
Aktive und passive Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen, assistierter Suizid

Klaus Kutzer

1. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Ausgangspunkt jeder Überlegung, wie weit ärztliches Handeln und Unterlassen gehen darf, ist das grundrechtlich abgesicherte Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Noch so gut gemeintes paternalistisches Handeln der Ärzte, das sich über den rechtlich erheblichen Willen des Patienten hinwegsetzt, ist mit dem Grundrecht des Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes auf körperliche Unversehrtheit nicht vereinbar und in der Regel als Körperverletzung strafbar.

Der 4. Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat schon 1957 ausgesprochen (BGHSt 11, 111, 114), dass selbst ein lebensgefährlich Kranker triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben kann, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte. Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat dies 1984 wie folgt formuliert (BGHZ 90, 103, 111): „Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten schützt auch eine EntschlieÙung, die aus medizinischen Gründen unvertretbar erscheint.“

Aus dem grundrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrecht des Patienten folgt also auch für die ärztliche Behandlung des dem Tode geweihten Menschen – und zwar unabhängig davon, ob der Tod unmittelbar bevorsteht oder nicht –, dass jeder ärztliche Eingriff in die körperliche

Integrität des Patienten, der von diesem nicht oder nicht mehr gewollt wird, rechtswidrig ist. Die – auch in Form einer konkretisierten Patientenverfügung vorweg – erteilte oder versagte Einwilligung ist maßgeblich, wenn der Patient einwilligungsfähig und über die Bedeutung des Eingriffs hinreichend aufgeklärt ist.

Andererseits gibt es keinen Anspruch auf eine bestimmte medizinisch nicht indizierte Maßnahme zur Lebensverlängerung, also auf Aufrechterhaltung von lebensverlängernden Maßnahmen, wenn sie aus medizinischer Sicht offensichtlich sinnlos sind.

Ist der Patient zur Abgabe einer den rechtlichen Erfordernissen genügenden Einwilligung nicht in der Lage, so kommt es für das ärztliche Handeln auf die Einwilligung des Vertreters des Patienten an. Vertreter des Patienten kann sein der vom Vormundschaftsgericht bestellte Betreuer in gesundheitlichen Angelegenheiten oder der vom geschäftsfähigen Patienten durch eine schriftliche Vollmacht bestellte Bevollmächtigte. Soll die Vollmacht – wie in den uns hier interessierenden Fällen – auch die Bevollmächtigung zur Entscheidung über ärztliche Maßnahmen einschließen, die zum Tode des Vollmachtgebers oder zu schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schäden führen können, so muss die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfassen (§ 1904 Abs. 2 BGB). In diesem Fall bedarf die Einwilligung des Patientenvertreters auch der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung. Der wirksam schriftlich Bevollmächtigte entscheidet ebenso wie der vom Vormundschaftsgericht bestellte Betreuer für den Patienten mit den Arzt bindender Wirkung. Dem Arzt ist dann der Rückgriff auf einen davon abweichenden mutmaßlichen Willen des Patienten versagt.

Hat der Arzt Zweifel an der patientengerechten Ausübung der Betreuung oder Bevollmächtigung, so muss er versuchen, den Vertreter des Patienten zu überzeugen,

und notfalls das Vormundschaftsgericht zwecks Überprüfung des Vertreterhandelns einschalten, darf sich aber nicht aus eigenem Recht über den Willen des Vertreters des Patienten hinwegsetzen.

Der Rückgriff auf den vom Arzt in eigener Verantwortung zu ermittelnden mutmaßlichen Willen des Patienten kommt also erst dann in Frage, wenn aktuell bindende Erklärungen des Patienten oder seines gesetzlichen oder rechtsgeschäftlich bestellten Vertreters weder vorliegen noch rechtzeitig beschafft werden können. Erst und nur bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens gewinnt für den Arzt die Befragung einer Vertrauensperson des Patienten, die nicht dessen förmlicher Vertreter ist, Bedeutung. Dabei kommt den Äußerungen des Ehegatten, eines anderen Lebenspartners oder der nächsten Verwandten ein besonderes Gewicht zu. Wie sich der Arzt die Überzeugung von dem Inhalt des mutmaßlichen Willens verschafft, ist im Gesetz nicht vorgeschrieben und seinem pflichtgemäßen Ermessen überlassen.

Der 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofes hat in dem Urteil vom 4. Oktober 1999 zum mutmaßlichen Willen ausgeführt (BGHSt 45, 219, 221): „Die mutmaßliche Einwilligung bildet einen eigenständigen Rechtfertigungsgrund (für ärztliches Handeln). Im Hinblick auf den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts ist der Inhalt des mutmaßlichen Willens in erster Linie aus den persönlichen Umständen des Betroffenen, aus seinen individuellen Interessen, Wünschen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen zu ermitteln ... Liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der Patient anders entschieden hätte, wird allerdings davon auszugehen sein, dass sein (hypothetischer) Wille mit dem übereinstimmt, was gemeinhin als normal und vernünftig angesehen wird.“

Für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind insbesondere Patientenverfügungen, oft auch Patiententesta-

mente genannt, wichtig, auf die ich hier jedoch nicht näher eingehen kann.

2. Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe

Spätestens seit dem Urteil des 3. Strafsenats des Bundesgerichtshofes vom 8. Mai 1991, dem ich bis zu meiner Pensionierung im vergangenen Jahr angehört habe, gibt es keine Zweifel mehr an der Zulässigkeit der so genannten passiven Sterbehilfe (BGHSt 37, 376). Der Leitsatz unserer Entscheidung lautet:

„Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten [also durch aktive Euthanasie], sondern nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – ggf. unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen.“

Trotz medizinischer Indikation haben daher lebensverlängernde Maßnahmen zu unterbleiben, wenn sie der Moribunde nicht oder nicht mehr will. Dies nennen wir in Deutschland herkömmlicherweise passive Sterbehilfe. Auf die Unterscheidung zwischen Tun (Abbruch von bereits eingeleiteten Maßnahmen) oder Unterlassen (von vornherein kein Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen) kommt es also nicht an. Ein bemerkenswertes Beispiel dafür liefert das Landgericht Ravensburg (NStZ 1987, 229), das schon im Jahre 1986 einen Ehemann von dem Vorwurf der Tötung auf Verlangen freigesprochen hat, der bei seiner an ALS leidenden Ehefrau auf deren Wunsch hin, sterben zu wollen, das Beatmungsgerät abgeschaltet hatte, als das Krankenhauspersonal gerade abwesend war. Dies sei – so heißt es in dem juristisch allseits gebilligten Urteil – kein

Verstoß gegen das strafbewehrte Verbot der Tötung auf Verlangen, weil es nicht dessen Sinn und Zweck sei, im Todeskampf befindliche Menschen gegen ihren Willen am Sterben zu hindern.

Es ist also erlaubte passive Sterbehilfe, wenn auf Wunsch des dem Tode geweihten Patienten eine parenteral oder über eine Magensonde vorgenommene Ernährung oder die künstliche Beatmung oder die Gabe von herz- und kreislaufaktiven Medikamenten eingestellt werden. Auch wenn das ein aktives Tun des Arztes erfordert, gilt dies nach der Rechtsprechung nicht als aktive und damit verbotene Sterbehilfe. Genauso wie der Patient verlangen kann, unter bestimmten Voraussetzungen das Beatmungsgerät abzuschalten oder die künstliche Sondenernährung einzustellen, kann er auch verlangen, die Flüssigkeitszufuhr einzuschränken. Dies verstößt nicht gegen den Grundsatz menschenwürdigen Sterbens und das ärztliche Ethos, sofern sichergestellt ist, dass ein drängendes Durstgefühl während des Sterbeprozesses nicht auftritt oder durch medizinische Maßnahmen wirksam unterdrückt wird. Oft genügt schon das Befeuchten des Mundes und der Atemluft. Besonders für alte und sterbende Menschen stellt eine Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr oftmals eine unerträgliche Belastung dar, die man in solchen Fällen nicht vorschreiben darf.¹

3. Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen vor Beginn des Sterbeprozesses

Nicht mehr zur eigentlichen passiven Sterbehilfe gehört der Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen, z. B. der Sondenernährung, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Dieses Problem ist vor allem bei der Behandlung von Wachkoma-Patienten von Bedeutung, die bei

künstlicher Ernährung noch Monate oder Jahre auch ohne Wiedererlangung des Bewusstseins weiterleben können, bei denen also nicht die Rede davon sein kann, dass es sich um Sterbende handelt, auf welche die Regeln der passiven Sterbehilfe anzuwenden sind. Der Bundesgerichtshof hat in einem strafrechtlichen Revisionsurteil auch in einem solchen Fall unter engen Voraussetzungen den Abbruch der lebenserhaltenden Sondenernährung für zulässig gehalten. Es handelt sich um das viel diskutierte Urteil des 1. Strafsenats vom 13.9.1994 (BGHSt 40, 257) zum so genannten Kemptener Fall. Der Bundesgerichtshof hat seinem Grundsatzurteil folgende Leitsätze vorangestellt:

„1. Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.

2. An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen ...

3. Lassen sich bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen ...“

Dieses „Kemptener Urteil“ hat noch keine endgültige Klärung der Rechtslage gebracht. Insbesondere die Frage der Einschaltung des Vormundschaftsgerichts und das subsidiäre Abstellen auf allgemeine Wertvorstellungen bleiben umstritten. Die Oberlandesgerichte Frankfurt und Karlsruhe (NJW 2002, 685 und 689) sind dem Bundesgerichtshof in der Frage der vormundschaftsgerichtlichen Genehmi-

gungsbedürftigkeit gefolgt, nicht aber darin, dass hilfsweise, also wenn keine ausreichenden Anhaltspunkte für einen entsprechenden mutmaßlichen Willen vorhanden sind, auf allgemeine Wertvorstellungen abzustellen ist. Dieser Kritik kann ich mich nur mit Nachdruck anschließen. Sonst könnten allzu schnell Kostengründe dazu führen, dass die künstliche Ernährung alter und hoffnungslos kranker Menschen nach einer gewissen Vorlaufzeit eingestellt wird.

Inzwischen hat der Bundesgerichtshof eine neue Grundsatzentscheidung zur Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen gefällt. Der XII. Zivilsenat hat seinem Beschluss vom 17. März 2003 (NJW 2003, 1588) die folgenden Leitsätze vorangestellt:

„a) Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht. Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist. Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden kann, beurteilt sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell – also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen – zu ermitteln ist.

b) Ist für einen Patienten ein Betreuer bestellt, so hat dieser dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung und nach Maßgabe des § 1901 BGB Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder -verlängernde Behandlung kann der

Betreuer jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wirksam verweigern. Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird – sei es dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist. Die Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts ergibt sich nicht aus einer analogen Anwendung des § 1904 BGB, sondern aus einem unabweisbaren Bedürfnis des Betreuungsrechts.“

Auch diese Entscheidung hat erhebliche Unsicherheit und Kritik ausgelöst.² Entgegen der Auffassung des Bundesgerichtshofs halte ich es für sehr zweifelhaft, bei Patienten, die sich noch nicht im Sterben befinden, also bei Fortsetzung der lebenserhaltenden Maßnahmen noch Monate, wenn nicht gar Jahre weiter leben könnten, diese Maßnahmen einzustellen, also z. B. den Patienten durch Abbruch der PEG verhungern zu lassen, weil aus einer Gesamtheit von mehr oder weniger fragwürdigen Indizien auf einen entsprechenden Sterbewillen geschlossen wird.³ Darauf habe ich schon auf dem internationalen IPPNW-Kongress in Erlangen im Mai 2001 hingewiesen.⁴ Wachkoma-Patienten leiden in aller Regel nicht und geben ihrer Umgebung durchaus Signale ihrer positiven oder negativen Gestimmtheit, etwa wenn ein von ihnen geliebter oder von ihnen gefürchteter Mensch den Raum betritt. Wenn die Gesellschaft solche Menschen nicht mehr ernähren will, ohne durch ein ausdrückliches oder wenigstens eindeutig interpretierbares Verlangen des Kranken dazu legitimiert worden zu sein, handelt sie nicht zum Wohle des Patienten, sondern zu ihrem eigenen Wohl. Denn die Pflege solcher Komapatienten erfordert nicht nur erheblichen materiellen und personellen Aufwand, der durch den Tod des Patienten entfällt. Auch ist die Existenz solcher schwerstbehinderter

Menschen für das Selbstwertgefühl und das Selbstbild vieler Menschen eine schwer zu ertragende Zumutung, weil sie sie mit der Brüchigkeit der menschlichen Existenz und damit auch ihrer eigenen Persönlichkeit konfrontiert.

4. Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe

Zur indirekten Sterbehilfe hat der 3. Strafsenat des Bundesgerichtshofs in seinem Urteil vom 15. November 1996 ausgeführt (BGHSt 42, 301):

„Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“ Zur Begründung heißt es u. a.: „Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“ Der Auffassung des 3. Strafsenats hat sich der 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofs Anfang 2001 ausdrücklich angeschlossen (BGHSt 46, 279, 284 f).

Der Zielrichtung unserer Entscheidung zur indirekten Sterbehilfe entspricht es, die ärztliche Verpflichtung zur rigorosen Schmerzbekämpfung besonders hervorzuheben, nicht aber den unrichtigen Eindruck zu erwecken, als ob eine moderne Schmerztherapie das Leben verkürze. Die Grundsätze dieser BGH-Entscheidung haben insbesondere dann Bedeutung, wenn bei Sterbenden – etwa auf einer Intensivstation – hohe Dosen von Morphinen zur Unterdrückung schwerster Schmerzen unter Inkaufnahme einer Atemlähmung gegeben werden oder wenn es sich um die so genannte terminale

Sedierung handelt. In solchen Fällen kann – insoweit sollte die Rechtsprechung des BGH fortentwickelt werden – das Handeln des Arztes aber auch dann gerechtfertigt sein, wenn der Arzt nicht nur – wie der BGH meint – den Tod als *mögliche* Folge seines Tuns in Kauf nimmt, sondern auch dann, wenn der Arzt *weiß*, dass seine Behandlung das Leben des Sterbenden (nicht erheblich) verkürzt.

5. Aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid

Ich habe schon im März 2000 auf dem 24. Kongress der Deutschen Krebsgesellschaft in Berlin die Auffassung vertreten:⁵ In seltenen Ausnahmesituationen sei auch eine gezielte Tötung nicht strafbar, wenn die Möglichkeiten der Schmerztherapie und der ärztlichen Kunst einmal nicht ausreichen sollten, einen entwürdigenden Todeskampf zu verhindern. Dabei könne es sich aber immer nur um einen besonderen, einer Verallgemeinerung nicht fähigen Einzelfall handeln. Von singulären, sich überlappenden Grenzbereichen abgesehen sollte es jedoch bei dem Verbot der aktiven Sterbehilfe bleiben, weil das geltende Recht ein würdiges Sterben auch ohne Euthanasie-Regelungen wie in den Niederlanden und Belgien ermöglicht. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe versagt dem Einzelnen zwar die Erfüllung seines Begehrens, gibt aber der großen Mehrheit der Sterbenskranken die Gewissheit, nicht vorzeitig aus der Gemeinschaft ausgestoßen zu werden, und sichert deren Recht, bis zuletzt wirksam und einfühlsam betreut zu werden. Bundespräsident Rau hat das im Mai 2001 in seiner Berliner Rede (*Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß*⁶) wie folgt ausgedrückt: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet.“

Im engen Zusammenhang mit dem Verbot der aktiven Sterbehilfe steht die Frage nach der Zulässigkeit ärztlicher Assistenz beim Suizid. Nach deutschem Recht ist die Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid straflos. Dies hat der Bundesgerichtshof erst kürzlich bestätigt, als er durch Urteil vom 7. Februar 2001 (BGHSt 46, 279) den Schweizer Generalsekretär der Vereinigung „Ex-International“ Sigg nicht wegen eines Tötungsdelikts, sondern nur wegen unerlaubter Einfuhr und Überlassung eines Betäubungsmittels bestraft hat. Sigg, früherer evangelischer Gemeindepfarrer und Psychologe, hatte einer an multipler Sklerose mit progredientem Verlauf leidenden Ärztin das dem deutschen Betäubungsmittelrecht unterliegende Natrium-Pentobarbital für ihren Suizid verschafft und nach Deutschland mitgebracht.

Schon im Jahre 1987 hatte das Oberlandesgericht München (NJW 1987, 2940) Professor Hackethal außer Verfolgung gesetzt, der seiner schwer krebserkrankten Patientin Zyanalkali für ihren Suizid beschafft hatte (wobei für die Patientin nach Einnahme des Gifts keine Rettungschance mehr bestand). Die Frage, ob das Strafrecht – etwa die Vorschrift über unterlassene Hilfeleistung oder die Verhinderungspflicht auf Grund der Garantenstellung des Arztes bei Bestehen einer Rettungschance – eingreift, dürfte nach der bisherigen Rechtsprechung zu bejahen sein (vgl. BGHSt 6, 147; 32, 367), erscheint mir jedoch jedenfalls dann zweifelhaft, wenn es sich um einen freiverantwortlichen Suizid zur Beendigung schweren Leidens handelt. Bei einem so genannten Bilanzselbstmord hat der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs schon 1985 jedenfalls eine zivilrechtliche Schadensersatzhaftung des Krankenhausträgers abgelehnt (BGHZ 96, 98, 102 f). Sicher aber ist, dass der behandelnde Arzt zivil- und strafrechtlich haftet, wenn der Suizid begehende Patient infolge seiner Krankheit nicht mehr voll entscheidungsfähig ist und der Arzt

den Suizid in zumutbarer Weise hätte verhindern können (vgl. dazu BGH JR 2002, 336 f)

Nur wenn wir den schon heute gegebenen weiten rechtlichen Rahmen für eine Sterbehilfe durch patientenrechtliche ärztliche Entscheidungen, durch soziale Empathie und die Freigabe ausreichender Mittel für eine angemessene räumliche Unterbringung und zeitaufwendige Pflege ausfüllen, wird es uns gelingen, dem immer lauter werdenden Ruf nach allgemeiner aktiver Sterbehilfe wirksam entgegenzutreten.

Anmerkungen

1 Vgl. Beleites, DtÄrzteBl vom 25.9.1998, A 2365.

2 Vgl. Kutzer ZRP-Rechtsgespräch Der Vormundschaftsrichter als „Schicksalsbeamter“? ZRP 2003, 213 ff; Spickhoff JZ 2003, 739 ff.; Deutsches Verfassungsrecht bei der Sterbehilfe NJW 2003, 1567 ff.

3 Vgl. auch Eibach, *Künstliche Ernährung um jeden Preis!*, MedR 2002, 123 ff.

4 Vgl. die dazu die Dokumentation dieses Kongresses: St. Kolb (Hrsg.), *Medizin und Gewissen*, Frankfurt a. M. 2002, 167.

5 MedR 2001, 77, 78.

6 Im Internet unter www.bundespraesident.de/dokumente/Rede.