

# STERBEHILFE MIT SYSTEM\*

Uwe Scheffler

Nicht ganz zu Unrecht wird die Sterbehilfe in den letzten Jahren als „Modethema“ bezeichnet mit der Folge, daß das Schrifttum „allenfalls noch für Spezialisten überschaubar“ sei<sup>1</sup>. Nun mag dies nicht zuletzt an dem Widerspruch liegen, daß zwar einerseits jede Form von Sterbehilfe kaum mit dem Dogma des absoluten Tötungsverbotens selbst auf Verlangen (§ 216 StGB) zu vereinbaren ist, andererseits aber die völlige Ablehnung jeglicher Sterbehilfe eigentlich von niemandem vertreten wird. Der folgende Beitrag will ausgehend von der Rechtsprechung prüfen, inwieweit ein Weg durch den Dschungel der Meinungen und Systematisierungsansätze gangbar ist, der eng an die allgemeine Strafrechtsdogmatik angelehnt bleibt.

## I. RANDBEREICH

In einem ersten Schritt sind kurz die Phänomene zu erörtern, die nicht zum Kernbereich der Sterbehilfe zu zählen sind, häufig aber als solche bezeichnet werden: Sterbebegleitung, Suizidbeihilfe und Vernichtung angeblich „lebensunwerten“ Lebens.

### 1. Sterbebegleitung

Die Sterbebegleitung stellt genaugenommen nicht „Hilfe zum Sterben“, sondern „Hilfe während des Sterbens“ dar; sie wird manchmal deshalb auch als „reine“<sup>2</sup> oder „echte“<sup>3</sup> Sterbehilfe bezeichnet. In Deutschland hat es sich insbesondere die sog. Hospiz-Bewegung zur Aufgabe gemacht, Menschen, die an einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit leiden und nicht mehr zu Hause gepflegt werden können, würdevoll sterben zu lassen<sup>4</sup>. Dazu gehört zwar optimale Schmerztherapie, aber nicht Intensivmedizin und Lebensverlängerung um jeden Preis. Es geht hier also um Euthanasie im Wortsinn: um einen schönen, leichten Tod.

Strafrechtlich relevant kann diese Form von Sterbebegleitung allenfalls in der letzten Phase des Lebens werden. Bis dahin ist auch dann, wenn zugunsten eines „schönen Todes“ auf die Anwendung medizin-technologischer Möglichkeiten verzichtet wurde, der Behandlungsverzicht aufgrund des entsprechenden Patientenwillens geboten. Dies gilt auch - entgegen der orthodoxen katholischen Moralthologie, wonach es um die „Teilnahme am Leiden Jesu Christi“ gehe<sup>5</sup> - für die Verkürzung des „bewußten“ Lebens durch dämpfende Schmerzmittel („Hinüber-

---

\* Dieser Beitrag ist über das Symposium hinaus bis zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Bandes fortgeschrieben worden.

1 *Maurach/Schroeder*, Strafrecht BT/1, 8. Aufl. 1995, § 1 Rn. 34; siehe auch schon *Stratenwerth*, SchwZStrR 95 (1978), 60 f.; *Otto*, Verh. 56. DJT, 1986, Teil D, S. 9.

2 Siehe etwa *Engisch*, Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Betrachtung, 1948, S. 4 f.

3 Siehe etwa *Wessels*, Strafrecht BT/1, 21. Aufl. 1997, Rn. 25.

4 Näher dazu Evangelische Akademie Baden (Hrsg.), *Hospiz - Alternative für die Sterbebegleitung?*, 1989; *Student in Student* (Hrsg.), *Das Recht auf den eigenen Tod*, 1993, S. 108 ff.

5 Siehe dazu *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, 1977, S. 9; *Trockel*, NJW 1975, 1442 f.; *Schwinge*, Erinnerungsgabe für *Grünhut*, 1965, S. 150 f.; *Kohlhaas*, Medizin und Recht, 1969, S. 108; *Hoerster*, NJW 1986, 1787.

schlummern“)<sup>6</sup>; im Gegenteil, verweigerte Schmerzbekämpfung kann sogar als Körperverletzung strafbar sein<sup>7</sup>. Der Bundesgerichtshof nimmt jedoch für den Suizid an, daß mit dem Eintritt der Bewußtlosigkeit auch der einer Intervention entgegenstehende Wille des Patienten gleichsam entschwindet und macht hier den Weg frei zur Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung, beim Vorliegen einer Garantstellung, die Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal in aller Regel haben werden, sogar wegen Unterlassenstäterschaft<sup>8</sup>. Auch auf § 101 StVollzG sei hingewiesen, der zur Durchführung von medizinischer Behandlung oder Zwangsernährung bei Hungerstreikenden dann verpflichtet, wenn nicht mehr „von einer freien Willensbestimmung des Gefangenen ausgegangen werden kann“. In diesen Fällen soll eine Art „Tatherrschaftswechsel“ stattfinden. Die Literatur hat diese Auffassung immer mit dem Hinweis darauf bekämpft, daß man dann bei einem Suizid straflos das Tötungsmittel zur Verfügung stellen dürfe, aber dagegen einschreiten müsse, wenn es zu wirken beginnt<sup>9</sup>. Man mag sich auch fragen, verallgemeinert man diese Dogmatik, wie denn dann (insbesondere lebensgefährliche) Operationen durchgeführt werden können, liegt die Einwilligung doch vor der Narkose ...<sup>10</sup>

Es scheint nur auf den ersten Blick so, als ob der BGH in dieser Rigidität an seiner Suizid-Rechtsprechung nicht mehr festhalten will. Im „Wittig-Fall“<sup>11</sup> hat der 3. Senat 1984 zwar einen Arzt nicht bestraft, der zu einer Patientin, die sich vergiftet hatte, hinzukam und sie ihrem Willen entsprechend sterben ließ. Der BGH führte zum Freispruch jedoch nur aus: „Wenn der Angeklagte ... den Konflikt zwischen der Verpflichtung zum Lebensschutz und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts der nach seiner Vorstellung bereits schwer und irreversibel geschädigten Patientin dadurch zu lösen suchte, daß er nicht den bequemeren Weg der Einweisung in eine Intensivstation wählte, sondern in Respekt vor der Persönlichkeit der Sterbenden bis zum endgültigen Eintritt des Todes bei ihr ausharrte, so kann seine ärztliche Gewissensentscheidung nicht von Rechts wegen als unvertretbar angesehen werden.“ Das Gericht hat also unter grundsätzlicher Beibehaltung seiner Rechtsprechung nur eine Ausnahme für „diesen“ Angeklagten gesucht.

Entscheidend ist aber folgendes: In der Diskussion um das umstrittene Wittig-Urteil hat der damalige Berichterstatter und jetzige Vorsitzende des 3. BGH-Senats *Klaus Kutzer* darauf hingewiesen, daß seiner Ansicht nach die Rechtsprechung zum Suizid sich nicht auf den Behandlungsverzicht übertragen lasse<sup>12</sup>. Bedenkt man die harsche Kritik der Literatur<sup>13</sup> und die vorsichtige Distanz selbst der Judikatur zum „Wittig-Urteil“<sup>14</sup>, so ist zu prognostizieren, daß eine Transformation der Grundsätze auf die Sterbebegleitung in der Tat nicht geschehen wird (sondern eher umgekehrt, wie es auch der Alternativentwurf Sterbehilfe 1986 vorschlug<sup>15</sup>).

Eine plausible Begründung für diese Differenzierung zu finden, fällt nicht leicht<sup>16</sup>. *Kutzer* hat darauf hingewiesen, Suizidenten seien in der Regel körperlich gesund, das Sterbenlassen würde dagegen alte, schwerkranke Menschen betreffen. Der „Suizidpatient“ habe zielgerichtet mit dem Tötungsversuch den Höchstwert der grundgesetzlichen Ordnung negiert, während der „Normalpatient“ lediglich dem herannahenden Tod keinen Widerstand mittels medizinisch-technischer oder pharmakologischer Maßnahmen mehr entgegensetzen wolle<sup>17</sup>. Juristisch sind diese Differenzierungen kaum zu fassen, wohl aber moraltheologisch: Der Suizident (und auch der Hungerstreikende!) widersetzt sich „Gottes Willen“ (zum Weiterleben)

6 *Stratenwerth*, SchwZStrR 95 (1978) 64; *Otto*, Verh. 56. DJT, S. 34; kritisch *Jakobs*, FS *Arth. Kaufmann*, 1993, S. 470 Fn. 36.

7 *Eser* in *Schönke/Schröder*, 25. Aufl. 1997, vor §§ 211 ff. Rn. 23; *Kutzer*, ZRP 1993, 404 f.; *Verrel*, MedR 1997, 250.

8 Vgl. BGH, NJW 1960, 1821 (1822).

9 Siehe dazu *Maurach/Schroeder*, Strafrecht BT/1, § 1 Rn. 25; *Jähnke* in *Leipziger Kommentar*, 10. Aufl. 1989, vor § 211 Rn. 2; *Otto*, Verh. 56. DJT, S. 67.

10 Siehe dazu *Koch* in *Eser/Koch*, Materialien zur Sterbehilfe, 1991, S. 65.

11 BGHSt 32, 367.

12 *Kutzer*, MDR 1985, 712 f.; kritisch hierzu *Eser* in *Schönke/Schröder*, vor §§ 211 ff. Rn. 28.

13 Siehe nur *R. Schmitt*, JZ 1984, 866 ff.

14 Siehe BGH, NJW 1988, 1532.

15 § 214 II AE-Sterbehilfe; vgl. auch *Verrel*, JZ 1996, 224 ff.

16 Siehe auch *Bernsmann*, ZRP 1996, 88; *Verrel*, JZ 1996, 230.

17 *Kutzer*, MDR 1985, 713.

anders als der zum Sterben bereite Todkranke. Betrachtet man den „Wittig-Fall“ so, macht der dortige Schlingerkurs<sup>18</sup> des BGH Sinn: Es handelte sich dort nicht um eine körperlich gesunde, sondern um eine alte, schwerkranke Suizidentin ...<sup>19</sup>

## 2. Beihilfe zum Suizid

Die Beihilfe zum Suizid ist genaugenommen Sterbehilfe im eigentlichen Wortsinn. Sie ist in Deutschland, anders als etwa in der Schweiz oder in Österreich, an sich straflos. (Eine andere Auffassung vertreten nur einige Juristen wie etwa *Eberhard Schmidhäuser*, der davon ausgeht, daß auch der Suizid den Unrechtstatbestand der Tötungsdelikte erfülle, straflos nur wegen eines vorliegenden Entschuldigungsgrundes sei mit der Folge, daß Beihilfehandlungen nicht mangels rechtswidriger Haupttat ausgeschlossen seien<sup>20</sup>.) Allerdings wäre es irrtümlich zu glauben, daß hierdurch im deutschen Strafrecht die Strafbarkeit wesentlich eingeschränkt würde: Im Ausland wird eher verwundert zur Kenntnis genommen, wie in Deutschland trotz einer fehlenden Vorschrift manchmal Fälle von Beihilfe zur Selbsttötung bestraft werden, die dort straflos blieben<sup>21</sup> - ein Beispiel hierfür hatten wir mit der „Lehre vom Tatherrschaftswechsel“ soeben erörtert.

Das entscheidende Abgrenzungskriterium zwischen (strafloser) Suizidbeihilfe und (strafbarer) Sterbehilfe soll sich nach der deutschen Rechtsprechung aus der „Tatherrschaft“ ergeben, die genaugenommen entsprechend der formal-objektiven Teilnahmelehre ermittelt wird<sup>22</sup>. So hat der BGH im „Gisela-Fall“ Sterbehilfe deshalb bejaht, weil *Giselas* Freund bei dem beabsichtigten gemeinsamen Sterben durch Autoabgas-Vergiftung den Fuß auf dem Gaspedal hatte und damit „das gesamte Geschehen bis zuletzt in der Hand“, also Tatherrschaft gehabt habe<sup>23</sup>. Im „1. Hackethal-Fall“ hat dementsprechend das OLG München eine straflose Suizidbeihilfe angenommen, weil die Sterbewillige „den Giftbecher ... ohne Hilfe Dritter selbst zum Mund geführt und das Gift getrunken“ hatte<sup>24</sup>. Solche Entscheidungen illustrieren den Hauptkritikpunkt an dieser Dogmatik: Die Einordnung von Hilfeleistungen als Tötungsdelikt hängt von „Kleinigkeiten“<sup>25</sup> der „Tat“-Ausführung ab.

## 3. Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens

Schließlich zählt nicht zum eigentlichen Bereich Sterbe-„Hilfe“ die Vernichtung angeblich lebensunwerten Lebens, wie sie insbesondere die Nationalsozialisten an Geisteskranke vorgenommen haben. Diese Verbrechen wären in unserem Zusammenhang kaum einer Erwähnung wert, hätten die Nazis nicht ihre Aktion euphemistisch als „Euthanasie“ bezeichnet, ein Begriff, der ansonsten häufig als Synonym für Sterbehilfe genutzt wird<sup>26</sup>.

18 Vgl. *Tröndle*, ZStW 99 (1987), 45: „verschlungene ... Begründung“.

19 Siehe *Bernsmann*, ZRP 1996, 88: „... die Dogmatik scheint die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit endgültig erreicht zu haben“; vgl. auch *Verrel*, JZ 1996, 226.

20 *Schmidhäuser*, Festschrift für *Welzel*, 1974, S. 801 ff.; Strafrecht BT, 2. Aufl. 1983, 2. Kap. Rn. 9; 37.

21 Siehe etwa *Noll*, Schweizerisches Strafrecht BT/1, 1983, S. 25; vgl. auch *Eser*, MedR 1985, 13.

22 Siehe *Kutzer*, NStZ 1994, 112; vgl. auch *Herzberg*, NJW 1986, 1641; siehe aber auch BGH, GA 1986, 508.

23 BGHSt 19, 135.

24 OLG München, NJW 1987, 2940.

25 *Krack*, KritJ 28 (1995), 71.

26 Siehe dazu *Koch* in *Eser/Koch* (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe, S. 33.

Es handelt sich hierbei insbesondere um die sog. „Aktion T 4“, der nach Schätzungen fast 100.000 Menschen zum Opfer gefallen sind. Die Aktion geht auf einen von *Hitler* persönlich unterschriebenen Brief mit Datum vom 01. September 1939 zurück, in dem er den Reichsleiter *Bouhler* und seinen persönlichen Arzt *Brandt* beauftragte, „... die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Gesundheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“<sup>27</sup>.

Daß das Ausführen eines solchen Befehls in aller Regel den Mordtatbestand erfüllt, liegt auf der Hand. Heimtücke (tödliche Spritze!) könnte allerdings nach der umstrittenen Rechtsprechung des BGH zur fehlenden Arglosigkeit Bewußtloser<sup>28</sup> und Geisteskranker<sup>29</sup> entfallen<sup>30</sup>; niedere Beweggründe müssen sich - jedenfalls für die in der Literatur herrschende Ansicht - (auch) in der Person des Haupttäters finden (§ 28 II bzw. § 29 StGB)<sup>31</sup>.

Spezifische Probleme bereiten diese fälschlich so genannten Euthanasiefälle - wenn man den allgemeinen Fragenkreis des Handelns auf Befehl einmal außer acht läßt - nur insoweit, als sich angeklagte Ärzte - wir wollen einmal unterstellen zu Recht - darauf berufen haben, sie hätten Tötungen deshalb angeordnet bzw. ausgeführt, weil im Weigerungsfalle ein anderer Arzt an ihre Stelle getreten wäre und mehr Kranke vernichtet hätte<sup>32</sup>. Juristisch müssen wir hier nun zunächst einmal sorgfältig differenzieren: Ist davon auszugehen, daß im Falle der Weigerung zwar mehr, aber andere Patienten umgebracht worden wären, oder ist (wohl wahrscheinlicher) anzunehmen, daß eine größere Zahl von Patienten unter Einschuß der auch von dem sich so verteidigenden Arzt ausgesuchten Kranken vernichtet worden wären?

(Nur<sup>33</sup>) im ersteren Fall entspricht die Konstellation exakt der in dem berühmten, von dem Strafrechtler und Rechtsphilosophen *Hans Welzel* erdachten „Bahnwärter-Fall“<sup>34</sup>, wo ein zufällig vorbeisender Weichensteller den garantiert vielfach tödlich endenden Zusammenstoß zweier vollbesetzter Personenzüge geistesgegenwärtig dadurch verhindert, daß er einen Zug blitzschnell auf ein Nebengleis umleitet, wissend, daß dort ein Gleisarbeiter kaum wird ausweichen können. Hier geht die herrschende Ansicht von einem „übergesetzlichen Notstand“ mit der Folge des Schuldausschlusses aus<sup>35</sup>; während andere, etwa der Münchener Strafrechtslehrer *Claus Roxin*, die allerdings „gewiß zu mildernde ... Strafbarkeit“ annehmen<sup>36</sup>.

Die zweite Fallgestaltung (die getöteten Patienten waren ohnehin verloren) entspricht dagegen der des von dem großen Kriminalrechtler *Adolf Merkel* vor einem Jahrhundert ersonnenen „Bergsteiger-Falles“<sup>37</sup>, in dem der eine von zwei abgestürzten Kletterern den anderen, mit ihm Verbundenen abschneidet, um zumindest sich selbst retten zu können. Bei dieser Konstellation wird von einigen Autoren eine Rechtfertigung angenommen: „Ein vernünftiges Recht kann nicht verbieten, daß wenigstens ein Menschenleben gerettet wird, wenn die Rettung beider unmöglich ist.“<sup>38</sup> Die wohl herrschende Gegenmeinung, der sich auch der BGH in seinem „Euthanasie-Urteil“ angeschlossen hat<sup>39</sup>, meint dagegen, es widerspreche der „von der christlichen Sittenlehre her bestimmten Kulturanschauung ... den für die Erhaltung von Sachwerten angemessenen Grundsatz des kleineren Übels anzuwenden und den rechtlichen Unwert der Tat nach dem sozialen Gesamtergebnis abzuwägen, wenn Menschenleben auf dem Spiele stehen“. Dogmatisch kann man dies damit stützen, daß „auch die Tötung eines ohnehin Verlorenen eine eigenmächtige Verkürzung seines Lebens ist. Würde man sie zulassen, so würde der Grundsatz aufgegeben, daß auch das Leben des Todgeweihten unter dem Schutze der Rechtsordnung steht“<sup>40</sup>. Wer so argumentiert, sieht zwischen Bergsteiger- und Bahnwärter-Fall keine prinzipiellen Unterschiede mehr.

Es sei allerdings darauf hingewiesen, daß man es sich zu einfach machen würde, die Vernichtung angeblich lebensunwerten Lebens als ein bloßes Phänomen des

27 Siehe hierzu *Ehrhardt*, Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens, 1965, S. 24 ff.

28 BGH, NJW 1966, 1823.

29 BGH, JZ 1974, 511.

30 So auch BGH, NStZ 1997, 490.

31 BGH, JZ 1974, 511 ist insoweit überholt!

32 Siehe BGH, NJW 1953, 513; OGHSt 1, 321; 2, 117; SchwurG Köln, NJW 1952, 358.

33 Dies verkennt SchwurG Köln, NJW 1952, 358 (359).

34 *Welzel*, ZStW 63 (1951), 51 f.

35 Siehe näher *Roxin*, Strafrecht AT/1, 3. Aufl. 1997, § 22 Rn. 146 ff. mwN.

36 *Roxin*, Strafrecht AT/1, § 22 Rn. 157.

37 *A. Merkel*, Die Kollision rechtmäßiger Interessen und die Schadensersatzpflicht bei rechtmäßigen Handlungen, 1895, S. 48.

38 *v. Weber*, Das Notstandsproblem und seine Lösungen in den deutschen Strafgesetzentwürfen von 1919 und 1925, 1925, S. 30.

39 BGH, NJW 1953, 513.

40 *Roxin*, Strafrecht AT/1, § 16 Rn. 34.

Dritten Reiches anzusehen. Nicht nur, daß diese „Euthanasie“ bei vielen Naturvölkern durchaus nicht unüblich gewesen ist<sup>41</sup>; selbst bei *Platon* kann man lesen: „Wer siech ist am Körper, den sollen sie sterben lassen. Wer an der Seele mißraten oder unheilbar ist, den sollen sie töten.“<sup>42</sup> *Plutarch* berichtet vom Infantizid in Sparta<sup>43</sup>, *Seneca* hat die Kindestötung verteidigt<sup>44</sup>. Später finden sich beim heiliggesprochenen *Thomas Morus*<sup>45</sup> sowie bei *Francis Bacon*<sup>46</sup> befürwortende Äußerungen zur Alten- und Krankentötung<sup>47</sup>.

Nun muß man bei der Abqualifizierung solcher Auffassungen aus völlig anderen Kulturkreisen als inhuman etwas vorsichtig sein<sup>48</sup>. Eine Überflußgesellschaft wie die unsere hat es einfach, sich zur Nichtdurchfütterung „unnützer Esser“ zu positionieren, die anderswo eine Existenzfrage sein kann. Immerhin haben auch bundesdeutsche Gerichte die Tötung Geisteskranker im 2. Weltkrieg, um sie der Gefahr des Verhungerns infolge der „katastrophalen Versorgungslage“ zu entziehen, zwar als strafbar, aber „keinen Verstoß gegen die Menschlichkeit“ bezeichnet<sup>49</sup>.

Insofern ist es viel problematischer, daß sich entsprechende Gedanken seit der Jahrhundertwende bei uns in Deutschland mehrten<sup>50</sup>. Vor allem ist die ideologische Grundlage für die Naziverbrechen durch das Buch „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ von *Binding* und *Hoche* aus dem Jahre 1920 bereitet worden. Der berühmte Jurist *Karl Binding* führte hier kurz vor seinem Tode aus, daß auch bei „unheilbar Blödsinnigen“ ein „absolut zweckloses Leben“ vorläge, so daß ihr Tod „nicht die geringste Lücke“ risse, ihr Leben aber für die Gesellschaft „eine furchtbar schwere Belastung“ bildete: So wäre etwa ein „Menschenberuf“ erforderlich, „der darin aufgeht, absolut lebensunwertes Leben für Jahre und Jahrzehnte zu fristen“<sup>51</sup>. Der Psychiater *Adolf Hoche* sprach etwa von „Ballastexistenzen“<sup>52</sup>.

Trotzdem muß darauf hingewiesen werden, daß man es sich zu leicht machen würde, *Binding* und *Hoche* einfach als Geistesverwandte der Nazis hinzustellen. *Hoche* gab 1933 aus Protest gegen die Machtergreifung seinen Lehrstuhl auf<sup>53</sup> und wurde später von den Nationalsozialisten „infam verfolgt“<sup>54</sup>; *Binding*, bei Abfassung der Schrift schon fast 80jährig, stand unter dem Einfluß des Massensterbens im 1. Weltkrieg<sup>55</sup>. Große Passagen sind durchaus als Bemühen um Humanität aus Mitleid zu verstehen. Daneben stehen aber auch die hier zitierten mehr als fragwürdigen Formulierungen. Größeres Befremden ruft bei mir jedenfalls hervor, wenn in den sechziger Jahren in der Bundesrepublik Schriften in weitgehender Anlehnung an die Thesen *Bindings* publiziert wurden und etwa „wegen ihres bemerkenswerten geistigen und medizinischen Niveaus lesenswert“ genannt wurden<sup>56</sup> - verfaßt von dem Medizinprofessor *Werner Catel*<sup>57</sup>, einem maßgeblichen Beteiligten an der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Aktion<sup>58</sup>.

41 Siehe *Koty*, Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern, 1932.

42 *Platon*, *Politeia*.

43 *Plutarch*, *Lykurg*.

44 *Seneca*, *De ira*.

45 *Morus*, *Utopia*.

46 *Bacon*, *Nova Atlantis*.

47 Näher *Eid* in *Eid* (Hrsg.), *Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten*, 2. Aufl. 1985, S. 12 ff.

48 Siehe dazu auch *Wunderli*, *Euthanasie oder Über die Würde des Sterbens*, 1974, S. 76 f.; *Buschendorf* in *Valentin* (Hrsg.), *Die Euthanasie*, 1969, S. 46; *Ehrhardt*, *Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens*, S. 7.

49 VGH Bremen, NJW 1960, 400; VGH Mannheim, zit. b. BVerwG, NJW 1964, 2220.

50 *Jost*, *Das Recht auf den Tod*, 1895; *E. Mann*, *Moral der Kraft*, 1920; *Die Erlösung der Menschen vom Elend*, 1922.

51 *Binding/Hoche*, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, 1920, S. 31 f.

52 *Binding/Hoche*, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, S. 55; 56 f.

53 *Hellbrügge* in *Forster* (Hrsg.) *Aktuelle Probleme des Lebensschutzes durch die Rechtsordnung*, 1964, S. 79; siehe auch *Ehrhardt*, *Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens*, S. 53.

54 *Simson*, *Festschrift für Schwinge*, 1973, S. 92 Fn. 7.

55 Vgl. *Binding/Hoche*, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, S. 27 f.; siehe dazu *Geilen*, *Euthanasie und Selbstbestimmung*, 1975, S. 6 Fn. 7.

56 *Simson*, *Festschrift für Schwinge*, S. 90; siehe auch *Kehler*, *Zentralblatt für Kinderheilkunde* 90 (1964), S. 97 f.: „anthropologisch begründeter Humanismus“; *Geilen*, *Euthanasie und Selbstbestimmung*, S. 17 Fn. 29: „subjektive Ernsthaftigkeit seines Anliegens“.

57 *Catel*, *Grenzsituationen des Lebens*, 1962; *Leidminderung richtig verstanden*, 1966.

58 Näher dazu *Ehrhardt*, *Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten Lebens“*, S. 2; 28 f.; 45 ff.; *Lohmann*, *Euthanasie in der Diskussion*, 1975, S. 70.

Ebenfalls als Befürwortung der Vernichtung lebensunwerten Lebens werden in den letzten Jahren von manchen die Thesen des australischen Philosophen *Peter Singer* angesehen, der in seiner „Praktischen Ethik“ ausgeführt hat, für die Frage, ob es verwerflich sei zu töten, hätte nicht die Zugehörigkeit eines menschlichen Wesens zur Spezies *Homo sapiens* allein Bedeutung; entscheidend seien vielmehr Eigenschaften wie Rationalität, Autonomie und Selbstbewußtsein. Diese Attribute hätten Säuglinge oder Ältere, die auf dieser geistigen Reifestufe beharren, sowie mancher aufgrund von Unfall, Krankheit oder hohem Alter Geschädigte nicht<sup>59</sup>. Folge sei, daß deren Tötung grundsätzlich zulässig wäre<sup>60</sup>. So problematisch diese Thesen sind, so sei *Singer* doch in einem Punkt hier in Schutz genommen: „Lebensunwert“ wird von ihm nicht auf den Wert des Lebens für die Gesellschaft bezogen, sondern für den betroffenen Menschen selbst<sup>61</sup>.

Es steht seit einiger Zeit zu befürchten, daß sich in Zukunft der Gedanke des Lebenswertes eines Kranken für die Gesellschaft doch wieder einschleichen könnte. Ansatzpunkt hierfür wäre die Ressourcenverteilung in einem unterfinanzierten Gesundheitssystem. So wird etwa aus Großbritannien heute schon berichtet, es sei „offizielle policy, Patienten mit Nierenversagen über einer gewissen Altersgrenze die Finanzierung der ... erforderlichen Dialyse vorzuenthalten und dadurch sterben zu lassen“<sup>62</sup> - Verteilung nach dem Lebenswert für die Gesellschaft?

## II. KERNBEREICH

Im folgenden soll versucht werden, den Bereich der eigentlichen Sterbehilfe zu ordnen. Ich will hier, in leichter Abwandlung von gängiger Einteilung, grob zwischen aktiver, aktiv-indirekter, passiver und quasi-passiver Sterbehilfe unterscheiden.

### 1. Aktive Sterbehilfe

Die aktive Sterbehilfe sei in der Bundesrepublik Deutschland verboten, heißt es stereotyp mit Blick auf § 216 StGB, der Tötung auf Verlangen. Auch auf den Eid des Hippokrates wird immer wieder hingewiesen, in dem es u.a. heißt: „Ich werde an niemanden ein tödlich wirkendes Gift abgeben, auch auf Verlangen nicht.“ Man sollte hier allerdings etwas genauer differenzieren:

#### a) Tötung aus Mitleid

Die sog. Mitleidstötung fällt zunächst einmal eindeutig aus dem Bereich der Tötung „auf Verlangen“ heraus, weil sie nicht auf Wunsch des Opfers, sondern in dessen (vermeintlich) wohlverstandenen Interesse vorgenommen wird. Sie ist genaugenommen „aufgedrängte Sterbehilfe“. Der bekannteste Fall in den letzten Jahren hierzu ist der „Wuppertaler Todesengel-Fall“<sup>63</sup>, in dem eine Fachschwester für Anästhesie und Intensivpflege mehreren schwerstkranken Patienten heimlich tödliche Injektionen verabreichte, um ihnen aus Mitleid<sup>64</sup> weiteres, von ihr als sinnlos angesehenes Leiden und einen langen Todeskampf zu ersparen. Spätestens wenn man in den Urteilsgründen liest, was für von Sachverständigen als „irrsinnige Aktivitäten“ bezeichnete Wiederbelebungsmaßnahmen die Schwester miterleben mußte, bei denen

59 *Singer*, Praktische Ethik, 2. Aufl. 1993/94, S. 115 ff.

60 *Singer*, Praktische Ethik, S. 232 ff.

61 Vgl. *Singer*, Praktische Ethik, S. 256 f.

62 *Birnbacher* in *Hegselmann/Merkel* (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie, 1991, S. 44.

63 BGHSt 37, 376.

64 Zweifelnd *Geilen*, Festschrift für *Spendel*, 1992, S. 52 ff.; *Eisenberg*, MschrKrim 80 (1997), 253.

es etwa zur „Hinzufügung von Rippenserienbrüchen“ kam, kann man verstehen, daß sich der BGH gegen die Annahme des Mordtatbestandes wehrte. Es bliebe bei Totschlag, weil in dieser Konstellation nicht nur keine niedrigen Beweggründe gegeben seien, sondern da es auch für das Heimtückemerkmal an der feindseligen Haltung gegenüber dem Opfer gefehlt habe<sup>65</sup>; es wäre ergänzend zu erinnern, daß jedenfalls nach der Rechtsprechung die heimtückische Tötung Bewußtloser ohnehin nicht möglich ist<sup>66</sup>.

In einer etwas älteren Entscheidung ist der BGH sogar noch einen Schritt weitergegangen und hat einen minder schweren Fall des Totschlages gemäß § 213 2. Alt. StGB in einem Fall angenommen, in dem eine Mutter „aus falsch verstandener Fürsorge“ ihr Kind, „an dem sie mit großer Liebe hing“, tötete, um ihm ein von ihr „als unerträglich und unausweichlich empfundenen Schicksal zu ersparen“<sup>67</sup>. Auch der StGB-Entwurf von 1962 (E 62) sah ausdrücklich Mitleid als Milderungsgrund bei Totschlag vor. Diese Auffassung dürfte solange zustimmungswürdig sein<sup>68</sup>, wie tatsächlich (altruistisches) „Mit-Leiden“ und nicht nur (egoistisches) „Nicht-mehr-mit-ansehen-Können“ den Motivschwerpunkt bildet<sup>69</sup>. Ist die Motivation aber sogar, wie kürzlich hinsichtlich einer ägyptischen Krankenschwester berichtet, die 18 Patienten in einem Krankenhaus tötete, „mehr Ruhe“ während der Schicht zu haben<sup>70</sup>, dürfte Mord aus niedrigen Beweggründen nicht mehr zu verneinen sein.

Nun sei selbst das Ergebnis der Totschlagsbestrafung doch einmal etwas provozierend hinterfragt: Im Bereich des Tierschutzes hat der BGH einmal ausdrücklich formuliert, die Gnadentötung eines schwer leidenden Tieres sei ein „sittliches Gebot“<sup>71</sup>. Gegen einen Vergleich kann man nun natürlich sofort einwenden, daß der Mensch, anders als das Tier, in der Lage ist, selbst Entscheidungen zu treffen - jedenfalls grundsätzlich. Was ist nun aber, wenn etwa bei einem zerebral schwerst Geschädigten diese Fähigkeit endgültig ausgefallen ist? Sittliches Gebot beim Tier - strafrechtliches Verbot beim Menschen?

Kriminologisch bemerkenswert ist es übrigens, daß Mitleidstötungen in der Bevölkerung relativ weitgehend auf ein gewisses Verständnis zu stoßen scheinen<sup>72</sup>. So sind kürzlich zum Zweck einer Kautionsstellung für eine Krankenschwester, verurteilt wegen versuchten Mordes an einer 85-jährigen Frau, eine Million DM gesammelt worden<sup>73</sup>. Erwähnt sei, daß selbst *Mahatma Gandhi*, trotz seiner Ablehnung jeglicher Gewalt, spekulativ die Mitleidstötung seiner eigenen Kinder für richtig erachtet hat<sup>74</sup>.

### b) Todeswunsch aus Konflikt

Kommen wir zur (aktiven) Sterbehilfe im eigentlichen Sinne, nämlich der Tötung „auf Verlangen“. In der Suizidforschung wird im allgemeinen hinsichtlich der Motivation zwischen dem Bilanz- und dem Konfliktsuizid unterschieden. Der Terminus Bilanzselbstmord stammt übrigens von dem schon erwähnten *Alfred Hoche*, der ihn wie folgt umschrieb: „Eine kaltbewußte Abwägung des Für und Wider, die sachlich und logisch zum endgültigen Entschluß führt, ist die Ausnahme, aber sie kommt vor; ich kenne derartige Fälle - der Bankier, der es sich aus dem Depot seiner Kunden wohl sein läßt, solange es gehen will, aber das Gift bei sich führt, das er im Momente der Verhaftung vorsatzgemäß schluckt, Ärzte, denen klar wird, daß sie am beginnenden Krebs leiden, gebildete, feinfühligere Persönlichkeiten, die zu Zuchthaus verurteilt werden, Kleinrentner, die ohne Aussicht auf Änderung vor dem

65 Siehe dazu *Roxin*, NStZ 1992, 35 f.; *Geilen*, Festschrift für *Spandel*, S. 522 ff.

66 Siehe näher *Geilen*, Festschrift für *Spandel*, S. 524; *Kutzer*, NStZ 1994, 111.

67 BGHSt 27, 298 (299).

68 So etwa auch *Arzt/Weber*, Strafrecht BT/1, 3. Aufl. 1988, Rn. 165.

69 Vgl. *Kutzer*, NStZ 1994, 111; *Geilen*, Festschrift für *Spandel*, S. 520 ff.

70 Märkische Oderzeitung vom 16./17. August 1997, S. 8.

71 BGH, NJW 1982, 1327 (1327 f.).

72 Vgl. auch *Geilen*, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 5.

73 Die Zeit 22/1997, S. 12.

74 *M. Gandhi*, All Men are Brothers, 1958, S. 92.

wirtschaftlichen Nichts stehen usw. ...“<sup>75</sup> Diese Unterscheidung läßt sich durchaus vom Suizid auf die Tötung auf Verlangen übertragen.

#### aa) Kein „ernsthafte“ Verlangen

Zunächst einmal ist eindeutig, daß ein Totschlag und nicht nur eine Tötung auf Verlangen vorliegt, wenn der Todeswunsch nicht nur aus einem Konflikt heraus erwächst, sondern darüber hinaus das Verlangen sich nicht einmal als „ernstlich“ i.S.v. § 216 StGB darstellt. Dies wird insbesondere dann angenommen, wenn aufgrund von alters- oder krankheitsbedingten Mängeln (oder infolge eines Irrtums: „Sirius-Fall“<sup>76</sup>) der natürlichen Einsichts- oder Urteilsfähigkeit Grenzen gesetzt sind.

Ein typischer Todeswunsch dieser Art wird etwa in dem schon erwähnten „Gisela-Fall“ beschrieben<sup>77</sup>, in dem eine Sechzehnjährige deshalb sterben möchte, weil die Eltern ihre intimen Liebesbeziehungen mißbilligten und ihrem Freund verboten hatten, zu ihrer Tochter noch einmal Kontakt aufzunehmen. Entgegen dem BGH würde ich mit dem AE-Sterbehilfe bei Minderjährigen ausnahmslos mangelnde Einsichts- und Urteilsfähigkeit annehmen<sup>78</sup> und nicht darauf abstellen, ob der Suizident „über sein Alter hinaus gereift“<sup>79</sup> sei (§ 3 JGG analog<sup>80</sup>); die rechtlichen Wertungen etwa von §§ 106 ff. BGB oder § 12 I Nr. 1 BWhlG dürften hier näher liegen<sup>81</sup>. Umgekehrt freilich geht es nicht an, abweichend von der allgemeinen Dogmatik jegliche psychische Ausnahmesituation - regelmäßig konstitutiv für einen Todeswunsch - als für die Einsichts- und Urteilsfähigkeit relevant anzusehen mit der Folge, daß in 95%<sup>82</sup> oder gar mehr<sup>83</sup> aller Sterbeverlangen die Anwendung von § 216 StGB nicht in Betracht käme<sup>84</sup>.

Jedenfalls scheidet zwar bei einer Bestimmung des Sterbehelfers durch das nicht ernsthafte Verlangen die Anwendung von § 216 StGB aus; eine Milderung der Totschlagsstrafe gemäß § 213 2. Alt. StGB liegt allerdings nahe<sup>85</sup> - mit der Konsequenz des gleichen Strafrahmens.

Dies ist freilich Tatfrage; es ist durchaus selbst eine Bestrafung wegen Mordes denkbar. Ein Beispiel hierfür wäre etwa der in der Presse berichtete Fall des Sterbehelfers *Atrott*, der offenbar gegen ein hohes Entgelt (Habgier?) einem Rechtsanwalt, der sich in dem krankhaften Wahn befand, an Aids erkrankt zu sein, Zyankali gab<sup>86</sup>.

#### bb) „Ernsthafte“ Verlangen

Wenn aber ein „ernsthafte Verlangen“ vorliegt, ist der Tatbestand des § 216 StGB einschlägig. Soweit es sich hierbei um jemanden handelt, dessen Tötungswunsch nicht auf „Bilanz“ beruht, ist die Norm heute praktisch unumstritten. Selbst ihre Kritiker konstatieren, daß sie insoweit zu Recht vor einem übereilten Tod schützen soll<sup>87</sup> und somit den Sterbewilligen „wie ein unvernünftiges Kind“<sup>88</sup> behandeln darf. Es gehe um den Schutz des „wahren“ Willens<sup>89</sup>. § 216 StGB mit seiner weitergehenden Pönalisierung sei deshalb ein abstraktes Gefährdungsdelikt. Es gehe hier,

75 *Hoche* in *Hoche* (Hrsg.) Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 3. Aufl. 1934, S. 352; siehe auch *J. E. Meyer*, *MedR* 1985, 210 ff.

76 BGHSt 32, 38.

77 BGHSt 19, 135; siehe auch BGH, JR 1955, 104.

78 § 215 II AE-Sterbehilfe; siehe auch RGSt 72, 399.

79 BGHSt 19, 135.

80 *Botke*, GA 1983, 31 f.; *Roxin* in 140 Jahre Goldammer's Archiv, 1993, S. 118.

81 Siehe auch *Geilen*, JZ 1974, 149; *Horn* in Systematischer Kommentar, 5. Aufl. 1993, § 212 Rn. 14.

82 *Jähne* in Leipziger Kommentar, vor § 211 Rn. 29.

83 *Bringewat* in *Eser* (Hrsg.), Suizid und Euthanasie, 1976, S. 368 ff.; *Langer* in *Kruse/Wagner* (Hrsg.), Sterbende brauchen Solidarität, 1986, S. 118.

84 So auch *Otto*, *Verh. DJT*, S. 77 f.; *R. Schmitt*, *Festschrift für Maurach*, 1972, S. 118.

85 Vgl. RGSt 72, 399 (400).

86 Tageszeitung vom 14. März 1994, S. 20; siehe auch BGH, NJW 1981, 932.

87 Siehe etwa *Jakobs*, *Festschrift für Arth. Kaufmann*, S. 467 ff.

88 *Herzberg*, NJW 1996, 3047.

89 *Engisch*, *Festschrift für Dreher*, 1977, S. 317.

wie schon *Hoche* formulierte<sup>90</sup>, um die „Überschätzung der Episode“. Beispielhaft<sup>91</sup> wird in diesem Zusammenhang auf Situationen wie die des ehemaligen schleswig-holsteinischen Ministerpräsidenten *Uwe Barschel* hingewiesen, der sich, politisch schwer gestürzt, (vermutlich) deshalb selbst umbrachte, während *Richard Nixon* seinen ähnlichen tiefen Fall infolge der „Watergate-Affäre“ nach einiger Zeit gut überstanden hatte<sup>92</sup>.

Andere Begründungen für § 216 StGB lassen sich schlechter halten. Insbesondere ist es nicht zulässig, die Verfügungsbefugnis des Menschen über sein eigenes Leben zu bestreiten<sup>93</sup>, wie es vor allem von der katholischen Kirche mit Blick auf die Lehre von *Thomas von Aquin* getan wird. (Übrigens dürfte hierfür auch nicht das 5. Gebot - „Du sollst nicht töten“ - heranzuziehen sein, beinhaltet doch die hebräische Urfassung der Bibel den Ausdruck „ratsach“, was soviel wie „heimtückisches, rachsüchtiges Töten“ heißt<sup>94</sup>.) Eine religiöse Auffassung kann nicht Grundlage für staatlichen Strafen sein<sup>95</sup>. Aber auch verfassungsrechtlich aus Art. 2 II 1 und Art. 1 I GG die Unantastbarkeit ableiten zu wollen<sup>96</sup>, erscheint zweifelhaft, steht doch das „Recht auf Leben“ unter einem lediglich einfachen Gesetzesvorbehalt (Art. 2 II 2 GG) und sind Grundrechte nicht dazu da, ihre Träger zu gängeln.

Nun könnte die Verfügungsbefugnis über das eigene Leben aber auch durch vorrangige Staatsinteressen eingeschränkt sein<sup>97</sup>. § 109 StGB verbietet etwa zum Schutz der Einsatzbereitschaft der Bundeswehr die Selbstverstümmelung („partieller Suizid“<sup>98</sup>) und die Fremdverstümmelung (dann vielleicht entsprechend: „partielle Sterbehilfe“). Als Staatsinteressen kommen auch allgemein finanzielle Belastungen wie Unterhalts- oder Pensionszahlungen für Hinterbliebene, ausbleibende Amortisierung von Ausbildungskosten usw. in Betracht. Es sind die gleichen Erwägungen wie jene, aufgrund derer die DDR Ausreisewillige mit Ausnahme der nur noch finanziell belastenden Rentner mit allen Mitteln zurückhielt<sup>99</sup>. Nimmt man diese Überlegungen trotz ihres höchst zweifelhaften Staatsverständnisses<sup>100</sup> ernst, erhält man jedoch unüberwindliche Probleme mit dem Umstand, daß der (versuchte) Suizid straffrei ist ...

Eine weitere Begründung ist das Argument der „schiefen Bahn“ („slippery slope“), die Befürchtung also, wieder langsam zur „Nazi-Euthanasie“ zu gelangen<sup>101</sup>. Mit den Worten des Dramikers *Eugène Ionesco*: „Wenn man im Prinzip bejaht, daß man das Leben unheilbarer Kranker verkürzt, dann können wir nicht sicher sein, wohin uns das noch führt. Würde man nicht dazu gelangen, nach den unheilbaren Kranken, nach den ungeborenen Kindern auch die Hilflosen, die Greise, die Irren, die Asozialen, die Nutzlosen auszulöschen? Und dann die rothaarigen Kinder und die mit einem Lockenkopf?“<sup>102</sup> Warum dann aber gerade die aktive Sterbehilfe das Abgleiten auslösen soll und ob dies nicht etwa schon durch die Straflosigkeit der Anstiftung zum Suizid längst geschehen sein müßte, kann diese Auffassung kaum erklären<sup>103</sup>.

Ein Hinweis hierauf scheint mir auch die weiteren Argumente zu entschärfen, wonach nur § 216 StGB verhindern könne, daß unliebsame Kranke dazu „überredet“ werden, ihre Tötung zu verlangen<sup>104</sup>, oder daß ein solcher Wunsch als unwiderlegliche Schutzbehauptung vorgetragen wird<sup>105</sup>. (Dies müßte dann übrigens auch heute schon regelmäßig vorkommen, wird doch die Tötung auf Verlangen gegenüber §§ 211, 212 StGB deutlich privilegiert<sup>106</sup>.)

90 *Hoche* in *Hoche* (Hrsg.), Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, S. 353.

91 Zu Unrecht wird hier manchmal an einen „Bilanzselbstmord“ gedacht (siehe Stern 42/97, S. 43).

92 *R. Merkel* in *Merkel/Hegselmann* (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie, S. 83.

93 So etwa BGHSt, 147 (153).

94 *Fletcher*, *Morals and Medicine*, 1954, S. 195 f.

95 Siehe dazu *R. Schmitt*, Festschrift für *Maurach*, S. 117 f.

96 So etwa *Schroeder*, ZStW 106 (1994), 573 f.; *Otto*, Verh. 56. DJT, S. 53 f.

97 So etwa *Welzel*, Deutsches Strafrecht, 11. Aufl. 1969, S. 96; *Schmidhäuser*, Festschrift für *Welzel*, S. 817.

98 Siehe *Scheffler*, Suizidprophylaxe 22 (1995), 55; der Ausdruck kommt schon vor bei *Kant*, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 1797 („partialer Selbstmord“).

99 Vgl. v. *Dellingshausen*, Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes, 1981, S. 204 f.

100 Vgl. *M. Marx*, Zur Definition des Begriffes „Rechtsgut“, 1972, S. 65: „faschistische Auffassung“; ähnlich *Gallas*, JZ 1960, 654.

101 So etwa *Hirsch*, Festschrift für *Lackner*, 1987, S. 613; siehe dazu *Hegselmann* in *Merkel/Hegselmann* (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie, S. 206 ff.; *Herzberg*, NJW 1996, 3044 f.; *Engisch*, Festschrift für *Schaffstein*, 1975, S. 1 ff.

102 *Ionesco* in *Saner/Holzhey* (Hrsg.), Euthanasie, 1976, S. 27.

103 *Herzberg*, NJW 1996, 3045.

104 So etwa *Geilen*, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 27; *Tröndle*, ZStW 99 (1987), 38 f.

105 So etwa *Arzt*, ZStW 83 (1971), 36; *Verrel*, MedR 1997, 249.

106 Siehe *Arth. Kaufmann*, MedR 1983, 124; *R. Merkel* in *Hegselmann/Merkel*, Zur Debatte über Euthanasie, S. 115 Fn. 51; vgl. aber auch *Arzt/Weber*, Strafrecht BT/1, Rn. 185.



1995/96 führte zu Aufsehen, daß im australischen Nordterritorium ein Gesetz verabschiedet und mehrfach angewendet wurde, das die aktive Sterbehilfe durch Ärzte gestattete<sup>120</sup>. (Das Gesetz ist inzwischen vom Parlament of Australia „gekippert“ worden<sup>121</sup>.) In den Niederlanden wird seit 1994 aktive Sterbehilfe durch Ärzte rechtlich geduldet, was aufgrund des dort geltenden Opportunitätsprinzips grundsätzlich möglich ist<sup>122</sup>. Aktive Sterbehilfe wird auch aus einigen US-Staaten (Oregon, New York) gemeldet<sup>123</sup>. In diesen Ländern haben manchmal als „Dr. Death“ bezeichnete Sterbehilfespezialisten (*Philip Nitschke*/Australien, *Boudewijn Chabot*/Niederlande, *Jack Kevoorkian*/USA) vergleichbar der Rolle des vor kurzem verstorbenen *Julius Hackethal* in der Bundesrepublik<sup>124</sup> die Entwicklung maßgeblich beeinflusst. Unter deutschen Ärzten befürwortet nach einer Umfrage 1996 rund ein Drittel die aktive Sterbehilfe, etwa jeder 20. räumt die Vornahme einer solchen Tötung sogar ein<sup>125</sup>; in der Bevölkerung findet sich immer wieder eine deutliche absolute Mehrheit dafür<sup>126</sup>. Freilich ist bei entsprechenden Berichten insoweit Vorsicht geboten, als daß sich dort mitunter die Mithilfe des Arztes auf das beschränkt, was wir noch als Suizidbeihilfe einordnen würden.

Allen diesen in- und ausländischen Vorstellungen ist zunächst einmal gemein, daß sie möglichst hohe Anforderungen für das (subjektive) Verlangen des Sterbewilligen und seine Dokumentation aufzustellen versuchen; ein Unterfangen, das sowohl sicher vor Übereilung schützen will als auch sorgfältig verhindern soll, daß hier Interessen Dritter eine Rolle spielen können.

Freilich ist zu beachten, daß durch diese grundsätzlich richtige Motivation ein problematischer Nebeneffekt ausgelöst wird: Je mehr diesbezügliche Sicherungen eingebaut werden, in desto größerem Umfang wird ein schwerkranker, schmerzgeplagter, sicher verzweifelter Mensch in einen langwierigen, regelrecht bürokratischen, quälenden Hürdenlauf getrieben<sup>127</sup>. So hatte beispielsweise das Sterbehilfegesetz des Australischen Nordterritoriums (i.d.F. von 1996) in einer Vorschrift (section 7), die aus 4 Unterabschnitten (subsections) bestand, deren erster wiederum in 16 Paragraphen mit teilweise weiteren Subparagraphen unterteilt war, eine umständliche Prozedur geregelt. Im einzelnen war bei jemandem, der sterben wollte, dieser Wunsch von zwei „medical practitioners“ und einem „qualified psychiatrist“ zu untersuchen: Der Sterbewillige hatte zunächst genau über seine Krankheit, die Heilungsmöglichkeiten, über Alternativen zum Sterben u.ä. aufgeklärt zu werden. Danach mußte er seinen Sterbewunsch wiederholen; er wurde daraufhin auf mögliche Implikationen für seine Familie hingewiesen. Hiernach waren sieben Tage abzuwarten, bevor der Sterbewillige seinen Sterbewunsch nunmehr schriftlich festzulegen hatte. Daraufhin mußte der Fall nochmals vom Patienten mit den zwei „medical practitioners“ diskutiert werden. Sodann war wiederum eine Frist von 48 Stunden abzuwarten („cooling-off period“<sup>128</sup>). Der Vorgang war abbrechen (und hätte von vorn beginnen müssen?), wenn auch nur zu irgendeinem Zeitpunkt der Sterbewillige in seiner Entscheidung schwankend geworden sein sollte - „a macabre final exam“<sup>129</sup>?

Ferner wird in all den genannten „öffnenden“ Ansätzen zur aktiven Sterbehilfe verlangt, daß es um einen zum Tode führenden, nicht mehr zu ertragenden dauerhaften Leidenszustand gehen muß, wie es in immer ähnlichen Worten formuliert wird. Es soll also nicht ein noch so ernsthafter Wunsch zu sterben genügen; der Tod müsse vielmehr auch paternalistisch im - von Dritten definierten - „wohlverstandenen Interesse“ des Sterbewilligen liegen - nämlich unabwendbares, qualvolles Sterben abkürzen.

120 Rights of the Terminally Ill Act 1995; Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996; siehe dazu v. *Münch*, NJW 1996, 3324 f.

121 Euthanasia Laws Act 1997.

122 Gesetz über die Meldepflicht bei Sterbehilfe oder Hilfe bei Selbsttötung vom 01.06.1994.

123 Siehe *Der Spiegel* 9/1997, S. 197; zu Oregon siehe *Tolmein*, Jahrbuch für Kritische Medizin 25 (1995), 211 ff.

124 Siehe *Hackethal*, *Humanes Sterben*, 1988; vgl. *Koch* in *Eser/Koch* (Hrsg.), *Materialien zur Sterbehilfe*, S. 40; 45 ff.

125 *Stern* 49/96, S. 70; 72.

126 Siehe näher *Koch* in *Eser/Koch* (Hrsg.), *Materialien zur Sterbehilfe*, S. 71; *Geilen*, *Euthanasie und Selbstbestimmung*, S. 5; eine Emnid-Umfrage im Auftrag der DGHS ergab im September 1997 eine Befürwortung von 77,1%.

127 Siehe auch v. *Dellingshausen*, *Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes*, S. 488 f.

128 *Trollope*, (*Australian*) *Journal of Law and Medicine* 3 (1995), 26.

129 *Duggan*, *Australian Lawyer* 32 (1997), 9.

Problematisch kann zunächst einmal das Erfordernis der letalen Prognose bei einigen Erkrankungen sein, bei deren Heilung die Medizin rasante Fortschritte für nicht ausgeschlossen erachten läßt<sup>130</sup> wie zur Zeit vielleicht im Bereich von Aids. *Theodor Storm* beschrieb 1888 in seiner Novelle „Ein Bekenntnis“ das Schicksal eines Arztes, der seine vermeintlich unheilbar krebserkrankte Frau auf deren wiederholten Wunsch tötete, um sie von ihren Qualen zu befreien, und kurz darauf erfahren mußte, daß seit neuestem solche Geschwülste erfolgreich zu operieren waren.

Darüber hinaus bedeutet die Beschränkung nicht nur auf den „wahren“, sondern auch auf den „richtigen“ Willen<sup>131</sup>, daß von vornherein die Fälle von der Möglichkeit der Sterbehilfe ausgeschlossen bleiben, in denen der aufgrund einer Bilanzierung gewonnene Todeswunsch auf anderen Ursachen als der Vermeidung von Todesqualen beruht. Die „schmerzlose Hoffnungslosigkeit“<sup>132</sup> wird zurückgewiesen<sup>133</sup>; hier soll es nicht einmal mehr um Sterbehilfe im Wortsinn gehen<sup>134</sup>.

So wäre etwa Sterbehilfe auch für die Reformen nicht möglich in Fällen wie dem „2. Hackethal-Fall“<sup>135</sup>, in dem eine junge Frau namens *Diana*, seit Jahren infolge eines Verkehrsunfalls ab dem ersten Halswirbel querschnittsgelähmt, diesen Zustand nicht noch möglicherweise mehrere Jahrzehnte ertragen wollte. Entgegen dem Bezirksgericht von West Palm Beach/Florida<sup>136</sup> bliebe Sterbehilfe verboten bei einem HIV-Infizierten vor dem Endstadium der Krankheit, ferner in einem Fall wie dem des niederländischen Mediziners *Chabot*, der einer Patientin den Sterbewunsch nach dem Tod ihrer beiden Söhne und der Scheidung von ihrem Ehemann erfüllte<sup>137</sup>. Erst recht unzulässig wäre Sterbehilfe in Fällen wie dem, den *Lessing* in seinem Trauerspiel *Emilia Galotti* darstellte: Dort tötete ein Vater seine Tochter auf deren dringendes Bitten, um sie vor Entehrung zu schützen. Auch *Saul* hätte nicht sterben dürfen, als er dem 1. Buch Samuel zufolge seinen Waffenträger aufforderte, ihn zu töten, damit es nicht die „Ungläubigen“ tun, die „Spott“ mit seiner Leiche treiben würden.

Schließlich wird durch die Beschränkung auf die ultima ratio bei schwerstem Leidenszustand die zu erlaubende Sterbehilfe durch die fortschreitende Entwicklung der Schmerzmedizin etwa im Bereich der Nervenblockadetherapie<sup>138</sup> ohnehin fast gegenstandslos, weil sie eigentlich heute schon praktisch jedes Leiden (jedenfalls körperlich)<sup>139</sup> erträglich machen kann<sup>140</sup>; Berichte über unsäglich Schmerzen beruhen zumeist darauf, daß Ärzte die palliativen Möglichkeiten unzureichend anwenden<sup>141</sup>.

Insofern ist ohnehin mehr als fraglich, inwieweit die so heftig umstrittene Reform überhaupt eine solche wäre. Will man eine vorsichtige Öffnung hin zur ausnahmsweisen aktiven Sterbehilfe schaffen, wäre vielleicht statt dessen ein Blick auf die (in Deutschland) straflose Teilnahme am Suizid zu werfen: Die Gestattung der aktiven Sterbehilfe als „Selbstmord durch eine Mittelsperson“<sup>142</sup> dann, aber nur dann, wenn dem Sterbewilligen eine Selbsttötung physisch nicht (mehr) möglich ist<sup>143</sup>, wie auch in dem neuesten Gesetzesvorschlag der DGHS angedeutet wird<sup>144</sup>. In den sonstigen Fällen, insbesondere bei psychischem Unvermögen, so könnte man sagen, bestehen Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Todeswunsches, wird der Weg des

130 Siehe dazu *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 97 f.; v. *Dellingshausen*, Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes, S. 15 ff.

131 Siehe *Engisch*, Festschrift für *Dreher*, S. 317.

132 *Binding/Hoche*, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 29.

133 Kritisch *H. Schreiber*, Das gute Ende - Wider die Abschaffung des Todes, 1997, S. 214 f.

134 *Otto*, Verh. 56. DJT, S. 72.; siehe auch *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 5 f.

135 BVerfGE 76, 248; VG Karlsruhe, JZ 1988, 208.

136 Der Spiegel 9/1997, S. 196.

137 Der Spiegel 9/1997, S. 197 f.; Die Welt vom 23. Juni 1994, S. 12.

138 Siehe schon *Mayrhofer/Porges* in *Eser* (Hrsg.), Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem, 1976, S. 121 ff.

139 Siehe dazu *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 98.

140 Ähnlich *Geilen*, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 28.

141 Siehe *Kutzer*, ZRP 1993, 404 ff.

142 *Arth. Kaufmann*, MedR 1983, 124; siehe auch *Engisch*, Festschrift für *Dreher*, S. 319.

143 *Arth. Kaufmann*, MedR 1983, 123 f.; *Schroeder*, ZStW 106 (1994), 579; *Simson*, Festschrift für *Schwinge*, S. 108 f.; vgl. auch *Jonas*, Technik, Medizin und Ethik, 1987, S. 249 f.

144 § 216 II a.E. des Entwurfs.

Suizides als „eine Art sich selbst geleistete Sterbehilfe“<sup>145</sup> nicht beschränkt<sup>146</sup>. Eine solche Regelung könnte möglicherweise sogar manche Selbsttötung kranker oder alternder Menschen aus Furcht, den „richtigen“ Zeitpunkt vor Eintritt der eigenen Hilflosigkeit zu verpassen, verhindern<sup>147</sup>. Allerdings steht hier zunächst einmal der gleiche Einwand im Raum: Wenn man - wie das OLG München im schon erwähnten „1. Hackethal-Fall“ - noch von einem Suizid beim Trinken dargereichten Giftes durch eine halsabwärts gelähmte Person ausgeht<sup>148</sup>, ist kaum noch ein Anwendungsbereich denkbar<sup>149</sup>. (Freilich ist schon von einem Vorsitzenden Richter des BGH erklärt worden, daß jedenfalls er dieses „Sterbehilfearrangement“<sup>150</sup> bestraft hätte<sup>151</sup>). Und ferner: Muß man sich den Verzicht darauf, die Hilfe eines anderen anzunehmen, mit der Begründung abnötigen lassen, man könne sein Ziel auch selbst erreichen<sup>152</sup>?

#### d) Todeswunsch aus Vernichtungsschmerzen

Unabhängig von diesen Überlegungen bleibt zu prüfen, inwieweit aktive Sterbehilfe heute schon straflos sein kann, wenn die Möglichkeit, unerträgliche Schmerzen zu lindern, gerade nicht gegeben ist.

Diskutiert wird hier immer der Fall des von seinem Beifahrer erschlagenen skandinavischen LKW-Fahrers, der nach einem Unfall eingeklemmt in seinem Führerhaus Feuer fing und um Erlösung schrie<sup>153</sup>. (Die schwedische Staatsanwaltschaft hat in diesem Fall übrigens keine Anklage erhoben<sup>154</sup>.) Auch der Gnadenschuß im Krieg für den schwerverletzten Kameraden gehört hierher<sup>155</sup>.

In dieser Konstellation wird häufig ein entschuldigender bzw. ein übergesetzlicher Notstand angenommen oder ein Absehen von Strafe gefordert<sup>156</sup>. Es dürfte aber wohl möglich sein, sogar einen rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB zu bejahen<sup>157</sup>. Zwar geht es auch hier um die immer rundweg abgelehnte Abwägung im Bereich des Lebensschutzes - aber im Bereich ein und desselben Lebens<sup>158</sup>. Es wird also nicht „Leben gegen Leben“ abgewogen, sondern eine Wertung vorgenommen, die uns in normalen Lebenssituationen völlig selbstverständlich ist. Konkret auf unseren Fall bezogen, bedeutet dies, wie es der 3. BGH-Senat kürzlich in einem obiter dictum formulierte<sup>159</sup>: „... die Ermöglichung eines Todes in ... Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten ... Willen ... ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter ... sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“ Otto betont, daß dies (erst recht?) auch dann gelten müsse, wenn der Tod des Schmerzgepeinigten nicht einmal zu erwarten sei<sup>160</sup> - spätestens jetzt wird deutlich: Überspielen wir mit Hilfe von § 34 StGB nicht die gesetzliche Vorgabe der Unbeachtlichkeit des Sterbeverlangens mit einem „Taschenspielertrick“? Denn ohne das Flehen des Verbrennenden nähmen wir selbstverständlich rechtswidrigen Tot-

145 Verrel, JZ 1996, 226.

146 Vgl. Horn in Systematischer Kommentar, § 212 Rn. 16; Engisch, Festschrift für Dreher, S. 318; Arzt/Weber, Strafrecht BT/1, Rn. 215; Roxin in Blaha u.a. (Hrsg.), Schutz des Lebens - Recht auf Tod, 1978, S. 93; v. Dellingshausen, Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes, S. 488.

147 Siehe Brändel, ZRP 1985, 92; Schroeder, ZStW 106 (1994), 579 f.

148 OLG München, NJW 1987, 2940.

149 Jakobs, Festschrift für Arth. Kaufmann, S. 471.

150 Jakobs, Festschrift für Arth. Kaufmann, S. 471.

151 Kutzer, NStZ 1994, 111 f.; siehe auch Herzberg, NJW 1986, 1635 ff.

152 Jakobs, Festschrift für Arth. Kaufmann, S. 471.

153 Otto, Verh. 56. DJT, S. 60; R. Merkel, JZ 1996, 1150; Herzberg, NJW 1996, 3046 ff.

154 Simson in Eser (Hrsg.), Suizid und Euthanasie, 1976, S. 324 f.

155 Siehe Blass, Die Tötung des Verlangenden, Diss. iur. Heidelberg 1916, S. 8.

156 Siehe dazu Otto, Verh. 56. DJT, S. 60 f.; Eser in Schönke/Schröder, vor §§ 211 ff. Rn. 25 (jeweils mwN).

157 So etwa Schroeder, ZStW 106 (1994), 580; Blei, Strafrecht BT, 12. Aufl. 1983, § 5 VI 2.

158 Siehe auch Bottke in Bottke/Fritsche/Huber/Schreiber, Lebensverlängerung aus medizinischer, rechtlicher und ethischer Sicht, 1995, S. 113 Fn. 25.

159 BGHSt 42, 301; siehe auch (dessen Senatsvorsitzenden) Kutzer, ZRP 1997, 119.

160 Otto, Verh. 56. DJT, S. 74 f.

schlag und nicht Notstand an, der nur in „Kombination“ mit „Elementen der Einwilligung“<sup>161</sup> funktionieren kann<sup>162</sup>.

§ 34 StGB scheidet allerdings nicht daran, wie aber der Bochumer Strafrechtslehrer *Rolf Dietrich Herzberg* vor kurzer Zeit ausgeführt hat<sup>163</sup>, daß hier keine widerstreitenden Interessen vorlägen, weil der LKW-Fahrer am Weiterleben überhaupt kein Interesse hätte. Lassen wir einmal außer Betracht, daß es formalistisch wäre, zu sagen, kein Interesse sei nicht weniger, sondern etwas anderes als wenig Interesse, so bleibt doch entgegenzuhalten, daß der LKW-Fahrer sehr wohl ein von ihm zurückgestelltes Interesse am qualvollen Brennen hat: Unterstellt, wir könnten ihm glaubhaft zurufen, daß ihn höchstwahrscheinlich die Feuerwehr noch lebend retten könnte, würde er die Schmerzen in Kauf nehmen. Er will nur deshalb sofort sterben, weil ihm eine solche Rettungsmöglichkeit völlig unwahrscheinlich erscheint.

## 2. Aktiv-indirekte Sterbehilfe

Folgt man diesen Überlegungen trotz einiger Bedenken, zeichnet sich ein möglicher dogmatischer Lösungsweg für die aktiv-indirekte Sterbehilfe ab. Es geht hier um die Lebensverkürzung als vorhergesehene „Nebenwirkung“ von eigentlich nur die Leidensminderung bezweckenden Behandlungsmaßnahmen, insbesondere<sup>164</sup> Schmerzmedikationen („somatische Sterbehilfe“<sup>165</sup>). In dieser Konstellation fallen die ärztlichen Pflichten, sowohl Leben zu erhalten als auch Schmerzen zu lindern, auseinander<sup>166</sup>. Hierbei handelt es sich durchaus nicht nur um ein „akademisches Scheinproblem“, weil es bisher kein hinreichend wirksames Analgetikum gibt, das frei von gefährlichen Nebenwirkungen (vor allem Atemdepressionen und Bewußtseinsstörungen) wäre<sup>167</sup>, wengleich gelegentlich betont wird, daß dennoch sogar eine Lebensverlängerung durch die Behebung der körperlichen und seelischen Streß-Situation Folge sein könne (mit der Konsequenz, daß nicht vorgenommene Schmerzbekämpfung ihrerseits eine Tötung durch Unterlassen darstellen kann!)<sup>168</sup>. Aktiv-indirekte Sterbehilfe wird heute fast allgemein anerkannt<sup>169</sup>; 60 % befragter deutscher Ärzte haben angegeben, sie schon praktiziert zu haben<sup>170</sup>. Der Bundesgerichtshof hat im November 1996 in einer Aufsehen erregenden Entscheidung („Dolantin-Fall“) die Zulässigkeit der aktiv-indirekten Sterbehilfe erstmals bejaht<sup>171</sup>; wieviel ihm daran gelegen hat, kann man dem Eingeständnis des Senatsvorsitzenden *Kutzer* entnehmen, daß der dortige Fall - es ging um eine Überdosierung von Dolantin aus *Habgier* - zu Ausführungen hierzu „sicher nicht der geeignetste“ war<sup>172</sup>. Der 56. DJT hat sich einstimmig für die aktiv-indirekte Sterbehilfe ausgesprochen; auch der AE-Sterbehilfe möchte ihre gesetzliche Festschreibung. Diese einhellige Meinungsbildung ist weitgehend dadurch initiiert worden<sup>173</sup>, daß 1957 *Pius XII.* den überlie-

161 *Dölling*, MedR 1987, 7; *Schöch*, NStZ 1997, 410.

162 Siehe *Verrel*, JZ 1996, 226.

163 *Herzberg*, NJW 1996, 3048.

164 Vgl. *Geulen*, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 23 Fn. 40: „Kaschierte“ aktiv-indirekte Euthanasie, wenn zur Vermeidung eines sonst langsamen Dahinsiechens eine Operation mit hohem Sterblichkeitsrisiko gewünscht und vorgenommen wird.

165 v. *Dellingshausen*, Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes, S. 21 f.

166 *Stratenwerth*, SchwZStrR 95 (1978), 74.

167 Siehe *Krey*, Strafrecht BT/1, 10. Aufl. 1996, Rn 12.

168 v. *Lutterotti* in *Eser* (Hrsg.), Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem, S. 294; *Langer* in *Kruse/Wagner* (Hrsg.), Sterbende brauchen Solidarität, S. 136 f.; *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 11 f.

169 Anderer Ansicht nur *Gössel*, Strafrecht BT/1, 1987, § 2 Rn. 30 ff.

170 Stern 49/96, S. 72.

171 BGHSt 42, 301.

172 *Kutzer*, ZRP 1997, 117; vgl. auch 1993, 405: „... leider noch keine Gerichtsentscheidungen“; siehe auch *Verrel*, MedR 1997, 248; *Otto*, JK 1997, StGB § 212/3.

173 Siehe *Simson*, Festschrift für *Schwinge*, S. 96 f.

ferten Standpunkt der katholischen Kirche einer Modifikation unterzogen und die aktiv-indirekte Sterbehilfe billigte<sup>174</sup>.

Letzteres mag aufgrund der Stellung der katholischen Kirche zur „Heiligkeit des Lebens“ zunächst verwundern, läßt sich aber damit erklären, daß die Argumentation für die aktiv-indirekte Sterbehilfe dem auf *Thomas von Aquin* zurückgehenden Prinzip der Doppelwirkung entspricht, das dieser in Zusammenhang mit der Rechtfertigung der tödlichen Notwehr entwickelt hatte<sup>175</sup>. Danach „steht nichts im Wege, daß ein und dieselbe Handlung zwei Wirkungen hat, von denen nur die eine beabsichtigt ist, während die andere nur außerhalb der Absicht liegt. Die sittlichen Handlungen aber empfangen ihre Eigenart von dem, was beabsichtigt ist, nicht aber von dem, was außerhalb der Absicht liegt, da es zufällig ist ...“

Nun ist klar, daß die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe sich nicht strafrechtsdogmatisch aus dem subjektiven Tatbestand erklären läßt<sup>176</sup>, erst recht nicht, wenn die Lebensverkürzung, wie häufig, sogar als sichere Folge erkannt wird: Natürlich nehmen wir in dem Schulbeispiel des „Massenmörder Thomas“ auch Tötungsvorsatz hinsichtlich der Besatzung an, obwohl er nur ein Schiff versenken wollte, um die Versicherung zu betrügen<sup>177</sup>. - Am Rande: Wieso bliebe anderenfalls nicht wenigstens eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung<sup>178</sup>?

Dogmatisch versucht man die Zulässigkeit der aktiv-indirekten Sterbehilfe heute häufig damit zu legitimieren, daß hier keine Tötungshandlung vorläge, weil die Schmerzmedikation die „einzige und letzte Möglichkeit“ sei, „dem ohnehin verlöschenden Leben noch zu dienen“<sup>179</sup>. Nun ist diese Argumentation fragwürdig, weil sie genaugenommen mit einer Begründung, die strukturell zur Rechtfertigung gehört, schon die Tathandlung durch „euphemistische Vernebelung“<sup>180</sup> verneinen möchte. Zudem verschleiert sie die Unterscheidung dahingehend, ob die Todesfolge (nur) in Kauf genommen wird oder sogar als sicher vorhergesehen wird; denn in gewisser Weise geht die aktiv-indirekte Sterbehilfe „nach und nach“ in aktive, also direkte Sterbehilfe über<sup>181</sup> - insbesondere, wenn der Tod vom Helfenden sogar „mehr oder weniger erwünscht“<sup>182</sup> wird.

Rechtstatsächlich bliebe insofern zu fragen, ob und inwieweit heute schon aktive Sterbehilfe unter dem Deckmantel der Schmerzbehandlung vor allem in Krankenhäusern vorkommt. „Jeder Arzt wird irgendeinmal mit dem Problem der Sterbehilfe konfrontiert,“ sagte einmal ein hoher schweizerischer Arztfunktionär; „je weniger man davon spricht, um so besser.“<sup>183</sup> Selbst das Gespräch mit dem Patienten, dessen Aufklärung über das Risiko eigentlich unabdingbar ist, soll im allgemeinen nicht gesucht werden<sup>184</sup>. Immerhin ist es bemerkenswert, daß trotz der relativ hohen Akzeptanz aktiver Sterbehilfe bei Ärzten Verurteilungen nach § 216 StGB kaum zu verzeichnen sind. Jedenfalls gibt es keine Anhaltspunkte dafür, daß ein Arzt in dieser Konstellation „mit der gründlichsten rechtlichen Überprüfung rechnen“ müsse<sup>185</sup>. Bezeichnend ist auch die Bemerkung *Rudolf Schmitts*, eines Kritikers der Norm<sup>186</sup>, die gesetzliche Regelung der aktiv-indirekten Sterbehilfe würde nur „schlafende Hunde ... wecken“<sup>187</sup>.

174 *Pius XII.*, Ansprache vom 24. Februar 1957; siehe auch *Johannes Paul II.*, Über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, 1995, S. 144 f.; Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie vom 20. Mai 1980.

175 *Thomas von Aquin*, Summa theologica.

176 Anderer Ansicht nur *Bockelmann*, Strafrecht des Arztes, 1968, S. 25; *Goll*, AR 1980, 321.

177 Siehe *Binding*, Die Normen und ihre Übertretung, Bd. II/2, 2. Aufl. 1916, S. 851 ff.

178 *Goll*, AR 1980, 321; *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 11 f.; *Dölling*, MedR 1987, 7.

179 *Wessels*, Strafrecht BT/1, Rn. 26.

180 *Herzberg*, NJW 1986, 1640 Fn. 21; widerrufen in NJW 1996, 3048.

181 *Engisch* in *Eser* (Hrsg.), Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem, S. 319; ähnlich *Hanack* in *Hiersche* (Hrsg.), Euthanasie, 1975, S. 145 ff.; *Schreiber*, NSStZ 1986, 341; *Schöch*, NSStZ 1997, 411 Fn. 25; *Geilen*, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 23; siehe auch *Verrel*, JZ 1996, 227; anders aber *Tröndle*, ZStW 99 (1987), 32 f.

182 *Trockel*, NJW 1975, 1440; 1443 f.

183 *Fierz*, zit. b. *Gunzinger*, Sterbehilfe und Strafrecht, Diss. iur. Bern 1978, S. 165.

184 *R. Schmitt*, JZ 1986, 620.

185 So aber *Giesen*, JZ 1990, 936; wie hier *Koch* in *Eser/Koch* (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe, S. 19; *Hanack* in *Hiersche* (Hrsg.), Euthanasie, S. 131; *Schöch*, NSStZ 1997, 409; siehe auch *Kutzer*, ZRP 1993, 404.

186 Siehe nur Festschrift für *Maurach*, S. 113 ff.

187 *R. Schmitt*, MDR 1986, 620.

### a) Sicher erwartete Lebensverkürzung

Dennoch - oder gerade deshalb - verwundert es nicht, daß einige bei sicherem Vorhersehen der Todesbeschleunigung von der Strafbarkeit aktiv-indirekter Sterbehilfe ausgehen<sup>188</sup>; denn der Unterschied zur direkten liegt eigentlich nur noch in der Dauer des Sterbens infolge der mehraktigen Schmerzmittelgabe (nicht „die“ tödliche Spritze<sup>189</sup>). Genaugenommen ist zumindest diese Konstellation aus dem Bereich der aktiven Sterbehilfe schlichtweg „hinausdefiniert“ worden<sup>190</sup>; der Kriminologe *Heinz Schöch* spricht von einer „gewöhnheitsrechtlichen Ausnahme“<sup>191</sup>. Allerdings liegt nach dem, was wir oben für den „LKW-Fahrer-Fall“ entwickelt haben, bei dieser Form aktiv-indirekter Sterbehilfe ebenfalls ein rechtfertigender Notstand gemäß § 34 StGB nahe: Die Abwägung eines kürzeren, aber schmerzfreieren Lebens gegen ein langes, aber qualvolles Leben wäre danach zulässig, das Überwiegen des ersteren durch den Willen des Todkranken belegt. Es stellte den geringstmöglichen Eingriff dar: Gerade die hier gegebene Möglichkeit der Schmerzlinderung ist es ja, die diese Konstellation der aktiv-indirekten Sterbehilfe vom „LKW-Fahrer-Fall“ unterscheidet.

Problematisch ist die „Notstandslösung“ allerdings dann, wenn der Sterbehelfer statt der bloßen Leidensminderung sogar die Verkürzung des qualvollen Sterbens mitleidend erhofft: Verlangt man mit der - umstrittenen<sup>192</sup> Rechtsprechung<sup>193</sup>, daß Absicht im eigentlichen Sinn als subjektives Rechtfertigungselement vorliegen muß, reicht das bloße Wissen um die Schmerzlinderung nicht zur Annahme eines Notstandes aus - mit der Folge der Strafbarkeit gemäß § 216 StGB oder wenigstens nach Versuchsgrundsätzen<sup>194</sup>.

### b) Für möglich erachtete Lebensverkürzung

Praktisch relevanter dürfte aber der Fall der vom Arzt lediglich für möglich erachteten Lebensverkürzung schon deshalb sein, weil sich Ärzte unwiderlegbar dementisprechend einlassen dürften<sup>195</sup>. Hier scheint mir eine Verortung in die geltende Dogmatik möglich zu sein, die sogar den objektiven Tatbestand entfallen läßt - auf den Willen käme es also gar nicht mehr an: Denn betrachtet man die Situation einmal genau, fällt auf, daß sie sich in die Fallgruppe der „einverständlichen Fremdgefährdung“ einordnen läßt<sup>196</sup>; strukturell unterscheidet sich der Arzt, der mit Willen des Patienten das Leben gefährdende Schmerzmittel gibt, nicht von dem Fährmann im „Memel-Fall“, der auf Bitten eines Fahrgastes über den tosenden Fluß setzt<sup>197</sup>, oder dem Chirurgen, der eine Risikooperation (nur) zur Leidensminderung durchführt<sup>198</sup>. Bei dieser Fallgruppe, die „noch weiterer dogmatischer Durchdringung ... harrt“<sup>199</sup>, wird angenommen, daß es im Falle des Erfolgeintritts an einer Sorgfaltspflichtverletzung dem Gefährdeten gegenüber bzw. an der objektiven Zurechenbarkeit fehlt<sup>200</sup>.

188 *Stratenwerth*, SchwZStR 95 (1978), 80 f.; *Arth. Kaufmann*, MedR 1983, 122; siehe auch *Schöch*, NStZ 1997, 410 f.

189 Siehe aber *Geilen*, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 22 f.

190 *Otto*, Verh. 56. DJT, S. 52; *Hanack* in *Hiersche* (Hrsg.), Euthanasie, S. 146.

191 *Schöch*, NStZ 1997, 411.

192 Siehe dazu *Hirsch* in *Leipziger Kommentar*, 11. Aufl. 1992, § 34 Rn. 45 ff. mwN.

193 Siehe etwa BGH, MDR 1979, 1039.

194 Näher *Scheffler*, Jura 1993, 622 ff.

195 *R. Schmitt*, JZ 1979, 465; 467; *Herzberg*, NJW 1986, 1640; *Schöch*, NStZ 1997, 411.

196 Siehe dazu auch *Weigend*, ZStW 98 (1986), 69 ff.

197 RGSt 57, 172.

198 Vgl. nochmals *Geilen*, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 23, Fn. 40 zur „kaschierten“ aktiv-indirekten Euthanasie!

199 *Roxin*, Strafrecht AT/1, § 11 Rn. 110.

200 Näher *Roxin*, Strafrecht AT/1, § 11 Rn. 105 ff.

Diese Lösung kommt der des Freiburger Strafrechtslehrers *Albin Eser* nahe, für den ein Fall des „erlaubten Risikos“ vorliegt<sup>201</sup>. Versteht man diese Rechtsfigur, deren „Ausarbeitung ... noch in den Anfängen steht“<sup>202</sup>, jedoch mit *Roxin* so, daß sie ein Verhalten betrifft, das zwar ein rechtlich relevantes Risiko schafft, aber unabhängig von einer konkreten Zustimmung des Gefährdeten generell erlaubt ist<sup>203</sup> (z.B. den Regeln gemäßes Grätschen beim Fußballspielen<sup>204</sup>), ergibt sich für sie im Bereich der aktiv-indirekten Sterbehilfe lediglich ein eher geringer Anwendungsbereich: Die Lebensverkürzung wäre (nur) dann schon wegen erlaubten Risikos objektiv tatbestandslos, wenn sich bei ordnungsgemäßer Anwendung die generellen Risiken des „Beipackzettels“ - erwünscht oder nicht - realisierten, nicht aber mehr, wenn individuell höher an der Stärke der Schmerzen ausgerichtet dosiert wird, was aufgrund des Gewöhnungseffekts schnell der Fall sein kann<sup>205</sup>. Einwilligungsmängel könnten also beim erlaubten Risiko im Unterschied zur einverständlichen Fremdgefährdung allenfalls die Strafbarkeit wegen Körperverletzung (Pikser der Spritze!)<sup>206</sup> auslösen, nicht aber die wegen eines Tötungsdeliktes.

Es könnte sogar darüber hinaus gefragt werden, ob nicht unterlassene aktiv-indirekte Sterbehilfe eine Körperverletzung durch Unterlassen (bzw. unterlassene Hilfeleistung) darstellen kann<sup>207</sup>, also ob sogar insoweit eine „Sterbehilfepflicht“ besteht. Während man beim „LKW-Fahrer-Fall“ dies wohl eindeutig mangels Zumutbarkeit verneinen kann, erscheint mir das bei sicher zu erwartender, vor allem bei nur für möglich erachteter Lebensverkürzung als Nebenfolge der Schmerzmittelgabe naheliegender<sup>208</sup>. Immerhin wird durch das Untätigbleiben des Arztes ein unnötig grausamer Tod herbeigeführt. Man bedenke unter diesem Gesichtspunkt die Worte des an Kehlkopftuberkulose gestorbenen Schriftstellers *Franz Kafka*, mit denen er zuletzt von seinem Arzt Morphium gefordert haben soll: „Töten Sie mich, sonst sind Sie ein Mörder“<sup>209</sup>.

Falls der Patient die vom Arzt dargereichten riskant dosierten Schmerzmittel selbst einnimmt, liegt seitens des Arztes die Mitwirkung an einer vorsätzlichen Selbstgefährdung vor, die seit der Aufsehen erregenden Wendung der Rechtsprechung im „Heroin-Fall“ ebenfalls für straflos gehalten wird<sup>210</sup>. Die Abgrenzung folgt hier denselben Regeln, die für die Unterscheidung des Suizides von der Tötung auf Verlangen entwickelt worden sind<sup>211</sup>.

### 3. Passive Sterbehilfe

Relativ unumstritten ist die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe, also der Sterbehilfe durch Unterlassen. 83 % anonym befragter Ärzte wollen schon einmal einem todkranken Patienten eine lebensnotwendige Behandlung vorenthalten haben<sup>212</sup>, kaum weniger Bundesbürger haben dies befürwortet<sup>213</sup>.

201 *Eser* in *Schönke/Schröder*, vor § 211 ff. Rn. 26; siehe auch *Möllerling*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 15 ff.; v. *Dellingshausen*, Sterbehilfe und Lebenserhaltungspflicht des Arztes, S. 141.

202 *Roxin*, Strafrecht AT/1, § 11 Rn. 61.

203 *Roxin*, Strafrecht AT/1, § 11 Rn. 60.

204 Vgl. *Eser*, JZ 1978, 370 ff.

205 Siehe dazu *Möllerling*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 10 f.

206 Jedenfalls für die Rechtsprechung (seit RGSt 25, 375), der hier und im folgenden gefolgt werden soll (vgl. zu den Gründen *Geilen*, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 11).

207 Vgl. *Trockel*, NJW 1975, 1443 f.; *Tröndle*, ZStW 99 (1987), 29; *Giesen*, JZ 1990, 935 f.; *Kutzer*, ZRP 1993, 404 f.; *Verral*, MedR 1997, 250; siehe auch BGH, LM Nr. 6 zu § 230 StGB.

208 Siehe dazu *Möllerling*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 21 ff.

209 *Brod*, Über Franz Kafka, 1974, S. 18.

210 BGHSt 32, 262 (anders noch BGH, NStZ 1981, 350).

211 *Lackner/Kühl*, StGB, 22. Aufl. 1997, vor § 211 Rn. 12 a.E.

212 Süddeutsche Zeitung vom 4. August 1994, S. 24.

213 Näher *Koch* in *Eser/Koch* (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe, S. 71.

Passive Sterbehilfe ist grundsätzlich direkte Sterbehilfe. „Passiv-indirekt“ ist sie eigentlich nur in der Form denkbar, daß lebensverlängernde Behandlung etwa wegen bewußtseins-beeinträchtigender Nebenwirkungen unterlassen wird.

### a) Lebensbedrohend Erkrankte

Die Zulässigkeit versteht sich zunächst einmal von selbst für den Bereich, in dem ein Erkrankter eine lebensnotwendige Behandlung zurückweist. Hier kann man eigentlich kaum noch von Sterbehilfe sprechen.

Typisches Beispiel hierfür wären etwa Zeugen Jehovas, die eine benötigte Bluttransfusion aus religiösen Gründen ablehnen. Ein weiteres, äußerst tragisches Exempel ist das Sterben des schweizerischen Strafrechtsprofessors *Peter Noll*, der ein dreiviertel Jahr vor seinem Tod 1982 von seiner Krebserkrankung erfuhr und jegliche Behandlung verweigerte, um sein Sterben, über das er ein Buch schrieb, bewußt mitzuerleben<sup>214</sup>.

Behandelte hier der Arzt dennoch, käme strafbare Körperverletzung in Betracht. § 34 StGB könnte ihn nicht rechtfertigen. Umgekehrt wiederum kann sein Nichtstun ihn nicht in die Gefahr der Bestrafung wegen Unterlassens führen. (Daß nichts anderes beim Eintritt der Bewußtlosigkeit gilt, wenn er aufgrund des Willens des Patienten weiter untätig bleibt, haben wir im Zusammenhang mit der Sterbegleitung schon erörtert.)

Dies ist formal Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts eines jeden Menschen, materiell Ausfluß der Erkenntnis, daß, mit dem BGH im „Myom-Fall“ gesprochen, „ein selbst lebensgefährlich Kranker ... triftige Gründe haben [kann], eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte“<sup>215</sup>. Dennoch besteht ein gewisser Widerspruch zum strikten Verbot der aktiven Sterbehilfe selbst in den „Bilanzfällen“, wenn dem Arzt eine „passive Sterbehilfepflicht“ sogar in den Konstellationen auferlegt wird, in denen der Behandlungsverzicht unüberlegt ist<sup>216</sup>. Ein Beispiel wäre der berichtete Fall eines 21jährigen, der sich aus Liebeskummer in den Kopf schoß und „bei völlig klarem Bewußtsein“ (?) eine Operation ablehnte<sup>217</sup>. In der Praxis - so auch in diesem Fall - löst sich der Widerspruch regelmäßig dadurch auf, daß der Arzt dennoch behandelt - und der Gerettete hinterher froh ist und nicht zum Staatsanwalt läuft.

### b) Sterbende

Ab Beginn des Sterbeprozesses, also wenn „die Krankheit oder die traumatische Schädigung irreversibel ist und trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führen wird“<sup>218</sup>, wird passive Sterbehilfe heute allgemein zugelassen<sup>219</sup>. Auf den Willen des Sterbenden soll es dann überhaupt nicht mehr ankommen<sup>220</sup>; „einseitige Sterbehilfe“<sup>221</sup>. So formuliert etwa die entsprechende Richtlinie der Bundesärztekammer<sup>222</sup>, daß „beim Sterbenden, einem dem Tode nahe Erkrankten oder Verletzten, bei dem das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und der kein bewußtes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung“ mehr führen können wird, die Lebensverlängerungsverpflichtung des

214 *Noll*, Diktate über Sterben & Tod, 1984.

215 BGHSt 11, 111 (114); ähnlich BGHZ 90, 103 (105 f.).

216 So auch *R. Merkel* in *Hegselmann/Merkel* (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie, S. 90 f.; ähnlich *Verrel*, JZ 1996, 230; vgl. auch BGH, NJW 1983, 350.

217 *Wachsmuth*, DMW 1982, 1527.

218 So die schweizerischen medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, NJW 1996, 768.

219 Siehe BGHSt 37, 376; anderer Ansicht nur *Bockelmann*, Strafrecht des Arztes, 1968, S. 114.

220 Siehe *Otto*, GK Strafrecht - Die einzelnen Delikte, 4. Aufl. 1995, § 6 II 3 c; *Koch/v. Lutterotti*, DMW 1987, 1597 ff.; a.A. *Rieger*, DMW 1987, 565.

221 *Koch/v. Lutterotti*, DMW 1987, 1598.

222 DÄBl. 1979, 957.

Arztes endet. Dies dürfte Konsens weit über die Bundesrepublik hinaus sein, scheint es doch so, als wenn die unbedingte Sterbeverlängerung mit allen Mitteln der Medizin das zweifelhafte Privileg für unersetzlich gehaltener Regenten ist (*Franco, Mao, Tito, Deng*). Selbst *Johannes Paul II.* erkennt die passive Sterbehilfe an; sie sei „Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird“<sup>223</sup>.

Zumindest hier wird das (katholische) Dogma von der Heiligkeit des Lebens durch den Glaubenssatz überspielt, daß es dem Menschen verwehrt sei, sich „Gottes Plan“ zu widersetzen, konkret also mit Hilfe der Medizin gegen den „Willen Gottes“ anzukämpfen - eine Auffassung, die etwa die eben erwähnten Zeugen Jehovas weitaus konsequenter vertreten.

Eine juristische Begründung für das Sterbenlassendürfen zu finden, ist nicht leicht. Der immer wieder genannte Satz, die Behandlungspflicht ende dann, wenn das Rechtsgut nicht mehr rettbar sei<sup>224</sup>, steht ja gerade im Widerspruch dazu, daß wir eine solche „Rettung“ ansonsten schon bei jeglicher Lebensverlängerung annehmen. Dies kann man auch nicht durch die Argumentation verbrämen, man verlängere „eigentlich nicht mehr das Leben, sondern nur noch die Leiden des Sterbens“<sup>225</sup>. Auch die Floskel, eine Behandlung sei nun dem Arzt nicht mehr zumutbar<sup>226</sup>, ist fragwürdig: Wird das Lebensrecht überwogen von dem Interesse des Arztes, von Zumutungen verschont zu bleiben<sup>227</sup>? Am ehesten ist es wohl möglich, die Strafbarkeit wegen eines Tötungsdeliktes mit der Entsprechensklausel in § 13 StGB zu verneinen<sup>228</sup> - was freilich nicht nur bedeuten würde, daß passive Sterbehilfe beim Sterbenden Unrecht bliebe, sondern auch, daß immer noch eine Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) im Raum stünde<sup>229</sup>.

### c) Irreversibel Bewußtlose

Die „liberale“ Haltung zur passiven Sterbehilfe gegenüber Sterbenden läßt freilich ein Problem völlig unberührt: Vor allem durch die Reanimationsmedizin, die in den letzten Jahrzehnten ungeahnte Fortschritte gemacht hat, gelingt es häufig, etwa Opfer von Verkehrsunfällen oder Herzinfarkten am Leben zu halten um den Preis irreversibler, schwerster Hirnschädigungen, die dazu führen, daß die Patienten, reduziert auf die Stammhirnfunktionen, auf Dauer bewußtlos im Koma liegen; es sind schon Überlebenszeiten von 37 und 41 Jahren beobachtet worden<sup>230</sup>. Diese Patienten befinden sich einerseits noch nicht im Sterben, haben aber andererseits unwiderruflich jegliche Reaktions- und Kommunikationsfähigkeit sowie jede Möglichkeit weiterer Selbstwahrnehmung und Selbstverwirklichung verloren. Sie leben - aber sie erleben nicht<sup>231</sup>. Auch das Schmerzempfinden ist (allem Wissen nach) erloschen, so daß auch der „Ausweg“ der aktiv-indirekten Sterbehilfe verbaut ist.

223 *Johannes Paul II.*, Über den Wert und die Unantastbarkeit des Lebens, S. 144.

224 So etwa *Wessels*, Strafrecht BT/1, Rn. 30.

225 *Hirsch*, Festschrift für *Lackner*, 1987, S. 598.

226 So etwa *Eser* in *Schönke/Schröder*, vor §§ 211 ff. Rn. 29.

227 *R. Merkel* in *Hegselmann/Merkel* (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie, S. 98.

228 *Maurach/Schroeder*, Strafrecht BT/1, § 1 Rn. 40; siehe auch *R. Schmitt*, JZ 1979, 466; *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 60 f.; *Simson*, Festschrift für *Schwinge*, S. 99.

229 Vgl. BGHSt 14, 213 (216); JR 1956, 347; NJW 1961, 1981 (1982).

230 *R. Merkel*, ZStW 107 (1995), 557 Fn. 35.

231 *R. Merkel*, ZStW 107 (1995), 571.

Ein berühmtes Beispiel, das in den USA Justizgeschichte geschrieben hat<sup>232</sup>, ist der „Fall Karen Ann Quinlan“. Die junge Frau erlitt 1975 mindestens zwei Atemstillstände von jeweils 15 Minuten und befand sich daraufhin 10 Jahre im Koma, bis sie verstarb. Ihr Vater hatte beim Supreme Court von New Jersey sogar durchgesetzt, daß die künstliche Beatmung eingestellt werden dürfe; wider Erwarten genügte dies jedoch nicht, sie sterben zu lassen<sup>233</sup>.

Freilich ist hier zu beachten, daß immer wieder berichtet wird, wie keine Reaktionen mehr zeigende Hirngeschädigte plötzlich nach Jahren wieder „aufwachen“<sup>234</sup>. Allerdings mag regelmäßig nicht eine Regenerierung von Hirnzellen, sondern ein vermeidbarer diagnostischer Fehler bei der Einstufung als irreversibel komatös vorgelegen haben; im übrigen ist zu bemerken, daß dem Aufwachen in aller Regel nur ein Dahindämmern in schwerster Behinderung folgt<sup>235</sup>.

So hatte sich vor gut 20 Jahren die Züricher Staatsanwaltschaft im „Fall Haemmerli“ u.a. mit dem Fall zu beschäftigen, daß eine Patientin nach 14 Tagen Entzug (kalorienhaltiger) Nahrung „völlig überraschend aus ihrem teilnahmslosen Zustand“ erwachte und nach Essen verlangte<sup>236</sup>. Lag hier wohl ein krasser Kunstfehler vor, mag der bekannte englische Fall „Anthony Bland“ nachdenklicher stimmen: *Bland* geriet genauso wie ein junger Mann namens *Andrew Divine* 1989 im Fußballstadion von Hillsborough bei einer Massenpanik unter die Füße der Zuschauer. Beide erlitten schwere Verletzungen, die Sauerstoffzufuhr zum Gehirn wurde unterbrochen; sie fielen ins Koma. Die Eltern *Anthony Blands* erstritten 1993 vor dem britischen Oberhaus als oberstem Gericht, daß sie ihren Sohn sterben lassen durften<sup>237</sup>. *Andrew Divine* wachte 1997 wieder auf ...<sup>238</sup> Freilich ist auch hier zu bemerken, daß *Blands* Hirnschädigung schlimmer, sein Koma tiefer gewesen sein soll.

#### aa) Mutmaßlicher Sterbewunsch

In einer aufsehenerregenden Entscheidung („Kemptener Fall“) bezüglich einer Kranken mit apallischem Syndrom („Wachkoma“) hat der 1. Strafsenat des BGH vor einiger Zeit entschieden<sup>239</sup>, daß bei einem unheilbar kranken, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten ein Behandlungsverzicht entgegen den Richtlinien der Bundesärztekammer auch schon vor Beginn des Sterbevorganges unternommen werden dürfe; wegen der fehlenden Todesnähe handele es sich jedoch nicht um „Sterbehilfe im eigentlichen Sinn“. Voraussetzung sei, daß ein sorgfältig zu ermittelnder diesbezüglicher mutmaßlicher Wille des Patienten vorliege. Der BGH betont, daß an die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Willens zum Sterben „strenge Anforderungen“ zu stellen seien; es komme hierzu vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen (sog. Patiententestament) des Kranken, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an. Der BGH sieht also die Problematik des Schlusses auf den aktuellen Sterbewillen aus früheren Äußerungen<sup>240</sup>: „... wie kann ich heute wissen, ob ich, wenn ich einmal im Apparat liege, nicht plötzlich ... ungefeige Hoffnung habe?“ fragte der Schriftsteller *Max Frisch* in seiner „Rede an Ärztinnen und Ärzte“<sup>241</sup>.

232 Siehe zu dem ähnlich gelagerten leading case „Nancy Cruzan“ *Dworkin*, Die Grenzen des Lebens, 1993/94, S. 247 ff.; 270 ff.

233 Näher *Weigend/Küschner* in *Eser/Koch* (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe, S. 673 f.; 712 ff.

234 Siehe *Schreiber* in *Botke/Fritsche/Huber/Schreiber*, Lebensverlängerung aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, 1995, S. 136 f.

235 Siehe dazu *Menzel* in *Auer/Menzel/Eser*, Zwischen Heilaufrag und Sterbehilfe, 1977, S. 63 ff.

236 Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft des Kantons Zürich, zit. b. *Heine* in *Eser/Koch* (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe, S. 615.

237 Näher *Dworkin*, Die Grenzen des Lebens, S. 259 f.; 288.

238 Märkische Oderzeitung vom 27./28. März 1997, S. 8.

239 BGHSt 40, 257.

240 Siehe dazu *Roxin*, Strafrecht AT/1, § 18 Rn. 25.

241 Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 5. Januar 1985, Beilage „Bilder und Zeiten“.

Nur so läßt sich auch erklären, in Fällen insbesondere des Patiententestaments nicht von einem ausdrücklich geäußerten Willen auszugehen, was eigentlich, sieht man sich die allgemeine Dogmatik an, beim Fehlen eines Widerrufes anzunehmen wäre<sup>242</sup>. Denn ähnlich wie im umgekehrten Fall, wenn also für eine wirksame ausdrückliche Einwilligung in eine Behandlung die entsprechende (ärztliche) Aufklärung erfolgen muß, kann man argumentieren, daß eine (Sterbe-)Willensäußerung, unberaten etwa durch Mediziner oder Theologen, nur Indizcharakter für den „wirklichen“ Willen haben kann<sup>243</sup>. Hinzu kommt, daß Patiententestamente häufig aus lediglich angekreuzten vorformulierten Erklärungen, propagiert etwa von der DGHS, bestehen<sup>244</sup>. (Es sei dagegen an das umständliche Procedere der Willensermittlung beispielsweise nach dem oben besprochenen australischen Sterbehilfegesetz erinnert.) Freilich kann der BGH dadurch den Widerspruch dazu, daß er noch im „Wittig-Fall“ den ausdrücklich geäußerten Sterbewillen der Suizidentin für praktisch unbeachtlich erklärt hat, nicht ausräumen.

Man muß darüber hinaus problematisieren, ob der BGH nicht den falschen Ansatzpunkt gewählt hat, das Pferd quasi vom Schwanz her aufzäumt: Indem er nach dem mutmaßlichen Willen zum Behandlungsabbruch sucht, übergeht er das Problem, ob denn überhaupt ein mutmaßlicher Wille zur (Weiter-)Behandlung besteht<sup>245</sup>. Diese Frage muß sich insbesondere deshalb stellen, weil der BGH an den mutmaßlichen Willen für einen Behandlungsabbruch „strenge Anforderungen“ stellen will, also im Falle eines non liquet oder eines lediglich „wahrscheinlich mutmaßlichen Willens“ die Behandlung fortsetzen lassen will. Würde er in diesen Fällen die logisch vorrangige Frage nach dem mutmaßlichen Willen zur Behandlung stellen, wäre dem Sterbenlassen ein weitergehender Raum eröffnet. Dies kann man einfach mit dem Sachverhalt im „Kemptener Fall“ selbst illustrieren: Dem BGH reichte die Äußerung der Patientin Jahre vor ihrer Erkrankung, „so wolle sie nicht enden“<sup>246</sup>, wegen der „strengen Anforderungen“ nicht aus. Kann aber andererseits bei dieser Lage von einem (entgegengesetzten) Willen zur Behandlung ausgegangen werden? Machte sich der behandelnde Arzt nicht eigentlich nach § 223 StGB strafbar<sup>247</sup>?

Ketzerisch sei darüber hinaus sogar gefragt: Wie ist bei irreversiblen Bewußtseinsverlust überhaupt (von Ausnahmefällen vielleicht abgesehen) ein mutmaßlicher Wille auf Weiterbehandlung anzunehmen<sup>248</sup>?

Schließlich ist mehr als fraglich, inwieweit für die Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens eines nicht mehr Entscheidungsfähigen infolge des 1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetzes überhaupt Raum ist<sup>249</sup>: Gemäß § 1904 BGB - den grundsätzlich auch der 1. Senat entsprechend anwenden will („erst recht“)<sup>250</sup> - können lebensgefährdende ärztliche Eingriffe an einem Betreuungsbedürftigen (vgl. § 1896 I BGB) nur mit Einwilligung des Betreuers und Genehmigung des Vormundschaftsgerichts durchgeführt werden. Diese Zustimmungen haben gemäß § 1901 II 1 BGB den „Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist“ - hieraus ergeben sich zur mutmaßlichen Einwilligung inkongruente<sup>251</sup>, „recht intrikate Probleme“<sup>252</sup>. Allerdings: Der im Mai 1997 erschienene Entwurf neuer Ärztlichrichtlinien übernimmt die Auffassung

242 Sternberg-Lieben, NJW 1985, 2735.

243 Siehe dazu auch R. Merkel, ZStW 107 (1995), S. 566 f.; Botke in Botke/Fritsche/Huber/Schreiber, Lebensverlängerung aus medizinischer, rechtlicher und ethischer Sicht, S. 100 f.

244 Ähnlich Geilen, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 27.

245 Siehe R. Merkel, ZStW 107 (1995), S. 559 ff.; vgl. auch Geilen, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 20 f.

246 BGHSt 40, 257 (261).

247 R. Merkel, ZStW 107 (1995), S. 560.

248 Dölling, MedR 1987, 9; Roxin in Blaha u.a. (Hrsg.), Schutz des Lebens - Recht auf Tod, S. 89; Geilen, Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 20; siehe auch Tröndle, MedR 1988, 165; R. Merkel, ZStW 107 (1995), 559; vgl. aber Bernsmann, ZRP 1996, 91.

249 Näher dazu Bernsmann, ZRP 1996, 89 ff.

250 BGHSt 40, 257 (261 f.).

251 Anders wohl Vogel, MDR 1995, 338; 340; Eser, NSZ 1995, 156; siehe aber etwa Schwab in Münchener Kommentar zum BGB, 3. Aufl. 1992, § 1901 Rn. 8 ff.

252 Bernsmann, ZRP 1996, 9; vgl. AG Neukölln, NJW 1987, 2933.

des 1. Senats zur mutmaßlichen Einwilligung fast wörtlich<sup>253</sup> - sie scheint sich also durchzusetzen<sup>254</sup>.

Richtig ist jedenfalls, daß (im Gegensatz zu mancher Laienmeinung) weder der Wille der Ärzte noch der Angehörigen eine entscheidende Rolle spielt; beide können nämlich handfeste eigene Interessen haben: Für die Herbeiführung eines frühen Todes könnten sich Ärzte durch Arbeitersparnis oder das Freiwerden anderweitig benötigter Apparate motivieren lassen, Verwandte durch das Erbe und die Behandlungskosten; umgekehrt könnten letztere das Weiterleben wegen der fortlaufenden Rentenzahlungen an den Schwerstkranken erstreben oder Mediziner an ihr ansonsten versiegenderes Honorar denken bzw. durch bloßes Forschungsinteresse geleitet werden<sup>255</sup>. Freilich ist zu beachten, daß bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens (bzw. der Wünsche und des Wohls des Bewußtlosen) doch wieder auf die Meinung der Angehörigen und behandelnden Ärzte zurückgegriffen werden muß.

### bb) Kein mutmaßlicher Sterbewunsch

Kann von einem Sterbewunsch bei irreversiblen Bewußtseinsverlust nicht ausgegangen werden, wäre also eigentlich nach bisher Gesagtem Lebensverlängerung um jeden Preis zu leisten<sup>256</sup>. Dies geschieht jedoch nicht, soll selbst bei ausdrücklich geäußertem Lebenswunsch des Patienten nicht gefordert sein. Hier ist wohl der Bereich der Sterbehilfe, in dem am wenigsten Klarheit herrscht, wo „buchstäblich das gesetzliche und das dogmatische Instrumentarium ausgeht“<sup>257</sup>. Dies gilt zunächst einmal für diejenigen Begründungen, in denen nebulös von der „Sinnlosigkeit“ oder „Unzumutbarkeit“ einer weiteren Lebensverlängerung gesprochen wird<sup>258</sup>; der BGH sprach im „Kemptener Fall“ - an Vagheit unüberbietbar - vom „zurückhaltenden“ Rückgriff auf „allgemeine Wertvorstellungen“<sup>259</sup>. Darüber hinaus gilt das auch für die Art und Weise der passiven Sterbehilfe: Die grobe Linie hier ist wohl am kürzesten mit den häufig in diesem Zusammenhang zitierten Worten von *Arthur Clough*<sup>260</sup>, einem englischen Dichter des 19. Jahrhunderts, umschrieben: „Du sollst nicht töten, aber Du brauchst Dich auch nicht übereifrig zu bemühen, Leben zu erhalten.“ Jedenfalls wird hier, zurückgehend auf die Anästhesisten-Ansprache von *Pius XII.* aus dem Jahre 1957<sup>261</sup>, vertreten, man brauche in dieser Konstellation keine „außergewöhnlichen“ Maßnahmen zur Lebensverlängerung einzusetzen. Ferner wird angenommen, daß die Behandlung interkurrenter Krankheiten, etwa einer durch das Liegen auftretenden Lungenentzündung, unterbleiben dürfe. Eine juristische Begründung für die akzeptierte Linie zu finden, ist jedoch kaum möglich; die Versuche entsprechen den schon für den Sterbenden berichteten; viel ist hier von der Menschenwürde des Schwerstkranken die Rede<sup>262</sup>.

Greift man dieses Wort auf, ergibt sich Anlaß für eine etwas provokative Frage: Kann es wirklich richtig sein, jemanden „eigentlich“ sterben lassen zu wollen, ihm dann aber den „sanften Tod“ mittels aktiver Sterbehilfe vorzuenthalten und statt dessen darauf zu warten, daß er sich doch bitteschön eine Krankheit zuziehen möge, die man dann durch „gezieltes“ Unterlassen langsam zum Tod führen läßt<sup>263</sup>?

253 Entwurf der Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung vom 25.04.1997, DABl. 94 (1997), 1342.

254 Siehe aber *Dörner*, ZRP 1996, 93 ff.

255 Siehe dazu *Eser* in *Auer/Menzel/Eser*, Zwischen Heilauftrag und Sterbehilfe, S. 116 f.; 136 f.; *Arth. Kaufmann*, JZ 1985, 485.

256 Siehe dazu *R. Merkel*, ZStW 107 (1995), S. 564 f.

257 *R. Merkel*, ZStW 107 (1995), 574 f.

258 Näher dazu *Eser* in *Schönke/Schröder*, vor §§ 211 ff. Rn. 29; *Arth. Kaufmann*, JZ 1982, 484 ff.; *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 55 f.; v. *Dellingshausen*, Sterbehilfe und die Lebenserhaltungspflicht des Arztes, S. 384 ff.

259 BGHSt 40, 257 (263).

260 *Arthur Clough*, The Latest Decalogue, 1862: „Thou shalt not kill; but need'st not strive / Officiously to keep alive.“

261 *Pius XII.*, Ansprache vom 24. November 1957.

262 Siehe dazu *Möllering*, Schutz des Lebens - Recht auf Sterben, S. 56 ff.

263 Siehe *Bernsmann*, ZRP 1996, 91 Fn. 67; vgl. auch *Engisch*, Euthanasie und Vernichtung

Ein Ökonom allerdings hätte weniger Schwierigkeiten, eine Legitimation für die Formen des praktizierten Sterbenlassens zu finden: „Außergewöhnliche“ Maßnahmen (was auch immer das heißen mag<sup>264</sup>) wie auch die Behandlung interkurrenter Krankheiten verursachen „unverhältnismäßige“ Kosten, die über die des bloßen Pflegens hinausgehen und sich nicht mehr „lohnen“<sup>265</sup>.

Folgt man dem gedanklich, wäre zu prognostizieren, daß infolge fortschreitender Unterfinanzierung des Gesundheitswesens, gar noch bei weiteren Fortschritten der Reanimationsmedizin, sich die Meinungsbildung dahingehend verschieben könnte, daß, wie schon vom AE-Sterbehilfe vorgeschlagen<sup>266</sup>, bei irreversiblen Koma der Arzt in jedem Fall sterben lassen darf<sup>267</sup>. Zumindest steht dann zu erwarten, daß die (bislang) nur schamhaft kritisch hinterfragte allgemeine Ansicht, weitere Beatmung dürfe bei einem Koma-Patienten auch dann nicht unterlassen werden, wenn ein neu eingelieferter Patient mit günstigerer Prognose den (einzigen) Respirator dringend benötigt, ins Wanken gerät<sup>268</sup>.

#### 4. Quasi-passive Sterbehilfe

Im allgemeinen nicht gesondert von der passiven Sterbehilfe abgegrenzt wird die hier mit *Herzberg* so genannte quasi-passive Sterbehilfe<sup>269</sup>. Gemeinhin heißt es, passive Sterbehilfe dürfe grundsätzlich durch das Unterlassen oder den Abbruch weiterer Behandlungsmaßnahmen geleistet werden. 63 % anonym befragter europäischer Ärzte bekennen sich hierzu<sup>270</sup>.

Nun ist zunächst einmal das Wort „Abbruch“ doppeldeutig: Ist damit gemeint, eine Behandlung dergestalt nicht mehr fortzusetzen, daß dann, wenn etwa der Tropf durchgelaufen ist, nicht wie erforderlich eine neue Infusion angelegt wird, so liegt ohnehin und eindeutig passive Sterbehilfe vor<sup>271</sup>.

##### a) Behandlungsabbruch

Problematisch sind aber die Fälle, in denen der Abbruch dadurch geschieht, daß zur Lebensaufrechterhaltung notwendige Geräte ausgeschaltet werden. Eigentlich liegt hier der Abbruch eines rettenden Kausalverlaufs, also aktives Tun vor. Im Anschluß an den Aufsehen erregenden Fall des LG Ravensburg<sup>272</sup>, wo ein Ehemann dem Leiden seiner Frau ein Ende bereitete, indem er den Respirator abstellte, wird aber auch hier zumeist passive Sterbehilfe angenommen. Viele argumentieren, es läge die Konstruktion des „Unterlassens durch Tun“ vor<sup>273</sup>: Sei man rechtlich nicht mehr verpflichtet, eine Behandlungsmaßnahme vorzunehmen, dürfe man also ihre Einleitung unterlassen, so läge strukturell ebenfalls Unterlassen vor, wenn man auf die Weiterführung dieser rechtlich nicht gebotenen Behandlung nunmehr verzichtete. Andere sagen, es läge zwar aktives Tun, aber keine aktive Sterbehilfe vor „entsprechend dem richtig verstandenen Schutzbereich der Norm“<sup>274</sup>. Man mag darüber

---

lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Betrachtung, S. 9 f.; *R. Merkel*, ZStW 107 (1995), S. 561 f.; *Brockner*, ZRP 1997, 383.

264 Siehe dazu *Kubse*, Die Heiligkeit des Lebens in der Medizin, S. 207 ff.; *Häring in Eser* (Hrsg.), Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem, S. 265.

265 Vgl. *R. Merkel in Hegselmann/Merkel*, Zur Debatte über Euthanasie, S. 97; siehe schon *Engisch*, Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens, S. 9.

266 § 214 I Nr. 2 AE-Sterbehilfe.

267 Siehe *R. Merkel*, ZStW 107 (1995), 569 f. Fn. 58; 575.

268 Vgl. *Eser in Schönke/Schröder*, vor §§ 211 ff. Rn. 30; siehe auch *Jonas*, Technik, Medizin und Ethik, S. 262 ff.

269 *Herzberg*, NJW 1996, 3048.

270 Süddeutsche Zeitung vom 4. August 1994, S. 24.

271 Vgl. *v. Dellingshausen*, Sterbehilfe und die Lebenserhaltungspflicht des Arztes, S. 430 ff.

272 LG Ravensburg, MedR 1987, 196.

273 Siehe etwa *Roxin*, Festschrift für *Engisch*, 1969, S. 395 ff.; vgl. schon *v. Overbeck*, GS 88 (1922), 319 ff.

274 *Jähnke* in Leipziger Kommentar, 10. Aufl., vor § 211 Rn. 17 mwN.

streiten, ob dieses „Kategoriengeklapper“<sup>275</sup> nicht einen bloßen „Taschenspielertrick“ darstellt<sup>276</sup>, um sich aus der Zwickmühle zu retten, einerseits die aktive Sterbehilfe ausnahmslos abzulehnen, andererseits aber nicht warten wollen zu müssen, bis etwa die künstliche Beatmung endlich durch einen technischen Defekt beendet wird<sup>277</sup>.

Ernstzunehmen ist der Einwand von *Paul Bockelmann* in seinem Buch über Arztstrafrecht, wo er sich gegen die Zulässigkeit der quasi-passiven Sterbehilfe mit dem Hinweis gewandt hat, wie es wäre, wenn „ein irgendwer aus purer Bosheit, nur um das Ende des Sterbenden zu beschleunigen, den Apparat abstellt - kann wohl zweifelhaft sein, daß das eine Tötungshandlung wäre? Müßte man sie als Unterlassung werten, so müßte man sie straflos lassen ...“<sup>278</sup>

Folgt man dem<sup>279</sup>, müßten etwa in den „Todesengel-Fällen“<sup>280</sup> selbst mitleidlose Krankenschwestern oder -pfleger im Falle des Behandlungsabbruchs straflos bleiben, wenn zum Zeitpunkt ihrer Handlung der Sterbevorgang des Getöteten schon begonnen hatte, sie bei irreversibel Bewußtlosen „außergewöhnliche Maßnahmen“ bzw. solche zur Behandlung interkurrenter Krankheiten beendeten bzw. ein mutmaßlicher Sterbewille des Komatösen anzunehmen gewesen war.

Allerdings ist zu beachten, daß die unter Juristen verbreitete Vorstellung über den Ablauf der „Apparate-Medizin“ zu einfach sein mag. Für das Am-Leben-Bleiben ist in aller Regel nicht nur ein einmal angeschalteter Respirator ursächlich, sondern auch die Vornahme regelmäßig zu wiederholender Handlungen wie etwa die „künstliche“ Ernährung, deren Abbruch ohnehin ein Unterlassen wäre<sup>281</sup>.

### b) Organexplantation

Die Klärung des Charakters der quasi-passiven Sterbehilfe könnte jedoch in Zukunft eine äußerst weitgehende Bedeutung haben, weil sie über die Zulässigkeit praktisch aller Organtransplantationen entscheiden könnte: In der bundesdeutschen Diskussion hat sich seit 1995 eine Tendenz dahingehend abgezeichnet, das Hirntodkriterium aufzugeben. Dieses Kriterium, entwickelt vor 30 Jahren an der Harvard-Universität als Folge (und Legitimation) der ersten Herzverpflanzung durch den Südafrikaner *Christiaan Barnard*, legt fest, daß ein Mensch tot sei, selbst wenn sein Herz (dank künstlicher Beatmung) noch schlägt, jedoch sein Hirn irreversibel ausgefallen ist, also insbesondere sein EEG eine sog. „Null-Linie“ aufweist<sup>282</sup>. Spätestens seitdem stimmt die Feststellung *Friedrich Carl von Savignys* nicht mehr, der Tod sei „ein so einfaches Naturereignis, daß derselbe nicht, wie die Geburt, eine genaue Feststellung ihrer Elemente nötig macht“<sup>283</sup>. So ist es hier vor allem durch die öffentliche Diskussion um das „Erlanger Baby“, also den Fall, in dem eine Hirntote über mehrere Monate ihr Kind austragen sollte<sup>284</sup>, zu einem neuen Nachdenken gekommen: Hirntote, bei denen durch einen Respirator die Körperfunktionen aufrechterhalten bleiben, müssen (künstlich) ernährt werden, haben Ausscheidungen, schwitzen, können sich wundliegen und altern. Zu dem Abort bei der „Erlan-

275 *Engisch*, Festschrift für *Dreher*, S. 315.

276 Siehe näher *Otto*, Verh. 56. DJT, S. 42 ff.; vgl. *Eser*, JZ 1986, 793: „Konstruktive Höchstleistungen mit buchstäblich Orwell'schen Visionen“.

277 *Eser* in *Auer/Menzel/Eser*, Zwischen Heilaufrag und Sterbehilfe, S. 139.

278 *Bockelmann*, Strafrecht des Arztes, S. 125.

279 Siehe die Gegenpositionen bei *v. Dellingshausen*, Sterbehilfe und die Lebenserhaltungspflicht des Arztes, S. 459 ff.

280 Siehe dazu *Maisch*, Patiententötungen - Dem Sterben nachgeholfen, 1997; *Eisenberg*, MschrKrim 80 (1997), 239 ff.

281 *v. Dellingshausen*, Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes, S. 430 ff.; 466 f.

282 Siehe näher *Höfling*, JZ 1995, 28 f.

283 *v. Savigny*, System des heutigen römischen Rechts, Bd. 2, 1840, S. 17.

284 Siehe dazu *Kiesecker*, Die Schwangerschaft einer Toten, 1996.

ger Mutter“ kam es infolge einer Lungenentzündung - bei einer Toten? Selbst im Bundestag ist zunächst in allen Entwürfen zu einem Transplantationsgesetz, die nach einer Expertenanhörung im Sommer 1995 entstanden, nicht mehr vom Hirntod geredet worden. Die Tendenz ging dahin, einen „dritten Zustand“<sup>285</sup> im Hinblick auf die Zulässigkeit von Organtransplantationen anzuerkennen, so daß neben Lebenden und (eindeutig) Toten von „irreversibel Geschädigten mit dauerhaftem Hirnausfall“ gesprochen wurde.

Nun hat der Bundestag im Sommer 1997 ein Transplantationsgesetz beschlossen, das die Bestimmung des Todeszeitpunktes dem „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ überlassen will (§ 3 I Nr. 2 TPG) und nur den - so nicht bezeichneten - Hirntod als frühestmöglichen Todes- und Transplantationszeitpunkt festlegt (§ 3 II TPG).

Entgegen der in der Diskussion um das Gesetz häufig geäußerten Ansicht hat sich der Gesetzgeber also nicht für das Hirntodkriterium ausgesprochen, sondern lediglich den Ansichten eine eindeutige Absage erteilt, die einen noch weiter vorgelagerten Todesbegriff vertreten, namentlich den des Kortikaltodes (irreversibler Ausfall der Hirnrinde, aber nicht des Stammhirns)<sup>286</sup>.

Allerdings läuft dies rein praktisch darauf hinaus, daß nunmehr weiterhin das Hirntodkonzept gilt, weil es in der medizinischen Wissenschaft nach wie vor weitgehend anerkannt ist. Auch hier kann jedoch niemand einen Meinungswechsel ausschließen. Sollte dies geschehen, bedeutete dies folgendes: Da die meisten zur Transplantation geeigneten Organe nur dann übertragen werden können, wenn sie bis zuletzt durchblutet worden sind, kommen praktisch lediglich Hirntote als Organspender in Betracht. Werden diese nun aber als „nur“ Sterbende angesehen, heißt dies, daß die Explantation der zu übertragenden Organe lediglich dann keine aktive Tötungshandlung wäre, wenn man die Konstruktion der quasi-passiven Sterbehilfe akzeptiert<sup>287</sup>.

Nach der jetzigen Fassung des TPG wäre freilich dieses Problem dadurch überlagert, daß bei dem - dann noch lebenden - „Hirntoten“ eine Explantation ohnehin verboten wäre (§ 3 I Nr. 2 TPG). Freilich: Man kann wohl sicher sein, daß angesichts des dann drohenden „Endes“ der Transplantationsmedizin das Gesetz ganz schnell im Sinne des jetzt unterlegenen Entwurfs des Bundesjustizministers *Schmidt-fortzig*<sup>288</sup> geändert würde ...

Es würde dann allerdings noch ein weiteres Problem, beinahe ein Paradoxon auftauchen: Da das Beatmungsgerät „eigentlich“ alsbald nach Eintritt des Hirntodes abgestellt wird (und als quasi-passive Sterbehilfe weiterhin abgestellt werden dürfte), wäre das Vorsehen zur Organtransplantation, das Warten auf einen geeigneten Organempfänger zunächst einmal eine Maßnahme zur Lebensverlängerung! Oder anders: Die Einwilligung in eine spätere Organtransplantation als „Hirntoter“ wäre nicht nur eine Disposition über das eigene Leben, ein Tötungsverlangen, sondern bedeutete gleichzeitig die einzige Möglichkeit einer (wenn auch nur kurzen) Lebensverlängerung<sup>289</sup>. Die Verweigerung der Zustimmung der Angehörigen zur Organentnahme, die unter Umständen auch bei Ablehnung des Hirntodkriteriums genügen soll<sup>290</sup>, würde damit eine Lebensverkürzung, also eine Art Sterbehilfe bedeuten - für manche ein unauflösbares Dilemma.

<sup>285</sup> Spittler, ZRP 1997, 747.

<sup>286</sup> Funck, MedR 1992, 182; siehe auch Dencker, NStZ 1992, 311 ff. (dazu Joerden, NStZ 1993, 268 ff.); Schönig, NJW 1968, 189.

<sup>287</sup> So auch der Antrag der Abgeordneten Wodarg, Däubler-Gmelin u.a. zu Kriterien für die Spende, Entnahme und Übertragung von menschlichen Organen, BT-DrS 13/4114, S. 4.

<sup>288</sup> BT-DrS 13/8025.

<sup>289</sup> Höfling, MedR 1996, 8.

<sup>290</sup> Siehe Lang, ZRP 1995, 461; Rixen, ZRP 1995, 465 f.; Höfling, MedR 1996, 8.

### III. FAZIT

Betrachtet man den Bereich der Sterbehilfe zusammenfassend, fällt auf, daß de lege lata ein „erstaunlicher Grundkonsens“<sup>291</sup> dahingehend besteht, was bestraft werden soll und was nicht. Deutlich auseinander fallen erst die Begründungen, die häufig wenig mit sonstiger juristisch-dogmatischer Argumentation zu tun haben<sup>292</sup>. Es wird auf allen Wegen versucht, Begründungen für das schwer erzielbare, aber gewünschte Ergebnis zu finden. Unser Versuch, die akzeptierten Lösungen durch engere Bindung an die allgemeine Dogmatik zu erreichen, hat demzufolge auch insbesondere bei der passiven und quasi-passiven Sterbehilfe zu wenig befriedigenden Resultaten geführt. Es zeigt sich an allen Ecken und Enden, daß der kaum hinterfragte Ansatz, von der Unantastbarkeit, von der Heiligkeit des Lebens auszugehen und doch Sterbehilfe beschränkt zuzulassen, nicht stimmig gelingen kann. Die nicht zuletzt aus der katholischen Morallehre übernommene Doktrin der Heiligkeit des Lebens ist, will man ehrlich sein, im Bereich der Sterbehilfe nicht aufrechtzuerhalten.

Wir tun es bekanntermaßen auch nicht mehr auf der „anderen Seite“, dem Beginn des Lebens: Zwischen Zellverschmelzung und Nidation gibt das Embryonenschutzgesetz dem Leben nur Schutz vor verschiedenen Experimenten, „Abtreiben“ (RU 486) ist unbeschränkt gestattet. Die ersten drei Monate ist die Schwangerschaftsunterbrechung zwar mit Hürden versehen, aber „eigentlich“ - gleichgültig, was BVerfG und Gesetzgeber dagegen wortreich vorbringen - doch erlaubt. Bei Abtreibung bis zur 22. Schwangerschaftswoche bleibt die Schwangere noch strafflos (§ 218a IV StGB). Im Falle von Lebens- und selbst nur von Gesundheitsgefahr für die Mutter muß ein Fötus sogar noch bis zur Geburt weichen (§ 218a II StGB).

Wir werden akzeptieren müssen, daß auch hinsichtlich des Endes des Lebens nur ein abgestufter Lebensschutz praktiziert werden kann. Hier sollte die Aufrichtigkeit dazu führen, Vorschriften etwa nach Art des AE-Sterbehilfe zur aktiv-indirekten, passiven und quasi-passiven Sterbehilfe in das Gesetz aufzunehmen. Die Rechtsunsicherheit vor allem für Ärzte und die daraus resultierende Vermutung, daß Mediziner „vorsichtshalber“ eher zuviel tun<sup>293</sup>, erfordern dies. Aber auch Verurteilungen von zu weit gehenden Sterbehelfern wegen (versuchten) Totschlages zu bloßen Geldstrafen<sup>294</sup> dürften dem Lebensschutz eher abträglich sein<sup>295</sup>. Selbst die aktive Sterbehilfe, die wir genau genommen im Rahmen der aktiv-indirekten Sterbehilfe und der quasi-passiven Sterbehilfe längst schon praktizieren, ist nur noch verbal ein Tabu. Hier würde Ehrlichkeit durch Gesetzgebung, die eine klare Grenze zieht, eher einem Dambruch, einer schleichenden Erosion des Lebensschutzes vorbeugen können als die unglaubliche verbale Aufrechterhaltung eines längst durchlöchernten Tabus.

291 Tröndle, ZStW 99 (1987), 30.

292 Vgl. Hoerster, ZRP 1988, 3.

293 Siehe Kutzer, ZRP 1993, 404 ff.; Verrel, JZ 1996, 227; Pelzl, KritJ 27 (1994), 191.

294 Vgl. BGHSt 40, 257 (257).

295 Ähnlich Simson in Eser (Hrsg.), Suizid und Euthanasie als sozial- und humanwissenschaftliches Problem, S. 325.