

Schön warm zudecken . . .

Frau B., 89 Jahre alt, wird bewusstlos und beatmet auf die neurologische Intensivstation eines Krankenhauses der Maximalversorgung aufgenommen. Es zeigt sich schnell, dass sie eine schwere Hirnblutung erlitten hat, die einer operativen Behandlung nicht zugänglich ist. Sie ist auf Intensivpflege, Beatmung, kreislaufstützende Medikation und Ernährung – zunächst i.v. – angewiesen. Der behandelnde Neurologe hält einen Hirntod für möglich und leitet die entsprechende Diagnostik ein. Diese ist, um sicher zu gehen, nach 12 Stunden zu wiederholen, erstreckt sich im Fall von Frau B. auf 2 Tage. Bei Patienten bzw. Patientinnen, bei denen der Hirntod angenommen wird und die Diagnose angelaufen, aber noch nicht beendet ist, gilt die hausinterne Weisung, alle lebenserhaltenden Maßnahmen durchzuführen, da sie noch nicht „tot“ seien. Frau B. erfährt also intensive medizinische und pflegerische Betreuung. Alle Laborwerte werden routinemäßig erhoben und dokumentiert. Sie wird mit 21 Prozent Sauerstoff beatmet. Die Pflegenden führen gewissenhaft die Körper- und Mundpflege, die Lagerung, Prophylaxen sowie die angeordnete Infusionstherapie, kreislaufstützende Medikation, Absaugungen etc. durch. Es ist ungeklärt, ob bei Bedarf eine Reanimation durchgeführt werden würde.

Im Personalzimmer kommt das Gespräch zwischen dem diensthabenden Arzt Herrn Dr. C. und dem Pflegepersonal Herrn D. (Krankenpfleger) und Frau E. (stellvertretende Stationsleitung) auf die Patientin Frau B. Ihr Zustand wird als pro-

blematisch angesehen, alle Beteiligten sind sich einig, es sei wünschenswert, die Patientin „gehen zu lassen“. In der Situation von Frau B. besteht keine Aussicht auf Besserung, sie hat nur noch eine geringe Lebenserwartung, und die Teammitglieder sind der Meinung, es wäre das Beste für sie, wenn sie sterben dürfte. Allerdings, so Herr Dr. C., seien ihnen ja gesetzlich die Hände gebunden, sie dürften Frau B. ja nicht beim Sterben helfen. Zur Erleichterung der Situation von Frau B. könnte er sich als legale Hilfe allerdings vorstellen, sie „schön warm zuzudecken“. Bekanntlich entgleise bei so schweren Hirnschädigungen früher oder später die körpereigene Regulierung der Temperatur, es komme zu Fieber. Bei Patienten, die wie Frau B. in einem geschwächten, dem Tode nahen Zustand sind, könne dies den Sterbeprozess beschleunigen.

Die Pflegenden, die der intensiven medizinischen Behandlung und Diagnostik von Frau B. schon zuvor mit Skepsis begegnet sind, verfahren nach dem Gespräch folgendermaßen: Die Patientin wird weiterhin nach dem hohen stationseigenen Standard versorgt. Auf die Hyperthermie, die sich zwischenzeitlich tatsächlich entwickelt hat, reagiert man jedoch anders als üblich. Frau B. wird nicht, wie üblich, nur mit einem Laken bedeckt, auch übliche fiebersenkende Pflegemaßnahmen wie z. B. kühlende Waschungen unterbleiben. Sie wird stattdessen warm zugedeckt (Gesicht bleibt frei), damit das Fieber steigen und sie sterben kann.

Unter dem Eindruck, dass bei diesem Vorgehen gemäß der Aussage des Arztes keine juristischen Probleme zu erwarten sind und dass die Maßnahme den langen Sterbeprozess beschleunigen kann, kommen die Mitarbeiterinnen des Pflgeteams überein, künftig in ähnlichen Fällen –

wenn die körpereigene Temperaturregulierung versagt – wieder so zu verfahren, um den Patienten und Patientinnen den unnötig langen Sterbeprozess abzukürzen. Das Vorgehen wird von den Ärzten und Ärztinnen der Station nicht kommentiert.

Ethik Med 2006 · 18:252–256
DOI 10.1007/s00481-006-0443-9
Online publiziert: 16. August 2006
© Springer Medizin Verlag GmbH 2006

Ruth Schwerdt

Kommentar I

Die Falldarstellung gibt eine Situation wieder, die geprägt ist von dem Handlungsdruck, der auf Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten lastet, wenn sie bei Schwerstkranken an die Grenzen ihrer Kunst kommen und nach einem Ausweg aus einer Situation suchen, in der sie überzeugt sind, für die Kranken nicht mehr viel tun zu können. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist die Falldarstellung in Hinblick auf zwei Fragestellungen interessant:

1. Welche Aspekte werden im Problemlösungsprozess zur Geltung gebracht?
2. Wie wird die Entscheidung herbeigeführt?

In diesem Fallkommentar werden zunächst die Aussagen hierzu zusammengestellt, danach werden sie mit Bezug auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse reflektiert.

Zu 1. Pflegediagnostischer Prozess

Als handlungsinduzierender Befund wird festgestellt, dass es „keine Aussicht auf Besserung“ des Gesundheitszustands gebe, und dass „nur noch eine geringe Lebenserwartung“ bestehe.

Ziel:

Als erstrebenswerte Entwicklung wird gesetzt, dass die Patientin „sterben dürfte“.

Hindernis beim direkten Anstreben des Ziels:

Als Hinderungsgrund, dieses Ziel direkt anzustreben, wird von einem Arzt das geltende Euthanasieverbot angeführt: Ihnen seien „die Hände gebunden, sie dürften Frau B. ja nicht beim Sterben helfen“.

Maßnahme:

Als ein Weg, das Ziel zu erreichen, ohne strafrechtliche Konsequenzen fürchten zu müssen, wird „schön warm zudecken“ im Team vereinbart. Zu diesem Team gehören mindestens ein behandelnder Arzt, eine Leitungs- und eine Pflegeperson. (Wer den Fall beschreibt, bleibt unklar.)

Erwartetes Ergebnis:

Beabsichtigt ist, dass der Zeitraum bis zum Eintreten des Todes verkürzt wird.

Zu 2. Weg der Entscheidungsfindung

Die Entscheidung fällt in einer ad hoc-Besprechung auf Basis der Einschätzung der genannten Personen des Teams. Die Einigkeit der beteiligten Personen in der Entscheidung wird betont.

Werden diese Problemlösung und die Konsensfindung nun vor dem Hintergrund pflegewissenschaftlicher Konzepte und Verfahren betrachtet, fallen drei Punkte auf:

Die Perspektive der Frau B. spielt keine Rolle im diagnostischen Prozess

Da die Perspektive von Frau B. nicht vorkommt, steht zu vermuten, dass

- a) mit Frau B. keine verbale und nonverbale Kommunikation mehr möglich ist oder dass dies angenommen wird;
- b) keine persönlichen und biografischen Informationen bekannt sind, die die Sichtweise der Patientin erahnen lassen;
- c) keine Patientenvorabverfügung vorliegt oder aber danach nicht gesucht wurde;
- d) Angehörige nicht gefragt wurden, um den mutmaßlichen Willen und die Wertvorstellungen der Patientin zu erfahren, oder Frau B. keine Bezugspersonen hat, oder diese nicht über die Situation informiert sind;
- e) ein gesetzlicher Betreuer oder eine Person mit Vorsorgevollmacht nicht in die

Entscheidung einbezogen wurde, oder keine Person mit diesen Aufgaben der Fürsprache und Interessenvertretung von Frau B. betraut wurde, und/oder die Benennung einer Person für diese Aufgaben auch in der vorliegenden Situation nicht angestrebt wird.

Vielmehr haben sich die „Teammitglieder“ die „Meinung“ gebildet, „es wäre das Beste für sie, wenn sie sterben dürfte“. Dass das „Team“ ohne Partizipation der Patientin „das Beste“ benennen kann, ist nicht in Frage gestellt. Das Team tritt als geschlossene Gruppe auf, die sich als „die Beteiligten“ versteht; die Patientin und ihre Bezugspersonen bzw. Fürsprecher erscheinen nicht als „Beteiligte“.

Ein pflegediagnostischer Prozess wird nicht beschrieben. Weder ein allgemeines oder spezifisches Assessment noch Pflegediagnosen werden zu einer objektiven Situationsbeurteilung herangezogen. Die Erfahrung, dass Hirnschädigungen mit Fieber einhergehen, ist die Wissensgrundlage für den Vorschlag, nicht nur das Fieber senkende Maßnahmen zu unterlassen, sondern das Fieber zu verstärken.

Vor dem Hintergrund der *pflegewissenschaftlichen Forschung* im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts vor allem in Nordeuropa zur internen Evidenz pflegerischer Interventionen (s. z. B. [7]) ist es erstaunlich, wie konsequent die Hauptperson ausgeklammert wird. Interne Evidenz herzustellen – also pflegerische Interventionen in einem Partizipations- und Aushandlungsprozess orientiert an den Bedürfnissen und Präferenzen der Patientin mit ihr oder ihren Bezugspersonen abzustimmen – gilt aber als elementare Bedingung professionellen Handelns [1].

Die Perspektive der gepflegten Person spielt auch im Aufgabenverständnis der beiden *Pflegetheorien* eine zentrale Rolle, die in der akuten Krankenhauspflege am weitesten verbreitet sind – in der Selbstpflegedefizittheorie von Dorothea Orem [6] und im Trajectory Illness Model von Corbin und Strauss [9]: Pflegerisches Han-

deln ist ausschließlich legitimiert im Sinne und im Auftrag der Klientinnen und Klienten. Die Leitnormen sind hier die Förderung der Selbstpflege und die Erhaltung von Lebensqualität, von Wohlbefinden und Selbständigkeit. Die Selbstpflege nach Orem ist auch in der Form der Dependenzpflege (Pflege von abhängigen Personen) maßgeblich: Pflegefachpersonen eröffnen den Bezugspersonen (z. B. Angehörigen) Versorgungsoptionen, damit diese als Fürsprecher im Sinne der pflegeabhängigen Person entscheiden können.

Auf pflegeethische Kriterien zur Entscheidungsfindung wird verzichtet

Weder die im Ethikkodex des International Council of Nurses [5] genannte Aufgabe „Leiden lindern“ noch die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen [3] wird herangezogen. Der Grundsatz des *shared decision making* wird im Kreis der genannten Personen beachtet, allerdings nicht unter Einbezug der Patientin selbst und ihrer Bedürfnisse und Wünsche.

Als Kriterium für die gewählte Option wird genannt, dass Frau B. „keine Aussicht auf Besserung“ habe und ihre Lebenserwartung gering sei. In dieser Situation sei die pflegerische Aufgabe, Leiden zu lindern, vordergründig. Stattdessen wird vorgeschlagen, die ohnehin nur noch kurze zu erwartende Lebensspanne weiter abzukürzen und den Tod herbeizuführen.

Die Aufgabe, Wohlbefinden zu fördern, klingt zwar noch in der Bezeichnung der gewählten Intervention an: „schön warm zudecken“. Diese Bezeichnung ist aber irreführend: Das Zudecken nämlich ist nicht fürsorglich „schön“, sondern „schrecklich heiß“. Dass die gewählte Intervention dazu führt, dass das Befinden der Patienten rapide verschlechtert wird, wird nicht diskutiert, weil die Perspektive der Patientin nicht einbezogen wird.

Es werden keine pflegerischen Interventionen eingesetzt, um Linderung herbei-

zuführen, wie z. B. durch Methoden der Basalen Stimulation. Leider nutzen die Pflegenden also zur Verfügung stehende Konzepte und Methoden nicht, um Frau B. im wörtlichen Sinn „beim Sterben zu helfen“.

Genau genommen geht es also nicht darum, dass sie sterben „*darf*“, sondern dass sie sterben *soll*. Es geht nicht darum, „sie gehen zu lassen“; vielmehr scheint Sterben als (letzter) Prozess des Lebens keinen Platz und keinen Ort zu haben, der Sterbeprozess wird als „unnötig lang“ beurteilt und soll daher „beschleunigt“ werden.

Separierte Konsensfindung für einen Standard:

Die drei Personen kommen darin überein, dass sie das vorgeschlagene Vorgehen in zukünftigen vergleichbaren Fällen regelhaft anwenden wollen. Dieser Konsens erfolgt nicht mehr im Gespräch, sondern stillschweigend: „Das Vorgehen wird von den Ärzten und Ärztinnen der Station nicht kommentiert“. Die Einigkeit wird wieder erkennbar, aber die Transparenz nach außen wird durch das zustimmende Schweigen noch weiter eingeschränkt, während sie in der Benennung der Option („schön warm zudecken“), die eine humorig bagatellisierend missverständliche Tendenz hat, nur eingeschränkt war. Auch für die Regelfindung werden juristische Aspekte zur Legitimierung angeführt, nicht aber Indikationskriterien mit Bezug auf die Bedürfnisse der Patientin.

Die ad hoc-Fallbesprechung, die unter dem (erlebten) Handlungsdruck der Situation im Team zur Abstimmung und Konsensfindung erfolgte, kann schon als ein Schritt zu einem professionellen *shared decision-making* verstanden werden. Das Kompetenzentwicklungsziel wäre allerdings die regelmäßige und situationsbedingte Anwendung einer strukturierten regelgeleiteten interdisziplinären Fallbesprechung. Diese wurde vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Ge-

sundheitswesen bereits 1991 als Methode gefordert [2], mit der Gesundheitsfachberufe Versorgungsentscheidungen herbeiführen sollten. Sie wird in den Gesetzen zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als Methode zum situativen Lernen nahegelegt, mit der die Auszubildenden Kenntnisse und Methoden fächerübergreifend assoziieren und auf einen Fall anwenden.

Der Einsatz einer ergebnisoffenen interdisziplinären Fallbesprechung, an der die Fürsprecher der Patientin teilgenommen hätten, hätte die Vorteile gehabt, dass der Entscheidungsprozess für alle Beteiligten transparent gewesen wäre und alle die Verantwortung getragen hätten. Wäre eines der vorliegenden Modelle zur Entscheidungsfindung bzgl. des Behandlungsabbruchs (vgl. z. B. [4, 8]) eingesetzt worden, wäre die Perspektive der Hauptperson nicht vergessen worden. Allerdings ist es kaum denkbar, dass eine professionelle Fallbesprechung die Option „schön warm zudecken“ gewählt hätte. Diese Bezeichnung ist eine sprachliche Kodierung in einem Kontext, in dem das Handlungsziel über die Grenzen der geschlossenen Gruppe hinaus verdeckt bleibt.

Die Falldarstellung liefert ein anschauliches Beispiel auch für die Bedeutung eines Ethikkomitees im Krankenhaus. Es hätte die Entscheidungskriterien für die vorgeschlagene Handlungsoption in der aktuellen Situation und für die Regel überprüfen und so den Handlungsdruck von den Pflegenden und den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen nehmen können. Es kann einen Reflexionsprozess über die Werte und Ziele in der Versorgung Sterbender anstoßen und moderieren und die Entwicklung von Handlungsorientierungen z. B. i. S. einer Leitlinie initiieren.

Resümee

In der Falldarstellung zeigt sich, wie unsicher und ungesichert Entscheidungen über medizinischen und pflegerischen Behandlungsverzicht getroffen werden können. Fatal erscheint die Gleichsetzung eines Maximalaufwands an pflegerischen Prophylaxen, medizinischer Diagnostik und Therapie mit einem „hohen Standard“ an Versorgungsqualität, obwohl er nicht personbezogen indiziert ist und nicht auf Evidenz beruht („stationseigen“). Als Alternative zu dieser Handlungsorientierung des „Alles“ in einer ausgeprägten internen Kontrollüberzeugung kann es dann nur noch das „Nichts“ geben: den Tod. Die Alternative eines Zulassens und Begleitens des Sterbens als letzte Lebensphase unter einer palliativen pflegerischen und ärztlichen Zielsetzung wird nicht in Betracht gezogen.

Die Kritik an der geltenden Rechtsprechung, die „die Hände binde“ ist offenbar. Der verhängnisvolle, aber im Setting-Krankenhaus weniger auffallende Handlungs nihilismus wird unübersehbar, wenn das Szenario verändert wird: Die Patientin im beschriebenen Fall wird zuerst durch ihr Lebensalter gekennzeichnet. Welche Handlungsoptionen wären vorgeschlagen worden, wenn es sich um einen 36-jährigen gehandelt hätte, der berufstätig und aktiver Familienvater gewesen wäre? Welche Konsequenzen hätte der Handlungs nihilismus eines Teams, das die in diesem Fall zur Geltung gebrachten Entscheidungskriterien auf ein Frühgeborenes in der 23. Schwangerschaftswoche, auf einen Leistungsradfahrer im Wachkoma oder auf einen schmerzgeplagten krebserkrankten Kollegen anwenden würde? Welche Konsequenzen hätte der Einsatz derselben Kriterien wie im vorliegenden Fall für die Arbeit eines Teams in einem Altenpflegeheim oder in einem Heim für schwerstmehrfach behinderte Kinder und Jugendliche?

Anschrift

Prof. Dr. Ruth Schwerdt

Fachhochschule Frankfurt am Main –
University of Applied Sciences
Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
E-Mail: schwerdt@fb4.fh-frankfurt.de

Literatur

1. Behrens J, Langer G (2004) Evidence-based Nursing. Vsbildende Entzauberung der Wissenschaft. Huber, Bern
2. Bundesministerium für Gesundheit (1991) Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Zusammenfassung und Empfehlungen, Auszug aus dem Jahresgutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
3. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2005) Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen. DZA, Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege, Berlin
4. Gordijn G, Steinkamp N (2000) Entwicklung und Aufbau Klinischer Ethikkomitees in den Krankenhäusern der Malteser Trägergesellschaft. Zeitschrift für Medizinische Ethik 46: 305–311
5. International Council of Nurses (ICN) (2000) ICN-Ethikkodex für Pflegenden. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Eschborn
6. Orem DE (1997) Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Wiesbaden (Orig.: Nursing – Concepts of Practice 1995)
7. Schwerdt R (Hrsg) 2002 Gute Pflege. Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf. Reihe Pflegepositionen. Kohlhammer, Stuttgart
8. Steinkamp N, Gordijn G (2000) Implementierung klinischer Ethik. Ein Zweistufenmodell zur Implementierung klinischer Ethik. Krankendienst 8–9: 235–244
9. Woog P (Hrsg) 1998) Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Modell. Ullstein Medical, Wiesbaden (Orig.: The Chronic Illness Trajectory Framework)

Ethik Med 2006 · 18:256–260
DOI 10.1007/s00481-006-0450-x
Online publiziert: 16. August 2006
© Springer Medizin Verlag GmbH 2006

Reinhard Merkel · Hamburg

Kommentar II

Der Fall ist, normativ betrachtet, einerseits bizarr, andererseits beinahe tragisch. Nicht wegen des (für ihr Alter gewiss nicht außergewöhnlichen) Schicksals der Patientin, wohl aber im Hinblick auf den beteiligten Arzt und die beiden Pflegepersonen. Ganz offenbar penibel bemüht, das vermeintliche „gesetzliche Gebundensein“ in Sachen Sterbehilfe zu beachten und es gleichwohl irgendwie „legal“ zu umgehen, haben sie einen Weg gewählt und für unverfänglich gehalten, den das Strafrecht

ohne weiteres als Tötungsdelikt identifiziert. Schwerlich dürfte ihre Entscheidung einem Gesetz anzulasten sein, das eigentlich keinen der beiden Irrtümer besonders begünstigt. Wohl aber fragt man sich, ob eine solche ärztliche Ausweichstrategie nicht bloß, sozusagen schlafwandlerisch unbewusst, die Wirrnis aus kollektiver Selbsttäuschung und Scheinheiligkeit widerspiegelt, die inzwischen nachgerade zum Kennzeichen unserer öffentlichen Sterbehilfe-Debatte geworden ist.

Strafrecht

Die rechtliche Beurteilung unseres Falles ist nicht schwierig. Hat das Zudecken von Frau B deren Tod durch Steigern ihrer Hyperthermie tatsächlich beschleunigt, so haben die beiden Pflegenden, Herr D. und Frau E., gemeinschaftlich einen Totschlag begangen, Dr. C. hat dazu angestiftet.¹ Gab es eine solche todesbeschleunigende Wirkung nicht, so ist das Tötungsdelikt nur bis zum Versuch gelangt; und nur zu einem solchen wäre dann auch angestiftet worden. Hinreichend sicher nachweisbar dürfte die tatsächliche Lebensverkürzung freilich nicht sein. Daher ist – „*in dubio pro reo*“ – nur die letztere Variante anzunehmen: ein Totschlagsversuch, und eben die entsprechende Anstiftung dazu. Auch dafür bedarf es bei sämtlichen Beteiligten des Vorsatzes zur *Vollendung* der Tat. An ihm ist freilich nicht zu zweifeln. Alle drei haben mit der Möglichkeit der Todesbeschleunigung gerechnet, sie als „Hilfe“ für Frau B sogar gewünscht. Mehr ist für den Tötungsvorsatz nicht erforderlich.

„Zudecken“ als Totschlag?

Vermutlich ist den Beteiligten selber ihr Tun nicht als ein Töten erschienen. Das ändert freilich nichts an dessen objektivem Charakter. Töten ist nie etwas anderes als ein Vorverlegen des für jeden Menschen ohnehin irgendwann unvermeidlichen Todes. Deshalb tötet auch, wer sich in einen bereits wirksamen und schon weit fortgeschrittenen tödlichen Kausalverlauf nur als Verstärker oder Beschleuniger einschaltet – beispielhaft: wer einem an progredienter Atemlähmung sterbenden ALS-Patienten ein Kissen auf Mund und Nase drückt. Die Zeitspanne, um die ein solcherart verlorenes Leben durch den Handelnden verkürzt wird, ist belanglos; sie mag so kurz sein, wie man will. Noch einmal beispielhaft: Wer einen von einem

Hochhausdach rettungslos Abstürzenden zwei Sekunden vor dessen Aufprall auf dem Straßenpflaster mit einem unmittelbar tödlichen Kopfschuss „erwischt“, ist ohne Zweifel Totschläger. Der Grund liegt auf der Hand: Wollte das Recht den Schutz seiner Normen von bestimmten Menschen sozusagen *a limine* einfach deshalb abziehen, weil diese ohnehin verloren sind, so differenzierte es zwischen unterschiedlichen Formen (geborenen) menschlichen Lebens², nähme Menschen, die noch nicht tot sind, den Grundrechtsschutz und seinen Normen damit die glaubhafte allgemeine Geltung, kurz, sich selber die verfassungsmäßige Legitimität. Knapp und etwas grob: die unverminderte Normgarantie dient in solchen Fällen nicht mehr primär dem unrettbar verlöschenden individuellen Leben, sondern dem Schutz der Normgeltung selbst.

Auch am Vorsatz zu töten, ändert sich in unserem Fall nichts durch den irrigen Glauben der Beteiligten, sie deckten schließlich bloß „schön warm“ zu. Denn für diesen Vorsatz ist nichts weiter erforderlich als die Vorstellung, durch das eigene Handeln einen Kausalverlauf in Gang zu setzen, der geeignet ist, das Leben eines anderen Menschen zu verkürzen.³ Wie der Handelnde selber dieses Ingangsetzen beurteilt und bezeichnet, ist ohne Belang. Nur dessen tatsächliche Umstände, nicht deren zutreffende recht-

² Der Zusatz „geboren“ ist erforderlich, weil unsere Rechtsordnung genau diese Differenzierung im Hinblick auf das pränatale Leben vornimmt, dem Ungeborenen mit der bestehenden Abtreibungsregelung daher – entgegen weit verbreiteten irrigen Behauptungen (auch des Bundesverfassungsgerichts) – ein Lebensgrundrecht vorenthält. Das mag man mit Gründen beklagen; es einfach zu ignorieren oder zu bestreiten, ist verfehlt.

³ Etwas genauer: das Tatgeschehen muss nicht nur nach Kausalitätsregeln, sondern auch nach *normativen* Kriterien einem Handelnden als dessen (unerlaubte) Tat objektiv zurechenbar sein (auch Herstellung und Verkauf von Automobilen oder von Küchenmessern können ja – vorhersehbar – tödliche Kausalverläufe auslösen). Daher muss sich ein Täter, um vorsätzlich zu handeln, auch die eine solche objektiv-normative Zurechnung begründenden Umstände des Tatgeschehens vorstellen. Daran besteht in unserem Fall freilich bei keinem der Beteiligten ein Zweifel.

¹ Für D und E einschlägig: §§ 212 Abs. 1, 25 Abs. 2, für Dr. C §§ 212, 26 StGB.

liche Qualifikation muss er kennen, um den rechtlich erforderlichen Vorsatz zu haben.⁴ Und diese Umstände kannten die Beteiligten unseres Falles ganz genau: Gerade weil das Zudecken „den Sterbeprozess beschleunigen“ konnte, und nicht um irgendeines therapeutischen Zwecks willen, wurde die Methode gewählt.

Vielleicht fragt sich der juristische Laie hier verwundert, wie eigentlich irgendwer, das Recht eingeschlossen, auf die Idee kommen könne, eine so alltägliche und üblicherweise fürsorgliche Handlung wie ein „Schön-warm-Zudecken“ als Kapitalverbrechen zu beurteilen. Aber diese Verwunderung wäre durchaus verfehlt. Nahezu jedes Verhalten kommt in jeweils geeigneten äußeren Zusammenhängen als Tötungshandlung in Frage: das Schnippen mit den Fingern zum Beispiel – wenn es über eine Lautsprecherverbindung die tödliche Explosion einer Bombe auslöst, das Heben einer Hand – wenn es dem Mittäter das verabredete Zeichen zur Auslösung einer tödlichen Steinlawine gibt, oder ein leiser Pfiff – wenn er den darauf trainierten Pitbull veranlasst, dem anwesenden Kleinkind mit einem tödlichen Biss an die Kehle zu gehen.

Verbotsirrtum?

Nun haben in unserem Fall die Beteiligten nicht nur über den Charakter ihres Tuns als Töten geirrt, sondern auch (und gerade deshalb) über dessen Verbotensein. Das Zudecken erschien ihnen als „legale Hilfe“ für Frau B. Strafrechtlich gesprochen: sie handelten im Verbotsirrtum (§ 17 StGB). Auch er berührt den Tötungsvorsatz freilich nicht (und das objektive Verbotensein der Tat schon gar nicht). Allenfalls das individuell Vorwerfbare an der Tat, also die persönliche Schuld eines Täters, kann von seiner irrigen Annahme, sein Handeln sei erlaubt, ausgeschlossen werden – aber nur

dann, so sagt es § 17, „wenn er diesen Irrtum nicht vermeiden konnte“. Von einer solchen Unvermeidbarkeit ist der Irrtum der Beteiligten in unserem Fall weit entfernt. Denn sie ist bei voll zurechnungsfähigen Tätern keine tatsächliche Frage des individuellen kognitiven Vermögens, sondern ein normativer Begriff. Vermeidbar ist ein Verbotsirrtum immer schon dann, wenn der Täter (1.) Anlass hatte, sich des Erlaubtseins seines Tuns zu vergewissern, er (2.) eine solche Vergewisserung in zureichender Form, nämlich durch Einholung eines kompetenten Rechtsrats, gleichwohl unterlassen hat und ihm (3.) dieser Rechtsrat das Verbotene des beabsichtigten Tuns klargemacht hätte. Wer sehenden Auges das Sterben eines Mitmenschen beschleunigen, dessen Leben also aktiv verkürzen und damit in die rechtlich geschützte Sphäre eines anderen übergreifen will, hat jeden Anlass, sich des Erlaubtseins seines Vorhabens genau zu vergewissern. In ihrer Strategie der geradezu beflissenen Selbsttäuschung mittels einer irreführenden Begriffskulisse („schön warm zudecken“) haben die Beteiligten so etwas offenbar hier für entbehrlich, nein mehr noch, für gar nicht einschlägig gehalten. Jeder Rechtsanwalt auf der Höhe der Minimalanforderungen seines Berufs hätte ihnen aber das Verbotene ihres Tuns klargemacht. (Und hätte er das nicht, so käme er selbst als Beteiligter eines Tötungsdelikts in Betracht.)

Rechtfertigung?

Auf einem ganz anderen strafrechtlichen Blatt steht freilich, dass in bestimmten konkreten Einzelfällen sogar eine aktive Sterbehilfe *gerechtfertigt* sein kann. Den eben skizzierten Überlegungen widerspricht das nicht, und an der unverbrüchlichen Geltung des Tötungsverbots ändert es nicht das mindeste. Zur Verdeutlichung: Auch eine berechnete tödliche Notwehr ist selbstverständlich ein vorsätzlicher Totschlag – eben ein im konkreten Fall ausnahmsweise

⁴ Im Strafrecht firmieren solche Fehlbenennungen eines Täters als „Subsumtionsirrtum“. Der Ausdruck ist farblos und wenig plastisch; „Definitions-“ oder „Bezeichnungsirrtum“ wäre besser.

gerechtfertigter. Das generell unvermindert geltende Tötungsverbot tastet er sowenig an wie den Status des getöteten Angreifers als Grundrechtsträger, ja wie dessen Grundrecht auf Leben selbst.⁵ Nun ist die Notwehr aber nicht das einzige fundamentale Normprinzip, das solche Ausnahmen unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Bestimmte Formen des Notstands können – unter ganz anderen Voraussetzungen – dieselbe Wirkung haben. Anders als es eine durchaus irrige Moral unserer öffentlichen Meinung (und leider auch der beiden großen Kirchen) behauptet, vermögen daher extreme Umstände eines Notstands in eng umschriebenen Grenzen sogar eine aktive Todesherbeiführung als Sterbehilfe zu rechtfertigen.

Mit Nachdruck hervorgehoben werden muss freilich dies: Was immer als hinreichend gravierende Lebens- und Todesnot und damit als rechtfertigender Grund einer solchen aktiven Sterbehilfe allenfalls in Frage kommt (und darüber mag man lange streiten) – es muss jedenfalls ganz anders aussehen als unser Fall. Allein der Umstand, dass ein Mensch bereits im Sterben liegt, kann ein solcher Grund selbstverständlich nicht sein. Als gewiss extremes, aber die normative Logik der Rechtfertigung plastisch veranschaulichendes Beispiel mag der oft zitierte Fall des Autofahrers dienen, der, nach einem schweren Unfall in seinem brennenden Wagen unrettbar eingeklemmt, zur Verkürzung seines qualvollen Sterbens von einem Außenstehenden erschossen wird.⁶ Entgegen anderslautenden Versicherungen (die sich merkwürdigerweise zumeist als überlegene Moral verstehen) wäre ein solcher Schuss als Notstandstat auch

nach deutschem Strafrecht gerechtfertigt – aber gewiss nicht, weil der Verbrennende nicht mehr zu retten war, sondern allein deshalb, weil die ausweglose Qual seines grausamen Sterbens für Außenstehende eine gravierende ethische Pflicht zur möglichen Hilfe begründete, und zwar auch dann, wenn diese Hilfe in nichts anderem mehr bestehen konnte als im sofortigen Herbeiführen des Todes.⁷ Der Grundgedanke ist deutlich: Nur wenn das schwere und ausweglose Leid eines Sterbenden für ihn selbst unerträglich ist und diese Unerträglichkeit nach vernünftigem normativen Urteil von außen gut verständlich erscheint, wenn also – und nun strafrechtlich gesprochen – das Leidvermeidungsinteresse des Sterbenden sogar sein (grundsätzliches) Interesse am möglichst langen Weiterleben eindeutig überwiegt und eine andere Abhilfe nicht möglich ist, kann auch die aktive Hilfe zum Sterben gerechtfertigt sein.⁸

Nichts von dieser Struktur findet sich nur annähernd in unserem Fall. Schwer verständlich ist, was die Beteiligten auf den Gedanken gebracht haben mag, eine bereits irreversibel bewusste und unrettbar sterbende Patientin bedürfe dazu irgendeiner „Hilfe“. Mehr noch, wie sie auf die Idee gekommen sein mögen, der Zustand der Patientin, den diese selbst sowenig als Leid erfahren konnte wie seine Verkürzung als Erlösung, sei einer solchen Abhilfe überhaupt fähig. Der Leser fragt sich ratlos, warum man einen offensichtlich ohne Leid sterbenden Menschen, dem nicht mehr zu helfen war, nicht einfach friedlich hat sterben lassen, da doch ein „unfriedlicher“, nämlich qualvoller Tod schlechterdings nicht zu befürchten war.

⁵ Das letztere mag vielleicht verblüffen; es hat seinen Grund aber in fundamentalen Normprinzipien der Zurechnung: Wer einen rechtswidrigen Angriff produziert, dem werden die zu dessen Abwehr erforderlichen Handlungen wie sein eigenes Tun zugerechnet. Sowenig er (etwa durch Suizid) sein eigenes Grundrecht auf Leben verletzen könnte, sowenig können dies daher die ihm *wie eigene* zugerechneten Handlungen Dritter.

⁶ Der Fall ist (in Südafrika) tatsächlich geschehen; s. den Bericht in der FAZ vom 4. 9. 1991, S. 12.

⁷ Zur Vermeidung von Missverständnissen: Diese ethische Pflicht ist (1.) selbstverständlich nicht schrankenlos, sondern durch das einem potentiellen Helfer Zumutbare begrenzt; und sie begründet (2.) auch in einem so krassen Fall keine *rechtliche* Pflicht (vielmehr eben nur eine rechtliche Erlaubnis) zur aktiven Sterbehilfe.

⁸ Wer dagegen „Dammbruch-“ oder „slippery-slope“-Befürchtungen ins Feld führt, beruft sich (von deren empirischer Unplausibilität abgesehen) auf ein nachgerade rüde utilitaristisches, also inakzeptables Argument.

Ausblick

Und damit sind wir bei dem vielleicht irritierendsten Aspekt dieses Falles. Woher kommt es eigentlich, dass zahlreiche Ärzte der abwegigen Vorstellung anhängen, es gebe für die Situationen zwischen Leben und Tod eines Patienten einen abstrakten rechtlichen Katalog erlaubter und verbotener Maßnahmen? Und der nicht minder abwegigen Auffassung, alle in diesem Katalog als „verboten“ deklarierten Maßnahmen seien solche der strafbaren „Sterbehilfe“, während alle anderen nichts mit Sterbehilfe zu tun hätten und also erlaubt seien – ein „Schön-warm-Zudecken“ etwa, oder ein „Schmerzlindern“ (mit der richtigen ärztlichen Gesinnung), etc. Es muss wohl etwas mit der profunden Unehrlichkeit unserer offiziellen Sterbehilfe-Verlautbarungen zu tun haben, die, bewusst oder unbewusst, den Ärzten eben dies vorspiegeln: die verfehlte Vorstellung, erlaubte Sterbehilfe gebe es in Deutschland nicht, und alles was es erlaubterweise gebe, sei eben keine Sterbehilfe. Wann endlich wird man sich auch hierzulande zu der doch eigentlich selbstverständlichen Einsicht bekennen, dass *jedes* ärztliche Verhalten mit absehbar lebensverkürzender Wirkung – sie werde aktiv, passiv oder „indirekt“ herbeigeführt – zunächst einmal ein generell verbotenes

Tötungsverhalten ist und daher in jedem konkreten Einzelfall einer besonderen Rechtfertigung bedarf; dass diese Rechtfertigung nicht im mindesten davon abhängt, ob man das von ihr erlaubte Verhalten „Sterbehilfe“ nennt oder nicht; dass sie zuletzt im Prinzip des Notstands gründet, im Gedanken des Rechts und der Pflicht zur Hilfe in auswegloser Not⁹; und dass es daher in jedem Einzelfall einer umfassenden und normativ beglaubigten Abwägung zwischen Lebens- und Sterbensinteressen eines Todkranken bedarf, bevor man ihn „schön warm zudecken“ oder ihm eine möglicherweise lebensverkürzende Dosis schmerzlindernder Morphine oder was auch immer sonst geben und so seinen vorzeitigen Tod herbeiführen darf.

Ich fürchte, so lange die Kirchen, die Politik, die Bundesärztekammer, der Nationale Ethikrat und andere maßgebliche Quellen unserer öffentlichen medizinethischen Überzeugungen sich nicht zu dieser Ehrlichkeit bereifinden, werden auch krasse Fehlentscheidungen wie die des vorliegenden Falles Teil einer nicht unerheblichen Dunkelziffer aktiver Sterbehilfen in unseren Kliniken sein und bleiben.

Anschrift

Prof. Dr. Reinhard Merkel

Lehrstuhl für Strafrecht und Rechtsphilosophie
Universität Hamburg
Schlüterstraße 28
20148 Hamburg

⁹ Selbstverständlich spielt auch die Autonomie des Patienten (soweit sie besteht) eine unabdingbare Rolle bei der Rechtfertigung; aber sie *allein* kann eine vorhersehbare aktive Lebensverkürzung nicht legitimieren. Das beweist das strafbewehrte Verbot der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB).