

Aktive Sterbehilfe ist erlaubt!

Uwe Scheffler

Burkhard Jähnke, der langjährige Vorsitzende des 2. Strafsenats des Bundesgerichtshofs (BGH), formuliert es im größten deutschen Strafrechtskommentar unmißverständlich: „Die aktive Euthanasie ist ausnahmslos unzulässig ... Wer hier Ausnahmen befürwortet, kann leicht einen Dammbbruch verursachen...“¹ Wenngleich man so Oder ähnlich apodiktisch diese Aussage in den meisten Lehrbüchern und Kommentaren lesen kann, fällt schon bei Jähnke auf, daß es so eindeutig vielleicht doch nicht ist. Immerhin führt er in der Fußnote über zehn Autoren auf, die eben solche Ausnahmen befürworten würden.

Ich will dem nachgehen und werde zu belegen versuchen, daß die Ausnahmen, die die Rechtsprechung und die herrschende Lehre häufig nur schamhaft diskutieren und verbrämt befürworten, außerordentlich weitgehend sind; ferner will ich darlegen, daß jedenfalls dann, wenn man die dogmatischen Begründungen für diese Ausnahmen ernst nimmt und konsequent ihre Anwendbarkeit auch in anderen Konstellationen prüft, man sehr wohl zu der etwas provokanten These meiner Überschrift kommen kann: Aktive Sterbehilfe ist erlaubt oder, etwas präziser formuliert, in erstaunlich weitem Umfang nicht verboten.

I. Aktive Sterbehilfe

Folgt man im weiteren Verlauf der Darlegungen der konventionellen Unterscheidung zwischen aktiver Sterbehilfe, indirekter Sterbehilfe und passiver Sterbehilfe, so läßt sich sogleich belegen, daß sich erlaubte aktive Sterbehilfe nicht nur in den Schubladen der indirekten und passiven Sterbehilfe verstecken kann, sondern selbst aktive und direkte Sterbehilfe im eigentlichen Sinne Anerkennung findet.

1. Tötung zwecks Schmerzeseitigung

So wird auch in der deutschen Literatur immer wieder die Konstellation des von seinem Beifahrer erschlagenen skandinavischen LKW-Fahrers diskutiert, der nach einem Unfall eingeklemmt in seinem Führerhaus Feuer fing und um Erlö-

¹ *Jähnke* in Leipziger Kommentar (LK), 10. Aufl. 1989, vor § 211 Rn. 14.

sung schrie². Es findet letztendlich weitgehende Zustimmung, daß der Beifahrer nicht bestraft wurde, weil die schwedische Staatsanwaltschaft ihn nicht einmal anklagte³. Diese Auffassung hat durchaus weitreichende Konsequenzen, ist doch damit ein Bereich angesprochen, der weit über diesen tragischen Einzelfall hinausgeht: Die Konstellation entspricht der, die schon während des 1. Weltkrieges aus damals gegebenem Anlaß literarische Beschäftigung fand⁴, nämlich die des Gnadenschusses für den schwerverletzten Kameraden auf dem Schlachtfeld.

Wenn ich gerade formuliert habe, die Nichtbestrafung würde weitgehend auf Zustimmung stoßen, so heißt dies nicht, daß alle Autoren in dieser Konstellation die aktive Sterbehilfe für erlaubt hielten. Jähnke formuliert denn auch sehr drastisch, daß man „auch einem Unfallopfer ... nicht den Rest geben“ dürfe⁵. Viele Autoren nehmen hier nur einen entschuldigenden bzw. übergesetzlichen Notstand an oder fordern ein Absehen von Strafe gemäß § 60 StGB, was bedeutet, daß die Tötung nach wie vor Unrecht wäre und verboten bliebe, weil man nur die Situation und die Motivation des Sterbehelfenden durch bloße Strafbefreiung berücksichtigen würde.

Andere Autoren kommen hier jedoch sogar zu einem rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB mit der Folge, daß die Sterbehilfe kein Unrecht mehr wäre⁶. Diese Ansicht kann sich dogmatisch darauf stützen, daß zwar im deutschen Strafrecht die Abwägung Leben gegen Leben ausnahmslos unzulässig sein soll, es hier jedoch um eine Abwägung innerhalb ein und desselben Lebens geht. Offenbar scheint sich auch der 3. Strafsenat des BGH dieser Ansicht anzuschließen, hat er doch, wenngleich auch in anderem Zusammenhang, kürzlich formuliert⁷: „... die Ermöglichung eines Todes in Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten ... Willen ... ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter ... sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit langer Leben zu müssen.“

Der Bayreuther Strafrechtslehrer Harro Otto, dessen Gutachten zu Fragen der Sterbehilfe für den 56. Deutschen Juristentag 1986 die Diskussion maßgeblich

2 *Otto*, Verh. 56. DJT 1986, Teil D, S. 60; vgl. *Merkel*, JZ 1996, 1150; *Herzberg*, NJW 1996, 3046 ff.

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

4 *Blass*, Die Tötung des Verlangenden, Diss. iur. Heidelberg 1916, S. 8.

5 *Jähnke* in LK, vor § 211 Rn. 14.

6 *Schroeder*, ZStW 106 (1994), 580; *Blei*, Strafrecht BT, 12. Aufl. 1983, § 5 VI2.

7 BGHSt 42, 301, siehe auch (dessen Senatsvorsitzenden) *Kutzer*, ZRP 1997, 119

beeinflusst hat, nimmt eine solche Rechtfertigung sogar noch weitergehend an⁸: Auch dann, wenn es an einer „definitiv gesetzten Todesursache“ fehlt, gleichwohl aber der Betroffene Schmerzen leidet, die sein Bewußtsein voll ausfüllen und die durch andere Mittel nicht behebbar oder zu lindern sind, halt vor es für möglich, die Rechtmäßigkeit einer Tötung zur Schmerzeseitigung zu bejahen.

2. Sterbehilfearrangement

Betrachten wir als weiteren Fall das sogenannte Sterbehilfearrangement⁹ Vor 12 Jahren errege der Fall Hackethal Aufsehen, als das OLG München es ablehnte, gegen den bekannten Sterbehilfebefürworter Julius Hackethal ein Strafverfahren zu eröffnen. Hackethal hatte für eine Schwerstkranke und Sterbewillige Calcium-Zyanid besorgt, ein tödliches Getränk zubereitet und ihr dies mit genauen Anweisungen zur Einnahme hingestellt Das OLG München nahm eine straflose Suizidbeihilfe an, weil die Sterbewillige „den Giftbecher... ohne Hilfe Dritter selbst zum Mund geführt und das Gift getrunken“ hatte¹⁰.

Dogmatisch schließt sich damit die Entscheidung des OLG München nahtlos an die des BGH fast 25 Jahre früher im sogenannten Gisela-Fall¹¹ an. Dort wollte ein junges Mädchen gemeinsam mit seinem Freund in den Tod gehen. Sie setzten sich zusammen in ein Auto, der Mann trat auf das Gaspedal, bis beide durch die eingeleiteten Abgase ohnmächtig wurden. Nur der Mann wurde gerettet; er wurde bestraft, weil er es gewesen war, der den Fuß auf dem Gaspedal hatte und damit das Geschehen in der Hand gehabt habe. Die letzte Formulierung spielt auf die sog. Tatherrschaftslehre an, nämlich die herrschende Lehre, wonach Täter und nicht bloßer Gehilfe immer der ist, der die Herrschaft über die Tat hat. Und dies sei im Hackethal-Fall eben nur die Sterbewillige gewesen, der das Getränk nicht eingeflößt worden war, sondern die selbst das Getränk schluckte.

Der Hackethal-Beschluß ist auf weitgehende Zustimmung gestoßen, was bemerkenswert ist, weil hier die Tatherrschaftslehre falsch angewendet worden sein dürfte. Denn Tatherrschaft kann grundsätzlich auch der haben, der an der Tat wesentlichen Anteil hat, wenngleich er nicht den letzten Akt selbst vollzieht. So wäre selbstverständlich auch Täter eines gemeinsamen Tötungsdelikts der, der einem gemeinsamen Tatplan entsprechend das Opfer entführt und fesselt und

8 *Otto*, Verh. 56. DJT, Teil D, S. 74.

9 *Jakobs*, FS Arth. Kaufmann, 1993, S. 471.

10 OLG München, NJW 1987, 2940.

11 BGHSt 19,135.

nicht nur der, der verabredungsgemäß den Todesschuß abgibt. Wenn wir dementsprechend den Hackethal-Fall etwas phantasie reich abwandeln und uns vorstellen, durch die Schluckbewegung der Frau wäre ein Mechanismus ausgelöst worden, der einen Dritten das Leben kostete, so zögerte wohl kaum ein Gericht, neben der Frau auch Hackethal als Mittäter dieses Tötungsdeliktes zu bestrafen¹². Ich meine, dieses Beispiel zeigt, daß sowohl der BGH im Gisela-Fall als auch das OLG München im Hackethal-Fall in Wirklichkeit die überholte sogenannte formal-objektive Theorie der Teilnahmelehre angewandt haben, die besagt, Täter ist der, aber nur der, der eine Tat eigenhändig ausführt. Im Gisela-Fall ist der BGH für seine Interpretation denn auch auf heftige Kritik gestoßen ...¹³

3. Organexplantation

Wird also im Bereich der Sterbehilfe durchaus aktive Sterbehilfe in straflose Suizidbeihilfe umdefiniert, so beschreitet die ganz herrschende Meinung in einem anderen Bereich möglicherweise einen völlig anderen Weg: Es geht darum, daß wir einen Menschen, dessen Gehirn insbesondere infolge Sauerstoffmangels endgültig abgestorben ist (sogenannter Hirntod), der aber über ein mit Hilfe von Maschinen funktionierendes Herz-Kreislaufsystem verfügt, als tot bezeichnen mit der Konsequenz, daß wir ihn aktiv, etwa durch Organexplantation, „töten“ (?) dürfen.

Ich möchte mich hier nicht näher in die hitzige Diskussion einmischen, ob denn nun der Hirntote tot ist oder nicht. Von den Gegnern des Hirntodkonzepts wird immer wieder darauf hingewiesen, daß jemand, der (künstlich) ernährt werden muß, um nicht zu verhungern, Ausscheidungen hat, der schwitzt und sogar noch Krankheiten bekommen kann, nicht tot sein könne¹⁴. In der bundesdeutschen Diskussion schien sich bis zum Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes von 1997 für diese Auffassung sogar eine Mehrheit zu finden. Auslöser war der sogenannte Erlanger Schwangerschaftsfall, als 1992 bei einer hirntoten, aber schwangeren Frau über Wochen sämtliche Vitalfunktionen aufrechterhalten wurden, damit sie die Schwangerschaft beenden konnte¹⁵. Es kam dann jedoch zu einem Abort infolge einer Lungenentzündung der hirntoten Frau. Hier geriet ethisch nicht nur die Frage in die Diskussion, inwieweit eine Tote als „Brutma-

12 Vgl. dazu *Kutzer*, NStZ 1994, 111 ff.

13 Siehe dazu näher *Herzberg*, Täterschaft und Teilnahme, 1977, S. 75 ff. mwN in Fn. 58.

14 Siehe statt vieler *Grewel*, ZRP 1995, 217 ff.

15 Siehe dazu umfassend *Kiesecker*, Die Schwangerschaft einer Toten, 1996

schine“ verwendet werden dürfe, sondern eben auch, ob man hier wirklich von einer Toten sprechen könnte.

Man muß in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, daß die Zusammenhänge der „Erfindung“ des Hirntodkriteriums einen durchaus üblen Beigeschmack aufweisen. Es wurde nämlich vom Report der Harvard Medical School 1968 kurz nach der ersten Herztransplantation in Kapstadt postuliert, womit der Weg für die ethische Anerkennung von Organtransplantationen erst geschaffen wurde¹⁶. Denn etwas vergrößernd gesagt kommen für die meisten Transplantationen nur Hirntote, deren Organe noch durchblutet werden, als Organspender in Betracht, so daß mit der Beibehaltung des Herztodkriteriums diese Organtransplantationen nicht mehr möglich wären. So ist auch heute noch bezeichnend, daß vor allem Mediziner immer wieder mit der Begründung für das Hirntodkonzept Stellung beziehen, eine andere Festlegung hätte katastrophale Folgen für die Transplantationsmedizin¹⁷ - mit anderen Worten, daß nicht sein kann, was nicht sein darf.

Es mutet auch merkwürdig an, daß dann, wenn einen Hochprominenten der Hirntod ereilt, das Zögern größer wird, ihn als tot zu sehen. So haben bei dem Sterben des Jordanischen Königs Hussein in diesem Jahr nicht nur Nachrichtenagenturen und Zeitungen davon gesprochen, der hirntote König werde „durch medizinische Apparate am Leben erhalten“¹⁸, sondern auch seine Ärzte erklärten - freilich wegen des „timings“ der Bestattungsfeier - den König erst mit dem Abbruch der Reanimation für tot, weil der Herztod das entscheidende Kriterium sei¹⁹. Und auch Lady Diana wurde nach ihrem Herzstillstand noch 2 Stunden reanimiert²⁰, obwohl zweifelsfrei schon nach einem Bruchteil dieser Zeit unwiderruflich der Hirntod eintritt.

Und schließlich: Werden dem Hirntoten vor der Organexplantation wirklich nur Anästhetika zum Zwecke der Muskelrelaxation verabreicht, oder ist dies

16 Näher dazu *Höfling*, MedR 1996, 6; *Beckmann*, ZRP 1996, 221 f.

17 Siehe dazu die Begründung des Entwurfs eines Transplantationsgesetzes der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, BT-DrS 13/2926, S. 13.

18 Berliner Zeitung vom 6./11. Februar 1999, S. 1; Märkische Oderzeitung vom 6. Februar 1999, S. 1.

19 Der Spiegel 7/1997, S. 143.

20 Der Stern 38/1997, S. 46.

vielleicht auch Ausdruck letzter Zweifel²¹? Immerhin wird bei hirntoten Organ Spendern von der Inzision ab eine signifikante Erhöhung des Blutdrucks und der Herzfrequenz beobachtet ...²²

Jedenfalls: Ist der Hirntote nicht tot, ist Organexplantation aktive Sterbehilfe - und wäre gemäß § 4 Transplantationsgesetz zwar nicht gegen den erklärten Willen, aber doch ohne das Einverständnis des Betroffenen.

II. Indirekte Sterbehilfe

Als Ausnahme von Sterbehilfeverbot ist in der Literatur schon immer die sogenannte indirekte Sterbehilfe anerkannt²³, die sich dadurch kennzeichnet, daß zur Schmerzbekämpfung Substanzen gereicht werden, die den Todeseintritt beschleunigen können. Auch der 3. Strafsenat des BGH hat sich diese Auffassung jetzt ausdrücklich im Dolantin-Fall zu eigen gemacht²⁴.

Nun ist zunächst einmal festzustellen, daß die landläufige Begründung, man dürfe dies tun, weil man ja etwa anderes als Tötung, nämlich Schmerzlinderung bezweckt, strafrechtsdogmatisch so nicht zu halten ist, weil wir auch andere Formen des Vorsatzes als die Absicht kennen. Diese Ansicht geht vielmehr auf das von Thomas von Aquin entwickelte Prinzip der Doppelwirkung zurück, wonach ein und dieselbe Handlung zwei Wirkungen haben kann, von denen nur die eine beabsichtigt ist: „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.“

Aber auch ethisch sind die Konsequenzen dieser Ansicht fatal. So läge dann also auch als solche straflose indirekte Sterbehilfe vor, gibt ein Arzt einem Patienten möglicherweise tödliche Medikamente ausschließlich zu Forschungszwecken oder gar ein Sadist in der Absicht, sich an den Qualen des vielleicht Sterbenden zu weiden. Demzufolge werden in der deutschen Literatur auch vorwiegend Ableitungen versucht, die, wenn auch auf dogmatisch unterschiedlichen Ebenen, letztendlich darauf hinauslaufen, eine Güterabwägung zwischen Lebensverkur-

21 Siehe dazu *Wuttke* in *Greinert/Wuttke* (Hrsg.), *Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantation*, 1991, S. 29; vgl. auch *Bockelmann* in *Krösl/Scherzer* (Hrsg.), *Die Bestimmung der Todeszeitpunktes*, 1973, S. 341.

22 Siehe dazu *Tarpey* in *Gelmann* (Ed.), *Anesthesia and Organ Transplantation*, 1987, S. 81; *Schlake/Roosen*, *Der Hirntod als der Tod des Menschen*, o. J., S. 52 f.

23 A. A. nur *Gössel*, *Strafrecht BT/1*, 1987, § 2 Rn. 30 ff.

24 BGHSt 42, 301 (2. Leitsatz)

zung einerseits und vom Todkranken gewollter Schmerzbeseitigung andererseits vorzunehmen²⁵.

Aber auch diese Ableitungsversuche können nicht begründen, warum nur die Schmerzbekämpfung mittels indirekter Sterbehilfe eine „gewöhnheitsrechtliche Ausnahme“ vom Verbot der aktiven Sterbehilfe sei²⁶. Der Bochumer Strafrechtslehrer Gerd Geilen, einer derjenigen, die sich am eingehendsten mit Fragen der Sterbehilfe befaßt haben, weist nämlich völlig zutreffend und folgerichtig darauf hin, eine „kaschierte indirekte Sterbehilfe“ sei auch in der Form denkbar, daß zur Vermeidung eines sonst langsamen Dahinsiechens eine Operation mit hohem Sterblichkeitsrisiko gewünscht und vorgenommen wird²⁷. Akzeptiert man dies, sind der Phantasie, neue Fallgruppen indirekter Sterbehilfe zu finden, keine Grenzen gesetzt: Wir schicken den Transportunfähigen auf eine ersehnte Reise, reichen dem Diabetiker die geliebte süße Torte oder veranlassen wunschgemäß, daß am Krankenbett des dringend Ruhebedürftigen seine lärmende Großfamilie campiert.

1. Dolus directus

Es ist auch durchaus konsequent, wenn die herrschende Meinung auch dann von der Strafflosigkeit indirekter Sterbehilfe ausgeht, wenn sie nicht mit dem Willen der Lebensverkürzung, aber dem sicheren Wissen um diese vorgenommen wird²⁸. Spätestens hier zeigt sich, daß die indirekte Sterbehilfe aus dem Bereich der aktiven Sterbehilfe schlichtweg „hinausdefiniert“ worden ist²⁹, dass die Grenze zumindest nur „dünn, ja hauchdünn“ ist³⁰. Denn selbst die auf den ersten Blick zunächst zu erkennende Unterscheidung, dass danach also strafbare aktive Sterbehilfe nur vorliegt, wenn jemand den Tod will, nicht jedoch, wenn jemand von der Lebensverkürzung zwar weiß, aber sie nicht will, erweist sich auf den zwei-

25 Näher *Scheffler* in Joerden (Hrsg.), *Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin*, 1999, S. 263 ff.

26 *Schöch* *NStZ* 1997,411.

27 *Geilen*, *Euthanasie und Selbstbestimmung*, 1975, S. 23 Fn. 40; so auch schon *Hommelsheim* in *Evangelische Akademie Bad Boll*, Protokoll Nr. 35/70, S. 11.

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

29 *Otto*, *Verh. 56. DJT*, S. 52.

30 *Hanack* in *Hiersche* (Hrsg.), *Euthanasie*, 1975, S. 147.

ten Blick als zweifelhaft: Wenn man von den Folgen seines Handelns weiß und dennoch handelt, „will“ man den Erfolg auch, jedenfalls „will“ man ihn mehr, als das Handeln zu unterlassen. Bedenkt man nun, daß es für die Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe kein Kriterium sein kann, ob vom Sterbehelfer der Tod auch „mehr oder weniger erwünscht“ wird³¹, verwischt sich die Grenze zur aktiven Sterbehilfe vollends: Aktive Sterbehilfe ist danach also indirekte Sterbehilfe und damit erlaubt, wenn sie auch nur den Nebenzweck verfolgt, dem Todkranken Schmerzlinderung zu gewähren.

2. Uno actu

Und ferner ist hier noch eines zu beachten: Die Vorstellung von indirekter Sterbehilfe wird davon bestimmt, daß das Leben langsam verkürzt würde, durch mehr oder weniger häufige Schmerzmittelgabe. Wieso ist es aber erforderlich, hier eine mehraktige Vorgehensweise vorauszusetzen? Was ist mit indirekter Sterbehilfe durch „die“ tödliche Spritze? Auch diese kann aus dem Bereich der erlaubten indirekten Sterbehilfe nicht von vornherein ausgeschlossen werden, freilich dürfte auf der Grundlage der herrschenden Meinung hier differenziert werden müssen; behandelt ist das Problem wohl noch nicht: Sieht der Arzt als Folge seiner Schmerzmittelgabe etwa voraus, daß irgendwann in nächster Zeit ein Organ seine Funktionstüchtigkeit verliert und hierdurch der Tod eintritt, läßt sich eine solche einaktige Medikation kaum aus dem Bereich der indirekten Sterbehilfe herausdefinieren. Anderes dürfte wohl nur dann gelten, sieht der Arzt als Folge seiner Dosierung den schnellen Tod - was immer dies auch heißen mag-, weil dann der Schmerzlinderungszweck zumindest weit in den Hintergrund tritt.

III. Passive Sterbehilfe

Im Bereich der passiven Sterbehilfe hat die Literatur schon immer die Frage beschäftigt, ob dem nicht deshalb, weil der Arzt nach fast allgemeiner Ansicht beim Sterbenden eine Behandlung unterlassen darf³² - dies ist die erlaubte, hier nicht weiter interessierende passive Sterbehilfe -, ob der Arzt deshalb dann nicht auch beim Sterbenden eine bereits eingeleitete Maßnahme abbrechen dürfe. Es wird immer wieder darauf hingewiesen, in einem solchen Fall könne es nicht sein, daß auf einen „erlosenden technischen Defekt“ gewartet werden müsse³³ -

31 *Trockel*, NJW 1975,1440; 1443 f

32 A. A. nur *Bockelmann*, Strafrecht des Arztes, 1968, S. 112 ff.

33 *Eser* in *Auer/Menzel/Eser*, Zwischen Heilauftrag und Sterbehilfe, 1977, S. 139.

Deshalb will die herrschende Ansicht grundsätzlich einen aktiven Behandlungsabbruch dann, wenn die Behandlung des Sterbenden nicht mehr eingeleitet werden müsse, zulassen. Es wird hier argumentiert, es ginge nicht um Tun, sondern um „Unterlassen durch Tun“³⁴ oder es wird gesagt, es läge normativ Unterlassen und nur phänotypisch Handeln vor.

1. Nichtarzt

Diese Auffassung kann nun aber zunächst einmal zur Folge haben, dass bei Sterbenden nicht nur das Abschalten der Geräte durch den behandelnden Arzt straflos wäre. Schon vor 30 Jahren wies Paul Bockelmann, damals ein führender Arztstrafrechtler, auf folgendes hin: „Wie übrigens, wenn man den Fall setzt, dass ein irgendwer aus purer Bosheit, nur um das Ende des Sterbenden zu beschleunigen, den Apparat abstellt ...? Müßte man [dies] als Unterlassung werten, so müßte man [dies] straflos lassen, denn eine Garantenstellung, kraft derer er zur Fristung des Lebens des Moribunden verpflichtet wäre, hat der Nichtarzt nicht.“³⁵

Wie schnell man zu dieser Ansicht kommt, zeigt sich, wenn 1987 tatsächlich das LG Ravensburg den Ehemann einer Sterbenden freisprach, der die seine Frau am Leben haltende Maschine einfach abgestellt hatte³⁶ - und, jedenfalls im Ergebnis, auf fast ungeteilte Zustimmung in der Literatur stieß.

2. Irreversibel Geschädigte

Aber noch in einer anderen Hinsicht würde aus der Anerkennung der Rechtsfigur des „Unterlassens durch Tun“ eine Erweiterung der aktiven Sterbehilfe folgen: Es ist nämlich weitgehend anerkannt, daß die Behandlungspflicht des Arztes nicht nur bei dem schon Sterbenden endet, sondern auch schon bei dem im irreversiblen Koma Befindlichen, also einem Patienten mit irreparabilem Hirnschaden, erlöschen kann. So haben gerade in den letzten Jahren Gerichte unter weitgehender Zustimmung der Literatur in dieser Konstellation das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen dann für zulässig gehalten, wenn zuvor entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Komatösen das Vormundschaftsgericht

34 *Roxin*, FS Engisch, 1969, S. 395 ff.

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

36 LG Ravensburg, NStZ 1987, 229.

den Behandlungsabbruch genehmigt hat³⁷. Auch in diesen Fällen dürften dann also, steht insoweit das Tun dem Unterlassen gleich, die lebenserhaltenden Maßnahmen auch aktiv abgebrochen werden

Aber es ginge noch weiter: Wenngleich dies in der Diskussion um Sterbehilfe kaum einmal präzise formuliert wird, soll die Behandlungspflicht des Arztes bei einem im irreversiblen Koma befindlichen Patienten auch ohne die Annahme eines entsprechenden mutmaßlichen Willens des Schwerkranken eingeschränkt sein. So wird im Anschluß an eine Ansprache von Papst Pius XII. aus dem Jahre 1957 davon ausgegangen, daß der Arzt die Einleitung „außergewöhnlicher Maßnahmen“ unterlassen dürfe. Auch ist - offenbar gedeckt vom BGH³⁸ - weitgehend anerkannt, daß der Arzt bei Patienten im irreversiblen Koma die Behandlung interkurrenter Krankheiten nicht einzuleiten brauche³⁹. Bei einer Gleichsetzung des Behandlungsabbruches ohne Behandlungspflicht mit einem Unterlassen würde dies bedeuten, daß der Arzt also auch schon eingeleitete „außergewöhnliche Maßnahmen“ oder die schon begonnene Therapie interkurrenter Krankheiten beenden durfte. Erkennt man diesen Gedankengang als folgerichtig an, würde sich etwas Dramatisches ergeben: Dann wurden wir in dieser Konstellation in der Tat die aktive Sterbehilfe gegebenenfalls sogar gegen den zuvor ausdrücklich geäußerten Willen des Getöteten kennen! Oder noch provokativer formuliert: Die letztendlich entscheidende Schallmauer zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, nämlich die Einwilligung oder jedenfalls mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen, wäre durchbrochen.

3. Kranke

Aber die Gleichsetzung von Tun mit Unterlassen beim Behandlungsabbruch hatte über diese theoretisch-dramatische, praktisch jedoch eher zu vernachlässigende Konsequenz beim irreversibel Hirngeschädigten noch eine weitere, rechtspraktisch viel näher liegende Konsequenz: Bekanntermaßen ist der Arzt nicht nur nicht verpflichtet, sondern nicht einmal berechtigt, eine lebensrettende Behandlung vorzunehmen, wenn der Patient diese nicht will. Der BGH hat dies schon 1957 im sogenannten Myom-Fall mit nicht zu überbietender Deutlichkeit ausgesprochen. Er hat dort gesagt, daß „ein selbst lebensgefährlich Kranker ...

37 BGHSt 40, 257; OLG Frankfurt/Main, NJW 1998, 2747; dagegen LG München, Beschl. v. 18. Februar 1999 - 13 T 478/99.

38 Siehe BGHSt 40, 257 (3. Leitsatz).

39 Näher dazu *Scheffler* in Joerden (Hrsg.), *Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin*, S. 270 f.

triftige Gründe haben [kann], eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte⁴⁰. Das würde nun aber, auf die eben herausgearbeiteten Grundsätze zum Behandlungsabbruch abstellend, bedeuten, daß danach auch jeder Patient von seinem Arzt verlangen darf, die Behandlung aktiv abubrechen, etwa ein Beatmungsgerät auszuschalten. Und da der Arzt hier dann nicht nur keine Behandlungspflicht, sondern nicht einmal ein Behandlungsrecht hätte, wäre es ihm nicht nur erlaubt, sondern er wäre sogar verpflichtet, dem Wunsch nachzukommen, also aktiv beim Sterben zu helfen, will er sich nicht wegen Körperverletzung oder Nötigung strafbar machen.

Über diesen Aspekt wird im deutschen Schrifttum kaum diskutiert. Sofern hierzu überhaupt Ausführungen zu finden sind, geht es um die Diskussion, ob der Patient denn berechtigt sei, die Weiterführung einer Behandlung zur „Unzeit“ zu untersagen⁴¹. Die Vorstellung, es könnte ein Unterlassen im Rechtssinne gegeben sein, unternimmt ein Arzt auf entsprechende Aufforderung seines Patienten „die Entfernung eines Verbandes oder die Auftrennung einer Wundnaht“⁴², läßt sich nirgendwo finden. Aber wäre dies nicht konsequent? Ansatzweise hat vor kurzem der Mainzer Rechtsphilosoph Norbert Hoerster diese Auffassung vertreten, der, allerdings nicht ganz deutlich, einen solchen selbst aktiven Behandlungsabbruch dann für zulässig gehalten hat, geht es dem Patienten um den Behandlungsabbruch - selbst wissend um das Sterben - und nicht um den Tod an sich⁴³.

Eine solche Ableitung, meines Erachtens stringent, sofern man mit der Rechtsfigur des Tuns durch Unterlassen oder ähnlichen Konstruktionen arbeitet, würde dann in der Tat bedeuten, daß ein weiterer klassischer Fall angeblich verbotener und strafbarer Sterbehilfe erlaubt wäre: Der Fall, in dem der Arzt dem Willen, ja selbst nur dem mutmaßlichen Willen des Patienten folgend, lebenserhaltende Geräte abstellt oder entsprechende Maßnahmen beendet. Verboten wäre dann nur noch der Bereich aktiver ärztlicher Sterbehilfe, wo der Arzt, ohne, wie beschrieben, ein Sterbehilfearrangement zu inszenieren und ohne zum Nebenzweck der Schmerzmedikation zu handeln, tödliche Substanzen darreicht.

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

41 Siehe dazu näher *Voll*, Die Einwilligung im Arztrecht, 1996, S. 139 f.

42 *Bockelmann*, Strafrecht des Arztes, S. 112; Roxin, FS Engisch, S. 398.

43 *Hoerster*, Sterbehilfe im säkularen Staat, 1998, S. 68; 178.

Schluß

Ich komme zum Schluß: Die Diskussion um die aktive Sterbehilfe ist nicht ehrlich. Wir halten ihr allgemeines Verbot nicht zuletzt in Deutschland aufgrund unserer unheilvollen Geschichte aus Angst vor einem Dambruch oder jedenfalls entsprechenden Sorgen des Auslands hoch, um dann mittels windiger dogmatischer Konstruktionen für bestimmte Konstellationen, in denen das absolute Sterbehilfeverbot ethisch unerträglich erscheint, doch Ausnahmen zuzulassen, ohne sie als solche zu benennen. Dies ist schon häufiger beschrieben worden. Worauf dieser Beitrag mit seinem etwas provokanten Titel darüber hinaus hinweisen will, ist, daß diese dogmatischen Taschenspielertricks, wenn man sie ernst nimmt und konsequent zu Ende denkt, den Dambruch, den sie verhindern sollen, schon längst herbeigeführt haben.