

# Die aktuelle Diskussion um die Sterbehilfe in Deutschland

von MICHAEL KUBICIEL

## 1. Einleitung

„Wenn einer nicht fähig [ist], die ihm gesetzte Lebensbahn zu durchlaufen, dann solle man ihn nicht pflegen, weil das weder für ihn noch für die Stadt von Vorteil ist“, liest man in Platons „Politeia“.<sup>1)</sup> Und weiter: „Wer einen übel gearteten Körper hat, den werden sie“ – gemeint sind Ärzte und Richter – „sterben lassen, wer aber eine missratene und heillose Seele hat, den werden sie selbst töten“.<sup>2)</sup> In diesen wenigen Zeilen spricht Platon deutlich aus, was in der heutigen Diskussion um die Sterbehilfe oft verschwiegen wird: Ein langes, von Krankheit

gezeichnetes Leben verursacht nicht nur individuelles Leid, sondern auch gesellschaftliche Kosten.<sup>3)</sup> Einem krebskranken Menschen beim Suizid zu helfen oder einen Demenzkranken von lebenserhaltenden Apparaten zu trennen, muss kein Akt der Barmherzigkeit sein. Der Tötung solcher Menschen kann auch eine Kalkulation mit knappen gesellschaftlichen Ressourcen zu Grunde liegen. Es gehört jedenfalls, wie der Philosoph Robert Spaemann meint, schon „ein hohes Maß an Naivität“ dazu, im Ernst an Zufall zu glauben, wenn ausgerechnet in jenen Staaten über die Tötung kranker und alter Menschen diskutiert wird, deren demographische Entwicklung den Generationenverträgen ihre Geschäftsgrundlage nimmt.<sup>4)</sup> Doch nicht nur die Demographie ändert sich. Längst vollzogen ist der Wandel von einem Staat mit einem für den Einzelnen verbindlichen Lebenssinn hin zu einer Gesellschaft, in der jedes Mitglied seinen eigenen Vorstellungen von einem guten Leben nachgehen kann.<sup>5)</sup> Ist der Einzelne weder Staat noch Gott verpflichtet,<sup>6)</sup> sein Leben zu führen, muss er sich keine Rechtspflichtverletzung vorhalten lassen, wenn er freiwillig in den Tod geht<sup>7)</sup>: Ihm wird vielmehr attestiert, sein „Recht auf den eigenen Tod“<sup>8)</sup> wahrgenommen zu haben.<sup>9)</sup>

Angesichts dessen kann es nicht überraschen, dass auch in Deutschland seit mehr als 20 Jahren wieder über die Sterbehilfe diskutiert wird. In den vergangenen drei Jahren hat die Debatte einen neuen Höhepunkt erreicht und drei bedeutende rechtspolitische Stellungnahmen hervorgebracht: Im Jahr 2005 legte eine Gruppe deutscher, österreichischer

1) Platon, *Der Staat*, München 2004, S. 139.

2) Ebd., S. 142.

3) Deutlich hingegen Duttge, *NSIZ* 2006, 479, 482 f.; Hofling, *JuS* 2000, 111, 117 f.; Schreiber, Fv Jakob, S. 543, 550; Stratenwerth, *ZStW* 1978, 60, 78.

4) Spaemann, in: Spaemann/Fuchs (Hrsg.), *Töten oder sterben lassen?*, Freiburg 1997, S. 13.

5) Böckenförde, *Der säkularisierte Staat*, 2006, S. 61 ff.; Braun, *Einführung in die Rechtsphilosophie*, 2006, S. 77 ff.; Hofmann, *Einführung in die Rechts- und Staatsphilosophie*, 3. Aufl. 2006, S. 123.

und schweizerischer Professoren einen „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB)“<sup>10)</sup> vor, ein Jahr später gab der Nationale Ethikrat eine Stellungnahme zur „Selbstbestimmung und Fürsorge am Ende des Lebens“ ab<sup>11)</sup> und im selben Jahr befasste sich der 66. Deutsche Juristentag mit dem Thema „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“<sup>12)</sup>. Im Folgenden werden das geltende Recht und die Änderungsvorschläge vorgestellt und bewertet. Dabei wird – der üblichen Terminologie folgend – die aktive, passive und indirekte Sterbehilfe sowie der assistierte Suizid unterschieden.<sup>13)</sup> Aktive Sterbehilfe ist die auf Wunsch des Patienten vorgenommene direkte, gezielte Lebensverkürzung.<sup>14)</sup> Unter passiver Sterbehilfe versteht man die Nichteinleitung oder den Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme in Fällen einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankung.<sup>15)</sup> Mit dem Begriff der indirekten Sterbehilfe werden schmerzlindernde Therapien bezeichnet, bei denen eine Beschleunigung des Todesintritts als Nebenfolge eintritt.<sup>16)</sup> Schließlich der assistierte Suizid: Dieser unterscheidet sich von den gerade gekennzeichneten Formen der Sterbehilfe dadurch, dass der Lebensmüde selbst die Tötungshandlung vornimmt, auch wenn er dabei Hilfe von Dritten erhält.

## 2. Geltendes Recht und Änderungsvorschläge

### A) DIE AKTIVE STERBEHILFE – TÖTUNG AUF VERLANGEN

Das Strafgesetzbuch (StGB) enthält keine Vorschriften zur Sterbehilfe – mit einer Ausnahme: Nach § 216 StGB wird mit Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren bestraft, wer einen Menschen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen tötet. Die gezielte Tötung eines Kranken ist mithin strafbar, auch wenn dieser schwer leidet oder sein Tod nahe bevorsteht.<sup>17)</sup> Vielfach ist in der Vergangenheit gefordert worden, dass uneingeschränkte Verbot der aktiven Sterbehilfe zu entschärfen: Prominentestes Beispiel ist der „Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe“ aus dem Jahr 1986, der die Einführung eines Strafverzichts verlangt, wenn die Tötung auf Verlangen „der Beendigung eines schweren, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustands dient.“<sup>18)</sup>

Umgesetzt wurden Forderungen dieser Art indes nicht in Deutschland, sondern in den Niederlanden. Dort ist die aktive Sterbehilfe seit den 1980er Jahren fortschreitend liberalisiert worden.<sup>19)</sup> Statt aber auf diese Weise Kranken Selbstbestimmung am Lebensende zu gewähren, haben die Rechtsänderungen der Entmachtung der Patienten Vorschub geleistet.<sup>20)</sup> So haben in einer niederländischen Umfrage aus dem Jahr 1995 23% der Ärzte zugegeben, Patienten auch ohne Zustimmung getötet zu haben.<sup>21)</sup> Einer anderen Umfrage zufolge ist in den Jahren 1995 bis 2001 die Zahl derjenigen Fälle gestiegen, in denen Ärzte aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen oder sonst dokumentieren Willen des Patienten durchgeführt haben.<sup>22)</sup> Als Grund für solche Tötungen ohne Verlangen gaben 36% der Ärzte an, sie hätten dem Leben der Patienten keinen Wert mehr beigemessen. 38% rechtfertigten sich damit, die Angehörigen hätten das Leid der Patienten

nicht mehr mit ansehen können.<sup>23)</sup> Strengere Verfahrensregeln könnten zwar verhindern, dass die gesetzlich gestattete Tötung auf Verlangen missbraucht wird.<sup>24)</sup> Doch ist der Missbrauch des Rechts nur eine Möglichkeit, wie der Schritt von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Verlangen vollzogen werden kann. Die zweite Möglichkeit ist weit gefährlicher und ebenfalls in den Niederlanden nachweisbar: Ist einmal eine Möglichkeit der aktiven Tötung Kranker gesetzlich anerkannt, wird dies zur Anerkennung weiterer führen.<sup>25)</sup> Auch der Nationale Ethikrat warnt eindringlich davor, dass mit „Versuchen, den Ausnahmecharakter einer Regelung aufzuweichen und diese für andere Fälle anwendbar zu machen“, zu rechnen sei, und dass manche dieser Versuche erfolgreich sein werden.<sup>26)</sup> Ein „Aufweichungsversuch“ ist jedenfalls vorgezeichnet: Wird die Tötung auf Verlangen von Strafe freigestellt, dürfte sich die Frage ergeben, ob nicht auch eine „mutmaßliche Einwilligung“ das fehlende Verlangen ersetzen kann. Mindestens ebenso beunruhigend ist eine andere Folge der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe: Die gesetzliche Bestätigung, dass es lebensunwerte Zustände gibt, kehrt für Kranke und Alte die Argumentationslast um: Sie werden glauben, sich und ihren Angehörigen erklären zu müssen, weshalb sie selbst weiterleben wollen, während andere in ihrer Situation die gesetzliche Möglichkeit der Lebensverkürzung wahrnehmen.<sup>27)</sup> Aus der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe könnten sie folglich eine soziale Pflicht ableiten, Angehörige und Pflegepersonal durch einen frühen Tod zu schonen.<sup>28)</sup> Dass dies eine reale Gefahr ist, lässt sich statistisch belegen: Immerhin 13% derjenigen, die in den Niederlanden nach aktiver Euthanasie bzw. einem assistierten Suizid verlangten, taten dies, weil sie nicht länger ihren Angehörigen zur Last fallen wollten. Zum Vergleich: In nur 10% der Fälle wurde die Vermeidung von Schmerzen als Grund genannt.<sup>29)</sup>

Die in den Niederlanden sichtbar gewordenen Gefahren haben in den letzten Jahren auch die deutsche Diskussion beeinflusst.<sup>30)</sup> Dass der Alternativentwurf Sterbebegleitung aus dem Jahr 2006 und der Deutsche Juristentag an der gegenwärtigen Fassung des § 216 StGB festhalten, lässt sich kaum mit den üblicherweise vorgetragenen Normzwecken<sup>31)</sup> begründen. Vielmehr wird den Befürchtungen Rechnung getragen, die in den Niederlanden sichtbar gewordenen Folgen einer Legalisierung drohten auch in Deutschland. Der Reformeifer konzentriert sich nunmehr auf die Einführung von Regelungen zur indirekten und passiven Sterbehilfe sowie zum assistierten Suizid. Wir werden im Folgenden sehen, dass mit diesen Vorschlägen die Probleme nicht gelöst, sondern nur verschoben worden sind.

### B) DIE PASSIVE STERBEHILFE – NICHT-EINLEITUNG BZW. BEENDIGUNG VON LEBENSERHALTENDEN MASSNAHMEN

aa) Die Verfasser des Alternativentwurfs plädieren für eine Regelung im StGB, der zufolge die Unterlassung oder Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen gestattet ist, wenn der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich verlangt (§ 214 Abs. 1 Nr. 1 AE-StB)32. Zwar ist der Vorschlag insoweit unbedenk-

ff., 127 f. S. auch Roelcke, Staat und Tod, 2004, S. 92: „Weil die moderne Gesellschaft das Individuum dringend benötigt, fällt es ihr immer schwerer, mit dem individuellen Tod umzugehen.“

6) Anders war dies dort, wo Staat und Recht auf Goti oder die Sittlichkeit zurückgeführt wurden (dazu Jakobs, FS Arthur Kaufmann, S. 459, 463 ff.) oder der Staat ein existenzielles Interesse daran hatte, „die Zwecke, für die gestorben werden soll, selbst zu bezeichnen und ansonsten den Tod zu perhorreszieren.“ Umfassend dazu Jakobs, Tötung auf Verlangen, 1998, S. 5 ff. (Zitat auf S. 8). S. auch Maurach/Schroeder/Mahwald, Strafrecht Besonderer Teil, Bd. 1, 9. Aufl. 2003, § 1 Rn. 16.

7) Jakobs, FS Arthur Kaufmann, S. 459, 464 f., 468 ff.; Arthur Kaufmann, Strafrecht zwischen Gestern und Morgen, 1983, S. 144 f.; Kehler, ZStW 104 (1992), 3, 20 ff.

8) So etwa Bemmion, FS Klug, Bd. 1, S. 562, 568; Lüderssen, JZ 2006, 689, 694; auch Maurach/Schroeder/Mahwald (Fn. 6), § 1 Rn. 19. Dagegen Lachner/Kühl, StGB, 26. Aufl. 2007; Vor § 211 Rn. 9; Spemann (Fn. 4), S. 18 f. Zurückhaltend auch BGHS 46, 279, 285 f.; EGMR/NW 2002, 2851, 2855 ff.

9) Zu dieser „kopernikanischen Wende“ Eser, in: Jens/Küng (Hrsg.), Menschenwürdig sterben, 1995, S. 149, 171.

10) Schöch/Verrel, GA 2005, 553 ff.

11) Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Ende des Lebens, Berlin 2006.

12) Verrel, in: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hrsg.), Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentages, Bd. 1, Gutachten C, München 2006.

13) Zu den Problemen dieser Terminologie Nationaler Ethikrat (Fn. 11), S. 49 ff.

14) NK-Neumann, StGB, Bd. 2, 2. Aufl. 2005, Vor § 211 Rn. 127; Schöck/Schröder-Lenckner/Eser, StGB, 27. Aufl. 2006, Vorbem. §§ 211 ff. Rn. 24 ff.

15) MK-Schneider, Vor §§ 211 ff. Rn. 104.

16) Roxin, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, 3. Aufl. 2007, S. 313, 322; MK-Schneider, Vor § 211 ff. Rn. 91.

17) Für die Möglichkeit der Rechtfertigung der aktiven Tötung Schwerkranker aber Herzberg, NJW 1986, 1635, 1638 ff.; Merkel, FS Schroeder, S. 297, 320 f.; NK-Neumann, Vor § 211 Rn. 127; Schroeder, ZStW 106 (1994), 565, 580; für eine Entschuldigung Ingeltinger, JZ 2006, 821, 823.

18) Dazu Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 557. S. auch die Vorschläge von Hoerster, NJW 1986, 1756, 1792; v. Hirsch/Neumann, GA 2007, 671, 685 ff.; Kusch, NJW 2006, 261, 262 f.; Lüderssen, JZ 2006, 689, 695.

19) Zur Entwicklung eingehend Tuk, ZStW 113 (2001), 905, 907 ff.; Schreiber, FS Rudolph, S. 543, 546 ff.; Gordijn, KritV 2001, 457 ff.

20) Fuchs, in: Spemann/Fuchs (Fn. 4), S. 44; Giger, AJP 2008, 311, 314.

21) van der Waal et al., The New England Journal of Medicine, Vol. 335 (1996), S. 1699, 1701.

22) S. Nationaler Ethikrat (Fn. 11), S. 32; ferner Lindemann ZStW 117 (2005), 208, 229 f. mit Nachweisen.

23) Gordijn, Euthanasie in den Niederlanden – ein kritische Betrachtung, Berlin 1997, S. 24; Odutcu, MedR 2005, 437, 444.

24) Dabei ist freilich zu beachten, dass sich Verfahrensregeln nicht beliebig verschärfen lassen, soll im Sterbezimmer keine Atmosphäre geschaffen werden, „durch die der Tod in Würde... eher in sein Gegenteil verkehrt würde“, wie Eser (Fn. 9), S. 173, treffend feststellt.

25) Zu dieser Tendenz in den Niederlanden Antoine, Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung, 2004, S. 311 f.

26) Nationaler Ethikrat (Fn. 11), S. 32 ff., insbesondere S. 33. S. ferner Giger,

- AJP 2008, 311, 316; Verrel (Fn. 12), C 67 („ethische Abwärts Spirale“).
- 27) Ingeltinger, JZ 2006, 821, 823; Kutzer, ZRP 2003, 209, 212.
- 28) Dazu Fuchs, in: Spaemann/Fuchs (Fn. 4), S. 57; Schroth, GA 2006, 549, 562 f.
- 29) Odoneu, MedR 2005, 437, 444. S. auch die Zahlen bei Antoine (Fn. 25), S. 311.
- 30) Stellvertreter Dutige, GA 2006, 573, 576; Höfling, JuS 2009, 111, 118; Ingeltinger, JZ 2006, 821, 823; Rosin, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinrechts, 3. Aufl. 2007, S. 313, 352; Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 582 f.; Schroth, GA 2006, 549, 562 f.
- 31) Einen „umfassenden Schutz menschlichen Lebens“ (so Roxin [Fn. 30], S. 352), gar einen solchen, der die Disposition des Rechtsgutsträgers über das Leben ausschliesst (Odoneu, MedR 2005, 437, 439), gibt es nicht: Die Selbsttötung ist als ultimative Verfügung des Rechtsgutsträgers über das Leben straflos. Zudem gibt es zahlreiche Fälle, in denen das Recht die Vernichtung fremden Lebens gestattet. Letzteres spricht auch gegen die Erwägung, mit § 216 StGB werde eine Erosion des Fremdtötungsverbots verhindert (so aber Dutige, GA 2001, 158, 173). Soll schließlich mit § 216 StGB verhindert werden, dass ein Lebensmüder, der sich vor der Umsetzung seines Plans zur Selbsttötung scheut, die Ausführungshandlung auf einen Dritten delegiert (Jakobs, FS Kaufmann, S. 459, 467 f.; ders., Tötung auf Verlangen, 1998, S. 23 ff. s. auch MK-Schneidler, § 216 Rn. 7 f.), dann ist § 216 StGB konsequenterweise als abstraktes Gefährdungsdelikt zu deuten. Liegt ein vollzogener Plan zur Lebensaufgabe vor, müsste die Tatbestandsmäßigkeit einer Tötung auf ein solches Verlangen verneint werden (so Jakobs, Tötung auf Verlangen, S. 31 f.).
- 32) Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 584; diese Position findet sich auch in Deutscher Juristentag, Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages, S. 8; Nationaler Ethikrat (Fn. 11), S. 75.
- 33) Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 563.
- 34) Zum Verbot der Zwangsbehandlung Schroth, GA 2006, 549, 551; Sternberg-Lieben, FS Esser, 1185 f.
- 35) Dazu Jakobs, FS Schewe, S. 72, 75 ff.
- 36) So aber Verrel (Fn. 12), C 79.
- 37) Solche Verfügungen sind u.a. wegen der dramatischen Zunahme der künstlichen Ernährung Demenzerkrankter mittels einer Magensonde von großer Bedeutung. Dazu FAS vom 15.6.2008, S. 2 f.; s. auch BGH NJW 1995, 204 ff.
- 38) BGHSt 40, 257, 263; Laßner/Kuhl, Vor § 211 Rn. 6; Rengier, Strafrecht BT II, 9. Aufl. 2008, § 7 Rn. 10; Spichhoff, JZ 2003, 739, 741.
- 39) S. BGHZ 154, 205, 217 ff.; MK-Schneidler, Vor §§ 211 ff. Rn. 125; NK-Neumann, Vor § 211 Rn. 116.
- 40) Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 565; Schroth, GA 2006, 549, 552.
- 41) Ebenso Deutscher Juristentag, Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages, S. 7; Nationaler Ethikrat, S. 77.
- 42) Eine Synopse der diskutierten Vorschläge findet sich auf der Homepage des Bundesministeriums der Justiz: <http://www.bmi.bund.de/files/2514/Synopse%20Positionen%203%20GE.pdf>. Diese geben vor allem unterschiedliche Antworten auf die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der Inhalt von Patientenverfügungen durch objektive Gründe überwunden werden kann. Mit dem Grundsatz des Selbstbestimmungsrechts sind in nur Regelungen für den Fall vertretbar, dass eine Patientenverfügung auf einer von vornherein unzutreffenden oder geänderten Geschäftsgrundlage beruht, also etwa in Erkenntnis der Möglichkeiten medizinischer Behandlung oder der späteren medizinischen Entwicklung abgegeben wurde. Andere Einschränkungen der Patientenautonomie, namentlich

lich, als er den Patientenwillen Geltung verschafft.<sup>33</sup> Doch wird dieser schon nach der lex lata garantiert. Die Aufnahme lebenserhaltender Maßnahmen gegen den Willen des Patienten ist als Körperverletzung strafbar.<sup>34</sup> Gleiches gilt auch für die Aufrechterhaltung einer bereits eingeleiteten fortlaufend lebenserhaltenden Maßnahme: Entzieht der Patient dem Arzt die Einwilligung, ist dieser zu weiteren intensivmedizinischen Behandlung nicht mehr berechtigt.<sup>35</sup> Insoweit hat die vorgeschlagene Regelung zwar nur deklaratorischen Charakter. Gleichwohl ist sie nicht „vergleichsweise unproblematisch“<sup>36</sup>, wie von den Entwurfsverfassern behauptet wird, lässt sie sich doch mit der vorgetragenen Begründung für die Beibehaltung des Verbots aktiver Sterbehilfe kaum vereinbaren: Will man vermeiden, dass Schwerstkranke den Druck verspüren, durch die Beendigung ihres Lebens Dritte entlasten zu müssen, kann es nicht beim Verbot der aktiven Sterbehilfe bleiben. Einer vergleichbaren, wenn nicht stärkeren Drucksituation ist nämlich auch der Patient ausgesetzt, der auf dem Krankenbett über die Einleitung oder Fortführung einer Behandlung befinden muss, die ihn unter Umständen über einen sehr langen Zeitraum am Leben erhält. Würde der Alternativentwurf umgesetzt und dem Verbot der aktiven Tötung auf Verlangen die Erlaubnis dieser „passiven Tötung auf Verlangen“ an die Seite gestellt, erklärte man ebenjene sozialpsychologische Erwägung für unmaßgeblich, derentwegen an § 216 StGB festgehalten werden soll. Es ist kein Prophet, wer erkennt, dass diese Spannung alsbald durch eine Änderung des § 216 StGB aufgelöst würde. Diese Folgewirkung wird in der rechtspolitischen Debatte nicht thematisiert.

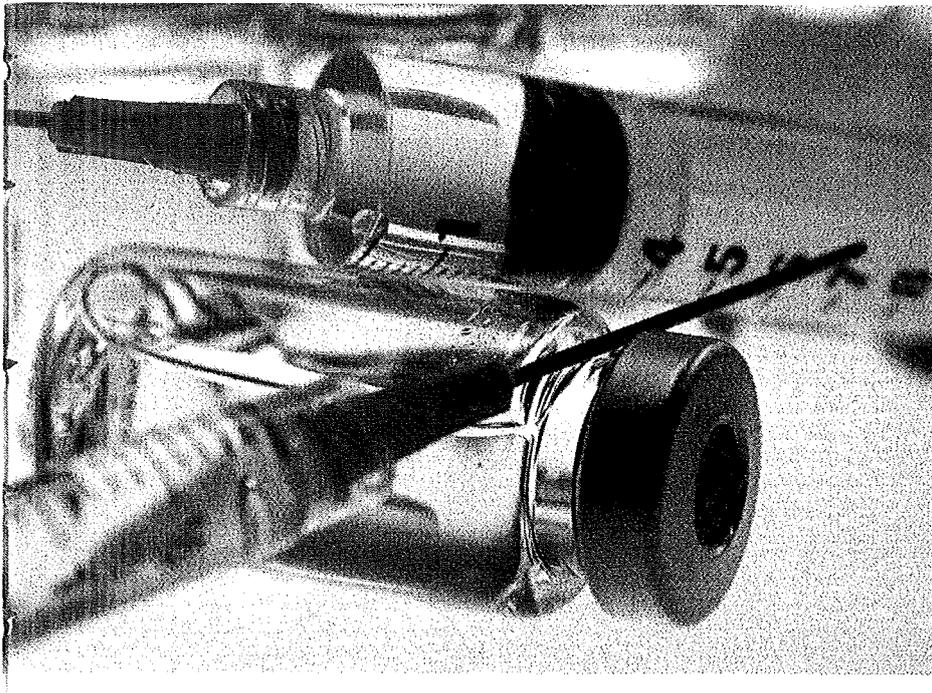
bb) Stark diskutiert wird in Wissenschaft, Rechtsprechung und Politik hingegen die Frage, ob die passive Sterbehilfe durch eine sog. Patientenverfügung gerechtfertigt werden kann. In solchen Patientenverfügungen werden für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit Anordnungen über die medizinische Versorgung bzw. die Unterlassung derselben getroffen.<sup>37</sup> Schon jetzt wird Patientenverfügungen Rechtswirkung beigemessen. Umstritten ist lediglich, wie weit diese reichen soll: Während die strafrechtliche Rechtsprechung Patientenverfügungen lediglich indizielle Wirkung bei der Ermittlung des Patientenwillens beimisst,<sup>38</sup> will der Alternativentwurf solche Verfügungen – im Einklang mit der Zivilrechtsprechung des BGH<sup>39</sup> – zu einer „eigenständigen Legitimationsgrundlage“<sup>40</sup> aufwerten (§ 214 I Nr. 2 AE-StB).<sup>41</sup>

Dieser praktisch relevante Streit könnte mit einer Gesetzesänderung geklärt werden. Gegenwärtig berät denn auch der Deutsche Bundestag über die Aufnahme eines entsprechenden Tatbestandes, der freilich nicht in das StGB integriert werden soll, sondern in den familienrechtlichen Teil des Bürgerlichen Gesetzbuchs.<sup>42</sup> Indes bergen auch „Patiententestamente“ die Gefahr, dass älter werdende Menschen Verfügungen ausstellen, deren Inhalt eher die vermuteten Interessen ihrer Angehörigen wiedergeben als eigene Überzeugungen vom würdigen Sterben. Dem können die Entwurfsverfasser indes entgegen halten, dass bei der Abfassung solcher Verfügungen noch am ehesten hinreichend autonome Entschei-

dungen zu erwarten sind, zumal diese in der Regel nicht im Zustand der Pflegebedürftigkeit oder gar vor Beginn der Terminalphase getroffen werden. Sollen nicht Angehörige oder neutrale Instanzen (Gerichte, Kommissionen) über lebensverlängernde Maßnahmen befinden, sondern der Patient selbst, muss eine Patientenverfügung ebenso anerkannt werden wie ein Testament. Auch Testamente gelten als Ausfluss der Privatautonomie,<sup>43</sup> obgleich sie nicht selten unter dem Druck der Erwartung Angehöriger geschrieben werden. Ganz wie diese bedürfen Patientenverfügungen daher auch keiner „zeitlichen Haltbarkeitsgrenze“ mit der Folge, dass sie regelmäßig erneuert werden müssten.<sup>44</sup> Die Möglichkeit (formfreier) Widerrufs wahrt die Selbstbestimmung.

cc) In Gefahr gerät die Selbstbestimmung des Patienten indes durch einen anderen Vorschlag: Der Alternativentwurf will – im Einklang mit Stimmen in der Rechtsprechung und dem Deutschen Juristentag<sup>45</sup> – für die Rechtfertigung der passiven Sterbehilfe bereits „verlässliche Anhaltspunkte“ dafür genügen lassen, dass der Patient „im Hinblick auf Art, Dauer und Verlauf seiner Erkrankung“ die Behandlung ablehnen würde (§ 214 Abs. 1 Nr. 3 AE-StB). Zwar versichern die Entwurfsverfasser, Ärzte hätten sich an den „individuellen Wünschen“ des Patienten zu orientieren,<sup>46</sup> so dass ein Behandlungsabbruch nicht erlaubt wäre, wenn sich – wie vielfach – individuelle Präferenzen nicht ermitteln lassen. Doch wird in solchen Fällen nicht selten auf „objektive Vernünftigkeitmaßstäbe“ bzw. „allgemeine Wertvorstellungen“ zurückgegriffen<sup>47</sup> und auf diese Weise das Fehlen tatsächlicher Anhaltspunkte für die subjektiven Wünsche des Patienten mittels einer objektiven Gewichtung der in Rede stehenden Interessen normativ überspielt.<sup>48</sup> Wohin dies führen kann, ist in den Niederlanden sichtbar geworden. In manchen Fällen werden allgemeine Wertvorstellungen ausschlaggebend sein, in anderen die individuelle Beurteilung des Arztes oder die Interessen der Angehörigen. Das Ergebnis ist dasselbe: Nicht der Patient hat sein „Recht auf den eigenen Tod“ wahrgenommen. Dritte haben eine Entscheidung darüber gefällt, welchen Tod er sterben soll.<sup>49</sup> Das rechtsethische und verfassungsrechtlich fundierte Selbstbestimmungsrecht<sup>50</sup> bleibt allenfalls auf dem Papier gewahrt.

dd) Ausdrücklich aufgegeben wird es sogar durch den Vorschlag, „bei nahe bevorstehendem Tod“ dürften „im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit der Heilbehandlung die Aufnahme oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen“ unterlassen werden (§ 214 Abs. 1 Nr. 4 AE-StB).<sup>51</sup> Zwar besteht keine Pflicht des Arztes zu einer maximalen Lebensverlängerung mit allen Mitteln.<sup>52</sup> Der vorgeschlagene Erlaubnistatbestand würde aber in eine klinische Realität gestellt, in der über die Aussichtslosigkeit nach Maßgabe „individueller kasuistischer Lagebeurteilungen“ statt aufgrund verbindlicher Vorgaben entschieden wird.<sup>53</sup> Es fehlt mithin an Standards, mit deren Hilfe hinreichend sicher bestimmt werden kann, wann der Tod nahe bevorsteht und Heilbehandlungen aussichtslos sind. Das Strafrecht kann diese Standards nicht selbst setzen, es muss



sie in den ärztlichen Kunstregeln vorfinden. Solange dies nicht gewährleistet ist, sollte man von dem vorgeschlagenen Rechtfertigungstatbestand absehen: Er würde eher dem Zweck dienen, Ärzte vor Strafe zu schützen, als Patienten vor tödlichen Fehlbehandlungen zu bewahren.

#### C) DIE INDIREKTE STERBEHILFE: VERABREICHUNG SCHMERZLINDERNDER MEDIKAMENTE MIT LEBENSVERKÜRZENDER NEBENWIRKUNG

Die indirekte Sterbehilfe unterscheidet sich phänomenologisch von der strafbaren Tötung auf Verlangen lediglich dadurch, dass der Arzt die Herbeiführung des Todes nicht beabsichtigt (*dolus directus* I. Grades).<sup>54)</sup> Trotz dieses „hauchdünnen“<sup>55)</sup> Unterschieds ist die Strafflosigkeit der „Hilfe im Sterben“ in der Rechtsprechung und Literatur anerkannt.<sup>56)</sup> Gestritten wird lediglich über die dogmatische Begründung: Teile der Literatur sehen solche ärztlichen Maßnahmen nicht vom Tatbestand der Tötungsdelikte erfasst, da Schmerztherapien ihrem sozialen Sinn nach nicht als Tötungen zu begreifen seien.<sup>57)</sup> Andere verneinen den Tötungsvorsatz<sup>58)</sup> oder verweisen auf die Grundsätze der (mutmaßlichen) Einwilligung.<sup>59)</sup> Überwiegend wird indes eine Rechtfertigung durch Notstand in (direkter bzw. entsprechender) Anwendung des § 34 StGB angenommen.<sup>60)</sup> Diesen dogmatischen Streit will der Alternativentwurf beilegen:<sup>61)</sup> Unter der Überschrift „leidensmindernde Maßnahmen“ soll gerechtfertigt werden, dass ein Arzt oder eine andere Person mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklicher oder mutmaßlicher Einwilligung nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft Maßnahmen zur Linderung schwerer, anders nicht zu behobender Leidenszustände trifft, wenn dadurch als nicht vermeidbare und nicht beabsichtigte Nebenwirkung der Eintritt des Todes

beschleunigt wird (§ 214a AE-StB).

Was wie eine vorsichtige und ausgewogene gesetzliche Festbeschreibung der unumstrittenen Rechtspraxis zur indirekten Sterbehilfe klingt, entpuppt sich bei näherem Hinsehen als höchst problematisch. Zum einen geht der Entwurf sachlich über die anerkannte Fallgruppe der schmerzlindernden Therapie hinaus, indem er nicht von Schmerz-, sondern Leidensminderung spricht. Zum zweiten gestattet die empfohlene Vorschrift auch letale Maßnahmen zeitlich weit

vor der Sterbephase. Mithin wäre es nach diesem Vorschlag erlaubt, einen krebskranken Menschen, dem noch mehrere Monate prognostiziert sind, zur Linderung von Depressionen hohe Dosen Psychopharmaka zu verabreichen, auch wenn der Patient an diesen stirbt. Begründet wird die zeitliche Ausdehnung mit dem Argument, dass dem Kranken kein Abwarten bis zum Beginn der Sterbephase zugemutet werden könne, wenn eine Abwägung des Lebens mit der Qualität desselben nach den „subjektiven Präferenzen“ des Patienten zugunsten einer Lebensverkürzung ausfalle.<sup>62)</sup> Diese Begründung hat es freilich in sich: Ist die Qualität des Lebens der entscheidende Abwägungsfaktor, wird man Kranken, Depressiven und Hochbetagten, die in ihrem Leben keinen Sinn mehr sehen, auch die aktive Sterbehilfe nicht vorenthalten dürfen.<sup>63)</sup>

Die schwerwiegendste Gefahr dieses Gesetzesvorschlages liegt in dem Umstand begründet, dass es – wie Mediziner und Juristen seit Jahren vorgetragen – bei einer kunstgerecht durchgeführten Schmerztherapie nicht zu einer Lebensverkürzung kommen muss.<sup>64)</sup> Tragischerweise ist in Deutschland aber eine Schmerztherapie auf dem Stand des medizinisch Möglichen flächendeckend nicht gesichert:<sup>65)</sup> Für eine palliativmedizinische Gesamtversorgung wäre eine Verdreifachung der Betreuungsplätze notwendig.<sup>66)</sup> Haus- und Krankenhausärzte können diese Lücke gegenwärtig nicht schließen, halten doch etwa die Hälfte der Mediziner ihre palliativen Kenntnisse für gering bzw. unzureichend.<sup>67)</sup> Überdies beklagen Hausärzte immer wieder, die hohen Kosten neuer, verbesserter Schmerzpräparate überschritten das von den Krankenkassen zugeteilte Budget. So kommt es, dass rund 65% der chronischen Schmerzpatienten in Deutschland schlecht versorgt sind,<sup>68)</sup> todkranken, aber nicht leidenden Menschen „mitunter routinemäßig“ automatisch ansteigende Dosen an Schmerzmitteln verabreicht werden<sup>69)</sup> und in der

das Verbot, auf eine künstliche Ernährung zu verzichten, sind hingegen nicht gerechtfertigt (so aber Ingelfinger, JZ 2006, 821, 826 f.; im Erg. wie hier Merkel, ZStW 107 (1995), 545, 561 ff.; Verrel [Fn. 12], C 38; Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 568)

43) Siehe nur Soergel-Stein, BGB, Bd. 21, 13. Aufl. 2002, § 11, Rn. 4.

44) Anders Höfling, MedR 2006, 25, 29; wie hier Ingelfinger, JZ 2006, 821, 828.

45) BGHSt 40, 257, 262 ff.; BGHZ 154, 205, 215 ff.; Deutscher Juristentag (Fn. 32), S. 8 f.

46) So Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 566.

47) So explizit BGHSt 40, 257, 263; Verrel (Fn. 12), C 91 ff.; der Sache nach BGHZ 154, 205, 216 f.; s. ferner Schönke/Schröder-Lenkner/Eser, Vorbem. §§ 211 ff. Rn. 28a; Taupitz, in: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages, Verhandlungen des 63. Deutschen Juristentages, Bd. 1, 2000, A 41.

48) Vgl. Merkel, ZStW 107 (1995), 545, 563 ff.

49) So ausdrücklich Sternberg-Lieben, FS Eser, S. 1185, 1188 f. (dort Fn. 17). Kritisch zum Ganzen Höfling, JuS 2000, 111, 116 ff. 50) BVerfGE 52, 131, 171; BGHSt 11, 111, 113 f.; näher Höfling, JuS 2000, 111, 114, Vossenkuhl, in: Roxin/Schroth (Fn. 20), S. 3, 5 f., 11 f.; auch Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 6. Aufl. 2008, S. 13.

51) Dazu Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 572; Deutscher Juristentag (Fn. 32), S. 7; weitergehend etwa Schönke/Schröder-Lenkner/Eser, Vorbem. §§ 211 Rn. 29; Jakobs, Tötung auf Verlangen, S. 19, 28 f. 52) S. nur BGHSt 32, 367, 379 f.; LK-Jähne, StGB, Bd. 5, 11. Aufl. 2001, Vor § 211 Rn. 17; Verrel (Fn. 12), C 100; Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 572.

53) Duttge, NSZ 2006, 479, 483.

54) Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 575; MK-Schneider, Vor § 211 ff. Rn. 91, 95 f.; Schreiber, NSZ 2006, 473, 476.

55) Dölling, JR 1998, 160, 161.

56) Statt aller BGHSt 42, 301, 305; 46, 279, 284 f.; Schönke/Schröder-Lenkner/Eser, Vor § 211 ff. Rn. 26; NK-Neumann, Vor § 211 Rn. 95.

57) Ingelfinger, JZ 2006, 821, 824; LK-Jähne, Vor § 211 Rn. 15, 17; auf Sozialadäquanz beruft sich Herzberg, NJW 1996, 3042, 3048 f.

58) Hoekelmann, Strafrecht des Arztes, 1968, S. 25, 70; Lüderssen, JZ 2006, 689, 690.

59) So auch Verrel, GA 2005, 553, 574.

60) Dölling, JR 1998, 160, 161 f.; Hirsch, FS Wetzel, S. 775, 795; Schreiber, NSZ 1986, 337, 340 f.; Luckner/Kühl, Vor § 211 Rn. 7; s. auch BGHSt 42, 301, 305.

61) Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 574 f., 585; s. auch Deutscher Juristentag (Fn. 32), S. 11; Nationaler Ethikrat (Fn. 11), S. 74.

62) MK-Schneider, Vor § 211 ff. Rn. 95, 103; BGHSt 42, 301, 305.

63) In diese Richtung Wolfstast, Ehrengabe Brauneck, S. 473, 491; wannend hingegen Duttge, GA 2006, 573, 578.

64) Schönke/Schröder-Lenkner/Eser, Vor § 211 ff. Rn. 26; Janes/Schick, NSZ 2006, 484, 486; Kutzer, FS Salger, S. 063, 671 f.; MK-Schneider, Vor § 211 ff. Rn. 95 (dort Fn. 312); Roxin (Fn. 30), S. 327; Schöch, NSZ 1997, 409, 410 f.

65) Nationaler Ethikrat (Fn. 11), S. 49 f.; Kutzer, FS Salger, S. 603 ff.; Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 574.

66) Janes/Schick, NSZ 2006, 484, 67) Ebd.

68) Janes/Schick, NSStZ 2006, 454, 486.  
69) Verrel (Fn. 12), C 107.

70) Dazu Schwarzenegger, in: Niggli/Wiprächtiger (Hrsg.), Basler Kommentar, Strafrecht II, 2. Aufl. 2007, Vor Art. 111 Rn. 25.

71) Auch die vom AE-StB (GA 2006, 553, 586) vorgesehene Pflicht, Verlauf und Dosierung der Schmerztherapie zu dokumentieren, wird vorsätzlich oder fahrlässigen Missbrauch nicht verhindern können, zumal schon jetzt Dokumentationspflichten existieren (dazu etwa Verrel (Fn. 12), C 109).

72) Wenn § 214a AE-StB nur Schmerzlinderungsmaßnahmen „nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft“ zulässt, ist dies keine Verschärfung der geltenden Rechtslage, da schon jetzt Ärzte strafrechtlich zur Behandlung de lege artis verpflichtet sind.

73) Zu solchen Befürchtungen Ansoine (Fn. 25), S. 380; Roxin (Fn. 30), S. 352.

74) Weber, Gesammelte politische Schriften, hrsg. v. Winkelmann, 5. Aufl., 1988, S. 505, 552, 559, S. auch Höffe, in: Lampe (Hrsg.), Verantwortlichkeit und Recht – Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtslehre, Bd. 14 (1989), S. 12, 22.  
75) BGHSt 19, 135, 130.

76) Zur heute einhelligen Meinung s. NK-Neumann, Vor § 211 Rn. 35, 44; MK-Schneider, Vor § 211 ff. Rn. 30, 32; Schroeder, ZStW 106 (1994), 565, 566; rechtsphilosophische Begründung bei Jakobs, FS Arthur Kaufmann, S. 459, 466; anders noch Schmidhäuser, FS Welzel, S. 801, 810 ff.

77) S. nur MK-Schneider, Vor § 211 Rn. 32; Schönke/Schröder-Lenckner/Esler, Vorbem. § 211 ff. Rn. 37.

78) S. etwa BGHSt 7 168, 13 162; krit. Schönke/Schröder-Lenckner/Esler, Vorbem. § 211 ff. Rn. 34; MK-Schneider, Vor § 211 ff. Rn. 37.

79) NK-Neumann, StGB, Bd. 2, 2. Aufl. 2005, Vor § 211 Rn. 62; MK-Schneider, Vor § 211 ff. Rn. 44; enger aber LK-Jähnke, Vor § 211 Rn. 27 ff.

80) BGHSt 6, 147, 148 ff.; 32, 367, 368 ff.

81) BGHSt 32, 367 ff.

82) Fischer, StGB, 55. Aufl. 2008, Vor § 211 Rn. 12; Lackner/Kühl, Vor § 211 Rn. 15; Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 580; Verrel (Fn. 12), C 111. Darüber hinaus wird moniert (Verrel (Fn. 12), C 111). Die Rechtsprechung verhindere ein menschenwürdiges Sterben, indem sie den Suizidenten dazu nötige, den letzten Schritt allein zu gehen.

83) Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 580, 585; Verrel (Fn. 12), C 114. Deutscher Juristentag (Fn. 32), S. 11, zustimmend Duttge, GA 2006, 573, 584.

84) Roxin (Fn. 30), S. 344; Schoch/Verrel, GA 2005, 553, 581, 585.

85) S. auch den Gesetzesantrag zum Verbot der „geschäftsmäßigen“ Suizidhilfe, BR-Drs. 230/06.  
86) Schöch/Verrel, GA 2005, 553, 581 f., 585; darüber hinaus plädiert der Deutsche Juristentag, Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages, S. 12, für eine Pönalisierung der Förderung der Selbsttötung „bei Ausbeutung einer Zwangslage in Bereicherungszwecken“.

87) Verrel (Fn. 12), C 117, schlägt denn auch eine „erweiternde“ Auslegung vor, der zufolge unter Gewinnsucht das Erstreben einer materiellen Zuwendung verstanden werden soll, die über die Deckung der Kosten und eine angemessene Honorierung hinausgeht. Abgesehen von der Frage, ob eine solche erweiternde Auslegung zulässig wäre, ist eine weitere Voraussetzung der Gewinnsucht, dass der Täter elementarste Interessen des Opfers seinem sittlich anstößigen Gewinnstreben unterordnet (s. Fischer, § 236 Rn. 18). Von einer solchen Unterordnung kann indes bei einer freiverantwortlichen Selbsttötung nicht die Rede sein.

88) Krit. auch Duttge, GA 2006, 573, 585

klinischen Realität die Ziele Leidensverminderung und Lebensverkürzung verschwimmen<sup>70</sup>). Will man diese Missstände beheben, ist es unerlässlich, Ärzte in Palliativmedizin aus- und fortzubilden, weitere Schmerzzentren in Krankenhäusern und Hospizen einzurichten und die Bedingungen häuslicher Pflege zu verbessern. Vor diesem Hintergrund hätte das vorgeschlagene Gesetz fatale Folgen. Ärzte könnten sich ermuntert sehen, weiterhin letale Schmerztherapien anzuwenden, ohne sich um die Verbesserung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Gebiet der Palliativmedizin zu kümmern.<sup>71</sup> Wenn von der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wegen der drohenden Missbrauchsfahrer abgesehen wird, sollte die Einführung einer Norm überdacht werden, die eine Form der Sterbehilfe regelt, bei der Fehlbehandlungen eher die Regel als die Ausnahme sind. Diesen Fehlbehandlungen kann wirksam nicht mit Rechtsnormen entgegen getreten werden,<sup>72</sup> sondern nur mit den oben genannten Verbesserungen der tatsächlichen Bedingungen ärztlicher Arbeit. Die dazu notwendigen politischen und finanziellen Anstrengungen könnten von der Einführung des vorgeschlagenen § 214a AE-StB sogar behindert werden: Denn der teure Ausbau der Palliativversorgung wird gewiss nicht gefördert, wenn die bisherige, einfachere und billigere Lösung eine gesetzliche Anerkennung erführe.<sup>73</sup> Auch für solche absehbaren Folgen ist ein Politiker, wie Max Weber gezeigt hat,<sup>74</sup> verantwortlich, mögen die Vorschläge auch von menschenfreundlicher Gesinnung getragen sein.

76) Zur heute einhelligen Meinung s. NK-Neumann, Vor § 211 Rn. 35, 44; MK-Schneider, Vor § 211 ff. Rn. 30, 32; Schroeder, ZStW 106 (1994), 565, 566; rechtsphilosophische Begründung bei Jakobs, FS Arthur Kaufmann, S. 459, 466; anders noch Schmidhäuser, FS Welzel, S. 801, 810 ff.

#### D) DER ASSISTIERTE SUIZID

In Deutschland ist die Selbsttötung keine Straftat.<sup>75</sup> Da die Regeln über die strafbare Teilnahme (§§ 26 f. StGB) das Vorliegen einer vorsätzlichen rechtswidrigen Haupttat verlangen, ist eine Beihilfe zu einer Selbsttötung nicht konstruierbar.<sup>76</sup> Indes folgt daraus keineswegs, dass nach deutschem Recht stets straflos ist, wer einem Kranken eine Giftspritze reicht. Beherrscht der Unterstützer bei normativer Betrachtung die Selbsttötung, macht er sich eines Totschlags in mittelbarer Täterschaft schuldig. Der Unterstützer hat Tatherrschaft, wenn der Suizident seine Tötungshandlung in einem Zustand vornimmt, der eine freiverantwortliche Entscheidung ausschließt, der Unterstützer dies weiß und die Selbsttötung veranlasst oder fördert.<sup>77</sup> Die Rechtsprechung verfährt bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung vergleichsweise großzügig,<sup>78</sup> insbesondere lässt nicht jede psychische Erkrankung oder ein erheblicher Leidensdruck die Verantwortlichkeit entfallen.<sup>79</sup> Streng ist die Rechtsprechung freilich insoweit, als sie die Selbsttötung als einen „Unglücksfall“ erachtet, der nach § 323c StGB jedermann zur Hilfe verpflichtet.<sup>80</sup> Doch damit nicht genug: Nach Auffassung des BGH geht ab dem Zeitpunkt, in dem der Lebensmüde das Bewusstsein und damit die Kontrolle über das Geschehen verliert, die Tatherrschaft auf den am Tatort verbliebenen Gehilfen über. Trifft diesen, etwa als Angehöriger oder Arzt, eine Garantspflicht i.S.d. § 13 StGB

kann er sich des Totschlags oder der Tötung auf Verlangen durch Unterlassen schuldig machen, wenn er den Eintritt des Todeserfolgs nicht verhindert.<sup>81</sup>

An dieser Rechtsprechung wird kritisiert, sie sei mit der Strafflosigkeit der Teilnahme am Suizid unvereinbar.<sup>82</sup> Der Alternativentwurf und der Deutsche Juristentag schlagen daher die Einführung einer Norm vor, der zufolge nicht rechtswidrig handelt, wer die Selbsttötung eines anderen nicht verhindert oder die Rettung unterlässt, wenn der Suizid „auf einer freiverantwortlichen und ernstlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren Entscheidung beruht“.<sup>83</sup> Dagegen bestehen zwar keine dogmatischen Bedenken. Rechtspolitisch problematisch sind indessen die weiterführenden Absichten des Alternativentwurfs und ande-



✉ MICHAEL KUBICIEL

Dr. Michael Kubiciel, Wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Regensburg.

✉ MICHAEL.KUBICIEL@JURA.UNI-REGENSBURG.DE

rer. Diesen geht es nicht in erster Linie um den tragischen Fall eines Ehemanns, der an der Seite seiner Frau bleibt, wenn diese aus dem Leben scheidet. Vielmehr sollen Ärzte in großem Stil zur Unterstützung von Selbsttötungen veranlasst werden, um auf diese Weise Patienten eine Alternative zur weiterhin strafbaren aktiven Euthanasie zu bieten. Dem Aufbau einer solchen „Selbsttötungsinfrastruktur“ dient vor allem die Aushebelung des Standesrechts, das gegenwärtig Ärzten die Unterstützung eines Suizids untersagt.<sup>84</sup>

Nicht recht zu dieser Strategie passen die Ansätze, die Tätigkeit von Sterbehilfevereinen wie „EXIT“ und „Dignitas“ strafrechtlich zu verbieten.<sup>85</sup> Auch der Alternativentwurf Sterbebegleitung enthält einen Straftatbestand, der – wie das schweizerische Recht – die „Unterstützung einer Selbsttötung aus Gewinnsucht“ unter Strafe stellt.<sup>86</sup> Dieser Vorschlag impliziert ein dogmatisches und ein grundsätzliches Problem: Zum einen ist seine tatbestandliche Fassung zur Erreichung seines Zwecks ungeeignet, da sich die Tätigkeit von Sterbehilfevereinen, die satzungsgemäß keine Gewinne erzielen dürfen, kaum unter diesen Begriff subsumieren lässt.<sup>87</sup> Diese sprachliche Fassung lässt sich nur mit dem Ziel erklären, einerseits Ärzten den organisierten assistierten Suizid gestatten zu wollen, während der beunruhigten Gesellschaft signalisiert werden soll, das als anstößig empfundene Verhalten der Sterbehilfevereine werde nicht geduldet.<sup>88</sup> Indes existiert kein qualitativer Unterschied zwischen Krankenhaus- oder Hausärzten, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Selbsttötungshilfe, gar gegen Kostenersatz oder Honorar, leisten, und der Suizidasistenz durch Vereine und deren Ärzte. Anstößig ist entweder keine der beiden Möglichkeiten oder die gesellschaftlich or-

ganisierte Selbsttötung schlechthin. Ganz im letztgenannten Sinne hat denn auch Spaemann die Möglichkeit einer gesellschaftlich organisierten und ärztlich unterstützten Selbsttötung als den „billigsten“ und „infamsten Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken“ kann, gegeißelt.<sup>89)</sup> Befürworter der Sterbehilfe werden das als Polemik abtun. Nicht leugnen können sie freilich den Widerspruch, einerseits die ärztlich assistierte Selbsttötung als Behandlungsstandard durchsetzen zu wollen, andererseits aber die Tötung auf Verlangen mit der Erwägung beizubehalten, Schwerstkranke sollten sich nicht der Erwartung ausgesetzt sehen, durch ein frühes Ableben Dritte zu schonen. Dieser Widerspruch lässt sich normativ nicht aufheben: Ein freiverantwortlich und aus vernünftigen Motiven handelnder Mensch vollzieht eine Selbsttötung und zwar unabhängig davon, wie er die Arbeitsteilung mit seinem Unterstützer technisch organisiert hat.<sup>90)</sup> Es muss mithin einen anderen – ungenannten – Grund für die Strategie geben, Patienten die Möglichkeit der ärztlich geförderten Selbsttötung anzubieten, ihnen aber die aktive Sterbehilfe zu verweigern. Dieser Grund wird sichtbar, wenn wir die unterbreiteten Vorschläge abschließend würdigen.

### 3. Stellungnahme

Diese zusammenfassende Bewertung fällt ernüchternd aus. Die vom Alternativentwurf und dem Deutschen Juristentag unterbreiteten Vorschläge bergen nicht nur die gezeigten Gefahren für Patienten und deren Autonomie. Vor allem haben sie sich in dem Widerspruch verfangen, neben den Straftatbestand der Tötung auf Verlangen die Erlaubnis der indirekten und passiven Sterbehilfe und des ärztlich assistierten Suizid stellen zu wollen. Dieser Widerspruch wird weder normativ aufgelöst noch lässt er sich mit der psychologischen Situation der Patienten erklären.<sup>91)</sup> Tatsächlich geht es auch gar nicht um die Befindlichkeiten der Patienten, sondern um die der Gesellschaft: Dieser soll mit dem symbolischen Festhalten an der Strafbarkeit der aktiven Euthanasie versichert werden, es gäbe eine Euthanasiedebatte ohne Folgekosten.<sup>92)</sup> Wie wir gesehen haben, ist dies ein Trugschluss: Werden die Reformvorschläge umgesetzt, droht die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen zu fallen. Dann aber dürfte auch in Deutschland die gezielte aktive Tötung ohne Verlangen Realität werden. Gegenwärtig scheint man diesen Preis nicht zahlen zu wollen – wie ich finde: zu Recht. Der Rechtswissenschaft sind damit schwierige Aufgaben gestellt: Sie muss sich um eine tragfähige Deutung des § 216 StGB bemühen, die sich mit der indirekten und passiven Sterbehilfe vereinbaren lässt.<sup>93)</sup> Um letztere gesetzlich zu regeln, muss – wie gesehen – noch weit mehr geleistet werden, als „manche Einzelheiten“<sup>94)</sup> zu klären. Daher sollte die Rechtspolitik die Zeit nach der zu erwartenden Einführung einer Regelung zur Patientenverfügung nutzen, um nach einer Alternative zum Alternativentwurf zu suchen. Bis zum erfolgreichen Abschluss dieser Suche können Ärzte und Gesundheitspolitiker die tatsächlichen Voraussetzungen für eine menschenwürdige Versorgung Kranker und Sterbender schaffen.