

Wolfsburg

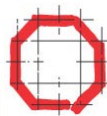
Internet-Script

Töten aus Barmherzigkeit?

Juristische und ethische Aspekte der aktuellen
Diskussion um die „aktive Sterbehilfe“

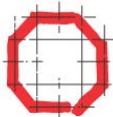
Dokumentation

Herausgegeben von Mechthild Herberhold



Die Wolfsburg
Katholische Akademie

Haus für Erwachsenenbildung
und Soziale Bildung des Bistums Essen



Die Wolfsburg

Katholische Akademie

Haus für Erwachsenenbildung
und Soziale Bildung des Bistums Essen

Falkenweg 6
D-45478 Mülheim/Ruhr
Telefon 0208 / 9 99 19 - 0
Telefax 0208 / 9 99 19 - 110
Email wolfsburg@bistum-essen.de
Internet <http://www.die-wolfsburg.de>

Inhalt

Vorwort	5
---------------	---

Hans-Joseph Scholten

Das Recht auf einen würdigen Tod	7
1. Einleitung	7
2. Die Rechtsentwicklung in den Niederlanden	8
3. Der rechtstatsächliche Befund in Deutschland	15
3.1 Die gesetzliche Ausgangslage	15
3.2 Die Praxis der Sterbehilfe in Deutschland	17
4. Freiräume für eine Neuregelung	19
4.1. Demokratie, Gewaltenteilung und Grenzen der Rechtsprechung	19
4.2. Die Verpflichtung des Staates zum Schutz des Grundrechts auf Leben	20
4.3. Resümee	21
5. Gründe für die Ablehnung des niederländischen Modells	22
5.1. Die Möglichkeiten der palliativen Medizin reichen aus	22
5.2. Euthanasie im 3. Reich	22
5.3. Das Dambruchargument	23
6. Ausblick	25

Michael Rosenberger

Töten und Sterbenlassen – (k)ein Unterschied?

Die Relevanz der Unterscheidung von aktiver und passiver Euthanasie	27
1. Einleitung	27
2. Zur sachgerechten Definition von „Euthanasie“	27
3. Klassische Unterscheidungen im Rahmen der Handlungstheorie	28
Sterbehilfe: Die klassischen Unterscheidungen	30
4. Begriffliche Präzisierung: Passive Euthanasie als Geschehenlassen des Sterbens	30
5. Die Ablehnung der Unterscheidung aktiv – passiv (bzw. ihrer moralischen Signifikanz) in weiten Teilen des Utilitarismus	31
6. Zur Auseinandersetzung mit der utilitaristischen Kritik	35
6.1. Vorab: Einige Anmerkungen zum Autonomieprinzip	35
6.2. Zu befürchtende Dambrucheffekte:	36
6.3. Zu befürchtender unmittelbarer Effekt	38
6.4. Ergebnis	40
7. Theologische Vertiefung: Sinnerfüllt sterben, oder: Was wünschen Sterbende wirklich?	40
8. Resümee	41
Literatur	41
Autoren und Herausgeberin	43

Vorwort

Im April des Jahres 2001 haben die Niederlande als weltweit erster Staat die „aktive Sterbehilfe“ legalisiert. Dies hat auch in Deutschland die Diskussion um die Regelung und die mögliche Praxis der „aktiven Sterbehilfe“ neu entfacht.

In Deutschland ist „aktive Sterbehilfe“ ein Tötungsdelikt und somit strafbar. Auch die Bundesärztekammer hat sich in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (1998) gegen „aktive Sterbehilfe“ ausgesprochen. Trotz dieser eindeutigen Prioritätensetzung ist „aktive Sterbehilfe“ in Deutschland sowohl hinsichtlich ihrer gesetzlichen Regelung als auch hinsichtlich ihrer Durchführung umstritten. Einer Umfrage des Allensbach-Instituts für Demoskopie zufolge befürworten 70% der Deutschen „aktive Sterbehilfe“ für schwer kranke Menschen, um sie vor Leiden zu bewahren.

Angesichts dieser Diskrepanz zwischen der rechtlichen Regelung und der Einstellung eines Großteils der Bevölkerung stellen sich viele Fragen: Inwieweit ist eine gesetzliche Regelung ähnlich der in den Niederlanden für Deutschland denkbar? Was bedeuten die auch im Grundgesetz verankerten Werte Leben, Menschenwürde und freie Entfaltung der Persönlichkeit für die Entscheidung, jemanden aus „Barmherzigkeit“ zu töten? Wer soll eine solche – unwiderrufliche – Entscheidung treffen, und nach welchen Kriterien sollte dies geschehen? Ist die Tötung eines Menschen überhaupt ethisch zulässig, und wenn ja, unter welchen Bedingungen? Und inwieweit kann die Entscheidung für den eigenen Tod überhaupt selbstbestimmt getroffen werden?

Im Folgenden werden die Beiträge einer Akademietagung dokumentiert, die am 5. Dezember 2001 in der Katholischen Akademie des Bistums Essen „Die Wolfsburg“ in Mülheim an der Ruhr stattfand und sich mit den juristischen und ethischen Aspekten der „aktiven Sterbehilfe“ befasste.

Wir danken den Referenten der Tagung, die ihre Vorträge für diese Publikation zur Verfügung gestellt haben, sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Veranstaltung für die interessante und anregende Diskussion.

Mülheim/Ruhr, im März 2002

Mechthild Herberhold

Dozentin

Katholische Akademie „Die Wolfsburg“

Hans-Joseph Scholten

Das Recht auf einen würdigen Tod

1. Einleitung

Das Recht auf einen würdigen Tod ist wie das Recht auf ein würdiges Leben ein schwer fassbarer Begriff. Gibt es das überhaupt: Das Recht auf ein würdiges Leben bzw. das auf einen würdigen Tod? Wer könnte dem Menschen ein solches Recht verleihen? Von wem wäre es einzufordern? Und welchen Inhalt sollte ein solches Recht haben?

So einfach und selbstverständlich der Titel klingt, so vielschichtig und komplex ist in der Tat sein Gegenstand. Dabei scheinen wir Christen es noch relativ einfach zu haben: Wir glauben, dass Gott uns Würde verliehen hat und dass sie uns als unveräußerliches Recht inne wohnt, jeder Verfassung vorgegeben und jeder Gesetzgebung zum Maßstab. Für uns schafft Art. 1 Abs. 1 Satz 1 des Grundgesetzes kein Menschenrecht, sondern deklariert eine der Verfassung vorgegebene Wahrheit: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Das gilt für das Leben ebenso wie für das Sterben.

Aber was fordert die Menschenwürde in einer sich wandelnden Welt? Was gebietet sie im Angesicht des Leidens und des Todes? Wer je einen Sterbensprozess aus nächster Nähe verfolgt hat, wer vielleicht selbst dabei das monatelange, verzweifelte Ringen um den Tod mit durchlebt und zum Teil auch mit durchlitten hat, der mag sich schon die Frage vorgelegt haben, ob der bewusste Abschied der würdigere Abschluss des Lebens wäre und ob der Mensch, dem Kenntnis und Mittel dazu fehlen, nicht in die Lage versetzt werden müsste, auch die Hilfe des Arztes dazu in Anspruch nehmen. Erfordert die Achtung der Menschenwürde also auch die Respektierung des Sterbewunsches? Und lässt sich aus ihr u. U. gar das Recht gegen den Staat ableiten, dass er die Möglichkeiten schafft, dass dem Sterbenden bei der Umsetzung seines Wunsches Hilfe geleistet werden kann?

In den Niederlanden hat eine demokratisch gewählte Mehrheit so entschieden. Die Entwicklung ist einzigartig in Europa. Noch! Denn angesichts entsprechender Initiativen in Belgien und Australien fragt es sich, ob dies so bleiben wird. Auch in der Bundesrepublik gibt es Stimmen, die das niederländische Modell für einen Fortschritt halten. Können also auch wir bald zu der Auffassung gelangen, dass ein Recht auf einen würdigen Tod besteht und dass dies den Anspruch auf die Bereitstellung entsprechender Hilfen umfasst?

Dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden. Dazu soll in einem ersten Schritt die Entwicklung in den Niederlanden nachvollzogen werden. Dabei wird deutlich werden, dass die Gesetzesänderung nicht das Ergebnis einer günstigen politischen Konstellation ist, die den Befürwortern einer Zulassung der aktiven und direkten Sterbehilfe in dieser Legislaturpe-

riode erstmals die parlamentarische Mehrheit für ihre Reformvorstellungen gesichert hätte. Vielmehr stellt sich die Neuregelung als das (vorläufige) Schlusstück einer jahrzehntelangen Entwicklung dar, in deren Verlauf zunächst die niederländische Rechtsprechung, dann die dortigen Staatsanwaltschaften und Gesundheitsbehörden und schließlich der niederländische Gesetzgeber selbst die Freiräume des Arztes zugunsten einer stärkeren Berücksichtigung des Patientenwillens beständig vergrößert haben.¹ Das neue Gesetz vollzieht weitgehend nur nach, was bereits etablierter Praxis entspricht. Es ist in beiden Kammern der Generalstaaten mit einer deutlichen Mehrheit angenommen worden,² und findet – übrigens über die Konfessionsgrenzen hinweg – in dem ganz überwiegenden Teil der Bevölkerung Zustimmung. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu erwarten, dass es kurzfristig revidiert werden könnte.

In einem zweiten Schritt kann dann die geltende Rechtslage in Deutschland skizziert werden. Sie stellt sich rechtlich als ziemlich einfach dar, wirft in ihrer praktischen Anwendung aber nicht unerhebliche Probleme auf und lässt manches im Dunkeln.

Unter Berücksichtigung der Entwicklung der öffentlichen Meinung, aber auch der Fernwirkungen, die das niederländische Modell auf die Diskussion in Deutschland haben könnte, ist die spannendste Frage, welche Gründe der Zulassung direkter Tötungen durch den Arzt in Deutschland eigentlich entgegen stehen. Hier ist *aus juristischer Sicht* – und nur darum soll es hier gehen – vor allem auf drei Aspekte zu verweisen, nämlich einmal auf die Grenzen, die das Verfassungsrecht einer solchen Rechtsfortbildung setzt, zum anderen auf die besonderen rechtsgeschichtlichen Erfahrungen, die den Deutschen bei diesem Thema besondere Zurückhaltung auferlegen, und schließlich auf ein eher rechtspolitisches Argument, nämlich die Furcht vor einer Erosion der Werte.

2. Die Rechtsentwicklung in den Niederlanden

Wer heute noch einen Blick in das niederländische Strafgesetzbuch wirft, wird von Sterbehilfe und der Zulassung direkter Tötungen nichts finden. Das Strafgesetzbuch stammt aus dem Jahre 1881 und hat sich in den maßgeblichen Bestimmungen nicht geändert. Strafbar ist grundsätzlich jede Tötung. Es gibt kein ärztliches Privileg. Und damit nicht genug: Nicht nur die Tötung, sondern auch die Beihilfe zum Selbstmord sind verboten und strafbar. Das Gesetz atmet noch den Geist des vorletzten Jahrhunderts, als in den Niederlanden die Kon-

¹ Zur Entwicklung vgl. auch *Jansen, A.*, Die Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden – Ein Novum, ZRP 2001, 179-183; *Sagel-Grande*, Rechtliche Regelung der Euthanasie in den Niederlanden, ZStW 111 (1999) 742-755; *Tak, P. J. P.*, Euthanasia in the Netherlands, Leipziger Juristische Vorträge, Heft 29, 1997.

² Im Parlament (Tweede Kamer) ist es mit einer Mehrheit von 104 zu 40 Stimmen, in der Vertretung der Provinzen (Eerste Kamer) mit 46 zu 28 Stimmen angenommen worden.

fessionen die politischen Auseinandersetzungen bestimmten und ein von Protestanten und Katholiken dominiertes Parlament gar nicht auf die Idee kam, dass die Not des Menschen im Sterben dem Arzt gerechtfertigten Anlass zu einer Tötung geben könnte.

Die rigide Gesetzeslage bestimmte das öffentliche und das Standesbewusstsein der Ärzte bis in die 60er Jahre des letzten Jahrhundert. Dann aber förderte der gesellschaftliche Aufbruch, die als Ausgang aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit verstandene Emanzipation von den Bindungen an Staat und Kirchen, die Entwicklung eines Rechtsverständnisses, das das Individuum und seine Rechte und Freiheiten zum Maßstab der Dinge machte. In den Niederlanden bemächtigte sich die Diskussion um das Selbstbestimmungsrecht des Menschen sehr schnell der Konfliktlagen am Anfang des Lebens und führte nach einer kurzen Übergangsphase Ende der 60er Jahre zur Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs – eine Entscheidung, die, wie Sie alle wissen, für das bundesdeutsche Rechtssystem nicht ohne Folgen blieb.

Die Diskussion über die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts am Ende des Lebens kam langsamer in Gang. Ihr Beginn wird gewöhnlich mit dem Prozess um die friesländische Ärztin Postma in Zusammenhang gebracht, die sich 1973 vor dem Bezirksgericht Leeuwarden wegen der Tötung ihrer 80jährigen Mutter verantworten musste.³ Frau Postma hatte ihrer halbseitig gelähmten, zunehmend verfallenden und unter Schmerzen leidenden Mutter auf deren wiederholten Wunsch hin eine Überdosis Morphin gespritzt und sich aus Überzeugung von der Angemessenheit ihrer Tat den Behörden gestellt. Der Prozess erregte ungemein viel Aufsehen und führte in den Niederlanden zur Gründung der „Vereniging voor vrijwillige euthanasie“, die ähnlich wie später die Gesellschaft für humanes Sterben hier, praktische Hilfen bei der selbstbestimmten Beendigung des eigenen Lebens leisten wollte und für eine Legalisierung der Beihilfe zum Selbstmord und der Tötung auf Verlangen eintrat. Am Ende des Verfahrens, in dem eine Reihe ärztlicher Sachverständiger angehört worden waren, konnte sich das Bezirksgericht zu einer Rechtfertigung der Tat nicht durchringen, verurteilte Frau Postma aber lediglich zu einer Freiheitsstrafe von einer Woche, die es zur Bewährung aussetzte. Rechtspolitisch erlangte das Urteil auch deshalb große Bedeutung, weil hier erstmals durch ein Gericht die Zulässigkeit eines Behandlungsabbruchs festgestellt und die Voraussetzungen definiert wurden, unter denen ein Arzt auch tödliche Dosen schmerzstillender Mittel verabreichen durfte. An der Zulässigkeit der sogenannten passiven wie der so genannten indirekten Sterbehilfe sind in den Niederlanden danach keine Zweifel mehr laut geworden.

³ *Bezirksgericht Leeuwarden*, Urteil vom 21.1.1973, NJ 1973, 183.

Zehn Jahre später wäre Frau Postma wahrscheinlich frei gesprochen worden. Am 10. Mai 1983 jedenfalls entschied das Bezirksgericht Alkmaar⁴, dass die Tat eines Arztes, der seiner 95 Jahre alten, schwer kranken Patientin auf deren Wunsch hintereinander Stesolid, Pethidin und Curarin gespritzt hatte, worauf diese verstarb, nicht strafbar sei. Zur Begründung führte das Gericht aus

„im Hinblick darauf,

dass das Selbstbestimmungsrecht über die Beendigung des eigenen Lebens in immer breiteren Bevölkerungskreisen anerkannt wird, und

dass es allgemein bekannt ist, dass, um sein Leben auf humane, nicht gewalttätige Weise zu beenden, oftmals die Hilfe Dritter notwendig ist,

ist die Hilfeleistung zu einer freiwilligen Lebensbeendigung, obwohl dies in formeller Hinsicht eine Verletzung der Artikel 293 oder 294 nl.StGB darstellt, materiell nicht rechtswidrig, wenn und soweit diese Tat rechtlich als nicht unerwünscht betrachtet werden kann.“

Letzteres aber sei der Fall, so heißt es in den Urteilsgründen weiter, wenn der Tötungswunsch wohl erwogen sei und auf einem dauerhaften Leiden beruhe, und der Arzt sowohl bei der Beurteilung der Situation als auch bei seiner Hilfeleistung selbst allergrößte Sorgfalt beachtet habe.

Die Begründung erscheint noch heute angesichts der eindeutigen Gesetzeslage gewagt. Sie stand auch deshalb auf wackeligen Beinen, weil die Lehre von der materiellen Rechtswidrigkeit in den Niederlanden seit Jahrzehnten keine Anhänger mehr hatte und vor allem vom Hohen Rat, dem niederländischen Kassationsgericht, noch niemals unzweifelhaft honoriert worden war. Diesmal ging die Staatsanwaltschaft in Berufung und tatsächlich kassierte der Gerichtshof in Amsterdam⁵ das Alkmarer Urteil im November 1983 mit dürren Worten:

„Angesichts dessen, dass die Regierung gerade zur Untersuchung des Problems eine Staatskommission eingesetzt habe, könne keine Rede davon sein, dass sich in den Niederlanden schon jetzt eine allgemeine Auffassung des Inhalts herauskristallisiert habe, nach der Euthanasie als allgemeingesellschaftlich akzeptiert gelten könne.“

Immerhin zeigte auch dieses Gericht Milde, sprach den Arzt einer Tötung auf Verlangen zwar schuldig, sah aber von der Auferlegung einer Sanktion ab.

Das Verfahren war damit nicht zu Ende. Der Arzt gab sich mit dem Spruch der Amsterdamer Richter nicht zufrieden und rief den Hohen Rat an. Das höchste niederländische Gericht nun

⁴ *Bezirksgericht Alkmaar*, Urteil vom 10.5.1983, NJ 1983, 407.

⁵ *Gerichtshof zu Amsterdam*, Urteil vom 17.11.1983, NJ 1984, 43.

kassierte das Urteil des Gerichtshofes im November 1984 zur allgemeinen Überraschung und stellte fest, dass auch die direkte Tötung durch einen Arzt gerechtfertigt sein könne, wenn nach objektiver medizinischer Einsicht ein Notstand vorliege.⁶ Später präziserte er die Rechtsprechung: Die Notlage könne dadurch entstehen, dass der Arzt sich zwei konfligierenden Pflichten gegenüber sehe: der Pflicht zur Lebenserhaltung einerseits und der Pflicht zur Minderung des Leidens andererseits. Wenn der Arzt sich bei einem unerträglichen und unabänderlichen Leiden des Patienten auf dessen Wunsch hin für die Beendigung seines Leidens entscheide, sei sein Handeln gerechtfertigt.

Mit dieser Entscheidung war der Damm gebrochen. Trotz der scheinbar so eindeutigen Gesetzeslage konnte die Tötung auf Verlangen also gerechtfertigt sein und es schien nur eine Frage der ärztlichen Einsicht, ob eine rechtfertigende Notlage vorlag oder nicht.

Was nun passierte, ist nicht untypisch für die Rechtskultur im Nachbarland, mag es uns auch fremd erscheinen:

Die Ärzteschaft sah sich aufgrund des höchstrichterlichen Diktums besonders gefordert. In der Königlich Niederländischen Ärztegesellschaft war es schon vorher zu heftigen Diskussionen um die Zulässigkeit der direkten Sterbehilfe gekommen, die den Verband schließlich spaltete. Der deutlich größere Teil blieb der Organisation aber treu und schloss sich der herrschenden Meinung an, nach der die direkte Tötung auf Verlangen des Patienten auch nach den Regeln der medizinischen Ethik vertretbar sei und der Arzt bei seiner Entscheidung, dem Tötungsverlangen nachzukommen, nur bestimmte prozessuale Sorgfaltsanforderungen (insbesondere Konsultation eines weiteren unabhängigen Kollegen) zu beachten habe.

Die Staatsanwaltschaften waren in gewisser Hinsicht paralysiert. Wenn die direkte Tötung durch einen Arzt jetzt doch erlaubt sein konnte und alles nur von der medizinisch begründeten Einsicht abhing, welcher Arzt sollte dann noch angeklagt werden, welcher unbehelligt bleiben? Die Generalstaatsanwälte bei den fünf Gerichtshöfen, die in den Niederlanden für die Praxis der Strafverfolgung erhebliche Bedeutung haben, weil hier nicht das Legalitätsprinzip, sondern das allgemeine Opportunitätsprinzip gilt, und den Generalstaatsanwälten so die Entscheidung zufällt, welche Delikte zu verfolgen sind und welche nicht, fassten schon 1982 den folgenschweren Entschluss, dass Fälle ärztlicher Sterbehilfe nur nach vorheriger Beratung in diesem Gremium zur Anklage gebracht werden sollten. Dies führte dazu, dass, obwohl immer mehr und neue Fälle aktiver und direkter Sterbehilfe bekannt wurden, der Prozentsatz der Anklagen ebenso drastisch sank. 1984 wurden von 19 Fällen nur 3 weiter

⁶ *Hoge Raad*, Urteil vom 27.11.1984, NJ 1985, 105. Der Gerichtshof in den Haag, an den die Sache

verfolgt. 1988 von 184 2, 1995 von 1466 nur 1⁷, im Jahr 2000 von 2123 Fällen keiner. Tatsächlich gelangten nur noch Fälle vor die Schranken der Gerichte, in denen sich Ärzte nicht an die von der Rechtsprechung entwickelten Sorgfaltskriterien gehalten hatten oder die sich zur Fortentwicklung der Rechtsprechung eigneten (z.B. Musste sich der Patient bereits in der Sterbephase befinden? Konnte eine rein psychische Erkrankung ein unerträgliches Leiden begründen?)

Natürlich war die Politik in diese Entscheidungen mit eingebunden. Die Regierung konnte sich aber zu einer schnellen gesetzlichen Lösung nicht durchringen, sondern sah noch erheblichen Klärungsbedarf. Ein bereits 1984 von der liberalen Abgeordneten Wessel-Tuinstra (D 66) eingebrachter Entwurf, der auf die Legalisierung der direkten Sterbehilfe hinauslief,⁸ scheiterte nach jahrelanger Beratung im Parlament. Während hier sich aber eine Debatte an die andere reihte, etablierte sich die ärztliche Praxis immer weiter. Die Ärzte nämlich hatten nun eigentlich wenig zu befürchten. Wenn sie dokumentieren konnten, dass ihr Patient schwer erkrankt war und unter seiner Situation unerträglich litt, wenn sie selbst keine Alternative sahen, den Zustand ihres Patienten zu verbessern, und wenn auch ein unabhängiger Kollege nach Untersuchung zu dem Schluss kam, dass in diesem Fall medizinisch nicht mehr zu helfen und das Todesverlangen ernsthaft und dauerhaft war, konnten sie nun dem Leiden durch eine tödliche Spritze oder Infusion auf Wunsch des Patienten ein Ende setzen. Faktisch war das Arsenal der medizinischen Möglichkeiten bei der Betreuung Sterbender bereits 1984 um die Todesspritze erweitert. Und die Ergebnisse der nunmehr einsetzenden intensiven empirischen Forschung machten deutlich, dass von dieser Möglichkeit auch in zunehmendem Umfang Gebrauch gemacht wurde.

Je mehr die direkte aktive Sterbehilfe aber zur Normalität im ärztlichen Alltag wurde, umso beengender empfanden die Ärzte ihren strafrechtlichen Kontext. Die Tötung auf Verlangen setzt dem Leben ein „unnatürliches“ Ende. Kreuzte der Arzt dies aber auf dem Totenschein an, so führte das zwangsläufig zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens. Auch wenn der Arzt mit einer Einstellung rechnen konnte, so war dieses Verfahren für ihn doch mit Unsicherheiten (Litt der Patient wirklich unerträglich? War sein Todeswunsch ernsthaft?) und Risiken (Durchsuchung?) belastet. Dies führte – wie sich aus ersten empirischen Erhebungen ergab – dazu, dass nur eine relativ geringe Anzahl von Ärzten direkte Sterbehilfe mel-

zurückverwiesen war, sprach den Arzt darauf tatsächlich frei, Urteil vom 11.9.1986, NJ 1987, 609.

⁷ J. M. Cuperus-Bosma / G. van der Wal / P. J. van der Maas, Euthanasie en ander medische beslissingen ron het levenseinde – Het Openbaar Ministerie en de meldingsprocedure, Den Haag 1996, 49 (Tab. 4.2).

⁸ Kamerstukken (Parlamentsdrucksache) 18 331.

deten (1990 nur 18%)⁹. Die meisten gaben auf dem Totenschein eine natürliche Todesursache an. Unabhängig von der Frage, ob der Gesetzgeber die direkte Sterbehilfe legalisieren sollte, setzten daher bald schon Überlegungen ein, wie die Ärzte, die sich an die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien hielten, vor den Belastungen eines Strafverfahrens bewahrt und zur wahrheitsgemäßen Meldung der Todesursache veranlasst werden könnten.

Das Ergebnis dieser Überlegungen war 1990 zunächst der Erlass von Richtlinien, die zwischen den Generalstaatsanwälten, der Gesundheitsaufsicht und der Ärztesgesellschaft verabredet wurden, und genau die Voraussetzungen festlegten, unter denen der Arzt mit einer Einstellung des Verfahrens rechnen konnte. 1994 übernahm der Gesetzgeber das so genannte Meldeverfahren weitgehend und verankerte es in dem Gesetz über die Leichenschau. Danach musste der Arzt, der dem Todeswunsch eines Patienten nachgab, bereits dem öffentlichen Leichenbeschauer neben der Todeserklärung einen detaillierten Bericht übergeben, aus dem hervorging, dass die Voraussetzungen einer erlaubten Tötung vorlagen.¹⁰ Der Leichenbeschauer leitete die Unterlagen an die zuständige Staatsanwaltschaft weiter, die noch immer in eigener Verantwortung zu entscheiden hatte, ob weitere Ermittlungen angezeigt waren und das Verfahren eingestellt werden konnte (was in den meisten Fällen geschah). Das Gesetz war ein politischer Kompromiss. Als 1996 eine Dunkelfelduntersuchung zutage förderte, dass noch immer ca. 60% der Ärzte die Fälle aktiver Sterbehilfe nicht meldeten, sah der Gesetzgeber sich zu einer weiteren Änderung veranlasst. 1998 wurden 5 regionale Prüfungskommissionen installiert, die aus medizinisch-professioneller Sicht beurteilen sollen, ob die von einem Arzt geleistete und gemeldete Sterbehilfe den Sorgfaltskriterien entsprach. Die Kommissionen sind mit einem Juristen, einem Arzt und Ethiker besetzt. Sie können sich ergänzende Unterlagen vorlegen lassen und Anhörungen durchführen. Gelangt die Kommission nach Prüfung des Einzelfalls zu der Überzeugung, dass der Arzt sorgfältig gehandelt hat, muss die Sache zwar nach wie vor der Staatsanwaltschaft vorgelegt werden. Deren Einstellungsentscheidung ist dann jedoch nur noch eine Formsache.

Nach dem jüngsten Bericht sind den Kommissionen im Jahre 2000 insgesamt 2.123 Fälle aktiver und direkter Sterbehilfe bzw. ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung gemeldet worden. Das sind weniger als im Jahre 1999. (Damals waren es 2.216)¹¹. Jedoch ist unklar, wie hoch das Dunkelfeld ist und ob der Einsatz der Prüfungskommissionen tatsächlich die Meldebe-

⁹ J. M. Cuperus-Bosma / G. van der Wal / P. J. van der Maas, Euthanasie en ander medische beslissingen ron het levenseinde – Het Openbaar Ministerie en de meldingsprocedure, Den Haag 1996, 48 (Tabe. 4.1).

¹⁰ Das Berichtsmuster umfasst 22 Fragen zur Krankengeschichte, dem Todesverlangen, der Konsultation und der Ausführung der Tat; vgl. Königlicher Beschluss vom 19.11.1997, Stb. 550.

¹¹ Vgl. Regionale toetsingscommissies euthanasie, Jaarverslag 1998/1999, Den Haag mei 2000, 8.

reitschaft der Ärzte erhöht hat. Eine neue Enquete, die das aktuelle Dunkelfeld aufhellen soll, ist erst in Arbeit.

Das neue „Gesetz zur Kontrolle der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung“¹², das nun am 1. Januar 2001 in Kraft tritt, bringt in der Sache nichts Neues. Immerhin zieht es aus der Rechtsprechung des Hohen Rates und der Instanzgerichte die längst fällige Konsequenz und ergänzt das Strafgesetzbuch um eine Bestimmung, nach der die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zum Selbstmord nicht mehr strafbar sind, wenn sie durch einen Arzt begangen sind, der dabei den Sorgfaltsanforderungen, die in Artikel 2 des neuen Gesetzes normiert sind, genügt und die Tötungshandlung dem kommunalen Leichenbeschauer mitgeteilt hat.

Die von dem Arzt zu beachtenden Sorgfaltsanforderungen sind in Artikel 2 des neuen Gesetzes nunmehr wie folgt definiert:

1. Der Arzt muss zu der Überzeugung gekommen sein, dass der Patient freiwillig und wohl-erwogen nach dem Tode verlangt.
2. Er muss zu der Überzeugung gekommen sein, dass dessen Leiden aussichtslos und unerträglich ist.
3. Er muss den Patienten über dessen gesundheitliche Lage und deren Fortentwicklung aufgeklärt haben.
4. Mit dem Patienten muss er zu der Überzeugung gelangt sein, dass es in dieser Lage, in der er sich befindet, keine vernünftige andere Alternative gibt.
5. Er muss zumindest einen anderen unabhängigen Arzt konsultiert haben, der seinerseits den Patienten gesehen haben und sich schriftlich zu den vorgenannten Voraussetzungen ausgesprochen haben muss.
6. Schließlich muss der Arzt die Tötungshandlung selbst *lege artis* ausgeführt haben.

¹² Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Gesetz vom 12.4.2001, Staatsblad 2001, 194.

3. Der rechtstatsächliche Befund in Deutschland

3.1. Die gesetzliche Ausgangslage

Wie nun stellt sich die Rechtslage in Deutschland dar?

3.1.1. Strafbarkeit der direkten Sterbehilfe

Anders als in den Niederlanden ist hier die direkte aktive Sterbehilfe strikt verboten. Der Arzt, der dem Verlangen seines Patienten nachgibt und ihm ein schnell wirkendes tödliches Mittel verabreicht, erfüllt den Tatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) und hat eine strafrechtliche Verurteilung zu gewärtigen.

Nach h. M. kommt eine Rechtfertigung nach den Regeln des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) nicht in Betracht. Auch bei aussichtsloser Prognose, so hat der Bundesgerichtshof ausgeführt, darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten geleistet werden.¹³ Zur Begründung dieses Diktums wird in der Literatur zum Teil auf die Unverfügbarkeit des geschützten Rechtsgutes verwiesen. Dieses schließe ein wesentliches Überwiegen eines anderen Interesses aus.¹⁴ Von anderen wird die Erforderlichkeit der Tötungshandlung verneint, da die palliative Medizin hinreichende Mittel zur Milderung des Leidens zur Verfügung stelle, so dass es zum Letzten gar nicht kommen müsse. Schließlich wird darauf verwiesen, dass die direkte Tötung kein geeignetes Mittel zur Beseitigung des Notstandes sei. Denn die Eignung sei auch normativ zu bestimmen. Das Mittel der direkten Tötung stehe dem Arzt aber nicht zur Verfügung. Insoweit setze § 216 StGB auch der Interpretation des rechtfertigenden Notstandes eine unübersteigbare Grenze. In der Literatur ist von der Sperrwirkung des § 216 StGB die Rede.¹⁵

3.1.2. Straflosigkeit der indirekten Sterbehilfe

Zulässig ist nach dem deutschen Strafrecht – wie in den Niederlanden auch – dagegen die indirekte Sterbehilfe. Darunter wird in Deutschland – ebenso wie in den Niederlanden¹⁶ – die ärztlich gebotene Verabreichung starker schmerzlindernder Medikamente an einen Sterbenden verstanden, wenn deren Einsatz unbeabsichtigt, aber unvermeidlich möglicherweise zu einer Lebensverkürzung führt.¹⁷ In der Literatur wird zum Teil bereits bestritten, dass eine

¹³ BGHSt 37, 376, 379.

¹⁴ *Rilinger*, GA 1997, 417 ff.; *Lackner / Kühl*, StGB, 23. Aufl. München 1999, vor § 211 Rdn. 7 m.w.N.; kritisch *Herzberg*, NJW 1996, 3043.

¹⁵ *Eser* in: *Schönke-Schröder*, StGB, 26. Aufl. München 2001, Vorbem. § 211 Rdn. 25 (Einwilligungssperre).

¹⁶ Vgl. *Wöretshofer*, *Volgens de regelen der kunst*, Arnhem 1992, 153 m.w.N.

¹⁷ *Stellv. Tröndle / Fischer*, StGB, 50. Aufl. München 2001, Vor § 211 Rdn. 17.

solche Medikation überhaupt den Tatbestand der Tötungsdelikte (Paragrafen 212 ff. StGB) erfüllt. Denn der Schutzzweck dieser Normen erfasse nicht das Handeln des Arztes, das nach seinem sozialen Sinn- und Bedeutungsgehalt eben nicht auf die Tötung, sondern auf die Linderung des Leidens ausgerichtet sei.¹⁸ Nach überkommener Betrachtung stellt jedoch auch eine solche ärztliche Maßnahme eine Fremdtötung im Sinne der Paragrafen § 212 ff. StGB dar, die aber nach den Regeln des § 34 StGB gerechtfertigt ist.¹⁹ Der Bundesgerichtshof hat zunächst offen gelassen, welcher Begründung zu folgen ist.²⁰ An der Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe besteht aber auch seiner Rechtsprechung nach kein Zweifel. Eine möglicherweise lebensverkürzende schmerzlindernde Medikation bei einem sterbenden Patienten, so heißt es in einer Entscheidung aus dem Jahre 1996, sei jedenfalls nach der Notstandsregelung des § 34 StGB gerechtfertigt. Denn die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen sei ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht unter schwersten, insbesondere Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.²¹ Die Begründung lässt erkennen, dass auch der Bundesgerichtshof prinzipiell das Recht eines Menschen auf einen Tod in Würde anerkennt. Im übrigen hält auch er, wie der Hohe Rat²², es für möglich, dass das Interesse, das an der Wahrung des Tötungsverbotes besteht, hinter dem Interesse, das im Einzelfall an einer Beendigung des Leidens besteht, zurücktritt.

3.1.3. Strafflosigkeit der Beihilfe zum Selbstmord

Strafflos ist nach deutschem Recht schließlich auch die Beihilfe zum Selbstmord. Dies war schon unter Geltung des Reichsstrafgesetzbuches so²³ und entspricht deutscher Rechtstradition. Von niederländischer Seite wird manchmal gemutmaßt, dass dieser Umstand zur Folge haben könnte, dass deutsche Ärzte vermehrt auf die prinzipiell straflose Beihilfe zum Selbstmord ausweichen würden, so dass in der Tat der real bestehende Unterschied im Umgang mit aussichtslos Leidenden zwischen beiden Ländern gar nicht so erheblich sei. Gegen diese Annahme spricht jedoch einiges. Zum einen ist die Abgrenzung zwischen der Beihilfe zum Selbstmord und der Tötung durch Unterlassen in der deutschen

¹⁸ Vgl. *Herzberg*, NJW 1996, 3043, 348 f.; *Tröndle / Fischer*, StGB, 50. Aufl. München 2001, Vor § 211 Rdn. 20 m.w.N.

¹⁹ Vgl. *Kutzer*, NStZ 1994, 115; *Schreiber*, NStZ 1986, 340; *Eser* in: *Schönke-Schröder*, StGB, 26. Aufl. München 2001, Vorbem. zu §§ 211 ff. Rdn. 26 m.w.N.

²⁰ Nach einer Entscheidung des 5. Strafsenats vom Februar dieses Jahres scheint er sich auf die so genannte Notstandslösung festzulegen zu wollen.

²¹ BGHSt 42, 301, 305.

²² Nach der Rechtsprechung des Hohen Rates wird die Notlage des Arztes durch das unerträgliche und aussichtslose Leiden seines Patienten ausgelöst. Der Arzt kann dadurch in die Zwangslage geraten, zwischen der Pflicht zur Lebenserhaltung und der Pflicht zur Leidensverminderung eine Wahl treffen zu müssen, vgl. HR Urteil vom 27.11.1984, NJ 1984, No. 106 (stdge. Rspr.).

²³ RGSt 70, 313, 315 m.w.N.

Rechtsprechung keineswegs so weit geklärt, dass gegen den Arzt, der sich zu einem solchen Schritt entschließt, nicht prinzipiell doch ein Ermittlungsverfahren eingeleitet würde. Seit der Bundesgerichtshof im sogenannten Wittig-Urteil²⁴ den eindeutig geäußerten Suizidwillen einer schwer herzkranken Patientin für unmaßgeblich und den Arzt nach Eintritt der Bewusstlosigkeit aufgrund seiner Garantenstellung doch wieder zu Rettungsmaßnahmen verpflichtet sah, ist die Diskussion über die Grenzen der ärztlichen Hilfeleistungspflicht noch nicht zu einem Abschluss gelangt.²⁵ Zum anderen ist die Beihilfe zum Selbstmord in Deutschland nach wie vor standesrechtlich verpönt.²⁶ Selbst wenn das strafrechtliche Ermittlungsverfahren zu einer Einstellung führt, hat daher der Arzt, der sich an einem Selbstmord beteiligt, standesrechtlich mit Konsequenzen zu rechnen. Von einer breiten Akzeptanz kann insoweit keine Rede sein. Schließlich kommt dieser Ausweg auch dort nicht in Frage, wo der Betroffene physisch gar nicht mehr in der Lage ist, Hand an sich zu legen.²⁷

3.1.4. Resümee

Im Ergebnis sind die rechtlichen Grenzen, die das deutsche Strafrecht dem Arzt setzt, der sich mit dem Tötungsverlangen eines Patienten konfrontiert sieht, wesentlich enger gezogen als dies im Nachbarland der Fall ist. Der Arzt darf das Leben auch in der Sterbephase aktiv und direkt nicht beenden. Er darf – zumindest standesrechtlich – grundsätzlich auch seine Hand nicht zu einer Selbsttötung reichen. Allein die indirekte Sterbehilfe, also die konsequente Schmerzminderung unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung, ist ihm bei einem tödlich Kranken oder Sterbenden *de lege lata* zugestanden.

3.2. Die Praxis der Sterbehilfe in Deutschland

Die engere Grenzziehung in Deutschland steht seit Jahren in wachsendem Gegensatz zu einer auch hier vorherrschenden öffentlichen Meinung, die sich bereits seit Längerem mehrheitlich zugunsten einer Freigabe der aktiven direkten Sterbehilfe ausspricht. Bereits 1973 stimmten in einer Repräsentativumfrage 53 % der Westdeutschen der Auffassung zu, ein

²⁴ BGHSt 32, 369 ff.

²⁵ stellv. *Lackner / Kühl*, StGB, 23. Aufl. München 1999, vor § 211 Rdn. 12; *Tröndle / Fischer*, StGB, 49. Aufl. München 1999, Vor § 211 Rdn. 6, jeweils mit zahlr. w.N.

²⁶ Bereits in den 1993 veröffentlichten Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbegleitung wurde die Mitwirkung an einem Suizid als „unärztlich“ gebrandmarkt; vgl. Deutsches Ärzteblatt 1993, C-1629 (Ziffer II.2 am Ende). Auch nach den neuen „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung“ (Deutsches Ärzteblatt 1998, C-1690 f.) widerspricht die Mitwirkung des Arztes an einer Selbsttötung dem ärztlichen Ethos; vgl. auch *Vollmann J.*, Ärztliche Lebensbeendigung und Patientenselbstbestimmung – Eine medizinische Stellungnahme, DMW 1998, 93, 94.

²⁷ ebenso *H.-G. Koch*, Inwieweit ist aktive Sterbehilfe strafwürdig? in: *Illhardt / Heiss / Dornberg* (Hrsg.), Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?, Stuttgart; New-York 1998, 137, 149.

schwerkranker Patient solle verlangen können, dass der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt.²⁸ Der Anteil scheint inzwischen deutlich gestiegen zu sein.

Nach einer Erhebung des Allensbach-Instituts von Anfang dieses Jahres machten sich 64% der Westdeutschen und 80% der Ostdeutschen, das sind über 70% der Gesamtbevölkerung, folgende Aussage zu eigen:

„Ein schwer kranker Patient soll das Recht haben, den Tod zu wählen, und verlangen dürfen, dass der Arzt ihm eine tödliche Spritze gibt.“

Die Konfession spielte bei der Beantwortung dieser Frage übrigens kaum eine Rolle. 60% der Protestanten und 68% der befragten Katholiken stimmten ebenfalls dieser Aussage zu. Nur 11% der Befragten (18% der Katholiken) lehnten sie ab.

Eine verantwortungsvolle Ausübung des ohnehin begrenzteren Handlungsspielraums wird den Ärzten in Deutschland im übrigen dadurch erschwert, dass die Grenze zwischen indirekter und direkter Sterbehilfe im Einzelfall „hauchdünn“²⁹ und unter Umständen schwer nachzuweisen ist.³⁰ Dies birgt für die Ärzte Strafbarkeitsrisiken in sich und dürfte in der Praxis für eine eher zurückhaltenden Anwendung hoher Dosen letaler Schmerzmittel mitverantwortlich sein. Andererseits gibt es Anzeichen dafür, dass Ärzte sich um die u. U. schwierige Grenzziehung nicht kümmern, sondern auch in Deutschland dem Tötungsverlangen eines unheilbar Kranken in direkterer Weise nachgeben als es erlaubt ist.³¹ Dabei dürfte es sich jedoch nach wie vor um Ausnahmen handeln. Ein genauere Vergleich mit der niederländischen Praxis muss daran scheitern, dass in Deutschland mit den niederländischen Untersuchungen zur ärztlichen Praxis der Sterbehilfe vergleichbares empirisches Material nicht existiert.

²⁸ Zitiert nach *H.-G. Koch*, Landesbericht Bundesrepublik Deutschland, in *Eser / Koch*, Materialien zur Sterbehilfe, Freiburg 1991, 71 f.

²⁹ So bereits *Hanack* in: *Hiersche* (Hrsg.), Euthanasie, Probleme der Sterbehilfe. Eine interdisziplinäre Stellungnahme, 1975, 146 f.

³⁰ Vgl. auch *H.-G. Koch* in: *Illhardt / Heiss / Dornberg* (Hrsg.), Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen, Stuttgart; New-York 1998, 137, 148: Die Grenze zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe ist fließend.

³¹ Nach einer repräsentativen Umfrage, die der STERN 1996 durchführen ließ, konnten sich ca. 30% der niedergelassenen Ärzte vorstellen, aus humanitären Gründen aktive Sterbehilfe zu leisten. Fast 50% waren von ihren Patienten schon einmal darum gebeten worden. 10,5% räumten ein, in ihrer Umgebung schon einmal aktive Sterbehilfe durch einen Arzt erlebt zu haben. Gut 40% konnten das auch billigen; vgl. STERN, Nr. 49 vom 28.11.1996. Schon im Hinblick auf diese Befragungsergebnisse muss mit einer gewissen Dunkelziffer von Fällen aktiver Sterbehilfe gerechnet werden; im Ergebnis ebenso die Einschätzung von *H.-G. Koch*, in: *Illhardt / Heiss / Dornberg* (Hrsg.), Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen, Stuttgart; New-York 1998, 137, 146.

4. Freiräume für eine Neuregelung

Könnte aber die deutsche Rechtsordnung dem niederländischen Beispiel überhaupt folgen? Welchen Spielraum besitzen die deutschen Gerichte und der deutsche Gesetzgeber insoweit? Die Frage führt den Juristen mitten ins Verfassungsrecht.

4.1. Demokratie, Gewaltenteilung und Grenzen der Rechtsprechung

Reflektiert man die Anwendung der Notstandsregeln, so wie sie vom Hohen Rat und von der Strafrechtspraxis in den Niederlanden offenbar verstanden worden sind, unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten, so stößt man zum einen auf die Frage, wie sich eine derartige Gesetzesauslegung mit den in beiden Ländern gültigen Gewaltenteilungs- und Demokratieprinzip verträgt. Vereinfacht gesagt: Wenn der demokratisch legitimierte Gesetzgeber die Regeln des Zusammenlebens bestimmen soll und die Gerichte von Verfassungs wegen im Wesentlichen nur den Auftrag haben, ihre Einhaltung sicherzustellen: wie weit dürfen sich die Gerichte dann eigentlich im Rahmen der Rechtsauslegung vom Willen des Gesetzgebers entfernen?

Gewiss, es ist einzuräumen, dass der Gewaltenteilungsgrundsatz auch im deutschen Verfassungsrecht vielfach durchbrochen ist und der innerstaatlichen Aufgabenverteilung keine strengen und unumstößlichen Grenzen setzt. Und doch ist es nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts so, dass sich der Richter nicht in die Rolle einer normsetzenden Instanz begeben und sich auch im Rahmen der Rechtsfortbildung dem vom Gesetzgeber festgesetzten Sinn und Zweck des Gesetzes nicht entziehen darf.³² Die Strafgerichte sehen offenbar auch der Anwendung des rechtfertigenden Notstands aus dieser Erwägung heraus Grenzen gesetzt. In der Tat ist das Argument von der Sperrwirkung des § 216 StGB letztlich nichts anderes als die Anerkennung einer so verstandenen legislativen Kompetenz. Denn was nach der Rechtsprechung von Gesetzes wegen unzulässig ist, kann in einem Rechtsstaat nur der Gesetzgeber ändern. Der aber so ließe sich nach deutschem Verfassungsverständnis hinzusetzen, ist vielleicht auch deshalb für eine solche Entscheidung zuständig, weil diese für den Bürger von grundlegender Bedeutung ist. Das Bundesverfassungsgericht wenigstens hat auch im Hinblick auf das Rechtsstaatsprinzip einerseits und die Grundrechte andererseits die sogenannte Wesentlichkeitstheorie entwickelt. Danach sollen die für den Bürger grundlegenden Entscheidungen der legislativen Gewalt vorbehalten sein.³³ Jedenfalls im Bereich der Grundrechtsausübung soll der Gesetzgeber verpflichtet sein, alle wesentli-

³² BVerfGE 96, 375, 394.

³³ BVerfGE 40, 237, 249: „Die Entscheidung aller grundsätzlichen Fragen, die den Bürger unmittelbar betreffen, muss durch Gesetz erfolgen.“

chen Entscheidungen selbst zu treffen.³⁴ Auch in Anwendung dieses Gedankens ergäben sich verfassungsrechtliche Bedenken gegen eine Zulassung der aktiven direkten Sterbehilfe in Deutschland wenigstens dann, wenn die Anwendung des rechtfertigenden Notstandes nicht auf extreme Ausnahmefälle beschränkt, sondern wie in den Niederlanden zu einer praktisch bedeutsamen Änderung der Sterbehilfepraxis Anlass geben sollte.

4.2. Die Verpflichtung des Staates zum Schutz des Grundrechts auf Leben

Noch virulenter sind aus der Sicht des deutschen Verfassungsrechts die Fragen, die sich im Hinblick auf den Grundrechtsschutz ergeben. Denn insoweit geht es nicht nur um die Grenzen der Rechtsauslegung, sondern auch um die, die dem Gesetzgeber gesetzt sind.

Zwar dürften auch insoweit der Zulassung der Tötung auf Verlangen verfassungsrechtlich keine unübersteigbaren Grenzen gesetzt sein.³⁵ Denn Art. 2 Abs. 2 Satz 1 1. Alt. GG verbürgt ein Recht auf Leben, aber keine Pflicht zum Leben. Und das in Artikel 1 Abs. 1 GG nieder gelegte Gebot, die Menschenwürde zu achten, steht nach heute h. M. der Tötung eines Kranken jedenfalls dann nicht entgegen, wenn sie ausschließlich dazu dient, das Leiden zu verkürzen, der baldige Tod des Patienten unabwendbar erscheint und wenn die Tötung dem erkennbaren oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.³⁶ Andererseits ist seit den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch (§ 218 StGB)³⁷ klar, dass der Staat den Lebensschutz erforderlichenfalls auch mit den Mitteln des Strafrechts gewährleisten muss. Er kann ein Tötungsverbot nur aufheben oder einschränken, soweit dies gerechtfertigt ist. Und er hat prinzipiell alle Vorkehrungen zu treffen, dass die Ausnahmen auf diese gerechtfertigten Fälle beschränkt bleiben.

Auf die Strafbarkeit der aktiven direkten Sterbehilfe bezogen bedeutet dies: Auch der deutsche Gesetzgeber könnte sich kaum auf eine Gesetzesänderung beschränken, die die Lebensbeendigung auf Verlangen eines Leidenden allgemein für zulässig erklärt. Vielmehr müsste er zum Schutze der Kranken und Sterbenden prüfen, welche Vorkehrungen zu treffen sind, damit die aktive und direkte Sterbehilfe tatsächlich auf jene Fälle beschränkt bleibt, in denen von einer freien Entscheidung eines unerträglich Leidenden die Rede sein kann. Diese Verpflichtung trifft den Staat insbesondere deshalb, weil ein Kranker und Leidender

³⁴ BVerfGE 61, 260, 275; 77, 170, 230 f.; 98, 218, 251; *Jarass / Pieroth*, GG, 5. Aufl. München 2000, Art. 20 Rdn. 46 m.w.N.

³⁵ Vgl. *Jarass / Pieroth*, GG, 5. Aufl. München 2000, Art. 2 Rdn. 71: kein grundrechtliches Gebot, die aktive Sterbehilfe gesetzlich zu unterbinden; a. A. noch *Otto*, Gutachten zum 56. DJT, München 1986, Bd. 1, D 13 ff., 90.

³⁶ Vgl. *Zippelius* in: Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Heidelberg Loseblattsammlung, Art. 1 Rdn. 96; *Schulze-Fielitz* in: *Dreier* (Hrsg.), Grundgesetz – Bd. I, Tübingen 1996, Art. 2 Abs. 2 Rdn. 43 m.w.N.; a. A. v. *Mangoldt / Klein / Starck*, GG, 4. Aufl. 1999, Art. 2 Abs. 2 Rdn. 191.

³⁷ BVerfGE 39, 1 ff, 36.; 88, 203 ff., 251 ff.

hilflos und in seiner Willensbildung u. U. leicht zu beeinflussen ist. Daher muss verhindert werden, dass in dieser Notlage sekundäre Interessen, wie das des Erben an einem schnellen Zugriff auf das Vermögen des Kranken, das des Pflegenden an Befreiung von einer schier unerträglichen Last oder das des Arztes an einem ungestörten Wochenende, den Zeitpunkt des Todeseintritts bestimmen.

4.3. Wenig Kontrolle

Gemessen an diesem Grundrechtsverständnis wirft die niederländische Praxis Fragen auf. Es gibt nur wenige Vorkehrungen, die der Kontrolle der ärztlichen Entscheidung dienen. Die Wesentlichste ist das Erfordernis der Heranziehung eines weiteren Kollegen, der den Patienten zu untersuchen und sich auch ein Urteil über dessen gesundheitlichen Zustand und die Ernsthaftigkeit seines Todesverlangens zu bilden hat. Daneben ist es die Verpflichtung zur Dokumentation und Offenlegung des Entscheidungsprozesses, die Missbräuchen vorbeugen soll. Schließlich ist es der hohe ärztliche Ethos und ein Gesundheitssystem, das durch das sogenannte Hausarztprinzip stabile und dauerhafte Arzt/Patienten-Beziehungen fördert, welche dem Einzelnen auch in der Sterbephase ausreichend Schutz bieten sollen.

4.4. Resümee

Im Ergebnis scheint der großzügigen Anwendung der Regeln des rechtfertigenden Notstandes in den Niederlanden staatsrechtlich ein anderes Rollenverständnis über das Verhältnis zwischen Legislative und Judikative in einem demokratischen Rechtsstaat zugrunde zu liegen. Es ist kaum vorstellbar, dass sich die deutschen Gerichte bei der Auslegung des geltenden Rechts trotz des vergleichbaren strafrechtlichen Instrumentariums zu einer so weitgehenden Berücksichtigung des Patientenwillens entschließen könnten, wie der Hohe Rat sie vorgezeichnet hat. Aber nicht nur für die Gerichte, auch für den Gesetzgeber dürfte der von der Verfassung vorgegebene Handlungsspielraum in Deutschland enger zu bestimmen sein als in den Niederlanden. Der deutsche Gesetzgeber könnte zwar dem Selbstbestimmungsrecht größeres Gewicht verleihen und dem Tötungsverlangen rechtfertigende Kraft zubilligen, er müsste dann allerdings Vorkehrungen treffen, die eine solche Tötungspraxis kontrollierbar machen und bewirken, dass sie auf eben diese Fälle beschränkt bleibt. Ob er dabei den Ärzten einen so großen Vertrauensspielraum einräumen könnte, wie die Niederlande dies tun, erscheint mir zweifelhaft. Allerdings ist zuzugeben, dass sich der hier unternommene Versuch, die Qualität des ärztlichen Handelns durch öffentliche Diskussion, Schulung und das Angebot von Beratung und Hilfen positiv zu beeinflussen, als effektiveres Mittel zum Lebensschutz erweisen könnte als die Abschreckung.

5. Gründe für die Ablehnung des niederländischen Modells

Wenn die deutsche Verfassung die Zulassung der aktiven direkten Sterbehilfe de lege ferenda nicht per se ausschließt, welche Gründe halten den deutschen Gesetzgeber dann davon ab, den Handlungsspielraum der Ärzte durch eine gesetzliche Neuregelung zu vergrößern und dem – auch in der deutschen Bevölkerung bestehenden – Wunsch nach größerer Autonomie in der Sterbephase³⁸ nachzukommen? Abschließend sollen einige der tragenden Argumente, die aus deutscher Sicht gegen eine Übernahme des niederländischen Modells sprechen, kritisch nachgezeichnet werden.

5.1. Die Möglichkeiten der palliativen Medizin reichen aus

Das erste Argument ist rechtstatsächlicher Natur. Es besteht in der Behauptung, dass es direkter Tötungen nicht bedarf, weil die Mittel der palliativen Medizin ausreichen, um die Leiden des Sterbenden bis zu seinem Ende erträglich zu gestalten. Der Jurist vermag die Validität dieses Arguments vollständig nicht zu beurteilen. Immerhin findet er in der Literatur Hinweise darauf, dass es Fälle geben könnte, in denen auch die Medizin mit ihrem Latein am Ende ist und nichts als das Mitleid und das Warten auf ein baldiges Ende bleibt.³⁹ Entscheidend dürfte sein, wie die Unerträglichkeit des Leidens zu bestimmen ist. Begreift man das Leiden als rein subjektive Kategorie, so ist gut vorstellbar, dass Patienten ihren Zustand auch dann noch als unerträglich begreifen, wenn nach ärztlicher Einsicht zumindest der körperliche Schmerz besiegt sein müsste. Noch deutlicher wird die begrenzte Reichweite dieses Arguments, wenn man die Fälle ins Auge fasst, in denen der Patient den Einsatz bestimmter schmerzlindernder Mittel – z.B. wegen damit verbundenen Bewusstseinsbeeinträchtigungen – ausdrücklich ablehnt. In der Tat wird von niederländischen Ärzten auch der Verlust an Selbstständigkeit, die Beeinträchtigung des Bewusstseins und der Wunsch nach einem menschenwürdigen Ende als Elemente genannt, die die Unerträglichkeit des Leidens (mit-) bestimmen.⁴⁰

5.2. Euthanasie im 3. Reich

Das zweite Argument ist rechtshistorischer Art. Es besteht in dem Hinweis, dass sich in Deutschland unter dem Begriff der Euthanasie schon einmal eine Tötungspraxis etabliert hat, die mit der Achtung des Selbstbestimmungsrechts und der Gewährleistung eines menschenwürdigen Sterbens wenig gemein hatte. Das Euthanasieprogramm der Nationalsozia-

³⁸ Zu den Ergebnissen von Meinungsumfragen in Deutschland vgl. *H.-G. Koch*, Landesbericht Bundesrepublik Deutschland, in *Eser / Koch*, Materialien zur Sterbehilfe, Freiburg 1991, 71 f.; *ders.* in: *Illhardt / Heiss / Dornberg* (Hrsg.), Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen, Stuttgart; New-York 1998, 137, 138 m.w.N.

³⁹ Vgl. etwa *Otto*, Gutachten, Verhandlungen 56. DJT, Bd. I, München 1986, D 58 ff.

listen hatte seine Wurzeln allerdings in sozialdarwinistischen und utilitaristischen Gedanken, die zu Beginn des vorigen Jahrhunderts nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern verbreitet waren.⁴¹ Die Vernichtung lebensunwerten Lebens konnte auch nur in einem intellektuellen Klima gedeihen, in denen die Normen und Werte der christlichen Ethik sowie die Gleichheitstheorien der Aufklärung verneint wurden und das Individuum in seinem Wert hinter der Gattung rangierte. Eben diese Andersartigkeit des Gegenstandes und seiner Rahmenbedingungen erlaubt keinen Vergleich mit der Euthanasie in den Niederlanden. Und doch ist es das Schaudern vor der eigenen Vergangenheit, die nicht nur den Juristen, sondern auch der Ärzteschaft in Deutschland besondere Zurückhaltung bezüglich einer Lockerung des Tötungsverbotes auferlegen muss.

5.3. Das Dambruchargument

Das dritte Argument ist das des sogenannten Dambrucheffects oder, wie es auch genannt wird, das Argument der schiefen Ebene.⁴² Tröndle hat behauptet, kein Einwand sei gewichtiger.⁴³ In der Tat gibt das Dambruchargument der Befürchtung Ausdruck, eine weitere Einschränkung des Tötungsverbotes könnte den Lebensschutz nachhaltig beschädigen. Die Zulassung der aktiven und direkten Sterbehilfe würde nur der erste Schritt auf dem Weg zur vorsätzlichen Tötung weiterer Gruppen von Menschen sein. Im Zweifel würden es diesmal nicht sozialdarwinistische, sondern ökonomische Erwägungen sein, die über den Todeszeitpunkt entschieden. Die Todesspritze sei eben billiger als eine palliative Medizin, die die Symptome bekämpfe, ohne der Ursache noch Herr werden zu können. Schließlich biete auch das Todesverlangen des Patienten keine sichere Grenze, weil es leicht zu manipulieren und im Kern nur ein Hilferuf sei.

Die Befürchtungen stellen auch bei vielen Nichtjuristen in Deutschland den Hauptgrund für die Ablehnung einer Grenzverschiebung dar. Allein; sie beschreiben zunächst einmal nur Entwicklungsmöglichkeiten, nicht aber die Voraussetzungen und Bedingungen ihres Eintritts.⁴⁴ In der Tat kann das Dambruchargument bei wissenschaftlicher Betrachtung erst Gewicht gewinnen, wenn Indizien benannt werden können, die vor dem Hintergrund einer sozialwissenschaftlich plausiblen Theorie belegen, dass sich die erkannten Gefahren tat-

⁴⁰ Vgl. Regionale toetsingscommissies euthanasie, Jaarsverslag 1998/1999, Den Haag 2000, 11.

⁴¹ Vgl. B. Gordijn, Die Debatte um Euthanasie in den Niederlanden und Deutschland – Ein Vergleich aus historischer Sicht, in: Bert Gordijn / Henk ten Have (Hrsg.) Medizinethik und Kultur, Stuttgart-Bad Canstatt 2000, 303, 319 ff.

⁴² Dazu eingehend B. Guckes, Das Argument der schiefen Ebene, Stuttgart 1997.

⁴³ H. Tröndle, Warum ist die Sterbehilfe ein rechtliches Problem?, ZStW 99 (1987) 25 ff.; Neuabdruck in Odersky (Hrsg.), Herbert Tröndle – Antworten auf Grundfragen, München 1999, 205, 219.

⁴⁴ Zutr. Herzberg, NJW 1996, 3043, 3045, unter Bezugnahme auf Hegselmann, Moralische Aufklärung, moralische Integrität und die schiefe Bahn, in: Hegselmann / Merkel, Zur Debatte über Euthanasie, 1991, 208.

sächlich realisieren werden. Keiner der Dambruch-Propheten hat es aber bislang unternommen, die Bedingungen des prognostizierten Normverfalls so exakt zu beschreiben.⁴⁵ Insoweit führt das Argument eher auf das Feld der politischen, philosophischen und theologischen Spekulation.

Auf der anderen Seite ist die Einschätzung der möglichen sozialen Folgen einer Rechtsänderung nicht selten notwendigerweise spekulativ. Denn die sozialen Prozesse, die durch sie ausgelöst werden, sind in vielerlei Hinsicht zu komplex, um den Eintritt dieses oder jenes Ereignisses jeweils mit Gewissheit voraussagen zu können. Der Gesetzgeber kann die Risiken der weiteren Entwicklung häufig nur abschätzen und ist dabei oft nur auf Plausibilitäts-Erwägungen verwiesen, die nicht widerlegbar, aber auch nicht beweisbar sind. So verhält es sich auch mit der Prognose der langfristigen Folgen einer Zulassung direkter Tötungen Leidender. Auch insoweit scheint das Dambruchargument nicht theoretisch, sondern nur durch die Wirklichkeit zu widerlegen bzw. zu bestätigen sein.

Wer aber nun glaubt, diese entscheidende Wirklichkeit in den Niederlanden finden zu können, muss enttäuscht werden. Zwar sehen bereits heute die einen Anhaltspunkte dafür, dass es bereits zu einer unerwünschten Ausweitung der niederländischen Tötungspraxis gekommen sei,⁴⁶ die anderen das Dambruchargument nicht als bestätigt an.⁴⁷ Bei kritischer Betrachtung gibt das vergleichsweise reiche empirische Material für die eine wie für die andere Annahme jedoch wenig her. So kann derzeit noch nicht einmal beurteilt werden, ob die Zahl der Euthanasiefälle seit 1995 weiter zugenommen hat.⁴⁸ Selbst wenn dies der Fall wäre, so müssten Umfang und Gründe der Ausweitung doch näher analysiert werden, um einen Dambruch zu belegen. Die Tatsache, dass die Regierung in den vergangenen zwei Jahren ihre Bemühungen um eine Verbesserung der palliativen Versorgung wesentlich verstärkt und mehrere Millionen Gulden in den Ausbau von Beratungszentren und Hospizen investiert hat, lässt auf eine Verschlechterung des sozialen Klimas nicht schließen, sondern dürfte vielmehr zu einer Verbesserung des Bewusstseins für die Bedürfnisse der Todkranken und Sterbenden beigetragen haben. Andererseits ist trotz aller Aufklärung über die näheren Bedingungen

⁴⁵ Vgl. auch *Herzberg* NJW 1996, 3034, 3044 f.: „Soweit ich es übersehe, findet sich im einschlägigen Schrifttum der Schiefe-Bahn-Einwand nirgends so vorgebracht, daß er diesen Anforderungen genügt. Wo immer er auftaucht, steht er als bloße Behauptung dar.“

⁴⁶ *M. Zimmermann-Acklin*, Das niederländische Modell – ein richtungsweisendes Konzept?, in: *A. Holderegger*, Das medizinisch assistierte Sterben, Freiburg Wien 1999, 351, 369 f. m.w.N.

⁴⁷ *M. Angell*, Euthanasia in Netherlands – Good or Bad?, in: *New England Journal of Medicine* 335 (1996) 1676, 1677.

⁴⁸ Die Anzahl der gemeldeten Fälle hat zwar bis 1999 stetig zugenommen (1995: 1.466; 1999: 2.216) und lag im Jahr 2000 immerhin noch bei 2.123. Die Steigerung könnte aber auch Folge größerer Akzeptanz des Meldeverfahrens unter den Ärzten sein (1995: 41%). Aufschluss ist insoweit erst von einer weiteren nationalen Enquete zu erwarten, die auch das Dunkelfeld ausleuchtet. Deren Ergebnisse werden aber frühestens im Jahre 2002 vorliegen.

der Entscheidungsbildung im Einzelfall wenig bekannt. Das Meldeverfahren ist hier auch nicht geeignet, viel Aufklärung zu schaffen, weil es die Konstruktion bzw. Rekonstruktion des Sachverhalts im Wesentlichen dem betroffenen Arzt – und damit der Person überlässt, die eigentlich der Kontrolle bedarf. Vor allem aber ist auch heute für die Niederlande kaum zu prognostizieren, was eigentlich passiert, wenn das Gesundheitssystem finanziell unter Druck gerät, wenn also das Geld für die Medikamente, die zu einer ausreichenden palliativen Versorgung erforderlich sind, fehlt, wenn Hospizplätze wegfallen oder wenn sogar noch nicht einmal die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung bezahlt werden kann. Dann, so lautet die unausgesprochene Hypothese des geltenden deutschen Rechts, wird ein Rechtssystem, das die Tötung auf Verlangen generell nicht zulässt, den Schutz des Kranken und Sterbenden vor der Logik der ökonomischen Vernunft länger bewahren als ein System, das direkte Tötungen bereits akzeptiert hat.

6. Ausblick

Die meisten Niederländer sind davon überzeugt, dass der größere Handlungsspielraum, den die niederländische Rechtspraxis den Ärzten einräumt, im Interesse des Patienten genutzt wird. Die Vorstellung, dass der Arzt, dem man vertraut, kurz vor dem unvermeidlichen Ende das Leiden nicht nur erleichtern, sondern auch wesentlich abkürzen darf, vermag die Angst vor dem Sterben zu mindern. Es kann daher nicht verwundern, dass die Anzahl der Anfragen besorgter Deutscher bei niederländischen Stellen nach den Möglichkeiten, hier als Ausländer Sterbehilfe zu erhalten, in den vergangenen Jahren zugenommen hat. Schon 1998 sah sich das niederländische Außenministerium veranlasst, in einer deutschsprachigen Informations-Broschüre⁴⁹ zu der Frage Stellung zu nehmen, ob ein ausländischer Patient zur Sterbehilfe in die Niederlande kommen könne. Offiziell wird dies für „unmöglich“ gehalten.⁵⁰ Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten ein Vertrauensverhältnis bestehen muss und der Arzt den Patienten dazu längere Zeit kennen und behandelt haben muss. Danach steht aber heute schon nichts im Wege, dass todkranke Menschen frühzeitig ihren Lebensmittelpunkt in die Niederlande verlegen. Und es gibt Anzeichen dafür, dass dies gegenwärtig bereits geschieht.⁵¹

⁴⁹ „Sterbehilfe-Fragen und Antworten zur niederländischen Politik in bezug auf Sterbehilfe und andere medizinische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Lebensende“ hrsg. von der Abteilung Auslandsinformation des Ministeriums für auswärtige Angelegenheiten in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport und dem Ministerium der Justiz (Bestelladresse: Ministerium für auswärtige Angelegenheiten – Abteilung Auslandsinformation [DLV/BZ/VB], Postbus 20061, 3500 EB Den Haag Niederlande).

⁵⁰ Vgl. S. 12 (A. 13) der vorgenannten Broschüre. In der Tat dürfte die Einführung von Zugangsbeschränkungen für Ausländer auch an EU-rechtlichen Grundsätzen scheitern.

⁵¹ So sah das Deutsche Notarinstitut sich erst kürzlich veranlasst, seinen Mitgliedern eine gutachterliche Stellungnahme zu der Frage bekannt zu geben, ob ein deutscher Notar einen Auftrag an Angehörige beurkunden darf, den Beteiligten in die Niederlande zu bringen, damit niederländische Ärzte dort aktive Sterbehilfe

In der Tat ist unübersehbar, dass der Druck auf den deutschen Gesetzgeber, seine ablehnende Haltung gegenüber der aktiven und direkten Sterbehilfe aufzugeben und dem niederländischen Beispiel zu folgen, zunehmen wird, wenn es nicht gelingt, den Bürgern das Vertrauen zu vermitteln, dass sie auch unter den Bedingungen ihres eigenen Rechts auf einen würdigen Tod und ausreichende Hilfe im Sterben hoffen können. Eben wegen dieser praktischen Konsequenzen wird die prinzipielle Ablehnung des niederländischen Modells, auf den die Verabschiedung des Gesetzes in Deutschland bei den meisten Verantwortlichen in Kirche, Politik und Ärzteschaft gestoßen ist, auf Dauer nicht genügen. Sie muss begleitet werden von nachhaltigen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation Sterbender. Wenn es nicht gelingt, Familien zur Pflege ihrer Angehörigen zu ermutigen, sie aber auch dabei wirksam zu entlasten, wenn es nicht gelingt, in jeder Stadt Hospize einzurichten und Krankenhausbetten für Sterbende zu reservieren, die in ihrem eigenen Umfeld nicht gepflegt werden können, wenn der Tod nicht als Teil des Lebens begriffen wird, wird sich nicht nur bei den Sterbenden selbst, sondern auch bei den überlebenden Zeugen die Überzeugung festigen, dass ein schnelles Ende das bessere und das würdigere Ende ist. Dann könnte das Recht auf einen würdigen Tod der entscheidende Hebel werden, das Tötungsverbot außer Kraft zu setzen.

leisten können, sowie ob er den Auftrag an den niederländischen Arzt beurkunden darf, in den Niederlanden aktive Sterbehilfe zu leisten; vgl. DNotI-Report 13/2001, 105 ff.

Michael Rosenberger

Töten und Sterbenlassen – (k)ein Unterschied?

Die Relevanz der Unterscheidung von aktiver und passiver Euthanasie

1. Einleitung

Am 28.3.1999 wurde der US-amerikanische Arzt und Pathologe Dr. Jack Kevorkian durch das Bezirksgericht Pontiac / Michigan der aktiven Euthanasie für schuldig befunden. Gut zwei Wochen später, am 15.4.1999 wurde das Strafmaß auf 10-25 Jahre Haft festgesetzt – eine außerordentlich hohe Strafe. Kevorkian, der daraufhin in den Hungerstreik trat, war vorher in vier anderen Fällen vom Vorwurf der aktiven Euthanasie freigesprochen worden. Doch diesmal hatte er seine Festnahme und Bestrafung provoziert: Er hatte die Durchführung einer aktiven Euthanasie von einem Fernsehsender live übertragen lassen und öffentlich bekannt, er habe in 130 weiteren Fällen ebenso gehandelt. In den Staaten ist Kevorkian deshalb auch als „Dr. Death“ bekannt.

Wie in allen Ländern außer Holland (und von 1996 bis 1997 vorübergehend dem australischen Bundesstaat Northern Territories sowie demnächst u. U. Belgien) steht auch in den USA die aktive Euthanasie im Gegensatz zur passiven unter Strafe. Grundlage dieser juristischen Regelung ist freilich, dass die Unterscheidung aktiv – passiv auch ethische Relevanz besitzt. Genau das ist derzeit jedoch Gegenstand heftiger und intensiver Diskussionen: Handelt es sich bei der Verurteilung Kevorkians um die letzten Zuckungen eines veralteten Modells unreflektierter moralischer Skrupel? Oder hat die jahrtausendealte moralische Intuition recht, die einen relevanten Unterschied zwischen Tun und Unterlassen im Blick auf die Sterbehilfe postuliert? Es liegt auf der Hand, dass diese ethische Frage zentrale Bedeutung hat. Denn so oder so zieht sie signifikante juristische Konsequenzen nach sich.

2. Zur sachgerechten Definition von „Euthanasie“

Wörtlich übersetzt heißt das griechische Wort „Euthanasie“ „guter bzw. schöner Tod“: Seit der Antike geht es in der Euthanasiefrage um ein würdiges, angemessenes Sterben des Menschen. Ist es verantwortbar, dass der Mensch aktiv den Sterbeprozess gestaltet, oder nur, dass er „der Natur ihren Lauf lässt“? In der Moderne hat sich diese Frage angesichts der Möglichkeiten der high-tech-Medizin und der damit unweigerlich bei vielen Menschen extrem verlängerten Sterbephase drastisch zugespitzt. Dabei ist eine klare Begrenzung der zu diskutierenden Fälle weithin anerkannt, wie sie etwa in den Richtlinien der Bundesärztekammer von 1998 deutlich zum Ausdruck kommt: Es geht a) um Fälle unheilbarer Krankheit unter starken Schmerzen oder b) um Menschen, die aus dem Koma nicht mehr erwachen werden.

In beiden Fällen unabdingbar ist c) die vorherige oder aktuelle oder aus guten Gründen angenommene Zustimmung der betroffenen Person.

Das so eingegrenzte Problemfeld umschreibt, was Euthanasie oder, so noch deutlicher der englische Begriff, „Mercy-Killing“ (Mitleidstötung) meint. Deshalb ist ein Vergleich mit nationalsozialistischen Eugenik-Programmen zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, wie er in den Auseinandersetzungen um die Ethik des Australiers Peter Singer in Deutschland noch immer auftaucht, in jedem Fall unangebracht und einer sachlichen Debatte alles andere als dienlich¹. Denn in den Nazi-Programmen ging es um die systematische Vernichtung ganzer Menschengruppen gegen deren Willen. Damit hat auch ein Peter Singer absolut nichts zu tun.

Insofern lehne ich ebenso die Unterscheidung von Euthanasie = aktiv und Sterbehilfe = passiv als künstlich ab. Sie war von Pius XII. mit Rücksicht auf die Nazi-Terminologie eingeführt worden und ist in lehramtlichen Dokumenten bis heute wirksam, hat sich aber in der moraltheologischen Debatte nie wirklich durchgesetzt². Deshalb verstehe ich mit Markus Zimmermann-Acklin unter Euthanasie einen „Akt des Tötens bzw. Sterbenlassens eines schwer Leidenden oder Sterbenden durch einen anderen Menschen. Diese Handlung bezweckt stets das Wohl des Sterbenden.“³

3. Klassische Unterscheidungen im Rahmen der Handlungstheorie

Im Rahmen der klassischen Handlungstheorie werden die Typen der Euthanasie nach zwei Kriterien unterschieden. Zum einen nach der Handlungs*absicht*, die direkt oder indirekt auf den Tod des Menschen gerichtet sein kann. Zum anderen nach der Handlungs*weise*, die aktiv oder passiv den Sterbevorgang beeinflussen kann. Insofern ergeben sich 2x2 Kategorien, die konkreten Formen der Euthanasie einzuordnen:

- Die passiv direkte Euthanasie: Sie bedeutet den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, nicht aber auf Zuwendung und (Grund-) Pflege: Körperhygiene und sachgerechte Lagerung, das Sprechen mit dem Patientinnen/in, die Versorgung mit Flüssigkeit und natürliche Ernährung gehören zu diesen unverzichtbaren Aktivitäten. Seit Juli 1998 hat man allerdings die künstliche Ernährung mit einer Magensonde davon ausgenommen, so dass ihre Beendigung standesärztlich wie juristisch ebenfalls als passive Euthanasie gewertet wird. Schon länger gilt dies für das (scheinbar aktive) Abschalten

¹ D. Birnbacher 1995, 338.

² So M. Zimmermann-Acklin 1997, 78. Das StL (H.-J. Wollasch) und das LBE (J. Schara) unterscheiden, das NLChM (K.-H. Peschke) nicht.

³ M. Zimmermann-Acklin 1997, 153.

lebenserhaltender Maschinen. Strafrechtlich befindet sich diese Form der Euthanasie in Deutschland in einer Grauzone⁴, wird aber seit langem von der Rechtsprechung toleriert.

- Die passiv indirekte Euthanasie meint den Verzicht auf lebensverlängernde Rahmenbedingungen, z.B. auf die Einweisung eines Sterbenden in eine Klinik.
- Die aktiv indirekte Euthanasie bezeichnet die Schmerzlinderung mit lebensverkürzenden Nebenwirkungen. Zu dieser Maßnahme ist der Arzt ethisch wie rechtlich sogar verpflichtet, da die Leidminimierung eine der primären ärztlichen Pflichten darstellt.
- Die aktiv direkte Euthanasie schließlich ist die gezielte Beschleunigung des Sterbeprozesses bzw. die bewusste Tötung des / der Sterbenden. Selbst wenn sie auf ausdrückliches Verlangen erfolgt, ist sie nach §216 StGB strafbar, wenngleich mit einem milderem Strafmaß als andere Formen des Tötens.
- Eine fünfte Kategorie der Euthanasie, die als Zwischenfall zwischen den vier anderen Arten eingeordnet werden muss, ist der sogenannte „assisted suicide“, die (ärztliche) Beihilfe zum Suizid: Per se ist diese in Deutschland wie der Suizid selbst straflos⁵, kann jedoch als unterlassene Hilfeleistung gemäß § 323c StGB bestraft werden.

Die hier aufgeführten klassischen Unterscheidungen prägen die Äußerungen des kirchlichen Lehramts von Pius XII. über die Erklärung der Glaubenskongregation vom 5.5.1980 bis zur Enzyklika *Evangelium Vitae* Johannes Pauls II.⁶. Zumindest die Verurteilung der aktiven Euthanasie ist aber schon im Urdokument medizinischer Ethik verankert, dem Eid des Hippokrates, wo es heißt: „...und ich werde auch keinem eine Arznei geben, die den Tod herbeiführt, wenn ich darum gebeten werde, und auch keinen derartigen Rat erteilen.“

Dennoch stellt sich bei aller Tradition gerade heute mehr denn je die Frage: Lässt sich die ethische Relevanz der klassischen, eher intuitiv gefundenen Unterscheidungen *begründen*? Oder sind sie nach einer kritischen Überprüfung hinfällig? Die Frage wird in dieser Vorlesung nur für die eine Unterscheidung untersucht: Die zwischen aktiver und passiver Euthanasie. Denn seit der Gründung der sogenannten „Euthanasiegesellschaften“ in den USA und GB in den 30er Jahren wird genau sie auf das heftigste diskutiert. Da es dabei um die Unterscheidung der beiden Formen in direkter Handlungsabsicht geht, wird im Folgenden auf den Zusatz „direkt“ verzichtet, er ist aber stets mit gemeint.

⁴ Eigentlich handelt es sich um unterlassene Hilfeleistung gemäß § 323c StGB.

⁵ J. Schara 1998, 449.

⁶ Pius XII.: 1952 und 1957 (AAS 49 (1957) 1027-1033); EV (1995) 65.

Sterbehilfe: Die klassischen Unterscheidungen

Grundlegende Eingrenzungen:

1a) Es geht um Fälle unheilbarer Krankheit unter starken Schmerzen im Endstadium *oder*

1b) um Menschen, die nie mehr aus dem Koma erwachen,

deren Zustimmung zur Sterbehilfe

2a) vorliegt *oder*

2b) aus guten Gründen angenommen werden kann.

Es geht *nicht* um staatliche Tötungsprogramme, sondern um das Wohl des Sterbenden!

Handlungsabsicht Handlungsweise	direkt		indirekt
passiv	Verzicht auf lebensverlängernde (Direkt-) Maßnahmen (z.B. Maschinen, Magensonde) unter Beibehaltung der lebenserhaltenden Grundversorgung (menschliche Zuwendung, Körperhygiene, Versorgung mit Flüssigkeit, natürliche Ernährung)		Verzicht auf lebensverlängernde Rahmenbedingungen (z.B. Verzicht auf Einlieferung in eine Klinik oder Intensivstation)
		Beihilfe zum Suizid	
aktiv	gezielte Beschleunigung des Sterbens Tötung [auf Verlangen] (im Hippokratischen Eid verboten)		Schmerzbekämpfung mit lebensverkürzender Nebenwirkung (eine vorrangige Pflicht des Arztes!)

Schwierigkeiten:

- Es gibt fließende Grenzen zwischen den fünf Kategorien.
- Ärztliche Prognosen über die Irreversibilität des Sterbens sind nie 100% sicher.

4. Begriffliche Präzisierung: Passive Euthanasie als Geschehenlassen des Sterbens

In einer minutiösen Analyse zeigte der philosophische Ethiker Dieter Birnbacher, wie schwierig es ist, aktive und passive Euthanasie begrifflich sauber voneinander zu unterscheiden. Aus der gegenwärtigen Literatur arbeitet er drei mögliche Grundmodelle heraus⁷:

a) Die Unterscheidung gemäß den Kategorien von Handeln und Unterlassen, wie es z.B. Tom Beauchamp 1989 und Kurt Seelmann 1990 vorschlugen. Das würde freilich heißen, dass auch das Abschalten lebenserhaltender Apparaturen, das ja eindeutig ein Handeln dar-

⁷ D. Birnbacher 1995, 340ff.

stellt, unter die aktive Euthanasie zu rechnen wäre, und umgekehrt selbst der Verzicht auf natürliche Ernährung passive Euthanasie wäre – eine Einschätzung, die weder Ethiker noch ärztliche Standesrichtlinien teilen.

b) Eine weitere Möglichkeit wäre es, aktive Euthanasie als das aktive Hinzubringen von Faktoren zu definieren, die über die Wirkung der Krankheit hinausgehen. Harro Otto 1986 und Günther Patzig 1987 machen diesen komplizierten Vorschlag. Nach ihm wäre zwar das Abschalten von Maschinen in Übereinstimmung mit der gängigen Meinung passive Euthanasie, das Einstellen der künstlichen Ernährung bliebe jedoch als aktive Sterbehilfe zu bewerten. Das entspricht der Einschätzung der Bundesärztekammer und der deutschen Rechtsprechung vor 1998.

c) Genau genommen müsste daher, so Birnbachers eigener Vorschlag, passive Sterbehilfe als Geschehenlassen des Sterbens definiert werden. Solches Geschehenlassen kann sowohl durch ein Tun wie das Abschalten einer Maschine als auch durch ein Unterlassen medizinischer Maßnahmen wie die Beendigung der künstlichen Ernährung vollzogen werden. Diese letzte Definition passiver Sterbehilfe als Geschehenlassen, von Birnbacher 1995 formuliert, trifft genau die seit 1998 in den Richtlinien der Bundesärztekammer und durch die deutsche Rechtsprechung vertretene Grenzlinie und ist daher als gegenwärtig beste Definition vorzuziehen.

5. Die Ablehnung der Unterscheidung aktiv – passiv (bzw. ihrer moralischen Signifikanz) in weiten Teilen des Utilitarismus

Der Vater des Utilitarismus, der Engländer Jeremy Bentham, kennt und akzeptiert 1789 noch die Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen⁸. Aber das Nützlichkeitsprinzip (alles Handeln ist an seinem Nutzen für das Glück Allgemeinheit zu messen) und das Autonomieprinzip (die Autonomie selbstbewusster Wesen ist in jedem Fall zu respektieren), zwei Basisprinzipien des Utilitarismus, haben eine deutliche Tendenz weg von den Argumentationsfiguren der Handlungstheorie und damit auch weg von der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie⁹: Denn einerseits zählen nur die Folgen einer Handlung, nicht ihre Umstände oder Motive, andererseits kommt das Leben selbst nicht mehr als fundamentaler Wert in den Blick. So kann Arthur Clough, ein englischer Schriftsteller des 19. Jh. in seiner Satire „The Latest Decalogue“ (Der Jüngste Dekalog) zum Fünften Gebot folgendes schreiben:

⁸ J. Bentham 1789, 42.

⁹ M. Zimmermann-Acklin 1997, 54.

„Thou shalt not kill; but needst not strive
 Officiously to keep alive!”¹⁰

Übersetzt etwa so: Du sollst nicht töten, aber du brauchst dich ja nicht übertrieben bemühen, Leben zu erhalten. Dieser Spottvers auf die christliche Haltung zum Lebensschutz steht typisch für den Mainstream der angelsächsischen Ethik der letzten beiden Jahrhunderte: Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie sei eine künstliche, ja heuchlerische Unterscheidung. Wie begründen Utilitaristen diese Position?

5.1. Zunächst werfen sie denen *Inkonsequenz* vor, die die passive Euthanasie zulassen, die aktive aber strikt ablehnen: Es handle sich dabei weder um konsequenten Lebensschutz – sonst dürfte die passive Euthanasie nicht erlaubt werden – noch um konsequente Ausrichtung des Handelns am Maßstab der Lebensqualität – sonst dürfte die aktive Euthanasie nicht völlig verboten sein¹¹. Noch dazu werde von den Gegnern der aktiven Euthanasie die passive oft sehr großzügig interpretiert und z.B. auch dann toleriert, wenn kein ausdrückliches Einverständnis des Patientinnen vorliege¹².

5.2. Zudem stellen die Utilitaristen in Frage, ob eine *prinzipielle Unterscheidung von Handeln und Unterlassen überhaupt begründbar* sei¹³:

a) Oft sei sie gerade in der Argumentation christlicher Ethik ein stillschweigend vorausgesetztes Axiom, das nicht eigens begründet werde – etwa auch in den einschlägigen päpstlichen Verlautbarungen. Oft werde schlicht auf die Evidenz verwiesen, mit der diese Unterscheidung der moralischen Intuition einleuchte. Doch die Berufung auf die Intuition sei kein ausreichender Grund für eine wissenschaftliche Reflexion, selbst wenn sie so stark sei wie im Fall der 2000 Jahre lang einhelligen Ablehnung der aktiven Euthanasie, die medizinisch und juristisch zugegebenermaßen an ein Tabu grenze¹⁴. Schließlich wüssten wir heute, dass manche Intuitionen kontraproduktiv sind, wie etwa die für viele erlebbare Intuition, der hirn-tote Mensch an der Herz-Lungen-Maschine lebe noch, denn der Körper sei noch warm und der Brustkorb hebe und senke sich.

b) Ein zweites Argument, das gegen die prinzipielle Unterscheidung von Tun und Unterlassen spreche, so D. Birnbacher, sei die Tatsache, dass die Asymmetrie ihrer Bewertung nicht in allen Bereichen vorhanden sei: Ob eine Mutter ihr Kind aktiv tötet oder passiv verhungern lässt, wird ethisch wie juristisch als gleich schwere Schuld bewertet. Ob ein Europäer Le-

¹⁰ Zit. nach H. Gardner (Hg.) (1978), *The New Oxford Book of English Verse*, Oxford.

¹¹ James Rachels nach M. Zimmermann-Acklin 1997, 263f.

¹² D. Birnbacher 1995, 351.

¹³ D. Birnbacher 1995, 19-23.

¹⁴ M. Zimmermann-Acklin 1997, 232f.

bensmittel aus einem afrikanischen Hungergebiet aktiv einkauft oder es passiv unterlässt, solche dorthin zu schicken, wird ethisch wie juristisch nicht als objektiv einzufordernde Schuld angesehen (was nicht heißt, dass es nicht subjektiv eine Schuld sein kann). Relevant ist die Unterscheidung von Tun und Unterlassen also weder in unmittelbaren Nahbeziehungen zwischen Täter und Opfer (wie Mutter – Kind) noch in eindeutigen Fernbeziehungen (wie Europäer – Afrikaner), sondern ausschließlich im mittleren Bereich, z.B. in der unterschiedlichen Beurteilung dessen, der in einer Straßenbahn aktiv eine alte Frau mit dem Messer angreift, und derer, die dabeistehen und es passiv unterlassen einzugreifen, obwohl sie dazu in der Lage wären. So gesehen ist die Unterscheidung Tun – Unterlassen nicht prinzipiell, sondern dient lediglich der Frage nach dem Maß der Verantwortlichkeit. Und dies differiert offenbar nur im Mittelbereich. Die Beziehung zwischen Arzt und Sterbendem, um die es in der Euthanasiedebatte geht, gehört aber eindeutig zum Nahbereich, für den die Verantwortlichkeit von Handeln und Unterlassen gleich hoch ist.

c) Ein drittes Argument der Utilitaristen: Der technische Fortschritt stelle etliche klassische Unterscheidungen in Frage, darunter auch die zwischen aktiver und passiver Euthanasie. Denn wie wir schon gesehen hatten, ist das Abstellen einer Maschine ein aktives Tun, das Beenden der künstlichen wie der natürlichen Ernährung ein passives Unterlassen. Die Unterscheidung von Tun und Unterlassen stimmt also mit der Abgrenzung von aktiver und passiver Euthanasie nicht überein, wie wir in Abschnitt 3 bereits festgestellt hatten.

5.3. Ein letzter Diskussionspunkt, der von Utilitaristen ins Spiel gebracht wird, ist die Frage der *Kausalität*: Ist die passive Euthanasie als Geschehenlassen des Sterbens eine (!) Ursache der Todesfolge? Etliche Vertreter der aktiv-passiv-Unterscheidung würden diese Frage verneinen. Aber stimmt das? Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass nur dann von passiver Euthanasie gesprochen werden kann, wenn diese wesentlich erfolgt und es außerdem Möglichkeiten der Lebensverlängerung gäbe. In jedem Fall wird damit über menschliches Leben verfügt¹⁵. D. Birnbacher hat die Frage untersucht, wie wir, besonders bei plurikausalen Abläufen, Kausalitäten zurechnen¹⁶. Gemäß seiner Analyse müssen wir von Teilursachen sprechen, die erst zusammen eine Gesamtursache bilden. Daneben gibt es Randbedingungen, die unerlässlich hinzukommen müssen, aber die wir nicht im selben Sinne als Ursachen bezeichnen würden. So würden wir z.B. das Vorhandensein von Sauerstoff nicht als Ursache eines Feuers bezeichnen, sondern als Randbedingung. Gleichwohl würde ohne Sauerstoff gar kein Feuer entstehen. Was also sind die Kriterien, nach denen wir Teilursachen von Randbedingungen unterscheiden? Birnbacher sieht diese im Unerwartetsein und

¹⁵ D. Birnbacher 1995, 351.

¹⁶ D. Birnbacher 1995, 65-99. M. Zimmermann-Acklin 1997, 236-253.

im Unerwünschtsein eines Faktums gegeben¹⁷: Erwartete, gleichsam selbstverständlich voraussetzende Faktoren wie den Sauerstoff für ein Feuer sehen wir nicht als ursächlich an. Ebenso gilt dies für unerwünschte Verhaltensweisen wie z.B. überhöhte Geschwindigkeit als Teilursache eines Unfalls. Sie ist zwar zu erwarten, denn auf deutschen Straßen fahren viele Autos zu schnell, gleichwohl handelt es sich um eine nicht erwünschte Tatsache, weshalb sie als kausal bewertet wird. Demnach ist die Abgrenzung der Teilursachen von den Randbedingungen abhängig von menschlicher Deutung und somit subjektiv, aber nicht willkürlich. Das spielt nun für die Beurteilung der passiven Euthanasie eine Rolle: Prinzipiell ist das Geschehenlassen des Sterbens ein vom Arzt weder erwünschtes noch erwartetes Verhalten. Insofern ist auch die passive Euthanasie als Teilursache des Sterbens einzuordnen¹⁸. Die Frage kann also nicht sein, *ob* sie (deskriptiv) eine Ursache darstellt, sondern wie (präskriptiv) ihre Kausalität *bewertet* wird: Ist sie im Sinne von Verantwortlichkeit oder gar Schuld dem anzurechnen, der das Sterben geschehen lässt? Damit verschiebt sich aber die Frage signifikant.

Zwischen aktiver und passiver Euthanasie besteht also, so zeigen die Utilitaristen überzeugend und bisher unwiderlegt, kein Unterschied *an sich*, keine Differenz, die *lediglich* davon abhängt, ob man das Sterben geschehen lässt oder aktiv eingreift¹⁹. Es ist also, wie Helga Kuhse es nennt, kein *intrinsischer* Unterschied festzumachen²⁰. Das erkennen mittlerweile eine Reihe christlicher Ethiker explizit an, so z.B. Werner Wolbert und Adrian Holderegger²¹. Das heißt aber: Jegliches *absolute, kontextunabhängige*, mithin deontologische Prinzip müsste entweder beide Formen der Euthanasie gleichermaßen oder keine von beiden verbieten²².

Ist damit aber schon die Folgerung Peter Singers unausweichlich, die aktive Tötung auf Verlangen sei eine moralische *Pflicht* des Arztes bzw. der Angehörigen²³? Oder, wenn man nicht ganz so weit gehen mag: Ist die in den Umfragen vieler Länder feststellbare Mehrheit derer, die für eine strafrechtliche Freigabe der aktiven Euthanasie plädieren, dann schon Grund genug, diesem Plädoyer Folge zu leisten? Ist also, um es auf den Punkt zu bringen, mit dem Wegfall eines intrinsischen Unterschieds die aktive Euthanasie schon ethisch legiti-

¹⁷ D. Birnbacher 1995, 82.

¹⁸ Und zwar oft als notwendige und hinreichende Bedingung des Sterbens wie die aktive Euthanasie, vgl. H. Kuhse 1994, 92 und 103.

¹⁹ P. Singer 1994², 267ff.

²⁰ H. Kuhse 1994, 56. M. Zimmermann-Acklin 1997, 231 führt noch eine Reihe weiterer Terminologien auf, mit denen derselbe Sachverhalt verdeutlicht wird, u.a.: „kontextunabhängig“ – so T. L. Beauchamp und J. F. Childress, „isoliert betrachtet“ – so J.-C. Wolf, „bare“ – so J. Rachels. Belege ebd.

²¹ Beide in: A. Holderegger (1999) (Hg). W. Wolbert ebd. 75; außerdem L. Siep ebd. 52f.

²² So richtig H. Kuhse 1994, 73.

²³ P. Singer 1994², 250; 257.

miert? Gibt es, wenn keine *prinzipiellen* Unterschiede zwischen aktiv und passiv bestehen, *überhaupt* keine Unterschiede? Diese Fragen müssen die kritische Auseinandersetzung mit der utilitaristischen Position leiten.

6. Zur Auseinandersetzung mit der utilitaristischen Kritik

6.1. Vorab: Einige Anmerkungen zum Autonomieprinzip

In der utilitaristischen Tradition kommt dem Autonomieprinzip, das auf J. St. Mill (1806-73) zurückgeht²⁴, zentrale Bedeutung zu – gerade auch im Kontext des Plädoyers für die Freigabe der aktiven Euthanasie. Weit entfernt vom Autonomiebegriff Kants wird darin gefordert, dass die Selbstbestimmung jedes einzelnen Menschen so lange zu achten sei, als sie nicht die Rechte anderer tangiere. P. Singer verschärft dieses Postulat Mills: „Wenn aber rational handelnde Personen autonom entscheiden, dann muss uns die Respektierung der Autonomie dazu veranlassen, ihnen zu helfen, dass sie so handeln können, wie sie sich entschieden haben.“²⁵ Für ihn wird aus einer Nichteinmischung in die Selbstbestimmung eines anderen die Pflicht, diese aktiv zu unterstützen. Das ist ein starkes, nicht durch Begründungen gedecktes Postulat. Jedoch gesteht Singer ein, dass bei Handlungen, die nicht rational begründet seien und dem Handelnden zum Schaden gereichen würden, die Pflicht zur Achtung der Selbstbestimmung nicht gelte, im Gegenteil. So sei es eine Pflicht, Heroinsüchtige vom Konsum abzuhalten bzw. abzubringen²⁶. Das Verlangen, bei unheilbarer Krankheit getötet zu werden, findet Singer jedoch vernünftig und deshalb unterstützenswert²⁷, weil dadurch Leid minimiert wird – ein weiteres Prinzip des Utilitarismus. Die Frage, die wir uns allerdings noch stellen müssen, lautet: Ist der Patient wirklich dazu in der Lage, unbeeinflusst vom Drängen anderer, frei vom Druck der eigenen Psyche, mithin wirklich rational und selbstbestimmt zu entscheiden, wie Singer es annimmt? Oder zumindest: Ist anzunehmen, dass das der Regelfall für jene ist, die um aktive Euthanasie bitten? Die Frage wird uns im Folgenden noch beschäftigen.

Um sie wie auch die zuvor gestellte Frage zu beantworten, ob es überhaupt keine relevanten Unterschiede zwischen aktiver und passiver Euthanasie gebe, wähle ich den *Weg einer erweiterten Folgenbetrachtung*: Die so gefundenen Antworten sind dann zwar nicht prinzipieller, sondern „pragmatischer“ Natur – aber deswegen sind sie ja noch lange nicht ungültig oder wertlos – im Gegenteil. Sie haben den Vorteil, dass sie den Utilitaristen überzeugen

²⁴ Dazu ausführlich M. Zimmermann-Acklin 1997, 55f.

²⁵ P. Singer 1994², 250.

²⁶ P. Singer 1994², 255.

können, für den die Argumentation von den Folgen her zentrale Bedeutung hat. Außerdem legen begründete Befürchtungen negativer Folgen die Beweislast ihrer Nichtigkeit denen auf, die eine Änderung geltender sittlicher Standards herbeiführen wollen. Welche Folgen hätte also die Änderung des ethisch-normativen Verbots aktiver Euthanasie?

6.2. Zu befürchtende Dammbrocheffekte

Zunächst kommen hier die klassisch als Dambruch bezeichneten Effekte in Betracht. Ohne Frage haftet ihnen stets bis zu einem gewissen Punkt etwas Spekulatives an – niemand kann sie mit Sicherheit prognostizieren. Jedoch können für einige Dambruchbefürchtungen empirische Anhaltspunkte gegeben werden, und zwar durch Untersuchung der holländischen Praxis. Holland hat für die aktive Euthanasie seit 1994 unter bestimmten formalen Bedingungen die Straffreiheit gesetzlich ermöglicht, seit 2001 den ÄrztInnen sogar ein Recht auf Straffreiheit zugesichert. Nun gibt es zwei regierungsamtliche Studien, die sogenannte Remmelink-Studie, benannt nach dem Bevollmächtigten des Obersten Holländischen Gerichtshofs, und die Second Nationwide Study. Diese empirischen Studien untersuchen die Euthanasiepraxis in den Jahren 1990 und 1995, also kurz vor und kurz nach der ersten Gesetzesänderung. Zwar ist eine deutliche Erhöhung der Gesamtzahl der Fälle aktiver Euthanasie auf Grund der gesetzlichen Straffreistellung nicht nachweisbar (da die Dunkelziffer weiterhin hoch ist und damit jede Abschätzung dieser Zahl sehr spekulativ). Auf der Makroebene lässt sich also kein Dambruch nachweisen. Dennoch werden bei genauer Betrachtung der Zahlen einige „schiefe Ebenen“ im Mikrobereich deutlich und seien im Folgenden genannt²⁸:

- Die Ausweitung der aktiven Euthanasie auf *nicht zustimmungsfähige oder nicht zustimmende Personen*. Diese mag ehrlich und aus selbstlosen Beweggründen geschehen (sogenannte *cryphtanasia*²⁹), jedoch ist ebenso mit egoistischen Motiven der Angehörigen (sogenannte *surrogate euthanasia*) und mit der traditionellen Neigung der ÄrztInnen zum Paternalismus zu rechnen. In Holland ist nun innerhalb weniger Jahre eine Zunahme der aktiven Euthanasie ohne Zustimmung der betreffenden Personen von 41% auf 48% aller Fälle zu verzeichnen – obwohl diese Praxis eigentlich strafbar ist und obwohl nur die Hälfte der Betroffenen zum Zeitpunkt der Euthanasie nicht zustimmungsfähig war! Darüber hinaus ist der auch vorher schon extrem hohe Prozentsatz aktiver Euthanasie ohne Zustimmung eine eindringliche Falsifikation des Autonomiearguments.

²⁷ Im Gegensatz dazu stellte das Oberste US-Verfassungsgericht 1997 fest, es gebe kein fundamentales Freiheitsrecht auf einen selbstbestimmten Tod. Damit ist einer Verpflichtung des Arztes zur Tötung auf Verlangen, wie von Singer gefordert, der Riegel vorgeschoben, jedoch nicht notwendigerweise der Strafbefreiung.

²⁸ Dazu bes. M. Zimmermann-Acklin, in: A. Holderegger 1999, 351-370.

Von Autonomie der Sterbenden kann in fast der Hälfte aller Fälle nicht die Rede sein. Das deckt sich mit der weiteren Beobachtung, dass der PatientInnenwille erst an sechster Stelle ärztlicher Überlegungen steht, wenn es um die Frage der aktiven Euthanasie geht.

- Zweitens ist eine Ausweitung auf Personen festzustellen, die *nur momentan und nicht dauerhaft* nach Tötung *verlangen*. In etwa 50% aller Fälle liegen zwischen der ersten Äußerung des Sterbewunsches und der Tötung nur wenige Stunden.
- Weiterhin lässt sich eine Tendenz zu *einsameren Entscheidungen* der ÄrztInnen beobachten: Mit KollegInnen berieten sich 1995 (entgegen der gesetzlichen Vorschrift!) nur noch 59% der ÄrztInnen gegenüber 70% 1990, mit Verwandten 70% gegenüber 83% in der ersten Erhebung. Die Fälle, in denen ÄrztInnen völlig ohne Beratung mit anderen entschieden, nahmen von 2 auf 5% zu. Offensichtlich führt die gesenkte ethische Schwelle zu weniger gründlich erwogenen Entscheidungen.
- Eine dritte, in Holland feststellbare Tendenz ist die zur *Ausweitung des potentiellen Personenkreises* z.B. auf Behinderte, psychisch Kranke und heilbare Menschen: Diese Ausweitung des Personenkreises geschieht wohl indirekt, indem die Vorstellung über Lebenswerte verschoben wird und Ärztinnen oder Gerichte dann aus sachlich nicht gedecktem Mitleidsgefühl heraus entscheiden³⁰. So werden in Holland da und dort behandelbare Depressive, die in keiner Weise sterbenskrank sind, durch aktive Euthanasie getötet³¹. Man rechnet mit derzeit 5 bis 10 Fällen jährlich³². Aufsehen erregt hat der Psychiater Boudewijn, der Beihilfe zum Suizid einer 50jährigen körperlich kerngesunden Frau leistete, die ihre routinemäßig behandelbaren Depressionen nicht behandeln lassen wollte. Das Gericht befand Boudewijn nur des Formfehlers für schuldig, dass er keinen zweiten Arzt hinzugezogen hatte, bewertete aber das psychische Leiden ebenso wie körperliche Schmerzen. Die Frage der Behandlungsmöglichkeiten spielte überhaupt keine Rolle³³.

Die bisher genannten Dambrüche lassen sich in den holländischen Erfahrungen empirisch festmachen. Für die drei weiteren hier zu nennenden Folgen gilt dies nicht, da sie wohl län-

²⁹ Begriffe von Marc Siegler und Peter A. Singer, zit. nach *M. Zimmermann-Acklin* 1997, 355.

³⁰ Dabei scheint mir eine direkt, sozialdarwinistisch begründete Ausweitung der aktiven Euthanasie eher unwahrscheinlich und in Holland auch nicht nachweisbar.

³¹ ZEIT 39/96, 11ff.

³² *M. Zimmermann-Acklin*, in: *A. Holderegger* 1999, 365.

³³ Ähnliche Dambrüche lassen die Gesetze von Oregon USA (max. 6 Monate Lebenserwartung – ist das feststellbar?) und den Northern Territories / AUS (Beginn des Sterbeprozesses ist „nah“ – sehr dehnbar!) befürchten.

gere Zeiträume beanspruchen. Dennoch sind sie nicht so ohne weiteres von der Hand zu weisen:

- Erstens könnte das *Recht* zur aktiven Euthanasie schnell zur *Pflicht* werden: Es könnte zunehmend ein Druck der Angehörigen, der Krankenkassen oder des Pflegepersonals ausgeübt werden, ohne dass es dazu vieler Worte bedürfte (sogenannte encouraged euthanasia). Solcher Druck könnte von Sterbenden selbst dann empfunden werden, wenn er gar nicht vorhanden ist – umso mehr, wenn Sterbende z.B. in den USA nicht krankenversichert sind und die Familie für die Kosten ihrer Behandlung aufkommen muss. Umgekehrt könnte der Arzt einen Wunsch der Sterbenden annehmen, ohne dass es einen solchen gibt. All dies spricht jedenfalls gegen die Übernahme der naiven Aussage P. Singers: „wenn wir nicht getötet werden wollen, stimmen wir einfach nicht zu.“³⁴
- Weiterhin ist eine *schleichende Aushöhlung der* pflegerischen, therapeutischen und gesellschaftlichen *Standards* zu befürchten. Grenzen regen die Kreativität des Menschen an. Fallen sie weg, ist oft Bequemlichkeit die Folge: z.B. weniger Mühen um eine wirksame Pflege; schnelleres Nachgeben, wenn ein Patient Sterbewünsche äußert; weniger Suche nach dem, was hinter derartigen Äußerungen steht; weniger Kreativität, Alternativen aufzutun.
- Schließlich ist eine nachhaltige *Beeinflussung der Forschungsbemühungen* nicht von der Hand zu weisen: Die Forschung zur Schmerzbekämpfung, die heute immerhin 95% der Sterbenden wirksam helfen kann, würde aller Voraussicht nach massiv leiden.

6.3. Zu befürchtender unmittelbarer Effekt

In einer groß angelegten und minutiösen Analyse untersucht D. Birnbacher neun sogenannte „verborgene Parameter“, d.h. nicht unmittelbar wahrnehmbare, jedoch mögliche Folgewirkungen von Handeln bzw. Unterlassen³⁵. Davon beziehen sich je vier auf den Akteur bzw. die Betroffenen, eine auf Außenstehende Dritte. Nur für diese letzte, die Wirkung auf Dritte, kann Birnbacher einen signifikanten Unterschied feststellen, je nachdem ob es sich um ein Tun oder ein Unterlassen handelt³⁶ – allerdings auch nur unter zwei Bedingungen, nämlich wenn a) das Tun oder Unterlassen Leib und Leben betrifft und vom Betroffenen nicht gewollt ist, und b) Unterlassen das Geschehenlassen eines nicht vorsätzlich in Gang gebrachten Prozesses meint. Birnbacher beruft sich diesbezüglich auf Ergebnisse der Sozialpsycholo-

³⁴ P. Singer 1994², 249

³⁵ D. Birnbacher 1995, 129-212.

³⁶ D. Birnbacher 1995, 200-212.231f.

gie. Dort spricht man vom sogenannten „omission bias“ (Unterlassungs-Neigung)³⁷. So werden z.B. menschengemachte Katastrophen wie das ICE-Unglück in Eschede oder die verschiedenen Tunnelbrände der letzten Jahre als weitaus bedrohlicher empfunden als vergleichbare Naturkatastrophen, etwa ein Wirbelsturm oder ein Vulkanausbruch. Deswegen neigt der Mensch ganz offensichtlich dazu, lieber nichts zu tun als etwas falsch zu machen. Die eher ablehnende Einstellung zu relativ „risikoreichen“, gleichwohl das Gesamtrisiko vermindern den Impfungen ist hierfür ein Beispiel. Es sieht so aus, als würde die Verantwortung für einen schlechten Ausgang eher dem Handelnden als dem wesentlich Unterlassenden angerechnet. Birnbacher betont, dass es hier überhaupt nicht um die Frage geht, ob sich die omission bias vernünftig rechtfertigen lässt. Es geht ausschließlich darum, dass sie mit relativer Konstanz in verschiedenen menschlichen Gesellschaften zu beobachten ist und damit in eine Folgenbetrachtung einbezogen werden muss.

Birnbacher selbst sieht die Relevanz der omission bias nur für die aktive Euthanasie ohne Einwilligung des Sterbenden gegeben. Eine Tötung auf Verlangen wäre nach seiner Meinung davon nicht betroffen, denn die Menschen könnten nach seiner Einschätzung sehr wohl zwischen freiwillig und unfreiwillig differenzieren³⁸. Genau dann aber müssen umso heftigere Bedenken angemeldet werden, wenn in Holland rund die Hälfte aller Fälle aktiver Euthanasie ohne klare Anhaltspunkte über den Willen des oder der Sterbenden durchgeführt werden (s.o.). Solange es offenkundig nicht möglich ist, aktive Euthanasie auf Fälle wirklichen und beständigen Verlangens der Sterbenden einzugrenzen, muss befürchtet werden, dass der omission bias langfristig gegenüber ÄrztInnen wirksam wird und bei Freigabe der aktiven Euthanasie das Vertrauen in sie aushöhlt.

Das Vertrauen in den Arzt gehört zu den wichtigsten Gütern im Bereich medizinischen Handelns. Es ist unter allen Umständen zu bewahren. Nur so lässt sich verstehen, dass der klassische Grundsatz medizinischer Ethik „nil nocere“ (nicht schaden) quasi wie ein Tabu gilt und in seiner Radikalität höchstens noch vom ebenfalls dem Vertrauensschutz dienenden Beichtgeheimnis katholischer Priester übertroffen wird. Im Falle der aktiven Euthanasie, selbst wenn sie freiwillig geschieht, kann die Absicht des Arztes offensichtlich leichter missverstanden werden als im Falle der passiven Euthanasie³⁹. Allein diese Möglichkeit, die in Holland zugegebenermaßen nicht Wirklichkeit wurde, wiegt schwer. Im Konfliktfall müsste

³⁷ D. Birnbacher 1995, 203-212.

³⁸ D. Birnbacher 1995, 356. Ebenso auch U. Wiesing, in: A. Holderegger 1999, 233-246. Hier bes. 245.

³⁹ So fühlten sich die australischen Aborigines nach der Freigabe der aktiven Euthanasie auf Verlangen in den Northern Territories bei Krankenhausaufenthalten weit stärker durch Ärzte bedroht als vorher, was selbst P. Singer eingesteht. Vgl. M. Zimmermann-Acklin, in: A. Holderegger 1999, 369.

daher eher einzelnen Sterbenden zugemutet werden, erhebliche Schmerzen zu ertragen, als dass man das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärztinnen verspielt⁴⁰.

6.4. Ergebnis

Die erweiterte Folgenbetrachtung erbrachte zwar keinen intrinsischen, prinzipiellen Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie, sehr wohl aber einen pragmatischen. Damit haben wir zwar kein absolutes, wohl aber ein starkes „Konvergenz“-Argument für die Beibehaltung der moralischen Unterscheidung⁴¹. Es hat sich in den letzten Jahren eingebürgert, von „modifizierter Signifikanz“⁴² der Unterscheidung zu sprechen. Für die *normative* Ethik ist daher geraten, die unterschiedliche Bewertung von aktiver und passiver Euthanasie modifiziert beizubehalten⁴³. Darüber hinaus sollte aber gerade in theologischer Perspektive nie die *tugendethische* Seite des Problems übersehen werden. Sie soll im letzten Abschnitt diese Vorlesung abrunden.

7. Theologische Vertiefung: Sinnerfüllt sterben, oder: Was wünschen Sterbende wirklich?

Sterben ist keine rein technische Sache. In der puren Beschränkung auf die Normfrage würden wir aber Gefahr laufen, sie darauf zu reduzieren, und der Utilitarismus als reine Normethik steht besonders in dieser Gefahr. Umso mehr ist die Theologie gerufen, nach dem zu fragen, was das Sterben mit Sinn erfüllen kann, was es zu einem würdigen Sterben macht und was die wirklichen Bedürfnisse Sterbender, aber auch Pflegender und Angehöriger sind.

Der holländische Moralthologe und Klinikseelsorger Paul Sporken und der Arzt Jan Michels führten 1974 folgendes „Experiment“ durch⁴⁴: In einem Pflegeheim sprachen sie 74 Schwerkranke an, bei denen sie den Eindruck hatten, dass sie aktive Euthanasie wünschten. In langen Gesprächen suchten sie mit ihnen nach Verbesserungsmöglichkeiten ihrer Lage. 50 waren daraufhin sofort wieder seelisch im Gleichgewicht, 24 wünschten scheinbar immer

⁴⁰ In ähnliche, wenn auch nicht exakt gleiche Richtung geht die Argumentation von Rudolf Ginters, der ärztliches Handeln als Ausdruckshandlung sieht – vgl. die Zusammenfassung in *M. Zimmermann-Acklin* 1997, 268-274. Für Ginters ist der Verzicht des Arztes auf aktive Euthanasie Ausdruck seines grundsätzlichen Einsatzes für das Leben – der freilich u. U. sehr „kostspielig“ (*R. Ginters* 1982, 65) sein könne, wenn der Patient große Schmerzen leide. Schüller spricht in diesem Zusammenhang von der „Echtheitsprobe der Moralität“ (*B. Schüller* 1980², 296). *J.-C. Wolf* 1991, 282 weist darauf hin, dass es genau die Sorge um die Eindeutigkeit des Zeugnisses für das Leben gewesen sei, die die jüdisch-christliche Lebensethik seit zwei Jahrtausenden prägte.

⁴¹ Dabei gehen extreme Befürworter der Freigabe aktiver Euthanasie wie P. Singer oder N. Hoerster auf kein einziges der hier aufgeführten Argumente ein (*N. Hoerster* 1998; *P. Singer* 1998, 151f). Ihre Gegner sind offenbar nur diejenigen, die mit Schreckensszenarien von neuen Nazi-Programmen Stimmung machen. Auf Pappkameraden schießt es sich leichter.

⁴² *M. Zimmermann-Acklin* 1997, 234.

⁴³ Evtl. ist eine mildere Bewertung des ärztlich assistierten Suizids anzuraten.

⁴⁴ *J. Michels / P. Sporken* 1974.

noch die aktive Euthanasie. Diesen 24 boten Sporken und Michels die Möglichkeit an, ihr Leben durch eine Spritze zu beenden. Die Reaktion war verblüffend: Alle 24 waren entsetzt, dass Arzt und Seelsorger ihr Anliegen wörtlich nahmen. 20 von ihnen brauchten Tage, um wieder Vertrauen zu fassen, 4 schafften das gar nicht mehr.

Der Sterbewunsch ist wie bei Suizidgefährdeten offensichtlich meist der Wunsch nach Zuwendung, Angenommensein, Respekt. Sterbende suchen Sinn, und Sinn erfahren sie in menschlicher Zuwendung. Aus niederländischen Untersuchungen geht eindeutig hervor, dass die meisten Schwerkranken, die nach aktiver Euthanasie verlangen, dies nicht wegen der Unerträglichkeit der Schmerzen tun, sondern aus Angst vor Abhängigkeit, vor Entstellung der körperlichen Erscheinung, vor Würdelosigkeit im Ansehen ihrer Mitmenschen⁴⁵. All das sind Beziehungsqualitäten⁴⁶. Die Lösung dieser Befürchtungen wäre also nicht, die Euthanasie zu vollziehen, sondern den Betroffenen ihre Angst zu nehmen und ihnen so deutlich wie möglich zu zeigen, dass sie noch immer Achtung und Würde genießen. Damit gäbe man ihnen auch die entscheidende Hilfe, um ihr Abhängigsein von anderen und die Fremdbestimmtheit ihres Todeszeitpunkts annehmen zu können. Das freilich bedeutet eine Herausforderung an unsere gesamte Gesellschaft im Umgang mit dem Tod. Die Hospizbewegung könnte hier Anstöße geben und Ziele aufweisen, um im Zeitalter der high-tech-Medizin auf breiter Ebene eine erneuerte ars moriendi zu entwickeln.

8. Resümee

Der eingangs zitierte Jack Kevorkian hatte mit der Fernsehübertragung einer aktiven Euthanasie eindeutig die Absicht, als Vorbild für einen neuen Umgang mit dem Sterben zu dienen. Christliche Ethik entwickelt demgegenüber ein anderes Leitbild: Menschenwürdig ist das Sterben nicht primär dadurch, dass der Todeszeitpunkt selbst bestimmt wird, sondern dadurch, dass Sterbende sich bis zuletzt von menschlichen Beziehungen getragen und geborgen wissen und gerade so frei und autonom Ja sagen können zum eigenen Sterben.

Literatur

- A. *van den Beld* (1991), Töten oder sterben lassen – gibt es einen Unterschied?, in: ZEE 35, 60-71.
D. *Birnbacher* (1995), Tun und Unterlassen, Stuttgart.
E. *Doerr* (1997), Liberty and death, in: The Humanist 57, 12-15.
B. *Dority* (1997), The ultimate civil liberty (physician-assisted suicide), in: The Humanist 57, 16-21.
A. *W. von Eiff* / A. *Auer* / A. *Eser* (1989), Sterben, Sterbehilfe, in: StL 5, 283-289.

⁴⁵ DÄBI 94 (1997) A-220.

⁴⁶ Wenn im AT die soziale Isolation bzw. Ausgrenzung von Menschen als Tod bezeichnet wird, dann deckt sich das genau mit dieser Feststellung.

- J. Fischer* (1996), Aktive und passive Sterbehilfe, in: ZEE 40, 110-127.
- R. Ginters* (1976), Die Ausdruckshandlung. Eine Untersuchung ihrer sittlichen Bedeutsamkeit, Düsseldorf.
- R. Ginters* (1982), Werte und Normen. Einführung in die philosophische und theologische Ethik, Düsseldorf-Göttingen.
- N. Hoerster* (1998), geplantes Referat in Göttingen am 28.11.98, in: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/disk-5-Beihilfe.htm>.
- A. Holderegger* (1997), Zur Euthanasiediskussion in den USA. Eine kritische Einführung, in: FZPhTh 44, 137-152.
- A. Holderegger* (1999) (hg), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg i.Ue. / Freiburg i.B.
- H. Kuhse* (1994), Die „Heiligkeit des Lebens“ in der Medizin, Erlangen, 51-240.
- C. Lennert* (1994), Gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe in verschiedenen Ländern (West-) Europas und in den USA – eine Übersicht, in: Erwachsenenbildung 40, 130-132.
- M. von Lutterotti* (1996), Sterbehilfe in der Diskussion, in: Zeitschrift für Lebensrecht 1996, 21-31.
- M. von Lutterotti / A. Eser* (1989), Sterbehilfe, in: LMed 1086-1101.
- J. Michels / P. Sporcken* (1974), Medizinische Sterbehilfe, Balthoven.
- K.-H. Peschke* (1990), Euthanasie, in: NLChM 165-172.
- H. Remmers* (1998), Handeln oder unterlassen – ethische Probleme der Sterbehilfe, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, 46-52.
- F. Ricken* (1998²), Allgemeine Ethik, Stuttgart, 92-95.
- J. Schara / L. Beck / A. Eser / J. Schuster* (1998), Sterbehilfe, in: LBE 3, 445-454.
- B. Schüller* (1980²), Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moraltheologie, Düsseldorf, 238-251.
- C. Schultheiss* (1994), Für eine argumentative Auseinandersetzung mit den Thesen Singers zur Euthanasiethematik, in: EthMed 6, 133-142.
- P. Singer* (1994²), Praktische Ethik, Stuttgart, 225-277.
- P. Singer* (1998), Leben und Tod, Erlangen, 135-160.
- M. L. T. Stevens* (1997), What Quinlan can tell Kervorkian about the right to die, in: The Humanist 57, 10-12.
- J.-C. Wolf* (1991), Euthanasie auf abschüssiger Bahn, in: ZP 37, 267-283.
- J.-C. Wolf* (1993), Aktive und passive Euthanasie, in: ARSP 79, 393-415.
- H.-J. Wollasch* (1986), Euthanasie, in: StL 2, 481-483.
- M. Zimmermann-Acklin* (1997), Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung, Freiburg i.Ue. / Freiburg i.B.

Autoren und Herausgeberin

*Dr. iur. Hans-Joseph **Scholten**, M.A.*, Richter am Oberlandesgericht Düsseldorf.

*Priv.-Doz. Dr. theol. Michael **Rosenberger***, Lehrstuhl für Moraltheologie, Würzburg.

*Mechthild **Herberhold***, Dozentin der Katholischen Akademie des Bistums Essen „Die Wolfsburg“, Mülheim / Ruhr.