

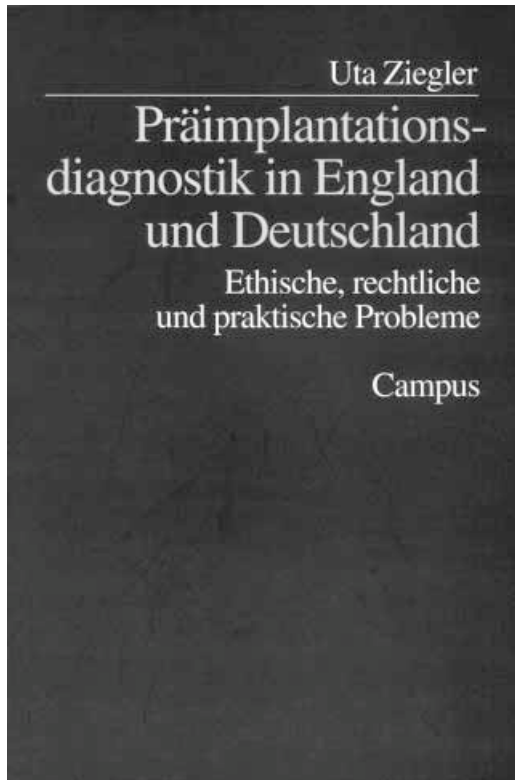
Kontrollierte Präimplantationsdiagnostik?

Jedem, der eine aktualisierte Darstellung der Verfahrensweisen bei der immer wieder diskutierten Präimplantationsdiagnostik (engl. PGD/ deutsch PID), ihrer „therapeutischen“ Risiken vor allem für die Mutter, aber auch für das Kind, ihrer möglichen medizinischen Indikationen (x-chromosomal vererbte Krankheiten wie die Bluterkrankheit und monogenetische Erbkrankheiten wie Thalassämie oder Mukoviszidose) wünscht, kann die Lektüre des Buches von Uta Ziegler hilfreich sein. Die Darstellung der Problematik ist großenteils ausgewogen, auch was die Diskussionen seit der sogenannten Benda-Kommission 1985 bis zur Fassung des Embryonenschutzgesetzes 1991 in Deutschland betrifft. Die PGD-Technik ist immer noch experimentell, erfolgt unter Zeitdruck und mit viel Aufwand, sodass Fehldiagnosen zahlreich sind und deshalb jeder solchen Schwangerschaft bis heute eine pränataldiagnostische Verlaufskontrolle empfohlen wird (S. 58). Die Autorin schätzt unter Berufung auf Regine Kollek die Anwendungshäufigkeit von PGD nach eventueller gesetzlicher Genehmigung in Deutschland auf 100-600 Fälle pro Jahr. Allerdings sind dabei das zusätzliche und im Ausland überwiegend praktizierte Aneuploidie-Screening (Suche nach Chromosomenanomalien, u. a. nach dem Down-Syndrom) und die Embryonenauswahl zur Steigerung der Erfolgsraten bei der in-vitro-Fertilisation nicht berücksichtigt.

Fest steht für die Autorin, nicht zuletzt aus den Erfahrungen in England, dass mit der Zulassung der PGD auch die Embryonenforschung eröffnet wird. Jeder einzelne PGD-Zyklus „braucht“ mindestens 6-10 Embryonen zur Auswahl (Selektion), manchmal auch mehr. Dazu bedürfte es fraglos einer Änderung des deutschen Embryonenschutzgesetzes. Die Autorin räumt ein, dass auch in England, wo das Verfahren seit 10 Jahren etabliert ist, Fragen ungelöst bleiben, obwohl dort eine Lizenzierung durch die HFEA (Human Fertilisation and Embryology Authority) erfolgt und diese einer jährlichen parlamentarischen Kontrolle unterzogen wird: Wie ist mit heterozygoten Embryonen zu verfahren, die nur Genüberträger sind, aber selbst nicht an der betreffenden An-

lage erkranken? Wie verhält es sich mit der viel beschworenen Patientenautorität, wenn z. B. blinde Eltern die Übertragung eines „erbkranken“ ebenfalls blinden Embryos ausdrücklich wünschen?

Dennoch sympathisiert Ziegler mit der „einzigartigen“ englischen Lösung. Da man sich in einer pluralistischen Gesellschaft nicht auf den moralischen Status des Menschenembryos einigen könne, in dem die einen nur einen Zellhaufen wahrnahmen, die andern aber bereits die Per-



son als sich entfaltende Potenzialität würdigen, bevorzugt die Autorin eine „situationsethische“ Beurteilung. In Abhängigkeit des „Kontextes“ werden Interessen und Rechte aller mitbeteiligten/betroffenen Personen in die Bewertung einbezogen. Aber wozu? Doch einzig und allein, um das Lebensrecht des Embryos zu relativieren und sein individuelles Leben schließlich im Interessengemenge aufgehen zu lassen. So werde die „soziale Schale des Personkerns“ mitgedacht (S. 137), argumentiert Ziegler. Und dies soll eine Lösung sein? Ließe diese sich nicht auch bei jenem dementen Alten oder Wachkomapatienten anwenden, der nicht mehr „personal“ reagiert und „sozial“ als rein „vegetatives Leben“ eingestuft wird?

Könne es aber im Interesse von betroffenen Eltern sein, so fragt die Autorin, „wenn eine Gesellschaft ihnen neue technische Möglichkeiten gar nicht erst an-

bietet“? Gemeint ist (neben Adoption oder Kinderverzicht) die „Zeugung auf Probe“ (PGD) als Alternative zur „Schwangerschaft auf Probe“ mittels Pränataldiagnostik (PND) und nachfolgend möglicher Abtreibung. Vielmehr gelte es, die Autonomie durch umfassende ärztliche Beratung zu stärken, zumal in der Moderne die Synthese von ärztlicher Fürsorgepflicht mit Patientenrechten geboten sei. Aber sind die weiter gültigen Basiselemente ärztlichen Handelns, das Nichtschadensprinzip und die Gerechtigkeit für den Embryo, einfach zu unterschlagen? Es bleibt für den kritischen Leser ein Rätsel, wie die Autorin bei dem eindeutig eugenisch-selektiv tödlichen Charakter der PGD, der sich daraus ergebenden Embryonenforschung und trotz der zu erwartenden „weiteren zukünftigen Anwendungsmöglichkeiten“ für die Einführung dieser Technik und die Änderung des Embryonenschutzgesetzes plädieren kann. Vermag sie das allein im Vertrauen darauf, dass alles staatlich zu regeln und gesetzlich zu „kontrollieren“ sei? „Was kann und darf der Mensch?“ (S. 174). Bei diesem sensiblen Thema wünscht man sich doch mehr „Lebensnähe“ und statt der Erweiterung der „prokreativen Autonomie“ das uneingeschränkte Ja zum Menschenleben, auch das zum „behinderten“ Kind.

Dr. Maria Overdick-Gulden

Uta Ziegler: Präimplantationsdiagnostik in England und Deutschland. Ethische, rechtliche und praktische Probleme, Frankfurt/New York 2004, 193 Seiten. 24,90 Euro.

Von der „Pflichtenkollision“ niederländischer Ärzte

Wer sich über die Geschichte der Sterbehilfe in den Niederlanden und ihre Dammbroschsymptomatik detailliert informieren will – und dazu gibt die gegenwärtige Diskussion in Deutschland Anlass –, dem sei die Lektüre der 2003 in Buchform erschienenen Dissertation der Juristin Antonia Grundmann an der Universität Trier empfohlen. In einem historischen Rückblick ab 1880 analysiert sie, wie der Begriff Euthanasie („der gute Tod“) über gesetzliche Regelungen zunehmend zur „Tötung auf Verlangen“ verengt wurde, während das medizinische Töten ohne Ersuchen des Patienten unter

den Begriff der „Lebensbeendigung“ fiel. Letztere ist bis heute nicht gesetzlich geregelt (S. 79), obwohl sie statistisch in einer Größenordnung von 950 (1995) bzw. 982 (2001) gemeldeter Fälle erfasst wurde. Ursprünglich heißt es in den grundsätzlich noch geltenden Artikeln 293 (Tötung auf Verlangen) und 294 (Beihilfe zur Selbsttötung) des Wetboek van Strafrecht (WvSr) aus 1881, dass die Verletzung der Achtung des menschlichen Lebens im allgemeinen unabhängig vom Motiv des Täters ein Strafgrund ist, also auch Mitleid nicht vor Strafe schützt.

Die Debatte, innerhalb der sich die Niederlande zu einem „Versuchfeld für soziale und kulturelle Experimente“ entwickelten, begann mit der Einführung der Intensivmedizin am Ende der 60er Jahre, als der Psychiater van den Bergh in seinem Buch „Medizinische Macht und medizinische Ethik“ eine „neue medizinische Ethik“ forderte, nach der die Patientenautonomie gestärkt und Ärzten erlaubt sein sollte, „sinnloses“ Patientenleben aktiv und „passiv“ zu verkürzen. Die anschließende öffentliche Diskussion ließ mehrere ärztliche wie Laien-Vereinigungen mit zum Teil konträren Zielen entstehen, führte zu mehreren Gutachten des Gesundheitsrates (1972, 1975, 1982), parlamentarischen Gesetzesentwürfen, zu mehrfachen Stellungnahmen der Königlich Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Heilkunst (KNMG) in den Jahren 1973, 1984, 1995, die zusammen mit richterlichen Entscheidungen in Fällen von aktiver Sterbehilfe (sie endeten wie im Fall Postma oder Chabot alle mit Freisprüchen oder Aussetzung der Strafe auf Bewährung) zu einer stetigen Liberalisierung führten. Man formulierte immer neue Kriterien für die Annahme eines „rechtfertigenden Notstands“, welcher dem Arzt die Straffreiheit bei Patiententötung sichern sollte. Das Gesetz schützt hier – offensichtlich mit der überwiegenden Zustimmung der Bevölkerung – den Arzt mehr als den „sinnlos“ lebenden Patienten; denn es sei Aufgabe des Arztes, über die „medizinische Sinnlosigkeit“ einer Therapie oder die Fortsetzung eines „sinnlosen Lebens“ zu entscheiden. Der Experte Arzt, der zugleich Täter ist, stellt sozusagen die Kompetenz dar, die über „Aussichtslosigkeit“ oder „Unerträglichkeit“ der Leiden oder den „Zerfall der Persönlichkeit“ zu entscheiden hat (S. 108). In einer Stellungnahme des KNMG-Präsidiums von 1984 wurden explizit der Abbruch oder die Nichtaufnahme einer medizinisch sinnlosen Behandlung, die Nichtaufnahme der Be-

handlung auf Verlangen des Patienten und die lebensverkürzende Schmerzbekämpfung in der Sterbephase aus dem Euthanasiebegriff herausgenommen, d. h. sie werden seitdem juristisch erst gar nicht



urteilt. Auf die Patientenautonomie rekurrierend, relativierte das Präsidium dann auch das Kriterium der „Sterbephase“ mit dem Argument, die Kernfrage betreffe doch zu allermeist das Todes-Verlangen des Patienten sowie die Aussichtslosigkeit und Unerträglichkeit seines Leidens. Seitdem gilt die Sterbephase nicht mehr als Voraussetzung für die straffreie Euthanasie. Als Bedingungen für deren Straffreiheit verblieben die Konsultation eines Kollegen, der nicht zustimmen muss (S. 97), das „Fehlen einer anderen Lösung“, die „sorgfältige Ausführung“ der Tötungshandlung und des Meldeverfahrens (nach der Tötungshandlung).

Nachdem diverse Gesetzesentwürfe gescheitert waren, ging man empirisch vor. 1990 wurde das Meldeverfahren eingeführt, um nach dem Prinzip der „Duldung“ (niederl. „gedogen“) Auswüchse in Klinik und Praxis zu verhindern und (nur noch) eine „Kontrollierbarkeit“ zu gewährleisten. Die Rimmelink-Kommission erstellte ihren Bericht über die ärztliche Praxis: Im Jahr 1990 wurde in 2318 gemeldeten Fällen auf Verlangen, bei 1030 Patienten ohne Verlangen aktiv euthanasiert. Mehrfach hatte die Regierung den Ärzten verantwortliches Vorgehen und „Sorgfalt“ bestätigt.

Im Verlauf der parlamentarischen Debatten seit 1972 hatte eine immer lockerer werdende Interpretation der Strafgesetze zur Patiententötung und Beihilfe zur Selbsttötung eingesetzt. Die anfänglich „strengen“ Kriterien für die Notstandsargumentation tödender Ärzte wurden aufgeweicht. Dabei rekurrierte man auf eine „Pflichtenkollision“ zwischen ärztlichem Heilauftrag und „barmherzigem“ Töten. So kam es zu dem Novum in Europa, dass 2002 schließlich ein besonderer Strafausschließungsgrund für den Arzt eingeführt und vom Gesetzgeber festgelegt wurde, wann ein Arzt töten darf.

Mit den Sonderfällen Patienten im vegetativen Zustand, mit Demenz oder psychischer Erkrankung befasste sich eine Kommission der KNMG bereits von 1990-1993. Bestehe keine Behandlungsperspektive der psychischen Erkrankung und wünsche sich der Patient in seinem unabwendbaren Leiden ausdrücklich den Tod, dann sei „das Stellen der striktesten Anforderungen für die Entscheidungsfähigkeit unbarmherzig“ (S. 70). Außerdem wurden 98 schwerstgeschädigte Säuglinge 1995 unter den Diagnosen „keine Überlebenschance“ oder fehlende Aussicht auf ein „lebenswertes Leben“ getötet. Die Kommission der KNMG entschied, in der Medizin seien Fach- und Werturteile eng miteinander verwoben. Allerdings erstaunt, dass Eltern bei solchen Entscheidungen nur eine geringe Rolle spielen und der Bericht über deren eventuelle Weigerung schweigt. Der 2002 erneut debattierte Fall von Demenz, bei dem der Gesundheitsrat keine Möglichkeit straffreier Lebensbeendigung sieht, wurde inzwischen der „breiten Diskussion“ überantwortet. Bei Minderjährigen ab 12 Jahren, die sich die Tötung ernsthaft wünschten und entsprechend litten, genügt laut Gesetzeslage die Zustimmung eines Elternteils für die straffreie Euthanasie.

Das am 1.4.2002 in Kraft getretene „Sterbehilfegesetz“ („Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung“) verfolgt laut Gesetzesmaterialien den Zweck, „Ärzten und Patienten ein hohes Maß an Rechtssicherheit zu bieten“, wobei allerdings keine absolute Gewissheit bestehe, dass euthanasierende Ärzte nie strafrechtlich verfolgt würden.

Nach eingehender kritischer Besprechung der Texte, des Melde- und Kontrollverfahrens durch Regionale Kontrollkom-

missionen sowie der Aufgaben der Staatsanwaltschaft wendet sich die Autorin der noch strittigen Frage nach der Vereinbarkeit des Gesetzes mit den Grundrechten der niederländischen Verfassung zu (S. 155ff.). Da die Europäische Menschenrechtskommission (EMRK) über der niederländischen Verfassung steht, erscheint jedenfalls die Annahme berechtigt, dass die Niederlande durch die Schaffung eines „Rechtfertigungsgrundes“ für die Euthanasie gegen Artikel 2 EMRK verstoßen haben, da seine Einführung gegen die Schutzpflicht des Art. 2 Abs. 1 S. 1 EMRK verstößt (S. 165). Bereits im Juli 2001 hatte der UN-Menschenrechtsausschuss den Inhalt des Sterbehilfegesetzes kritisiert (S. 144). Es ist z.B. weiterhin unklar, ob rein psychische Leiden den Arzt zu Euthanasie oder Lebensbeendigung „berechtigten“ und ob rein „existenzielles“ Leiden als „aussichtslos“ und „unerträglich“ einzustufen ist; beides bleibt im Ermessen des Arztes. Die Prüfung solcher Fälle unternimmt die Regionalkommission in kaum nachzuvollziehender Weise nach der erfolgten Tötungshandlung. Die Gefahr der Ausdehnung des Strafausschlussgrundes bis zum autonomen „Recht auf Lebensbeendigung“ ist vorgegeben, wenn immer geringere Leiden als immer weniger annehmbar empfunden werden (S. 94). Weitere umstrittene Gerichtsurteile und die veröffentlichte empirische Studie aus 2001/2002 legen - hoffentlich - nahe, dass die Euthanasie-Debatte auch in den Niederlanden selbst keineswegs beendet ist.

Dr. Maria Overdick-Gulden

Antonia Grundmann: Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung und Beihilfe zur Selbsttötung, Aachen 2004, 253 Seiten. 39,80 Euro.

Sterben in Würde

Mit der Legalisierung der „Tötung auf Verlangen“ in den Niederlanden im Jahr 2001 fand die in Europa ein halbes Jahrhundert währende Tabuisierung der Euthanasie ein jähes Ende. Auch in Deutschland wird der Ruf nach Abschaffung des Straftatbestands der Tötung auf Verlangen immer lauter. Mehr als fünfundzwanzig Neuerscheinungen in diesem Jahr, von denen sich nur eine Handvoll an ein wissenschaftliches Fachpublikum wendet, dokumentieren den wachsenden Informationsbedarf der Bevölkerung.

Einen soliden Überblick über die zahlreichen Facetten des Themas bietet der Sammelband „Sterben in Würde“. Die in ihm versammelten Beiträge basieren zum Teil auf Vorträgen, die auf einem gleichnamigen Symposium gehalten wurden, das die „Christdemokraten für das Leben“ (CDL) gemeinsam mit der Konrad-Adenauer-Stiftung Anfang des Jahres in Berlin veranstalteten.

Gegliedert ist der Band, der von Rainer Beckmann, Mitglied der Enquete-Kom-

mission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags, gemeinsam mit der CDL-Bundesvorsitzenden Mechthild Löhr und deren Stellvertreterin Julia Schätzle herausgegeben wird, in fünf Teile. Während der erste die gesellschaftspolitischen Auswirkungen der Tötung auf Verlangen in den Blick nimmt, reflektiert der zweite die medizinischen Aspekte. Im dritten und vierten Teil unterziehen Philosophen, Theologen und Juristen die Euthanasie einer ethischen, moralischen und rechtlichen Bewertung. Abschließend wird die Entwicklung betrachtet, welche die Praxis der Euthanasie in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz genommen hat.

ein Stelldichein geben, stechen die Beiträge des Osnabrücker Sozialethikers Manfred Spieker, des Stuttgarter Philosophen Robert Spaemann und des Würzburger Medizinrechtsexperten Rainer Beckmann noch einmal besonders hervor. So zeigt etwa Spieker, dass die Vorstellung, die „Tötung auf Verlangen“ werde nur bei Vorliegen eines beharrlichen, freiwilligen und wohlüberlegten Wunsches des Patienten vorgenommen, pure Illusion ist. Unter Berufung auf mehrere Studien stellt er fest: „In den Niederlanden waren 2001 circa 3.700 der rund 140.000 Todesfälle auf Euthanasie zurückzuführen. In rund 25 Prozent dieser Fälle erfolgte die Euthanasie ohne Einwilligung des Patienten. In ca. 50 Prozent der Fälle unterblieb auch die obligatorische Meldung der Euthanasie an die zuständige regionale Kontrollkommission. Dies wiederum setzt eine wahrheitswidrige Angabe der Todesursache, mithin eine Fälschung des Totenscheins voraus.“

Damit nicht genug: In 648 Fällen mussten Ärzte noch einmal Hand angelegen, weil der erste Tötungsversuch wegen unzureichender Wirkung der tödlichen Medikation misslang. Auf Grund dieser und anderer verbürgter Tatsachen kommt Spieker schließlich zu dem Schluss: „Dass Euthanasie nicht Hilfe für Schwerkranke, sondern Instrument einer unblutigen Entsorgung der Leidenden, nicht Zuwendung zum Sterbenden, sondern Verweigerung des medizinischen und pflegerischen Beistandes ist.“ Ein Gesetzgeber, der meine, die Aufhebung des

Verbots der Tötung Unschuldiger gesetzlich regeln zu können, verstricke sich nicht nur in unauflösbare Widersprüche, sondern zerstöre auch Bedingungen für die Existenz eines Rechtsstaates.

Der Philosoph Robert Spaemann arbeitet in seinem Beitrag auch die Gründe für die Renaissance des Euthanasiegedankens in Deutschland heraus. Neben dem Streben des Menschen nach absoluter Autonomie seien dies vor allem die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und die Verlängerung des Lebens um jeden Preis. „Es ist ja wahr, dass das Sterben in unserem Land seit langem menschenunwürdig geworden ist. Es findet immer häufiger in Kliniken statt, also in Häusern, die eigentlich nicht fürs Sterben, sondern fürs Geheiltwerden da sind. In der Klinik wird naturgemäß ständig gegen den Tod gekämpft. Nachdem kranke oder alte Menschen auf alle Art zum Leben gezwungen



Verbots der Tötung Unschuldiger gesetzlich regeln zu können, verstricke sich nicht nur in unauflösbare Widersprüche, sondern zerstöre auch Bedingungen für die Existenz eines Rechtsstaates.

Aus dem Reigen namhafter Autoren, darunter Christoph Böhr, Ulrich Eibach, Hans W. Intorp, Eberhard Klaschik und Hubert Windisch, die sich in diesem Band

wurden, bleibt ihnen keine Zeit und kein angemessener Raum mehr, das ‚Zeitliche zu segnen‘. Sterberituale verkümmern. Angehörige verdrücken sich, wenn es ernst wird.“

Durch all dies degeneriere das Sterben zum bloßen Verenden, wachse die stumme Angst vor dem Tod. Spaemann prognostiziert, dass sich der Widerstand gegen die Versuchung der Euthanasie nur durchhalten lasse, wenn er diesen Tatsachen Rechnung trage und auf sie eine alternative Antwort geben könne. Eine solche erblickt der Philosoph im Behandlungsverzicht: „Das ärztliche Berufsethos muss angesichts der ständig wachsenden Möglichkeiten der Medizin Kriterien der Normalität entwickeln. Kriterien für das, was wir jedem Menschen und gerade den kranken und alten an Zuwendung, an Pflege, an medizinischer Grundversorgung schulden und was statt dessen abhängig gemacht werden muss von Alter, Heilungsaussicht und persönlichen Umständen. Wer jeden Verzicht auf den Einsatz der äußersten Mittel als Tötung durch Unterlassen brandmarkt, der bereitet – und zwar oft absichtlich – den Weg für das aktive Umbringen. Die Hospizbewegung, nicht die Euthanasiebewegung ist die menschenwürdige Antwort auf unsere Situation. Wo Sterben nicht als Teil des Lebens verstanden und kultiviert wird, da beginnt die Zivilisation des Todes.“

Mitherausgeber Rainer Beckmann fragt in seinem Beitrag, ob es so etwas wie „ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ überhaupt geben kann und kommt zu dem Ergebnis, dass es tatsächlich ein solches Recht gebe, es sich allerdings darauf beschränke, die Sterbephase zu gestalten und bestimmte medizinische Maßnahmen am Ende des Lebens ablehnen zu dürfen. Ein Recht, den eigenen Tod herbeizuführen, gebe es dagegen nicht: „Nicht nur die Fremd-, sondern auch die Selbsttötung kann rechtlich nicht gebilligt werden. Die entscheidende Grenze liegt nicht zwischen der Fremd- und der Selbsttötung, sondern zwischen Töten und Sterbenlassen.“ Da wir alle einmal streben müssen, sei es nur zeitlich begrenzt sinnvoll, dem Tod Widerstand leisten zu wollen. „Sterbenlassen ist deshalb eine berechtigte Handlungsoption.“ Ganz anders das Töten: „Wer tötet, steht dagegen – von seltenen Ausnahmesituationen abgesehen – außerhalb der Sphäre des Rechts.“ Die reale Fähigkeit zur Selbstbestimmung könne, „soweit sie die Herbeiführung des eigenen Todes zum Ziel hat, nicht als ‚Recht‘ anerkannt werden. Hielte man sie für den alleinigen Maßstab des Rechts, dann müssten konsequenterweise alle

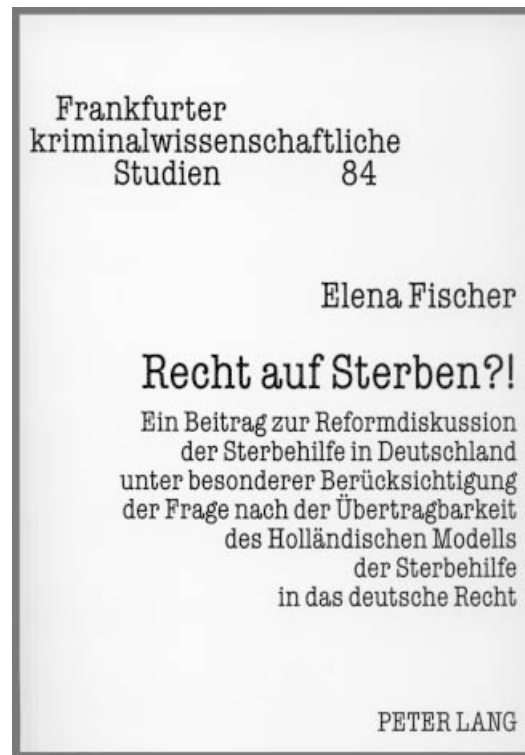
Formen der ‚Sterbehilfe‘, einschließlich der Tötung auf Verlangen anerkannt werden.“

Stefan Rehder, M.A.

Rainer Beckmann, Mechthild Löhr, Julia Schätzle (Hrsg.): *Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe*. Sinus Verlag, Krefeld 2004, 304 Seiten. 14,80 Euro.

Sterben ohne Würde

Unter dem Titel „Recht auf Sterben?!“ ist in diesem Jahr als Band 84 der Frankfurter kriminalwissenschaftlichen Studien eine Dissertation erschienen, deren



Kosten und Ertrag in einem so ungünstigen Verhältnis stehen, dass es schwer fallen dürfte, dieses zu übertreffen. Die Autorin Elena Fischer, die ihre Arbeit als einen „Beitrag zur Reformdiskussion der Sterbehilfe in Deutschland“ versteht, plädiert darin für die Übertragung des niederländischen Modells in deutsches Recht.

Sieht man von der Fleißarbeit ab, die die Autorin mit rund 500 Seiten dokumentiert und dank der sich außer dem Status quo der rechtlichen Regelungen in den Niederlanden und in Deutschland auch die Positionen der Parteien, der Kirchen und der Bundesärztekammer, der Hospiz-

bewegung sowie ihrer Gegenspieler der Sterbehilfeorganisationen aufgelistet finden, dann stellt das Werk, das – man höre und staune – mit dem Deutsch-Niederländischen Juristenpreis 2003 ausgezeichnet wurde, eine einzige Zumutung dar. So räumt Fischer etwa nicht nur ein, dass Ärzte die geltenden Gesetze, mit denen der niederländische Staat die „Tötung auf Verlangen“ regelt, regelmäßig überträten und die Regierung diese Gesetzesverstöße dulde. Die Juristin lobt dies sogar ausdrücklich: „Diese Heran- und Vorgehensweise ist offen und ehrlich, da eben keine Tabus um jeden Preis aufrechterhalten werden, die entgegen einer eindeutigen Gesetzeslage und durch die Politik getätigten Verlautbarungen gesellschaftlich anerkannt und gebrochen werden.“ Für Fischer, die die Giftspritze ebenso befürwortet wie die Früheuthanasie Neugeborener, kommt dem Recht vor allem die Funktion zu, vorhandene Wünsche zu legitimieren. Gesetze sollen den Bürgern offenbar nicht mehr das „gut sein“ erleichtern, sondern ein bloßes sich „gut fühlen“ ermöglichen: „Aufgabe des Rechts ist es, Lösungen und Kategorien zu finden, in denen eine größtmögliche Zahl von Rechtsanwendern ihre diesbezüglichen Vorstellungen verwirklichen kann, ohne dabei elementare Rechtsgrundsätze zu verletzen.“

Zwar widerspreche die „direkte aktive Sterbehilfe“, wie sie in den Niederlanden praktiziert wird, „momentan geltendem Recht (§ 216 StGB)“, sei aber „mit der Verfassung nicht unvereinbar“. Daher habe sich der Gesetzgeber seiner „legislativen Verantwortung“ zu stellen“ und müsse die bestehende Gesetzeslage mit Blick auf „die Gesetzesänderungen in unseren Nachbarländern“ und – man reibt sich die Augen – auf die „in dieser Arbeit gezogenen Erkenntnisse neu überdenken“.

Stefan Rehder, M.A.

Elena Fischer: *Recht auf Sterben?! Ein Beitrag zur Reformdiskussion der Sterbehilfe in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Übertragbarkeit des Holländischen Modells der Sterbehilfe in das deutsche Recht*. Frankfurter kriminalwissenschaftliche Studien, Band 84, Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main 2004, 498 Seiten, 79,50 Euro.