

**Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises
Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den
Jahren 1986 und 2005**

Dunja Lautenschläger

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Interdisziplinäres Zentrum
Medizin-Ethik-Recht

Herausgegeben von
Prof. Dr. Hans Lilie

Prof. Dr. Hans Lilie (Hrsg.), Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 3, 2006

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

ISSN 1862-1619

ISBN 10: 3-86010-859-X

ISBN 13: 978-3-86010-859-8

Schutzgebühr Euro 5

Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht (MER)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Universitätsplatz 5
D- 06108 Halle (Saale)
mer@jura.uni-halle.de
www.mer.uni-halle.de
Tel. ++ 49(0)345-55 23 142

I. Einführung - Übersicht über die strafrechtlichen Reformbestrebungen bis zum Alternativentwurf 1986

Ärztliches Handeln bei lebensbedrohlicher Krankheit und infauster Prognose, die Probleme im Kontext von Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen oder Suizid gehören zu den schwierigsten Fragen einer Gesellschaft, die nicht erst in den letzten Jahren offen diskutiert werden. Die Wurzeln der Debatte um Sterbehilfe und Euthanasie reichen bis in die Antike zurück. Zu den wesentlichen Postulaten des ethischen Selbstverständnisses der Medizin zur Frage der Euthanasie zählt bis heute die Zusicherung aus dem hippokratischen Eid aus dem 5./4. Jh. v. Chr.: *„Nie werde ich irgend jemanden, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen“*¹.

Ohne die Geschichte der Euthanasie im Einzelnen aufzeigen zu können², sei an dieser Stelle nur darauf hingewiesen, dass die Reformbestrebungen der letzten 100 Jahre allesamt an ein Gesetz zur „Tötung auf Verlangen“ aus dem Jahr 1871 anknüpfen. Mit § 216 des Reichsstrafgesetzbuches (RStGB) wurde die aktive Sterbehilfe gesetzlich untersagt³. Mangels darüber hinausgehender gesetzlicher Spezialregelungen der Sterbehilfe ist mit dieser Regelung gleichsam die Reformbestrebung zur Sterbehilfe (erneut) aktiviert worden.

Seit Jahren wird der Gesetzgeber nunmehr gedrängt, die Rechtslage endlich zu entwirren und die Komplexe „Sterbehilfe“, „Selbsttötung“ und „Tötung auf Verlangen“ in Gesetzestexte zu fassen, die für Ärzte, Patienten und Angehörige Klarheit schaffen.

Die Angst vor dem Tod und die Verdrängung der unausweichlichen Tatsache, dass wir alle eines Tages sterben müssen, aber auch die Angst vor Gesetzen, die gegen einen Missbrauch nicht gewappnet sind, behindern jedoch eine seit langem fällige

¹ Wiesing, Ethik in der Medizin, S. 41.

² Vgl. hierzu die ausführlichen Darstellungen bei Frewer/Eickhoff, „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfedebatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt 2000.

³ § 216 RStGB lautete: „Ist jemand durch das ausdrückliche und bestimmte Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden so ist auf Gefängnis nicht unter drei Jahren zu erkennen.“ Bis zum heutigen Zeitpunkt ist die Vorschrift nur dreimal geändert wurden. Nach Angleichung des Strafrahmens wurde 1975 die Versuchsstrafbarkeit eingeführt.

vernünftige, humane und ideologiefreie Klärung des Rechts auf diesem furchtbesetzten Gebiet.

Vorschläge, Fragen der Sterbehilfe gesetzlich zu regeln – und damit den Zulässigkeitsbereich gegenüber dem geltenden Recht zu erweitern oder einzuschränken –, reichen demgegenüber bis in die Zeit der Jahrhundertwende zurück. Etliche private Regelungsentwürfe mit dem Ziel einer kontrollierten, d.h. durch Genehmigungsverfahren denkbaren Missbräuchen vorbeugen wollenden, „Freigabe“ der Tötung auf Verlangen wurden publiziert⁴. Der im Jahr 1906 unter dem Vorsitz von *Ernst Haeckel* gegründete „Deutsche Monistenbund“ forderte in einem von *Gerkan* verfassten Schreiben, das Recht auf Sterbehilfe für einen unheilbar Kranken⁵. Die Einbringung des Gesetzentwurfes hätte allerdings eine Änderung des bereits erwähnten § 216 RStGB notwendig gemacht. Als erste einflussreiche monographische Behandlung des Themas nach Inkrafttreten des RStGB dürfte die Monographie von *Jost*, Das Recht auf den Tod, Göttingen 1895, zu gelten haben. In seiner Schrift stellte er die Frage, ob es „Fälle (gibt), in welchem der Tod des Individuums sowohl für dieses selbst als auch für die menschliche Gesellschaft überhaupt wünschenswerth ist“ und relativierte auf diese Weise ein striktes Lebensrecht. Seit der Jahrhundertwende vertraten auch *Alfred Ploetz*⁶ und *Alexander Tille*⁷ immer offensiver Gedanken in Richtung der „Züchtung einer starken Rasse“. Im Zuge des Ersten Weltkrieges und der daraus resultierenden Wirtschaftskrisen radikalisierte sich die Debatte weiter und wies immer stärker sozialdarwinistische Tendenzen auf⁸. Dies war der intellektuelle Nährboden, auf dem der Leipziger Jurist *Karl Binding* und der Freiburger Psychiater *Alfred Hoche* 1920 das Werk „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ veröffentlichten. Nachfolgend konnte diese Publikation durch

⁴ Vgl. *Elster*, ZStW 36 (1915), 595-597; *Borchardt*, Strfr.-Z. 1922, 206 ff.; *Pelckmann*, Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 14 (1923), 132 f.

⁵ Vgl. *Gerkan*, Euthanasie, Das Monistische Jahrhundert 2 (1913), 169 ff. Die Feststellung des Rechtes auf Sterbehilfe, so § 2 des Entwurfes, soll durch Gesuch des Kranken an die zuständige Gerichtsbehörde veranlasst werden. Aufgrund dieses Gesuches sollte das Gericht eine gerichtsmedizinische Untersuchung anordnen. § 5 postuliert weiter, dass „Wenn die Untersuchung die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs ergibt“, das Gericht dem Kranken das Recht auf Sterbehilfe zusprechen sollte.

⁶ Für *Ploetz* (1860-1940) hatte das Rassewohl im sozialdarwinistischen Sinn eindeutig Vorrang vor dem Einzelwohl. Von ihm wurde der Ausdruck „Rassenhygiene“ geprägt.

⁷ Seiner Ansicht nach sollte eine „Fortpflanzungsbegrenzung bei Schwachen“ eingeführt und die natürliche Auslese wiederhergestellt werden. 1895 veröffentlichte er die Studie „von Darwin bis Nietzsche“ in der er erstmals den Dualismus zwischen einem „werthafte[n]“ und einem „wertlosen“ Leben vertritt.

⁸ *Frewer*, Brandenburgisches Ärzteblatt 2001, 377.

die nationalsozialistische Pervertierung der Sterbehilfe bis zum Mord an Kindern, Kranken und Behinderten „zweifelhaften Ruhm“ erlangen.

Angesichts der Geschehnisse in der Zeit des Nationalsozialismus⁹ nahm sich die Bundesrepublik des Themas Sterbehilfe nur sehr behutsam an. Erste Versuche, eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfeproblematik zu erreichen, finden sich im Anschluß an die Arbeiten der Großen Strafrechtskommission in dem Entwurf eines Strafgesetzbuches von 1962 (E 62)¹⁰. Die Regelung des § 137 Abs. 1 E 62¹¹ verzichtete auf eine besondere Milderungsvorschrift für den Tatbestand der Tötung auf Verlangen und legte die Untergrenze des Strafrahmens generell auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten fest¹². Gleichzeitig sollte eine besondere Totschlagsprivilegierung der aus Mitleid, Verzweiflung oder aus anderen Beweggründen begangenen, wesentlich schuldgemilderten Tötung durch den § 134 Abs. 3 E 62¹³ eingeführt werden.

Auch im „Alternativentwurf eines Strafgesetzes – Besonderer Teil“¹⁴, finden sich erste Annäherungen an eine gesetzliche Fixierung zumindest der Suizidproblematik. § 103 AE-BT regelt die Strafbarkeit der Nichthinderung einer Selbsttötung.

§ 103 Nichthinderung einer Selbsttötung

(1) Wer einen anderen nicht an der Selbsttötung hindert, ist nur strafbar, wenn der andere das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder auf Grund einer seelischen Störung (§ 21) handelt und der Unterlassende auf Grund einer gesetzlichen oder freiwillig übernommenen Rechtspflicht gegenüber der Allgemeinheit oder dem anderen dafür zu sorgen hat, dass der Erfolg nicht eintritt.

(2) Die Strafe kann nach § 61 Abs. 1 gemildert werden.

Diese Vorschrift stellt einerseits die Straflosigkeit der Nichthinderung einer freiverantwortlichen Selbsttötung klar und nennt gleichzeitig Kriterien – jungdliches Alter und seelische Störung i. S. v. § 20 StGB h. F. –, welche die Annahme von Freiverantwortlichkeit ausschließen. Daneben wird in § 116 Abs. 3 AE-BT¹⁵ hervorgehoben,

⁹ Hingewiesen sei an dieser Stelle nur auf die Umsetzung des sog. „Euthanasie-Erlasses“ vom 14. Juli 1939. Siehe zu dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ Wunder, in: Holl, S. 25.

¹⁰ BT-Drs. IV/ 650.

¹¹ § 137 E 62

(1) Wer einen anderen tötet, weil er durch dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen dazu bestimmt worden ist, wird mit Gefängnis von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

¹² Eine entsprechende Änderung des § 216 StGB erfolgte durch das 1. StrRG.

¹³ § 134 E 62

(1) ... (2)

(3) Wenn Mitleid, Verzweiflung oder andere Beweggründe, die den Täter zur Tat bestimmen, seine Schuld wesentlich mindern, so ist die Strafe Gefängnis nicht unter einem Jahr.

Der Versuch ist strafbar.

¹⁴ Baumann u. a., Alternativentwurf eines Strafgesetzbuches, Besonderer Teil, Erster Halbband, Straftaten gegen die Person, Tübingen 1970.

¹⁵ § 116 AE-StGB

(1) ... (2)

dass auch die zur Verhinderung einer Selbsttötung erfolgende Nötigung nicht strafbar sei.

Nachdem die Große Strafrechtsreform mit dem 2. StrRG von 1975 sein vorläufiges Ende gefunden hatte, befasste sich der Gesetzgeber erstmals 1985 wieder mit dem Thema. Erst als zahlreiche Akademien und Gesellschaften zu der Problematik der Sterbehilfe Stellung bezogen hatten und spektakuläre Einzelfälle publizistische Aufmerksamkeit gefunden haben, konnte auch der deutsche Gesetzgeber, namentlich der Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages, nicht mehr umhin, die Fragen der Sterbehilfe im Rahmen einer öffentlichen Anhörung von Sachverständigen aus Medizin, Recht, Theologie und Vertretern verschiedener Institutionen zu erörtern¹⁶. Im Ergebnis sah der Rechtsausschuss eine gesetzliche Regelung als nicht dringlich an, da die Rechtsordnung bislang „einen angemessenen, aber auch ausreichenden Rahmen für ein Recht auf humanes Sterben“¹⁷ bereithalte. Von anderer Seite wurde gegen eine gesetzliche Regelung vorgebracht, sie müsse sich auf einen komplexen Sachverhalt richten, der von sich wandelnden Überzeugungen in der Allgemeinheit bestimmt sei¹⁸. Dadurch werde die Gefahr hervorgerufen, dass nur eine Momentaufnahme des gegenwärtigen Konsensansatzes festgeschrieben werde. *Tröndle*¹⁹ stellte sich sogar auf den Standpunkt, dass die Problematik der Sterbehilfe keiner spezialgesetzlichen Regelung bedürfe. Eine solche sei vielmehr überflüssig, wenn die Regelung eingeführt würde, wonach die ärztliche Heilbehandlung nicht mehr den Tatbestand der „Körperverletzung“ erfüllen würde, sondern allenfalls als „eigenmächtiger Heileingriff“ strafbar sein könnte.

(3) Die Tat ist nicht als Nötigung strafbar, wenn sie zur Verhinderung einer Selbsttötung oder einer mit Strafe bedrohten Handlung erfolgt.

(4) Der Versuch ist strafbar.

¹⁶ Vgl. Stenographisches Protokoll 10/51.

¹⁷ Presseerklärung des Bundesjustizministers vom 17.5.1985. Zit. nach *Eser/Koch*, Materialien zur Sterbehilfe, S. 60. Der mangelnde Handlungsbedarf für den Gesetzgeber wurde auch nach Veröffentlichung des AE-Sterbehilfe in einer Presseerklärung des Bundesjustizministers *H. A. Engelhard* am 17.7.1987 bestätigt. Auch von anderer Seite wurde 1986 eine gesetzgeberische Reformbedürftigkeit mit dem Hinweis verneint, dass Rechtsprechung und Lehre bereits adäquate Lösungen bereithalte. So *Otto*, DJT-Gutachten S. 93, sowie die überwiegende Meinung auf dem 4. Rechtspolitischen Kongress der CDU/CSU (vgl. *Anneck*, ZRP 1986, 153, 154).

¹⁸ So etwa *Deutsch* bei der Anhörung im Deutschen Bundestag 1985. Vgl. *Schreiber*, NStZ 1986, 337, 338.

¹⁹ *Tröndle*, in: Sitzungsbericht M zum 56. Deutschen Juristentag, Berlin 1986; ders., ZStW 99 (1987), 24ff. sowie MedR 1988, 163, 164. Mit einer Strafvorschrift über den „Eigenmächtigen Heileingriff“ im Sinne des § 123 AE-BT 1970 hätte sich für *Tröndle* selbst der Fall „Dr. Wittig“ von vorneherein befriedigend lösen lassen. Die Missachtung der freiverantwortlichen Entscheidung der Patientin wäre dann eine eigenmächtige Behandlung gewesen. Die eindringlich niedergelegte und wohlüberlegte Bitte der Patientin keine Intensivmaßnahmen durchzuführen, ließ die strafrechtliche Garantenpflicht insoweit enden.

II. Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe) von 1986

Als für den 56. Deutschen Juristentag 1986 in Berlin die Sterbehilfeproblematik unter dem Titel „*Recht auf den eigenen Tod? – Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung*“ für die strafrechtliche Abteilung zur Diskussion anberaumt wurde, hat sich der Arbeitskreis „Alternativ-Entwurf“ aufgerufen gefühlt, unter Hinzuziehung von Medizinprofessoren verschiedener Einzeldisziplinen, einen eigenständigen Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe vorzulegen²⁰.

1. Überblick über den Alternativentwurf-Arbeitskreis

Der bis heute fortbestehende Arbeitskreis der später sog. Alternativprofessoren ist 1965 in der Phase der Großen Strafrechtsreformbewegung in der Nachbetrachtung zu den Auseinandersetzungen um den Regierungsentwurf eines Strafgesetzbuches "E 1962" entstanden. Aus persönlichen Gesprächen, welche mit der Einsicht endeten, dass dieser Regierungsentwurf eine sehr unbefriedigende Reformlösung darstellt, entstand über eine Reihe von Anfragen der Arbeitskreis "Alternativentwurf-Allgemeiner Teil" von nach und nach 14 StrafrechtKollegen. Dabei verfolgte dieser erste Arbeitskreis das Ziel, ein geschlossenes und konsequentes modernes Sanktionensystem zu konzipieren, welches den äußerst restriktiven Positionen des Entwurfs 1962 gegenübergestellt werden sollte.

Im Verlauf der deutschen Strafrechts- und Strafprozessrechtsreformbewegungen wurden von dem Arbeitskreis weitere Entwürfe zu einzelnen Abschnitten des Besonderen Teils veröffentlicht. Gesondert zu nennen sind neben den hier zu besprechenden Entwürfen zur Sterbehilfe insbesondere der AE-Straftaten gegen die Person I

²⁰ Hierfür wurde die bis dahin laufende Arbeit am Projekt „Reform des Strafverfahrens“ vorübergehend unterbrochen. Vgl. Jahresbericht des Arbeitskreises 1985.

und II (1968, 1970, 1971)²¹, der AE- Wiedergutmachung (1992), der AE-Zeugnisverweigerungsrechte und Beschlagnahmefreiheit (1996)²², sowie der AE-Ermittlungsverfahren (2001)²³.

2. Motivation

a) Gesellschaftspolitischer Hintergrund

Ausgangspunkt der Befassung des Arbeitskreises mit der Sterbehilfethematik war die gesellschaftlich und politisch immer stärker geführte Diskussion über die Zulässigkeit der Sterbehilfe und über die Grenzen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Die rasanten Fortschritte bei der Intensiv- und Transplantationsmedizin, Kontroversen zu Behandlungsverzicht oder etwa dem Hirntodkonzept führten in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts zu einer generellen Neuauflage der Diskussion um die Grenzen ärztlichen Handelns²⁴. Die Grundfragen der ärztlichen Behandlung am Lebensende sind problematisch geworden, seitdem Fortschritte der medizinischen Technologie und Pharmakologie die Möglichkeit eröffnen, das Leben „todkranker“ oder sonst hoffnungslos kranker Patienten, die nur wenig oder gar keine Aussicht auf Heilung haben, zu erhalten und zu verlängern. Auch die Art des Sterbens wird zunehmend von medizinischen Entscheidungen bestimmt²⁵. Viele befürchten nun aber, Ärzte könnten die technischen Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin zu einer Lebensverlängerung um jeden Preis mißbrauchen, vor allem wenn eine Einflußnahme auf die Behandlung wegen Verlustes der eigenen Handlungsfähigkeit nicht mehr möglich ist²⁶. Andere bedrängt die Angst vor einem langen qualvollen Leiden. Einige wollen ihrem Leben zu einem von ihnen bestimmtem Zeitpunkt durch Selbsttötung ein Ende setzen. Teilweise wird sogar die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen als inhuman bezeichnet und statt dessen eine Befugnis des Arztes

²¹ Vorgelegt von Jürgen Baumann, Anne- Eva Brauneck, Ernst- Walter Hanack, Arthur Kaufmann, Ulrich Klug, Ernst-Joachim Lampe, Theodor Lenckner, Werner Maihofer, Peter Noll, Claus Roxin, Rudolf Schmitt, Hans Schultz, Günther Stratenwerth, Walter Stree, Gerald Grünwald, Armin Kaufmann; der zweite Band 1971 zusätzlich vorgelegt von Günther Arzt, Otto Backes, Klaus Geppert, Stephan Quensel; Wolfgang Schöne, Horst Schüler- Springorum.

²² Vorgelegt von Jürgen Baumann, Frank Höpfel, Barbara Huber, Andrea Jung, Heike Jung, Horst Luther, Bernd-Dieter Meier, Rudolf Rengier, Franz Riklin, Klaus Rolinski, Claus Roxin, Heinz Schöch, Horst Schüler Springorum, Thomas Weigend, Jürgen Wolter.

²³ Vorgelegt von Britta Bannenber, Jürgen Baumann, Frank Höpfel, Barbara Huber, Heike Jung, Hans Lilie, Werner Maihofer, Bernd-Dieter Meier, Rudolf Rengier, Peter Rieß, Franz Riklin, Dieter Rössner, Klaus Rolinski, Claus Roxin, Heinz Schöch, Hans-Ludwig Schreiber, Horst Schüler-Springorum, Thomas Weigend, Jürgen Wolter.

²⁴ Frewer, (FN 8), 377.

²⁵ Riedel, Zeitschrift für Biopolitik 2004, 211.

²⁶ Ebenda.

gefordert²⁷, dem ernstlichen Tötungsverlangen eines todkranken Patienten zu entsprechen, also eine Vorschrift, wie sie seit 2002 in den Niederlanden²⁸ und in Belgien²⁹ gesetzlich geregelt ist. Die Gefahr einer im Ergebnis menschenunwürdigen „Therapie im Übermaß am Lebensende“ steht mithin der des „vorzeitigen Behandlungsabbruches“ gegenüber.

Als gesellschaftspolitischer Hintergrund für die Arbeit des Kreises ist die Euthanasiebewegung im In- und Ausland zu nennen³⁰. Die Befürchtung, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht immer umfassend beachtet wird und das Leben eine unnötige, mit vermehrtem Leid verbundene Verlängerung erfahren könnte, befruchtete die sog. „*right-to-die-Bewegung*“ der USA³¹ und führte zur Gründung von sog. Euthanasie-Gesellschaften. Diese legten ihren Mitgliedern insbesondere das Abfassen von „*living-will-Erklärungen*“³² (den heutigen Patientenverfügungen) nahe und forderten die Ärzte zur verstärkten Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes bei der Behandlung Todkranker oder Sterbender auf. Auch in Deutschland kam es seit 1980 zur Gründung von Gesellschaften, die sich mit Fragen der Sterbehilfe befassen, wie etwa der „*Humanistischen Union*“ oder der „*Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben*“. Insbesondere letztere sorgte mit ihrer Forderung, das freie Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben anzuerkennen und damit auch das Recht auf einen freiverantwortlichen Freitod für öffentliche Furore³³ und bewegte die Deutschen Ärztetage³⁴, Gegenresolutionen zu verabschieden, die eine klare Absage an die aktive Sterbehilfe enthielten.

b) Reformvorschläge anderer Institutionen als Anregung

Die Vorschläge des Alternativentwurfs-Sterbehilfe sind im Wesentlichen auf der Basis der Resolution der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 10.04.1979³⁵, der

²⁷ Für eine Freigabe der Tötung auf Verlangen oder zumindest einer Lockerung des § 216 StGB etwa im Sinne des AE 1986 sprechen sich aus u. a. R. *Schmitt*, Maurach-FS S. 117 ff.; *Hoerster*, NJW 1986, 1786, 1792; *Brändel*, ZRP 1985, 92 sowie *Jakobs*, BayAkWiss. 1998 Heft 2.

²⁸ Vgl. das „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“.

²⁹ Vgl. das „Gesetz über Sterbehilfe“ vom 28. Mai 2002.

³⁰ Vgl. *Schreiber*, NStZ 1986, S. 337 sowie die Einführungen des AE-Sterbehilfe, S. 3.

³¹ Zu den Forderungen der amerikanischen Euthanasiegesellschaft „Society for the right to die“, vgl. *Heifetz*, Das Recht zu sterben, 1978, S. 30 ff.

³² Zu den living-will-Erklärungen siehe *Füllmich*, Der Tod im Krankenhaus und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Frankfurt/Main 1990, S. 45 ff.

³³ Abgedruckt bei *Eser/Koch* (FN 14) S. 154f.

³⁴ Vgl. nur beispielhaft die Entschlüsse des 104., 105. und 106. Deutschen Ärztetages, abgedruckt im DÄBl. 98 (2001), A 1465; DÄBl. 99 (2002), A 1586 und DÄBl. 100 (2003), A 1520.

³⁵ Beilage zu Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Heft 3/1979; abgedruckt bei *Eser/Koch*, (FN) S. 145f. Die „Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender“ wurde von

Richtlinie der Bundesärztekammer für die Sterbehilfe von 1979³⁶ sowie der Schweizer Richtlinien für die Sterbehilfe vom 5.11.1976³⁷ erarbeitet. Daneben konnte sich der Arbeitskreis Anregungen bei vielen weiteren standesrechtlichen Stellungnahmen zu Fragen der Sterbebegleitung einholen. So stand das Thema „Sterben und Sterbebegleitung“ im Jahr 1979 im Mittelpunkt der Resolution der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie (DGG)³⁸. Das Sonderproblem „Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“ war Gegenstand der „Einbecker Empfehlungen“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht aus dem Jahr 1986. Nicht zuletzt befassten sich auch der 84. und 87. Deutsche Ärztetag mit der Thematik.

c) Grundanliegen des AE-Sterbehilfe

Motivation für die Ausarbeitung eines konkreten Gesetzesvorschlages war für den Arbeitskreis nicht – wie von manchen Seiten angenommen – die Lockerung des Lebensschutzes³⁹. Grundanliegen des Entwurfes war es vielmehr, dem „Wohl und der Würde des Patienten zu dienen“ und seine „Entscheidungsfreiheit über Aufnahme und Fortführung ärztlicher Behandlungsmaßnahmen“⁴⁰ gesetzlich abzusichern, mithin Rechtssicherheit für den Patienten, aber auch für den Arzt zu schaffen. Die im Grenzbereich zwischen Lebensschutz, Sterbehilfe und Selbstbestimmungsrecht weitgehend herrschende Orientierungslosigkeit sollte aufgelöst werden. Die Rechtslage sei keineswegs so klar, dass sie dem Betroffenen die erforderliche Rechtssicherheit garantieren könne⁴¹. Auch wenn über die Zulässigkeit der passiven und der indirekten Sterbehilfe weitgehend Konsens besteht, so bewege sich dieser auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau, was nur wenig zur allgemeinen Rechtssicherheit beitragen kann. Die Rechtsordnung ist gerade auch dem gewissenhaften Arzt Sicherheit und Klarheit schuldig, weswegen die Befürchtung mit einer Neuvollziehung „schlafende Hunde zu wecken“⁴² ins Leere läuft. Nicht zuletzt erachtete der

einem interdisziplinär zusammengesetzten Ausschuss erarbeitet und hat in der Fachwelt große Beachtung gefunden. Inhaltlich entspricht sie in den Sachaussagen weitgehend der Richtlinie der BÄK zur Sterbehilfe von 1979, klammert aber insbesondere die indirekte Sterbehilfe nicht aus.

³⁶ DÄBl. 76 (1979), S. 957ff.

³⁷ siehe unter www.samw.ch.

³⁸ DBÄ 1983, 670 ff., abgedruckt in *Eser/ Koch* (FN 14), S. 147.

³⁹ AE-Sterbehilfe, Einführung, S. 3.

⁴⁰ AE-Sterbehilfe, Einführung, S. 3.

⁴¹ *Schöch*, ZRP 1986, 236.

⁴² So *Schmitt*, Das Recht auf den eigenen Tod, MDR 1986, D I.

Arbeitskreis diese Fragen für alle Bürger und für das allgemeine Rechtsbewußtsein als so bedeutsam, dass sie nicht der Entscheidung von Richtern und Ärzten anheim gestellt werden dürfen⁴³.

d) Ablösung einer überkommenen Rechtsprechung

Mit einer gesetzlichen Verankerung der Patientenrechte sollte zugleich auch die unbefriedigende höchstrichterliche Rechtsprechung abgelöst werden, die dazu geführt hatte, dass die Sterbehilfe aufgrund der besonderen Gestaltung der Fälle „Wittig⁴⁴“ und „Hackethal⁴⁵“ von der Suizidproblematik überlagert wird⁴⁶. Die Resultate der öffentlichen Anhörung vor dem Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages waren für die Verfasser des AE insbesondere nicht geeignet, der Gesetzgebung die nötigen Impulse zu geben, um einer eklatanten Fehlentwicklung der Rechtsprechung entgegen zu steuern⁴⁷.

3. Analyse des Entwurfs

Ziel dieser Arbeit kann es nicht sein, den Begründungstext des Alternativentwurfes wiederzugeben, zumal dessen Begründung für sich selber spricht. Deshalb möchte ich mich hier mit der Erläuterung von problematischen Aspekte, Leitgedanken sowie Kritikpunkten begnügen.

a) Leitgedanken

Ziel des Alternativentwurf-Sterbehilfe war es, „eine Synthese zwischen der ärztlichen Lebenserhaltungspflicht und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten“⁴⁸ zu erreichen. Der Entwurf enthält Vorschriften zur passiven und indirekten Sterbehilfe, sowie zur Nichthinderung einer Selbsttötung. Die Strafbestimmung der Tötung auf Verlangen soll aufrechterhalten bleiben, wird aber um die Möglichkeit des Absehens von Strafe für extreme Fälle ergänzt.

⁴³ So *Eser*, JZ 1986, 786, 793 der insbesondere darauf verweist, dass Sterbehilfe gerade nicht bloß Sache eines sektoralen Standesrechtes sei und mithin auch nicht im Wege der Richtlinienggebung durch medizinische Fachgesellschaften befriedigend gelöst werden könne. Siehe auch *Schöch*, ZRP 1986, 236 sowie *Schreiber*, NStZ 1986, 337, 344.

⁴⁴ BGHSt, 32, 367 ff.

⁴⁵ BGH, NJW 1987, 2940 ff.

⁴⁶ So *Eser*, JZ 1986, 786, 793, *Schmitt*, MDR 1986 A III, B und *Schöch*, ZRP 1986, 236.

⁴⁷ Siehe den Antrag des Arbeitskreises auf „Umwidmung der Förderung“ durch die Werner-Reimers-Stiftung 1985.

⁴⁸ *Schreiber*, NStZ 1986, S. 337, 344.

Folgende Leitziele kennzeichnen den Alternativentwurf⁴⁹:

- Versuch einer möglichst und aus sich selbst heraus verständlichen Regelung
- Sicherung des Lebensschutzes ohne Lebenszwang
- Schutzwürdigkeit des Lebens unter Ablehnung jeder Differenzierung nach seinem „Wert“
- Rechtliche Ermöglichung optimaler Leidensminderung
- Anerkennung des Rechtes auf einen menschenwürdigen Tod und Billigung des Patientenwillens als „suprema lex“ der Sterbehilfe.
- Bei Zweifeln an der Verantwortlichkeit gilt der Grundsatz: „in dubio pro vita.“⁵⁰
- Unter Beibehaltung der grundsätzlichen Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen ist allenfalls ausnahmsweise ein Absehen von Strafe möglich.
- Der freiverantwortliche Entschluß zur Selbsttötung ist vom Strafrecht durch eine Begrenzung von Rettungspflichten wider Willen des Betroffenen zu akzeptieren.

b) Inhaltliche Erörterungen

aa) § 214 AE – Bereich der sog. passiven Sterbehilfe

In § 214 AE werden die Voraussetzungen für den Abbruch oder die Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen explizit aufgezählt. Die Vorschrift geht von einer einheitlichen Behandlung des Unterlassens und des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen aus. Maßstab für die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe soll der Wille des Patienten sein. Der Vorrang des Selbstbestimmungsrechtes kommt dabei in der Reihenfolge der Nummern 1-4 zum Ausdruck⁵¹.

Die Regelung der **Nr. 1** stellt geltendes Recht dar und betrifft den Fall des einverständlichen Behandlungsabbruchs bei einem entscheidungsfähigen Patienten.

Die Nrn. 2-4 behandeln die Fälle, in denen der Patient zu einer verständigen und wirksamen eigenen Entscheidung nicht mehr in der Lage ist.

Zunächst wird in **Nr. 2** der Fall genannt, dass der Patient nach ärztlicher Erkenntnis „unwiderruflich sein Bewusstsein verloren hat“. Diese Formulierung birgt das Problem in sich, dass die Prognose der Unwiederbringlichkeit des Bewusstseins in der

⁴⁹ Vgl. hierzu AE-Sterbehilfe S. 3ff.; *Schöch*, ZRP 1986, 236; *Eser*, JZ 1986, 786, 795; *B. Schröter*, Das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben – Überlegungen zu den Voraussetzungen und Grenzen der Sterbehilfe, Berlin 2003, S. 274.

⁵⁰ *Lauter/Meyer*, MSchrKrim 1988, 370, 379 meinen demgegenüber, dass sich aus der Begründung zu den Vorschriften genau das Gegenteil ergibt und das Prinzip „in dubio pro vita“ zur Leerformel wird.

Praxis nur schwer möglich sein wird. In der Begründung zu § 214 Abs. 1 Nr. 2 AE-Sterbehilfe wird dann auch aufgeführt, dass die ärztlichen Mitglieder des Arbeitskreises auf die dabei bestehenden Schwierigkeiten im Rahmen der Diskussion hingewiesen haben. Insofern will der Arbeitskreis die Unwiderruflichkeit der Entscheidung nicht im Sinne einer „absoluten Endgültigkeit“ sondern entsprechend einer nur hochgradigen, an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit verstanden wissen. Die Vorschrift will den Arzt nicht auf absolut sichere Prognosen festlegen, sondern räumt ihm einen „begrenzten Erkenntnisraum im Sinne höchstwahrscheinlicher Verläufe nach dem Stand der ärztlichen Wissenschaft“⁵² ein.

Zudem sieht der AE in **Nr. 2** das „Sterbenlassen schwerstgeschädigter, dauernd bewusstloser Neugeborener“ für zulässig an. Eine Benennung oder Beschreibung der hiermit gemeinten Krankheitsbilder findet sich freilich nicht. Zwar wird in der Einführung von dem Arbeitskreis darauf hingewiesen, dass das Problem der sog. Früheuthanasie schwerstgeschädigter Neugeborener nicht umfassend und abschließend erfasst werden kann⁵³. Dennoch erscheint die in § 214 AE gefundene Lösung nur ungenügend durchdacht. Zum einen könnte das Wort „Neugeborene“ den irreführenden Eindruck erwecken, dass eine Aussage über die Wiedererlangung des Bewusstseins und eine Entscheidung über Leben und Tod innerhalb weniger Stunden und Tage getroffen werden kann⁵⁴. Zum anderen ist kritisch anzumerken, dass die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs nicht vom Willen der Sorgeberechtigten abhängig sein soll⁵⁵. Die ärztliche Alleinentscheidung, ohne Hinzuziehung eines Spezialisten, die Tatsache, dass die Eltern nicht in die Entscheidungsfindung einbezogen werden müssen, sowie das Sterbenlassen gegebenenfalls auch unter Nahrungsentzug sind hierbei besonders hervorzuheben⁵⁶.

Weiterhin soll bei dauernder Unfähigkeit zu eigener Entscheidung über die weitere Behandlung dem mutmaßlichen Willen in weiterem Umfang Geltung verschafft werden. Hierfür schafft **Nr. 3** die Voraussetzungen. Bei einem feststellbaren mutmaß-

⁵¹ Schöch, ZRP 1986, 236, 238.

⁵² AE-Sterbehilfe, Begründung zu § 214 AE, S. 16.

⁵³ AE-Sterbehilfe, Einführung, S. 7.

⁵⁴ Lauter/Meyer, MSchrKrim 1988, 370, 372.

⁵⁵ AE-Sterbehilfe, § 214, S. 20.

⁵⁶ Lauter/Meyer, MSchrKrim 1988, 370, 372. In der Begründung zu § 214 heißt es, dass Arzt und Pflegepersonal zwar zur Basispflege verpflichtet sind. Zu dieser Basispflege gehört die Versorgung mit Nahrung *nur* „im Regelfall“.

lichen Willen unterscheidet der Alternativentwurf hinsichtlich der Rechtsfolgen dabei zutreffend nicht zwischen der sog. „Sterbephase im engeren Sinn“ und dem tödlich Kranken mit infauster Prognose.

Schließlich will der Entwurf in **Nr. 4** den Abbruch einer Behandlung oder das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen unabhängig vom wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten in extremen Fällen bei nahe bevorstehendem Tod und völliger Aussichtslosigkeit einer Behandlung zulassen⁵⁷. Diese Vorschrift dürfte rein deklaratorischer Natur sein. Bei Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung ist die Maßnahme bereits medizinisch nicht indiziert⁵⁸, so dass es auf den Willen des Betroffenen überhaupt nicht mehr ankommen kann. Wird die Behandlung dennoch durchgeführt, so würde dies den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen. Dies entspricht im übrigen auch der Vorschrift des § 123 AE-BT⁵⁹ über den sog. eigenmächtigen Heileingriff. Auch hier geht der Arbeitskreis davon aus, dass eine rechtmäßige Heilbehandlung nur dann in Betracht kommt, wenn der Arzt „*bei Indikation ... des Eingriffs*“ *lege artis* handelt⁶⁰. Die medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall⁶¹, begrenzt insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrages⁶².

Hinzuweisen ist letzten Endes noch auf die Formulierung in **§ 214 Abs. 2 AE**, welcher die Rechtmäßigkeit der Unterlassung bzw. des Abbruchs lebensverlängernder Maßnahmen auch im Falle eines Suizidversuches anordnet. Damit soll die bis zu diesem Zeitpunkt ergangene Rechtsprechung des BGH, welcher die Regeln der sog. passiven Sterbehilfe nicht auf Suizidpatienten anwenden will, korrigiert werden. Dem kann für den Fall des Bilanzselbstmordes uneingeschränkt zugestimmt werden.

⁵⁷ *Schreiber*, NStZ 1986, 337, 344.

⁵⁸ In diesem Sinne wohl auch *Tröndle* ZStW 99 (1987), S. 44.

⁵⁹ *Baumann* u. a. (FN 12), S. 78.

⁶⁰ Es mag verwundern, dass der Arbeitskreis, obwohl er an anderer Stelle ausdrücklich auf die Regelungen des AE-BT Bezug nimmt und sie weiterentwickelt, hier die Regelung des ärztlichen Heileingriffs des AE-BT unberührt lässt. Dies umso mehr, wenn man sich die o. g. Argumentation von *Tröndle* vor Augen führt, wonach sich viele Probleme der Suizid- und Sterbehilfeproblematik durch eine explizite Regelung des eigenmächtigen Heileingriffs lösen lassen. Ursache – nicht Rechtfertigung – für diese Teilnovellierung des Arztstrafrecht dürfte jedoch der zeitliche Druck gewesen sein, innerhalb eines Jahres die Arbeiten an den Projekt „Sterbehilfe“ zu beenden, um die Ergebnisse auf dem Deutschen Juristentag vortragen zu können.

⁶¹ *Opderbecke*, MedR 1985, 23, 25; BGHZ 154, 205.

⁶² *Lilie*, in: *Wienke/Lippert, Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben*, 2001, 75, 83.

Kritisch zu betrachten ist jedoch der Fall des Appellselbstmordes. Bei diesem muss der Grundsatz in dubio pro vita Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen haben⁶³.

bb) § 214 a AE – Bereich der sog. indirekten Sterbehilfe

Der Entwurf normiert die - bis heute geltende – völlig einhellige Ansicht zur sog. indirekten Sterbehilfe in der medizinischen und juristischen Literatur. Eine gesetzliche Regelung schien dem Arbeitskreis angesichts der Unklarheiten in der rechtlichen Begründung sowie im Hinblick auf die Unsicherheiten in der Praxis dennoch erforderlich⁶⁴.

cc) § 215 AE – Nichthinderung eines Suizids

§ 215 AE stellt – in Anlehnung an § 103 AE-BT – klar, dass unter bestimmten, insgesamt sehr strengen Voraussetzungen keine Verpflichtung besteht, die Selbsttötung eines anderen zu verhindern. Damit soll der Judikatur, die aus § 323 c StGB eine Rettungspflicht gegenüber dem „verunglückten“ Suizidenten ableitet, entgegen gewirkt werden. Mit dieser Vorschrift soll gewährleistet werden, dass die Rechtsordnung den auf einer freien Willensäußerung beruhenden Suizid „wenigstens in der Weise respektiert, dass nicht nur die Beihilfe zur Selbsttötung, sondern auch eine unterlassene Hilfeleistung straflos bleibt“⁶⁵. Bei der notwendigen Abwägung zwischen Lebensschutz und Freiheitsschutz muss der eigenverantwortliche Wille des Lebensmüden geachtet werden. Dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen wird demnach ein großes Gewicht eingeräumt.

Im Gegensatz zu den vorangegangenen Entscheidungen des Bundesgerichtshofes kommt es für eine Straflosigkeit des Unterlassungstäters nicht darauf an, dass eine gewissenhafte Abwägung durch den Garanten zu einer vertretbaren Gewissensentscheidung geführt hat. Vielmehr erlaubt –nicht gebietet– das Vorliegen einer freiverantwortlichen und ernstlichen Suizidentscheidung dem unterlassenden Garanten -

⁶³ Insgesamt kritisch zu den Alternativvorschlägen, die einen Bezug zu einem Selbstmord haben, hat sich der Mitautor und Psychiater Dr. *Bochnik* in *MedR* 1987, 216 ff. geäußert. Diese Regelungen seien nur „in jenen extrem seltenen Fällen zu Recht anwendbar, in denen der Selbstmord das Ergebnis einer freien Willensentscheidung ist. In den meisten Fällen von Suizidalität ist die Fähigkeit zur freien Willensbildung durch „normale“ oder psychotische Verzweiflung aufgehoben.“ Zudem sei die Frage der Freiverantwortlichkeit in der akuten Situation des Suizidversuches nie klärbar und auch nicht aus den „Umständen“ oder aus einem etwaigen Patiententestament erkennbar. „Jeder Selbsttötungsversuch sollte, bis zum Beweis des Gegenteils, der psychiatrischen Sachverstand erfordert, als Ausdruck einer unfreien Entscheidung angesehen werden, die eine Hilfeleistung gemäß § 323c StGB auslöst“.

⁶⁴ *Schreiber*, *NSStZ* 1986, 337, 345.

unabhängig von einem konkreten Abwägungsprozess – die Freiheit des Suizidenten höher zu achten, als sein Leben⁶⁶. Dies kann im Einzelfall zu unbilligen Ergebnissen führen. Die Freiverantwortlichkeit des Todesbegehrens könnte auch die Freiheit der törichten und unangemessenen Entscheidung beinhalten, wie z. B. den Freitod wegen Liebeskummer, geschäftlicher Rückschläge, Aufkündigung des Verlöbnisses (dies wären allesamt Fälle des Appellselbstmordes). Indes ist es offensichtlich ein Unterschied, ob der Freitod, den der Dritte zulässt, seinen Grund in einer unheilbaren Krankheit oder in heftigem Liebeskummer hat⁶⁷. In letztgenanntem Fall würde man wohl kaum den Verzicht auf strafrechtlichen Schutz menschlichen Lebens als zulässig erachten. Der Verzicht auf eine rechtliche Wertabwägung erscheint zudem auch vor dem Hintergrund der Ausgestaltung der Rechtfertigungs- und Entschuldigungsgründe⁶⁸ problematisch. Aus diesem Grunde wollen die Verfasser des Alternativentwurfs das Kriterium der Freiverantwortlichkeit auch so verstanden wissen, dass dieses eine umfassende Abwägung nicht ausschließt, sondern gerade in sich aufnimmt. Danach soll Freiverantwortlichkeit nur bei leidadäquatem, „vertretbarem“ Suizid bejaht werden, was praktisch bedeutet, dass die Lage hoffnungslos und der Todeswunsch aller Voraussicht nach endgültig sein muss, damit die Entscheidung als frei gefällt anerkannt werden darf. In der Begründung zu § 216 AE führen sie aus, dass der Suizid in 95 von 100 Fällen pathologisch-unfrei sei und dass die Freiheit zum Suizid nur bei vernünftiger, d.h. nachvollziehbarer, verständiger und nicht grob unsinniger Entscheidung zu gewährleisten sei⁶⁹.

Darüber hinaus ist bei § 215 AE auf zwei redaktionelle Fehler hinzuweisen. Für *Herzberg* ist es beim ersten Lesen der Vorschrift nicht ersichtlich, ob die genannten Fälle der Selbsttötung „frei verantwortlich, ausdrücklich erklärt oder aus den Umständen erkennbaren ernstlichen Entscheidung“ alternative oder sogar kumulative Voraussetzungen für die Straflosigkeit der Nichthinderung einer Selbsttötung sind. Von den Verfassern des Entwurfes gemeint ist dabei nur die Alternativität der mittleren Qualitäten der Entscheidung, d.h. dass die Entscheidung freiverantwortlich

⁶⁵ AE-Sterbehilfe, Begründung zu § 215 AE, I.

⁶⁶ Vgl. hierzu *Herzberg*, JZ 1986, 1021, 1024

⁶⁷ *Herzberg*, JZ 1988, 182, 185.

⁶⁸ Unabhängig davon, ob man die Straflosigkeit im „Wittig-Urteil“ auf der Ebene der Rechtfertigung oder Entschuldigung ansiedeln will. *Herzberg* interpretiert das Urteil dahingehend, dass das Verhalten – nach einer dem § 34 entsprechenden Abwägung – als nicht pflichtwidrig und damit gerechtfertigt anzusehen ist. Demgegenüber wollen die Vertreter des AE die Straflosigkeit auf der Ebene der Schuld ansiedeln, da dem Arzt ein anderer Ausweg aus seinem Gewissenskonflikt nicht „zumutbar“ war. Anders wiederum *R. Schmitt*, JZ 1984, 868 Fn. 22, der „mangelnde Zumutbarkeit einer an sich bestehenden Erfolgsabwendungspflicht“ vermutet.

und ernstlich und entweder ausdrücklich erklärt oder aus den Umständen erkennbar sein muss⁷⁰.

Zweitens ist es systematisch nicht ersichtlich, warum § 216 AE dem Wortlaut des § 215 AE nicht angepasst ist⁷¹. So spricht § 215 AE von der freiverantwortlichen und ernstlichen Entscheidung, wohingegen § 216 AE allein die Ernsthaftigkeit der Entscheidung genügen lassen will. Dass auch für § 216 AE die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung Tatbestandsvoraussetzung sein soll, ergibt sich zum einen aus der Begründung des AE⁷² und zum anderen aus der Auslegung des Begriffes „Ernsthaftigkeit“ nach damals wie heute geltendem Recht: Eine Entscheidung ist nur dann ernstlich, wenn sie auf einem freiverantwortlichen Willensentschluss und einer freien Willensbildung beruht und mithin frei von Zwang, Täuschung, Irrtum und anderen wesentlichen Willensmängeln ist⁷³. Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass an beide Vorschriften unterschiedliche Rechtsfolgen geknüpft sind: § 216 AE führt zur Strafmilderung des Tuns, § 215 AE führt zur Straflosigkeit des Unterlassens⁷⁴. Insoweit kann es jedenfalls nicht falsch sein, in § 215 AE eine, will man den Begriff der Ernstlichkeit in § 216 AE anders auslegen, zusätzliche Hürde aufzubauen.

dd) § 216 AE – Tötung auf Verlangen

§ 216 AE, die Tötung auf Verlangen, enthält als Neuerung den Absatz 2, der die Möglichkeit vorsieht, von Strafe abzusehen, wenn die Tötung zur Beendigung eines unerträglichen Leidenszustandes vorgenommen worden ist.

Durch diese Vorschrift entsteht leicht der Eindruck, die Tötung eines Menschen wird unter den genannten Voraussetzungen als zulässig erachtet. Dem ist entschieden entgegenzutreten. Mit der Vorschrift des § 216 AE soll am Grundsatz der Unantastbarkeit fremden Lebens unbedingt festgehalten werden. Die generelle Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen wird nicht aufgehoben. Es geht allein darum, dass „in einer extremen, für Täter und Getöteten gleichermaßen existenziellen Situation die Entscheidung des Täters, aus mitmenschlichen Gründen die Achtung vor fremdem Menschenleben gegenüber der ausweglosen Not des Leidenden zurücktreten zu

⁶⁹ AE-Sterbehilfe, Begründung zu § 215, S. 31f.; *Baumann*, JZ 1987, 131, 132.

⁷⁰ Vgl. hierzu *Herzberg*, JZ 1986, 1021, 1023.

⁷¹ Ausführlich *Herzberg*, JZ 1986, 1021, 1023.

⁷² AE-Sterbehilfe, Begründung zu § 216, II. 5.

⁷³ *Tröndle/Fischer*, § 216, Rdn. 4.

⁷⁴ *Baumann*, JZ 1987, 131, 132.

lassen,“ unter bestimmten Voraussetzungen ohne strafrechtliche Sanktionen bleiben kann⁷⁵. Hier soll nur auf die sehr seltenen Fälle⁷⁶ der Unzumutbarkeit abgestellt werden. Eine Beeinträchtigung des Lebensschutzes ist damit nicht verbunden. Aus dieser Vorschrift lassen sich insbesondere keine Ansprüche und kein Recht auf eine einverständliche Tötung herleiten⁷⁷. Diese Vorschrift bürdet niemandem die Rechtspflicht auf, einen anderen Menschen, aus welchen Gründen auch immer, zu töten. Die aktive Sterbehilfe bleibt mithin auch nach dieser Regelung rechtswidrig und strafbar.

4. Reaktionen auf den AE-Sterbehilfe

Unmittelbarer Erfolg des Alternativentwurfes mag wohl dessen Behandlung auf dem 56. Deutschen Juristentag 1986 gewesen sein. Nach einleitenden Referaten von *Tröndle* und *Hiersche* bildete der AE-Sterbehilfe einen zentralen Punkt der Diskussion. Wenn auch die Mehrheit der bei der Schlußabstimmung noch anwesenden Mitgliedern der strafrechtlichen Abteilung des Juristentages eine gesetzliche Regelung überwiegend ablehnte, so fanden die Vorschläge des Alternativentwurfes in der Sache weitgehende Billigung⁷⁸. In den Beschlüssen der strafrechtlichen Abteilung wird denn auch immer wieder auf den AE-Sterbehilfe Bezug genommen.

Die Vorschläge des AE zur passiven und indirekten Sterbehilfe (§§ 214, 214a AE) hielt der Juristentag als Entscheidungshilfe für den Arzt und als Orientierungshilfe für die Rechtspraxis nützlich. In Anlehnung an § 216 Abs. 2 AE empfahl der Juristentag bzgl. der Tötung auf Verlangen, gesetzlich die Möglichkeit vorzusehen, dass das Gericht von Strafe absehen kann, wenn die Tötung zur Beendigung eines unerträglichen Leidenszustandes vorgenommen worden ist. In Übereinstimmung mit dem AE erteilte er darüber hinausgehenden Bestrebungen, die aktive Sterbehilfe zu legalisieren, eine Absage⁷⁹.

So positiv der Alternativentwurf von dem Juristentag aufgenommen wurde, so negativ wurde er von der *Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher*

⁷⁵ AE-Sterbehilfe, Begründung zu § 216, I. 4.

⁷⁶ In der Begründung des AE-Sterbehilfe finden sich u. a. folgende Beispielfälle wieder: Der Lastwagenfahrer, der nach einem Autounfall im Führerhaus seines brennenden LKW eingeklemmt war. Nach einem Flugzeugabsturz in unwegsamem Gelände bittet ein unrettbar Verletzter, man möge ihn töten. Ein Soldat wird lebensgefährlich verwundet, ärztliche Hilfe ist nicht rechtzeitig erreichbar.

⁷⁷ *Lilie*, *scientia halensis* 2/1993, 23, 25.

⁷⁸ *Carstensen/Schreiber*, *Der Chirurg* 1987, 303.

Gesellschaften (AWMF) bewertet. Die AWMF sprach sich gegen die im Alternativentwurf vorgeschlagene und vom Juristentag unterstützte Ergänzung des § 216 StGB aus. Begründet wird dies damit, dass die moderne Medizin durchaus die Möglichkeit habe, auch bei todkranken Patienten die schlimmsten Symptome so unter Kontrolle zu halten, „dass das Leiden nicht mehr im Vordergrund stehe, so dass die Ärzte niemals gezwungen seien, bewusst einen Menschen zu töten“⁸⁰. Die Sorge vor Veränderungen des Bewusstseins im Gefolge einer Lockerung der Strafbestimmungen zum Schutze des Lebens wiege umso schwerer, als eine Diskrepanz zwischen der plakativen Außenwirkung des § 216 Abs. 2 AE und den offenbar sehr viel restriktiveren Intentionen der Verfasser bestünde. Der AE selbst bezweifelt, ob bei tödlich Kranken überhaupt ein praktisches Bedürfnis für eine gesetzliche Sonderregelung besteht⁸¹, denn bei den in der Begründung aufgeführten Beispielfällen ermöglicht überwiegend schon das geltende Recht das Absehen von Strafe.

Doch nicht nur in den 1980er Jahren fand der AE-Sterbehilfe Beachtung in der Literatur. Zuletzt hat die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz empfohlen, „den richtungweisenden Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe) aus dem Jahr 1986 aufzugreifen und mit einigen Änderungen in ein Gesetzgebungsverfahren einzubringen“⁸².

So spricht sich die Kommission ergänzend etwa dafür aus, unter Beibehaltung der §§ 214, 214a AE-Sterbehilfe, klarzustellen, dass die dort genannten Maßnahmen nicht davon abhängen, „ob das Grundleiden des Patienten einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat“. Auch den Behandlungsabbruch bei Koma-Patienten und schwerst geschädigten Neugeborenen, wie er in § 214 Abs. 1 Nr. 2 AE-Sterbehilfe vorgesehen ist, wollen sie nur eingeschränkt zulassen und die „Einstellung der lebensverlängernden Maßnahme“ insbesondere nicht „ausschließlich von der ärztlichen Erkenntnis abhängig machen“. Beachtung findet darüber hinaus die ausdrückliche Zustimmung der Kommission zu § 216 Abs. 2 AE-Sterbehilfe⁸³.

⁷⁹ Die Beschlüsse des 56. Juristentages sind abgedruckt bei Wolfslast/Conrads, Textsammlung Sterbehilfe, Berlin 2001, 227ff..

⁸⁰ *Weißbauer*, Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e. V. 1987, 174, 176.

⁸¹ AE-Sterbehilfe, S. 34.

⁸² Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, Sterbehilfe und Sterbebegleitung, S. 129.

⁸³ *Reiter* spricht sich in einem Sondervotum jedoch gegen die Empfehlung aus, den § 216 Abs. 2 AE in Gesetzesform zu gießen.

Der größte Verdienst des Alternativentwurfes besteht jedoch darin, die sachlichen Voraussetzungen passiver und direkter Sterbehilfe umschrieben zu haben⁸⁴. Allein die Existenz dieses Entwurfs und dessen öffentliche Erörterung haben dazu beigetragen, die Akzeptanz gegenüber den rechtlich erlaubten Formen der Sterbehilfe zu festigen und Bedenken zu zerstreuen.

Gleichwohl ist der Tatsache, dass der damalige Gesetzgebungsvorschlag nicht von der Bundesregierung aufgegriffen wurde und er deshalb keine praktische Bedeutung erlangt hat, auch ein positiver Aspekt abzurufen: Mit einer einzelnen losgelösten gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe wäre die seit 1911 erfolglos angestrebte Gesamtreform des Arztstrafrechts in Gefahr geraten, „bis an die griechischen Kalenden verschoben zu werden“⁸⁵. Denn auch wo der AE in der Sache selbst richtige Lösungen aufzeigt, kann er doch nur „legislatorisches Flickwerk“ bieten. Dass die isolierte Regelung der Sterbehilfe, eines Teilbereichs des ärztlichen Strafrechts bzw. Heilbehandlungsrechts, nicht ohne rechtssystematische Probleme ist, macht § 214 Abs. 1 Nr. 3 AE deutlich. Er stellt ausschließlich auf den mutmaßlichen Willen des nicht einwilligungsfähigen Patienten ab und legt damit die – vermutlich nicht gewollte – Interpretation nahe, auf Entscheidungen der Sorgeberechtigten habe es nicht anzukommen⁸⁶.

An dieser Stelle kann den Ausführungen zu dem Alternativentwurf-Sterbebegleitung vorgreifend angemerkt werden, dass selbige Kritik auch für diesen Entwurf gilt. Zwar ist man versucht, über das Strafrecht hinaus auch das Zivilrecht in den Blick zu nehmen, doch zeigt dies gerade die mangelnde Befriedigung einer Teilnovellierung. An der Schnittstelle von Straf-, Zivil-, Betreuungs-, und vor allem Verfassungsrecht ist eine umfassendere Regelung, die sich den zahlreichen Kernproblemen des Medizinrechts annimmt, angezeigt.

⁸⁴ So auch *Tröndle*, ZStW 99 (1987), 25, 36 sowie *B. Schröter* (FN 41), S. 276.

⁸⁵ *Tröndle* (FN 77), S. 36.

⁸⁶ *Weißbauer*, Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e. V. 1987, 174, 176.

IV. Der Alternativentwurf Sterbebegleitung 2005

1. Reformgang

Während in den 1980er Jahren die deutsche Euthanasie-Debatte von der Forderung nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe gekennzeichnet war⁸⁷ und insbesondere das Selbstbestimmungsrecht der Einwilligungsfähigen Hauptaugenmerk war, wird die heutige Debatte verstärkt vor dem Hintergrund des „Wertes des Menschen“, der sich nicht oder nicht mehr äußern kann, geführt. Auch wenn vielfach die Rede von einem Wandel des Selbstverständnisses der Arzt-Patienten-Beziehung vom Paternalismus hin zum Autonomieprinzip die Rede ist, zeigt sich doch, dass es bei der Sterbebegleitung heute vorrangig um Probleme beim einwilligungsunfähigen Patienten geht.

Rein sachlich hat sich das Thema der Sterbehilfe seit 1986 hingegen nicht verändert. Nach wie vor werden selbige Gefahren bei der rechtlichen Behandlung der Sterbehilfe gesehen. Auch die ethischen Beurteilungsmaßstäbe haben sich im Laufe der Jahrzehnte nicht verschoben. Abzuwägen ist – wenngleich auch mit unterschiedlicher Gewichtung – weiterhin zwischen dem Prinzip der Fürsorge, dem ärztlichen Ethos sowie dem Autonomieprinzip des Patienten⁸⁸.

Auch die rechtliche Ausgangssituation für die Reformbestrebungen des Arbeitskreises ist dieselbe geblieben. Der Gesetzgeber hat bislang keine Regelung darüber getroffen, in „welchen Fällen es ausnahmsweise zulässig sein könnte, den Arzt von seiner Pflicht zur Lebenserhaltung zu entbinden oder ihm gar lebensverkürzende Eingriffe zu gestatten“⁸⁹. Sowohl die vom Bundesjustizminister 2003 unter der Leitung von Klaus *Kutzer* eingesetzte Kommission „Patientenautonomie am Lebensende“ als auch die Arbeiten der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz sowie die Tätigkeiten der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ und des Nationalen Ethikrates unterstreichen die rechtspolitische Aktualität des Themas. Dessen Bedeutung wird nicht zuletzt auch dadurch gezeigt, dass die Justizministerkonferenz im November 2005 auf ihrer Herbsttagung Fragen der Sterbehilfe erörtert hat und bei dieser Gelegenheit die Bundesministerin der Justiz gebeten wurde, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der Rechtssicherheit bei der medizinischen Betreuung am Ende des Lebens gewährleistet und dabei dem Instrument der Patientenverfü-

⁸⁷ *Wunder*, Medizin und Gewissen: Die neue Euthanasie-Debatte, S. 255.

⁸⁸ Eine ausführliche Darstellung der wechselseitigen Beziehung zwischen Autonomie und Fürsorge findet sich bei *Geisler*, Dtsch Med Wochenschr 2004;129:453 ff.

⁸⁹ AE-StB, Einführung, S. 2.

gung einen hohen Rang einräumt⁹⁰. Bemerkenswert ist, dass der Arbeitskreis mit seinem Sterbebegleitungsaufsatz - vergleichbar mit dem politischen Geschehen 1986, rechtzeitig in das Gesetzgebungsverfahren eingreifen wollte⁹¹ und erneut die Arbeiten zu seinem Hauptprojekt – diesmal „Reform der Tötungsdelikte“ – aussetzte, um in kürzester Zeit einen eigenen Gesetzesvorschlag in die aktuelle Debatte⁹² einzubringen.

Die Sterbehilfe-Diskussion hat jedoch durch die **medizinische Entwicklung** Veränderungen erfahren. So wurde 1986 u. a. noch nicht über die Möglichkeiten der Palliativmedizin⁹³ oder über die Einrichtung von Hospizbewegungen⁹⁴ unter dem Motto „Hilfe zum Loslassen“ gesprochen. Die Entwicklung der Medizin und Medizintechnik hat für das Lebensende neue Möglichkeiten der Behandlung geschaffen. Neu sind die Fortschritte vor allem in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle und Erkenntnisse zu den elementaren Bedürfnissen Schwerstkranker und Sterbender. So ist etwa eine parenterale Ernährung über eine PEG-Magensonde erst seit 1986 möglich. Zudem hat die Fähigkeit, Menschen, die z.B. an Krebs oder Herzinsuffizienz leiden, lebensverlängernd zu therapieren, deutlich zugenommen.

Unter Berücksichtigung dieser Neuheiten wurde die Debatte auch um die Überlegung erweitert, ob nicht eine fortschrittlich gute Sterbebegleitung das Leben der Betroffenen verlängern kann, oder aber, ob die staatlichen Schutzpflichten dahin gehen könnten, einen humanen Tod zu ermöglichen und gleichzeitig weitgehend den Missbrauch durch Fremdtötungen auszuschließen. Durch immer gravierendere Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit demographischen Faktoren, Mittelknappheit und Rationalisierung kommt die gegenwärtige Diskussion

⁹⁰ So der Justizminister des Freistaates Thüringen, Harald Schliemann, in einem Schreiben vom 24.11.2005.

⁹¹ Zu Beginn der Arbeit an dem Sterbebegleitungsaufsatz war damit zu rechnen, dass der Entwurf des BMJ mit großer Energie im Gesetzgebungsverfahren weiterbetrieben und voraussichtlich bis zum Ende der Legislaturperiode 2006 verabschiedet werde. Vorzeitige Bundestagswahlen und Regierungswechsel waren nicht absehbar.

⁹² Der Koalitionsvertrag der „Großen Koalition“ enthält dementsprechend unter dem Stichwort Patientenrechte auf S. 110 die Vereinbarung, „Die Rechtssicherheit von Patientenverfügungen wird gestärkt.“ Zumindest für die zivilrechtliche Debatte wird demnach der gesetzgeberische Handlungsbedarf von politischer Seite grundsätzlich bejaht.

⁹³ Die ersten Anfänge, Palliativmedizin in Deutschland zu etablieren, können zwar bereits auf die 1970er Jahre datiert werden. Im Jahr 1983 wurde in Köln etwa die erste Palliativstation eröffnet. Ein Anstieg und eine Etablierung der Palliativmedizin fand jedoch erst ab Mitte der 1990er Jahre statt.

⁹⁴ 1986 entstand in Aachen das erste stationäre Hospiz. Die „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz“ gründete sich 1992 und die „Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin“ 1995.

auch nicht mehr umhin, ökonomischen Faktoren sowie Allokationsprozessen Beachtung zu schenken.

2. Einheit der Rechtsordnung: Anerkennung von Patienten-verfügungen auch im StGB

Zudem hat sich die Fachdiskussion zunehmend auf die zivil- und hier in erster Linie **betreuungsrechtlichen Aspekte** der Sterbehilfe verlagert⁹⁵. Dabei geht es einerseits um die Frage einer Prozeduralisierung von Behandlungsbegrenzungen bei dauernd entscheidungsunfähigen Patienten durch Einschaltung der Vormundschaftsgerichte, andererseits um den Stellenwert und die Durchsetzungsfähigkeit individueller Vorsorgemaßnahmen.

Zwar war das **Instrument der Vorauserklärung**, etwa mit Hilfe einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, bereits in den 1980er Jahren bekannt und wurde in die Diskussion einbezogen. Jedoch fand sich zur Frage der Patientenverfügung keine näher formulierte Einigung. Die Meinungen gingen an diesem Punkt noch weit auseinander. Aus diesem Grund verzichtete der AE-Sterbehilfe 1986 auf detaillierte Regelungen über die Handhabung der Patientenverfügungen und überließ „die Klärung von Detailfragen der Praxis“⁹⁶. Auch auf dem Deutschen Juristentag 1986 wurde der einhellige Beschluss gefasst, die Bedeutung der Patiententestamente kritisch zu überprüfen. Mehrheitlich wurde gegen eine Bindung des Arztes an derartige Verfügungen Stellung genommen. Dem Patiententestament soll lediglich die Bedeutung eines Hinweises für den zu ermittelnden mutmaßlichen Willen des Patienten zukommen⁹⁷.

Die Bedeutung der Patientenverfügung ist in den letzten Jahren einem starken Wandel unterzogen. Während der Bundesgerichtshof im sog. „Kemptener-Urteil“ 1994 den Standpunkt vertrat, dass zur Ermittlung des Willens des betroffenen Patienten auf dessen frühere mündliche oder schriftliche Äußerung abzustellen ist und er damit noch auf der Linie des Alternativentwurfes von 1986 stand, hat sich in der Entscheidung des BGH im Jahr 2003 ein Paradigmenwechsel abgezeichnet. Nunmehr wird der Patientenverfügung nicht mehr nur die Wirkung eines bloßen

⁹⁵ Nicht zuletzt auch durch den RefE eines 3. Betr.ÄndG, welches in der letzten Legislaturperiode zur Diskussion stand. Darin sollte eine gesetzliche Fixierung der Patientenverfügung erfolgen.

⁹⁶ AE-Sterbehilfe, S. 6, 17.

Indizes für den mutmaßlichen Willen zugesprochen. Vielmehr erhält sie auf einer Ebene zwischen der ausdrücklichen Erklärung und dem mutmaßlichen Willen eine eigenständige Legitimationsgrundlage⁹⁸. Die Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens kommt danach „nur hilfsweise in Betracht, wenn und soweit nämlich eine im einwilligungsfähigem Zustand getroffene „antizipative“ Willensbekundung des Betroffenen ... nicht zu ermitteln ist“⁹⁹. Eine solche Willensäußerung, etwa in Form einer Patientenverfügung, binde die Beteiligten als Ausdruck des fortwirkenden Selbstbestimmungsrechts¹⁰⁰. Diese Gedanken aufgreifend formuliert der AE-StB nunmehr in § 214 Abs. 1 Nr. 2, dass der Abbruch oder die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen auf der Grundlage einer wirksamen schriftlichen Patientenverfügung für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten zulässig sein soll. Damit wird deutlich gemacht, dass die Patientenverfügung nicht nur für irreversible Krankheitsverläufe und Todesnähe (vgl. § 214 Abs. 1 Nr. 4) verbindlich ist. Die Frage der Wirksamkeit einer Patientenverfügung erfährt in dem Gesetzesvorschlag kaum Klärung. Vielmehr wird diese Vorfrage den Reformbemühungen im Zivilrecht übertragen. Lediglich das Formerforderniss der Schriftlichkeit wird als Wirksamkeitsvoraussetzung positiv normiert. In der Begründung zum AE-StB findet sich an einer Stelle noch der Hinweis darauf, dass die Bewertung der Eindeutigkeit und Situationsbezogenheit dem ärztlichen Beurteilungsspielraum obliegt.¹⁰¹ An dieser Auslagerung der Frage der Wirksamkeit von Patientenverfügungen aus dem Strafrecht wird besonders deutlich, wie interdisziplinär auch im Recht selbst die Debatte um die Zulässigkeit der Sterbehilfe geführt wird und weiterhin geführt werden muss. Eine vom Zivilrecht losgelöste Strafrechtsreform der Sterbebegleitung erscheint vor diesem Hintergrund nicht möglich. Auch wenn auf politischer Ebene die Stärkung der Rechtssicherheit der Patientenverfügung im Zivilrecht als vorrangig angesehen wird, muss am Ende der Debatte eine strafrechtliche Regelung stehen.

3. Leitgedanken des AE-Sterbebegleitung

Die Verfasser des AE-Sterbebegleitung verstehen diesen Entwurf als eine Antwort auf die aktuellen Reformdebatten und wollen die damaligen Vorschläge des AE-

⁹⁷ Carstensen/Schreiber (FN 71), 304; AE-Sterbehilfe, S. 6 spricht von dem „Instrument zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen“.

⁹⁸ AE-StB, S. 565; Verrel, NSZ 2003, 450f.

⁹⁹ BGHZ 154, 205, 220.

¹⁰⁰ Im Zivilrecht, insbesondere von R. Kern, wird teilweise noch die Ansicht vertreten, dass der Vorausserklärung weiterhin bloße Indizwirkung für den mutmaßlichen Willen zukommen soll.

Sterbehilfe „aktualisieren und fortschreiben, wobei der seit-herigen Entwicklung in Rechtsprechung, [Rechts- sowie Medizin-] Wissen-schaft und Gesetzgebung Rechnung getragen wird“¹⁰².

Die Leitgedanken des AE-Sterbehilfe (siehe oben) sollen weiterhin gelten und nur in einigen Aspekten modifiziert bzw. ergänzt werden. Modifikationen stellen dabei insbesondere die Anerkennung der Patientenverfügung als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten sowie die **vollständige Absage an die aktive Sterbehilfe**¹⁰³ dar. Wesentliches Anliegen des Arbeitskreises ist es zudem, die hergebrachte Sterbehilfeterminologie mit ihren verwirrenden Begrifflichkeitsdifferenzierungen (aktiv indirekt, direkt, passiv etc.) abzuschaffen¹⁰⁴.

Die explizite Aufzählung der Leitziele des AE-Sterbebegleitung ist noch um den Grundsatz „**in dubio pro vita**“ zu ergänzen. Auf diesen wird an mehreren Stellen innerhalb der Begründung hingewiesen¹⁰⁵. Interessant ist, dass der Arbeitskreis während seines Projekts eine intensive und zum Teil kontroverse Diskussion über den Stellenwert des Grundsatzes „in dubio pro vita“ geführt hat. Die Debatte entbrannte vorrangig bei der Frage, wie zu entscheiden sei, wenn etwa der mutmaßliche Wille (§ 214 Abs. 1 Nr. 3 AE-StB) nicht ermittelbar ist. Augenscheinlich findet sich in § 214 Abs. 1 Nr. 4 AE-StB eine „in dubio pro medico“-Regelung: Eine Entscheidung über den Behandlungsabbruch kann in diesem Fall allein von dem Arzt getroffen werden.

4. Änderungen gegenüber dem AE-Sterbehilfe

a) Prozeduralisierung

Abgesehen von der bereits erwähnten Anerkennung der Patientenverfügung in den §§ 214 Abs. 1 Nr. 2, 214a AE-StB ist eine wesentliche Änderung gegenüber dem AE-Sterbehilfe die Prozeduralisierung. Die Verfasser haben großen Wert auf eine Verbindung von materiellen und prozessrechtlichen Bestimmungen gelegt.

¹⁰¹ AE-StB, S. 5XX.

¹⁰² AE-StB, S. 556.

¹⁰³ § 216 Abs. 2 AE-Sterbehilfe wird in der aktuellen Fassung nicht übernommen.

¹⁰⁴ AE-StB, S. 560.

¹⁰⁵ Vgl. nur AE-StB, S. 571; Auch die Hinzuziehung eines weiteren Arztes gem. § 1 Abs. 2 Sterbebegleitungsgesetz dient der Erfüllung des Grundsatzes.

aa) Dokumentationspflicht

Während der AE-Sterbehilfe noch auf „aufwendige prozedurale Absicherungen, insbesondere auf die obligatorische Hinzuziehung eines weiteren Arztes¹⁰⁶“ verzichtete, fordern die Verfasser nunmehr für die sog. indirekte Sterbehilfe i. S. v. **§ 214a AE-StB** eine über die bereits bestehende vertragliche Nebenpflicht zur Dokumentation hinausgehende spezialgesetzliche Dokumentationspflicht, welche in einem Sterbebegleitungsgesetz niedergelegt ist. Dadurch soll zum einen der Verdacht „einer als Schmerzbehandlung getarnten aktiven Sterbehilfe“¹⁰⁷ ausgeräumt werden. Darüber hinaus wird auf einen weiteren Sinn und Zweck der Dokumentation hingewiesen: Sie soll aufzeigen, welches Ringen bei der Ärzteschaft vor der Gabe der tödlichen Schmerzmitteldosis im Einzelfall stattgefunden hat. Wurde ohne Dokumentation eine größere Menge an Schmerzmitteln verabreicht, so soll dies ein Indiz für den Mißbrauch darstellen, auch wenn allein die Nichterfüllung der Dokumentationspflicht nicht im Sinne eines abstrakten Gefährdungsdeliktes strafbewehrt ist, sondern lediglich als Ordnungswidrigkeit geahndet wird (vgl. § 3 StGB).

Eine derart strenge Dokumentationspflicht ist jedoch nicht vollkommen unbedenklich. Zwar stellt sie gewiß ein Mittel gegen den Mißbrauch und damit zugleich auch für den Lebensschutz der Betroffenen dar. Jedoch schränkt diese Pflicht den eigentlichen Tätigkeitsbereich der Ärzte erneut ein. Diese haben bereits ihre zivilrechtlichen aus dem Behandlungsverhältnis nach § 242 BGB folgenden Dokumentationspflichten sowie -speziell für den Bereich der Schmerztherapie- diejenigen nach § 17 BtMG zu erfüllen. Zudem ist zu befürchten, dass zu viele Ärzte schon diese Rechenschaft scheuen, auch wenn man meinen dürfte, dass diese bereit sind, dieser Pflicht als Gegenleistung für ihre allseits geforderte stärkere Rechtssicherheit nachzukommen. Ein potenzieller Täter wird sich auch durch eine derartige Rechtspflicht nicht daran gehindert sehen, die Dokumentation zu fälschen, was zwar eventuell nach § 267 StGB strafbar sein könnte. Auch das Erfordernis der schriftlichen Stellungnahme eines zweiten Arztes kann hieran nichts ändern. Der potenzielle Täter kann entweder über die „außergewöhnliche Dosissteigerung“ durch falsche Dokumentation hinwegtäuschen oder aber die Stellungnahme selbst fälschen und sich dadurch gleichsam nach § 267 StGB strafbar machen.

¹⁰⁶ AE-Sterbehilfe, S. 6.

¹⁰⁷ AE-StB, S. 578.

bb) Weiter diskutierte Möglichkeiten der Kontrolle der Dokumentation

Zur Diskussion stand nicht nur die jetzt veröffentlichte Fassung eines Sterbebegleitungsgesetzes. Ursprünglich sahen die Verfasser auch vor dem Hintergrund des Leichenschaurechts eine Kontrolle der Dokumentation als erforderlich an. Eine Freigabe zur Bestattung sollte erst dann erteilt werden dürfen, wenn die Dokumentation durch einen Arzt des Gesundheitsamtes überprüft wurde. Ausgangspunkt der Überlegungen war die von ärztlicher Seite vielfach beklagte Unsicherheit beim Ausfüllen eines Totenscheins. Bislang besteht zumeist nur die Möglichkeit auf dem Totenschein die Felder „nichtnatürlicher, natürlicher Tod oder Todesursache ungeklärt“ anzukreuzen. Hinsichtlich der Einstufung der Todesart bei einem Behandlungsabbruch oder bei leidensmindernden Maßnahmen herrscht allerdings bereits unter Medizinern keine Einigkeit. Für einige ist der Behandlungsabbruch oder aber die palliativmedizinische Sterbebegleitung charakteristisch für einen „natürlichen Tod“¹⁰⁸. Andere wiederum sehen insbesondere den nach Behandlungsabbruch eintretenden Tod als „unnatürlich“ bzw. „ungeklärt“ an¹⁰⁹. Aus diesen Überlegungen ergab sich folgender Vorschlag einer Ergänzung der landesrechtlichen Bestattungsverordnungen:

§ x Leichenschau in sonstigen Fällen

Die Leichenschau ist von einem Arzt des Gesundheitsamtes, in dessen Bezirk sich die Leiche befindet, durchzuführen, wenn er über einen Todesfall anlässlich einer Schmerzbehandlung oder palliativ-medizinische Maßnahmen informiert wird.

Darüber hinaus sollte den Landesgesetzgebern die Empfehlung gegeben werden, die Todesursachen auf den Totenscheinen um die Kategorie „Abbrechen der Maßnahme auf Wunsch des Patienten“ oder „palliativmedizinische Todesursache“ zu erweitern.

Gegen eine Amtsarztkontrolle wurden insbesondere Praktikabilitätsabwägungen ins Feld geführt. Dagegen spreche zunächst die bereits bestehende Pflicht der Gesundheitsämter, den Totenschein auf Plausibilität hin zu überprüfen. Auch die Feuerbe-

¹⁰⁸ Bei der Expertenanhörung des Alternativentwurfes wurde von medizinischer Seite ausgeführt, dass die Palliativmedizin die Aufgabe habe, dem Patienten zu helfen. Auch wenn Medikamente lebensverkürzend seien, sei der Tod natürlich. Auch bei der sog. weaning-out-Methode (erst bei nach Absetzen der Medikamente eintretender Spontanatmung wird das Beatmungsgerät abgestellt) trete ein natürlicher Tod ein.

¹⁰⁹ Dies auch vor dem Hintergrund einer dann automatisch anberaumten staatsanwaltschaftlichen Missbrauchskontrolle.

stattungsgesetze der Länder¹¹⁰ stehen dem Erfordernis einer weiteren Kontrollinstanz entgegen. Aufgrund des Beweismittelverlustes bei der Verbrennung einer Leiche ist bei allen Kremationen eine zweite ärztliche Leichenschau erforderlich. Dadurch können in zeitnahe Raum Fehler der ärztlichen Behandlung aufgedeckt werden. Als weiterer Einwand wurde der individuell unterschiedliche und nicht nachweisbare Wirkmechanismus von Medikamenten, z. B. bei einer durch langjährige Opiatgabe erhöhten Toleranzschwelle, angeführt. Auch über eine amtsärztliche Kontrolle könne im Einzelnen eine Verwischung der Dokumentation nicht verhindert werden.

Aufgrund dieser zum Teil sehr gewichtigen Einwände hat sich eine Mehrheit der Verfasser gegen eine derartige Regelung ausgesprochen.

cc) Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung

Eine weitere Form der Prozeduralisierung von Behandlungsbegrenzungen bei dauernd entscheidungsunfähigen zu betreuenden Patienten stellt die Einschaltung der Vormundschaftsgerichte dar. Auch wenn der Arbeitskreis hierzu keine explizite Regelung vorgeschlagen hat und keinen Automatismus der gerichtlichen Überprüfung der Maßnahmen am Lebensende einführen wollte, so hat er doch eine Ergänzung des Betreuungsrechts durch den Gesetzgeber empfohlen¹¹¹. Er spricht sich für eine Regelung aus, wonach „die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts auf solche Fälle der Sterbebegleitung begrenzt“ sein soll, in denen die „prozedurale Rationalität einer gerichtlichen Mitwirkung unverzichtbar ist“. Auf die Möglichkeit der Konzile als Kontrollinstanz ist er im Laufe der Diskussion hingegen nicht eingegangen.

dd) § 214a AE-StB – Absicherung der sog. indirekten Sterbehilfe

Insgesamt enthält der AE-StB die Tendenz, durch eine (bereits tatbestandliche) Anknüpfung an objektive Kriterien, eine größere Missbrauchsabsicherung zu erreichen. Dies kommt **bei § 214a AE-StB** am deutlichsten zum Ausdruck. Danach sind schmerzlindernde Maßnahmen nur gerechtfertigt, wenn sie „nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft vorgenommen werden“¹¹². Diese Regeln seien durch Richtlinien der WHO sowie durch Lehrbücher der Schmerztherapie objektiviert und

¹¹⁰ Mit Ausnahme von Bayern.

¹¹¹ AE-StB, 569.

¹¹² AE-StB, 577.

auch forensisch überprüfbar. Hintergrund der Aufnahme einer objektiven Zulässigkeitsvoraussetzung war die schwierige Abgrenzung zwischen der unzulässigen aktiven Tötung auf Verlangen und der zulässigen indirekten Sterbehilfe, die bislang nur auf der Vorsatzebene erfolgt.

b) Absage an die aktive Sterbehilfe

Welchen entscheidenden Einfluss die Missbrauchsgefahr auf die Arbeit des Alternativentwurf-Arbeitskreises hatte, zeigt sich bei der bereits erwähnten **absoluten Absage an die aktive Sterbehilfe** bei § 216 AE-StB¹¹³. Während die Verfasser 1986 noch die Notwendigkeit sahen, eine Ausnahmeregelung für Extremfälle zu formulieren, wollen sie nun die Entscheidung über einzelne extreme Ausnahmesituationen den Gerichten überlassen¹¹⁴. Als mögliche Lösung wird auf die Regeln des rechtfertigenden Notstandes hingewiesen¹¹⁵. Angesichts der eingangs besprochenen medizinischen Entwicklung, insbesondere der heutigen Möglichkeiten der Palliativmedizin bis hin zur sog terminalen Sedierung¹¹⁶ lehnt der Arbeitskreis ein weiter bestehendes Bedürfnis für eine Lockerung des Verbots der aktiven Sterbehilfe ab¹¹⁷.

Dieser gegenüber dem AE-Sterbehilfe vorgenommenen Änderung kann nicht zugestimmt werden. Den Bedürfnissen von Menschen mit Krankheitsverläufen, bei denen das Leiden unerträglich wird und durch keine medizinische Maßnahme zu lindern ist und den Bedürfnissen von behandelnden Ärzten, wird mit § 216 AE-StB nur ungenügend Rechnung getragen¹¹⁸. Der Hinweis, dass die Palliativmedizin Fälle des unerträglichen menschlichen Leidens hinreichend behandeln kann, ist nicht

¹¹³ Eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe lehnten zuletzt auch die Justizminister der Länder auf der Herbstkonferenz im November 2005 in Berlin wegen der „Unantastbarkeit fremden Lebens, wegen der Gefahr eines Dammbrochs beim Lebensschutz und wegen der Sorge vor Missbrauch“ weiterhin mit Entschiedenheit ab. Beschluss zu Top II.3.

¹¹⁴ Als Beispiel für die Möglichkeiten der Rechtsprechung, über die Notstandsregeln zu einer einzelfallgerechten Entscheidung zu gelangen, werden die Entscheidungen LG Ravensburg NSZ 1987, 229 und BGHSt 32, 367 angeführt.

¹¹⁵ Weitere Lösungsmöglichkeiten stellen die §§ 59, 60 StGB sowie § 153 StPO dar.

¹¹⁶ Der Begriff terminale Sedierung wird in der Medizin noch uneinheitlich definiert und kontrovers diskutiert. Grundsätzlich handelt es sich um die Gabe stark beruhigender (sedierender) Medikamente bei Sterbenden (terminal). Da prinzipiell die Möglichkeit besteht, den Tod der Patienten durch eine sehr starke Sedierung zu beschleunigen, ist die Grenze zur Sterbehilfe unscharf. Palliativmediziner im speziellen verstehen unter der terminalen Sedierung die Verabreichung von Medikamenten, die das Bewusstsein sterbender Menschen dämpfen, um belastende Symptome wie Schmerzen oder Angst in der letzten Lebensphase zu lindern, mithin Symptomkontrolle. Neben einer Lebensverkürzung kann eine solche Symptomkontrolle nachweisbar aber auch lebensverlängernde Wirkung haben, wenn den Patienten ein schmerzfreies Dasein ermöglicht wird.

¹¹⁷ AE-StB, S. 583. Zustimmend *Duttge*, GA 573, 576 ff.

¹¹⁸ So auch die Bioethik-Kommission (FN 75), S. 71.

zutreffend. Weder sind terminale Schmerzzustände ohne Lebensverkürzung kontrollierbar, noch sind alle unerträglichen Leidenszustände solche des schieren Schmerzes¹¹⁹, wenn man nur an den Fall der Diana Pretty denken will. Zwar haben sich die Verfasser des AE-StB im Rahmen ihrer Diskussion diesen Fällen nicht verschlossen. Insbesondere der Erstickungstodes bei einem Kehlkopfkrebs¹²⁰ oder bei einer amyotrophische Lateralsklerose wurde in die Überlegungen mit einbezogen. Auch der zum Lehrbuchfall gewordene Tod eines in einem brennenden LKW eingeschlossenen Fahrers wurde besprochen.

Im Ergebnis war den Verfassern der Schutz durch die Aufwertung des ärztlich assistierten Suizids sowie durch die Notstandsregelung in § 34 StGB oder einer Berücksichtigung der Notsituation bei der Strafbemessung ausreichend. Diese Lösung ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass Anliegen des AE-StB ist, den Ärzten eine klare Rechtsgrundlage und damit Sicherheit für ihr Handeln zu geben, fraglich. Denn gerade den Patienten, die ein Weiterleben allein aufgrund der Unerträglichkeit der Qualen, Schmerzen oder Leiden selbstbestimmt ablehnen, muss besondere Hilfe gewährt werden. Ein bloßer Verweis auf rechtliche Auswege ist hier nicht ausreichend. Dies um so mehr, als die Unsicherheit der Ärzte in extremen Situationen, die, wie im Fall des Luftröhrendurchbruches, zumeist auch auf einen relativ kurzen Zeitraum begrenzt sind, am größten sein dürfte und ein aktives Tätigwerden zum Schutz eines menschenwürdigen Sterbens aus Angst vor einer eventuellen Strafverfolgung unterbleiben könnte. Die Gefahr, dass durch die fehlende gesetzgeberische Tätigkeit jemanden eine zum Teil grausame und unmenschliche Weise des Sterbens zugemutet wird, ist zu groß, als dass man sie mit dem Verweis auf § 34 StGB abtun darf. Dem Selbstbestimmungsrecht des todkranken Patienten, der ohne äußeren Druck und bei vollem Bewusstsein einen unheilbaren und unerträglichen Leidenszustand beendet haben möchte, muss auf gesetzlichem Wege zum Durchbruch verholfen werden.

Dies um so mehr, als die rechtliche Zulässigkeit der Anwendung des § 34 StGB auf derartige Fälle in der Fachwissenschaft umstritten ist¹²¹. Zwar gibt der Bundesge-

¹¹⁹ *Merkel*, Die Zeit, Nr. 47.

¹²⁰ Einen solchen Patienten kann man im Fall des Luftröhrendurchbruches nur durch eine medikamentöse Überdosis vor dem grausamen Erstickungstod bewahren.

¹²¹ Bejahend: *Herzberg*, NJW 1986, 1639; *Merkel*, ZStW 107, 572; *Schreiber*, NSTZ 1986, 340f.; *Rengier*, BT II, § 7 Rn.4; *Otto*, Strafrecht, § 6 Rn. 42; *Möllering*, Schutz des Lebens, S. 20; *Seibert*, Rechtliche Würdigung der aktiven indirekten Sterbehilfe, Konstanz 2003, S. 166f. Verneinend: H.J. *Hirsch*, Lackner-FS 609; *Tröndle/Fischer*, Vor § 211, Rn. 14; *Schönke/Schröder*, Vor § 211, Rn. 24; *Rilinger*, GA 1997, 420.

richtshof in BGHSt. 42, 301 zu erkennen, dass das zu einer Lebensverkürzung führende, den Tatbestand des § 216 StGB erfüllende Handeln des Arztes nach den Notstandsregeln gerechtfertigt sein kann. Die bloße Begründung, dass „die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ein höherwertiges Rechtsgut sei, als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen“, vermag jedoch nicht ohne weiteres zu überzeugen. Für die Beantwortung der Frage der Anwendbarkeit des § 34 StGB auf Fälle der aktiven Sterbehilfe ist eine Auseinandersetzung mit strafrechtlichen Grundsätzen notwendig: Zum einen mit der aus § 216 StGB hergeleiteten Einwilligungssperre für Eingriffe in das Leben und zum anderen mit dem Dogma des absoluten Lebensschutzes¹²². Darüber hinaus wirft die tatbestandliche Ausgestaltung des § 34 StGB selbst Fragen auf: Anwendbarkeit bei intrapersonalen Interessenkonflikten¹²³; Interessenabwägung im Einzelfall und dabei die (Vor-)Frage, welche Interessen überhaupt hinter dem Tötungsverbot stehen. Soll die Klärung dieser Vielzahl an Probleme, mit denen sich die Rechtswissenschaft seit Jahrhunderten von Jahren intensiv auseinandersetzt, in einer Notsituation dem Arzt überlassen bleiben?

Auch der Verweis der Verfasser auf die Missbrauchsrisiken und die Gefahr des „Dammbrechens“ vermag alleine nicht zu überzeugen. Ein absolutes Tötungsverbot in dem Sinne, dass die Tötung eines anderen Menschen niemals entschuldigt (§ 35 StGB) oder auch gerechtfertigt (§ 32 StGB) ist, ist dem Recht fremd¹²⁴. Überall, wo das Recht eine Tötung zulässt, wird der Grundsatz der Unantastbarkeit fremden Lebens durchbrochen – dass aber im Bereich der Sterbehilfe besondere Gefahren zu befürchten sind, wird immer öfters bezweifelt¹²⁵. Zwar liegt angesichts der immensen Behandlungskosten in der Sterbephase¹²⁶ und damit verbundener Sparmaßnahmen

¹²² *Seibert*, (FN 110), S. 133.

¹²³ Bejahend: *Merkel*, Früheuthanasie, 2001, 528; *Lackner/Kühl*, § 34, Rn. 4; *Kühl*, Strafrecht AT, 8/34. Verneinend: *Schroth*, JuS 1992, 476, 478; *Renzikowski*, Notstand und Notwehr, 1994, 64.

¹²⁴ *Seibert*, (FN 110), S. 155. Die Relativität des Lebensschutzes ergibt sich auch aus Art. 2 Abs. 2 GG sowie aus Art. 2 EMRK.

¹²⁵ *Stürmer*, Sterbehilfe, S. 80; *Volker von Loewenich*, zitiert in: *Kuhlmann*, Sterbehilfe, S. 112: „Es ist eine Illusion, Abgleiten sei nur in die eine Richtung eines schwindenden Respekts vor menschlichem Leben möglich. Man wandert nicht entlang einer schiefen Ebene, sondern vielmehr auf einem Grat, von dem man nach zwei Seiten abstürzen kann: in den Verlust des Respektes vor der prinzipiellen Unantastbarkeit menschlichen Lebens auf der einen Seite und auf der anderen Seite hinab in eine unerbitterliche Lebenserhaltung, die keine Rücksicht mehr kennt auf das, was der Patient zu erdulden haben wird.“

¹²⁶ Vgl. *Knupp*, in: *Knupp/Stille*, Sterben und Tod, S. 109: 50% des Gesundheitsaufkommens werden in Deutschland für die letzten 6 Lebensmonate von Kranken ausgegeben.

der Gedanke an eine missbräuchliche Überdosierung von Schmerzmitteln zur Beschleunigung des Ablebens nicht fern, jedoch ist zu bedenken, dass viele Zulässigkeitsvoraussetzungen nachprüfbar sind, sodass eine völlige Aushöhlung des Tötungsverbotes nicht zu befürchten ist¹²⁷. Die immer wieder heraufbeschworene Gefahr eines Dammbrochs ist besonders dann fragwürdig, wenn lediglich legalisiert wird, was ohnehin in der Praxis und auch in der Rechtsprechung toleriert wurde und von der gesellschaftlichen Mehrheit getragen wird.

c) § 4 Sterbebegleitungsgesetz - ärztlich assistierte Suizid

Diesen Bedenken versucht der Arbeitskreis mit der Regelung zum ärztlich assistierten Suizid in § 4 Abs. 1 Entwurf eines Sterbebegleitungsgesetzes zu begegnen. Für außergewöhnliche Konfliktfälle soll der Arzt auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen eines tödlich Kranken nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zur Abwendung eines unerträglichen und unheilbaren Leidens Beihilfe zur Selbsttötung leisten können. Damit wird die Frage angesprochen, wer im Falle des freiverantwortlichen Suizides mit in die Verantwortung einbezogen werden soll. Der Arbeitskreis verbindet mit dieser Regelung neben der symbolischen Wirkung, dass medizinisch assistierte Suizide entgegen der bislang von der Bundesärztekammer vertretenen Auffassung¹²⁸, in eng begrenzten Fällen ein erlaubtes ärztliches Verhalten darstellt, vor allem die Intention, dass suizidale Patienten sich vertrauensvoll in die Hände der Ärzte begeben und mit diesen im Dialog die Ernsthaftigkeit des Entschlusses nochmals überprüfen können. Der Suizident soll nicht allein gelassen darauf verwiesen werden, dem Leben durch einen Sprung aus dem Fenster oder einem Pulsaderschnitt ein Ende bereiten zu müssen. Damit stellt die Verantwortungsübergabe an die Ärzteschaft zwar im Grundsatz eine Abkehr von der ärztlichen Schadensvermeidungs- und Fürsorgepflicht dar. Im Einzelfall wird den Ärzten aber gerade auch die tatsächliche Möglichkeit gegeben, entsprechend ihrer Profession das Leiden am Ende des Lebens eines Patienten auf anderem Wege zu lindern als durch den Suizid des Patienten. Diese im Grundsatz zu begrüßende Regelung muss sich jedoch die Kritik gefallen lassen, auf eine Prozeduralisierung, wie sie noch im Bereich der §§ 214, 215 AE-StGB zum Schutz vor Missbrauch vorgenommen wurde, gänzlich verzichten zu wollen. Eine solche prozedurale Absicherung muss jedoch gefordert werden, um die gegen eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids

¹²⁷ V. Dellingshausen, Sterbehilfe, S. 227.

vorgebrachten Bedenken zu entkräften, dass unheilbar erkrankte Patienten etwa zu einer Entscheidung gedrängt werden könnten, weil sie sich als „Belastung“ für die Angehörigen oder die Gesellschaft empfinden oder aber gar die Legalisierung zu einer „Pflicht des sozialverträglichen Absterbens“ führen könnte. In diesem Zusammenhang sei an den US-amerikanischen „Oregon death with dignity act“ erinnert. Dieses Gesetz erlaubt den ärztlich assistierten Suizid nur unter eng begrenzten Voraussetzungen. Ein Patient kann diese ärztliche Hilfe zum Sterben nur dann in Anspruch nehmen, wenn er volljährig ist und an einer unheilbaren Krankheit leidet, die voraussichtlich in weniger als sechs Monaten zum Tode führen wird. Zusätzlich müssen zwei Ärzte unabhängig voneinander die Diagnose und Prognose übereinstimmend festgestellt haben. Besteht der Verdacht, dass der Patient nicht urteilsfähig ist, muss ein psychologisches Gutachten eingeholt werden. Die Beantragung des ärztlich assistierten Suizids muss zwei mal, mit mindestens 15 Tagen Bedenkzeit dazwischen, mündlich und ein weiteres mal unter Zeugen schriftlich erfolgen. Zudem sind die Ärzte verpflichtet über alle bestehenden Alternativen, wie Palliativmedizin oder Betreuung im Hospiz, aufzuklären¹²⁹. An diesem Voraussetzungskatalog zeigt sich, dass die Entscheidungsstärke der Patienten im Vorfeld deutlich überprüft wird und den Ärzten die Möglichkeit gegeben wird, dem Patienten Handlungsoptionen aufzuzeigen. Bei einem derartigen vorgeschalteten Prozess kann die Missbrauchsgefahr minimiert werden.

d) § 214 Abs. 1 Nr. 2 AE-StB

Nicht übernommen wurden weiterhin die Regelungen des § 214 Abs. 1 Nr. 2 AE-Sterbehilfe bezüglich der Wachkomapatienten, da der notwendigen und erst am Anfang stehenden Diskussion nicht durch den Gesetzgeber vorgegriffen werden soll. Damit will der Arbeitskreis jedoch keine „unbegrenzte Lebenserhaltungspflicht“ bei Wachkomapatienten statuieren. Vielmehr gibt er zugleich die Empfehlung an jeden einzelnen ab, für den Fall des dauerhaften Bewusstseinsverlustes Vorsorgemaßnahmen, insbesondere durch Patientenverfügungen zu treffen¹³⁰.

Auffällig ist, dass die Verfasser darüber hinaus auch die Regelung des § 214 Abs. 1 Nr. 2 AE-Sterbehilfe bezüglich der schwerstgeschädigten Neugeborenen nicht

¹²⁸ Vgl. Bundesärztekammer, Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: DÄBl. v. 07.05.2005.

¹²⁹ Die Auswirkungen dieses Sterbehilfegesetzes werden anschaulich von Dahl, Spektrum der Wissenschaft 2006, 116 ff. analysiert. Siehe auch „Eighth Annual Report on Oregon’s Death with Dignity Act“ unter www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year8.pdf.

¹³⁰ AE-StB, S. 569.

übernommen haben. Eine Begründung für diese – im Ergebnis zu befürwortende Entscheidung – wird freilich nicht gegeben. Lediglich bei der sog. indirekten Sterbehilfe wird auf die Fälle der Früheuthanasie Bezug genommen. Eine Sonderregelung bezüglich *leidensmindernder Maßnahmen bei Neugeborenen* sei in diesem Zusammenhang nicht erforderlich, da nicht lebensfähige Neugeborene zu den „*tödlich Kranken*“ i. S. v. § 214a AE-StB gehören, bei denen indirekte Sterbehilfe zulässig ist.¹³¹ Damit ist jedoch nicht die Frage der Zulässigkeit der Beendigung, Begrenzung oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen beantwortet. Im Ergebnis wäre eine Regelung außer unter Klarstellungsgesichtspunkten, denen der Arbeitskreis einen generell hohen Rang einräumt¹³², aber auch nicht erforderlich. Die Vornahme lebenserhaltender Maßnahme wäre bei nichtlebensfähigen Neugeborenen medizinisch nicht indiziert. Die ärztliche Behandlungspflicht findet ihre Grenzen gerade in der Indikation einer Maßnahme.

e) § 215a – Unterstützung einer Selbsttötung aus Gewinnsucht

Infolge der Aufwertung des ärztlich assistierten Suizids in § 4 Sterbebegleitungsgesetz und des Verzichts auf die nachträgliche Rettungspflicht, vor allem aber infolge des in den letzten Jahren eingesetzten „Sterbehilfetourismus“ zum Zwecke der Selbsttötung in die Schweiz¹³³ sahen die Verfasser die Einführung eines neuen Straftatbestandes für notwendig an. Da viele deutsche Ärzte den ärztlich assistierten Suizid aus ethischen und standesrechtlichen Gründen ablehnen¹³⁴, besteht die Gefahr, dass private Unternehmen oder Organisationen „diese Notlage ausnutzen und ohne ärztlichen Ethos und ohne den Vorrang therapeutischer Hilfe aus gewinnsüchtigen Motiven Beihilfe zur Selbsttötung leisten“¹³⁵.

Eine vergleichbare Regelung wird gegenwärtig auch in der Schweiz diskutiert. In der Schweiz werden derzeit ca. dreihundert assistierte Suizide von Suizidvereinen

¹³¹ So AE-Sterbehilfe, S. 23.

¹³² Man denke nur an § 4 – Ärztlich assistierte Selbsttötung, der einzig die geltende Rechtslage darstellt und der Klarstellung dient.

¹³³ Um der Autonomie des einzelnen Subjekts Nachachtung zu verschaffen und die Allmacht der Ärzte zu schmälern, wurde 1982 die Vereinigung für humanes Sterben „Exit“ von Juristen, Ärzten und Pflegepersonal gegründet. Sie zählt heute rund 60'000 Mitglieder. 1998 wurde der Verein „Dignitas – würdiges Leben, würdiges Sterben“ durch Rechtsanwalt Ludwig A. Minelli gegründet. Dieser Verein bietet auch Ausländerinnen und Ausländern Suizidbeihilfe an. Von den etwa 3'700 Mitgliedern leben mehr als die Hälfte im Ausland. Schliesslich hat der Psychiater Peter Baumann im Jahre 2002 den Verein „Suizidhilfe“ gegründet, der auch psychisch Kranken den assistierten Suizid ermöglicht.

¹³⁴ Vgl. auch die ablehnende Haltung der Bundesärztekammer zum medizinisch assistierten Suizid, die in den Grundsätzen der BÄK zur Sterbebegleitung 2004 zum Ausdruck kommt.

¹³⁵ AE-StB, S. 582; ebenso die Bioethik-Kommission (Fn 75), S. 133.

jährlich organisiert. Die Tendenz ist steigend. Wegen dieser Entwicklung ist von den Züricher Behörden gesetzgeberischer Handlungsbedarf angemeldet worden.¹³⁶ Postuliert wird, ein kantonales Suizidhilfe-Gesetz zu schaffen, welches eine Bewilligungspflicht für solche Organisationen vorsieht und sich mit deren Registrierung und Beaufsichtigung befasst. Eine Beschränkung auf Sterbewillige mit Schweizer Wohnsitz, um den einsetzenden Sterbehilfetourismus einzuschränken, ist ebenfalls ein wichtiges Anliegen¹³⁷.

Unabhängig von den mit dem in der Strafrechtsdogmatik zu wenig ausdifferenzierten Begriff der Gewinnsucht zweifelsohne verbundenen Auslegungsschwierigkeiten¹³⁸, ist fraglich ob diese Gewinnsuchtregel tatsächlich ein geeignetes Verhinderungsinstrument für derartige private Sterbehilfeorganisationen ist. Der Begründung des AE-StB ist zu entnehmen, dass die Vorschrift die Begrenzung einer Etablierung von Organisationen wie „Exit“ intendiert. Ein Erfolg versprechenderes Mittel erscheint die nach dem Vereinsgesetz bereits bestehende staatliche Aufsicht, Bewilligung und Registrierung der Organisation und der damit gleichzeitig verbundenen Möglichkeit, den Organisationen Auflagen für eine menschenwürdiges Tätigwerden im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zu erteilen.

4. Reaktionen auf den AE-Sterbebegleitung

Der Gesetzesvorschlag zur Sterbebegleitung wurde sowohl von der Fachwelt¹³⁹ als auch von der Politik¹⁴⁰ mit Interesse zur Kenntnis genommen. Auch wenn das Thema niemanden emotional unbeteiligt lässt, ist es wichtig, dass alle Entscheidungsträger sich dem Thema möglichst rational nähern, um zu einer befriedigenden gesetzgeberischen Regelung zu gelangen. In diesem Sinne und nicht zuletzt auch durch die

¹³⁶ NZZ am Sonntag, 22.2.2004, S. 1 und 9.

¹³⁷ Siehe hierzu SAMW, 1. Publikation zur Vernehmlassung, Februar 2004.

¹³⁸ So auch *Schroth*, GA 2006, 549, 570, der den Begriff und die in der Begründung zum AE-StB gegebene Definition als „völlig unklar“ ansieht und befürchtet, dass sie sowohl weit als auch eng angewandt werden kann, plädiert daher für einen wucherähnlichen Tatbestand. Dem Vorschlag von *Schroth* das Strafgesetz an das Kriterium der „Ausbeutung von dessen Zwangslage“ zu knüpfen kann dahingehend zugestimmt werden, dass hierdurch die psychische Notlage von Suizidenten zum geschützten Rechtsgut wird. Jedoch kann das dem § 291 StGB entnommene Dauerelement des Ausbeutens einer Zwangslage aufgrund der strafrechtlichen Ausdifferenzierung gleichsam zu erheblichen Auslegungsschwierigkeiten führen und die Situation des Suizidenten nur ungenügende erfassen. Die einen interpretierten mit der Gewinnsucht ein subjektives Element in den Begriff, andere wiederum stellen nur auf das bewusste Ausnutzen der Zwangslage ab.

¹³⁹ Vgl. u. a. die Beiträge von *Schroth*, GA 2006, 549 und *Duttge*, GA 2006, 573.

Fassung ihrer Vorschläge in Gesetzesform wird der Alternativentwurf als wesentliche Hilfe verstanden.

Ob sich auf der Basis dieses Entwurfes letzten Endes ein Konsens finden lassen wird, kann wohl erst nach den Beratungen des 66. Deutschen Juristentages im September 2006 beurteilt werden. Sowohl von der juristischen Praxis als auch von der Rechtswissenschaft und Politik wird der Debatte um „*Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung*“ mit großem Interesse entgegengesehen. Zumindest ist eine rege Diskussion zu erwarten, zumal der Arbeitskreis mit Herrn *Schöch* als Vorsitzender der Strafrechtlichen Abteilung und Herrn *Verrel* als Gutachter auf der Tagung stark vertreten ist und sie dadurch die eine oder andere „Bresche für ihren Entwurf“ schlagen können.

¹⁴⁰ Vgl. die Podiumsdiskussion am. 05.09.2005 in der Ständigen Vertretung des Landes-Sachsen-Anhalt.

Anhang A: Gesetzestext des AE-Sterbehilfe von 1986

§ 214 Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen (sog. passive Sterbehilfe)

(1) Wer lebenserhaltende Maßnahmen abbricht oder unterlässt, handelt nicht rechtswidrig, wenn

1. der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich verlangt oder
2. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewusstsein unwiederbringlich verloren hat oder im Fall eines schwerstgeschädigten Neugeborenen niemals erlangen wird oder
3. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis sonst zu einer Erklärung über Aufnahme oder Fortführung der Behandlung dauernd außerstande ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er im Hinblick auf Dauer und Verlauf seines aussichtslosen Leidenszustandes, insbesondere seinen nahe bevorstehenden Tod, diese Behandlung ablehnen würde, oder
4. bei nahe bevorstehendem Tod im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung die Aufnahme oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist.

(2) Abs. 1 gilt auch für den Fall, dass der Zustand des Betroffenen auf einem Selbsttötungsversuch beruht.

§ 214a Leidensmindernde Maßnahmen (sog. indirekte Sterbehilfe)

Wer als Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklichem oder mutmaßlichem Einverständnis Maßnahmen zur Linderung schwerer, anders nicht zu behebender Leidenszustände trifft, handelt nicht rechtswidrig, auch wenn dadurch als nicht vermeidbare Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.

§ 215 Nichthinderung einer Selbsttötung

(1) Wer es unterlässt, die Selbsttötung eines anderen zu hindern, handelt nicht rechtswidrig, wenn die Selbsttötung auf einer freiverantwortlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren ernstlichen Entscheidung beruht.

(2) Von einer solchen Entscheidung darf insbesondere nicht ausgegangen werden, wenn der andere noch nicht 18 Jahre alt ist oder wenn seine freie Willensbestimmung entsprechend §§ 20, 21 StGB beeinträchtigt ist.

§ 216 Tötung auf Verlangen

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernsthafte Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen

(2) Das Gericht kann unter den Voraussetzungen des Abs. 1 von Strafe absehen, wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.

(3) Der Versuch ist strafbar.

Anhang B: Gesetzestext des AE-Sterbebegleitung von 2005

§ 214 Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen

- (1) Wer lebenserhaltende Maßnahmen beendet, begrenzt oder unterlässt, handelt nicht rechtswidrig, wenn
1. der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich verlangt oder
 2. der Betroffene dies in einer wirksamen schriftlichen Patientenverfügung für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit angeordnet hat oder
 3. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis zu einer Erklärung über Aufnahme oder Fortführung der Behandlung außerstande ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er im Hinblick auf Art, Dauer und Verlauf seiner Erkrankung diese Behandlung ablehnen würde, oder
 4. bei nahe bevorstehendem Tod im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung die Aufnahme oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist.
- (2) Abs. 1 gilt auch für den Fall, dass der Zustand des Betroffenen auf einem Selbsttötungsversuch beruht.

§ 214a Leidensmindernde Maßnahmen

Wer als Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklicher Einwilligung oder aufgrund des in einer wirksamen schriftlichen Patientenverfügung geäußerten Willens oder gemäß mutmaßlicher Einwilligung nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft Maßnahmen zur Linderung schwerer, anders nicht zu behandelnder Leidenszustände trifft, handelt nicht rechtswidrig, wenn dadurch als nicht vermeidbare und nicht beabsichtigte Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.

§ 215 Nichthinderung einer Selbsttötung

- (1) Wer es unterlässt, die Selbsttötung eines anderen zu hindern oder einen anderen nach einem Selbsttötungsversuch zu retten, handelt nicht rechtswidrig, wenn die Selbsttötung auf einer freiverantwortlichen und ernstlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren Entscheidung beruht.
- (2) Von einer solchen Entscheidung darf insbesondere nicht ausgegangen werden, wenn der andere noch nicht 18 Jahre alt ist oder wenn seine freie Willensbestimmung entsprechend den §§ 20, 21 StGB beeinträchtigt ist.
- (3) Sofern die Ausschlussgründe des Absatzes 2 nicht vorliegen, ist auch bei einem tödlich Kranken eine freiverantwortliche Selbsttötung nicht ausgeschlossen.

215 a Unterstützung einer Selbsttötung aus Gewinnsucht

Wer die Selbsttötung eines anderen aus Gewinnsucht unterstützt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 216 Tötung auf Verlangen

- (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernsthafte Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen
- (2) Der Versuch ist strafbar.

Anhang C: Entwurf eines Sterbebegleitungsgesetzes

§ 1 Dokumentationspflichten bei Schmerzbehandlung

- (1) Ärzte oder von ihnen ermächtigte Personen, die einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklicher oder mutmaßlicher Einwilligung zur Linderung schwerer, anders nicht zu behebender Leidenszustände Medikamente, insbesondere Betäubungsmittel, Schmerz- oder Beruhigungsmittel mit möglicherweise tödlichen Nebenwirkungen geben, haben den Therapieverlauf, insbesondere die Medikation und Dosierung des Medikaments, sowie die vom Patienten geäußerten Schmerzempfindungen schriftlich zu dokumentieren.
- (2) Bei sehr hohen Dosierungen oder außergewöhnlichen Dosissteigerungen ist ein anderer Arzt zu konsultieren und dessen Entscheidung schriftlich zu dokumentieren.
- (3) Die Aufzeichnungspflichten gemäß § 17 des Betäubungsmittelgesetzes bleiben unberührt.

§ 2 Dokumentationspflichten bei Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen und bei ärztlich assistierter Selbsttötung

- (1) Wer als Arzt oder als von ihm ermächtigte Person lebenserhaltende Maßnahmen beendet, begrenzt oder unterlässt, hat die Gründe hierfür schriftlich zu dokumentieren.
- (2) Das gleiche gilt für einen Arzt, der einem tödlich Kranken auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen straflose Suizidbeihilfe gemäß § 4 dieses Gesetzes leistet.
- (3) Im Falle einer Vorsorgevollmacht oder einer gesetzlichen Betreuung ist die begründete Stellungnahme des Bevollmächtigten oder des Betreuers schriftlich zu dokumentieren.

§ 3 Ordnungswidrigkeiten

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig einer Pflicht nach §§ 1 bis 3 zuwiderhandelt.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro geahndet werden.

§ 4 Ärztlich assistierte Selbsttötung

- (1) Ein Arzt darf auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen eines tödlich Kranken nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zur Abwendung eines unerträglichen und unheilbaren Leidens Beihilfe zur Selbsttötung leisten.
- (2) Ein Arzt ist zu einer solchen Hilfe nicht verpflichtet, soll jedoch auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten nach Möglichkeit an einen anderen Arzt verweisen, der hierzu bereit ist.

In dieser Reihe sind bisher folgende Bände erschienen:

- Band 1 Prof. Dr. Gerfried Fischer "Medizinische Versuche am Menschen", 2006
- Band 2 Verena Ritz "Harmonisierung der rechtlichen Regelungen über den Umgang mit humanen embryonalen Stammzellen in der EG: Bioethik im Spannungsfeld von Konstitutionalisierung, Menschenwürde und Kompetenzen", 2006