

ZUR STRAFRECHTLICHEN BEURTEILUNG DER STERBEHILFE



Claus Roxin

*Catedrático de Derecho Penal
Universidad de Munich*

*Traducción de
Miguel Olmedo Cardenete*

[Pulse aquí para consultar la traducción al castellano](#)

SUMARIO:

A. Einleitung

B. Die «reine Sterbehilfe»

I. Die erwünschte Schmerzlinderung ohne Lebensverkürzung

II. Schmerzlinderung gegen den Willen des Patienten

III. Unterlassene Schmerzlinderung entgegen dem Willen des Patienten

C. Die «indirekte Sterbehilfe»

I. Ihre grundsätzliche Zulässigkeit

II. Tatbestandsausschluß oder rechtfertigender Notstand?

III. Die zeitliche Dimension der indirekten Sterbehilfe

IV. Nur Schmerzen oder auch schwere Leidenszustände als Voraussetzung der indirekten Sterbehilfe?

V. Die Vorsatzform bei der indirekten Sterbehilfe

D. Die passive Sterbehilfe

I. Die Nichtvornahme oder Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen auf Wunsch des Patienten

1. Der Grundsatz: Es entscheidet allein der Patient

2. Gilt für Suizidpatienten eine Ausnahme?

3. Der technische Behandlungsabbruch als Unterlassen

4. Der technische Behandlungsabbruch durch einen Nichtarzt

II. Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen entgegen dem Wunsch des Patienten

1. Die grundsätzliche Pflicht zur Lebensverlängerung

2. Die Grenze der ärztlichen Behandlungspflicht

III. Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen bei einem im Entscheidungszeitpunkt erklärungsunfähigen Patienten

- 1. Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen während des Sterbevorganges
- 2. Der Behandlungsabbruch bei noch nicht Sterbenden, vor allem in den Fällen des sog. apallischen Syndroms
 - a) Die neueste Rechtsprechung und ihre Auswirkungen
 - b) Die jüngste Rechtsprechung im Streit der Meinungen
- E. Die aktive Sterbehilfe
 - I. Die Straflosigkeit der Beihilfe zum Selbstmord
 - 1. Die Beschränkung der Straflosigkeit auf den verantwortlichen Selbstmord
 - 2. Die Abgrenzung von Suizidteilnahme und Tötung auf Verlangen
 - 3. Strafbarkeit wegen unterlassener Rettung des Suizidenten?
 - II. Die Tötung auf Verlangen
 - 1. Die herrschende Meinung; ausnahmslose Strafbarkeit
 - 2. Strafbarkeitseinschränkungen und abweichende Gesetzesvorschläge in der Literatur
 - 3. Stellungnahme
- F. Die Früheuthanasie
- G. Die «Vernichtung lebensunwerten Lebens»
- H. Schluß

A. Einleitung

Unter Sterbehilfe (Euthanasie) versteht man eine Hilfe, die einem schwer erkrankten Menschen auf seinen Wunsch oder doch mindestens im Hinblick auf seinen mutmaßlichen Willen geleistet wird, um ihm einen seinen Vorstellungen entsprechenden menschenwürdigen Tod zu ermöglichen (1). Man kann dabei eine Sterbehilfe im engeren und im weiteren Sinne unterscheiden. Eine Sterbehilfe im engeren Sinne liegt vor, wenn die Hilfe geleistet wird, nachdem der Sterbevorgang schon begonnen hat, der Tod also mit oder ohne Hilfe nahe bevorsteht. Im weiteren Sinne läßt sich von Sterbehilfe aber auch dann sprechen, wenn jemand beim Tode eines Menschen mitwirkt, der zwar noch längere Zeit leben könnte, der aber - realiter oder mutmaßlich - seinem ihm infolge der Krankheit unerträglich erscheinenden Leben ein Ende setzen möchte. Beide Fälle sollen im folgenden behandelt werden. Außerhalb der Sterbehilfe liegen Sachverhalte, bei denen ein kranker Mensch unabhängig von seinem Willen getötet oder durch Nicht- bzw. Nichtweiterbehandlung dem Tode überlassen wird. Sie sollen hier ebenfalls kurz erörtert werden, teils wegen des Sachzusammenhanges und der fließenden Übergänge zur Sterbehilfe, teils, weil sie in der Erscheinungsform der sog. Vernichtung lebensunwerten Lebens die Diskussion um die Sterbehilfe bis heute belasten.

Die Beurteilung der Sterbehilfe gehört zu den schwierigsten Problemen des Strafrechts. Das hat drei Gründe. Erstens fehlt eine sie ausdrücklich behandelnde gesetzliche Regelung. Die Mord- und Totschlagsparagrafen unseres StGB sind ersichtlich nicht auf die Sterbehilfe zugeschnitten, oder sie erfassen, wie die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), nur einen Ausschnitt der Problematik in einer Weise, die viele Fragen offenläßt. Zweitens sind die existenziellen Probleme, um die es bei der Entscheidung über Leben und Tod geht, rechtlich überhaupt kaum durch abstrakte Normen zu regeln; denn das Recht lebt von typisierbaren Alltagssituationen und kann der individuellen Einmaligkeit des Sterbevorganges durch seine notwendig verallgemeinernde Begrifflichkeit nicht immer gerecht werden. Drittens wird eine Einigung über das Erlaubte und Verbotene auch dadurch erschwert, daß die Sterbehilfe keine Domäne der Strafrechtler ist. In diesem Bereich beanspruchen - mit Recht Mediziner (2), Philosophen (3), Theologen und Literaten (4) ein Mitspracherecht, dessen Ausübung zwar einerseits die Debatte bereichert, eine Einigung über die strafrechtliche Beurteilung aber durch viele außerrechtliche und im weiteren Bereich der Publizistik auch widerstreitende ideologische und weltanschauliche Prämissen kompliziert.

Gleichwohl hat die Diskussion der letzten 20 Jahre in vielen Fragen wenigstens zu einer «herrschenden Meinung», zu grundlegenden Entscheidungen des Bundesgerichtshofs und zu einer bedeutenden, diese Entwicklungen einbeziehenden Modernisierung der von der Bundesärztekammer zu diesem Thema verfaßten «Grundsätze»(5) geführt. Ich werde im folgenden die sich daraus ergebenden, für die Praxis leitenden Maßstäbe in den Vordergrund stellen und die ggf. daran geübte oder zu übende Kritik anschließen. Dabei verfare ich so, daß ich nacheinander die durchaus verschiedenen Sachverhalte behandle, um die es bei der Sterbehilfe und den mit ihr gemeinsam zu

behandelnden Konstellationen geht.

B. Die «reine Sterbehilfe»

I. Die erwünschte Schmerzlinderung ohne Lebensverkürzung

Als «reine Sterbehilfe» kann man den Fall bezeichnen, daß einem Sterbenden schmerzlindernde Mittel ohne lebensverkürzende Wirkung verabreicht werden. Das ist selbstverständlich straflos, wenn es auf Wunsch oder doch mit Zustimmung des Patienten geschieht. Es ist ebenso straflos, wenn der Sterbende keine oder keine verantwortliche Willenserklärung mehr abgeben kann, die Schmerzlinderung aber, wie es in der Regel anzunehmen ist, seinem mutmaßlichen Willen entspricht. Die Fallgruppe verdiente wegen der insoweit eindeutigen Ergebnisse kaum eine Erwähnung, wenn sich nicht in den Fällen der entgegen dem Wunsch des Patienten geleisteten oder nicht geleisteten reinen Euthanasie die Beurteilung änderte und eine Strafbarkeit in Betracht käme.

II. Schmerzlinderung gegen den Willen des Patienten

Das gilt zunächst für den sicher seltenen, aber immerhin vorkommenden Fall, daß der Kranke sich die Injektion schmerzlindernder oder beruhigender Mittel verbittet, weil er seinen Tod bei möglichst klarem Bewußtsein erleben und nicht in ein sanftes Hinüberschlummern verwandelt sehen möchte. Er kann dafür theologische oder philosophische Gründe haben oder in höchstpersönlicher Weise einfach tapfer sein, noch mit nahestehenden Menschen kommunizieren oder seine Nachlaßangelegenheiten regeln wollen. Auf jeden Fall ist ein solcher Wunsch zu respektieren. Wird dem Sterbenden gleichwohl eine Injektion verabreicht, etwa weil der Arzt dessen Weigerung für unvernünftig hält, so ist das ein unerlaubter Eingriff in die Körperintegrität und damit nach § 221-StGB als Körperverletzung strafbar. Zwar wird bei Heileingriffen gegen den Willen des Patienten von einer verbreiteten Meinung, wenn auch nicht von der Rechtsprechung, der Tatbestand der Körperverletzung ausgeschlossen. Doch darum handelt es sich hier nicht, so daß die Strafbarkeit eindeutig ist.

III. Unterlassene Schmerzlinderung entgegen dem Willen des Patienten

Praktisch bedeutsamer ist der umgekehrte Fall, daß eine Schmerzlinderung unterlassen oder nur unzureichend gewährt wird, obwohl der Patient ausdrücklich darum bittet. Auch dieses Verhalten ist in der Regel eine strafbare Körperverletzung, und zwar durch Unterlassen. Denn die Garantenstellung des Arztes und naher Angehöriger (das Einstehe müssen i.S.d. § 13 StGB) erstreckt sich auch darauf, dem Patienten unnötiges Leiden zu ersparen; und auch die Nichtbehebung oder Nichtverminderung von Schmerzen ist eine Mißhandlung (§ 223 StGB). Fehlt im Einzelfall eine Garantenstellung, kommt immer noch eine unterlassene Hilfeleistung (§ 323 c StGB) in Frage. Dies alles bedarf der Betonung, weil die Schmerztherapie in Deutschland hinter dem internationalen Standard zurückgeblieben ist und manchmal mit nur schwer verständlicher Zurückhaltung betrieben wird (6). Die Erkenntnis, daß die Schmerzlinderungspflicht durch eine Strafdrohung abgesichert ist, könnte hier zu einem Wandel beitragen.

C. Die «indirekte Sterbehilfe»

I. Ihre grundsätzliche Zulässigkeit

Von indirekter Sterbehilfe spricht man, wenn bei einem todkranken Menschen schmerzlindernde Maßnahmen vorgenommen werden, obwohl sie den Eintritt des Todes beschleunigen können. Die Zulässigkeit einer solchen indirekten Sterbehilfe ist unbeschadet mancher Streitfragen im einzelnen - von der Literatur und auch von der ärztlichen Praxis seit langem anerkannt. Der Bundesgerichtshof hat erstmals im November 1996 in diesem Sinne entschieden. Es heißt im Leitsatz des Urteils

(BGHST 42, 301): «Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, daß sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann». Ähnlich äußern sich die «Grundsätze» der Bundesärztekammer (7): «Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, daß eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf». Auch wenn über die prinzipielle Strafflosigkeit der indirekten Sterbehilfe somit im wesentlichen Einigkeit besteht, sind doch die Begründung dieses Ergebnisses und auch die Reichweite ihrer Zulässigkeit nach wie vor umstritten.

II. Tatbestandsausschluß oder rechtfertigender Notstand?

Die Begründung macht deshalb Schwierigkeiten, weil eine durch aktives Handeln herbeigeführte, vorsätzlich (nämlich mindestens mit *dolus eventualis*, bedingtem Vorsatz) bewirkte Lebensverkürzung in allen anderen Fällen als Totschlag (§ 212 StGB) oder Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) zu beurteilen ist. Warum soll es hier anders sein? Nach einer Meinung schließt die zulässige indirekte Sterbehilfe schon den Tatbestand der §§ 212, 216 StGB (also das Vorliegen einer Tötung) aus, weil sie sozialadäquat ist und daher ihrem Sinngehalt nach diesen Bestimmungen nicht unterfällt. Nach der anderen, heute überwiegenden Meinung liegt zwar eine Tötung vor, aber sie ist wegen Einwilligung oder mutmaßlicher Einwilligung straflos.

Der BGH (8) hat die Frage offengelassen. Sie sollte aber beantwortet werden. Denn nur wenn eine der beiden Lösungen als richtig erkannt wird, kann die dritte - und früher auch vertretene - Annahme, daß eine strafbare Tötung vorliegt, mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Für zutreffend halte ich die heute herrschende Meinung (9). Denn die Sozialadäquanz, der Sinngehalt oder der Schutzzweck einer Norm sind zu vage Kriterien zur Begründung der Strafflosigkeit von Tötungen, zumal da § 216 StGB, indem er die - doch häufig aufgrund von schmerzhaften Leiden - erbetene Tötung zunächst einmal unter Strafe stellt, für eine Strafflosigkeit der indirekten Sterbehilfe unter dem Gesichtspunkt des Tatbestandes keine Anhaltspunkte bietet.

Wenn die indirekte Sterbehilfe straflos ist, so handelt es sich dabei um das nach dem Willen des Patienten zu bestimmende Ergebnis einer Abwägung, bei der die Pflicht zur längstmöglichen Lebenserhaltung ggf. hinter der Pflicht zur Leidensminderung zurücktritt. Ein etwas kürzeres Leben ohne schwere Schmerzen kann wertvoller sein als ein nicht sehr viel längeres, das von kaum erträglichen Schmerzen begleitet wird. Kann der Patient seinen Willen noch äußern, so ist dieser maßgebend. § 216 StGB steht dem nicht entgegen, weil der Strafgrund dieser Vorschrift (Schutz vor Kurzschlußhandlungen des Sterbewilligen, Tabuinteressen der Allgemeinheit) das ärztlich begleitete Sterben nicht erfaßt (10). Kann der Patient keine verantwortliche Entscheidung mehr kundgeben, kommt es auf seinen mutmaßlichen Willen an. Bei dessen Bestimmung sind nicht nur seine etwaigen früheren Äußerungen, sondern auch der Grad der Todesnähe, die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß der etwaigen Lebensverkürzung und die Schwere der zu erduldenen Leiden in die Überlegungen einzubeziehen.

Herzberg (11), der sich neuerdings noch wieder für die Ablehnung einer Tötung in solchen Fällen eingesetzt hat, stützt sich auf die Annahme, es fehle eine Interessenkollision, wie sie für Rechtfertigungsgründe erforderlich sei. An einer längeren Lebenserhaltung bestehe in solchen Fällen kein «Lebensinteresse des Betroffenen» und kein «Taburespektierungsinteresse anderer Menschen». Jedoch ist auch ein unter Schmerzen sich dem Ende näherndes Leben immer noch ein Rechtsgut und nicht etwa wertlos. Auch der Betroffene steht in einer Abwägungssituation, bei der das Ergebnis keineswegs von vornherein feststehen muß.

Es bleiben noch drei Streitfragen über die Reichweite einer zulässigen indirekten Sterbehilfe.

III. Die zeitliche Dimension der indirekten Sterbehilfe

Die erste betrifft ihre zeitliche Dimension. Der Bundesgerichtshof und die Grundsätze der Bundesärztekammer sprechen nur von einem 'Sterbenden'. Das scheint mir zu eng. Denn z.B. bei unheilbaren Krebserkrankungen können unzumutbare Schmerzen auch Wochen und Monate vor dem Tode auftreten, also zu einem Zeitpunkt, in dem der Erkrankte noch nicht im Sterben liegt. Wirksame Schmerzmittel müssen solchen Kranken auch dann verabreicht werden können, wenn sie

eine gewisse Gefahr der Todesbeschleunigung mit sich bringen und der Patient dies in Kauf nimmt.

Der - von Juristen und Ärzten gemeinsam verfaßte - Alternativentwurf Sterbehilfe (12) hatte deshalb die indirekte Euthanasie nicht auf Sterbende beschränkt, sondern auf "tödlich Kranke" schlechthin erstreckt, wobei unter einer tödlichen Krankheit eine solche verstanden wurde, «in deren tödlichen Verlauf ärztliches Handeln nicht mehr entscheidend eingreifen kann». Diese auch von der christlichen Ethik befürwortete Lösung kann über den Standpunkt der Rechtsprechung und der Bundesärztekammer hinaus auch schon dem geltenden Recht zugrunde gelegt werden.

IV. Nur Schmerzen oder auch schwere Leidenszustände als Voraussetzung der indirekten Sterbehilfe?

Das zweite Problem betrifft die Frage, ob die zulässige indirekte Sterbehilfe notwendig schwere Schmerzzustände bei Patienten voraussetzt. Denn auch Erstickungsangst auslösende Atemnot und ähnliche Zustände können unerträglich werden und ein unter Umständen nicht risikoloses ärztliches Eingreifen erforderlich machen. Man wird daher besser anstatt von Schmerzen, die freilich den Regelfall darstellen, von «schweren, anders nicht zu behebenden Leidenszuständen» ausgehen, wie es der Alternativ-Entwurf tut (13). Auch die Grundsätze der Bundesärztekammer sprechen zutreffend nur von einer «Linderung des Leidens».

V. Die Vorsatzform bei der indirekten Sterbehilfe

Drittens schließlich ist auch die für die indirekte Sterbehilfe erforderliche Vorsatzform unklar und im Streit. Nach älterer Auffassung kann nur ein dolus eventualis gerechtfertigt werden, der Fall also, daß eine Lebensverkürzung infolge der Schmerzbehandlung möglich, aber nicht sicher ist. In diesem Sinne sprechen auch noch die neuen Grundsätze der Bundesärztekammer davon, 'daß eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung gegebenenfalls hingenommen werden darf'.

Demgegenüber hat der Alternativ-Entwurf Sterbehilfe auch den Fall von vornherein feststehender Lebensverkürzung in den Bereich erlaubter indirekter Sterbehilfe einbezogen (14).

Die Auffassung des BGH zu dieser Frage ist nicht ganz deutlich. Er spricht davon (15), daß eine «unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann». Das Wort «kann» spricht für eine Beschränkung auf den dolus eventualis (16), das Wort «unvermeidbar» statt «möglicherweise unvermeidbar» eher für die Einbeziehung des dolus directus. Eine solche Einbeziehung liegt auch nach dem Sachverhalt des Falles näher, wonach die Angeklagten beschlossen, die Patientin «nicht mehr in ein Krankenhaus zu bringen und sie mit einer schnell verabreichten Überdosis Dolantin zu töten».

Die praktische Bedeutung der Streitfrage ist nicht mehr groß, weil die Schmerztherapie heute medizinisch so weit entwickelt ist, daß sie nur noch selten mit Sicherheit (und selten auch überhaupt) zur Lebensverkürzung führt (17). Es wird also schon aus diesem Grunde in der Regel nur ein dolus eventualis vorliegen. Wenn aber doch einmal eine Lebensverkürzung sicher ist, sollte daran die Schmerztherapie nicht scheitern dürfen. Denn wenn die Beschleunigung des Todes ggf. in Kauf genommen wird, sollte es keinen Unterschied machen, ob das Gegebensein dieses Falles von vornherein feststeht oder sich erst nachträglich zeigt (18).

Strafbar bleibt die «Sterbehilfe» dagegen, wenn sie mit Tötungsabsicht vorgenommen wird, wenn also das Motiv nicht die Leidensminderung, sondern die Tötung ist. In solchen Fällen liegt auch bei ausdrücklichem Wunsch des Sterbenden eine Tötung auf Verlangen vor (19). Das Motiv, das Opfer von seinen Leiden zu erlösen, rechtfertigt also nicht. Im Einzelfall kann sogar ein Mord vorliegen, wenn, wie in dem vom BGH entschiedenen Fall, ein Täter das leidende Opfer tötet, um es «durch einen schnellen Tod ... mittels eines gefälschten Testaments beerben zu können».

D. Die passive Sterbehilfe

Von passiver Sterbehilfe spricht man, wenn eine Betreuungsperson - in der Regel der Arzt und seine Gehilfen, aber auch etwa ein Angehöriger - es unterläßt, ein dem Ende sich zuneigendes Leben zu verlängern. Es wird etwa auf eine Operation oder eine Intensivbehandlung, die dem Patienten

noch ein etwas längeres Leben ermöglicht hätten, verzichtet. Dabei gibt es drei juristisch verschieden zu behandelnde Möglichkeiten: Das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen kann entweder auf Wunsch des Patienten oder gegen seinen Willen geschehen; der dritte Fall ist der, daß der Patient nicht mehr in der Lage ist, sich zu äußern.

I. Die Nichtvornahme oder Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen auf Wunsch des Patienten

1. Der Grundsatz: Es entscheidet allein der Patient

In solchen Situationen ist die Rechtslage prinzipiell klar. Es tritt Straflosigkeit ein, weil es unzulässig ist, einen Patienten gegen seinen Willen zu behandeln. Wenn also jemand anlässlich einer Krebserkrankung eine lebensverlängernde Operation verweigert (wie z.B. im viel diskutierten und literarisch dokumentierten Fall des Strafrechtslehrers Peter Noll) (20), muß sie unterbleiben. Häufig kommt es vor, daß alte, kranke und vor dem Tode stehende Menschen eine Behandlung auf der Intensivstation, die den Tod noch ein wenig hinauszögern würde, ablehnen. Das muß respektiert werden. Der Wille des Patienten ist selbst dann entscheidend, wenn er nach objektivem Urteil falsch und vom Standpunkt mancher Beurteiler aus sogar unverantwortlich ist. Auch wenn also eine Mutter von vier Kindern aus religiösen Gründen den Ärzten verbietet, bei ihr eine lebensrettende Bluttransfusion vorzunehmen - der Fall ist wirklich vorgekommen (21), müssen die Ärzte sich dem beugen und die Frau sterben lassen.

2. Gilt für Suizidpatienten eine Ausnahme?

Die einzige Ausnahme hat der Bundesgerichtshof bei Suizidpatienten gemacht. In dem 1984 entschiedenen berühmten Fall Wittig hatte eine 76jährige schwerkranke und nach dem Tode ihres Mannes lebensmüde Frau ihrem Leben durch eine überdosis Morphin und Schlaftabletten ein Ende setzen wollen. Sie hinterließ neben anderen Texten von gleichem Sinngehalt ein Schriftstück, in dem es hieß: «Im Vollbesitz meiner Sinne bitte ich meinen Arzt keine Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim, keine Intensivstation und keine Anwendung lebensverlängernder Medikamente. Ich möchte einen würdigen Tod sterben». Der Hausarzt kam hinzu, als sie schon bewußtlos war, aber noch lebte. Er unterließ eine Einweisung ins Krankenhaus und wartete in der Wohnung, bis der Tod der alten Frau eintrat. Der BGH hat den Arzt (Wittig) zwar im Ergebnis freigesprochen; aber nur deshalb, weil die Patientin im Falle ihrer Rettung schwer und irreversibel geschädigt geblieben wäre und in einem solchen Falle die ärztliche Gewissensentscheidung, von der Einweisung in eine Intensivstation abzusehen, vertretbar sei. Im Regelfall sei es aber für den Arzt «grundsätzlich unzulässig», sich dem «Todeswunsch des Suizidenten» zu beugen (22).

Die Begründung des Urteils hat in der Literatur weitgehende Ablehnung gefunden (23), und dies mit Recht. Wenn der BGH darauf hinweist, daß Suizidenten oft nicht in verantwortlichem Zustand handeln und ihr Tun im Falle einer Rettung in wieder normaler Gemütsverfassung nicht selten bereuen, so wird man freilich, wenn eine psychische Störung erkennbar ist, eine Rettungs- und Behandlungspflicht bejahen müssen. Ist dies aber nicht der Fall oder gar, wie beim Sachverhalt unseres Urteils, mit Sicherheit auszuschließen, gibt es keinen rationalen Grund, die autonome Willensentscheidung des Patienten nicht auch beim Suizid zu respektieren. Die sittliche, meist aus religiösen Vorgaben hergeleitete Mißbilligung des Freitodes, aus der der BGH ursprünglich die Unbeachtlichkeit jedes Selbstmordentschlusses hergeleitet hatte (24), kann eine solche Folgerung in einer Rechtsordnung, die keinen Glaubens- und Gewissenszwang kennt, nicht tragen.

Im übrigen kann ein Patient natürlich auch den unabhängig von jedem Suizid gefaßten Entschluß, eine Behandlung zu verweigern, zu einem Zeitpunkt bereuen, an dem es für eine Rettung zu spät ist. Wenn das an der Straflosigkeit der passiven Euthanasie nichts ändert, kann dasselbe Argument beim Suizid vernünftigerweise nicht zum entgegengesetzten Ergebnis führen. Es gibt Anzeichen dafür, daß auch die Rechtsprechung sich dieser Ansicht mit der Zeit anschließen wird (25).

3. Der technische Behandlungsabbruch als Unterlassen

Man wird also die dem verantwortlichen Willen des Patienten entsprechende passive Euthanasie in jedem Falle zulassen müssen. Ein Fall dieser Art, und damit komme ich zu einem weiteren vieldiskutierten Problem, liegt auch dann vor, wenn das auf eine Unterlassung weiterer Behandlung gerichtete Verhalten mit einem aktiven Tun verknüpft ist. Der klassische Fall ist der, daß ein Beatmungsgerät auf den Wunsch des Patienten abgeschaltet wird. Der Druck auf den Schaltknopf ist ein Tun. Trotzdem handelt es sich dabei nicht um eine grundsätzlich als Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) strafbare aktive Euthanasie. Denn nach seiner sozialen Bedeutung stellt sich der Vorgang als eine Einstellung der Behandlung und damit als ein Unterlassen weiterer Tätigkeit dar. Die Grenze zwischen strafbarer aktiver und strafloser passiver Euthanasie ist also nicht naturalistisch nach der Vornahme oder Nichtvornahme von Körperbewegungen zu ziehen. Vielmehr kommt es normativ darauf an, ob ein Tun als Behandlungseinstellung zu deuten ist. Dann liegt im juristischen Sinn ein Unterlassen vor, das, wenn es auf dem Willen des Patienten beruht, straflos ist.

Die Meinung, die den sog. technischen Behandlungsabbruch als Unterlassen beurteilt, ist heute herrschend (26). Aber auch die Autoren, die darin ein Begehungsverhalten sehen, kommen durchweg zum Ergebnis der Straflosigkeit, indem sie mit verschiedenen Begründungen annehmen, daß ein solches Verhalten dem Schutzzweck der Tötungstatbestände nicht unterfalle (27). Mit Recht sagt Eser (28), es könne jedenfalls im Ergebnis kein Zweifel sein, «daß dort, wo ein medikamentöser therapeutischer Behandlungsabbruch zulässig wäre, auch der technische Behandlungsabbruch zulässig sein muß». In der Sache besteht also weitgehend Einigkeit.

4. Der technische Behandlungsabbruch durch einen Nichtarzt

Ein Behandlungsabbruch der geschilderten Art ist normalerweise Sache des Arztes. Er kann im Einzelfall aber auch von einer Privatperson vorgenommen werden. Ein bewegendes Beispiel dafür liefert eine Entscheidung des LG Ravensburg aus dem Jahre 1987 (29). Hier hatte ein Mann seine an fortschreitender Lähmung erkrankte Frau unter Aufgabe seines Berufes aufopfernd gepflegt. Schließlich kam sie als Sterbende ins Krankenhaus, wo sie an ein künstliches Beatmungsgerät angeschlossen wurde. Sie empfand das als «unerträgliche Quälerei» und verfaßte mit Hilfe einer elektrischen Speziialschreibmaschine, mit der allein sie sich noch verständlich machen konnte, im «Vollbesitz ihrer Geisteskräfte», wie sie schrieb, folgende Erklärung: «Ich möchte sterben, weil mein Zustand nicht mehr erträglich ist. Je schneller, desto besser. Dies wünsche ich mir von ganzem Herzen». Daraufhin schaltete der Ehemann, der sich im Krankenzimmer aufhielt, in einem unbeobachteten Augenblick das Gerät aus und umsorgte die Frau, bis nach einer Stunde der Tod infolge Herzstillstandes eintrat.

Würde man diesen Fall als Tötung durch aktives Handeln beurteilen, so läge eine strafbare Tötung auf Verlangen vor (§ 216 StGB). Sieht man dagegen den «technischen Behandlungsabbruch» als eine mit Zustimmung des Patienten erfolgte passive Sterbehilfe an, so ist der Ehemann straflos. Daß diese im Ergebnis auch vom LG Ravensburg vertetene Lösung richtig ist, scheint mir nicht zweifelhaft. Sie entspricht dem, was der Alternativ-Entwurf Sterbehilfe in dem vorgeschlagenen § 214 StGB ausdrücklich formuliert hatte: «Wer lebenserhaltende Maßnahmen abbricht oder unterläßt, handelt nicht rechtswidrig, wenn der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich verlangt». Allerdings läßt sich das auch aus dem geltenden Recht schon in der geschehenen Weise begründen.

II. Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen entgegen dem Wunsch des Patienten

1. Die grundsätzliche Pflicht zur Lebensverlängerung

Im umgekehrten Fall, daß eine Behandlung oder Weiterbehandlung unterbleibt, obwohl der Patient sie wünscht, liegt eine Tötung durch Unterlassen vor, wenn die Untätigkeit zum Tode oder zu früherem Tode des Patienten geführt hat und der Unterlassende eine Garantenstellung einnimmt, wie es bei Ärzten und nahen Angehörigen in der Regel der Fall ist. Fehlt es an einer Garantenstellung, kommt immer noch eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323 c StGB) in Frage.

Der Patient muß also z.B. auf die Intensivstation gebracht werden, wenn er dies wünscht und dadurch zwar keine Besserung, aber doch eine Lebensverlängerung erreicht werden kann. Ob der Arzt das letztlich im Interesse des Patienten für sinnvoll hält oder nicht, kann nicht entscheidend sein. Dagegen darf er sich Wünschen verweigern, deren Erfüllung nicht zur Lebensverlängerung beiträgt

und auch sonst das Los des Patienten - etwa durch Schmerzlinderung - nicht verbessern kann. Denn eine sinnlose Geschäftigkeit kann vom Arzt nicht verlangt werden und würde ihn von seinen eigentlichen Aufgaben abziehen.

2. Die Grenze der ärztlichen Behandlungspflicht

Abgesehen davon muß es aber für die künstliche Lebensverlängerung irgendwo eine Grenze geben, jenseits deren auch der - meist in einem früheren Stadium der Erkrankung geäußerte - Wille des Patienten nicht mehr entscheidend sein kann. Denn die technischen und auch die finanziellen Ressourcen unseres Gesundheitswesens sind nicht unerschöpflich. Vor allem entspricht es auch nicht unseren Vorstellungen von einem menschenwürdigen Tod, den unaufhaltsamen Sterbevorgang mit Hilfe der modernen Apparatemedizin immer weiter hinauszuziehen.

Als Leitlinie kann ein Diktum des Bundesgerichtshofs (BGHSt 32, 379/80) gelten, wonach es «keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deswegen unerläßlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts der bisherigen Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht». Das läßt einen gewissen Spielraum, der durch generalisierende Regeln nicht auszufüllen ist. Immerhin wird sich sagen lassen, daß nicht ökonomische Gesichtspunkte im Vordergrund stehen sollten, sondern die Überlegung, ob eine Verlängerung der Agonie bei objektiver Beurteilung für den Patienten noch irgendeinen Sinn haben kann.

III. Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen bei einem im Entscheidungszeitpunkt erklärungsunfähigen Patienten

1. Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen während des Sterbevorganges

Die Fälle entscheidungsunfähiger Patienten bilden den schwierigsten und umstrittensten Bereich im Rahmen der passiven Sterbehilfe. Allerdings liegt das Problem nicht auf dem Feld der Sterbehilfe im engeren Sinne, bei der der Sterbevorgang schon eingesetzt hat, der Tod also nahe bevorsteht. Hier gestattet der BGH, jedenfalls wenn der Patient dauernd entscheidungsunfähig geworden ist, einen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung, Bluttransfusion oder künstliche Ernährung (30). Das steht in Übereinstimmung mit dem, was über eine Behandlungseinstellung während des Sterbevorganges selbst gegen den vorher erklärten Willen des Patienten schon ausgeführt wurde.

2. Der Behandlungsabbruch bei noch nicht Sterbenden, vor allem in den Fällen des sog. apallischen Syndroms

a) Die neueste Rechtsprechung und ihre Auswirkungen

Ungelöste Streitfragen ergeben sich erst, wenn die Behandlung eingestellt wird, obwohl der schwerkranke Patient noch nicht im Sterben liegt, sondern noch Monate oder Jahre leben könnte, aber nicht mehr erklärungsfähig ist. Der klassische Fall ist der, daß der schwerkranke Patient das Bewußtsein irreversibel verloren hat. Man spricht hier von einem apallischen Syndrom (oder auch Wachkoma), bei dem die Großhirnrinde, das Pallium, bei erhaltener Funktion des Stammhirns endgültig ausfällt.

Für die Beurteilung solcher Fälle in der Praxis maßgebend ist eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom September 1994 (BGHSt 40, 257), die durch eine zivilrechtliche Entscheidung des OLG Frankfurt vom Juli 1998 (31) im wesentlichen bestätigt worden ist. In dem vom BGH entschiedenen Fall ging es um eine «schwerst cerebrally geschädigte» alte Frau, die seit Ende 1990 nicht mehr ansprechbar, geh- und stehunfähig war, künstlich ernährt werden mußte und auf optische, akustische und Druckreize nur mit Gesichtszuckungen oder Knurren reagierte; Anzeichen für Schmerzempfinden bestanden nicht. Anfang 1993 wiesen der behandelnde Arzt und der zum Pfleger (Betreuer) bestellte Sohn das Pflegepersonal an, die künstliche Ernährung ab 15.3.

auf Tee umzustellen, was mangels Nahrungszufuhr zum baldigen Tode der Patientin geführt hätte. Der Pflegedienstleiter hatte Bedenken gegen dieses Verfahren und wandte sich an das Vormundschaftsgericht, das die Einstellung der künstlichen Ernährung untersagte. Die Patientin starb dann neun Monate später an einem Lungenödem.

Das hier interessierende Rechtsproblem ist, ob die beiden Hintermänner (Arzt und Sohn) aufgrund ihres Verhaltens wegen versuchten Totschlages zu bestrafen sind. Der BGH würdigt die Einstellung der Ernährung mit Recht als Unterlassen. Eine Garantenstellung von Arzt und Sohn ist zu bejahen. Eine Sterbehilfe im engeren Sinne liege nicht vor, so daß die für diesen Fall genannten Grundsätze (vgl. D II 2) keine Straffreiheit begründen könnten. Doch sei auch vor dem Einsetzen des Sterbevorganges das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Ein Behandlungsabbruch sei deshalb dann, aber auch nur dann zulässig, wenn er dem mutmaßlichen Willen des entscheidungsunfähigen Patienten entspreche. Von dem zum Pfleger bestellten Sohn verlangt der BGH außerdem noch in entsprechender Anwendung des § 1904 BGB, der unmittelbar nur von riskanten Untersuchungen und Behandlungen spricht, die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einzuholen. Da auch das Gericht nach dem mutmaßlichen Willen entscheiden muß, bleibt aber auch insoweit die materielle Rechtfertigung von diesem Kriterium abhängig.

Bei der Festlegung des mutmaßlichen Willens legt der BGH strenge Maßstäbe an. Es seien frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen. Im Zweifel habe der Schutz des menschlichen Lebens Vorrang vor den persönlichen Überlegungen des Arztes oder der Angehörigen. Der Umstand, daß die Patientin acht oder zehn Jahre vorher unter dem Eindruck einer Fernsehsendung, in der ein ähnlicher Fall behandelt worden war, gesagt hatte, «so wolle sie nicht enden», erschien dem BGH nicht als tragfähige Grundlage für einen Behandlungsabbruch. Es hätte danach nahegelegen, daß die beiden Angeklagten in der unteren Instanz, an die der Fall zurückverwiesen wurde, verurteilt worden wären. Doch ist das LG Kempten zu einem Freispruch gekommen, weil es weitere tatsächliche Anhaltspunkte für einen mutmaßlichen Sterbewillen der Komapatientin gefunden hat (32).

Auf derselben Linie liegt die erwähnte zivilrechtliche Entscheidung des OLG Frankfurt vom Juli 1998. Sie hat mit dem umstrittenen Analogieschluß aus § 1904 BGB die Entscheidung grundsätzlich dem Vormundschaftsgericht zugewiesen, das den mutmaßlichen Willen zu erforschen und dementsprechend zu bestimmen hat, ob die Behandlung fortgesetzt werden soll oder nicht.

Die geschilderte Rechtsprechung bringt drei wesentliche Klärungen und Neuerungen:

Erstens macht sie deutlich, daß auch bei irreversiblen Bewußtseinsverlust die Behandlung nicht ohne weiteres eingestellt werden darf. Noch der Alternativ-Entwurf Sterbehilfe hatte gesagt (§ 214 I Nr. 2): «Wer lebenserhaltende Maßnahmen abbricht oder unterläßt, handelt nicht rechtswidrig, wenn der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewußtsein unwiederbringlich verloren hat», wobei er davon ausgegangen war, daß dies in der Regel dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entsprechen werde (33). Es wird nach der neueren Judikatur auch in solchen Fällen nötig sein, nach konkreten Anhaltspunkten für den mutmaßlichen Willen zu forschen.

Zweitens wird die Entscheidung den Angehörigen und den Ärzten aus der Hand genommen und dem Vormundschaftsgericht übertragen. Das entlastet sie von einer schwer tragbaren Verantwortung und «gewährleistet ein höheres Maß an Objektivität und Rationalität als die Entscheidung durch die unmittelbar an der Behandlung beteiligten Personen» (34).

Drittens wird diese Rechtsprechung den schriftlichen Patientenverfügungen, die lange Zeit als wenig maßgeblich angesehen wurden, einen außerordentlichen Bedeutungszuwachs bescheren (35). Denn eine schriftliche Bestimmung, ob und wie lange der Patient bei dauernder Entscheidungsunfähigkeit im Falle einer tödlichen Erkrankung weiterbehandelt werden will, ist das verlässlichste Indiz für seinen mutmaßlichen Willen. Wird diese Verfügung jährlich erneuert (d.h. neu unterzeichnet), wird man kaum je zu dem Ergebnis kommen können, daß der Patient, wenn man ihn noch befragen könnte, in Wirklichkeit doch etwas anderes wollen würde. Auch die Grundsätze der Bundesärztekammer sagen nun (36):

«Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, daß der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde». Auch im übrigen werden Patientenverfügungen als «eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes» bezeichnet.

b) Die jüngste Rechtsprechung im Streit der Meinungen

Die geschilderte Entwicklung hat in der juristischen und medizinischen Literatur überwiegend Zustimmung gefunden. Auch die neuen Grundsätze der Bundesärztekammer liegen auf der Linie der Rechtsprechung und versuchen deren Akzeptanz noch dadurch zu erleichtern, daß sie auf die Begriffe der passiven Sterbehilfe und des Behandlungsabbruchs verzichten und in etwas beschönigender Weise von einer «Änderung des Therapiezieles» sprechen. Bei fortgeschrittener Krankheit könne auch bei Wachkoma-Patienten «eine Änderung des Therapiezieles und die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in Betracht kommen» (37).

Obwohl die Grundsätze der Bundesärztekammer keine rechtliche Bindungswirkung erzeugen und auch die praktische Bedeutung von Gerichtsentscheidungen nicht erreichen, haben sie sogleich heftige Auseinandersetzungen ausgelöst, die der Sache nach natürlich auch und vor allem die neuere Rechtsprechung betreffen. Dabei machen sich die Fundamentalisten des Lebensschutzes als Kritiker der Grundsätze besonders nachdrücklich bemerkbar. Der (damals noch amtierende) Bundesjustizminister (Schmidt-Jortzig) meinte (38), die in den «Grundsätzen» festgeschriebene Möglichkeit, «aufgrund eines mutmaßlich ermittelten Patientenwillens lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen, berühre unmittelbar das grundgesetzliche Prinzip des Lebensschutzes. Entscheidungen von solcher Tragweite dürfe nur der Gesetzgeber treffen». Die CSU-Politikerin Hohlmeier äußerte sich im selben Sinne: Die Ärzte dürften nicht vor einem Gesetzgebungsverfahren festlegen, wer mit welchen lebensrettenden Maßnahmen rechnen dürfe. Die Deutsche Hospizstiftung (39), deren Stiftungsrat Hohlmeier angehört, hält die Beendigung der Behandlung bei Menschen, die noch nicht im Sterben liegen, für eine «Tötung auf vermutetes Verlangen» und beurteilt diese als strafbar, da schon die Tötung auf Verlangen unter Strafe gestellt sei.

Andererseits haben sich in der Wissenschaft schon aufgrund der maßgebenden BGH-Entscheidung von 1994 (BGHSt 40, 257 ff.) Stimmen erhoben, die einen Behandlungsabbruch in weitergehendem Maße zulassen wollen. So vertritt Merkel (40) die Ansicht, bei Apallikern dürfe die Behandlung auch dann abgebrochen werden, wenn jeder Anhaltspunkt für ihre frühere Einstellung fehle. Denn es spreche nicht nur eine starke Vermutung dafür, daß der Patient damit einverstanden sein werde (41), auch unser Menschenbild lege es dringend nahe, «nicht eine rein biologistische Auffassung von Lebensschutz durchzusetzen und die Erhaltung eines vollständig und irreversibel empfindungslosen Körpers, dessen früheres personales Subjekt nicht mehr existiert, mit dem Totschlagsparagrafen zu erzwingen». Ähnlich sagt der Rechtsphilosoph Hoerster (42): «Nicht 'Im Zweifel für den Schutz des Lebens', sondern 'Im Zweifel gegen eine (lebens)verlängernde Behandlung' muß die oberste Devise lauten». Er leitet das her aus der Annahme, daß nicht der Abbruch der Behandlung, sondern die Weiterbehandlung bei entscheidungsunfähigen und unheilbar kranken Patienten einer mutmaßlichen Einwilligung bedürfe. Könne ein mutmaßlicher Wille zur Weiterbehandlung nicht ermittelt werden, könne von ihm auch nicht ausgegangen werden.

Wägt man die widerstreitenden Meinungen gegeneinander ab, so wird man bei einer rationalen Analyse eher der zuletzt genannten, abbruchsfreundlichen Ansicht Recht geben müssen. Denn der für immer bewußt- und empfindungslose Apalliker kann, wenn er einmal in diesen Zustand geraten ist, keine Interessen mehr haben; diese setzen die Möglichkeit personaler Entscheidung voraus. Freilich kann er, als er noch bei Bewußtsein war, ein Interesse daran gehabt haben, auch im Falle eines irreversiblen Wachkomas so lange wie möglich am Leben erhalten zu werden. Aber dieses Interesse ist nicht sehr überzeugend begründbar, weil ein bewußt- und empfindungsloses, rein biologisches Existieren für den Betroffenen keinen Sinn und Nutzen mehr haben kann (43).

Ungeachtet dessen scheinen mir die Standpunkte beider Seiten und vor allem der des uneingeschränkten Lebensschutzes - durch irrationale Ängste bestimmt zu sein. Sie führen zu einer emotionalen Besetzung des Themas, die eine nüchterne Abwägung kaum noch gestattet. Die strikten Abbruchsgegner leben unter dem Druck der nicht zu beschwichtigenden Angst, eine Behandlung könnte aus Irrtum und Nachlässigkeit oder aus mißbräuchlichen, etwa ökonomischen Gründen eingestellt werden, bevor die letzte Hoffnung eines Erwachens aus dem Koma erloschen ist, und sie neigen dazu, diese Hoffnung niemals aufzugeben. Diejenigen, die im Zweifel für einen Abbruch der Behandlung plädieren, leiden unter der für sie schrecklichen, ja unerträglichen Vorstellung, ggf. jahrelang als eine Art lebender Leichnam zum Objekt der Apparatedizin zu werden.

Das Strafrecht kann die soziale Realität derartiger Ängste nicht ignorieren; denn sie beeinträchtigen

das Gefühl selbstbestimmten Lebens und Sterbens, das ein Rechtsstaat gewährleisten soll. Deshalb erscheint mir der Weg der Rechtsprechung mit einer gleich zu erklärenden Modifikation als grundsätzlich richtig. Indem die Judikatur auf das Selbstbestimmungsrecht und damit auf den mutmaßlichen Willen abstellt, gibt sie jedem Gelegenheit, durch eine klar formulierte, jährlich zu erneuernde Patientenverfügung seine höchstpersönliche Vorstellung von einer menschenwürdigen Behandlung so weit wie möglich zur Richtschnur ärztlichen Verhaltens zu machen. Hat er auf die Abfassung einer Patientenverfügung verzichtet, ist sein mutmaßlicher Wille zwar immer noch anhand anderer Indizien zu erforschen, aber deren in der Regel geminderte Eindeutigkeit wird dadurch erträglich, daß der Verzicht des noch entscheidungsfähigen Patienten auf eine dezidierte Meinungsäußerung auf ein geringeres Interesse an der Problematik schließen läßt. Bleibt in solchen Fällen das Ergebnis unklar, sollte man freilich nicht - und darin unterscheide ich mich sowohl vom BGH wie von der entgegengesetzten Meinung Merkels und Hoersters - nach dem Motto «in dubio pro vita» ad infinitum weiterbehandeln und auch nicht nach der These «in dubio contra vitam» stets abbrechen. Vielmehr sollte man aufgrund der gewichtigeren Indizien entscheiden. Dieses Verfahren würde in dem vom BGH entschiedenen Fall einen Behandlungsabbruch nahelegen. Denn das schon mehr als zweijährige vergebliche Bemühen um die alte Frau, ihr gänzlich hoffnungsloser Zustand («schwerste» Cerebralschädigung) und ihre frühere Äußerung, so wolle sie nicht enden, sprechen doch eher für ihren Wunsch, daß beim Eintritt einer solchen Situation die Behandlung abgebrochen werden solle. Der schließliche Freispruch durch das LG Kempten (44) ist also im Ergebnis unabhängig davon zu billigen, ob noch zusätzliche Indizien für den mutmaßlichen Sterbewillen der Patientin aufzufinden waren.

Strittig ist inzwischen auch die Frage, ob ein Behandlungsabbruch, wenn er vom mutmaßlichen Willen des Patienten gedeckt ist, durch Einstellung der künstlichen Ernährung erfolgen darf. Kritiker sprechen hier von einem «Verhungernlassen», das sie anders als die Einstellung sonstiger lebenserhaltender Maßnahmen für schlechthin unzulässig halten. Der Bundesgerichtshof und das OLG Frankfurt haben diese Einschränkung nicht vorgenommen, und das mit Recht. Denn Beatmung, Ernährung oder Medikamentenzuführung sind in solchen Fällen gleichermaßen notwendige und «künstliche» Formen der Lebensverlängerung. Für ihre unterschiedliche Behandlung gibt es keinen überzeugenden Grund. Daß bei etwa noch vorhandenem Schmerzempfinden eine schmerzfreie und auch im übrigen möglichst schonende Form der Behandlungseinstellung gewählt werden muß, versteht sich, betrifft aber jede denkbare Art und Weise des Behandlungsabbruchs; so muß z.B. stets eine weitere Flüssigkeitszufuhr zur Vermeidung schmerzhafter Austrocknung erfolgen.

E. Die aktive Sterbehilfe

Es entspricht der durchaus überwiegenden, wenngleich *de lege lata* und *de lege ferenda* nicht unumstrittenen Meinung (vgl. näher E II), daß die aktive Sterbehilfe im Sinne einer Tötung Sterbender oder Schwerkranker nach geltendem Recht unzulässig und strafbar ist. Das wird aus § 216 StGB abgeleitet, der die Tötung auf Verlangen unter - freilich gemilderte - Strafe stellt. Doch sollte man sich von vornherein klarmachen, daß dieser Grundsatz nur mit drei Einschränkungen gilt, von denen zwei schon erörtert worden sind. Die erste Einschränkung liegt in der Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe (oben C), die eine aktive Tötung im Rahmen einer Schmerztherapie darstellt.

Die zweite liegt beim technischen Behandlungsabbruch vor, wenn dieser bestimmte aktive Handlungen voraussetzt (oben D I 3), auch wenn das Gesamtgeschehen als Unterlassung gewürdigt wird. Die dritte und einschneidendste Einschränkung liegt darin, daß eine aktive Sterbehilfe straflos ist, wenn sie sich als Beihilfe zum Selbstmord darstellt. Dieser Fall bedarf zunächst näherer Erörterung.

I. Die Straflosigkeit der Beihilfe zum Selbstmord

Nach deutschem Recht ist - anders als nach vielen anderen Rechtsordnungen - die Beihilfe zum Selbstmord straflos. Jede Beihilfe setzt die rechtswidrige Haupttat eines Täters voraus. Da der Selbstmord nicht unter den Tatbestand der Tötungsdelikte fällt, die die Tötung eines anderen voraussetzen (45), gibt es auch keine Beihilfe zu diesem nicht existierenden Delikt. Wer also einem

schwer leidenden Menschen, der aus dem Leben scheiden will, den Freitod ermöglicht, indem er ihm Gift oder eine Pistole zur Verfügung stellt, kann strafrechtlich nicht belangt werden. Der anschaulichste Fall aus der Rechtsprechung ist der des Arztes Hackethal, der im Jahre 1984 einer «schwerstkranken», an einem auf das Gehirn übergreifenden unheilbaren Gesichtskrebs leidenden Frau ein Gift (Kaliumcyanid) gegeben hatte. Die Patientin hatte dieses Gift mit Wasser vermischt getrunken und war daraufhin nach kurzer Zeit ohne erkennbaren Todeskampf sanft entschlafen. Die von der Staatsanwaltschaft betriebene Anklage wegen strafbarer Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) ist vom LG Traunstein wie auch vom OLG München zurückgewiesen worden (46).

Allerdings wirft die Abgrenzung der straflosen Suizidteilnahme von der strafbaren Tötung zahlreiche Streitfragen auf, von denen hier nur die drei wichtigsten in knapper Form behandelt werden können (47).

1. Die Beschränkung der Straflosigkeit auf den verantwortlichen Selbstmord

Unstrittig ist zunächst, daß eine Straflosigkeit des Außenstehenden nur bei einem «verantwortlichen» Selbstmord eintritt. Wer also einem aufgrund einer Psychose selbstmordgefährdeten Menschen zur Selbsttötung verhilft, ist stets als Täter eines Totschlages (§ 212 StGB) oder ggf. sogar Mordes (§ 211 StGB) zu bestrafen.

Umstritten ist aber, unter welchen Voraussetzungen man noch von einem verantwortlichen Selbstmord sprechen kann (48). Während die eine Partei auf die strafrechtlichen Regeln der Schuldunfähigkeit verweist, stellt die andere auf die Grundsätze ab, die für die Wirksamkeit einer Einwilligung oder eines ernstlichen Verlangens im Sinne des § 216 StGB gelten. Sie hält den Selbstmord schon dann nicht mehr für verantwortlich, wenn er übereilt, unüberlegt oder aus einer momentanen Verstimmung heraus begangen wird. Das führt zu einer sehr viel weitergehenden Strafbarkeit der Beteiligten.

Ich habe immer die strengere, auf die Regeln der Zurechnungsfähigkeit abstellende Meinung vertreten, weil ein Rekurs auf Einsicht und Besonnenheit des Suizidenten eine Rechtsunsicherheit schafft, die im Grenzbereich von Tötungsstrafbarkeit und Straflosigkeit unerträglich ist. Allerdings reduziert sich die Bedeutung des Streits wesentlich bei unserem Thema, bei dem es um die Mitwirkung am Suizid schwerkranker und sterbewilliger Menschen geht. Denn wenn ein solcher Mensch aus dem Leben scheiden will, handelt er nicht in zurechnungsunfähigem Zustand, sondern unter voller Einsicht in seine Situation und unter sorgfältiger Abwägung aller für ihn maßgeblichen Umstände. So wird es jedenfalls in der Regel sein. Im Falle Hackethal z.B. stand die Verantwortlichkeit des Suizids nach allen dazu vertretenen Lehren außer Zweifel.

2. Die Abgrenzung von Suizidteilnahme und Tötung auf Verlangen

Nicht unangefochten ist auch die Abgrenzung von Suizidteilnahme und Tötung auf Verlangen. Sie richtet sich nach überwiegender Meinung danach, wer die Herrschaft über den letzten, unwiderruflich zum Tode führenden Akt innehat. Liegt sie beim Suizidenten, kann die Mitwirkung eines Außenstehenden nur straflose Teilnahme sein; liegt sie beim Außenstehenden, handelt es sich um eine strafbare Tötung auf Verlangen. Strafflos ist also, wer das Gift mischt oder den Revolver lädt, mit dem das Opfer sich selbst tötet. Dagegen ist nach § 216 StGB strafbar, wer einen schwerkranken und sterbewilligen Menschen auf dessen Verlangen durch eine Injektion oder durch einen Revolverschuß tötet.

Es wird oft bezweifelt, ob diese Abgrenzung sinnvoll und praktisch durchführbar sei. Das ist im Prinzip zu bejahen, auch wenn Grenzfälle, wie überall im Recht, Schwierigkeiten bereiten können (49). Ihre sachliche Berechtigung findet sie in der Annahme, daß dem Gesetzgeber die Autonomie des suizidalen Aktes gegen mögliche Fremdbestimmung nur gesichert erscheint, wenn der Sterbewillige den Selbstmord höchstpersönlich begeht, d.h. die «Herrschaft über den todbringenden Moment» in der Hand behält. Wer sich mit eigener Hand erschießt, hat den letzten Entschluß durchgestanden und muß seinen Tod selbst verantworten. Wer sich erschießen läßt, überläßt einem anderen den Akt unwiderruflicher Entscheidung, vor dessen Vollzug er selbst vielleicht noch zurückgeschreckt wäre. Hier trägt der Außenstehende die letzte Verantwortung für den Tod des Opfers und macht sich nach § 216 StGB strafbar.

Ein Sonderproblem tritt auf, wenn eigenhändige Tötungsakte des Suizidenten und eines Außenstehenden zeitlich aufeinanderfolgen. Ein Beispiel dafür bietet der vom BGH entschiedene Scophedal-Fall (50). Ein alter, kranker und bettlägeriger Arzt hatte bei voller geistiger Verantwortlichkeit den Entschluß gefaßt, sich durch Einspritzung von Scophedal (eines Narkoanaleptikums) zu töten. Da er befürchtete, ihn könnten dabei die Kräfte verlassen, bat er seinen Neffen, ihm dabei erforderlichenfalls zu helfen. Einige Tage später setzte er den Plan in die Tat um und fiel sofort in tiefen Schlaf. Der hinzukommende Neffe befürchtete, der Selbstmordversuch werde möglicherweise mißlingen und gab dem Onkel noch eine weitere Spritze. Dieser starb eine Stunde später. Möglicherweise wäre der Arzt aber auch schon an der selbst applizierten Injektion gestorben. Mit Sicherheit läßt sich nur feststellen, daß er ohne das Eingreifen des Neffen mindestens eine Stunde länger gelebt hätte.

Der BGH hat mit Zustimmung der h.M. den Neffen ohne weiteres wegen Tötung auf Verlangen bestraft. Dafür läßt sich geltend machen, daß er durch eine gezielte, aktive, durch keine weitere Tätigkeit des Arztes vermittelte Tötungshandlung dessen Leben um mindestens eine Stunde verkürzt hat und daß auch eine so geringfügige Lebensverkürzung nach den allgemeinen Regeln von Kausalität und Zurechnung schon eine Tötungshandlung ist. Mir scheint es aber näherzuliegen, bei Betrachtung des Gesamtvorganges nur eine straflose Beihilfe zum Suizid anzunehmen. Denn der Arzt hatte ja schon mit eigener Hand seinen Tod in einer für ihn nicht mehr reversiblen Weise ins Werk gesetzt, im Verhältnis zu der das Nachhelfen des Neffen nur als eine den Geschehensablauf geringfügig modifizierende Förderung und damit als Beihilfe erscheint.

3. Strafbarkeit wegen unterlassener Rettung des Suizidenten?

Schließlich wird die Straflosigkeit der Teilnahme am Selbstmord der Sache nach durch die Rechtsprechung wieder dadurch reduziert, daß sie den Außenstehenden bei Vorliegen der Tätervoraussetzungen im Falle einer Garantenstellung wegen Totschlags durch Unterlassen und im übrigen wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323 c StGB) bestraft, wenn er den handlungsunfähig gewordenen Suizidenten nicht durch Verbringung ins Krankenhaus oder andere geeignete Maßnahmen rettet. Auf diese Rechtsprechung ist bereits bei Behandlung der passiven Sterbehilfe aus Anlaß des Falles Wittig (oben D I 2) hingewiesen worden. Sie ist aus den dort genannten Gründen abzulehnen. Sie steht zudem mit der Straflosigkeit der aktiven Selbstmordteilnahme im Widerspruch, indem sie auf dem Umweg einer Unterlassungskonstruktion diese doch bestraft. Ungerecht ist das auch deswegen, weil ein Selbstmordgehilfe der Straflosigkeit ohne weiteres dadurch entgehen kann, daß der Suizid unter Umständen vollzogen wird, die eine nachträgliche Rettung ausschließen. So hatte z.B. Hackethal in dem geschilderten Fall (oben E I) ein Mittel gewählt, das nach der Einnahme in kurzer Zeit tödlich wirkte und keine Hilfe mehr zuließ.

II. Die Tötung auf Verlangen

1. Die herrschende Meinung: ausnahmslose Strafbarkeit

Demgegenüber ist die Tötung auf Verlangen, soweit sie in einer auf Lebensverkürzung abzielenden, die Herrschaft über den unmittelbar todbringenden Akt einschließenden Begehungstat besteht, nach herrschender Meinung unter allen Umständen strafbar. Mag der Patient also auch noch so große Qualen leiden, dem Tode noch so nahe sein und die erlösende Spritze noch so flehentlich erbitten: Wer sie ihm injiziert, ist auf jeden Fall nach § 216 StGB zu bestrafen. Auch die neuesten Grundsätze der Bundesärztekammer sagen (I, Abs. 2, Satz 3): «Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht».

2. Strafbarkeitseinschränkungen und abweichende Gesetzesvorschläge in der Literatur

Diese Lösung ist keineswegs selbstverständlich und auch nicht unbestritten. So läßt das niederländische Recht eine aktive Sterbehilfe unter gewissen verfahrensrechtlichen Sicherungen zu (51), und auch in Deutschland vertreten namhafte Autoren teils schon nach geltendem Recht, teils

wenigstens de lege ferenda unter verschiedenartigen Voraussetzungen eine begrenzte Straffreistellung der Tötung auf Verlangen. Ich will nur einige hervorstechende Beispiele aus den letzten Jahren nennen.

So hat Jakobs in einem Vortrag in der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (52) im Jahre 1998 die Auffassung vertreten, der Tatbestand des § 216 StGB müsse einschränkend so ausgelegt werden, daß er nur unvernünftige Tötungen erfasse. Sei der Todeswunsch des Sterbewilligen aber vernünftig, so sei sein Selbstbestimmungsrecht genauso zu respektieren wie bei der indirekten und bei der passiven Euthanasie (53). In dem zuvor geschilderten Scophedal-Fall (oben E I 2) kommt er mit Hilfe dieses Kriteriums im Ergebnis mit mir und gegen die h.L. ebenfalls zu einem Freispruch des Neffen, aber er nennt seine These mit Recht sowohl radikaler als auch zurückhaltender (54): «Radikaler ist sie insoweit, als sie bei einem Verlangen auf einen solchen Anlaß hin den Tatbestand der Tötung auf Verlangen überhaupt ausscheidet; der Neffe wäre also auch dann nicht zu bestrafen gewesen, wenn er dem Onkel schon die erste Dosis des Giftes injiziert hätte. Zurückhaltender ist die hiesige Lösung freilich, weil nach ihr der Sterbewunsch objektiv begründet sein muß. Hätte etwa der Onkel aus Liebeskummer gehandelt, wäre der Neffe auch bei einem Verlauf der geschilderten Art wegen Tötung auf Verlangen zu bestrafen».

Andere Autoren wie Herzberg (55) und Merkel (56) sehen zwar bei einer direkten Tötung auf Wunsch des schwer leidenden Kranken den Tatbestand des § 216 als erfüllt an, wollen dem Täter aber ggf. einen rechtfertigenden Notstand nach § 34 StGB zugute halten. Sie erweitern also das Modell der indirekten auf die direkte aktive Euthanasie und sehen ggf. auch in ihr ohne weitere Schmerztherapie eine Form der Leidensbeseitigung. Herzberg geht dabei zurückhaltend vor, indem er mit Hilfe des § 34 StGB hauptsächlich Fälle rechtfertigt, die von der heute h.M. ohnehin als Beihilfe zum Suizid gewürdigt werden. Bei der erbetenen tödlichen Injektion zögert er mit einer grundsätzlichen Ablehnung des § 34, vermeidet aber eine «Festlegung in dieser brisanten Frage» (57). Merkel geht weiter, indem er generell sagt (58): «Auch die gezielte aktive Tötung auf Verlangen ist in Fällen, in denen das (bekundete) Interesse eines Menschen an der Beendigung seines Leidens sein Lebensinteresse eindeutig überwiegt, nach § 34 als Notstandshandlung gerechtfertigt ...». Bei der Abwägung im einzelnen legt auch er sich nicht fest, sondern betont: «Die genauen Kriterien einer solchen Abwägung sind gewiß schwierig und kaum ohne ausdifferenzierte Kasuistik zu ermitteln».

Hoerster andererseits (59) schlägt einen neuen § 216 a StGB vor:

(1) Ein Arzt, der einen schwer und unheilbar leidenden Menschen tötet, handelt nicht rechtswidrig, wenn der Betroffene die Tötungshandlung aufgrund freier und reiflicher Überlegung, die er in einem urteilsfähigen und über seine Situation aufgeklärten Zustand durchgeführt hat, ausdrücklich wünscht oder wenn, sofern der Betroffene zu solcher Überlegung nicht imstande ist, die Annahme berechtigt ist, daß er die Tötungshandlung aufgrund solcher Überlegung für den gegebenen Fall ausdrücklich wünschen würde.

(2) Das Vorliegen der in Abs. 1 genannten Voraussetzungen führt nur dann zum Ausschluß der Rechtswidrigkeit, wenn es von dem Arzt, der die Tötungshandlung vornimmt, sowie von einem weiteren Arzt in begründeter Form schriftlich dokumentiert worden ist.

Auf einer ähnlichen Linie liegen auch die Vorschläge des Theologen Hans Küng (60), der auf einen expliziten Gesetzgebungsvorschlag verzichtet und meint, es sei «in erster Linie Sache der Ärzte und Juristen, die konkreten Richtlinien zur Behebung der offensichtlichen Rechtsunsicherheit zu erarbeiten».

3. Stellungnahme

Wie soll man nun zu alledem Stellung nehmen? Eine konkrete Durchsetzungschance haben derartige Vorschläge in Deutschland zur Zeit nicht, weil Ärzte, Juristen und Theologen, aber auch einflußreiche Verbände, wie die Deutsche Hospizstiftung, eine Sterbehilfe durch aktive Euthanasie im Sinne direkter Tötung durchweg für indiskutabel halten. Der Heilauftrag des Arztes, das Tötungstabu, diffuse Ängste vor einem «Dammbruch» und die Erinnerung an das - freilich ganz andere Sachverhalte betreffende (61)- sog. Euthanasieprogramm der Nazizeit bilden zu starke Barrieren für einen solchen Schritt.

Aber auch wenn man mit guten Gründen die Bedeutung solcher Widerstände relativiert und das humane Interesse an der Beendigung unerträglichen Leidens und eines menschenwürdigen Sterbens betont, das hinter diesen Minderheitsansichten steht, scheinen mir die Bedenken gegen eine weitergehende Zulassung aktiver Sterbehilfe zu überwiegen (62). Wollte man, wie es die angeführten Autoren tun, schon nach geltendem Recht auf die Vernünftigkeit des Todeswunsches oder auf eine Interessenabwägung abstellen, so schafft man eine Rechtsunsicherheit, die man keinem Arzt und keinem Patienten zumuten kann. Der Umstand, daß die Befürworter solcher Regelungen selbst keine konkretisierenden Lösungen vorweisen können, zeigt das deutlich genug. Auch bietet die Vieldeutigkeit von Kriterien wie «Vernunft» und «Interesse» ein Einfallstor auch für bedenkliche Tendenzen, das man besser nicht öffnen sollte.

Eine gesetzliche Regelung etwa im Sinne Hoersters ist solchen Bedenken wegen ihres Bestehens auf einer dokumentierten Begründung und der Zuziehung eines zweiten Arztes weit weniger ausgesetzt. Aber ist ein solcher Schritt, der den Arzt, der bisher allein zum Heilen und Lindern verpflichtet ist, nunmehr auch zum Exekutor quasi amtlicher Tötungen machen und damit sein Berufsbild drastisch verändern würde, wirklich erforderlich?

Die Gegner der aktiven Sterbehilfe weisen darauf hin, daß nach Auskunft von Ärzten Patienten nur selten um ihre Tötung bitten und daß man solche Todeswünsche noch weiter reduzieren könne, wenn man durch eine Sterbebegleitung in Gestalt verständnisvoller menschlicher Zuwendung und durch eine wirksame Schmerztherapie die Motive für ein Verlangen nach vorzeitiger Tötung (Verlassensein und unerträgliches Leiden) beseitige (63).

Man kann nicht ernstlich bestreiten, daß in einer Kombination von fürsorgender Sterbebegleitung und wirksamer Schmerztherapie der gegenüber einer Tötung auf Verlangen bessere Weg der Behandlung tödlich Leidender liegt (64). Auch ist die Befürchtung nicht abwegig, daß eine (begrenzte) Zulassung der Tötung auf Verlangen dem Ausbau der in Deutschland ohnehin rückständigen Schmerztherapie und einer große menschliche Anforderungen stellenden intensiven Sterbebegleitung eher abträglich sein könnte, weil ein scheinbar einfacherer Weg zur Verfügung steht. Das wäre keine humane Lösung.

Andererseits können auch heute noch keineswegs alle qualvollen Schmerzzustände in ausreichendem Maße beherrscht werden (65); und daß Fälle eines dringlichen und verständlichen Sterbewunsches tatsächlich vorkommen, zeigen schon die von mir aus der Rechtsprechung beigebrachten Beispiele zur Genüge. Aber man muß bedenken, daß nach deutschem Recht - anders als in den meisten fremden Rechtsordnungen - die Beihilfe zum Suizid immer schon straflos gewesen ist. Das von Hackethal eingeschlagene Verfahren (vgl. oben E I) bleibt also als letzter Ausweg bereits nach geltendem Recht möglich, wenn alle Mittel, einen dringlichen Sterbewunsch überflüssig zu machen, fehlschlagen. Wenn in einem solchen Falle der Sterbewillige das Glas selber leert, dessen Inhalt ihm einen sanften Tod beschert, hat er den letzten Schritt allein und in eigener Person getan. Das scheint mir immer noch erträglicher als eine gesetzlich institutionalisierte, prozedural geregelte Fremdtötung.

Wenn man dies berücksichtigt, bleiben für eine legitime aktive Sterbehilfe nur noch seltene Extremfälle übrig, in denen ein todkranker, schwer leidender und sterbewilliger Mensch weder von seinen Qualen befreit werden kann noch in der Lage ist, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen. So kann es sich etwa bei einem vollständig gelähmten, von Erstickung bedrohten Menschen verhalten. Ein Sachverhalt wie der (oben D I 4) vom LG Ravensburg entschiedene scheint mir in diese Kategorie zu gehören. Der Ehemann in diesem Fall, der seine Frau durch das Abstellen des Beatmungsgerätes zum Tode verholpen hat, würde auch dann keine Strafe verdienen, wenn er sich statt eines technischen Behandlungsabbruchs des Mittels der direkten Tötung hätte bedienen müssen.

Das Beispiel zeigt schon, daß sich Grenzsituationen dieser Art nicht auf Ärzte beschränken lassen. Viel diskutiert wird ein (möglicherweise fiktiver) Fall, in dem ein Fahrer in einem brennenden LKW unrettbar eingeklemmt war und, um dem sonst unvermeidbaren qualvollen Verbrennen zu entgehen, einen anderen um seine Tötung bat. Auch hier würde eine Bestrafung des Helfers wegen Tötung auf Verlangen von niemandem verstanden werden.

Für gänzlich ausweglose Situationen solcher Art, in denen kein anderes Mittel zur Verfügung steht, hat der Alternativentwurf (66) einen § 216 II mit folgendem Wortlaut vorgeschlagen:

«Das Gericht kann unter den Voraussetzungen des Abs. 1 (d.h. bei der Tötung auf Verlangen, Zusatz vom Verf.) von Strafe absehen, wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom

Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann».

Der Deutsche Juristentag hat sich diesem Vorschlag im Jahre 1986 angeschlossen (67). Er würde als äußerste Möglichkeit die Straffreistellung bei Tötung auf Verlangen zulassen, gleichzeitig aber deutlich machen, daß alle anderen Mittel, die einem tödlich Kranken helfen können, ausgeschöpft sein müssen. Aus den geschilderten Gründen denke ich, daß eine solche Lösung einer weitergehenden Straffreistellung der Tötung auf Verlangen vorzuziehen ist. In solchen Extremfällen läßt sich auch ein auf eine Gewissensentscheidung des Handelnden gestützter Verantwortungsausschluß begründen (68).

F. Die Früheuthanasie

Ein wenig geklärtes Sonderproblem betrifft das Sterbenlassen von schwer mißgebildeten Neugeborenen (69). Um einen eigentlichen Fall individueller Sterbehilfe handelt es sich dabei nicht, weil das neugeborene Kind keinen Willen hat und auch ein mutmaßlicher Wille nicht eruierbar ist. Es bleibt nur die Möglichkeit, eine Behandlungseinstellung im Wege des rechtfertigenden Notstandes zuzulassen, wenn ein schwerstgeschädigter neugeborener Mensch entweder ein Bewußtsein niemals erlangen wird (70) oder wenn nach objektivem Urteil die Schmerzen und Behinderungen, denen ein solcher Mensch unterworfen ist, sein kreatürliches Lebensinteresse deutlich überwiegen. Ein solcher Maßstab hat den Vorteil, rein eugenische Ziele aus diesem Bereich fernzuhalten (71). Statt dessen soll es darauf ankommen, was nach bestem Wissen und Gewissen dem Interesse des Neugeborenen am ehesten entspricht. Bei dieser Abwägung wird auch die Einstellung der Eltern einzubeziehen sein. Außerdem muß man sich darüber klar sein, daß eine Entscheidung für die Aufrechterhaltung des Lebens schwerstbehinderter Neugeborener nur in dem Maße möglich ist, wie die Allgemeinheit bereit ist, die daraus entstehenden Lasten mitzutragen und dadurch den Eltern solcher Kinder ein Leben zu ermöglichen, an dem sie nicht zerbrechen (72).

Die konkreten Aussagen, die in den neuen Grundsätzen der Bundesärztekammer formuliert werden, scheinen mir mit diesen Grundsätzen vereinbar zu sein. Es heißt dort (II, Abs. 2): «Bei Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktion ersetzt, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern».

G. Die «Vernichtung lebensunwerten Lebens»

Ganz außerhalb jeder erwägenswerten Form von Sterbehilfe liegt die sog. Vernichtung lebensunwerten Lebens. Es geht dabei um die Tötung unheilbarer, aber lebensfähiger und –williger Geisteskranker im Interesse der Allgemeinheit. Die Diskussion darüber war angestoßen worden durch die bis heute unrühmlich bekannte Schrift von Binding/Hoche aus dem Jahre 1920: «Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens». Ihre Vorschläge sind vor 1933 überwiegend auf Ablehnung gestoßen und später von den Nationalsozialisten aufgegriffen worden. Eine gesetzliche Zulassung derartiger Tötungen ist aber auch in den Jahren 1933-1945 nicht erfolgt. Das sog. Euthanasieprogramm des nationalsozialistischen Staates, das in der Praxis über alle von einzelnen Autoren je geäußerten Vorschläge erheblich hinausging, beruhte auf einem Geheimerlaß Hitlers, der auf den 1. September 1939 zurückdatiert worden war. Er mußte schon im August 1941 wegen der Unruhe und Empörung weiterer Bevölkerungskreise über die inzwischen bekannt gewordene Praxis wieder abgebrochen werden.

Nach geltendem Recht wäre ein auf derartige Tötungen abzielendes Gesetz wegen Verstoßes gegen die Lebensschutzgarantie des Art. 2 II GG Verfassungswidrig und nichtig und wird selbstverständlich

auch nirgends gefordert.

H. Schluß

Die vorstehende Übersicht mag gezeigt haben, auf einem wie außerordentlich komplizierten und umstrittenen Terrain wir uns bei der strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe bewegen. Eine «befriedigende Regelung», die wir Juristen in anderen Bereichen, und manchmal auch mit Erfolg, anstreben, kann es hier nicht geben; denn das qualvolle Sterben eines Menschen bleibt immer schrecklich. Aber man kann doch versuchen, das Recht so einzurichten, daß es im Rahmen des möglichen Hilfe gestattet und gebietet oder ggf. wenigstens nur das geringere Übel toleriert. Ich habe versucht, dies zu zeigen, und es hat sich dabei ergeben, daß die vorgeschlagenen Lösungen zum größeren Teil schon durch eine Auslegung des geltenden Rechts erzielt werden können. Aber der Leser wird auch bemerkt haben, daß das Netzwerk von Konstellationen und Regeln verwickelt, zum Teil umstritten und selbst für einen Fachmann nicht leicht zu durchschauen ist. Eine gesetzliche Regelung der Materie, wie sie der - heute freilich weiter verbesserungsfähige - Alternativ-Entwurf vorgeschlagen hat, könnte hier größere Klarheit und Rechtssicherheit bringen.

Fußnoten:

- (1) Die neuen «Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung» vom 11.9.1998, NJW 1998, 3406, versuchen den vielfach emotional besetzten Ausdruck 'Sterbehilfe' zu vermeiden. Doch verschleiert der Begriff der 'Begleitung', daß dabei durchaus ein den Tod förderndes ärztliches Verhalten möglich ist. Auch die Verwendung des Begriffes 'Euthanasie' ist nicht unumstritten. Einerseits ist der Ausdruck für manche durch das sog. Euthanasieprogramm der nationalsozialistischen Zeit, das die Tötung von Geisteskranken zum Ziel hatte diskreditiert. Andererseits wollen manche das Wort auf die sog. Hilfe beim Sterben, also den Fall einer Schmerzlinderung ohne lebensverkürzende Wirkung, beschränken. Es lohnt sich nicht, über solche terminologischen Fragen zu streiten. Hier wird der Begriff so gebraucht., wie es oben im Text angegeben ist.
- (2) Vgl. etwa die Fn. 1 genannten 'Grundsätze der Bundesärztekammern.
- (3) Vgl. neuestens etwa Hoerster, Sterbehilfe im säkularen Staat.
- (4) Dazu Jens/Küng, Menschenwürdig sterben.
- (5) Vgl. dazu Fn. 1.
- (6) Dazu mit ausführlichen Nachweisen näher Kutzner, in: Salger-FS, 663 ff.
- (7) Wie Fn. 1, I, Abs. 2, Satz 2.
- (8) BGHSt 42, 305 mit Belegen für die eine oder andere Meinung. Herzberg, NJW 1996, 3043, Fn. 1, liefert umfassende Nachweise zur Rechtfertigungslösung, während er selbst einen Tatbestandsausschluß bejaht. Merkel, JZ 1996, 1147 ff., hat zuletzt die Rechtfertigungslösung wieder ausführlich - allerdings unter Anwendung von § 34 begründet. Weitere Nachweise zur Tatbestandslösung bei Tröndle, vor 211, Rn. 17.
- (9) So im Ergebnis schon Roxin, in: Blaha u.a. (Hrsg.), Schutz des Lebens Recht auf Tod, 87; ders., in: 140 Jahre Goldammer's Archiv, 189.
- (10) Vgl. dazu Verrel, JZ 1996, 226f.; Sternberg-Lieben, Die objektiven Schranken der Einwilligung, 104, Fn. 132; Niedermair, Körperverletzung mit Einwilligung und die Guten Sitten, 140, bei und in Fn. 531.
- (11) Herzberg, NJW 1996, 3048.
- (12) Baumann u.a., (Hrsg.), Alternativ-Entwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, § 214 a, Anm. 4.
- (13) Wie Fn. 12, § 214 a, Anm. 2.
- (14) Wie Fn. 12, § 214 a, Anm. 3.
- (15) BGHSt 42, 301 (305).
- (16) So versteht Schöch, NSTz 1997, 411, den BGH, wenngleich auch er im Urteil die 'letzte Klarheit' vermißt.
- (17) Vgl. Sch/Sch-Eser, vor § 211, Rn. 26; Schöch, NSTz 1997, 410 f.
- (18) Für die Beschränkung der Rechtfertigung auf den dolus eventualis zuletzt Schöch, NSTz 1997, 411.
- (19) Zu den damit verbundenen Grenz- und Streitfragen siehe unten E I, 2; II.
- (20) Vgl. dazu Jens, in: Jens/Küng, wie Fn. 4, 111 ff.
- (21) BVerfGE 32, 98 ff.
- (22) BGHSt 32, 367 ff., 368, 380 f.
- (23) Vgl. dazu nur mit umfassenden Schrifttumsnachweisen Sch/Sch-Eser, vor § 211, Rn. 41-43.
- (24) BGHSt 6, 147 ff. (Großer Senat). Auch BGHSt 32, 375 f., läßt immerhin «dahinstehen», «ob die gegebene Begründung heute noch in vollem Umfang anerkannt werden kann».
- (25) In NSTz 1988, 127 sagt der 2. Strafsenat des BGH, daß er «dazu neigt, einem ernsthaften, freiverantwortlich gefaßten Selbsttötungsentschluß eine stärkere rechtliche Bedeutung beizumessen», als dies in BGHSt 32, 367 ff. geschehen sei.
- (26) Zur näheren Begründung Roxin, in: Engisch-FS, 395 ff.; weitere Nachweise zum Streitstand bei Sch/Sch-Eser, vor §

- 211, Rn. 32.
- (27) Näher Roxin, NStZ 1987, 349.
- (28) Sch/Sch-Eser, Rn. 32 vor § 211.
- (29) NStZ 1987, 229 mit Aufsatz Roxin, NStZ 1987, 348.
- (30) BGHSt 40, 257, 260.
- (31) NJW 1998, 2749 m. Anm. Knieper, 2720; sowie Verrel, JR 1999, 5.
- (32) Vgl. Verrel, JZ 1996, 229, Fn. 63.
- (33) Wie Fn. 12, 17; ebenso Roxin, in: Blaha u.a., wie Fn. 9, 89.
- (34) Schöch, NStZ 1995, 156.
- (35) Auch dazu Schöch, NStZ 1995, 155; ferner Verrel/Schmidt, Frankfurter Rundschau, 6.8.1998, S. 16.
- (36) Wie Fn. 1, V. Abs. 2 und 1 mit konkretisierenden Maßgaben.
- (37) Wie Fn. 1, III., Abs. 2, S 1.
- (38) Hier und im folgenden: FAZ vom 14.9.98 in Wiedergabe von Äußerungen gegenüber der Zeitschrift «Focus».
- (39) Ich zitiere einen Bericht der Süddeutschen Zeitung vom 12./13.9.1998, S. 1.
- (40) Merkel, ZStW 107 (1995), 545 ff. (573).
- (41) Wofür Merkel auf amerikanische Patientenbefragungen verweist (wie Fn. 39, 559).
- (42) Hoerster, wie Fn. 3, 87 ff. (90).
- (43) Vgl. Merkel, ZStW 107 (1995), 572.
- (44) Vgl. oben bei Fn. 32.
- (45) Das wird in der Literatur nur ganz vereinzelt und unter fast allgemeiner Ablehnung bestritten. Näher dazu Roxin, in: Dreher-FS, 331 ff.
- (46) Vgl. dazu das lesenswerte Urteil des OLG München, NJW 1987, 2940, das durch einen Aufsatz von Herzberg, NJW 1986, 1635 ff. maßgeblich beeinflusst worden ist.
- (47) Eine nähere Darstellung findet sich bei Roxin, NStZ 1987, 345 ff.; ders in: Pohlmeier (Hrsg.), Selbstmordverhütung, 85 ff.; ders., in: 140 Jahre Goldammer's Archiv für Strafrecht, 177 ff.
- (48) Näher dazu Roxin, in: 140 Jahre Goldammer's Archiv für Strafrecht, 178 f.
- (49) Eine Auseinandersetzung mit solchen schwierigen Grenzfällen findet sich bei Roxin, in: 140 Jahre Goldammer's Archiv für Strafrecht, 183-186.
- (50) NStZ 1987, 365 mit Aufsatz Roxin, NStZ 1987, 345.
- (51) Vgl. Scholten, in: Eser/Koch (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe, Landesbericht Niederlande, 451.
- (52) Jakobs, Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem, 25 f.
- (53) Wie Fn. 51, 29 ff.
- (54) Wie Fn. 51, 31.
- (55) Herzberg, NJW 1986, 1635 ff. (1638 ff.).
- (56) Merkel, in: Hegselmann/Merkel (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie, 71 ff.
- (57) Herzberg, NJW 1986, 1640.
- (58) Merkel, hier und im folgenden wie Fn. 55, 97.
- (59) Hoerster, wie Fn. 3, 169 f.
- (60) Küng, wie Fn. 4, 65 ff. (66).
- (61) Vgl. unten G.
- (62) Auch die Parlamentarische Versammlung des Europarates in Straßburg hat sich im Juni 1999 gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ausgesprochen (bei gleichzeitiger Anerkennung der indirekten Sterbehilfe).
- (63) Alternativ-Entwurf, wie Fn. 12, 34; aber auch Hoerster, wie Fn. 3, 137 ff. Vgl. zum ganzen auch Schreiber, Behandlungsabbruch und Sterbehilfe, in: Bottke u.a., Lebensverlängerung aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, 1995, 129 ff. (141 ff.).
- (64) So selbst Hoerster, wie Fn. 3, 148.
- (65) Vgl. dazu Hoerster, wie Fn. 3, 141 f.
- (66) Wie Fn. 12, S. 34.
- (67) Vgl. NJW 1986, 3065, 3073 f.
- (68) Roxin, AT I (3^a), § 22, Rn. 118; näher zur Gewissenstat und auch zu dieser Konstellation Roxin, in: Maihofer-FS, 389 ff. Ob sogar eine Rechtfertigung des Handelnden in Betracht gezogen werden kann, bedarf weiterer Diskussion.
- (69) Aus dem älteren Schrifttum sind besonders wichtig die Arbeiten von Arthur Kaufmann, JZ 1982, 481 ff., und Hanack, MedR 1985, 33 ff. Die erste umfassende monographische Arbeit liefert jetzt Merkel, «Früheuthanasie», 1999.
- (70) Auf diesen Gesichtspunkt stellt der Alternativ-Entwurf § 214 I, Nr. 2 ab (wie Fn. 12, S. 13 mit Begr. S. 20)
- (71) Vgl. aber Sch/Sch-Eser, vor § 211, Rn. 32 a: «Klar sollte sein, daß es sich bei solcher «Früheuthanasie» schon nicht mehr um individuelle Sterbehilfe, sondern um gesellschaftsnützliche Eugenik handelt».
- (72) Vgl. dazu Sch/Sch-Eser, vor § 211, Rn. 32 a.

[Pulse aquí si desea consultar el texto en su versión traducida al español.](#)

TRATAMIENTO JURÍDICO-PENAL DE LA EUTANASIA

Claus Roxin

RESUMEN: *En primer lugar, el artículo trata los casos que Roxin denomina de “eutanasia pura” en los que la intervención médica se dirige a un alivio de los sufrimientos del paciente sin provocar simultáneamente un acortamiento de la vida. Las únicas hipótesis que al respecto resultan problemáticas son aquellas en las que la intervención facultativa se lleva a cabo en contra de la voluntad expresa del paciente o bien allí donde la actuación medica es omitida, también en contra de la voluntad de aquél. En segundo lugar, Roxin analiza los supuestos de eutanasia activa indirecta: el autor parte de su aceptación básica, de acuerdo con la doctrina y jurisprudencia alemanas, y pasa a reflexionar acerca de su naturaleza jurídica, su dimensión temporal, sus presupuestos fácticos y la forma del dolo que se manifiesta en estos casos. En tercer lugar, el autor se ocupa del tratamiento de la eutanasia pasiva. En este tema aborda, básicamente, tres grupos de casos: no adopción o cese de medidas que alargan la vida por deseo del paciente, omisión de medidas que mantienen la vida en contra del deseo del paciente y omisión de medidas que mantienen la vida en un momento en el que el paciente es incapaz de declarar. En el cuarto apartado se examinan algunos de los aspectos más relevantes de la eutanasia activa, comenzando por el análisis de la impunidad de la participación en el suicidio ajeno que postula el StGB alemán y que solo resulta punible cuando el sujeto, a petición de la víctima, pasa a desarrollar actos ejecutivos en la muerte –consentida- de ella victima (“Totung auf Verlangen” ; parágrafo 216 StGB). Esta última figura y, sobre todo, sus límites, son también objeto de un detenido análisis. El estudio termina abordando brevemente el tratamiento a dar a los casos de recién nacidos con graves deformaciones y a los casos, tristemente celebres, de exterminio de enfermos mentales durante la Alemania nazi con la excusa de que eran “vidas sin valor”.*

PALABRAS CLAVES: *eutanasia, suicidio, cooperación, homicidio a petición, interrupción de tratamiento.*

FECHA DE PUBLICACIÓN EN RECPC: julio de 1999