

Roberto Andorno/Markus Thier (Hrsg.)

Menschenwürde und Selbstbestimmung

Analysen und Perspektiven von Assistierenden des
Rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich



Sponsoren

Die Drucklegung des vorliegenden Buches wurde finanziell gefördert von:

- Prof. Dr. iur. Hans Rudolf Trüeb, Walder Wyss & Partner, Zürich
- Prof. Dr. iur. Peter Forstmoser, Zürich
- Prof. Dr. iur. Felix Dasser, Homburger Rechtsanwälte, Zürich
- Poledna Boss Kurer AG Rechtsanwälte, Zürich
- Dike Verlag, Zürich/St. Gallen
- Zürcher Universitätsverein (ZUNIV)
- Kommission für die Gleichstellung der Geschlechter, Universität Zürich

Bibliografische Information der «Deutschen Bibliothek».

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Alle Rechte, auch des Nachdrucks von Auszügen, vorbehalten. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

© Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen 2014

ISBN 978-3-03751-683-6

www.dike.ch

Der Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten – eine rechtfertigbare Form der aktiven Sterbehilfe?

Gian Ege

Inhaltsübersicht

I. Einleitung	290
II. Begrifflichkeiten der Sterbehilfe	291
A. Behandlungsabbruch als Sterbehilfe i.w.S.	291
B. Verschiedene Gruppen der Sterbehilfe	292
1. Aktive Sterbehilfe	292
a. Direkte aktive und indirekte aktive Sterbehilfe	292
b. Rechtfertigung der aktiven Sterbehilfe	293
2. Passive Sterbehilfe	295
a. Begriff	295
b. Allgemeines zur Rechtfertigung der passiven Sterbehilfe	296
c. Der Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Patienten als passive Sterbehilfe?	298
d. Probleme der Kategorisierung der Sterbehilfe bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten	299
III. Die strafrechtliche Bewertung des Behandlungsabbruchs bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten	300
A. Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen	300
1. Schwerpunkttheorie	301
2. Subsidiaritätstheorie	301
3. Beurteilung des Behandlungsabbruchs	302
a. Behandlungsabbruch als Unterlassen	302
b. Exkurs: Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs bei der Einordnung als Unterlassen	304
c. Behandlungsabbruch als Tun	305
d. Loslösung von der Einteilung in Tun und Unterlassen	305
4. Zwischenfazit	306
B. Rechtfertigung des aktiven Behandlungsabbruchs bei zerebral schwerst geschädigten Patienten	306
1. Die Patientenautonomie als Rechtfertigungsmöglichkeit	306
a. Beachtung des Selbstbestimmungsrechts – teleologische Reduktion von Art. 114 StGB	306
b. Voraussetzungen für die Rechtfertigung des aktiven Behandlungsabbruchs	310
2. Patientenexterne Faktoren als Rechtfertigungsgründe	311
3. Kritik an der Rechtfertigung aktiver Sterbehilfe – insbesondere das Dambruch-Argument	312
IV. Zusammenfassung und Schlusswort	313
Literaturverzeichnis	314
Materialienverzeichnis	318

I. Einleitung

Der Franzose Vincent Lambert, mittlerweile 38-jährig, verunfallte im Herbst 2008 auf dem Weg zur Arbeit mit seinem Motorrad. Er erlitt ein Schädel-Hirn-Trauma und fiel ins Koma. Seit er wieder daraus erwachte, ist keine Kommunikation mit ihm mehr möglich; er befindet sich in einem *persistierenden vegetativen Status* (PVS)¹ – auch apallisches Syndrom oder Wachkoma genannt.² Der Zustand von Vincent Lambert führte zu einem juristischen Kampf innerhalb seiner Familie. Seine Frau und acht seiner Geschwister und Halbgeschwister setzten sich gestützt auf frühere mündliche Aussagen dafür ein, dass die künstliche Ernährung abgebrochen wird. Dies geschah im 16. Januar 2014. Die Eltern, eine Schwester und ein Halbbruder klagten beim Verwaltungsgericht von Châlons dagegen. Dieses gab den Klagenden Recht und forderte die Ärzte dazu auf, die Apparate wieder einzuschalten. Um diesen Entscheid aufzuheben, reichte seine Frau Rekurs beim Conseil d'Etat ein. Dieses «Seilziehen um Leben und Tod» genoss in Frankreich grosse Beachtung und führte zu einer Befeuerung der Debatte über Euthanasie.³

Dieser Fall zeigt, dass Personen, welche sich über längere Zeit im Koma oder einem komaähnlichen Zustand befinden, nicht nur die Angehörigen und das betroffene Ärzte- bzw. Pflegepersonal in schwere persönliche Betroffenheit bringen, sondern dass sie auch gewichtige Fragen für das gesamte Rechtssystem aufwerfen. Machte sich der Arzt, welcher die künstliche Ernährung abbrach, strafbar? Konnten sich die Angehörigen, welche für den Ernährungsstopp waren, auf die früheren mündlichen Aussagen von Vincent Lambert berufen? Was ist in einer solchen Situation zu bevorzugen: das Recht auf Leben oder die Entsprechung eines mutmasslichen Sterbewunsches des Patienten?

Dies sind alles typische Fragen in Bezug auf die Sterbehilfe. Es geht darum, ob die Tötung bzw. das Sterbenlassen eines Menschen in einer bestimmten medizinischen Sondersituation gerechtfertigt werden kann.⁴ Zur Beantwortung dieser Frage sind Menschenwürde, Selbstbestimmung und Lebensschutz gegenseitig abzuwägen. Kann ein Mensch selbstbestimmt darüber entscheiden, was für ihn ein würdiges Leben oder ein würdiges Sterben ausmacht? Die folgende Darstellung beschränkt sich jedoch auf Fälle, wie der eingangs beschriebene. Im Fokus steht also die rechtliche Beurteilung der Situation von Personen, welche sich dauerhaft in einem Koma oder einem komaähnlichen Zustand befinden. Diese Patientengruppe wird von der

¹ Als solcher gilt der totale Verlust der erkennbaren Wahrnehmungsfähigkeit von sich selbst und der Umgebung. Die teilweise noch erhaltenen Funktionen von Hypothalamus und Hirnstamm reichen jedoch zum Überleben aus. SAMW, Langzeitpatienten, 3.

² STRATENWERTH, in: FS Schreiber, 893, 894, Fn. 5.

³ Zum ganzen Fall: MEILER, Tagesanzeiger, 12, 12.

⁴ GETH, 4, spricht von einer Relativierung des rechtlichen Lebensschutzes.

Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) folgendermassen umschrieben: «Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten sind Menschen, bei welchen krankheits- oder verletzungsbedingte Hirnschädigungen zu einem langdauernden Zustand persistierender Bewusstlosigkeit oder schwerster Beeinträchtigung des Bewusstseins mit höchstwahrscheinlich irreversiblen Verlust der Kommunikationsfähigkeit geführt haben. Ein Wiedererlangen des Bewusstseins oder selbstständiger Willensäusserungen ist kaum mehr zu erwarten.»⁵

Zur Erörterung dieses Problembereichs wird sich im Rahmen dieses Beitrags so weit wie möglich auf strafrechtliche Aspekte beschränkt. Es soll darum gehen, die Frage zu beantworten, ob und wie der Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten in die bestehenden Begrifflichkeiten der Sterbehilfe eingeordnet werden kann (II.). Weiter wird untersucht, ob es sich dabei um ein Tun oder ein Unterlassen handelt (III.A.). Schliesslich soll gezeigt werden, welche Gründe zur Rechtfertigung eines Behandlungsabbruchs bzw. -verzichts führen können (III.B.).

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf eine bestimmte Art der Sterbehilfe. Vollständig ausgeklammert bleiben die Verleitung sowie die Beihilfe zum Suizid. In solchen Fällen, in welchen die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt, kann eine Strafbarkeit des Beteiligten nur unter den Voraussetzungen von Art. 115 StGB entstehen.⁶

II. Begrifflichkeiten der Sterbehilfe

A. Behandlungsabbruch als Sterbehilfe i.w.S.

Die Sterbehilfe wird teilweise in Sterbehilfe i.e.S. und Sterbehilfe i.w.S. unterteilt. Dabei umfasst die engere Variante die tatbestandsmässige Tötung eines leidenden, unheilbar Kranken in der unmittelbaren Endphase seines Lebens (sog. Hilfe *beim* Sterben).⁷ In einem weiteren Sinn werden jedoch auch jene Fälle als Sterbehilfe aufgefasst, bei welchen es sich um Kranke oder Verletzte handelt, die das Stadium der unmittelbaren Todesnähe noch nicht erreicht haben (sog. Hilfe *zum* Sterben).⁸ Der Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten ist zweifelsohne letzterer Kategorie zuzuordnen.

⁵ SAMW, Langzeitpatienten, 2; vgl. auch STRATENWERTH, in: FS Schreiber, 893, 893 ff.

⁶ D.h. insbesondere beim Vorliegen von «selbstsüchtigen Beweggründen»; GETH, 5; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 45; VENETZ, 14 b; vgl. dazu ausführlich SCHWARZENEGGER, in: Petermann, 81, 81 ff.

⁷ BÄNZIGER, 6; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 45; VENETZ, 4; vgl. auch BÜCHLER/MICHEL, 167.

⁸ BÄNZIGER, 6; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 46; VENETZ, 5.

Die Unterscheidung der beiden Erscheinungsformen sagt jedoch nicht mehr zwingend etwas darüber aus, wie ein Verhalten rechtlich zu bewerten ist. So sind Rechtsfolgen und insbesondere auch Rechtfertigungsbegründungen, welche zunächst nur auf die Sterbehilfe i.e.S. angewandt wurden, mittlerweile für alle Fälle der Sterbehilfe massgebend.⁹ Hinzu kommt, dass die Kategorisierung im Einzelfall sehr schwer sein kann, da die Todes- bzw. Krankheitsverlaufsprognose oftmals unsicher ist.¹⁰ Dementsprechend wird teilweise auch auf die Unterscheidung dieser Kategorien verzichtet und Sterbehilfe schlicht als «die Herbeiführung, die Nichtverhinderung oder die Beschleunigung des Todeseintritts bei einem Menschen, der in seiner Gesundheit durch Krankheit oder Unfall schwer beeinträchtigt ist»¹¹, verstanden. Entscheidend ist bei der Sterbehilfe also die Anknüpfung an ein sich höchstwahrscheinlich nicht mehr ändernden Zustand. Sei es nun eine Person im Endstadium ihres Lebens oder jemand, der für immer schwer durch eine Krankheit belastet ist.

B. Verschiedene Gruppen der Sterbehilfe

1. Aktive Sterbehilfe

a. Direkte aktive und indirekte aktive Sterbehilfe

Die Sterbehilfe wird gemeinhin unterschieden in aktive und passive Sterbehilfe. Die erste Gruppe wird dabei wiederum in zwei Unterkategorien geteilt:

- *Direkte aktive Sterbehilfe*: Als solche gilt die gezielte unmittelbare Beendigung des Lebens eines Patienten, der dies auch so wünscht, um ihm weiteres Leiden zu ersparen.¹²
- *Indirekte aktive Sterbehilfe*: Diese Form der Sterbehilfe ist dadurch gekennzeichnet, dass die Tötung des Patienten bzw. die Beschleunigung des Sterbevorganges eine unbeabsichtigte, aber gleichzeitig unvermeidbare Nebenfolge der Verabreichung von schmerzlindernden Medikamenten darstellt.¹³

⁹ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 46; kritisch SCHÜRCH, 82 f.

¹⁰ BÄNZIGER, 6 f. m.w.H.

¹¹ BÄNZIGER, 6.

¹² ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 12; BÄNZIGER, 59; BÜCHLER/MICHEL, 167; CASANI, in: Bertrand et al., 399, 401; DONATSCH, 25; GETH, 6; GORA, in: Dörr/Michel, 279, 283; HURTADO POZO, partie spéciale, 35; KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 618; PETERMANN, in: Petermann, 21, 27; PIETH, 22; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 7.

¹³ ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 13; BÄNZIGER, 59; BÜCHLER/MICHEL, 168; CASANI, in: Bertrand et al., 399, 402; DONATSCH, recht 2000, 141, 144; GETH, 8; GORA, in: Dörr/Michel, 279, 283; HURTADO POZO, partie spéciale, 36; PETERMANN, in: Petermann, 21, 32; PIETH, 22; vgl. auch RIKLIN, in: Holdenegger, 328, 337; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 7.

In der Realität vermischen sich die beiden Arten der aktiven Sterbehilfe regelmässig, da sich die Absicht von behandelnden Ärzten oftmals auf beides bezieht: Lebensverkürzung und Leidensverminderung (sog. Doppelleffekt).¹⁴ Der Übergang zwischen den beiden Kategorien ist fließend.¹⁵ Dabei ist jedoch anzumerken, dass die Palliativmedizin heutzutage so weit fortgeschritten ist, dass in praktisch jedem Fall eine Schmerztherapie ohne lebensverkürzende Wirkung möglich wäre.¹⁶ Folglich kann heute nicht mehr gesagt werden, dass ein Arzt bei einer Schmerztherapie die lebensverkürzende Wirkung der eingesetzten Medikamente zwangsweise in Kauf nehmen muss.

Um die beiden Kategorien überhaupt unterscheiden zu können, fordern gewisse Autoren, dass nur von indirekter aktiver Sterbehilfe gesprochen werden soll, wenn die mit der Schmerzlinderung verbundene Lebensverkürzung nicht als sicher, sondern lediglich als wahrscheinlich gilt. Ist die Lebensverkürzung hingegen sicher, handle die Person mindestens mit direktem Vorsatz zweiten Grades, weshalb direkte aktive Sterbehilfe anzunehmen sei.¹⁷ Diese Auffassung vermag nicht zu überzeugen. Da die Lebensverkürzung mindestens in Kauf genommen wird, wenn sie als möglich erkannt wird, liegt vorsätzliches Handeln vor (Eventualvorsatz, Art. 12 Abs. 2 Satz 2 StGB). Die wohl herrschende Lehre stellt zur Unterscheidung der beiden Formen dementsprechend einzig auf die Intention des Täters ab.¹⁸ In der Praxis ist es jedoch kaum möglich, zwischen den beiden Formen der aktiven Sterbehilfe eine ganz klare Trennlinie zu ziehen, was dazu führt, dass hier ein erheblicher Graubereich entsteht.¹⁹

b. Rechtfertigung der aktiven Sterbehilfe

Bei beiden Formen der aktiven Sterbehilfe handelt es sich um Handlungen, welche in den Regelungsbereich der Tötungsdelikte fallen. Sie sind grundsätzlich nach den Art. 111-114 StGB strafbar. Trotz dieser grundsätzlichen Strafbarkeit kommen in der Praxis relativ häufig Fälle von aktiver Sterbehilfe vor²⁰ und auch die Bevölkerung

¹⁴ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 62.

¹⁵ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 62; vgl. auch ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 13.

¹⁶ BOSSHARD/DE STOUTZ/BÄR, Ethik Med 2006, 120, 126; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 63; VENETZ, 8.

¹⁷ SCHÜRCH, 69; STRATENWERTH, ZStrR 1978, 60, 80.

¹⁸ ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 13; BÜCHLER/MICHEL, 168; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 8; dabei ist zu beachten, dass diese Kategorien nicht nur im juristischen Kontext entstanden sind, sondern auch in religiösen, ethischen oder medizinischen Diskursen über die Sterbehilfe eine Rolle spielen und dort ebenfalls die Handlungsintention das entscheidende Abgrenzungskriterium zwischen direkter aktiver und indirekter aktiver Sterbehilfe darstellt; vgl. BOSSHARD, Schweiz Med Forum 2005, 193, 195 f. m.w.H.

¹⁹ ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 12.

²⁰ FAISST et al., SAeZ 2003, 1730, 1731 f.; vgl. auch BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 63, 65 m.w.H.

scheint nicht in jedem Fall eine Bestrafung der aktiven Sterbehilfe für angebracht zu halten.²¹ Dennoch findet man im Gesetz – auch bedingt durch mehrmaliges Scheitern von diesbezüglichen Gesetzgebungsprozessen²² – keine besonderen Rechtfertigungsnormen. Deshalb ist die Rechtfertigung von Sterbehilfefällen nach den allgemeinen Regeln zu prüfen.

Die indirekte aktive Sterbehilfe wird von der herrschenden Lehre praktisch einhellig als zulässig betrachtet.²³ Dabei stellen einige Autoren darauf ab, dass die eigentliche Absicht des Arztes bloss auf die Schmerzlinderung gerichtet ist und die Tötung bloss eventualvorsätzlich in Kauf genommen wird.²⁴ In Ermangelung einer derartigen Rechtfertigungsnorm ist diese Rechtfertigungslösung jedoch im Hinblick auf die klare strafrechtliche Dogmatik abzulehnen. Art. 12 Abs. 2 Satz 2 StGB macht deutlich, dass auch eventualvorsätzliches Handeln zur Strafbarkeit führt.²⁵ Andere Autoren rechtfertigen die indirekte aktive Sterbehilfe über Art. 14 StGB. Die Pflicht zur Schmerzlinderung wird im Heilauftrag des Arztes gesehen, womit eine gesetzlich erlaubte Handlung vorliegt.²⁶ Es wird auch versucht, die Rechtfertigung durch Notstand (Art. 17 StGB) oder notstandsähnliche Abwägungen zu erreichen. Dabei erfolgt eine Interessenabwägung, wobei das Interesse auf Schmerzlinderung das Interesse auf Weiterleben überwiegen soll.²⁷ Eine weitere Konzeption der Rechtfertigungsbegründung liegt schliesslich in einer verfassungsmässigen Güterabwägung. Es wird angenommen, dass in fraglichen Fällen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und das Verbot der unmenschlichen Behandlung ausnahmsweise über der Lebenserhaltungspflicht stehen.²⁸

²¹ SCHWARZENEGGER et al., Jusletter vom 13. September 2010, 8.

²² Vgl. dazu ausführlich BAUMGARTEN, 181 ff., BÜCHLER/MICHEL, 170; CASANI, in: Bertrand et al., 399, 405 ff.; HURTADO POZO, partie spéciale, 54 ff.; RIKLIN, in: Holdenegger, 328, 342 ff.

²³ ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 13; DONATSCH, recht 2000, 141, 144; HURTADO POZO, partie spéciale, 40; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 63; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 7; vgl. auch PIETH, 24, der dies jedoch auf spezifische Extremlagen beschränkt.

²⁴ SCHÜRCH, 73; vgl. auch GUNZINGER, 124 m.w.H., der dabei jedoch auf eine ethische und nicht eine juristische Bewertung abstellt.

²⁵ Ebenso DONATSCH, recht 2000, 141, 144; GETH, 10; RIKLIN, in: Holdenegger, 328, 338; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 63; die Rechtfertigung im subjektiven Tatbestand ebenfalls ablehnend KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 619, welcher dies jedoch damit begründet, dass die indirekte aktive Sterbehilfe bereits objektiv gestattet sei.

²⁶ ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 13; DONATSCH, 25; GUNZINGER, 127 f.; KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 618 f.; PETERMANN, in: Petermann, 21, 33 f.; ähnlich: BÜCHLER/MICHEL, 168; kritisch: DONATSCH, recht 2000, 141, 144, welcher ausführt, dass die Lebenserhaltungspflicht die Schmerzlinderungspflicht grundsätzlich überwiegt; GETH, 11, der darauf hinweist, dass das ärztliche Standesrecht kein Gesetz i.S.v. Art. 14 StGB darstellt.

²⁷ GETH, 11 f.; SCHUBARTH, ZStrR 2009, 3, 15; für die deutsche Rechtslage MERKEL, in: Petermann, 125, 138 f.; kritisch BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 53, welcher darauf hinweist, dass der Notstand nach seinem Grundkonzept auf eine Vorteil bringende Handlung ausgerichtet ist; die gleiche Kritik wird in Deutschland vom BGH erhoben, BGHSt 55, 191, 197 f.

²⁸ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 64.

Anders präsentiert sich die Sachlage bei der direkten aktiven Sterbehilfe. Aufgrund der grundrechtlich geschützten Höchstwertigkeit des Lebens hält ein beträchtlicher Teil der Lehre eine Rechtfertigung bei dieser Kategorie der Sterbehilfe für unmöglich.²⁹ Richtigerweise vermag diese Argumentation jedoch nicht zu überzeugen. So wurde einerseits bereits gezeigt, dass der Übergang von indirekter aktiver zur direkter aktiven Sterbehilfe fließend ist. Wie es auf einer unklaren Trennlinie an einem bestimmten Punkt von der totalen Rechtfertigung zu deren Unmöglichkeit kommen soll, ist nicht einleuchtend. Andererseits ist auch die indirekte aktive Sterbehilfe grundsätzlich eine Tötung, weshalb sie ebenfalls in das grundrechtlich geschützte Leben eingreift. Es erscheint deshalb inkonsistent, wenn ein solcher Eingriff für den einen Fall zugelassen wird und im anderen für die Unmöglichkeit der Rechtfertigung beigezogen wird.

Dementsprechend statuiert ein Teil der Lehre, dass in Extremfällen auch direkte aktive Sterbehilfe gerechtfertigt werden kann. Die Rechtfertigung soll aus den gleichen Gründen wie bei der indirekten aktiven Sterbehilfe möglich sein.³⁰ SCHWARZENEGGER etwa fordert, dass gerade in Fällen, die substantiell einem Suizid gleichkommen – also wenn ein solcher infolge des körperlichen Zustandes des Sterbenden nicht mehr von ihm selbst ausgeführt werden kann –, eine Rechtfertigung entsprechend der indirekten aktiven Sterbehilfe bzw. der passiven Sterbehilfe angezeigt erscheint.³¹

2. Passive Sterbehilfe

a. Begriff

Eine Person leistet passive Sterbehilfe, wenn sie die Massnahmen nicht trifft, die nötig sind, damit der Tod bei einem im Sterben liegenden, chronisch schwer kranken oder schwer verletzten Menschen verhindert oder zumindest hinausgezögert wird.³² Praktisch sehr relevant ist hier das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dabei gilt insbesondere der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen als passive Sterbehilfe. Solche Massnahmen sind neben der eigentlichen medizinischen Behandlung durch Medikamente oder operative Eingriffe auch die künstliche Beatmung sowie die künstliche Ernäh-

²⁹ ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 12; BÜCHLER/MICHEL, 167; DONATSCH, 25; KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 618; TRECHSEL/NOLL, 249 «immer strafbar»; vgl. auch GUNZINGER, 129 ff., der einzig die Möglichkeit einer Strafmilderung sieht.

³⁰ SCHUBARTH, ZStrR 2009, 3, 14 f.; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 67.

³¹ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 67.

³² ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 13; BÄNZIGER, 56; CASANI, in: Bertrand et al., 399, 401; DONATSCH, recht 2000, 141, 143; GETH, 12; GUNZINGER, 140; KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 620; PETERMANN, in: Petermann, 21, 34; PIETH, 22; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 48; STRATENWERTH, ZStrR 1978, 60, 66; VENETZ, 9; einschränkender RIKLIN, in: Holdenegger, 328, 331, welcher nur den Verzicht auf nicht mehr als sinnvoll erachtete lebenserhaltende Massnahmen als passive Sterbehilfe auffasst.

zung.³³ Einige Autoren gehen gar so weit, dass sie ausschliesslich dann von passiver Sterbehilfe sprechen, wenn die fragliche Handlung vom behandelnden Arzt oder einer anderen mit der Betreuung des Patienten betrauten Person nicht vorgenommen bzw. abgebrochen wird.³⁴ Umstritten ist, ob auch der Abbruch von lebensverlängernden Massnahmen als passive Sterbehilfe zu klassifizieren ist.³⁵

Zur Abgrenzung der passiven von der aktiven Sterbehilfe knüpft ein grosser Teil der Lehre an der strafrechtlichen Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen an. Aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn im Handeln des Täters ein strafrechtliches Tun liegt, passive Sterbehilfe, wenn es sich um ein Unterlassen handelt.³⁶ Es gibt indes auch Lehrmeinungen, welche zur Abgrenzung von aktiver und passiver Sterbehilfe nicht primär auf diese Unterscheidung abstellen. STRATENWERTH etwa betrachtet, wie sich die Lebenserwartung des Patienten ohne das ärztliche Eingreifen entwickelt hätte. Ein Verhalten, welches das Leben des Patienten nicht mehr künstlich verlängert, ist für ihn passive Sterbehilfe. Aktive Sterbehilfe nimmt er demgegenüber an, wenn das Leben des Patienten durch die ärztliche Intervention verkürzt wird.³⁷

In Einklang mit der Abgrenzung von aktiver und passiver Sterbehilfe basierend auf der Unterscheidung von Tun und Unterlassen wird bezüglich der strafrechtlichen Verantwortung einer Person, welche passive Sterbehilfe übt, in der Regel davon ausgegangen, dass diese nur strafbar ist, wenn sie bezüglich des Opfers eine Garantspflicht innehat (Tötung durch Unterlassen, Art. 111; i.V.m. Art. 11 StGB).³⁸ Dies hat gerade für behandelnde Ärzte praktische Relevanz, da ihnen aufgrund des Behandlungsauftrages eine solche zukommt.³⁹

b. Allgemeines zur Rechtfertigung der passiven Sterbehilfe

Bezüglich der Frage nach der Rechtfertigung der passiven Sterbehilfe muss grundsätzlich zwischen zwei Personengruppen unterschieden werden: Urteilsfähige und Urteils- bzw. Äusserungsunfähige.

Hat ein urteilsfähiger Patient dem Arzt den Behandlungsauftrag entzogen, indem er sich gegen weitere Behandlungsmassnahmen ausspricht, erlöscht damit auch die Garantpflicht des Arztes. Demnach kann ihm das Unterlassen, die lebensnotwendigen

³³ GETH, 12 f.; vgl. auch SAMW, Langzeitpatienten, 7 f.

³⁴ DONATSCH, 25; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6.

³⁵ Vgl. dazu ausführlich unten II.B.2.c und III.A.3.

³⁶ BÄNZIGER, 7; BOSSHARD, Schweiz Med Forum 2005, 193, 194; DONATSCH, 25; PETERMANN, in: Petermann, 21, 27 ff.

³⁷ STRATENWERTH, ZStrR 1978, 60, 67; ähnlich BAUMGARTEN, 151; vgl. auch PIETH, 23; VENETZ, 13; kritisch GUNZINGER, 148 f.

³⁸ DONATSCH, 25 f.; GETH, 13; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 48; VENETZ, 9.

³⁹ BÜCHLER/MICHEL, 169; DONATSCH/TAG, 315; GETH, 13; VENETZ, 9.

Massnahmen fortzuführen, strafrechtlich nicht zugerechnet werden.⁴⁰ Voraussetzung dafür ist, dass sich der Patient in vollständigem Wissen über seinen Zustand und die Behandlungsoptionen, frei von äusserem Druck oder Zwang gegen die weitere Behandlung entschieden hat.⁴¹ Auch die ärztliche Standesordnung hält fest, dass die Respektierung des Willens des urteilsfähigen Patienten zentral für das ärztliche Handeln ist.⁴²

Eine weitere Rechtfertigung wird im grundrechtlichen Schutz⁴³ des Sterbewunsches des urteilsfähigen Patienten gesehen. Liegt eine von Mängeln freie Willensäußerung eines Urteilsfähigen vor, ist der ärztliche Heileingriff verboten.⁴⁴ Daraus wird abgeleitet, dass der Arzt in diesem Fall zur passiven Sterbehilfe verpflichtet ist.⁴⁵ Es handelt sich dabei um eine direkt aus der Verfassungsordnung abgeleitete Abwägung zwischen den tangierten Grundrechten; wobei es zu einem Vorrang des Selbstbestimmungsrechts vor dem Lebensschutz kommt.⁴⁶

Bei Urteils- bzw. Äusserungsunfähigen ist die Sachlage dahingehend komplizierter, als dass sie ihren Willen nicht direkt mitteilen können. Dabei kommt der Patientenverfügung erhebliche praktische Bedeutung zu. Nach heute geltender klarer Regelung im neuen Erwachsenenschutzrecht (Art. 372 Abs. 2 ZGB) hat der Arzt den darin bekundeten Willen grundsätzlich zu respektieren.⁴⁷ Wurden lebensverlängernde Massnahmen abgelehnt, gilt die Garantenpflicht des Arztes durch den Entzug des Behandlungsrechts wiederum als aufgehoben.⁴⁸ Voraussetzung ist, dass die formalen Vorgaben⁴⁹ an die Patientenverfügung eingehalten wurden und die darin enthaltene

⁴⁰ BAUMGARTEN, 178; VENETZ, 10; vgl. auch PIETH, 24; RIKLIN, in: Holdenegger, 328, 332; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 49.

⁴¹ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 48; vgl. auch BSK StGB I-SEELMANN, Vor Art. 14 N 20.

⁴² SAMW, Lebensende, 6.

⁴³ Vgl. zur verfassungsrechtlichen Debatte über die Sterbehilfe HANGARTNER, 69 ff.; MÜLLER/SCHEFFER, 152 ff.; SCHWEIZER, in: Petermann, 27, 27 ff., jeweils m.w.H.

⁴⁴ BGE 124 IV 258, E. 2; vgl. auch Bot. ZGB, BBl. 2006, 7001, 7030; ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 14; GETH, 16 ff.; GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 157 f.; KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 620 f.; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6.

⁴⁵ Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6.

⁴⁶ GETH, 14; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 50.

⁴⁷ Grundsatz der Verbindlichkeit: Bot. ZGB, BBl. 2006, 7001, 7012, 7033; AEBI-MÜLLER, Jusletter vom 22. September 2014, Rz. 162 ff.; AEBI-MÜLLER, ZBJV 2013, 150, 153; FamKomm Erwachsenenschutz-BÜCHLER/MICHEL, Art. 372 ZGB N 5; GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 161 f.; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, Rz. 2.49; HAUSHEER/PERRIG-CHIELLO, ZBJV 2012, 773, 797; HRUBESCH-MILLAUER/JAKOB, in: WOLF, 65, 104; KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 621; THOMMEN, 19.

⁴⁸ GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 158 f.; RIKLIN, in: Holdenegger, 328, 333; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 53; VENETZ, 10; vgl. auch PIETH, 24.

⁴⁹ Dazu z.B. AEBI-MÜLLER, Jusletter vom 22. September 2014, Rz. 148 ff.; FamKomm Erwachsenenschutz-BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 1 ff.; HAUSHEER HEINZ/GEISER THOMAS/AEBI-MÜLLER, Rz. 2.44 ff.; HRUBESCH-MILLAUER/JAKOB, in: Wolf, 65, 99.

Willenserklärung genügend klar ist.⁵⁰ Einer Patientenverfügung kann widersprochen werden, wenn sie gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder nicht dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht.⁵¹

Hat der Patient keine Verfügung erlassen oder ist eine solche unklar, ist zunächst zu prüfen, ob vertretungsberechtigte Personen (Art. 378 Abs. 1 ZGB) vorhanden sind. Ist dies der Fall, entscheiden diese nach dem mutmasslichen Willen und den objektiven Interessen der urteilsunfähigen Person (Art. 378 Abs. 3 ZGB). Widersprechen sich der mutmassliche Wille und die objektiven Interessen, so ist nach ersterem zu entscheiden.⁵²

Liegt keine Patientenverfügung vor oder bestehen Zweifel daran, ist also dennoch auf den mutmasslichen Willen des Patienten abzustellen. Darunter ist «das zu verstehen, was der Patient gewollt hätte, wenn er sich frei und in voller Kenntnis der Umstände äussern könnte»⁵³. Beachtet werden müssen insbesondere frühere Äusserungen der betroffenen Person, seine religiösen und sonstigen Wertvorstellungen sowie Aussagen von nahen Familienangehörigen und Bezugspersonen.⁵⁴ Ist der mutmassliche Wille klar feststellbar und ergibt sich daraus die Ablehnung von ärztlichen Interventionen, so ist die passive Sterbehilfe wiederum gerechtfertigt.⁵⁵ Fehlt eine Patientenverfügung und ist auch der mutmassliche Wille nicht feststellbar, muss letztlich nach objektiven Kriterien entschieden werden, ob die Lebensverlängerung noch sinnvoll erscheint.⁵⁶ Dabei ist umstritten, ob in Anbetracht der Irreversibilität des Eingriffs eher auf das Absehen bzw. das Abbrechen von lebenserhaltenden Massnahmen verzichtet werden sollte (*in dubio pro vita*)⁵⁷ oder ob sogar patientenexterne Faktoren zur Rechtfertigung herangezogen werden können.⁵⁸

c. Der Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Patienten als passive Sterbehilfe?

Eine grosser, wenn nicht gar der überwiegende Teil der Lehre sieht im technischen Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten eine

⁵⁰ Bot. ZGB, BBl. 2006, 7001, 7033; GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 162.

⁵¹ Vgl. dazu ausführlich AEBI-MÜLLER, Jusletter vom 22. September 2014, Rz. 170 ff.; GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 163 ff.

⁵² GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 173 f.; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6a.

⁵³ AEBI-MÜLLER, Jusletter vom 22. September 2014, Rz. 133; FamKomm Erwachsenenschutz-GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 379 ZGB N 7.

⁵⁴ GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 159.

⁵⁵ GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 159; vgl. auch KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 620 f.

⁵⁶ KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 621; vgl. auch THOMMEN, 118.

⁵⁷ Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6a; eher kritisch GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 159 f.

⁵⁸ PIETH, 24; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6a; vgl. dazu auch unten III.B.2.

Form der passiven Sterbehilfe.⁵⁹ Dies wird etwa damit begründet, dass dem natürlichen Kausalgeschehen – und damit dem Sterben – freien Lauf gelassen wird.⁶⁰ Ein gewisser Teil der Lehre lehnt dies jedoch ab und sieht den technischen Behandlungsabbruch – also das Abschalten der Geräte – als aktive Handlung an und ordnet solche Verhaltensweisen darum eher der aktiven Sterbehilfe zu.⁶¹

Wird der Sterbehilfebegriff eng ausgelegt, erfordert dies eine Ausklammerung des Behandlungsabbruchs bei Langzeitkomapatienten. Diejenigen Autoren, welche nur in den Fällen von Sterbehilfe sprechen, in welchen der Patient sich in unmittelbarer Todesnähe befindet, können im hier untersuchten Fall konsequenterweise keinen Fall der Sterbehilfe sehen.⁶²

Überblicksweise kann also gesagt werden, dass die Einordnung des Behandlungsabbruchs in die herkömmlichen Untergruppen der Sterbehilfe nicht ohne weiteres vorgenommen werden kann und in der Lehre umstritten ist.

d. Probleme der Kategorisierung der Sterbehilfe bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten

Gerade bei einem so sensiblen Thema wie der Sterbehilfe, welches so stark von persönlichen, aber auch gesellschaftlichen und religiösen Wertvorstellungen geprägt ist, erscheinen die Unklarheit und die Debatte über verschiedene Begriffe und Phänomene bzw. die Behandlung und Klassifizierung verschiedener Fallgruppen als logische Konsequenz der Meinungspluralität. Im Hinblick auf eine klare juristische Aufarbeitung, wie der Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten strafrechtlich zu behandeln ist, sind sie jedoch eher hinderlich.

Grundsätzlich sollte an die Zuordnung einer ganzen Fallgruppe oder gar eines Einzelfalles zu einer bestimmten Art der Sterbehilfe noch keine juristische Bewertung anknüpfen. So sollten, wie bereits angesprochen, Fälle direkter aktiver Sterbehilfe nicht grundsätzlich von der Rechtfertigung ausgeschlossen sein und solche indirekter aktiver Sterbehilfe auch nicht per se gerechtfertigt sein. Mit der Einteilung in die verschiedenen Kategorien ist noch keine rechtliche Würdigung getroffen; es wird lediglich eine Typisierung eines Falles vorgenommen. Man kann die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe auch nicht bloss mit der juristischen Abgrenzungsfrage von Handeln und Unterlassen gleichsetzen.⁶³ Dies gilt umso mehr, weil aktive – bzw. direkte aktive und indirekte aktive – und passive Sterbehilfe nicht rein juris-

⁵⁹ DONATSCH, 25; TRECHSEL/NOLL, 249.

⁶⁰ DONATSCH, 25.

⁶¹ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 59 f.; BSK StGB I-SEELMANN, Art. 11 N 22; vgl. auch BÄNZIGER, 56; HANGARTNER, 84.

⁶² GUNZINGER, 140; vgl. auch KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 622; ebenso BGHSt 40, 257, 260.

⁶³ Ebenso PIETH, 22 f.; STRATENWERTH, ZStrR 1978, 60, 67; VENETZ, 13.

tisch geprägte Begriffe darstellen. Diese Kategorien spielen auch eine zentrale Rolle in der Sterbehilfedebatte innerhalb der Medizin, Religion⁶⁴, Ethik oder Philosophie⁶⁵ – wobei nicht immer die exakt gleichen Terminologien verwendet werden.

Dementsprechend ist es nicht die primäre Frage, ob der Behandlungsabbruch als Form der passiven Sterbehilfe verstanden wird oder nicht. Versteht man unter passiver Sterbehilfe ein etwas weitergehendes Konzept – wie beispielsweise die oben skizzierte Haltung von STRATENWERTH –, so kann man durchaus davon ausgehen, dass der Behandlungsabbruch von den gesamten Umständen her besser als passive, denn als aktive Sterbehilfe betrachtet werden kann. Über die strafrechtliche Beurteilung sagt eine solche Etikettierung allerdings noch nichts aus. Vielmehr gilt es den spezifisch interessierenden Fall, nämlich den Behandlungsabbruch bei Langzeitkomapatienten, strafrechtlich zu untersuchen. Erst aufgrund der daraus gewonnen Erkenntnisse lässt sich gegebenenfalls eine Einteilung in die einzelnen Arten der Sterbehilfe vornehmen.

III. Die strafrechtliche Bewertung des Behandlungsabbruchs bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten

A. Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen

Wie die bisherigen Ausführungen deutlich machen, kommt der Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen bei der juristischen Aufarbeitung des technischen Behandlungsabbruchs entscheidende Bedeutung zu. Diese Abgrenzung ist von grosser praktischen Relevanz, weil damit entschieden wird, ob grundsätzlich jedermann als Täter in Frage kommt oder nur Personen mit einer besonderen Beziehung zum Verletzten bzw. gefährdeten Rechtsgut (Garantenstellung, Art. 11 Abs. 2 StGB⁶⁶).⁶⁷

⁶⁴ Vgl. z.B. DAHL, in: Petermann, 121, 123, der ausführt aus religiöser Sicht können nur assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe als Sterbehilfe bezeichnet werden, wohingegen passive und indirekte Sterbehilfe gar keine Formen der Sterbehilfe seien; NORDMANN, SAeZ 2001, 2431, 2431 ff.; SCHRADER, 155 ff.; SIEP/QUANTE, in: Holderegger, 37, 37 ff.; vgl. auch BOSSHARD, Schweiz Med Forum 2005, 193, 195 f. m.w.H.

⁶⁵ Vgl. z.B. GESANG, Ethik Med, 161, 161 ff.; vgl. auch BOSSHARD, Schweiz Med Forum 2005, 193, 194 f. m.w.H.

⁶⁶ Art. 11 StGB wurde mit der Revision des Allgemeinen Teils 2007 ins StGB aufgenommen. Damit haben die von Lehre und Rechtsprechung zuvor entwickelten Kriterien des Unterlassungsdeliktes gerade im Hinblick auf Art. 1 StGB eine gesetzliche Grundlage erhalten; vgl. Bot. StGB, BBl. 1999, 1979, 2001 f. Ob die offen formulierte Bestimmung jedoch das Bestimmtheitsgebot von Art. 1 StGB erfüllt, darf bezweifelt werden; vgl. RIKLIN, § 19 N 4; TRECHSEL/NOLL, 245; andeutungsweise auch BSK StGB I-SEELMANN, Art. 11 N 4.

⁶⁷ Vgl. allgemein zum Unterlassungsdelikt: DONATSCH/TAG, 299 ff.; SEELMANN, 99 ff.; TRECHSEL/NOLL, 241 ff.; STRATENWERTH, § 14 Rn. 1 ff.

Die Abgrenzung von Tun und Unterlassen ist seit jeher eine grosse Herausforderung an die Strafrechtswissenschaft. Der Blick ins Schrifttum zeigt, dass bis heute keine konsensfähigen Kriterien für die Abgrenzung gefunden wurden.⁶⁸ Es stehen jedoch zwei Theorien im Vordergrund: die Schwerpunkt- und die Subsidiaritätstheorie.

1. Schwerpunkttheorie

In Anwendung der Schwerpunkttheorie ist durch eine wertende Ermittlung zu entscheiden, wogegen sich der rechtliche Vorwurf richtet. Es ist nach einer natürlichen Betrachtungsweise – also gestützt auf das äussere Erscheinungsbild des Sachverhalts – zu entscheiden, ob der Schwerpunkt der Handlung bei einem aktiven Tun oder einem Unterlassen liegt.⁶⁹

Die Schwerpunkttheorie wird vor allem in Deutschland vertreten.⁷⁰ Doch auch in der schweizerischen Lehre finden sich vereinzelt Vertreter, welche sich zumindest an diese Theorie anlehnen bzw. eine Kombination von Schwerpunkt- und Subsidiaritätstheorie befürworten.⁷¹ Dabei wird vor allem darauf abgestellt, dass jegliche Entscheidung über die Klassifizierung einer Handlung in Tun oder Unterlassen eine Wertung darstellt. Daher könne die Schwerpunkttheorie auch nicht darum abgelehnt werden, weil sie eine wertende sei.⁷² Die Vertreter dieser Lehrmeinung wollen die Handlung in ihrer sozialen Bedeutung verstanden sehen: «Daraus ergibt sich, dass der Sinn menschlichen Verhaltens unter anderem aus dem Blickwinkel der Gesellschaft und daher – zumindest auch – wertend zu bestimmen ist.»⁷³

2. Subsidiaritätstheorie

Die Subsidiaritätstheorie kommt grundsätzlich ohne wertende Entscheidung aus. Falls irgendeine äusserlich feststellbare menschliche Handlung kausal für den Erfolgseintritt, tatbestandsmässig, rechtswidrig und schuldhaft ist, liegt eine Begehung vor.⁷⁴ Die Handlung ist äusserlich feststellbar, wenn die handelnde Person einen Energieaufwand in eine bestimmte Richtung vornimmt.⁷⁵ Nur subsidiär, also wenn

⁶⁸ BSK StGB I-SEELMANN, Art. 11 N 19.

⁶⁹ RIKLIN, § 19 N 8; vgl. auch GRUBMILLER, 74 ff.

⁷⁰ Vgl. statt vieler LACKNER/KÜHL, § 13 N 3; KÜHL, § 18 Rn. 14, jeweils m.w.H.; für eine Kombinationslösung vgl. KINDHÄUSER, § 13 N 73 ff. m.w.H.

⁷¹ So z.B. DONATSCH/TAG, 304; GRUBMILLER, 83 ff.

⁷² DONATSCH/TAG, 301.

⁷³ DONATSCH/TAG, 301 ff.

⁷⁴ RIKLIN, § 19 N 8; BSK StGB I-SEELMANN, Art. 11 N 20; STRATENWERTH, § 14 N2; TRECHSEL/NOLL, 247; vgl. auch GRUBMILLER, 77 ff.

⁷⁵ GETH, 32; ENGISCH, in Lackner et al., 163, 170 m.w.N., bezeichnet «als Tun das Aufwenden von Energie in einer bestimmten Richtung, als Unterlassen das Nichteinsetzen von Energie in einer

gar keine aktive Handlung ausgemacht, ein Begehungsdelikt also ausgeschlossen werden kann, liegt eine Unterlassung vor.

Die Subsidiaritätstheorie wird in der Schweiz sowohl von der herrschenden Lehre als auch von der Rechtsprechung als Entscheidungskriterium herangezogen.⁷⁶ Nach schweizerischer Strafrechtsdogmatik ist die Abgrenzung also nach dieser Theorie vorzunehmen.

3. Beurteilung des Behandlungsabbruchs

a. Behandlungsabbruch als Unterlassen

Verschiedene Autoren gehen davon aus, dass es sich beim Behandlungsabbruch um ein Unterlassen handelt. Dabei wird mehrheitlich auf die Rechtsfigur des «Unterlassens durch Tun» zurückgegriffen.⁷⁷ Es wird argumentiert, dass die an sich aktive Abschaltung der Apparate eine Nichtverhinderung des Sterbeprozesses und damit ein passives Sterbelassen sei.⁷⁸ Die Lehrmeinungen, welche im technischen Behandlungsabbruch eine Unterlassung sehen, legen damit den Schwerpunkt auf eine Unterlassung.⁷⁹ Sie stellen also auf die Schwerpunkttheorie ab. Dies zeigt sich darin, dass stark wertende Klassifizierungen vorgenommen werden. So wird etwa ausgeführt, dass das Rechtsgefühl eindeutig ein Unterlassen erkennen lasse.⁸⁰ Auch der soziale Handlungssinn wird in einer Unterlassung gesehen.⁸¹ Vertreter dieser Lehrmeinung betrachten die Abschaltung der Apparaturen nicht als gesonderte Handlung, sondern das Verhalten des Arztes als Gesamtheit.⁸²

Zur Begründung der Unterlassungslösung werden folgende Verhaltensweisen verglichen: Zum einen der Arzt, welcher einen verunfallten Patienten im Zuge der Reanimation manuell beatmet und sich dann entscheidet, diese Massnahme im Einklang mit dem Willen des Patienten abubrechen; zum anderen der Arzt, der sich entscheidet die Geräte zur künstlichen Beatmung eines Patienten abzuschalten. Es wird ausgeführt, dass sich der ethisch-soziale Sinn der beiden Handlungen entspreche und

bestimmten Richtung»; SSW-StGB-KUDLICH, § 13 N 6; vgl. auch GRUBMILLER, 80 ff.; KÜHL, § 18 Rn. 15.

⁷⁶ BGE 115 IV 199, 202 E. 2a; 120 IV 265, 271 E. 2a; 129 IV 119, 122 E. 2.2; HURTADO POZO, *partie générale*, 1291; STRATENWERTH, § 14 N2; TRECHSEL/NOLL, 247; sie wird jedoch auch in Deutschland von einem Teil der Lehre vertreten, SSW-StGB-KUDLICH, § 13 N 6 m.w.H.

⁷⁷ GETH, 31 ff., der dabei auf verschiedene in der deutschen Lehre entwickelte Ansätze zurückgreift; dazu ausführlich ROXIN, FS-Engisch, 380, 393 ff. m.w.H.; vgl. auch VENETZ, 11.

⁷⁸ PETERMANN, in: Petermann, 21, 35.

⁷⁹ Andeutungsweise GORA, in: Dörr/Michel, 284; ebenfalls bloss andeutungsweise DONATSCH/TAG, 301; für Deutschland: KÜHL, § 18 Rn. 17.

⁸⁰ GUNZINGER, 142.

⁸¹ So GUNZINGER, 146, der sich dabei auf die Theorie des sozialen Handlungssinnes von ROXIN und GEILEN anlehnt. Vgl. dazu GEILEN, JZ 1968, 145, 151; ROXIN, FS-Engisch, 380, 395 ff.

⁸² So z.B. ENGISCH, FS-Dreher, 325 ff.; VON DELLINGSHAUSEN, 461.

man daher beides als Unterlassung betrachten müsse.⁸³ Tatsächlich würden bei einer oberflächlichen Betrachtung viele Leute zustimmen, dass es sich jeweils um das gleiche Verhalten des Arztes handelt. Damit wird aber nichts anderes getan, als nach einer Wertung den Schwerpunkt der Handlung jeweils bei der Unterlassung festzulegen. Dieser Vergleich vermag aber ohnehin nur wenig zur Diskussion des Behandlungsabbruchs bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten beizutragen. Die Frage, ob bei einem Patienten in diesem Zustand – der in der Regel schon eine gewisse Dauer aufweist – lebenserhaltende technische Massnahmen nicht mehr aufrecht erhalten werden sollen, lässt sich kaum mit dem Abbruch der ausschliesslich vorübergehend angelegten menschlichen Reanimation vergleichen.⁸⁴

Der wertende Charakter der Einteilung des Behandlungsabbruchs als Unterlassen zeigt sich auch darin, dass dies nach weitverbreiteter Ansicht nur für Ärzte gelten soll.⁸⁵ Richtigerweise unterscheidet sich die Handlung eines aussenstehenden Dritten jedoch weder im Handlungs- noch im Erfolgswert von der Handlung des Arztes. In beiden Fällen werden lebenserhaltende Massnahmen abgebrochen und dem natürlichen Sterbeprozess freien Lauf gelassen.⁸⁶ Die beruflichen Eigenschaften des Täters können keinen Einfluss darauf haben, ob er aktiv handelt oder unterlässt. Diese Abgrenzung kann nur durch tatsächliche Geschehensabläufe beeinflusst sein. Ob ein Tun oder ein Unterlassen vorliegt, ist vorerst eine physikalische Beurteilung. Und höchstens bei einer Betrachtung im Sinne der Schwerpunkttheorie wird eine normative Wertung der physikalischen Abläufe vorgenommen. Doch selbst dann können Eigenschaften des Täters kaum beeinflussen, ob diese eher gehandelt oder unterlassen hat.

Gegen die Einordnung des Behandlungsabbruchs bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten als Unterlassen ist einzuwenden, dass damit die Verhaltensweise – also das Wie – mit dem Verhaltensziel – dem Warum – verwechselt wird.⁸⁷ So wird von Autoren, welche den Behandlungsabbruch als Unterlassen sehen, der Fokus auf das Sterbenlassen bzw. das Nichtweiterführen der lebenserhaltenden Massnahmen gelegt. Dies entspricht dem hinter der Handlung stehenden Ziel. Die dazu bemühte

⁸³ GUNZINGER, 142 f.; das gleiche Beispiel wird auch in der Diskussion in Deutschland verwendet, eingehend dabei GEILEN, JZ 1968, 145, 151, der darauf abstellt, dass es nicht darauf ankommen könne, ob ein Arzt auf höher technisierter Ebene arbeite, «die Apparatur [ist] für den Arzt nichts anderes als sein «verlängerter Arm».

⁸⁴ Ähnlich VENETZ, 11 f.

⁸⁵ GUNZINGER, 142 ff.; PETERMANN, in: Petermann, 21, 35; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6; Gleiches wird auch in Deutschland häufig vertreten: vgl. z.B. DÖLLING, ZIS 2011, 345, 346 f.; ENGISCH, FS-Dreher, 328; KÜHL, § 18 Rn. 18, der dies jedoch dann für nicht zwingend erachtet, wenn der Dritte auf Verlangen des Patienten handelt.

⁸⁶ PETERMANN, in: Petermann, 21, 36; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 60; VENETZ, 12; vgl. auch BÄNZIGER, 58.

⁸⁷ BÄNZIGER, 57 m.w.H.

Verhaltensweise ist jedoch keinesfalls ein blosses Nichtstun, sondern das aktive Abschalten der Apparaturen.

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass hinter der Umdeutung des aktiven Abbruchs in ein blosses Nichtstun auch die problematischen Begrifflichkeiten der Sterbehilfe stehen. Es wird versucht, eine Möglichkeit zu finden, die ethische und gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber dem technischen *Behandlungsabbruchs bei Langzeitwachkomapatienten auf das Strafrecht zu übertragen*.⁸⁸ Wenn man jedoch dem Credo folgt, dass direkte aktive Sterbehilfe a priori rechtfertigungsresistent ist, kann dies nur erreicht werden, indem dieser der passiven Sterbehilfe zugeordnet wird. Dafür muss nach herrschendem Verständnis ein Unterlassen vorliegen. Der Behandlungsabbruch kann konsequenterweise nur dann als solches verstanden werden, wenn man sich von der in der Schweiz herrschenden Subsidiaritätstheorie löst und in diesen Fällen die Schwerpunkttheorie anwendet.⁸⁹ Dies zeigt sich schon darin, dass die umgekehrte Ansicht mit für die Schweiz unüblichen Unterlassungskonstruktionen begründet wird. Es findet ein wertendes Umdeuten eines Tuns in ein Unterlassen statt.⁹⁰ Eine solche «Flucht ins Unterlassen»⁹¹ ist abzulehnen.⁹²

b. Exkurs: Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs bei der Einordnung als Unterlassen

Die Lehrmeinungen, welche den Behandlungsabbruch trotz der Geltung der Subsidiaritätstheorie als Unterlassung verstehen, können die Rechtfertigungsbegründungen der passiven Sterbehilfe übernehmen.⁹³ Der Wunsch des Patienten nach Abbruch der Behandlung führt zur Einschränkung oder dem Wegfall der Garantenpflicht des Arztes. Damit ist dieser nicht wegen einer Tötung durch Unterlassen strafbar.

Die Kritik an der zweifelhaften Prämisse, dass die Einteilung des Behandlungsabbruchs als Unterlassen nur für Mediziner gelten soll, wirkt sich direkt auf die Strafbarkeit von Dritten aus. Eine solche Person hat nämlich in der Regel keine Garantenpflicht gegenüber dem Patienten. Schaltet sie also die Apparaturen aus, und versteht man darunter eine passive Handlung, ist sie in Ermangelung einer Schutzpflicht nicht wegen einer Unterlassung strafbar und somit straffrei. Diese Konsequenz der Klassifikation eines Behandlungsabbruchs als Unterlassen kann nicht hingenommen werden.⁹⁴

⁸⁸ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 60; VENETZ, 11; vgl. auch BÄNZIGER, 58.

⁸⁹ DONATSCH, 25.

⁹⁰ BÄNZIGER, 57; PETERMANN, in: Petermann, 21, 36; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 59.

⁹¹ SCHNEIDER, in: Joecks/Miebach, Vor §§ 211 ff. N 118.

⁹² BÄNZIGER, 58; SCHÜRCH, 127; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 59; vgl. für die Diskussion in Deutschland z.B. ebenso BGHSt 55, 191, 202; SAMSON, FS-Welzel, 579, 601.

⁹³ Vgl. dazu oben II.B.2.b.

⁹⁴ Vgl. auch STRATENWERTH, ZStrR 1978, 60, 66 f.

c. **Behandlungsabbruch als Tun**

Wie gezeigt, stehen der Umdeutung des technischen Behandlungsabbruchs als Unterlassen gewichtige Kritikpunkte entgegen. Diese legen nahe, dass es sich dabei um ein aktives Tun handelt. Dies wird auch bei einer Betrachtung des tatsächlichen Handlungsablaufs deutlich. Der technische Behandlungsabbruch verlangt vom Arzt bzw. der handelnden Person aus rein mechanischer Sicht zwangsweise eine aktive Handlung.⁹⁵ Er verwendet Energie dahingehend, dass er die Geräte abschaltet.⁹⁶

Im Einklang mit dem in der Schweiz geltenden Subsidiaritätsprinzip kann nichts anderes gefolgert werden, als dass an ein Tun angeknüpft werden kann und das Abschalten der Geräte somit als aktive Handlung angesehen werden muss.⁹⁷

d. **Loslösung von der Einteilung in Tun und Unterlassen**

Immer wieder wird angeführt, dass der technische Behandlungsabbruch die juristische Abgrenzung von Tun und Unterlassen vor unlösbare Probleme stellt. Dementsprechend wird darauf hingewiesen, dass die bisher entwickelten dogmatischen Instrumente keine befriedigende, unumstrittene Antwort liefern können.⁹⁸

In Anbetracht dieser Schwierigkeiten entwickelte der deutsche Bundesgerichtshof (BGH) in einer Entscheidung aus dem Jahr 2010 eine speziell auf den Behandlungsabbruch ausgerichtete Lösung. Das Gericht hält zunächst fest, dass es die wertende Umdeutung des aktiven Tuns in ein normatives Unterlassen ablehnt.⁹⁹ Es folgert daraus jedoch nicht, dass von einem Tun auszugehen ist. Ein Behandlungsabbruch umfasse regelmässig eine Vielzahl von aktiven und passiven Handlungen, deren Einordnung in Tun oder Unterlassen von blossen Zufällen abhängen könne. Daher bündelt das Gericht solches ärztliches Handeln in einen «normativ-wertenden Oberbegriff des Behandlungsabbruchs».¹⁰⁰ Es schafft damit eine neue, von der klassischen Einteilung in Tun und Unterlassen losgelöste Handlungskategorie, welche nur für diesen bestimmten Fall gilt.

⁹⁵ SCHÜRCH, 125; VENETZ, 12.

⁹⁶ Dazu KÜHL, § 18 Rn. 17 m.w.H.; insoweit irritierend ENGISCH, FS-Dreher, 309, 325 ff., der hier die Energie nicht im naturalistischen Sinn verstanden haben will und aus der ganzheitlichen Betrachtung des ärztlichen Handelns schliesst, dass die Energie erst mittelbar auf den Körper des Patienten wirkt und daher von einem Unterlassen auszugehen ist.

⁹⁷ Ebenso BÄNZIGER, 56 f., 123; SCHÜRCH, 125 ff.; BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 59; SEELMANN, 104 f.; STRATENWERTH, ZStrR 1978, 60, 67.

⁹⁸ ROXIN, FS-Engisch, 380, 398; VON DELLINGSHAUSEN, 461.

⁹⁹ BGHSt 55, 191, 202.

¹⁰⁰ BGHSt 55, 191, 202 f.

Diese Lösung des Abgrenzungsproblems wird in der deutschen Lehre zu Recht kritisiert.¹⁰¹ In Anbetracht dieser Kritik, aber vor allem im Hinblick des in der Schweiz klar vorherrschenden Subsidiaritätsprinzips und der daraus abzuleitenden Einordnung des Behandlungsabbruchs als aktives Tun, vermag die Rechtsprechung des BGH für die vorliegende Untersuchung keine neuen Erkenntnisse bieten. Zudem erscheint es problematisch, die Unterscheidung in Tun und Unterlassen gerade für Zweifelsfälle einfach fallenzulassen. Ebenso lässt sich nicht abschätzen, wie sich diese Auslegung auf andere Problemfälle auswirken könnte.

4. Zwischenfazit

Beim Behandlungsabbruch handelt es sich nach schweizerischer Strafrechtsdogmatik um ein aktives Tun. Die Umdeutung zur Unterlassung vermag aufgrund verschiedener argumentativer Schwächen nicht zu überzeugen. Grundsätzlich ist also davon auszugehen, dass es sich bei einem Behandlungsabbruch tatbestandsmässig um eine aktive Tötung handelt, die unter Art. 111 ff. StGB fällt, wobei insbesondere die Tötung auf Verlangen nach Art. 114 StGB im Vordergrund steht.

Wie die vielen Umdeutungsbemühungen in der juristischen Lehre, aber auch die Meinung der Bevölkerung¹⁰² sowie die medizinische Praxis¹⁰³ zeigen, besteht jedoch ein Bedürfnis, dass ein technischer Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten straflos bleiben kann. Es ist deshalb zu untersuchen, ob eine aktive Abbruchshandlung in bestimmten Situationen gerechtfertigt sein kann.

B. Rechtfertigung des aktiven Behandlungsabbruchs bei zerebral schwerst geschädigten Patienten

1. Die Patientenautonomie als Rechtfertigungsmöglichkeit

a. Beachtung des Selbstbestimmungsrechts – teleologische Reduktion von Art. 114 StGB

Bei der Rechtfertigung der passiven, in gewisser Weise aber auch bei der aktiven, Sterbehilfe kommt dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen und damit dem

¹⁰¹ KÜHL, § 18 Rn. 17 m.w.H.; WALTER, ZIS 2011, 76, 76 ff.; Vgl. auch DÖLLING, ZIS 2011, 345, 346, der ausführt, dass mit dieser Rechtsprechung keine Loslösung von den Kategorien Tun und Unterlassen gemacht worden sei, da die Ausführungen lediglich für die Frage nach der Rechtfertigung getätigt worden seien; KUBICIEL, ZJS 2010, 656, 656 ff.; zustimmend hingegen: HIRSCH, JR 2011, 32, 37 ff.; SSW-StGB-MOMSEN, Vor §§ 211 ff. N 28.

¹⁰² SCHWARZENEGGER et al., Jusletter vom 13. September 2010, 8.

¹⁰³ Die ärztliche Standesordnung hält einen Behandlungsabbruch für möglich; vgl. SAMW, Langzeitpatienten, 5.

Rechtfertigungsgrund der Einwilligung erhebliche Bedeutung zu. Dabei ist vorweg zu bemerken, dass das Selbstbestimmungsrecht nicht jegliche Eingriffe in die eigenen Rechtsgüter legitimieren kann, selbst wenn sie gewollt sind. So sieht die herrschende Lehre in der Schweiz eine Einwilligungsschranke für Tötungen und grundsätzlich auch für schwere Körperverletzungen vor.¹⁰⁴ Dies folgt für Tötungen insbesondere daraus, dass die Tötung einer anderen Person auf dessen ausdrücklichen Wunsch sogar dann strafbar ist, wenn der Täter aus achtenswerten Beweggründen handelt (Art. 114 StGB).¹⁰⁵ Dementsprechend wird auch die Anwendbarkeit einer Patientenverfügung in diesem Bereich in Frage gestellt. Eine solche ist wie angesprochen unbeachtlich, wenn sie gegen gesetzliche Vorschriften verstösst. Daraus wird in der Regel abgeleitet, dass keine direkte aktive Sterbehilfe angeordnet werden kann.¹⁰⁶

Zur Frage der Einwilligung in den Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Patienten ist nochmals der bereits erwähnte Entscheid des deutschen Bundesgerichtshofes beizuziehen. Neben der abzulehnenden Loslösung von der Unterscheidung in Tun und Unterlassen hat der Entscheid nämlich eine zentrale Neuerung für die Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs gebracht.¹⁰⁷ Der BGH leitet aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten dessen Recht ab, in einen solchen einzuwilligen. Dies jedoch nur insoweit, als dass eine Behandlung abgebrochen und dem Krankheitsprozess freien Lauf gelassen wird. Gezielte Eingriffe, welche die Lebensbeendigung vom Krankheitsprozess abkoppeln, sind weiterhin nicht einwilligungsfähig. Zentrale Voraussetzungen für die Einwilligung in den Behandlungsabbruch sind also die Behandlungsbezogenheit und die Verwirklichung des auf die Behandlungsbeendigung bezogenen Willens der betroffenen Person.¹⁰⁸ Zur Feststellung des Patientenwillens sollen strenge Kriterien angewendet werden.¹⁰⁹ Wobei insbesondere der Patientenverfügung erhebliche Bedeutung zukommt. Ein darin angeordneter Behandlungsabbruch ist verbindlich und gerechtfertigt.¹¹⁰

Es ist zu prüfen, ob eine solche Rechtfertigungslösung auch in der Schweiz möglich ist. Dabei ist vorwegzunehmen, dass die Frage der Einwilligung in einen Behandlungsabbruch nur schwer mit dem Wortlaut von Art. 114 StGB in Einklang gebracht werden kann. In Deutschland wurde zu Recht die Frage aufgeworfen, wie es sein kann, dass eine Tötung ausdrücklich tatbestandsmässig ist, selbst wenn sie auf Ver-

¹⁰⁴ DONATSCH/TAG, 258 f.; BSK StGB I-SEELMANN, Vor. Art. 14 N 11; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 14 N 11.

¹⁰⁵ DONATSCH, recht 2000, 141, 141; DONATSCH/TAG, 258; STRATENWERTH, § 10 Rn. 14.

¹⁰⁶ AEBI-MÜLLER, Jusletter vom 22. September 2014, Rz. 171; AEBI-MÜLLER, ZBJV 2013, 150, 153; HAUSHEER/PERRIG-CHIELLO, ZBJV 2012, 773, 797; HRUBESCH-MILLAUER/JAKOB, in: WOLF, 65, 105.

¹⁰⁷ KÜHL, § 18 Rn. 19.

¹⁰⁸ BGHSt 55, 191, 204 f.

¹⁰⁹ BGHSt 55, 191, 205; vgl. dazu auch BGHSt 40, 257, 263.

¹¹⁰ BGHSt 55, 191, 198 ff.

langen des Opfers erfolgt (so der dem Art. 114 StGB entsprechende § 216 D-StGB), aber dennoch gerechtfertigt werden kann, wenn das Opfer mutmasslich zustimmt.¹¹¹ Der BGH führt diesbezüglich aus, dass die tatbestandsmässigen Grenzen von § 216 D-StGB unberührt bleiben, da «Handlungen, die der Ablehnung einer medizinischen Massnahme oder der Untersagung ihrer Fortführung durch den betroffenen Patienten Rechnung tragen, von einer Tötung auf Verlangen i.S.d. § 216 [D-]StGB strikt zu unterscheiden sind.»¹¹² Im Hinblick auf die zuvor erarbeitete Beurteilung des Behandlungsabbruchs als aktives Tun, kann diese Begründung allerdings nicht genügen. Handelt es sich dabei nämlich um eine aktive Tötung, ist diese in der Tat vom klaren Wortlaut der Tötung auf Verlangen erfasst. Es muss also gesondert untersucht werden, ob der Anwendungsbereich dieses Tatbestandes soweit eingeschränkt werden kann, dass er den Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten nicht mehr erfasst und somit eine Einwilligungsmöglichkeit dahingehend offensteht.

Dazu steht dogmatisch gesehen nur eine überzeugende Möglichkeit offen: die teleologische Reduktion von Art. 114 StGB.¹¹³ Durch eine teleologische Reduktion kann ein vordergründig eindeutiger, aber verglichen mit der Teleologie des Gesetzes zu weit gefasster Wortsinn auf den Anwendungsbereich reduziert werden, welcher der ratio legis entspricht.¹¹⁴ Im Strafrecht ist eine Abweichung vom Wortlaut grundsätzlich nur zugunsten des Beschuldigten möglich.¹¹⁵ Der Sinn des Gesetzes ist einem zeitlichen Wandel unterlegen.¹¹⁶ Dementsprechend ist in der Praxis die Loslösung vom Wortlaut auch mit zunehmendem Alter des Gesetzestextes eher möglich.¹¹⁷ Gerade im Bereich der Sterbehilfe haben sich die Ansichten stark verändert, weshalb davon auszugehen ist, dass der historische Gesetzgeber bei der Schaffung der Tötung auf Verlangen eine andere Einstellung dazu hatte und dass die Norm daher beschränkt werden sollte.¹¹⁸ So sprechen verschiedene Gründe für eine teleologische Reduktion von Art. 114 StGB.

Sowohl der Suizid als auch die passive Sterbehilfe werden heute als straflos angesehen.¹¹⁹ Dass der Behandlungsabbruch bei Langzeitpatienten der passiven Sterbehilfe sehr ähnlich ist, zeigen die bisherigen Ausführungen. Gerade bei zerebral schwerst geschädigten Patienten ist jedoch auch eine Bezugsnähe zum Suizid gegeben, da der

¹¹¹ WALTER, ZIS 2011, 76, 78.

¹¹² BGHSt 55, 191, 205; vgl. dazu zustimmend: DÖLLING, ZIS 2011, 345, 347.

¹¹³ Für die deutsche Rechtslage ebenso WALTER, ZIS 2011, 76, 81 f.

¹¹⁴ BGE 121 III 219, 225, E. 1d/aa; KRAMER, 224 ff. m.w.H.; KRAMER, ZSR-Beiheft 15, 65, 65 f.; vgl. für Deutschland auch WALTER, ZIS 2011, 76, 81.

¹¹⁵ STRATENWERTH, § 4 Rn. 32; vgl. auch WALTER, ZIS 2011, 76, 81.

¹¹⁶ DONATSCH/TAG, 39.

¹¹⁷ BSK StGB I-POPP/BERKEMEIER, Art. 1 N 42.

¹¹⁸ WALTER, ZIS 2011, 76, 81, für § 216 D-StGB.

¹¹⁹ Vgl. zur passiven Sterbehilfe II.B.2.b; zur Straflosigkeit des Suizids z.B.: BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Art. 115 N 1 ff. m.w.H.; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 1 Rn. 49.

Tod vom Willen des Täters getragen ist, er jedoch durch seinen gesundheitlichen Zustand unmöglich selbst die Tatherrschaft über seinen Tod haben kann.¹²⁰

Ein weiterer wertender Vergleich ist auch mit dem anfänglichen Verzicht auf eine Behandlung vorzunehmen. Keine Person darf zu medizinischen Eingriffen gezwungen werden; jeder hat daher das Recht auf medizinische Massnahmen zu verzichten, selbst wenn sie medizinisch indiziert sind – sogar wenn es andernfalls zum Tod kommt.¹²¹ Ein gegen den Willen des Patienten eingeleiteter medizinischer Eingriff ist widerrechtlich.¹²² Diese Rechtsfolge sollte nicht vom Zeitpunkt abhängen, in welchem die Unerwünschtheit eintritt. Das heisst, auch eine gegen den Willen des Patienten aufrechterhaltene medizinische Massnahme ist widerrechtlich. Kann man also auf die lebenserhaltende Behandlung vor deren Aufnahme straffrei verzichten, muss man sie später auch straffrei abbrechen können.¹²³ Das gilt insbesondere, wenn sich die genaue medizinische Diagnose erst zu einem späteren Zeitpunkt stellen lässt. Gerade bei zerebral geschädigten Patienten kann eine solche – vor allem im Hinblick auf die Irreversibilität des Zustandes – erst nach einiger Zeit gestellt werden.¹²⁴ Dabei muss der betroffenen Person das Recht zukommen, den Behandlungsabbruch für jenen Zeitpunkt zu verlangen, indem die genaue Diagnose oder die Irreversibilität des Zustandes feststeht. Der Behandlungsabbruch ist diesbezüglich dem anfänglichen Behandlungsverzicht gleichzusetzen.¹²⁵ In dieselbe Richtung geht die Überlegung, dass der historische Gesetzgeber die medizinische Entwicklung nicht absehen konnte. So ist es heute möglich, zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten noch über längere Zeit künstlich am Leben zu erhalten. Diese technischen Sterbeverzögerungen waren bei der Schaffung der Tötungsdelikte nicht bekannt und die damit aufkommenden Probleme konnten nicht antizipiert werden.

Zuletzt ist noch darauf hinzuweisen, dass dem Selbstbestimmungsrecht heutzutage verfassungsmässig grosse Bedeutung zugemessen wird.¹²⁶ In Anbetracht des Prinzips der verfassungskonformen Auslegung von Strafvorschriften¹²⁷ ist dies ebenfalls zur

¹²⁰ Vgl. auch BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 67; WALTER, ZIS 2011, 76, 81.

¹²¹ STRATENWERTH, § 10 Rn. 14; vgl. zur Rechtslage in Deutschland auch BGHSt 55, 191, 196 ff. m.w.H.

¹²² BGE 124 IV 258, 260 E. 2; 99 IV 208, 210 f. E. 3 f.; DONATSCH, 61; HURTADO POZO, *partie spéciale*, 453 ff.; BSK StGB II-ROTH/BERKEMEIER, Vor Art. 122 N 26 ff.; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, § 3 Rn. 16; THOMMEN, 29; Praxiskommentar-TRECHSEL/FINGERHUTH, Vor Art. 122 N 6; vgl. zur Rechtslage in Deutschland auch BGHSt 55, 191, 196 f. m.w.H.

¹²³ Ebenso RIKLIN, in: Holdenegger, 328, 337.

¹²⁴ STRATENWERTH, in: FS Schreiber, 893, 894.

¹²⁵ Vgl. dazu auch HIRSCH, JR 2011, 32; WALTER, ZIS 2011, 76, 82.

¹²⁶ Vgl. etwa BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 61, welcher den Behandlungsabbruch bei Langzeitwachkomapatienten mit einem auf verfassungsrechtlichen Abwägungen basierenden übergesetzlichen Rechtfertigungsgrund legitimiert. Vgl. zur grundrechtlichen Vertretbarkeit des Behandlungsabbruchs bei solchen Patienten: HANGARTNER, 92 f.; vgl. zum Selbstbestimmungsrecht allgemein: KIENER/KÄLIN, 146 ff.; MÜLLER/SCHIEFFER, 138 ff.

¹²⁷ Vgl. dazu DONATSCH/TAG, 38 f.; STRATENWERTH, § 4 Rn. 36.

Begründung einer teleologischen Reduktion von Art. 114 StGB beizuziehen. Die grosse Bedeutung und die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts im medizinischen Kontext lassen sich darüber hinaus darin erkennen, dass die Autonomie des Einzelnen ein zentraler Punkt in der Revision des Erwachsenenschutzrechts war und man insbesondere die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen festgelegt hat.¹²⁸

Insgesamt sprechen also verschiedene Argumente dafür, dass Art. 114 StGB teleologisch zu reduzieren ist und der technische Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Patienten damit nicht unter den an sich klaren Wortlaut dieser Bestimmung fällt. Hat der Betroffene dann genau für einen solchen Zustand eine Behandlungsverzichtserklärung – etwa in der Form einer Patientenverfügung – abgegeben, ist der daraus abzuleitende Wille beachtlich und vermag den Behandlungsabbruch zu rechtfertigen.¹²⁹ Damit ist im Ergebnis nichts anderes gesagt, als dass eine Person in einer solchen Extremsituation in ihre Tötung einwilligen kann. Die Einwilligungsschranken sind in solchen Fällen nicht anwendbar.

b. Voraussetzungen für die Rechtfertigung des aktiven Behandlungsabbruchs

Wenn also grundsätzlich von einer teleologischen Reduktion von Art. 114 StGB auszugehen ist, muss klar dargelegt werden, für welche Fallkonstellationen eine solche anwendbar ist.

Die vorangehende Begründung macht deutlich, dass diese sich einzig für den Behandlungsabbruch bei Personen im dauerhaften Wachkoma aufdrängt. Es bedarf also einer medizinischen Diagnose, welche dem Bereich der schwersten zerebralen Schädigung mit höchstwahrscheinlich irreversiblen Charakter zuzuordnen ist.

Die zweite Anforderung geht schon klar aus der Begründung für die Anwendung einer teleologischen Reduktion hervor. Die Handlung des Täters bedarf einer direkten Beziehung zur medizinischen Behandlung des betroffenen Patienten.¹³⁰ Eine solche wird abgebrochen; es erfolgt keine darüber hinausgehende Sterbebeschleunigung. Im Hinblick auf zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten bedeutet dies, dass die technischen Apparaturen zur Lebenserhaltung sowie die künstliche Ernährung abgebrochen werden und der Patient in Ermangelung der körpereigenen Lebenserhaltung einen natürlichen Sterbeprozess durchläuft. Dabei ist es natürlich möglich, allfällige Schmerzen mittels medikamentöser Unterstützung zu minimieren.

¹²⁸ Bot. ZGB, BBl. 2006, 7001, 7002; auch der BGH sieht in der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügungen ein klares Indiz zur Stärkung der Selbstbestimmung: BGHSt 55, 191, 199 ff.

¹²⁹ Im Ergebnis ebenso BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 61.

¹³⁰ So auch BGHSt 55, 191, 205.

Als letzte Voraussetzung muss der Behandlungsabbruch klar vom Willen des Patienten erfasst sein. Da dieser in den vorliegend betrachteten Fällen jeweils nicht kommunikationsfähig ist, kann es nur um einen mutmasslichen Willen gehen. Dieser muss zweifelsfrei feststellbar sein. Am besten geeignet und für diese Fälle vom Gesetzgeber vorgesehen ist eine Patientenverfügung i.S.v. Art. 370 ff. ZGB. Eine solche kann sich nach dem bisher Ausgeführten auch auf einen Behandlungsabbruch für den Fall einer schweren zerebralen Schädigung beziehen und ist insoweit nicht gesetzeswidrig. Entscheidend ist jedoch, dass sich die Anordnung genau auf einen solchen Fall bezieht. Es muss also klar sein, bei welcher medizinischen Diagnose oder allenfalls nach was für einer Behandlungszeit im Wachkoma ein Abbruch gewünscht wird.¹³¹ Der Patientenwille muss sich also klar auf die zerebral schwere Schädigung beziehen. Je zeitnäher die Verfügung zum schädigenden Ereignis liegt, desto eher ist von einem aktuellen Willen auszugehen.

Liegt keine Patientenverfügung vor, ist der mutmassliche Wille auf andere Weise festzustellen. Diesbezüglich kommt den Angehörigen oder allfälligen Vertretungspersonen (Art. 378 ZGB) erhebliche Bedeutung zu.¹³² Im hier vorliegenden Fall ist zu fordern, dass sich die Entscheidung der Angehörigen explizit nach dem mutmasslichen Willen des Patienten ausrichtet. Zu fordern sind also klare Anhaltspunkte für frühere Äusserungen des Patienten, welche den Wunsch nach einem Behandlungsabbruch in einer solchen Situation eindeutig erkennen lassen. Im Zweifel ist aufgrund der Unwiderruflichkeit der Entscheidung der Fortführung der lebenserhaltenden Massnahmen den Vorzug zu geben (in dubio pro vita).¹³³

2. Patientenexterne Faktoren als Rechtfertigungsgründe

Die Frage, ob sich ein Behandlungsabbruch auch dann ausnahmsweise rechtfertigen lässt, wenn kein mutmasslicher Wille festgestellt werden kann, ist völlig unklar.¹³⁴ Entsprechend zu den allgemeinen Ausführungen bei der Rechtfertigung der passiven Sterbehilfe ist dabei grundsätzlich fraglich, ob nach objektiven Kriterien entschieden werden kann, ob die Lebensverlängerung noch sinnvoll erscheint.¹³⁵ Dabei ist wie soeben ausgeführt eher auf das Absehen bzw. das Abbrechen von lebenserhaltenden Massnahmen zu verzichten.¹³⁶ Trotzdem können in Extremfällen wohl patientenexterne Faktoren zur Rechtfertigung herangezogen werden.¹³⁷

¹³¹ Vgl. BGHSt 40, 257, 259 ff. für eine zu undifferenzierte Patientenverfügung.

¹³² Vgl. dazu auch oben II.B.2.b.

¹³³ Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6a; vgl. auch BGHSt 40, 257, 263.

¹³⁴ BSK StGB II-SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111 N 61.

¹³⁵ KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 621; vgl. auch THOMMEN, 118.

¹³⁶ Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6a; eher kritisch GETH/MONA, ZSR 2009, 155, 159 f.

¹³⁷ PIETH, 24; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6a.

Zu solchen Faktoren gehören etwa die Sinnlosigkeit der Lebensaufrechterhaltung, die Unzumutbarkeit der Lebenserhaltung für den Klinikbetrieb, die Kosten und weitere vor allem in die Richtung der knappen Ressourcen zielende Gründe. Dazu ist zunächst zu bemerken, dass solche Gründe die Sterbehilfe prinzipiell nicht legitimieren können.¹³⁸ Dennoch ist man sich einig, dass gerade im Hinblick auf den heutigen Stand der Medizin, wo auch Personen am Leben erhalten werden können, bei denen die Funktion des Grosshirns ausgefallen ist, eine Notwendigkeit bestehen kann, knappe Ressourcen zugunsten von Patienten mit tatsächlichen Heilungsaussichten einzusetzen.¹³⁹ Wenn ein Arzt in einer solchen Situation tatsächlich gezwungen ist, zwischen der Aufwendung der Ressourcen für verschiedene Patienten zu entscheiden, kann der Behandlungsabbruch durch eine Pflichtenkollision¹⁴⁰ oder durch Notstand i.S.v. Art. 17 StGB gerechtfertigt sein.¹⁴¹

3. Kritik an der Rechtfertigung aktiver Sterbehilfe – insbesondere das Dambruch-Argument

Betrachtet man die Literatur zur teilweisen Rechtfertigung von direkter aktiver Sterbehilfe, so steht dabei eine Kritik im Zentrum: das Dambruch-Argument.¹⁴² Dieses kann man folgendermassen auf den Punkt bringen: «Lässt man in eng begrenzten Ausnahmefällen die aktive Sterbehilfe zu, so wird dies zu einer Praxis der Tötung von Patienten auch ausserhalb jener anfänglichen Grenzen führen.»¹⁴³

Bezugnehmend auf diese Kritik ist zunächst festzuhalten, dass es beim Dambruch grundsätzlich nicht um Missbrauchsfälle gehen kann.¹⁴⁴ Kommt es in einem Fall zu einem Behandlungsabbruch, ohne dass die vorher beschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind, so handelt es sich um eine Tötung auf Verlangen nach Art. 114 StGB oder um ein anderes vorsätzliches Tötungsdelikt. Es kann also einzig und alleine die Frage aufgeworfen werden, ob die nur in sehr eingeschränkten Fallkonstellationen mögliche Rechtfertigung eines aktiven Behandlungsabbruchs tatsächlich dazu führen würde, dass die einschränkenden Voraussetzungen unweigerlich gelockert werden würden. Gerade in Anbetracht dessen, dass ein grosser Teil der Lehre den Behandlungsabbruch durch wertende Umdeutung rechtfertigt und solche Fallkonstellationen in der Praxis daher bereits vorkommen, kann das Dambruch-Argument hier keine gerechtfertigte Kritik erheben. Wenn die Praxis solche Fälle jetzt schon straffrei vor-

¹³⁸ PIETH, 24; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6a.

¹³⁹ GUNZINGER, 183 f.; PIETH, 24; Praxiskommentar-TRECHSEL/GETH, Vor Art. 111 N 6a.

¹⁴⁰ Vgl. zu diesem notstandsähnlichen Rechtfertigungsgrund: DONATSCH/TAG, 263 ff.; SEELMANN, 70; BSK StGB I-SEELMANN, Art. 17 N 16 f.; STRATENWERTH, § 10 Rn. 62 ff., jeweils m.w.H.

¹⁴¹ GUNZINGER, 183 f.; PIETH, 24.

¹⁴² CASANI, in: Bertrand et al., 399, 408; MERKEL, in Petermann, 125, 125.

¹⁴³ MERKEL, in Petermann, 125, 125.

¹⁴⁴ Vgl. dazu auch MERKEL, in Petermann, 125, 127 f.

nimmt, dürfte sich keine Ausweitung ergeben, nur weil man die Straffreiheit auf dogmatisch sauberem Weg rechtfertigt.¹⁴⁵

Ein weiterer Kritikpunkt liegt darin, dass befürchtet wird, eine Ausweitung der Rechtfertigung aktiver Sterbehilfe könnte deren Inanspruchnahme zur «moralischen Obliegenheit» machen. Betroffene könnten sich gedrängt fühlen, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, damit sie für die Angehörigen oder die Gesellschaft nicht zur Last werden.¹⁴⁶ Dazu kann auf das gerade Ausgeführte verwiesen werden. Im Kontext des Behandlungsabbruchs bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten handelt es sich um einen solchen Sonderfall, welcher bereits heute teilweise straffrei vorgenommen wird, sodass dessen Rechtfertigung nicht dazu beitragen wird, dass sich Personen zur Inanspruchnahme von Sterbehilfe gedrängt fühlen werden.

IV. Zusammenfassung und Schlusswort

Wie in den vorangegangenen Ausführungen gezeigt, handelt es sich beim Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten in strafrechtlicher Hinsicht um eine aktive Handlung und damit nach herrschendem Verständnis um aktive Sterbehilfe. Dennoch ist ein solches Verhalten nicht zwingend zu bestrafen und es können Rechtfertigungsgründe vorliegen. Im Rahmen einer teleologischen Reduktion von Art. 114 StGB kann erreicht werden, dass in den Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Patienten eingewilligt werden kann. Dabei gelten jedoch strenge Voraussetzungen: es bedarf eines eindeutigen Bezugs zur Behandlung und der Abbruch muss aus dem eindeutig feststellbaren und klaren mutmasslichen Willen des Patienten hervorgehen.

Diese Auslegungslösung kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich beim Behandlungsabbruch und bei der Sterbehilfe insgesamt um ein sensibles Thema handelt, bei dem verschiedene Ansichten aufeinandertreffen. Dabei ist darauf zu achten, dass dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen bestmöglichst entsprochen wird, sodass jeder Mensch schliesslich so behandelt oder eben nicht behandelt wird, wie sie oder er es sich wünscht, jedoch ohne dass andere Personen zu Handlungen gezwungen werden, welche sie nicht mit der eigenen Moral vereinbaren können. Auch wenn die vorgeschlagene Lösung als gangbarer Weg erscheint, wäre aufgrund des äusserst sensiblen Themas und der doch ungewissen Rechtslage eine gesetzgeberische Lösung – etwa durch eine explizite Ausklammerung des Behandlungsabbruchs bei Langzeitwachkomapatienten aus Art. 114 StGB¹⁴⁷ – zu bevorzugen.¹⁴⁸ Dabei

¹⁴⁵ Kritisch zum Dambruch-Argument auch MERKEL, in Petermann, 125, 133 ff.

¹⁴⁶ DONATSCH, recht 2000, 141, 146.

¹⁴⁷ Vgl. etwa ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, 35 ff.; WETTSTEIN, SAeZ 2001, 716, 716.

sollte insbesondere geklärt werden, unter welchen Umständen der mutmassliche Wille eines Patienten als gegeben erachtet werden kann und unter welchen Voraussetzungen oder ob überhaupt patientenexterne Faktoren zur Entscheidung des Behandlungsverzichts bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten herangezogen werden dürfen.

Zum Schluss bleibt festzuhalten, dass mit der Möglichkeit, den Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten zu rechtfertigen, in keiner Weise ein Votum für lebensunwertes Leben geschaffen werden soll. Ein solches kann es nicht geben.¹⁴⁹ Es geht auch nicht darum, dass Patienten *sterben müssen*; es soll lediglich verhindert werden, dass sie in einer Situation zwangsweisem *leben müssen* gefangen gehalten werden.¹⁵⁰ Eine Stärkung des Selbstbestimmungsrechts in diesem Bereich führt dazu, dass jede Person individuell entscheiden kann, was für ihn würdevolles Leben oder würdevolles Sterben bedeutet.

Literaturverzeichnis

- AEBI-MÜLLER REGINA E., Der urteilsunfähige Patient – eine zivilrechtliche Auslegeordnung, Jusletter vom 22. September 2014
- AEBI-MÜLLER REGINA E., Perpetuierte Selbstbestimmung? Einige vorläufige Gedanken zur Patientenverfügung nach neuem Recht, ZBJV 2013, 150
- BÄNZIGER CHRISTIAN, Sterbehilfe für Neugeborene aus strafrechtlicher Sicht, Zürich 2006
- BAUMGARTEN MARK-OLIVER, The Right to Die?: Rechtliche Probleme um Sterben und Tod, Bern 1998
- BOSSHARD GEORG, Begriffsbestimmungen in der Sterbehilfedebatte, Schweiz Med Forum 2005, 193
- BOSSHARD GEORG/DE STOUTZ NOÉMI/BÄR WALTER, Eine gesetzliche Regulierung des Umgangs mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende?, Ethik Med 2006, 120
- BÜCHLER ANDREA/HÄFELI CHRISTOPH/LEUBA AUDREY/STETTLER MARTIN (Hrsg.), FamKommentar Erwachsenenschutz, Bern 2013
- BÜCHLER ANDREA/MICHEL MARGOT, Medizin – Mensch – Recht: Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz, Zürich 2014
- CASANI URSULA, L'assistance au Décès: quelques Repères de droit pénal, in: BERTRAND DOMINIQUE/DUMOULIN JEAN-FRANÇOIS/LA HARPE ROMANO/UMMEL MARINETTE (Hrsg.), Médecin et droit médical: Présentation et résolution de situations médico-légales, 3. Aufl., Chêne-Bourg 2009, 399

¹⁴⁸ Ebenfalls für eine gesetzgeberische Neuerung: SEELMANN, 105; BSK StGB I-SEELMANN, Art. 11 N 22; auch aus verfassungsrechtlicher Sicht, steht vor allem der Gesetzgeber in der Pflicht, die Situation zu klären, HANGARTNER, 94.

¹⁴⁹ BGE 98 Ia 508, 515 E. 4b.

¹⁵⁰ Begriffsunterscheidung nach KUNZ, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger, 613, 626.

- DAHL EDGAR, Nimm dein Kreuz auf dich! Sterbehilfe zwischen Religion, Moral und Recht, in: PETERMANN FRANK TH. (Hrsg.), Sterbehilfe: Im Fokus der Gesetzgebung, St. Gallen 2010, 121
- DÖLLING DIETER, Gerechtfertigter Behandlungsabbruch und Abgrenzung von Tun und Unterlassen: Zu BGH, Urt. v. 25.6.2010 – 2 StR 454/09, ZIS 2011, 345
- DONATSCH ANDREAS, Strafrecht III: Delikte gegen den Einzelnen, 10. Aufl., Zürich 2013
- DONATSCH ANDREAS, Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, recht 2000, 141
- DONATSCH ANDREAS/TAG BRIGITTE, Strafrecht I: Verbrechenslehre, 9. Aufl., Zürich 2013
- ENGISCH KARL, Tun und Unterlassen, in: LACKNER KARL/LEFERENZ HEINZ/SCHMIDT EBERHARD/WELP JÜRGEN/WOLFF ERNST A. (Hrsg.), FS Wilhelm Gallas, Berlin 1973, 163
- ENGISCH KARL, Konflikte, Aporien und Paradoxien bei der rechtlichen Beurteilung der ärztlichen Sterbehilfe, in: JESCHECK HANS-HEINRICH/LÜTTGER HANS (Hrsg.), FS Eduard Dreher, Berlin 1977, 309
- FAISST K./FISCHER S./BOSSHARD G./ZELLWEGER U./BÄR W./GUTZWILLER F.: Décisions médicales en fin de vie dans six pays européens: Premiers résultats, SAeZ 2003, 1730
- GEILEN GERD, Neue juristisch-medizinische Grenzprobleme, JZ 1968, 145
- GESANG BERNWARD, Aktive und passive Sterbehilfe – Zur Rehabilitation einer stark kritisierten deskriptiven Unterscheidung, Ethik Med 2001, 161
- GETH CHRISTOPHER, Passive Sterbehilfe, Basel 2010
- GETH CHRISTOPHER/MONA MARTINO, Widersprüche bei der Regelung der Patientenverfügung im neuen Erwachsenenschutzrecht: Verbindlichkeit, mutmasslicher Wille oder objektive Interessen?, ZSR 2009, 155
- GORA JUSTYNA, Ausgewählte Fragen der Sterbehilfe in der Schweiz, in: DÖRR BIANKA S./MICHEL MARGOT (Hrsg.), Biomedizinrecht, Herausforderungen – Entwicklungen – Perspektiven: Analysen und Perspektiven von Assistierenden des Rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich, Zürich 2007, 279
- GRUBMILLER PETER, Unterlassen im Strafrecht – Eine vergleichende Darstellung der gesetzlichen Regelungen in der Schweiz und in Deutschland, Zürich 2011
- GUNZINGER PIERRE-ANDRÉ, Sterbehilfe und Strafgesetz, Zürich 1978
- HANGARTNER YVO, Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe, Zürich 2000
- HAUSHEER HEINZ/GEISER THOMAS/AEBI-MÜLLER REGINA E., Das neue Erwachsenenschutzrecht, Bern 2010
- HAUSHEER HEINZ/PERRIG-CHIELLO PASQUALINA, Selbstbestimmung – auch eine Frage des Alters, ZBJV 2012, 773
- HIRSCH HANS JOACHIM, BGH v. 25.6.2010 – 2 StR 454/09: Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch, JR 2011, 32
- HRUBESCH-MILLAUER STEPHANIE/JAKOB DAVID, Das neue Erwachsenenschutzrecht – insbesondere Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung, in: WOLF STEPHAN (Hrsg.), Das neue Erwachsenenschutzrecht – insbesondere Urteilsfähigkeit und ihre Prüfung durch die Urkundsperson, Bern 2012, 65
- HURTADO POZO JOSÉ: Droit pénal : Partie spéciale, Nouvelle édition refondue et augmentée, Genf/Zürich/Basel 2009 (zit. HURTADO POZO, partie spéciale)
- HURTADO POZO JOSÉ: Droit pénal : Partie générale, Nouvelle édition refondue et augmentée, Genf/Zürich/Basel 2009 (zit. HURTADO POZO, partie générale)

- JOECKS WOLFGANG/MIEBACH KLAUS (HRSG.), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch: IV §§ 185–262 StGB, 2. Aufl., München 2012
- KINDHÄUSER URS, Strafgesetzbuch: Lehr- und Praxiskommentar, 5. Aufl., Baden-Baden 2013
- KRAMER ERNST A., Juristische Methodenlehre, 4. Aufl., Bern 2013
- KRAMER ERNST A., Teleologische Reduktion – Plädoyer für einen Akt methodentheoretischer Rezeption, in: Rechtsanwendung in Theorie und Praxis: Symposium zum 70. Geburtstag von Arthur Meier-Hayoz, ZSR-Beiheft 15, Basel 1993, 65
- KIENER REGINA/KÄLIN WALTER, Grundrechte, 2. Aufl., Bern 2013
- KUBICIEL MICHAEL, Entscheidungsbesprechung BGH, Urt. v. 25.6.2010 – 2 StR 454/09, ZJS 2010, 656
- KÜHL KRISTIAN, Strafrecht Allgemeiner Teil, 7. Aufl., München 2012
- KUNZ KARL-LUDWIG, Sterbehilfe: Der rechtliche Rahmen und seine begrenzte Dehnbarkeit, in: DONATSCH ANDREAS/FORSTER MARC/SCHWARZENEGGER CHRISTIAN (Hrsg.), Strafrecht, Strafprozessrecht und Menschenrechte: FS Stefan Trechsel, Zürich 2002, 613
- LACKNER KARL/KÜHL KRISTIAN, Strafgesetzbuch: Kommentar, 27. Aufl., München 2011
- MEILER OLIVER, Seilziehen um Leben und Tod, Tagesanzeiger vom 30. Januar 2014, 12
- MERKEL REINHARD, Das Dammbrech-Argument in der Sterbehilfe-Debatte, in: PETERMANN FRANK TH. (Hrsg.), Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St. Gallen 2008, 125
- MÜLLER JÖRG PAUL/SCHEFER MARKUS, Grundrechte in der Schweiz: Im Rahmen der Bundesverfassung, der EMRK und der UNO-Pakte, 4. Aufl., Bern 2008
- NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (HRSG.), Strafrecht I, Art. 1-110 StGB, Jugendstrafrecht, Basler Kommentar, 3. Aufl., Basel 2013
- NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (HRSG.), Strafrecht II, Art. 111–392 StGB, Basler Kommentar, 3. Aufl., Basel 2013
- NORDMANN YVES, Sterbehilfe aus der Sicht der jüdischen Medizinethik, SAeZ 2001, 2431
- PETERMANN FRANK TH., Sterbehilfe: Eine terminologische Einführung: Klärung der sprachlichen Differenzierungen, in: PETERMANN FRANK TH. (Hrsg.), Sterbehilfe: Grundsätzliche und praktische Fragen: Ein interdisziplinärer Diskurs, St. Gallen 2006, 21
- PIETH MARK, Strafrecht Besonderer Teil, Basel 2014
- RIKLIN FRANZ, Schweizerisches Strafrecht: Allgemeiner Teil I Verbrechenlehre, 3. Aufl., Zürich 2007
- RIKLIN FRANZ, Die strafrechtliche Regulierung der Sterbehilfe: Zum Stand der Reformdiskussion in der Schweiz, in: HOLDENEGGER ADRIAN (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben: Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg 1999, 328
- ROXIN CLAUDIUS, An der Grenze von Begehung und Unterlassung, in: BOCKELMANN PAUL/KAUFMANN ARTHUR/KLUG ULRICH (Hrsg.), FS Karl Engisch, Frankfurt am Main 1969, 380
- SAMSON ERICH, Begehung und Unterlassung, in: STRATENWERTH GÜNTER/KAUFMANN ARMIN/GEILEN GERD/HIRSCH HANS J./SCHREIBER HANS-LUDWIG/JAKOBS GÜNTHER/LOOS FRITZ (Hrsg.), FS Hans Welzel, Berlin/New York 1974, 579
- SATZGER HELMUT/SCHLUCKEBIER WILHELM/WIDMAIER GUNTER (HRSG.), StGB Strafgesetzbuch Kommentar, 2. Aufl., Köln 2014 (zit. SSW-StGB-BEARBEITER)

- SCHRADER TOBIAS, Sterbehilfe: Geschichte und Recht in Europa am Beispiel Deutschland und Frankreich, Marburg 2012
- SCHUBARTH MARTIN, Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen, ZStrR 2009, 3
- SCHÜRCH SIBYLLE, Rationierung in der Medizin als Straftat, Basel 2000
- SCHWARZENEGGER CHRISTIAN, Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Art. 115 StGB), in: PETERMANN FRANK TH. (Hrsg.): Sicherheitsaspekte der Sterbehilfe, St. Gallen, 2008, 81
- SCHWARZENEGGER CHRISTIAN/MANZONI PATRIK/STUDER DAVID/LEANZA CATIA: Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält, Jusletter vom 13. September 2010
- SCHWEIZER RAINER J., Sterbehilfe in verfassungsrechtlicher und menschenrechtlicher Sicht, in: PETERMANN FRANK TH. (Hrsg.), Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St. Gallen 2008, 27
- SEELMANN KURT, Strafrecht Allgemeiner Teil, 5. Aufl., Basel 2012
- SIEP LUDWIG/QUANTE MICHAEL, Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen?, in: HOLDENEGGER ADRIAN (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben: Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg 1999, 37
- STRATENWERTH GÜNTER, Schweizerisches Strafrecht Allgemeiner Teil I: Die Straftat, 4. Aufl., Bern 2011
- STRATENWERTH GÜNTER, Zum Behandlungsabbruch bei zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, in: AMELUNG KNUT/BEULKE WERNER/LILIE HANS/ROSENAU HENNING/RÜPING HENRICH/WOLFLAST GABRIELE (Hrsg.), Strafrecht Biorecht Rechtsphilosophie, FS Hans-Ludwig Schreiber, Heidelberg 2003, 893
- STRATENWERTH GÜNTER, Sterbehilfe, ZStrR 1978, 60
- STRATENWERTH GÜNTER/JENNY GUIDO/BOMMER FELIX, Schweizerisches Strafrecht Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen, 7. Aufl., Bern 2010
- THOMMEN MARC, Medizinische Eingriffe an Urteilsunfähigen und die Einwilligung der Vertreter: Eine strafrechtliche Analyse der stellvertretenden Einwilligung, Basel 2004
- TRECHSEL STEFAN/NOLL PETER, Schweizerisches Strafrecht Allgemeiner Teil I: Allgemeine Voraussetzungen der Strafbarkeit, 6. Aufl., Zürich 2004
- TRECHSEL STEFAN/PIETH MARK, Schweizerisches Strafgesetzbuch: Praxiskommentar, 2. Aufl., Zürich 2013
- VENETZ PETRA, Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht, Zürich 2008
- VON DELLINGSHAUSEN ULRIKE BARONIN, Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes, Düsseldorf 1981
- WALTER TONIO, Sterbehilfe: Teleologische Reduktion des § 216 StGB statt Einwilligung! Oder: Vom Nutzen der Dogmatik: Zugleich Besprechung von BGH, Urt. v. 25.6.2010 – 2 StR 454/09, ZIS 2011, 76
- WETTSTEIN ALBERT, Gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe: Ein Vorschlag aus geriatrischer Sicht, SAeZ 2001, 716

Materialienverzeichnis

ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE, Sterbehilfe: Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement, März 1999, abrufbar unter: <<http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/b-bericht-d.pdf>> (zit. als ARBEITSGRUPPE STERBEHILFE)

Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht) vom 28. Juni 2006, BBl. 2006, 7001

Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches (Allgemeine Bestimmungen, Einführung und Anwendung des Gesetzes) und des Militärstrafgesetzes sowie zu einem Bundesgesetz über das Jugendstrafrecht vom 21. September 1998, BBl. 1999, 1979

SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, Medizinisch-ethische Richtlinie, 5. Aufl., Basel 2013 (zit. als SAMW, Lebensende)

SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, Medizinisch-ethische Richtlinie, Basel 2003 (zit. als SAMW, Langzeitpatienten)