
Euthanasie und Strafrecht in den Niederlanden. Eine abolitionistische Analyse

John Blad

Erasmus-Universität Rotterdam

Euthanasie wird als gesellschaftliches Problem beschrieben und die Versuche, es mit Hilfe des Strafrechts zu regeln und zu kontrollieren, werden kritisch am Beispiel der Entwicklung in den Niederlanden diskutiert. Es zeigt sich, daß das Recht für die Lösung der hier anfallenden Probleme in modernen Gesellschaften weitgehend unbrauchbar ist. Dies gilt ebenfalls für andere, ähnlich strukturierte Konflikte, deren hoheitliche Regelung das Strafrecht beansprucht.

I. Einleitung

Man kann zwei Hauptstränge abolitionistischer Kritik unterscheiden. Der erste ist die ideologiekritische Analyse axiomatischer Legitimationen des Strafrechtssystems. Konfrontiert man diese mit den Ergebnissen sozialwissenschaftlicher Forschung bezüglich der Frage, wie das Strafrecht in seinem weiteren gesellschaftlichen Umfeld tatsächlich funktioniert, so zeigt sich, daß keines der erklärten Strafrechtsziele in befriedigendem Maße erreicht zu werden scheint, oder wenn, dann nur mit zu hohen sozialen Kosten, sodaß das Strafrecht unter abolitionistischer Perspektive als eine kontraproduktive soziale Institution anzusehen ist.¹ Diese allgemeine Kritik wird genährt mit Argumenten und Erkenntnissen aus der zweiten Kritiklinie: der empirischen Untersuchung der Interaktion des Strafrechtssystems mit bestimmten Problemfeldern. Dabei konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf die Wirkungen dieser Interaktion im jeweiligen Problembereich selbst und im Strafrechtssystem.

Besonders erfolgreich war die abolitionistische Kritik auf dem Gebiet der Drogenpolitik, wo ihre Argumente für eine Entkriminalisierung des Drogengebrauchs mehr und mehr Unterstützung sogar bei den Funktionären und „treuen Anhängern“ des Strafrechts finden. Diese fangen nicht nur an zu begreifen, daß Kriminalisierung des Gebrauchs von Drogen die primären Probleme der Drogenabhängigkeit verschlimmert, mit der Folge der „Junkiefizierung“ eines Teils der Bevölkerung. In zunehmendem Maße wächst bei vielen die Erkenntnis der pervertierenden Effekte, die die Forderung nach sog. „effektiver“ sekundärer Kriminalisierung auf die Qualität und den Charakter des Strafrechts selbst hat.² Das Strafrecht ist offensichtlich nicht in der Lage, Drogenkriminalität zu bekämpfen und indem es dies dennoch versucht, verliert seine Schutzfunktion zusehends an Wert.

In diesem Artikel möchte ich das vorläufige Ergebnis einer Untersuchung darstellen, die sich an dem zweiten Kritikstrang des Abolitionismus, der Kritik der Folgen strafrechtlicher Intervention, orientiert. Es geht um *Euthanasie*, einen Begriff, der für eine Gruppe komplexer und vielfältiger sozialer Phänomene steht. Auch wenn ich weiß, daß für viele in Deutschland der Begriff „Euthanasie“ stark negativ vorbelastet ist, ziehe ich es dennoch vor, ihn weiter zu verwenden, denn es ist das in Holland allgemein gebräuchliche Wort, um die Problematik der Sorge für Sterbende zu benennen. Es steht in keinerlei Beziehung mit irgendeinem politischen System oder einer Bevölkerungspolitik, auch wenn einige Gegner der Liberalisierung von Euthanasie die Möglichkeit politischen Mißbrauchs befürchten.³

II. Euthanasie: Die Entwicklung in den Niederlanden

Im eigentlichen Wortsinn bedeutet Euthanasie „ein guter Tod“ (griechisch: eu thanatos), also etwas von vergleichbar hohem Wert wie „ein gutes Leben“ und genauso wie dieses schwer zu definieren. In den Niederlanden wurde Euthanasie (Sterbehilfe) etwa seit 1969 zum Thema einer breiteren öffentlichen Diskussion. Zu dieser Zeit wurde ein kleines Buch eines Arztes namens Van den Berg veröffentlicht, in dem dieser medizinisch hoffnungslose Fälle beschrieb und damit das medizinische Ethos vom „Lebenerhalten um jeden Preis“ angriff (van den Berg, 1969. S. 19). Der Autor setzte sich für eine neue Wertvorstellung ein, deren zentrale Aussage er wie folgt formulierte: „Der Arzt soll Leben erhalten, retten und verlängern, wo und wann immer dies Sinn macht“ (a.a.O., S. 47). Wohlwissend, daß es keine Regel gibt, nach der ein und für allemal entschieden werden kann, welches Leben sinnvoll ist und welches nicht (mehr), sprach er sich für ein Recht des Patienten und zugleich des ihn behandelnden Arztes aus, dem Leben des Patienten ein Ende zu machen, wenn diesem der Tod als ein wünschenswerterer Zustand als das Leben erscheint. Ärzte sollten das Recht haben ihre Patienten töten zu können, wenn diese es wünschten. „Es hört sich so grausam an, daß ein Arzt einen Patienten tötet. Es klingt absolut ungewöhnlich und scheint so unanständig zu sein. Vielmehr ist es aber unanständig, den Unfähigen, den lange Sterbenden und den nahezu Toten dahinvegetieren zu lassen. Dies ist mit Sicherheit grausam“ (a.a.O., S. 48).

Im gleichen Jahr wurden einige kleine Seminare veranstaltet, in denen Ärzte und Juristen diese Problematik vom juristischen Standpunkt aus diskutierten. Die Tötung auf Verlangen wird in § 293 und die Beihilfe zur Selbsttötung in § 294 des holländischen Strafgesetzbuches kriminalisiert. Die Strafdrohungen betragen 12 bzw. 3 Jahre. Die Diskussion blieb aber nicht auf die Vertreter medizinischer und juristischer Berufe beschränkt. Insbesondere durch einen spektakulären Prozeß im Jahre 1973 gegen eine Ärztin, die ihre Mutter mittels eines Medikaments getötet hatte (der „Leeuwarden-Fall“), wurde diese Debatte sehr stark angefacht. Die

Mutter, die schwer körperbehindert war und bereits mehrere Selbsttötungsversuche unternommen hatte, lag in einer Privatklinik, wo ihre Tochter, dem Wunsch ihrer Mutter entsprechend, deren Leben bei einem Besuch ein Ende machte. Dieser Prozeß wurde intensiv von den Medien verfolgt. Es gab viel Unterstützung und Sympathie für die Täterin und andere Ärzte gaben öffentlich zu, daß sie in medizinisch vergleichbaren Fällen genauso gehandelt hatten. Studien- und Interessengruppen wurden gebildet und auch Politiker begannen sich dafür zu interessieren und einzusetzen. Es wurde die Forderung nach „einem Recht auf Sterben“ erhoben, das auch das Recht auf Tötung, sofern jemand dies wünsche, einschließen sollte. 1982 wurde eine Regierungskommission einberufen, um das Problem Euthanasie zu untersuchen und gegebenenfalls einen Vorschlag für ein neues Gesetz zu erarbeiten. Der Nutzen dieser Kommission erschien eher gering, sodaß 1984 ein Mitglied des Parlaments einen eigenen Gesetzesvorschlag vorlegte, der die Erlaubnis aktiver Sterbehilfe vorsah. 1985 veröffentlichte schließlich auch die eingesetzte Regierungskommission ihren Bericht, zusammen mit dem Vorschlag für eine neue Regelung, die auch die Erlaubnis der Euthanasie vorsah.

Gegenwärtig scheint sich das Ende der politischen Debatte über dieses Thema und die dazu eingebrachten Gesetzesvorschläge in der Weise abzuzeichnen, daß nicht das Strafrecht, sondern das Arztrecht (die gesetzliche Regelung medizinischer Behandlung) geändert wird, indem diesem ein Katalog von Anforderungen angegliedert wird, die ein Arzt erfüllen muß, der einen Patienten auf dessen Wunsch hin tötet. Entsprechend den Erläuterungen zu diesem neuen Vorschlag soll damit eine sorgfältig abgewogene Entscheidung sichergestellt werden.

Im einzelnen soll der Arzt:

- den Patienten über dessen Zustand, Aussichten und alternative Möglichkeiten der Schmerzlinderung informieren,
- ihn um die Einwilligung für ein beratendes Gespräch mit seinen Angehörigen bitten,
- davon überzeugt sein, daß die Bitte (der Wunsch) freiwillig und nach reiflicher Überlegung vom Patienten geäußert wurde und er auch weiterhin diesen aufrechterhalten wird,
- einen unabhängigen Mediziner konsultieren,
- einen Bericht über den ganzen Vorgang anfertigen, in dem die Meinungen der zu Rate gezogenen Personen und die schließlich getroffene Entscheidung dargestellt werden. Diesen Bericht soll der Untersuchungsrichter erhalten, der ihn an den zuständigen Staatsanwalt weiterleitet.⁴

§ 294 des holländischen Strafgesetzbuches soll unverändert bleiben, während die Strafdrohung des § 293 von 12 auf 4½ Jahre herabgesetzt werden soll.

Diese Neuregelung bedeutet jedoch keine garantierte Straffreiheit für den Arzt, der sich den Anforderungen entsprechend verhalten hat. Genauso wenig ist es im umgekehrten Fall dem Richter verwehrt, trotz Nichtbeachtung dieser Anforderungen durch den Arzt, die in Frage stehende Sterbehilfe als gerechtfertigt zu erklären. Ich werde auf diese unlogische Gesetzgebung weiter unten nochmals eingehen.

III. Wurzeln und Dynamik der Euthanasie-Debatte

Obwohl Euthanasie erst ab 1973 zu einem nennenswerten öffentlich diskutierten Problem wurde, entstand das soziale Problem bereits in den frühen 60er Jahren – einer Zeit, die zum Einen gekennzeichnet war durch eine enorme Steigerung der medizinischen Möglichkeiten, zum Anderen durch eine stark emanzipations-orientierte Kultur und entsprechende soziale Bewegungen. Ein anderer Ausdruck dieser Kultur ist etwa die öffentliche Diskussion der Abtreibungsfrage, die in den Niederlanden zu vergleichbaren politischen Auseinandersetzungen führte und deren Resultat eine Liberalisierung des Strafgesetzbuches im Jahr 1984 war, die eine de-facto-Entkriminalisierung brachte.

Soziologisch betrachtet wurzelt das Euthanasie-Problem in folgenden Entwicklungen:

- a) dem Anwachsen medizinischer Macht und damit verbunden, der Institutionalisierung der Gesundheitsfürsorge,
- b) der demographischen Entwicklung einer alternden Bevölkerung, wodurch sich die Häufigkeit langwieriger und schmerzhafter Erkrankungen erhöht,
- c) in soziokulturellen Emanzipationsbestrebungen zu einer „tabufreien Gesellschaft“, der Dekonfessionalisierung und Entwicklung der Massenmedien,
- d) der Befriedung des Klassenkampfes im Wohlfahrtsstaat.

Alle diese Entwicklungen förderten die menschliche Anteilnahme an den Problemen der Kranken und Sterbenden (van Heek, 1975).

Mit dem Anstieg der medizinisch-technischen Kompetenz wurde es möglich, Leben zu verlängern, lange nachdem dieses bereits für die Betroffenen jene Qualitäten verloren hatte, die diesen Zustand erstrebenswert erschienen ließen. Immer mehr Patienten begannen sich, angesichts der Tatsache des sicheren Todes nach einem schweren Leiden, zu fragen, warum und wie lange sie so leiden sollten und warum die Ärzte dieses nicht beenden wollten oder konnten. Unabhängig davon, ob die Ärzte auf die wiederholten Bitten der Betroffenen, doch getötet zu werden bzw. ein lebensbeendendes Medikament zu besorgen, mit dem diese sich selbst töten könnten, positiv reagierten oder nicht, sie befanden sich in jedem Fall in einem moralischen Dilemma. Andere Aufgaben, noch problematischer als die Sterbehilfe, etwa die Verteilung des Mangels an nichtsdestoweniger lebensrettenden Gütern, wie etwa Organen, unter zu vielen (potentiellen) Patienten, vergrößerten noch die moralische Unsicherheit der Ärzte mit Blick auf ihre Macht über Leben und Tod. Ärzte versuchten, öffentliche Beachtung ihres moralischen Dilemmas im Zusammenhang mit Euthanasie zu erreichen. Man wandte sich an kirchliche Organisationen, die verständnisvoll reagierten. 1972 veröffentlichte die reformierte Kirche einen Bericht, der auf Anfrage von Medizern hin erstellt wurde, worin die Verkürzung des Lebens des Patienten durch entsprechend dosierte Verabreichung von schmerzlindernden Medikamenten akzeptiert wurde. In dem Bericht wurde ferner die Auffassung vertreten, daß Respekt gegenüber dem menschlichen Leben und Euthanasie nicht von vornherein unvereinbar seien.⁵

Auf dieser Ebene wurde die Tatsache, daß Euthanasie unter das Strafrecht fällt, eindeutig als essentieller Teil des Problems und nicht als dessen Lösung erkannt. Die ersten Annäherungsversuche an dieses Problem, wie der von Van den Berg (s. o.), waren hauptsächlich *fall- und patientenorientiert* und tatsächlich haben die Befürworter einer Liberalisierung der Sterbehilfe diesen Ansatz die ganze Zeit aufrechterhalten; in ihren Büchern und Pamphleten findet man fast immer die Beschreibung herzerreißender Fälle von Krankheit, Leiden und Tod. Ihre Position war stets die Forderung nach einem Recht für den Arzt, in Ausnahmefällen dem Patienten zu helfen, seinen eigenen Tod zu realisieren. Der Arzt wurde gesehen als die „*manus ministra*“ des Patienten. Als Konsequenz hieraus wurde rechtliche Sicherheit dahingehend gefordert, daß der Arzt, der sich entschlossen hat, im erklärten Interesse des Patienten zu handeln, nicht kriminalisiert werde.

Aber die bereits existenten §§ 293 und 294 des holländischen Strafgesetzbuches zogen die Diskussion unausweichlich in eine *System-Regel-Orientierung*, in welcher der Anspruch, daß der Schutz des Lebens durch das Strafrechtssystem sichergestellt werden soll und durch dieses auch wirkungsvoll bewerkstelligt werden kann, für selbstverständlich gehalten wurde. Beide, Befürworter und Gegner einer Liberalisierung der Euthanasie, teilten die Vorstellung, wonach die „Regel“ als der entscheidende Faktor für die Formung von Verhalten erachtet wird. Entsprechend dieser Konzeption haben gute Regeln gute, schlechte Regeln schlechte Konsequenzen.

Als Konsequenz dieser Orientierung standen nicht mehr die Wünsche und Interessen der betroffenen Patienten im Mittelpunkt, sondern die Interessen des Systems, innerhalb dessen die Regel zu funktionieren hat. Beispiele dafür sind Argumente wie: Man kann die Bestrafung der Euthanasie nicht abschaffen, weil sie dann weniger schwerwiegend als der Totschlag erscheint oder: Wir dürfen keine subjektiven Kriterien wie „unerträgliches Leiden“ einführen, da ein solches Gesetz nicht objektiv gehandhabt werden kann. Grundsätzlich mußte es für alle Teilnehmer an dieser Debatte ziemlich klar gewesen sein, daß die Konstruktion einer erzwingbaren (vollstreckbaren) Regel bezüglich der Sterbehilfe unmöglich ist. Diese Regel würde sich gegen den Täter und gegen das einwilligende Opfer richten, die beide sehr wohl in der Lage und fähig sind, die wahre Natur ihres Vorgehens zu verbergen. Entsprechende Regelungen wären zu ihrer Überprüfung auf Informationen angewiesen, die nur der Täter selbst hätte geben können. Aber solche Überlegungen konnten in einer politischen Debatte, die sich zu einem moralischen und kulturellen Kampfplatz entwickelte, kaum Gehör finden.

Die soziale Problematik wurde aus ihrem Kontext herausgelöst und abstrahiert von konkret betroffenen Personen. Der so entstandene argumentative Spielraum wurde angefüllt mit polemischen und spekulativen Vorstellungen, wie etwa der Rückkehr zu „Nazi-Praktiken“, der

Entwicklung einer „Kultur des Todes“, der „massive Selbstmord an Schwachen und Alten“. Einige Disputanten führten Begriffe wie „Euthanasiasmus“ (eine Verknüpfung von Euthanasie und Enthusiasmus) ein, teilten die Ärzteschaft in „pro life“ oder „pro morte“ ein und zeichneten von den Befürwortern einer Liberalisierung der Euthanasie das Bild der Vertreter des Dunklen und Bösen.

Die Vertreter einer Liberalisierung verwiesen auf das Grundrecht der freien Selbstbestimmung zur Unterstützung ihrer eigenen Position. Dem widersprachen die Gegner, deren Ansicht zufolge ein „Recht des Arztes zu töten“ nicht aus dem „Recht des Patienten zu sterben“ abgeleitet werden konnte. Daraus resultierte die Konstruktion, daß das Töten mittels Medikamenten einen unabhängigen, gegen die „absolute und unveränderliche Würde des Lebens“ gerichteten Akt darstelle.

Nichtsdestoweniger hätten die beiden 1985/86 eingebrachten Gesetzentwürfe, die die Erlaubnis der aktiven Sterbehilfe auf der Basis des gewichtigen Grundes vorsahen, daß sich „der Patient in einer unerträglichen Situation, ohne Aussicht auf Besserung“ und in sorgfältiger medizinischer Betreuung eines Arztes befindet, mit einer politischen Mehrheit rechnen können. Eine Synthese aus beiden Gesetzentwürfen wäre dann das neue, die aktive Sterbehilfe liberalisierende Gesetz geworden. Es waren die allgemeinen Wahlen (Parlamentswahlen) von 1986, welche die liberale Partei (VVD) veranlaßte, aus Gründen der Erhaltung ihrer Regierungskoalition mit der christlich-demokratischen Partei (CDA), ihre Unterstützung für diesen Gesetzentwurf zurückzuziehen, wodurch die politische Mehrheit für eine Liberalisierung zerstört wurde. Diese Koalition, die tatsächlich auch nach diesen Wahlen an der Macht blieb, hat nun die „Lösung“ geschaffen, die kriminalisierenden Paragraphen des Strafgesetzbuches aufrechtzuerhalten, indem sie den Tätern im Arztrecht (in den gesetzlichen Regelungen der medizinischen Behandlung) Anweisungen erteilt, wonach diese ihr Verbrechen „sorgfältig“ ausführen können.

IV. Die aktuelle Kontrolle durch die Strafjustiz

Auch die Funktionäre des Strafjustiz-Systems blieben nicht untätig während der öffentlichen und politischen Diskussion. Bis zu dem besagten Prozeß von 1973 gab es nur 2 Fälle von Euthanasie, die vor Gericht verhandelt und veröffentlicht wurden. Aber die Publizität des Falles von 1973 ließ manche Politiker mit Entsetzen feststellen, daß das in Frage stehende kriminalisierte Verhalten augenscheinlich zu einem integralen Bestandteil der Krankenpflege innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser zu werden schien. Immer wieder wurde der Justizminister aufgefordert zu versichern, daß Euthanasie eine strafbare Handlung sei und sich für eine Politik aktiver Strafverfolgung und Anklage einzusetzen.

Zwischen 1973 und 1985 wurden 9 Fälle vor Gericht gebracht und verhandelt. Die Täter wurden alle bestraft, wenngleich sie milde Urteile erhielten. Die wichtigste Auswirkung dieser Strafverfahren war die Entwicklung einer rechtlichen Konstruktion, besonders in den Prozessen von 1973 (der Leeuwarden-Fall) und 1981 (der Rotterdam-Fall), die in Form einer Liste von Kriterien so etwas wie eine Definition eines gerechtfertigten Falls von Sterbehilfe andeuteten. Ferner bildete sich eine graduelle Übereinstimmung dahingehend aus, daß „das Beenden einer medizinisch sinnlosen Behandlung“ und „das Beenden einer Behandlung auf den Wunsch oder nach entsprechender Weigerung des Patienten“ – auch wenn dies als direkte oder wahrscheinliche Konsequenz den Tod des Patienten bedeutete – keine strafrechtlichen Konsequenzen zur Folge haben sollte.

Die Staatsanwaltschaft entschied sich 1982 dafür, jeden Fall von Euthanasie, der ihr bekannt wurde, zu untersuchen, wobei die von den Gerichten entwickelten Kriterien als Entscheidungshilfen dafür dienten, ob Anklage erhoben werden sollte oder nicht. In der Zeit von 1982 – 1985 untersuchten die Staatsanwälte 36 Fälle von Euthanasie, in 3 dieser Fälle wurde Anklage erhoben, da unklar war, inwieweit diese einem oder mehreren der aufgestellten Kriterien entsprachen. 1986 wurden von der gleichen Behörde 80 Fälle untersucht, wovon 79 nicht zur Anklage kamen. In der aktuellen Rechtspraxis ist die Sterbehilfe damit de facto fast entkriminalisiert. Trotz der steigenden Zahl von durch das Strafjustizsystem untersuchten Fällen, ist es ziemlich offensichtlich, daß die strafrechtliche Kontrolle hier wirkungslos und unbedeutend ist. Die holländische Gesellschaft für freiwillige Euthanasie (Gesellschaft für humanes Sterben) nimmt an, ausgehend von den Informationen ihrer Mitglieder und einiger Enquetes, daß jährlich etwa 18000 Menschen ihren Hausarzt bitten, den Eintritt ihres bevorstehenden Todes zu beschleunigen. Andere Schätzungen gehen davon aus, daß jährlich 6000 Bitten um Sterbehilfe gegenüber Ärzten in Krankenhäusern und ungefähr 8000 gegenüber Hausärzten geäußert werden.

Es ist unklar, welche Art der Sterbehilfe nachgefragt und welche (aktive oder passive) tatsächlich und in welchen Größenordnungen gewährt wird. Aus verständlichen Gründen ist es schwierig, auf diesem Gebiet Untersuchungen durchzuführen. Aber es ist allgemein bekannt und auch oft zugegeben worden, daß insbesondere in Fällen von schweren Krebserkrankungen und anderen schmerzhaften und tödlichen Erkrankungen, aktive Sterbehilfe häufig angewandt wird. Die Organisation des Krankenpflegepersonals veröffentlichte 1986 die Ergebnisse einer Untersuchung, wonach 70000 ihrer Mitglieder (50%) direkte Erfahrung mit Euthanasie haben. Sehr oft führt dieses Personal – obwohl es ihnen nicht erlaubt ist, eigene medizinische Behandlungen durchzuführen – aktive Sterbehilfe entsprechend den Anweisungen des behandelnden Arztes aus. Die Staatsanwaltschaft war natürlich sehr besorgt über diese Verbreitung von aktiver Sterbehilfe und forderte die Ärzte immer wieder auf, jeden Fall zu

melden, in den sie involviert waren. Ein Staatsanwalt ging sogar so weit, daß er für diese Berichte standardisierte Formulare verteilte und Straffreiheit für den Fall versprach, daß die Kriterien – entwickelt von den Gerichten – erfüllt schienen. Diese Vorgehensweise wurde aber, nach entsprechender politischer Intervention, sehr rasch wieder zurückgenommen und die ganzen Bemühungen der Staatsanwälte, die Ärzte dazu zu bringen, sich selbst anzuzeigen, scheiterten. Das Bild, das sich daraus ergibt ist, daß auch nach vorsichtigen Schätzungen mehrere hundert, wahrscheinlicher wohl mehrere tausend Fälle von aktiver Sterbehilfe sich jährlich jenseits der Kontrolle der Strafjustiz ereignen.

V. Strafrecht und die Qualität des menschlichen Lebens

In diesem Abschnitt möchte ich versuchen, den strafrechtlichen Ansatz zur Euthanasie und dessen Auswirkungen auf die Qualität menschlichen Lebens, genauer, auf die Qualität der Versorgung der Sterbenden und den Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen, wo die hier diskutierte Form der Euthanasie stattfindet, zu analysieren. Ich werde zunächst die Praxis und Legitimation der primären Kriminalisierung untersuchen. Daran anschließend möchte ich die sekundäre Kriminalisierung und ihre Auswirkungen auf die kriminalisierte soziale Realität betrachten.

1. Die primäre Kriminalisierung

In den Sozialwissenschaften ist es üblich, Strafrechtssysteme als sekundäre Institutionen sozialer Kontrolle zu betrachten, die, indem sie die Verletzung primärer Institutionen negativ sanktionieren, die Definition von sozialer Realität prägen. In diesem Sinne ist jeder kriminalisierende Akt ein Unternehmen der Formung sozialer Realität. Dies gilt für das Ringen um eine Definition von Euthanasie (als mitfühlender Sorge oder als Mord) ebenso, wie etwa auch für das Ringen um eine Kriminalisierung der „Vergewaltigung in der Ehe“.

Aber die Auseinandersetzungen über solche Definitionen enden nicht einfach mit der Proklamation eines neuen Gesetzes, welches Ausdruck einer neuen Realität ist. Voraussetzung einer adäquaten Verwirklichung eines Gesetzes ist die Existenz einer entsprechenden „Plausibilitätsstruktur“ (Berger, Luckmann, 1966, S. 166) in der Gesellschaft, die die proklamierte Definition der Realität unterstützt und die insofern ausschlaggebend für „gesetzeskonformes“ Verhalten ist. Die rechtliche Definition sollte daher eine nachvollziehbare Übereinstimmung mit der sozialen Realität, wie sie im Alltag erfahren wird, haben und darüber hinaus sollte das zur Lösung des Problems verordnete rechtliche Rezept als adäquate Lösung erkannt werden. Dies impliziert, daß der Definitionsprozeß – d.h. das legislative Verfahren – eine kognitiv und normativ realitätsadäquate Analyse des betreffenden sozialen Problems entwickeln sollte. Und dies war in der Gesetzesdebatte über das Problem

Euthanasie eindeutig nicht der Fall und konnte auch nicht der Fall sein.

Vom *Wissensstand* her war die Analyse des sozialen Problems sehr gering. Die gesamte Debatte fand in einem empirischen Vakuum statt. Wegen der drohenden Kriminalisierung, dem generellen Tabu hinsichtlich Themen wie Tod und Sterben, den Interessen des Sterbenden selbst, wie auch seiner Anverwandten, ist dieser Bereich nur schwer für Untersuchungen zugänglich. Hinsichtlich der quantitativen Dimension des Problems gibt es daher nur Schätzungen, basierend auf Sterblichkeitsstatistiken und Eindrücken von Insidern aus dem Bereich der medizinischen Versorgung. Wie ich bereits andeutete, weiß niemand exakt, welche Bitten und Wünsche geäußert werden und welche Dienste oder Gefälligkeiten gewährt werden.

Vom *normativen Standpunkt* aus gibt es nicht ein realitätsadäquates Bild, sondern mindestens zwei: Wir wollen sie als „konfessionell“ und „nicht-konfessionell“ bezeichnen. Das Ergebnis der Euthanasiedebatte ist ein Ausdruck von Dissens. Der weitere politische Kontext dieser Debatte ermöglichte es einer der widerstreitenden Parteien, das Gesetz in entscheidender Art und Weise zu formen und die anderen Parteien zu zwingen, einen politischen Verlust zu akzeptieren. Das daraus resultierende Gesetz ist konsequenterweise *nicht* die adäquate Antwort auf eine adäquate Analyse des sozialen Problems. Es ist vielmehr eine politische Antwort auf die politische Frage, wie eine Regierungskoalition aufrechtzuerhalten sei. Dies mag in einer repräsentativen Demokratie politisch rational sein, doch ist das Ergebnis vom Standpunkt der „sozialen Kontrolle“ aus ein perverses Gesetz, dessen entscheidende Formung von anderen Interessen und Kriterien bestimmt wurde als jenen, die sich aus dem Problem, das damit kontrolliert werden soll, selbst ergeben.

Über die Regelung des neuen Gesetzes läßt sich folgendes sagen. Eine normative Sichtweise der Euthanasie hat einen rechtlich privilegierten Status gegenüber anderen normativen Ansichten erlangt, die vom Standpunkt der Demokratie, die doch moralischen Pluralismus erlauben soll, nicht grundsätzlich unterlegen sind. Explizit wird das Recht auf Selbstbestimmung verleugnet, denn die Bitte um den Tod (bzw. die Bitte getötet zu werden) ist bis heute nicht als grundsätzlich gerechtfertigter Wunsch akzeptiert. Implizit kommt darin ein zwingendes normatives Modell des Sterbens zum Ausdruck, das gekennzeichnet ist durch Warten, Schmerzlindern bis zum Verlust des Bewußtseins und dem letztlichen „Hinwegdämmern“. Das geächtete Modell basiert auf der Vorstellung von Eigeninitiative und aktivem „Aussteigen“. Die rechtliche Sicherheit, um die Ärzte und Patienten gebeten hatten, wurde nicht gegeben. Statt dessen bringen die Anweisungen, die im Arztrecht eingeführt wurden, die Ärzte in eine Situation rechtlicher Schizophrenie, indem sie bei der Ausführung eines Verbrechens den Anweisungen der Regierung folgen sollen. Vom rechtlichen Standpunkt aus bedeuten diese Regelungen auch einen Bruch des strafprozessualen Grundsatzes, daß niemand verpflichtet ist, sich selbst zu belasten.

2. Die offiziellen Legitimationen

Wenn primäre Kriminalisierung, entsprechend dem im Strafrecht zugrundeliegenden herrschenden politischen Modell, den Funktionären des Strafrechts die Macht verleiht, Realität mittels des Gebrauchs monopolisierter Gewalt zu formen und bürgerliche Freiheiten zu beschneiden, dann bedarf dies einer adäquaten Legitimation. Welches sind nun die Legitimationen, die für die Kriminalisierung der Euthanasie angeführt werden?

Erstens wird argumentiert, daß der Dissens in der Gesellschaft immer noch zu groß sei, als daß ein neues Recht entwickelt und eingeführt werden könnte. Dies ist offensichtlich ein Trugschluß, denn dieses Argument würde – wäre es stichhaltig – mit der gleichen Logik auch für die Abschaffung des absoluten Verbots der Euthanasie sprechen, das ganz im Gegenteil aufrechterhalten wird.

Zweitens wird behauptet, daß zwar die emanzipierten und sozial starken Patienten unter der *Entkriminalisierung* nicht zu leiden hätten, wohl aber die sozial Schwachen, die Alten und die Behinderten. Die Liberalisierung der Euthanasie würde ein moralisches Klima schaffen, in dem sich diese Menschen veranlaßt fühlen könnten, um Euthanasie zu bitten, wenngleich sie tatsächlich eigentlich weiterleben möchten. Das gleiche Klima könnte Ärzte dazu bringen, Patienten, auch ohne deren (ausdrückliche) Bitte, zu töten. Dieses spekulative Argument hat nicht einen Hauch von Plausibilität. Es beruht auf derselben Verleugnung des Rechts auf Selbstbestimmung, die Euthanasie als Verletzung der Würde des menschlichen Lebens erscheinen läßt. Würde ein Recht auf Selbstbestimmung in diesem Zusammenhang anerkannt, so würde das daraus resultierende moralische Klima den Respekt für die Authentizität und Integrität der Patienten befördern statt verringern. Dieses zweite Argument besagt, indem es gleichzeitig das Argument, daß große Gruppen von Patienten unter der Kriminalisierung der Euthanasie leiden, verwirft, nichts weiter als die *Notwendigkeit* des gesetzlichen Schutzes des Lebens der sozial Schwachen.

Als dritter Legitimationsgrund wird die Verpflichtung des Staates zum Schutz seiner Einwohner angeführt, wie dies in § 2 der römischen Verträge von 1950 niedergelegt ist. Diese Übereinkunft hat einen unmittelbaren historischen Hintergrund, den Holocaust des Nazi-Regimes. Ihre Grundlage ist das Verlangen nach Schutz des Individuums gegenüber politischen Systemen, die diesem die fundamentale Freiheit absprechen, ein eigenständiges Leben zu führen. „Leben“ als nicht körperbezogener und desubjektivierter Begriff, wie er im Rahmen der Kriminalisierung der Euthanasie gebraucht wird, scheint sehr schwer mit dieser Überlegung in Einklang gebracht werden zu können. Der Schutz des Lebens *darf* nicht gegen den Willen des Betroffenen erfolgen.

Ein letztes und ziemlich starkes Argument, welches nicht offiziell, wohl aber in der Literatur vertreten wird, ist der mehr technische Punkt, daß eine Nachprüfung der Freiwilligkeit des Begehrens nach der tatsächlichen

Ausführung der Euthanasie zweifelhaft ist. Aber wenn dies ein ausschlaggebendes Argument gegen eine Liberalisierung wäre – was nicht der Fall ist, weil Kontrollen *vor* der tatsächlichen Ausführung der Euthanasie stattfänden – es spräche genauso entschieden auch gegen ein absolutes Verbot. Eine Nachprüfung ist weder in dem einen noch in dem anderen Sinne möglich (um so mehr ist das der Fall, wenn wir *a priori* vom Mißtrauen ausgehen). Dies führt uns zur Diskussion der sekundären Kriminalisierung.

3. Die sekundäre Kriminalisierung

Euthanasie als eine zwischen zwei oder mehreren Beteiligten vereinbarten Interaktion, findet gewöhnlich in der Abgeschlossenheit von Heimen und Krankenhäusern statt. Soweit sie in die medizinische Behandlung integriert ist, hat die strafbare Form der Euthanasie – aktives Töten – ein sehr undeutliches Profil, da sie in sehr vielen Fällen deckungsgleich ist mit straflosen Formen der sog. „passiven Euthanasie“, der Beschleunigung des Todeseintritts durch die verstärkte Verabreichung von schmerzlin-dernden Medikamenten, wie etwa Morphinum. Der Unterschied liegt nicht in dem, was zu sehen ist, sondern in dem, von dem es heißt, daß es zu sehen ist.

Aus diesen Gründen ist eine aktive Aufdeckung von Euthanasie (als Verbrechen) eine nicht durchführbare Strategie. Das Strafrechtssystem ist größtenteils angewiesen auf Entdeckungen nach der Tat und auf Denunziationen und wird darauf weiterhin angewiesen sein. Das Eine erfordert die Kooperation der sich meldenden Ärzte, mit anderen Worten, deren Selbstanzeige. Das Andere die Mitwirkung seitens der Anverwandten des sterbenden Patienten, der Kollegen der Ärzte, deren Vorgesetzten bzw. des medizinischen Personals im allgemeinen.⁶ Im Hinblick auf all das, was diskutiert wurde (vgl. oben), wie auch im Hinblick auf die große Zustimmung innerhalb der Bevölkerung – der neuesten Untersuchung von 1986 zufolge, waren 87% der Bevölkerung für eine Liberalisierung der Euthanasie – erscheint die Erfüllung dieser Bedingungen als unwahrscheinlich.⁷ Gibt es also irgendein technisches oder organisatorisches Mittel, um dem Gesetz Geltung zu verschaffen?

In Holland soll in jedem Todesfall vom behandelnden Arzt ein Totenschein ausgestellt werden, wenn es sich um einen natürlichen Tod handelt. Kann der Arzt keine natürliche Todesursache feststellen, so darf er eine solche Bescheinigung nicht ausstellen, sondern muß den Leichenbeschauer benachrichtigen, der den Leichnam daraufhin untersucht, ob ein Verbrechen verübt wurde. Der Tod, der bewußt durch Medikamente herbeigeführt wird, wird nicht als „natürlich verursacht“ erachtet. Diese Regeln und Verfahrensweisen erlauben es dem behandelnden Arzt, Euthanasie durchzuführen und dennoch eine Bescheinigung über einen natürlichen Tod auszustellen, indem er die tatsächliche Krankheit des Patienten als Ursache angibt – was in vielen Fällen auch die Ursache

gewesen wäre, hätte der Arzt nicht früher eingegriffen. Von dieser Möglichkeit wird in Holland häufig Gebrauch gemacht, wodurch eine hohe Dunkelziffer von „Fälschungs“-Fällen entsteht. Nachforschungen in einem Todesfall nach der Ausstellung einer Bescheinigung über einen natürlichen Tod finden praktisch niemals statt.

Laut Cremers, einem Polizeiarzt in der medizinischen Abteilung der Rotterdamer Polizei, untersucht dessen Dienststelle jährlich 5000 Fälle. 4500 dieser Fälle sind obligatorische Untersuchungen vor der Erlaubnis der Leichenverbrennung. In den anderen 500 Fällen handelt es sich um unklare Todesursachen und in 100–200 Fällen wird Euthanasie vermutet. Aber praktisch noch nie sind gefälschte Bescheinigungen entdeckt worden und der gleiche Mediziner gibt zu, daß eine tatsächliche Überwachung der Euthanasie unmöglich ist: „Wenn alle Ärzte Euthanasie melden würden, dann könnte das Gesetz nur mittels Schwindelei aufrechterhalten werden.“ Bereits die obligatorischen Untersuchungen vor der Erlaubnis der Leichenverbrennung sind nichts als rein bürokratische Routine (Cremers, 1982, 1986).

Die sekundäre Kriminalisierung der Euthanasie ist gänzlich angewiesen auf Denunziationen und diese werden im Vergleich zur Häufigkeit des Verhaltens die Ausnahme bleiben. Die Ironie wird sein, daß jene Ärzte, die sich auf diesem Terrain auskennen, sich niemals dem Strafrechtssystem melden werden oder angezeigt werden und daß jene, die Zweifel und Ängste haben und innerhalb des strafrechtlichen Rahmens nach Rechtfertigung oder Entschuldigung streben, Gefahr laufen, geopfert zu werden.

4. Die Qualität des Lebens

Wenn wir annehmen, daß die Häufigkeit sekundärer Kriminalisierung sehr gering bleiben wird, bedeutet dies dann, daß die Qualität des Lebens, genauer die Qualität der Sorge für die Leidenden und Sterbenden davon unberührt bleibt? Ich würde meinen, daß dies nicht der Fall ist und daß zumindest zwei bedeutende negative Auswirkungen dieser Verbotsgesetzgebung vermutet werden können. Die erste ist ein negativer Effekt auf die Sorge für die Sterbenden und die subjektive Realisierung eines authentischen Todes. Der zweite ist die Zerstörung der existierenden informellen sozialen Kontrolle vor der tatsächlichen Ausführung der Euthanasie.

4.1. Die Sorge für die Sterbenden

Gesetze und das Wissen über die das Gesetz aufrechterhaltenden Systeme haben ihre Funktion als Information innerhalb unseres Alltagslebens und als solche spielen sie eine Rolle bei der Handlungsorientierung. Die spezifische Bedeutung, die ein Gesetz erhält, ist abhängig von der Art und Weise, wie es von seinen Adressaten, an die es sich richtet, erfahren wird. Ein allgemeines Gesetz – konzipiert als für alle gleich – betrifft per definitionem eine Myriade verschiedener sozialer Realitäten auf dem Mikro- und Meso-Level der Gesellschaft. Die generelle Verbotsgesetzge-

bung bezüglich Euthanasie muß sowohl in Kreisen mit einer konfessionellen, wie auch in solchen mit einer nicht-konfessionellen Kultur funktionieren. Es hat in Institutionen der Gesundheitsfürsorge, mit ihrer Professionskultur und ihrer Arbeitsteilung genauso zu funktionieren, wie in der Zurückgezogenheit der häuslichen Umgebung der Patienten. Das bedeutet, daß wir nicht ohne weiteres von allgemein gültigen Wirkungen eines allgemein gültigen Gesetzes sprechen können. Nur mittels extensiver qualitativer Untersuchung könnten wir die dadurch ausgelösten mannigfaltigen Auswirkungen genauer erkennen. Da aber die neue gesetzliche Regelung nicht fundamental verschieden ist von der alten, ist es trotzdem möglich, sich ein grobes Bild der Situation zu machen.

Wie ich bereits ausgeführt habe, ist ein bestimmtes Modell des Sterbens implizit durch die Kriminalisierung der Euthanasie vorgeschrieben („Hinwegdämmern“) und ein anderes Modell explizit verboten, „das Aussteigen mit der Hilfe anderer“ (Das Aussteigen ohne Hilfe ist in Holland nicht kriminalisiert). Hauptsächlich in nichtkonfessionellen, humanistischen Kreisen gibt es keine grundsätzliche Abneigung gegenüber dem zweiten Modell, wenngleich es dort auch nicht verteidigt oder beklatscht wird, wie es manchmal in Anspielungen der Befürworter einer Kriminalisierung anklingt. Es besteht der Wille, sich mit dem Patienten zu solidarisieren und dessen Wünsche, auch wenn es der Wunsch nach dem Tod ist, anzuerkennen. Die Befürworter wollen, dessen eigenem Entschluß folgend, dem Patienten helfen, seinen eigenen Tod zu realisieren. Es ist bekannt, daß in manchen Krankenhäusern Euthanasie als „letztes Hilfsmittel“ von Ärzten genannt wird, sowohl im Sinne einer realen Option, wie auch als Mittel zur Motivierung des Patienten, die Schmerzen so lange wie nur irgend möglich auszuhalten. In dieser Art von Verhältnissen ist Euthanasie ein integraler Bestandteil der allgemeinen Versorgung der Sterbenden und authentisches Sterben wird gefördert. Für jene Patienten, die *nicht* aussteigen wollen, ist es gleich, ob sie sich nun in einer „konfessionellen“ oder „nicht-konfessionellen“ Institution der Gesundheitsfürsorge befinden. Eine authentische Realisierung des eigenen Todes in offener und freier Kommunikation mit dem unmittelbaren sozialen Umfeld wird denjenigen abgesprochen, die zufälligerweise in einer Institution der Gesundheitsfürsorge enden, die an der offiziellen Sicht des Sterbens festhält. Das Gesetz liefert den Funktionären dieser Institutionen die Argumente gegenüber denjenigen, die dort nach Euthanasie fragen. Es gibt ihnen sogar ein Werkzeug an die Hand, um sich, vermittels des Strafrechts, in die medizinische Versorgung des Patienten einzumischen, wenn dieser – aus Gründen der Behandlungsverweigerung oder des Wunsches nach einem sanften Tod – auf eigenen Wunsch in ein anderes Krankenhaus verlegt oder an seinen Hausarzt zurücküberwiesen wurde (vorausgesetzt der Staatsanwalt spielt mit, was nicht immer der Fall ist). Es ist oftmals unklar, ob eine Institution der Gesundheitsfürsorge offiziell einen „konfessionellen“ oder „nicht-konfessionellen“ Standpunkt vertritt und noch viel zweifelhafter ist es, ob die Ärzte den offiziellen Standpunkt der Institution vertreten. Unter

diesen Umständen befördert das Risiko der sekundären Kriminalisierung die Entfremdung zwischen Patienten und Ärzten und schädigt die Authentizität ihrer Interaktion und des Sterbeprozesses. Dem Patienten (und seinen Anverwandten) bleiben nur zwei Möglichkeiten: sich in totale Abhängigkeit von einem Arzt zu begeben, der nicht die erwünschte Achtung bzw. Aufmerksamkeit gewährt, oder gegen diesen Arzt anzukämpfen. Diese Situation kann als eine Hauptform sozialer Ungerechtigkeit gesehen werden. Respekt für die Integrität und Authentizität der Sterbenden kann so nicht entstehen.

4.2. Die Kontrolle der Sorge für die Sterbenden

Die Entwicklung des sozialen Problems Euthanasie – genauer, der Anstieg der Zahl der Nachfragen um Hilfe beim „Aussteigen“ – hat zur Entwicklung von informellen, kommunikativen Verfahren für den Umgang mit solchen Bitten geführt. Diese kommunikativen Verfahren beinhalten die Konsultation von Kollegen seitens des Arztes, wie auch von Familie und Freunden seitens des Patienten und ebenso des Arztes, ferner auch Diskussionen über die gewünschte und die akzeptable Form der zur Verfügung stehenden Versorgung.

Wir wissen aus Untersuchungen der Versorgung von Sterbenden, daß Sterben generell soziale Verhandlungen über die Art des Todes einschließt, genauso wie Leben Verhandlungen über die Form des Lebens beinhaltet. Es sind die informellen Verfahren, integriert in die allgemeine Versorgung, die sich in den von den Gerichten gegenwärtig akzeptierten Kriterien wiederfinden. Vor Gericht werden sie vertreten von Sachverständigen, Ärzten und Aufsichtsbeamten der Gesundheitsfürsorge. Die zwei qualitativen Untersuchungen, die bisher in den Niederlanden zu diesem Thema durchgeführt wurden, zeigen, daß diese offenen und informellen Verfahren eine sachliche Garantie dafür sind, daß in den meisten Fällen, nach angemessener Beratung und Erwägung, eine für alle Beteiligten akzeptable Entscheidung getroffen wird. Es ist die Interaktion von Angesicht zu Angesicht mit dem konkret betroffenen Patienten und die intime Kenntnis seiner sozio-medizinischen Situation, die die entscheidende Information liefert (Verhoef, Hilhorst, 1981; Hilhorst, 1982). Dieses Verfahren gibt all denen, die sich mit einem Patienten verbunden fühlen, die Möglichkeit, an einem Prozeß der Sorge für diesen teilzunehmen und ihre Meinung, mit Blick auf die Interessen des Patienten, zu äußern. Auf diese Weise wird die Qualität der Versorgung, wie auch die Anwendung von Euthanasie, generell zufriedenstellend kontrolliert.

Aber im Gegensatz dazu veranlaßt eine (von einer Institution proklamierte) Kriminalisierung und Verbotspolitik die Beteiligten, also jene, die sich sorgen und jene, für die gesorgt wird, das zu verheimlichen, was tatsächlich passiert. Nicht nur, daß diese dadurch in eine inakzeptable Isolation gebracht werden, es bedeutet auch, daß die informelle Kontrolle, die teilnehmende Verfahren garantieren, zerstört wird. Dies ist um so

mehr der Fall, je mehr dieses Eingreifen bedeuten kann, daß geachtete Kollegen kriminalisiert werden.

Die Schlußfolgerung ist, daß eine adäquate soziale Kontrolle der Euthanasie dort möglich ist, wo das Strafrecht negiert wird und daß adäquate soziale Kontrolle unmöglich ist, wenn sie durch das Strafrecht negiert wird. Da formelle Kontrolle mittels des Strafrechts in diesem Bereich eine Illusion ist, bringt die Kriminalisierung der Euthanasie dieses Phänomen außer Kontrolle. (Aber natürlich gilt dies nur für jene, die an das Strafrecht glauben. Sie konstituieren eine sich selbst erfüllende Prophezeiung: die Situation ist außer Kontrolle, wir müssen sie kriminalisieren, die Situation ist nach wie vor außer Kontrolle usw.)

VI. Schlußfolgerung: Euthanasie und Strafrecht

Ich hoffe, ich habe klar genug gezeigt, daß die Kriminalisierung der Euthanasie in Holland ein anschauliches Beispiel für das Versagen und den Schaden strafrechtlicher Kontrolle ist.

In diesem letzten Abschnitt wollen wir fragen, inwieweit erstens die Art und Qualität der strafrechtlichen Kontrolle der Euthanasie beispielhaft ist für andere kriminalisierte Bereiche und zweitens, was wir an diesem Beispiel über das Strafrechtssystem lernen können. Ich kann auf diese Fragen hier nur ansatzweise eingehen. In diesem Zusammenhang müssen wir berücksichtigen, daß (a) es sich bei der hier besprochenen Form der Euthanasie um ein „Verbrechen“ handelt, ausgeführt von einem „Täter“, entsprechend der Bitte und daher mit dem Einverständnis seines „Opfers“; (b) das in Frage stehende Verhalten adäquat immunisiert werden kann gegen Einwirkungen von dritter Seite; (c) das Verhalten eine soziale Interaktion enthält, die für die Selbstverwirklichung des (der) Handelnden als lebensentscheidend erachtet wird; (d) das Verhalten starke und differenzierte moralische Dimensionen hat. In diesem Sinne ist das hier diskutierte kriminalisierte Verfahren vergleichbar mit anderen „Verbrechen ohne Opfer“, wie auch mit anderen kriminalisierten Verhaltensweisen, die als eine Art von Selbstverwirklichung angesehen werden können (wie z. B. der Gebrauch von Drogen, oder einige Arten von sexuellem Verhalten). Der Mißerfolg der strafrechtlichen Kontrolle dieser Verhaltensweisen ist nicht einfach eine Frage „technischer“ oder „rechtlicher Unzulänglichkeiten“, sondern „kultureller Unzulänglichkeit“. Die Verhaltensweisen, die hier in Frage stehen, sind eingebettet in und gleichzeitig auch Ausdruck ihre(r) eigenen Kulturen, die nicht mittels strafrechtlicher Einflußnahme restrukturiert werden können, sondern durch das Recht allenfalls symbolisch unterdrückt (wenn das kriminalisierte Verhalten quantitativ dominant ist) oder effektiv marginalisiert werden (wenn dies nicht der Fall ist). Im ersten Fall ist das Ergebnis scheinheilig, im zweiten Fall führt es zu Desintegration und dem Verlust sozialer Kontrolle.

Die sozio-ökonomischen Entwicklungen in den westlichen post-industriellen Gesellschaften sind seit langem in Richtung persönlicher Freiheit, Emanzipation und sozialem Pluralismus gegangen. Volkswirtschaftliche Strategien haben ihren Teil zur Entwicklung multi-kultureller Gesellschaften beigetragen. Die Massenmedien bieten eine reiche Auswahl an Kulturen und Lebensstilen an. Immer weniger Menschen müssen ihr Leben direkt an den Erfordernissen des Produktionssystems ausrichten. Sowohl die Möglichkeit, als auch die Notwendigkeit, bewußt einen kulturellen Beziehungsrahmen und Lebensstil zu wählen bzw. zu entwickeln, waren niemals so groß. *Sozialer Pluralismus* ist mehr oder weniger allgemein anerkannt, aber was anscheinend nicht voll realisiert wird – insbesondere im Bereich der Strafrechtstheorie – ist, daß sozialer Pluralismus auch normativen Pluralismus bedingt.

Es entspricht dieser Entwicklung, daß die scheinbar auf allseitiger Übereinstimmung beruhenden strafrechtlichen Verfahrensweisen zunehmend als Anachronismus erscheinen. Sie werden zum ungerechtfertigten Versuch, die soziale Vielfaltigkeit und die Toleranz, die man erwarten darf, wenn man als freies und gleiches Individuum bezeichnet wird, zu verleugnen und zu unterdrücken. Das Strafrechtssystem, insbesondere der grundlegende Prozeß der primären Kriminalisierung, ist unvereinbar mit einem wachsenden normativen Pluralismus. Wenn es im Kontext des normativen Pluralismus einer sozialen Gruppe gelingt, mit Hilfe des Strafrechts eine von mehreren denkbaren Wertvorstellungen – ihre eigene – gegenüber den Anhängern anderer moralischer Wertvorstellungen durchzusetzen, dann ist dies nicht nur ein Bruch der Toleranz, was in diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung ist, sondern es gefährdet auch Prozesse sozialen Lernens und der adäquaten Auseinandersetzung mit den betreffenden Problemfeldern.

Anmerkungen

- (1) Vergleiche hierzu zum Stand der Diskussion L.H.C. Hulsman, J. Bernat de Celis, 1982; H. Bianchi, R. van Swaaningen, 1986; J.R. Blad, N. Uildriks, 1987, a, b.
- (2) Unter dem Einfluß einer repressiven Drogenpolitik werden z.B. Under-Cover-Unternehmen und anonyme Zeugen durch die niederländische Rechtsprechung anerkannt.
- (3) Vergleiche C.I. Dessaur, 1985, S. 913 ff., 1986, S. 769 ff.; J.R. Blad, , S. 8 ff.
- (4) Der Gesetzentwurf enthält auch Regeln für Minderjährige. Für sie wird Euthanasie nicht in Betracht gezogen, wenn die Eltern ihre Zustimmung verweigern. Im Gegensatz dazu wird Euthanasie erlaubt bei Komapatienten, die eine sog. „Euthanasieerklärung“, die nicht älter als 5 Jahre sein darf, unterschrieben haben. S. Kamerstukkenreeks TK 20 383, 1987/1988.
- (5) Hervormde Kerk van Nederland; Zachte dood soms geoorloofd. Algemeen Dagblad v. 15. Febr. 1972.
- (6) Das Paradoxe bei dieser Strafgesetzgebung ist, daß ihre Begründung auf Mißtrauen basiert, während ihre Aufrechterhaltung nur aufgrund des Vertrauens in die Zusammenarbeit mit den Personen, denen sie mißtraut, möglich ist.

(7) Nipo-Meinungsumfragen zur Euthanasie im Jahre 1986 ergaben, daß 38% der Befragten für eine Erlaubnis von Euthanasie waren, wenn „untragbares Leiden“ vorliegt. 87% der Befragten würden ihr im Endstadium einer schweren Krankheit eines Patienten zustimmen. Vgl. Trouw, 27 Juni 1986

Literatur

- VAN DEN BERG, J.H., Medische acht en medische ethiek, Nijkerk 1969
BERGER, P./LUCKMANN, Th., The social construction of reality, New York 1966
BIANCHI, H./V. SWAANINGEN, R., Abolitionism, towards a non-repressive approach to crime, Amsterdam 1986
BLAD, J.R., Prof. Dessaur en de slechte dood; een paar vragen, in: Delikt & Delinkwent 17, 1987, S. 8ff.
BLAD, J.R./VAN MASTRIGT, H./ULDRIKS, N., The criminal justice system as a social problem; the abolitionist approach, in: Mededelingen van het Juridisch Instituut, Erasmus Universiteit Rotterdam, Nr. 36, 1987a
ders., Criminal Justice and social problems, in: Mededelingen van het Juridisch Instituut, Erasmus Universiteit Rotterdam, Nr. 37, 1987b
CREMERS, H., Euthanasie bijna nooit te achterhalen, in: Het Parool 21 Aug. 1982
ders., In de praktijk is controle op euthanasie onmogelijk, in: NCR-Handelsblad 7. März 1986
DESSAUR, C.I., Euthanasie, de zelfmoord op zieken en bejaarden, in: Delikt & Delinkwent 15, 1985, S. 913ff.
ders., Na de euthanasie, in: Delikt & Delinkwent 16, 1986, S. 769ff.
VAN HEEK, F. Euthanasie als sociologisch probleem. Een macrosociologische verkenning van feiten en samenhangen, Meppel 1975
HILHORST, H.W.A., Euthanasie in het ziekenhuis, Lochem 1982
HULSMAN, H.L.C./BERNAT DE CELIS, J., Peines Perdues, , Paris 1982
VERHOEF, M.J./HILHORST, H.W.A., De zachte dood in de praktijk; stervensbegeleiding in het verpleeghuis, Lochem 1981

Summary

Euthanasia is described as a societal problem and the attempts of legal control in the Netherlands are examined. It can be demonstrated that law in modern societies is an inadequate means for the social control of euthanasia. The same holds for other behaviours with similar interactional structures.

November 1988

Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
Niederlande

Basierend auf einer Übersetzung aus dem Englischen von L. Kunz u. W. Resch.