUTTEROTTI Markus von / ESER Albin

„Lexikon Medizin, Ethik, Recht: Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung“, Freiburg i. Br., 1992

WOLFSLAST Gabriele und CONRADS Christoph

„Textsammlung Sterbehilfe“ Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 2001

ZDRAHAL Franz Dr. und WERNI-KOURI Michaela Dr.

„Euthanasie – Am Ende des Lebens“ (Artikel Ärzteswoche Nr.15, 2001)

<http://www.parlament.gv.at/pd/pk/2001/PK0393.html>

Parlamentskorrespondenz 29.05.2001

<http://www.uno.de/menschen/menschenrechte/udhr.htm>

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

<http://www.emrk.de/emrk/emrk.htm>

Europäische Menschenrechtskonvention

<http://www.ris.bka.gv.at/bundesrecht>

Österreichisches Bundesrecht

<http://www.dielebenshilfe.at>

Die Lebenshilfe Wien

<http://www.bizeps.or.at/artikel/01/010911.html>

Bizeps-Zentrum für selbstbestimmtes Leben

<http://www.ev-stift-gymn.guetersloh.de/sterbehilfe/euthanasiebefehl.html>

Hitler Brief vom 1.9.1939 („Euthanasiebefehl“) mit Kommentar / Was ist ‚minderwertig‘?

<http://www.shoa.de/euthanasie.html>

Euthanasie im Dritten Reich, Holocaust, Shoa und Antisemitismus

<http://www.jugendstiltheater.co.at/wilde.euthanasie.htm>

‚wilde Euthanasie‘ am Steinhof

<http://www.doew.at/projekte/wuv/hartheim.html>

Dokumentationsarchiv des österr. Widerstands – NS Euthanasie in Hartheim

[http://www.embjapan.at/embjapan/JHM062001/j\\_a7\\_062001.htm](http://www.embjapan.at/embjapan/JHM062001/j_a7_062001.htm)

Japan- heute und morgen