

Oliver Tolmein

## »Schönste Erleichterung«

Die internationale »Euthanasie«-Bewegung ist auf dem Vormarsch. In Australien wurde ein Gesetz beschlossen, das Ärzten die Patiententötung erlaubt, in Oregon/USA muß ein Gericht über ein »Tod in Würde«-Gesetz entscheiden, und in Deutschland sorgt der Bundesgerichtshof für den Anschluß an den Trend zum schnellen Sterben

Veröffentlicht in: Konkret 07 / 95, S. 28

Die »Northern Territories« von Australien sind eine eher unbedeutende Region: Auf anderthalb Millionen Quadratkilometern leben 150.000 Menschen, 60.000 davon in der Provinzhauptstadt Darwin. Das Gebiet hat einen Autonomiestatus, weil hier ein Viertel aller noch in Australien lebenden Aborigines wohnt. Im Parlament haben allerdings die konservativen Weißen von der Country Liberal Party, dem »Northern Territory«-Ableger der National Party, das Sagen, die sich bundesweit in der Opposition befindet. Weil in den »Northern Territories« so wenig Menschen leben, hat man sich mit etwas weniger Demokratie zufriedengegeben: Statt des im Commonwealth üblichen Oberhaus-/Unterhaus-Systems gibt es in der Hauptstadt nur eine Gesetzgebende Versammlung, die 25 Abgeordnete zählt. Chief Minister war bis zum 1. Juni dieses Jahres Marshall Perron – und sein wohlinszenierter Abgang nach 21 Jahren Politikerdasein hat das Parlament der autonomen Region in die Weltpresse gehievt. Nach 14stündiger hitziger Debatte hat die Gesetzgebende Versammlung dem Namen ihres Parlamentssitzes alle Ehre gemacht, und so ist in Darwin am frühen Morgen des 25. Mai zum ersten Mal in der Geschichte ein »Euthanasie«-Gesetz ganz regulär parlamentarisch beschlossen worden. »Das ist der Gipfelpunkt meiner politischen Karriere«, teilte der Chief Minister Stunden später übernachtigt, aber glücklich den Medien mit. Viel mehr läßt sich über Darwins »Euthanasie«-Gesetz auch noch gar nicht sagen: Im Verlauf der Debatte, die mit einer 15-zu-10-Stimmen-Entscheidung beendet wurde, sind 50 Änderungsanträge in die sechsseitige Beschlußvorlage aufgenommen worden – und das Justizministerium war eine knappe Woche später noch nicht in der Lage, den tatsächlich beschlossenen Text bekanntzugeben.

Gleichwohl ist der australische »Euthanasie«-Beschuß nicht nur eine Provinzposse: Für die Enttabuisierung der Tötung schwerkranker und behinderter Menschen ist das Gesetz, wenn es tatsächlich in Kraft tritt, ein Schritt nach vorne. Bereits in den ersten Tagen nach der Entscheidung kündigten Politiker aus drei weiteren australischen Bundesstaaten und autonomen Regionen (New South Wales, South Australia und Australian Capital Territory) an, ihrerseits in den nächsten zwei Jahren »Euthanasie«-Gesetze verabschieden zu wollen. Der Premierminister des Bundesstaates Victoria schwärmte, das Gesetz biete tödlich Kranken und ihren Familien die »schönste vorstellbare Erleichterung ihrer Situation«. Gleichzeitig kündigte er an, es würden die sechs Ärzte, die sich vor kurzem in einem Brief an ihn dazu bekannt hatten, »Euthanasie« verübt zu haben, nicht angeklagt werden: »Diese Ärzte«, teilte er der australischen Nachrichtenagentur AAP mit, »haben kein Gesetz gebrochen, sondern eine 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 bleibe aber abzuwarten. Die Gesundheitsminister der australischen Bundesstaaten werden auf ihrer Tagung im Juli die gesetzliche Regelung der »Euthanasie« 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.

Es sind Menschen mit Behinderungen, die, neben den katholischen und islamischen Kritikern, zu den entschiedensten Gegnern der »Kill Bill« gehören. Dr. Christopher Newell beispielsweise ist Dozent für Medizinische Ethik an der Universität von Tasmanien und selbst behindert. »Die dem Gesetz zugrundeliegende ›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 Querschnittlähmungen so entsetzlich sei, daß ihnen die Möglichkeit für ›Euthanasie‹ gegeben werden sollte ...«

International hat es vor allem im englischsprachigen Raum Reaktionen auf das »Euthanasie«-Gesetz der »Northern Territories« gegeben. In den USA haben Kritiker und Befürworter der »Euthanasie« die australische Entscheidung als »internationalen Testfall« bezeichnet. Während die Pro-Euthanasie-Aktivisten z.B. der Hemlock-Society damit aber die Hoffnung verbinden, daß jetzt auch die »Euthanasie«-Gesetzgebung in US-Bundesstaaten vorankommt, befürchten »Pro Life«-Aktivisten, daß Darwin zur »Euthanasie«-Metropole der Welt werden könnte.

Die Befürchtung ist nicht ganz aus der Luft gegriffen – und das nicht nur, weil für die »Northern Territories« Tourismus eine der Haupteinnahmequellen ist. Das Gesetz macht für die »Euthanasie«-Praxis ausdrücklich nicht zur Voraussetzung, daß die Todeswilligen auch in den »Northern Territories« leben. Auch sonst zeichnen sich die »Rights of the Terminally Ill« durch eine Reihe recht unbestimmter Regelungen aus. Ursprünglich sollte Voraussetzung für ärztliche »Euthanasie« sein, daß der oder die Sterbewillige eine mutmaßliche maximale Lebenserwartung von zwölf Monaten hat – eine Frist, die so lang ist, daß sie nicht seriös prognostiziert werden kann. Im beschlossenen Gesetzestext heißt es jetzt kaum weniger deutlich, der Patient müsse sich im »letzten Stadium der Krankheit« befinden, »jenseits aller medizinischen Hilfe«. Weitere Bedingungen für die ärztliche Tötung sind: Der Patient muß mindestens 18 Jahre alt sein; ein zweiter Arzt muß 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; 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.

Die Bestimmungen der »Northern Territories« sind, so weit bis jetzt bekannt, vager gefaßt und beinhalten weniger Sicherheitsrichtlinien als die Vorschriften der »Measure 16«, der »Death with Dignity Act«, die im Herbst 1994 im Zuge

einer Volksabstimmung im US-Bundesstaat Oregon mit knapper Mehrheit beschlossen worden ist. Während das Oregoner Gesetz, das die ärztlich unterstützte Tötung von Menschen erlaubt, die voraussichtlich in den nächsten sechs Monaten infolge ihrer schweren Krankheit sterben werden, wenigstens eine 15tägige Bedenkzeit zwischen der Artikulation des Todeswunsches und der Ausführung der »Euthanasie« vorsieht, fehlt eine solche Bestimmung in dem australischen Entwurf offenbar völlig. Ebenfalls ist, was eine »informierte Entscheidung« sein soll, in Oregon weitaus präziser und restriktiver geregelt als in dem innerhalb kürzester Zeit durchs Parlament in Darwin gepuschten Entwurf. Trotzdem ist das Oregoner »Euthanasie«-Gesetz kurz vor Inkrafttreten von einem Bundesgericht mit guten Gründen per einstweiliger Verfügung vorläufig kassiert worden.

Neben Ärzten und Betreibern von Pflegeheimen hatten ein schwer diabeteskranker Mann, ein Aidspatient, eine an Muskeldystrophie erkrankte Frau und eine Krebspatientin 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 des neuen Gesetzes Patienten, die potentiell tödliche, aber behandelbare Krankheiten hätten, in den Tod gedrängt werden könnten. Der Aidspatient konkretisierte diese Befürchtung: Von Januar 1996 an muß er die ersten 50.000 Dollar pro Jahr seiner Behandlung selbst zahlen – dazu werde er aber nicht in der Lage sein. Das Oregon-Gesetz biete einen einfachen Ausweg aus dieser Lage: Wenn er sich bereit erkläre zu sterben, sei das sonst schwer lösbare Problem erledigt. Er befürchte, aus Angst vor den durch unzureichende Behandlung entstehenden Schmerzen sich zu diesem Schritt, den er nicht tun wolle, schließlich doch bereitzufinden. Auch die krebskranke Frau hält es für möglich, in eine durch die hohen Behandlungskosten verursachte Notlage zu geraten, in der der ärztlich unterstützte Selbstmord den scheinbar einzigen Ausweg bietet. Darüber hinaus kritisierten die Anwälte der Kläger und Klägerinnen, daß die »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 für berechtigt, damit die verfassungsrechtlichen Bedenken vollständig gewürdigt und analysiert werden können.« Eine der grundsätzlichen Fragen, beschied der Richter, sei jedenfalls, ob »Measure 16« Kranken im Endstadium den Schutz des Oregoner 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 dieses Jahres hat auf Antrag von Gegnern und Befürwortern ein Hearing vor dem Bundesgericht stattgefunden – die Urteilsverkündung, die in der Regel drei bis vier Wochen später erfolgt, läßt seitdem auf sich warten. So oder so ist aber damit zu rechnen, daß die unterlegene Seite versuchen wird, das Verfahren angesichts der grundsätzlichen Bedeutung bis zum Supreme Court weiterzutreiben.

In Deutschland ist der Bundesgerichtshof (BGH) derzeit mit seiner Rechtsprechung in Sachen »Euthanasie« auf einen Kurs eingeschwenkt, der in niederländische Gefilde führen könnte. Damit wird ein Versprechen erfüllt, das der Vorsitzende Richter am BGH Hans-Karl Salger vor knapp zehn Jahren auf dem 56. Juristentag abgegeben hat, als sich das Scheitern eines »Euthanasie«-Gesetzes abzeichnete: »Überlassen Sie die Bewältigung der Probleme der Rechtsprechung. Aber geben Sie uns Fälle, und nicht immer gleich die schwierigsten Grenzfälle, sondern den kleinen Schritt zur Fortbildung des Rechts zur Entscheidung an die Hand. Es hat dreißig Jahre gedauert, um in der Alkoholrechtsprechung den Grenzwert der absoluten Fahruntüchtigkeit von 1,5 auf 1,3 Promille herunterzusetzen.« Aus dem versuchten Totschlag an einer bewußtlosen alten Frau einen Akt der Selbstbestimmung zu machen, ging deutlich schneller. Die Vorlage lieferte, allerdings unfreiwillig, das Landgericht Kempten.

In dem Prozeß ging es um das Sterben von Frau S. Die 72jährige lebte in einem Altersheim. Bei ihr war die Alzheimersche Krankheit diagnostiziert worden. 1990 hatte sie zusätzlich einen Herzstillstand erlitten, war wiederbelebt worden und hatte seitdem einen schweren Hirnschaden. Im Urteil der ersten Instanz ist festgehalten worden, daß sie ihre Umwelt trotzdem 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.« Frau S. benötigte Krankengymnastik, aber keine intensive medizinische Therapie. Sie war an keine Apparate angeschlossen, sie litt offensichtlich keine Schmerzen, sie konnte selber atmen – mußte aber künstlich ernährt werden. Frau S. lebte, sie benötigte viel Pflege – aber sie lag keineswegs im Sterben.

Einmal pro 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. Der Tod sollte möglichst schnell herbeigeführt werden, weil, so die beiden Angeklagten später in ihren Aussagen vor Gericht, eine Besserung des Zustandes nicht zu erwarten gewesen sei. Wenn man hier also von Sterbehilfe sprechen wollte, dann handelte es sich dabei bestenfalls um eine Nachhilfe zum Sterben, keine Hilfe beim Sterben. Mit den Worten des ersten, vom Bundesgerichtshof aufgehobenen Urteils: »Die Angeklagten beabsichtigten keine Maßnahme zur Linderung der Leiden, für die eine dadurch bedingte Lebensverkürzung hätte hingenommen werden können, sondern sie wollten lediglich das für sie lebensunwerte Leben von Frau S. beenden.« Das Pflegepersonal des Heimes war, obwohl es in ständigem Kontakt mit Frau S. stand, vor der folgenreichen Entscheidung nicht einmal um seine Meinung gefragt worden – es erhielt lediglich schriftlich Anweisung: Statt der Nahrung sollte Frau S. künftig nur noch Tee verabreicht werden. Der Pflegedienstleiter führte diesen Auftrag nicht aus, sondern informierte das Vormundschaftsgericht. Das ordnete an, Frau S. sei ganz regulär weiter zu ernähren. Die Staatsanwaltschaft erhob Anklage gegen den Sohn und den Arzt. Das Urteil der ersten Instanz, der Schwurgerichtskammer des Landgerichts Kempten, fiel angesichts der Umstände des Falles – es ging

immerhin um versuchten Totschlag – milde aus: 4.800 bzw. 6.400 Mark Geldstrafe sollten die beiden bezahlen.

Sie gingen in Revision und bekamen vom 1. Strafsenat des BGH recht: Das Landgericht Kempten habe versäumt zu prüfen, ob eine »mutmaßliche Einwilligung« der Patientin in den Behandlungsabbruch vorgelegen habe. Und selbst wenn kein individueller Wunsch, die lebenserhaltende Maßnahme abubrechen, feststellbar gewesen sei, wäre der Tötungsversuch nicht automatisch strafbar – denn, so das Urteil: »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 auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten ... Im Einzelfall wird die Entscheidung naturgemäß auch davon abhängen, wie aussichtslos die ärztliche Prognose und wie nahe der Patient dem Tode ist: Je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, umso eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen.«

Wie leicht es ist, eine mutmaßliche Einwilligung zu konstruieren, hat eine andere Strafkammer des Landgerichts Kempten vorgeführt, die den Fall neu verhandeln mußte: Eine Riege von sieben Zeuginnen und Zeugen, die beteuerten, Frau S. habe schon mal hier und da erwähnt, »nicht an Schläuchen vegetieren« zu wollen, reichte der Kammer für den Freispruch aus.

Während Tötung auf Verlangen nach dem Strafgesetzbuch noch immer strafbar ist (ein Straftatbestand, der allerdings angesichts der herrschenden Rechtsprechung eher theoretische Bedeutung hat), ist die Tötung von Patientinnen und Patienten, die keinen eigenen Willen mehr artikulieren können, faktisch straffrei: vorausgesetzt, sie sind von einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme, die beendet werden kann, abhängig – egal, ob das eine Medikation ist, künstliche Ernährung oder künstliche Beatmung. Daß es sich um schwer leidende Patienten handelt, die sich ohnedies im Sterben befinden, muß dieser Rechtsprechung zufolge nicht mal mehr behauptet werden. Die einzige Mühe, der man sich unterziehen muß, besteht darin, vage Anhaltspunkte für eine angebliche »mutmaßliche Einwilligung« zu finden – oder plausibel zu machen, daß der Todeskandidat ein »nach allgemeinen Vorstellungen« menschenwürdiges Leben nicht mehr führen kann. In Zeiten, wo die Angehörigen für vollpflegebedürftige Patientinnen und Patienten 3.500 Mark und mehr im Monat für einen Heimplatz zahlen müssen und die Pflegeversicherung vorzugsweise Beiträge kassiert, statt Pflegegelder auszus zahlen, ein attraktives Angebot zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, der damit gleichzeitig das Prädikat »besonders menschenfreundlich« verliehen wird – es geht ja schließlich allein um »Selbstbestimmung«. Daß die von Dritten zugunsten Dritter erfolgt, ist, »im Namen des Volkes«, nicht so wichtig.

#### **Urteile:**

LG Kempten 1. Instanz, 8.3. 1994 Ks 13 Js 13155/93;  
BGH v. 13.9.1994, 1 StR 357/94;  
LG Kempten Neuverhandlung, Urteil v. 17.5.1995