

## Sterben und sterben lassen

### Die neuere Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes und die »Euthanasie«-Gesetze in den Northern Territories/Australien und Oregon/USA

Die Angeklagten hatten gemeinsam beschlossen, daß, auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt sie den Tod der Frau Sch. herbeiführen wollten. Durch die von beiden unterzeichnete schriftliche Anweisung an das Pflegepersonal von Anfang März 1993, von deren Befolgung sie ausgingen, wollten sie den Geschehensablauf in Gang setzen.<sup>1</sup>

Was hier im etwas hölzernen Urteils-Stil des Bundesgerichtshofes routiniert resümiert wird wie die Geschichte eines heimtückischen Verbrechens, hat am 17. Mai 1995 vor dem Landgericht Kempten ein erstaunlicherweise ganz und gar undramatisches Ende genommen: Die Strafkammer an die der Bundesgerichtshof, der den Schuldspruch der ersten Instanz kassiert hatte, zur Neuverhandlung verwiesen hat, sprach die Angeklagten frei<sup>2</sup>. Nicht aus Mangel an Beweisen, nicht, weil sich herausgestellt hätte, daß sie den Tod von Frau Sch. doch nicht gewollt hätten und nicht weil die Täter letztenendes erfolglos geblieben waren und Frau Sch. neun Monate später eines natürlichen Todes starb. Der angeklagte Arzt und der mitangeklagte Geschäftsmann, der Sohn von Frau Sch., konnten bei der erneuten Beweisaufnahme mit Zeugenaussagen aufwarten, deren Aussagen das Gericht dahingehend interpretierte, daß die kranke Frau selbst in dieser Situation ihre Tötung gewollt hätte, wenn sie sich dazu hätte äußern können: »Der eigenständige Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung gilt in gleicher Weise für beide Angeklagte, so daß diese aus rechtlichen Gründen freizusprechen sind.«<sup>3</sup>

Die juristische Auseinandersetzung um das Sterben der Frau Sch. markiert eine Zäsur in der bundesdeutschen Rechtsprechung zum Thema »Euthanasie«<sup>4</sup>. Erstmals wurde in diesem Verfahren durch den Bundesgerichtshof festgestellt, daß die Tötung eines schwerkranken, behandlungsbedürftigen Menschen durch eine Unterlassungshandlung des Arztes rechtmäßig sein kann. Voraussetzung dafür ist

nicht einmal, daß der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Zwingend erforderlich soll nur die »mutmaßliche Einwilligung« des Patienten in den zum Tode führenden Behandlungsabbruch sein, wobei, so der Leitsatz des Urteils, die »mutmaßliche Einwilligung« keineswegs voraussetzt, daß ein individueller Wille des Patienten erschlossen werden kann:

Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muß (sic!) auf Kriterien zurückgegriffen werden, die *allgemeinen* (*Hervorh. im Original*) Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.

Begründet wird dieser gewaltige Schritt hin zur Legalisierung einer Tötung ohne Verlangen paradoxerweise mit dem »Selbstbestimmungsrecht des Patienten... gegen dessen Willen eine ärztliche Behandlung grundsätzlich weder eingeleitet noch fortgesetzt werden darf.«<sup>5</sup> Tatsächlich spielt das Konstrukt der »mutmaßlichen Einwilligung« in der Rechtsprechung bei Menschen, die nicht einwilligen können, weil sie sich z.B. nicht artikulieren oder das Ausmaß ihres Handelns nicht überschauen können (Kleinkinder, teilweise auch Geistigbehinderte, Bewußtlose), eine wichtige Rolle. Bislang wurde aber zumindest in der Rechtsprechung regelmäßig davon ausgegangen, daß es den Interessen der Betroffenen entspricht, wenn sie am Leben bleiben<sup>6</sup>. So werden insbesondere ärztliche Rettungsmaßnahmen bei Suizid-Patienten begründet. Leitlinie für diese Ausrichtung der Rechtsprechung ist der in Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz festgeschriebene Lebensschutz, der u.a. im Verbot der »Tötung auf Verlangen« im Strafgesetzbuch seinen normativen Niederschlag findet<sup>7</sup>. Aus dieser Betonung des Lebensschutzes resultiert auch die Ablehnung der sogenannten »Patienten«-Testamente, die von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, aber auch (zumindest zeitweise) von der Humanistischen Union vertrieben worden sind. In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird seit längerem, verstärkt in den 80er Jahren, allerdings ein Richtungswechsel eingefordert. Charakteristisch für die Argumentation ist die Position des Göttinger Medizinrechtlers Dieter Dölling:

Für die ärztliche Pflicht zur Lebenserhaltung ist nicht die künstliche Aufrechterhaltung einzelner biologischer Funktionen maßgeblich, sondern die Erhaltung menschlichen Lebens, für das die Fähigkeit zu geistig-seelischem Erleben und Reagieren konstitutiv ist. Kann der Patient das Bewußtsein nicht wiedererlangen, entspricht eine Fortsetzung der Behandlung nicht mehr seinem mutmaßlichen Willen.<sup>8</sup>

Was auf den ersten Blick und in abstrakter Form überzeugend wirken mag erweist sich konkretisiert als außerordentlich problematisch – wofür die vor dem Landgericht Kempten und dem Bundesgerichtshof verhandelte Geschichte der Frau Sch. ein eindrückliches Beispiel liefert.

### *Chronik eines erwünschten Todes*

Die 1920 geborene Frau Sch. litt mindestens seit Ende 1989 an der Alzheimer Krankheit und, so die Diagnose, »präseniler Demenz«. Nach stationärer Beobachtung im Bezirkskrankenhaus wurde sie ab März 1990 in der Pflegeabteilung eines Altersheimes untergebracht. Sie wurde teilweise entmündigt, ihr Sohn wurde als Pfleger (nach Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes als Betreuer) bestellt. Anfang September 1990 erlitt Frau Sch. einen Herzstillstand, wurde wiederbelebt und hatte seitdem einen schweren Hirnschaden, außerdem konnte sie seitdem nicht mehr schlucken und war deswegen auf Ernährung durch eine Sonde angewiesen. Im Urteil der ersten Instanz<sup>9</sup> ist festgehalten, daß sie ihre Umwelt durchaus wahrnahm und auf Veränderungen erkennbar reagierte:

Auf Schmerzreize, z.B. Druck auf das Brustbein reagierte sie nur mit Lidbewegungen. Auf starke Lichtreize (wenn am Morgen die Vorhänge geöffnet wurden) reagierte sie mit einer Blickbewegung. Auf starke Lautreize reagierte sie mit Zusammenzucken. Auf unangenehme Behandlungen reagierte sie mit einem Knurren. Auf Verabreichung schlechtschmeckender schleimlösender Mittel reagierte sie mit Grimassen.<sup>10</sup>

Frau Sch. benötigte Krankengymnastik, aber keine intensive medizinische Therapie. Sie war an keine Apparate angeschlossen, sie litt offensichtlich keine Schmerzen, sie konnte selber atmen und mußte künstlich ernährt werden. Das Landgericht Kempten stellte dazu im ersten Urteil fest:

Die künstliche Ernährung war in diesem Fall keine lebensverlängernde, sondern – wie das Essen beim Gesunden, oder die Medikation eines Zuckerkranken – eine lebenserhaltende Maßnahme.

Frau Sch. lebte, sie benötigte viel Pflege – aber sie lag auf keinen Fall im Sterben. Einmal die Woche kam der Arzt, der auch Kontakt mit dem Sohn seiner Patientin hielt. Diese beiden Männer entschlossen sich 1993, die künstliche Ernährung der Frau zu beenden. Einen erkennbaren aktuellen Anlaß dafür, zum Beispiel eine rapide Verschlechterung des Befindens der Patientin, gab es nicht. Zwischen dem ersten Gespräch der beiden Männer und ihrem tatsächlichen

Entschluß, die Ernährung einzustellen, und Frau Sch. nur noch mit Tee versorgen zu lassen, lagen drei Wochen. – Das Urteil der Neuverhandlung hält zusätzlich fest:

»Beide Angeklagte waren zwischenzeitlich vom Pflegepersonal, wo der Vorschlag der Angeklagten auf Ablehnung gestoßen war, angesprochen worden, lehnten jedoch eine Diskussion über die Einstellung der Sondenernährung ab.«

Der Geschäftsleiter des Heimes erwirkte deswegen eine Eil-Verfügung des Vormundschaftsgerichts, das die geplante Einstellung der künstlichen Ernährung untersagte. Daraufhin stellte der Sohn einen förmlichen Antrag, die künstliche Ernährung seiner Mutter einstellen zu dürfen, da »eine Besserung...nicht mehr zu erwarten (ist)«. das Vormundschaftsgericht lehnte auch diesen Antrag nach Begutachtung der Patientin durch die Landgerichtsärztin ab. Infolge einer im Dezember 1993 notwendig werdenden Operation (die Magensonde mußte neu plaziert werden) verschlechterte sich der Allgemeinzustand der Patientin, sie bekam ein Lungenödem und verstarb am 29.12.1993.

Gegen die beiden Angeklagten war mittlerweile wegen des ersten, mit dem Vormundschaftsgericht nicht abgestimmten Versuches die künstliche Ernährung einzustellen, ein Strafverfahren anhängig. In erster Instanz wurden beide des gemeinschaftlichen versuchten Totschlags für schuldig befunden. Das Gericht, das ein Gutachten des Rechtsmediziners Prof. Wuermeling (Nürnberg) eingeholt hatte, zielte in seiner Urteils-Begründung vor allem darauf ab, daß Frau Sch. nicht im Sterben lag, sondern lediglich als schwerbehindert anzusehen war. Um »unangemessene Härten« zu vermeiden, weil die Tat in einem frühen Stadium des Versuchs verhindert worden sei und weil der Geschehensablauf von Sorge um Frau Sch. geprägt gewesen sei, wurde aber lediglich eine relativ geringe Geldstrafe von 60 bzw. 80 Tagessätzen verhängt. Die Angeklagten gingen dennoch in Revision und bekamen vom Bundesgerichtshof recht, der den Fall zur Neuverhandlung zurück nach Kempten verwies.

In der Neuverhandlung kam es vor allem darauf an, die »mutmaßliche Einwilligung« der Patientin in den Behandlungsabbruch zu prüfen. An diese »mutmaßliche Einwilligung« sollten, so erklärte Dr. Maul, einer der Richter des 1. BGH-Senats in einem Interview für den WDR, »besonders strenge Anforderungen« geknüpft werden müssen. Die Einlassung der Angeklagten in der Revisionsverhandlung, Frau Sch. habe vor einigen Jahren anlässlich einer Sendung, die sich auch mit Intensivmedizin befasst hat, geäußert »so wolle sie

nicht enden<... bietet keine tragfähige Grundlage für eine mutmaßliche Einwilligung zum Behandlungsabbruch. Sie kann einer momentanen Stimmung entsprungen sein.«<sup>11</sup>

Das LG Kempten hörte in der Neuverhandlung deswegen gezielt ZeugInnen und bezog daher seine Sicherheit, der Behandlungsabbruch habe dem »mutmaßlichen Willen« der Frau Sch. entsprochen. Charakteristisch für die insgesamt sieben ZeugInnenaussagen sind die des ehemaligen Hausarztes der Verstorbenen Dr. B. und die der Zeugin Sch. Dr. B.s Aussage wird im Urteil folgendermaßen wiedergegeben:

Seine Patientin litt unter Depressionen und hatte insbesondere Angst vor bösartigen Erkrankungen (Tumorfurcht, Angst vor Krebs)... Anlässlich des Todes ihres Ehemannes, der drei Tage vor seinem Tod auf einer Intensivstation lag, habe sie gesagt, daß sie selbst nicht auf eine Intensivstation wolle. Letztmals zu Weihnachten 1989 habe sie ihm erklärt, daß sie nicht leiden wollen.

Auch die anderen ZeugInnen betonten vor allem die Angst von Frau Sch. an Krebs zu erkranken. Eine bemerkenswerte Variante lieferte die Zeugin Sch. »die Frau Sch. von Kindheit an (kannte). Sie bekundete, daß Frau Sch. ein lebenslustiger Mensch war, der jedoch nicht leiden wollte. Daher habe sie von jeher immer viel Tabletten eingenommen.« Resümee des Gerichts:

»Bei dieser Gesamtschau ergibt sich, daß sich die Äußerungen von Frau Sch. in den letzten ca. 30 Jahren wie ein roter Faden durch ihr Leben ziehen.« Eine »mutmaßliche Einwilligung« könne also vorausgesetzt werden.<sup>12</sup>

### *Der Mut zur Lücke*

Bezeichnenderweise scheint den Kemptener Richtern, die die Planung des Todes neu verhandelt und bewertet haben, der Wunsch, lieber tot zu sein, als schwerkrank, so unmittelbar eingeleuchtet zu haben, daß sie die Zeugenaussagen kaum kritisch gewürdigt haben. Dabei fällt unmittelbar auf, daß sich fast alle ZeugInnen-Aussagen auf die Angst der Frau Sch. vor Krebs und den Folgen einer bösartigen Tumorerkrankung beziehen. Einmal davon abgesehen, daß auch hier die Frage gestellt werden müßte, ob nicht eine Auseinandersetzung mit ihr über Behandlungsmöglichkeiten und ein kritisches Hinterfragen der Therapie bei ihrem an Krebs gestorbenen Mann in einer konkreten Entscheidungssituation möglicherweise zu anderen Ergebnissen geführt hätte<sup>13</sup>, muß festgehalten werden, daß Krebs mit ihrer tatsächlichen Krankheit so wenig zu tun hat wie ihre Situation mit der eines auf der Intensivstation im Sterben liegenden

Menschen. Mindestens zu erwarten wäre aber, daß die »mutmaßliche Einwilligung« auf eine konkrete Situation bezogen wird und nicht darauf, daß jemand »nicht leiden« möchte (wer will das schon?).

Auch das im Urteil des Bundesgerichtshof aufgestellte Postulat, entscheidend sei der »mutmaßliche Wille« zum Tatzeitpunkt, also nicht das, was die Patientin irgendwann einmal gesagt und geäußert habe, wird erst gar nicht versucht einzulösen.

Die Äußerungen, die Frau Sch. den ZeugInnen-Aussagen zufolge getan haben soll, weisen zudem deutlich auf ein Grundproblem der »mutmaßlichen Einwilligung« hin: Die Äußerungen, die als Indizien für eine solche Einwilligung herangezogen werden, sind nicht nur schwer nachprüfbar (wurden sie so getätigt, oder werden sie so nur erinnert), sie stammen zumeist aus Situationen, die der Situation einer konkreten Entscheidung über das eigene Leben und Sterben völlig unvergleichlich sind. Ihre Aussagekraft ist also äußerst begrenzt. Von einem »informed consent« über Sinn und Möglichkeiten sterbebegleitender Behandlung, wie er gerade bei Entscheidungen von so grundsätzlicher Bedeutung unbedingt gefordert werden muß, ist die Patientin damals jedenfalls offensichtlich weit entfernt gewesen – und aufgrund der allgemein verbreiteten Angst vor Situationen des Sterbens ist ihrem leichthin geäußerten Unbehagen über das »so möchte ich nicht leben« auch nie ein Widerspruch entgegengesetzt worden.

Mit dem Urteil ist insofern, was die »mutmaßliche Einwilligung« angeht, kein strenger Maßstab gesetzt, sondern im Gegenteil ein bedenkliches Maß an Unbestimmtheit und Vagheit zugelassen worden. Und das ganz ohne Not – denn auch aus dem Urteil der Neuverhandlung ergibt sich kein Grund dafür, das Leben der Patientin beschleunigt zu beenden. Dafür fällt auf, daß mindestens zwei Faktoren überhaupt nicht geprüft worden sind: Zum einen die Gründe, warum das Pflegepersonal, das den intensivsten Kontakt mit Frau Sch. hatte, gegen die Abkürzung ihres Lebens war, und warum Sohn und Arzt sogar die Diskussion mit den Pflegekräften über ihre beabsichtigten Maßnahmen verweigert haben. Zum zweiten irritiert auch, daß die möglichen ökonomischen Interessen, die der Sohn am beschleunigten Ableben seiner Mutter haben könnte, nicht in Erwägung gezogen worden sind. Dabei interessiert wahrscheinlich weniger das Erbe, das ihm früher oder später ohnehin zugefallen wäre, als die Frage, wer z.B. die Pflegekosten übernommen hat, die in Heimen bei so weitgehender Pflegebedürftigkeit wie bei Frau Sch. zwischen 3 000 und 6 000 Mark im Monat liegen dürften.

Die faktische Verquickung von humanitären Überlegungen und finanziellen Interessen, der Gedanke, daß glücklicherweise, was für die einen gut sein soll, sich für die anderen auch rechnet, prägt zwar zunehmend die medizinische und philosophische Debatte<sup>14</sup>, wird in der Rechtsprechung aber offensichtlich nicht, oder gemäßigt zustimmend<sup>15</sup> zur Kenntnis genommen. Gerade hier werden aber so entscheidende Einschränkungen des Selbstbestimmungsrechts vorgenommen, die selbst bei einer ausdrücklichen Einwilligung in den Behandlungsabbruch Zweifel angebracht sein lassen, ob wirklich von einer autonomen Entscheidung gesprochen werden kann, oder ob hier nicht vielmehr eine Anpassung an ökonomische und gesellschaftliche Erwartungen vollzogen wird. Wieviel mehr gilt das bei einer »mutmaßlichen Einwilligung«, die auf Initiative von anderen erfolgt, deren Motive (bewußter und unbewußter Natur) kaum nachvollzogen werden können. Hier müßten die strafrechtlichen Vorschriften tatsächlich ein Grundrecht schützen – statt dessen wird weitgehend umstandslos auf sie verzichtet. Die Folgen sind leicht vorstellbar – im Einzelnen aber schwer zu überprüfen, wenn das Kempfener Verfahren und das Urteil des Bundesgerichtshofes dazu führen, daß Strafverfahren in diesem Bereich gar nicht erst eröffnet werden, eine Praxis, die heute schon weit verbreitet ist<sup>16</sup>. Im übrigen ist davon auszugehen, daß das BGH-Urteil auch Angehörige, ÄrztInnen und Pflegekräfte ermutigen wird, lebensverkürzend tätig zu werden. Folgen kann das BGH-Urteil auch für den anderen Bereich haben, in dem die »mutmaßliche Einwilligung« von Patienten eine zentrale Rolle spielt, weil diese sich nicht äußern können: Die lebensrettende Behandlung bzw. zum Tode führende Nicht-Behandlung von behinderten Neugeborenen. Klaus Ulsenheimer, im Kempfener Verfahren als Verteidiger des Arztes tätig, hat in einem Aufsatz thematisiert, an welchem Punkt sich die medizinjuristische Diskussion hier befindet: Er gibt zwar die kritische Anmerkung des Rechtsphilosophen Arthur Kaufmann wieder, daß oft nicht das vermeintliche Wohl des behinderten Kindes die Entscheidung für einen Behandlungsabbruch oder für ein zum Tode führendes »Liegenlassen« maßgeblich sei, sondern »das Mißbehagen darüber, mit geschädigten, gebrechlichen, gestörten Mitmenschen zusammenleben zu müssen«<sup>17</sup> – trotzdem hält Ulsenheimer es aber für notwendig, Ausnahmen von der Behandlungspflicht zu machen. Mit anderen Autoren stimmt er darin überein, daß dies zum Tragen kommt »wenn das Neugeborene mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nie das Bewußtsein erlangen...wird«.<sup>18</sup> In der Frage der

»Unverhältnismäßigkeit«, die zweifelsohne angesichts der gesundheitsökonomischen Entwicklungen an Relevanz gewinnen wird, gibt sich Ulsenheimer unentschieden:

Dennoch zögere ich, der Relativierung des Lebensschutzes durch materielle Erwägungen, »ob sich der Einsatz an sich möglicher Lebenserwartungsmaßnahmen überhaupt noch lohnt« (Eser) zuzustimmen. Die Begrenztheit der Mittel, die Knappheit der Ressourcen führt allerdings dazu, daß der einzelne keinen unbegrenzten Anspruch gegenüber der Gesellschaft auf Vornahme aller für die Erhaltung des eigenen Lebens notwendigen und prinzipiell möglichen Maßnahmen hat.<sup>19</sup>

Im Kontext der »Euthanasie«-Diskussion entfaltet diese an sich richtige und selbstverständliche Einschränkung eine bedrohliche Dimension: Im Wettstreit um die Ressourcen haben die, deren Leben an sich schon als weniger wert gilt, die schlechteste Position, ihnen droht auch die Verweigerung an sich durchaus angemessener Behandlungen.

### *Oregon zum Beispiel*

Daß die juristische Auseinandersetzung mit »Euthanasie« auch kritischer ausfallen kann als in Deutschland zeigt die Situation in Oregon. In dem us-amerikanischen Bundesstaat, der schon durch sein aggressives Medicaid Rationierungsprogramm<sup>20</sup> in die Annalen der Sozialpolitik eingegangen ist, ist im Herbst 1994 im Zuge einer Volksabstimmung mit knapper Mehrheit die »Measure 16«, der »Death with Dignity«-Act beschlossen worden. Das Oregoner Gesetz erlaubt die ärztlich unterstützte Tötung bei Menschen, die voraussichtlich in den nächsten sechs Monaten aufgrund ihrer schweren Krankheit sterben werden. Es setzt eine wenigstens 15tägige Bedenkzeit zwischen Todeswunsch und Ausführung der »Euthanasie« voraus. Notwendig ist dem Gesetz zufolge auch, daß die Entscheidung auf der Basis des »informed consent« gründet und von zwei Zeugen unterzeichnet wird. Außerdem ist die Consultation eines zweiten Arztes erforderlich, der nicht an der eigentlichen »Euthanasie«-Handlung beteiligt ist. Trotz dieser und anderer auf den ersten Blick restriktiver Schutzbestimmungen ist das Oregoner »Euthanasie«-Gesetz kurz vor Inkrafttreten von einem Bundesgericht mit guten Gründen per einstweiliger Verfügung vorläufig kassiert worden<sup>21</sup>.

Neben Ärzten und Betreibern von Pflegeheimen hatten ein schwer an Diabetes erkrankter Mann, ein Aids-Patient, eine an Muskeldystrophie erkrankte Frau und eine Krebs-Patientin gegen das Gesetz geklagt. Der Diabetiker kritisierte, daß das Gesetz keinen

Unterschied mache zwischen zum Tode führenden Krankheiten, die medizinisch kontrollierbar seien, wie Diabetes, und solchen, für die es keine Behandlung gebe. Er befürchte, so der Kläger, daß mithilfe dieses Gesetzes Patienten, die potentiell tödliche, aber behandelbare Krankheiten hätten, in den Tod gedrängt werden könnten. Der Aids-Patient konkretisierte diese Befürchtung: Von Januar 1996 muß er aufgrund seiner speziellen aber keineswegs untypischen Krankenversicherungssituation, die ersten 50000 Dollar pro Jahr seiner Behandlung selbst zahlen – dazu werde er aber nicht in der Lage sein. Das Oregon-Gesetz biete einen radikalen, einfachen Ausweg aus dieser Lage: Wenn er sich bereit erkläre zu sterben, sei das sonst für ihn und seine Familie schwer lösbares Problem erledigt. Er befürchte, aus Angst vor den durch unzureichende Behandlung entstehenden Schmerzen, sich dann zu diesem Schritt, den er an sich nicht wolle, bereitzufinden. Auch die krebskranke Frau befürchtet in eine durch die hohen Behandlungskosten verursachte Notlage zu geraten, in der der ärztlich unterstützte Selbstmord den scheinbar einzigen Ausweg biete. Darüberhinaus kritisierten die Anwälte der Kläger und Klägerinnen, daß der »Death with Dignity«-Act einen Verstoß gegen das us-amerikanische Antidiskriminierungsverbot bedeute, weil es den prinzipiellen Lebensschutz für Behinderte, als solche gelten die meisten Schwerkranken, suspendiere.

Das angerufene Bundesgericht hat in seiner Entscheidung für die vorläufige Suspendierung des Gesetzes offengelassen, inwieweit es die einzelnen Klagepunkte für richtig hält:

Angesichts der grundsätzlichen Bedeutung der Fragen, die dieser Fall aufwirft, halte ich eine Verzögerung des Inkrafttretens dieses Gesetzes, damit die verfassungsrechtlichen Bedenken vollständig gewürdigt und analysiert werden können, für berechtigt.

Eine der grundsätzlichen Fragen, beschied der Richter, sei jedenfalls, ob

»Measure 16« Kranken im Endstadium den Schutz des Oregon Strafgesetzbuches »verweigert« oder ob sie ihnen ermöglicht, sich dafür zu entscheiden, sich angesichts der eigenen Situation gegen eine Geltung dieser Gesetze für sich zu entscheiden.

Am 18. April hat auf Antrag von Gegnern und Befürwortern jetzt ein Hearing vor dem Bundesgericht stattgefunden – die Urteilsverkündung, die in der Regel drei bis vier Wochen später erfolgt, erfolgte erst am 3. August: Der Richter Michael Hogan entschied, das Gesetz verstoße gegen den Artikel 14 der Verfassung indem es Todkranke diskriminiere:

Es gibt keinen Grund zur Annahme, daß nur kompetente und voll entscheidungsfähige Todkranke bei Anwendung dieses Gesetzes freiwillig sterben werden. Und einige »gute Ergebnisse« können keinesfalls rechtfertigen, daß riskiert wird, daß aufgrund von verfassungswidrigem Mißbrauch und Irrtümern andere Leben geopfert werden. (zit. n. AP v. 4. 1995)

Die Unterlegenen Gesetzesbefürworter haben bereits angekündigt, gegen den Entscheid Berufung einzulegen.

Die Chance das erste »Euthanasie«-Gesetz der Welt in Kraft zu setzen, ist damit auf die Northern Territories, eine autonome Region in Australien, in der 150000 Menschen leben, übergegangen. Der dortige Chief Minister Marshall Perron hat kurz vor seinem Rücktritt am 1. Juni dieses Jahres, als Krönung seiner 21jährigen politischen Karriere, wie er die Presse wissen ließ, den »Rights of the Terminally Ill«-Bill in einer 14stündigen Sitzung durch das Parlament gepusht. Im Verlauf der Debatte, die mit einer 15 zu 10 Stimmen Entscheidung für das Gesetz beendet wurde, wurden 50 Änderungsanträge in die sechsseitige Beschlußvorlage aufgenommen – und das Justizministerium war eine knappe Woche nach dem folgenreichen 25. Mai noch nicht in der Lage, den tatsächlich beschlossenen Text weiterzugeben. Soweit die Beschlußvorlage und einzelne Änderungen aber bekannt sind, zeigt sich, daß das australische Gesetz unbestimmter formuliert ist und weniger Schutzgarantien enthält als das in Oregon suspendierte Gesetz, dem es in den Grundzügen allerdings recht ähnlich ist. Ursprünglich sollte Voraussetzung für ärztliche »Euthanasie« sein, daß der oder die Sterbewillige voraussichtlich ohnehin nur noch zwölf Monate zu leben hat – eine Frist, die so lange ist, daß sie nicht seriös prognostiziert werden kann. Im beschlossenen Gesetz heißt es jetzt kaum weniger deutlich, der Patient müsse sich im »letzten Stadium der Krankheit« befinden, »jenseits aller medizinischen Hilfe.«<sup>22</sup> Weitere Bedingungen für die Tötung eines Patienten sind: Der Patient muß mindestens 18 Jahre alt sein; ein zweiter Arzt muß die Diagnose und Prognose des behandelnden Arztes überprüft haben; die Krankheit muß beim Patienten Schmerzen oder Leiden verursachen; es darf keinen anderen Weg geben, diese Schmerzen oder Leiden zu beseitigen als durch die Tötung; der Arzt muß begründet davon ausgehen, daß der Patient entscheidungsfähig ist und seine Entscheidung freiwillig trifft; der Patient muß außerdem ein Formular unterzeichnen, mit dem er seine Tötung fordert.

In Australien ist »Euthanasie« seit einigen Jahren ein heftig diskutiertes Thema. Angesichts z.T. sehr restriktiver Gesetze (in den

»Northern Territories« kann sogar der Suizid-Versuch mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr bestraft werden)<sup>23</sup> hat es eine Reihe von Vorstößen gegeben, Sterbehilfe in weitem Umfang zu legalisieren. Entsprechend zustimmend sind die Reaktionen auf den »Rights of the Terminally Ill«-Bill ausgefallen: In den ersten Tagen nach der Entscheidung kündigten schon Politiker aus drei weiteren australischen Bundesstaaten und autonomen Regionen (New South Wales, South Australia und Australian Capital Territory) an, in den nächsten zwei Jahren »Euthanasie«-Gesetze verabschieden zu wollen. Der Premierminister des Bundesstates Victoria schwärmte, das Gesetz biete tödlich Kranken und ihren Familien die »schönste vorstellbare Erleichterung ihrer Situation.« Gleichzeitig kündigte er an, die sechs Ärzte, die sich dieses Jahr in einem Brief an ihn dazu bekannt hatten, »Euthanasie« verübt zu haben, würden nicht angeklagt: »Diese Ärzte« teilte er der australischen Nachrichtenagentur AAP mit, »haben kein Gesetz gebrochen, sondern haben leidmindernde Behandlung durchgeführt.« Der australische Generalstaatsanwalt Michael Lavarch lobte das neue Gesetz in ersten Erklärungen als »mutigen Schritt« und sah keine Veranlassung dagegen vorzugehen: Möglicherweise werde dadurch zwar das unter Bundesrecht stehende Medicare System (das die medizinische Versorgung alter Menschen regelt) beeinflusst – das sei aber ersteinmal abzuwarten. Die Gesundheitsminister der australischen Bundesstaaten werden auf ihrer Tagung im Juli das Thema »Euthanasie«-Gesetz auf der Tagesordnung ganz nach oben setzen. Last but not least zeigte sich auch Helga Kuhse, Mitstreiterin des australischen »Euthanasie«-Propagandisten Peter Singer und Direktorin des Zentrums für Bioethik an der Monash Universität angetan von dem neuen Gesetz: »Eine Änderung war dringend erforderlich« teilte sie dem Magazin der australischen Behindertenbewegung »Link« mit.

Leute mit Behinderungen sind es auch, die, neben den katholischen und islamischen Kritikern, zu den entschiedensten Gegnern des »Kill Bill« gehören und versuchen wollen, es ähnlich wie in Oregon zu Fall zu bringen. Die Chance stehen allerdings schlechter, weil die Vorabbilligung des Gesetzes auch durch die Justiz recht massiv, die Behindertenbewegung dagegen recht schwach ist. Dr. Christopher Newell ist Dozent für Medizinische Ethik an der Universität von Tasmania und selbst behindert. »Die dem Gesetz zugrundliegende »dann besser tot«-Mentalität ist für Menschen mit Behinderungen extrem bedrohlich – denn sie richtet sich auch gegen uns.« Eric Leipoldt, seit 17 Jahren hoch querschnittgelähmt, ergänzt in »Link«:

Die »Association for Voluntary Euthanasia« hier in New South Wales erwähnt immer wieder, daß z.B. das Leben von Menschen mit hohen Querschnittslähmungen so entsetzlich sei, daß ihnen die Möglichkeit für »Euthanasie« gegeben werden sollte...<sup>24</sup>

### Resümee

Die internationale »Euthanasie«-Bewegung ist 1994/1995 ein bedenkliches Stück vorangekommen. Vor allem das »Euthanasie«-Gesetz in den australischen »Northern Territories« könnte die bislang noch verbreitete Hemmschwelle, die Tötung von PatientInnen zu erlauben (die sogar die Niederlande, in denen »Euthanasie« verbreitet praktiziert wird, bislang davon abgehalten hat, die Praxis zu legalisieren) beträchtlich absenken. Die Folge wäre voraussichtlich eine beträchtliche Ausweitung der Tötungspraxis. Zumal sich gleichzeitig abzeichnet, daß die Anforderungen an die Freiwilligkeit einer zum Tode führenden Entscheidung geringer werden. Der Bundesgerichtshof und das Landgericht Kempten haben die deutsche Rechtsprechung hier dem Trend vor allem in den anglo-amerikanischen Ländern angepaßt. Gegenläufig ist allerdings das Verfahren gegen die Oregoner »Measure 16« – vorausgesetzt, die einstweilige Verfügung gegen das Gesetz wird bestätigt. Das Oregoner Verfahren ist auch deswegen international bedeutend, weil es die Gefahren der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zum Thema macht und, durch den Verweis auf den Verstoß gegen das us-amerikanische Antidiskriminierungsverbot eine Diskussion über den tatsächlichen Gehalt und die Reichweite von Gleichberechtigungsvorschriften entfachen könnte.

Korrespondenzadresse: Oliver Tolmein, Seilerstrasse 44a, 20359 Hamburg

### Anmerkungen

- 1 BGH Urteil vom 13.9.1994 (1 StR 357/94 – LG Kempten), S.17 hier zitiert nach dem Originaltext. Teilweise abgedruckt ist das Urteil in NSTZ 1995: 80ff. und NJW 1995: 204ff.
- 2 Urteil des LG Kempten 2 Ks 13 Js 13155/93 (hier zitiert nach dem Originalurteil, bei Red. Schluß noch nicht veröffentlicht, im Folgenden: Urteil Neuverhandlung)
- 3 Urteil Neuverhandlung, S.12
- 4 Den Begriff »Euthanasie« verwende ich hier als Oberbegriff für einen Tod, der aufgrund ärztlicher Entscheidung herbeigeführt oder, für den Fall, daß der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat, zumindest erheblich beschleunigt worden ist. »Euthanasie« in diesem Sinne umfasst also sowohl aktive Tötungshandlungen (Verabreichung einer Spritze), als auch die sogenannte passive Sterbehilfe (das Unterlassen von lebensrettenden, lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen).

Die Unterschiede zwischen diesen Varianten ärztlichen Handelns sind mir bewußt – wenn es darauf ankommt werden sie auch spezifiziert und unterschieden. Grundsätzlich kommt es mir aber, im Gegensatz zu den »Euthanasie« befürwortenden AutorInnen, darauf an, das Gemeinsame dieser Handlungen deutlich zu machen: Das in der Regel damit verbundene Werturteil über bestimmte Ausprägungen menschlichen Lebens. Hier gibt es auch eine relevante Schnittmenge von heutigem und historischem Gedankengut zu »Euthanasie«, das ebenfalls durch die Wahl des historisch belasteten Begriffs vergegenwärtigt werden soll. Ausführlich über die Gemeinsamkeiten (und Unterschiede) von NS-Vernichtungspolitik und liberalen »Euthanasie«-Überlegungen: Tolmein, O.: Wann ist der Mensch ein Mensch – Ethik auf Abwegen, München 1993, (im Folgenden: Tolmein, 1993) S.57ff.

- 5 BGH-Urteil S.10. Eingehend dazu Degener, Th.: Tödliches Mitleid schützt vor Strafe, in: Tolmein, O.: Geschätztes Leben – Die neue »Euthanasie«-Debatte, Hamburg 1990 (i.F.: Tolmein 1990), S.133ff.
- 6 Eingehend dazu Degener, Th.: Tödliches Mitleid schützt vor Strafe, in: Tolmein, O.: Geschätztes Leben – Die neue »Euthanasie«-Debatte, Hamburg 1990 (i.F.: Tolmein 1990), S.133ff.
- 7 Artikel 2 Absatz 2 GG spielt auch in der Diskussion um den sogenannten Hirntod neuerdings wieder eine wichtige Rolle. Ähnlich wie in der »Euthanasie«-Debatte geht es hier um die Frage, ab wann Leben angeblich jeden Wert verloren hat, ab wann darüber also verfügt werden darf (hier: zur Organtransplantation freigeben werden kann) – und wie strikt dabei die Anforderungen an die Zustimmung der Patienten sein müssen. Aufschlußreich für eine Position in der »Hirntod«-Diskussion, die eine Reihe wichtiger Gemeinsamkeiten mit meiner Position zu »Euthanasie« aufweist: Höfling, W.: Plädoyer für eine enge Zustimmungslösung, in: Universitas 4/1995: 357ff.
- 8 Dölling, D.: Zulässigkeit und Grenzen der Sterbehilfe, MedR 1987: 6ff. In eine ähnliche Richtung weisen auch die Beschlüsse des 56. Dt. Juristentages, 1986. Noch weitergehend sind die Vorschläge der (überwiegend liberalen) Autoren des Alternativentwurfs für ein Gesetz über Sterbehilfe von 1986, die u.U. sogar den Verstoß gegen das Verbot der Tötung auf Verlangen straffrei bleiben lassen wollen. Ausführlich und kritisch zu diesen Positionen: Degener, aaO. In jüngster Zeit hat der einflußreiche Strafrechtler Albin Eser (Direktor des Max Planck Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht) noch einmal ausführlich für eine weitgehende Freigabe von Sterbehilfe plädiert: »Nicht quantitativ-biologische Verlängerung des Lebens um ihrer (!) selbst willen, sondern um damit zumindest noch ein Minimum an personaler Selbstverwirklichung zu ermöglichen, ist daher das hochgesteckte, zugleich aber auch beschränktere Ziel. Erweist sich dieses Ziel als nicht mehr erreichbar, so ist weiteres medizinisches Bemühen im Grunde schon nicht mehr Dienst am Menschen. Dann aber kann es auch rechtlich nicht mehr geboten sein.« (Eser, A: in: Jens, W., H. Küng: Menschenwürdig sterben – Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 1995, Sch. 149ff.)
- 9 Zitiert nach dem Original (m.W. wurde dieses Urteil nicht veröffentlicht): Ks 13 Js 13155/93 (Im Folgenden: Urteil Erstverhandlung)
- 10 In dem Urteil das Ergebnis der Neuverhandlung ist wird bezeichnenderweise nur noch sehr knapp auf die Reaktionen und Äußerungen von Frau Sch. eingegangen: »Eine Kommunikation mit ihr war nicht möglich...die Reaktion auf gezielte Schmerzreize (z.B. Druck auf das Brustbein) im März 1993 war eine leichte Lidbewegung.« Urteil Neuverhandlung, S.4
- 11 BGH-Urteil S.8
- 12 Urteil Neuverhandlung S.13ff.

- 13 Über die Folgen der offenbar verbreiteten unzulänglichen Schmerzbehandlung für die Patienten und die Möglichkeiten einer gezielt eingesetzten Palliativ-Therapie siehe Tolmein 1993: 127ff.
- 14 Aufschlußreich für diesen Fall: Brody, B.: Der vegatbile Patient und die Ethik der Medizin, in: Medizin und Ethik, Stuttgart 1989. Der Medizinethiker Brody diskutiert die Situation einer nach einem Motorradunfall schwer hirnerkrankten Frau, deren Pflege und künstliche Ernährung das Personal des Pflegeheims als »nicht mehr befriedigend« empfindet: »Schließlich zeigt sich das Pflegepersonal besorgt über die aus der fortgesetzten Versorgung entstehenden Kosten für die Gemeinschaft.« Brody läßt keinen Zweifel, daß er für die Einstellung der lebenserhaltenden Therapie auch gegen den Willen der Eltern ist. Bezogen auf die Situation in den USA, teilweise aber auch Konflikte thematisierend, die für die bundesdeutsche Situation relevant sind: Rodwin, Marc A.: *Medicine, Money & Morals – Physicians' Conflicts of Interests*, New York - Oxford 1993
- 15 BGH-Richter Dr. Maul im WDR-Interview: »Wenn ich dann diese Ärzte vor mir sehen und sie spreche, dann sagen sie: Wir können diese Leute nicht so lange am Leben halten, weil es auch nicht mehr geht, sie sehen auch keinen Sinn mehr und sie sagen auch: Ihre Kapazität würde in einer Weise allmählich beschränkt, die ihnen nicht mehr ermöglicht, neue Patienten aufzunehmen, wenn sie dort etwa eine Vielzahl solcher Patienten in der Intensivstation haben. Da wird es natürlich ganz bedenklich. Es kommen schon gewisse Nützlichkeits- und Wirtschaftlichkeitserwägungen in den Gedankengang, aber das wird so vorgebracht, wenn man mit den Praktikern drüber redet.« (Kritisches Tagebuch, WDR 3, 30.5.1995). Auch Albin Eser konstatiert aaO., S.165 nüchtern: »Indes scheint es, daß auch in diesem Punkt hehre Rechtsgrundsätze bereits von der Wirklichkeit des modernen Krankenhausbetriebes überholt sind: Was bereits mit der Notwendigkeit des Arztes beginnt, seine beschränkten Möglichkeiten selektiv einzusetzen, was sich über die Nichtbezahlbarkeit bestimmter Therapien fortsetzt, endet schon gar nicht mehr selten in der Frage, ob sich der Einsatz an sich möglicher Lebensverlängerungsmaßnahmen überhaupt noch lohnt.« Dazu ist nur anzumerken, daß in anderen Fallkonstellationen die Aufgabe »hehrer Rechtsgrundsätze« beileibe nicht so gelassen hingenommen wird.
- 16 Degener und Eser berichten übereinstimmend von der Auffassung des 56. Dt. Juristentages, daß ein Sterbehilfe-Gesetz unnötig sei, weil »dessen Vorschläge bereits der vorherrschenden Auffassung entsprächen und der Gerichtspraxis zugrunde zu legen seien.« (Eser, 1995: 180)
- 17 Ulsenheimer, Klaus in: *MedR* 1994: 426
- 18 Ulsenheimer 1994: 427. Kritisch sei dazu angemerkt, daß in Zusammenhang mit den Diskussionen um die sogenannten »Einbecker Empfehlungen« deutlich geworden ist, daß auch dieses scheinbare klare Kriterium der »Unzumutbarkeit« ärztlicher Behandlung teilweise sowohl von Juristen als auch von Medizinern sehr viel weiter, als von Ulsenheimer ausgelegt wird. Tolmein 1993: 40ff.
- 19 Ulsenheimer 1994: 428
- 20 Detailliert dazu: Kühn, H.: Rationierung im Gesundheitswesen, *Jahrbuch für kritische Medizin* 17, Berlin 1991, S.43ff.
- 21 United States District Court for the District of Oregon, Civil No. 94-6467-HO, Lee et. al. vs. State of Oregon
- 22 Right of the Terminally III-Act 1995 Beschlußvorlage, Änderungen wie von Australian Associated Press (AAP) berichtet
- 23 Nach Eser, A, H.G. Koch: *Materialien zur Sterbehilfe – eine internationale Dokumentation*, Freiburg i.Br. 1991
- 24 Zitate nach Link, Nr. 2 1995