

## Tagungsbericht 66. Deutscher Juristentag 2006 in Stuttgart: Abteilung Strafrecht

Johannes Kaspar

### Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Kaspar, Johannes. 2007. "Tagungsbericht 66. Deutscher Juristentag 2006 in Stuttgart: Abteilung Strafrecht." *JuristenZeitung (JZ)* 62 (5): 235–37.  
<https://doi.org/10.1628/002268807780223023>.



### Abteilung Strafrecht

Das Thema der strafrechtlichen Abteilung lautete „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“. Die Entwicklung der modernen Medizin hat die Lebensqualität vieler Menschen verbessert, birgt aber die Gefahr, dass alle medizinisch-technischen Möglichkeiten der Lebenserhaltung ausgeschöpft werden, auch um den Preis sinnloser Sterbensverlängerung und Leidensmehring. Vor diesem Hintergrund war zu diskutieren, ob der Wunsch vieler Menschen nach einem Sterben in Würde und Schmerzfreiheit unter Achtung ihres Selbstbestimmungsrechts gesetzgeberische Aktivitäten im Bereich des Strafrechts erforderlich macht, und wie diese inhaltlich ausgestaltet werden sollten.

Aufgrund dieser Thematik aus dem Grenzbereich zwischen Medizin und Recht war bei der Auswahl der Referenten auf Interdisziplinarität geachtet worden. Als Juristen sprachen der Vorsitzende Richter am BGH a. D. *Klaus Kutzer* (Karlsbad) und Rechtsanwalt *Wolfgang Putz* (München), während die ärztliche Sicht von Professor Dr. med. *Gian Domenico Borasio*, Direktor des Zentrums für Palliativmedizin an der Universität München, vertreten wurde. Die Abteilung unter dem Vorsitz von Professor Dr. *Heinz Schöch* (Universität München) stieß auf großes Interesse: Den Referaten folgten etwa 450 Zuhörer, der Diskussion bis zu 400. An den Abstimmungen beteiligten sich bis zu 120 Mitglieder.

Die grundlegende Frage des strafrechtlichen Regelungsbedarfs wurde von einer überwältigenden Mehrheit von 95 % der Stimmen bejaht (95 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen, 2 Enthaltungen). Eine nur partielle zivilrechtliche Regelung für den Bereich der Patientenverfügung trage nicht in ausreichender Weise zum Schutz der Patientenautonomie und zur Rechtssicherheit bei. Bereits im Gutachten von Professor Dr. *Torsten Verrel* (Universität Bonn) war gesetzgeberischer Handlungsbedarf nachdrücklich bejaht worden. Dies wurde mit der großen Unsicherheit über die Rechtslage begründet, die nach empirischen Untersuchungen nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Vormundschaftsrichtern besteht. Selbst der XII. Zivilsenat des *BGH* hatte in einem Beschluss aus dem Jahre 2003, der im Rahmen der Diskussion mehrfach thematisiert wurde, die strafrechtliche Lage als „unklar“ bezeichnet, was von *Putz* kritisiert wurde: Ein oberstes deutsches Gericht, das die Rechtslage als unklar bezeichne, das sei ein Widerspruch in sich.

Im Mittelpunkt der Diskussion standen die Voraussetzungen des *Beendens*, *Begrenzens* oder *Unterlassens lebensverlängernder Maßnahmen* (z. B. künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr oder die künstliche Beatmung); hier wurde statt des bisher üblichen Begriffs der „passiven Sterbehilfe“ im Anschluss an das Gutachten von *Verrel* die erwähnte Terminologie verwendet. Hier soll neben dem ausdrücklichen Verlangen des noch äußerungsfähigen Patienten nach der ganz überwiegenden Mehrheit auch eine schriftliche Patientenverfügung verbindlich sein, in der ein Mensch vorsorglich für den Fall seiner Entscheidungsunfähigkeit eine Behandlungsbegrenzung angeordnet hat (101: 6: 7). Daneben wurde auch die Möglichkeit einer straflosen Behandlungsbegrenzung anerkannt, wenn aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass dies dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht (94: 14: 3). Anhand eindringlicher Fallschilderungen wurde eine stärkere Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten angemahnt und daran erinnert, dass nicht nur der Abbruch, sondern auch die Einleitung und Fortführung lebensverlängernder Maßnahmen grundsätzlich legitimationsbedürftige Eingriffe sind. Die These, dass auch lebenserhaltende Maßnahmen nur mit ausdrücklicher oder mutmaßlicher Einwilligung des Patienten vorgenommen werden dürfen, stieß dementsprechend auf große Zustimmung (110: 4: 5). Die ausdrückliche Regelung der Strafbarkeit der eigenmächtigen Heilbehandlung wurde dagegen überwiegend abgelehnt (12: 92: 13); in der Diskussion war darauf hingewiesen worden, dass hier ohnehin eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung gegeben sei, so dass es keines Appells an den Gesetzgeber bedürfe, sondern vielmehr eines Appells an die Strafverfolgungsbehörden, auch in dieser Richtung konsequenter vorzugehen.

Breiten Raum nahm die Diskussion der *Patientenverfügung* ein, deren gesetzliche Regelung empfohlen wurde (105: 8: 5). Dabei sprach sich die Mehrheit für folgende Verbindlichkeitsvoraussetzungen aus:

- Eindeutigkeit und Situationsbezogenheit (114: 3: 5)
- Fehlen konkreter Anhaltspunkte für Willensmängel (114: 3: 3)
- Fehlen konkreter Anhaltspunkte für zwischenzeitliche Willensänderung (115: 2: 3)
- Schriftform (90: 23: 3) oder
- sonstige verlässliche Dokumentation, z. B. Videoaufnahme (87: 31: 5).

Eine vorherige ärztliche Aufklärung wurde von nahezu allen Rednern empfohlen, soll aber nicht als zwingende Verbindlichkeitsvoraussetzung vorgesehen werden (23: 96: 2).

Auch eine Reichweitenbegrenzung der Patientenverfügung auf „irreversibel tödlich verlaufende Grunderkrankungen“, wie sie von der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages erwogen wird, wurde deutlich abgelehnt (17: 102: 2). Eine knappe Mehrheit befürwortete die Annahme fehlender Verbindlichkeit, wenn der Patient bei der Abfassung der Verfügung spätere medizinische Entwicklungen, vor allem neue therapeutische Möglichkeiten, nicht berücksichtigen konnte, bei deren Kenntnis er nach sorgfältiger Ermittlung seines mutmaßlichen Willens eine andere Entscheidung getroffen hätte (58: 51: 12).

Zur Absicherung der Patientenautonomie soll ein Ordnungswidrigkeitstatbestand geschaffen werden, der es verbietet, den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder den Erhalt solcher Leistungen davon abhängig zu machen, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird (80: 19: 19).

Beschlossen wurde weiterhin, die Fälle der durch einen Vertreter des Patienten (Vorsorgebevollmächtigter, Betreuer oder sonstiger gesetzlicher Vertreter) veranlassten Behandlungsbegrenzung, bei denen eine *vormundschaftsgerichtliche Genehmigung* erforderlich ist, gesetzlich zu regeln (110: 4: 1). Wegen der thematischen Zuordnung dieser betreuungsrechtlichen Thematik zum Zivilrecht wurde, wie der Vorsitzende klarstellte, auf weitere Beschlüsse in diesem Bereich verzichtet.

Intensiv erörtert wurde die *Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung*. Die Straflosigkeit dieser bisher sogenannten „indirekten Sterbehilfe“ wurde vom *BGH* anerkannt. Dessen ungeachtet wird in vielen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eine Schmerztherapie durch Opiate bei Schwerkranken immer noch zu selten, zu spät und in zu niedriger Dosis eingesetzt – offenbar aus Angst vor Strafverfolgung, wenn eine durch die Schmerztherapie verursachte Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen wird. Dass eine *leg artis* vorgenommene Schmerzbehandlung tatsächlich zur Lebensverkürzung führen könne, wurde von *Borasio* anhand empirischer Untersuchungen bezweifelt; es handle sich um wenige Ausnahmefälle, und daher gebe es kein Bedürfnis für eine klarstellende Norm. Der Gesetzgeber stelle ja auch keine Regelung auf, wonach das Überqueren einer Kreuzung bei grüner Ampel erlaubt sei. *Verrel* betonte in diesem Zusammenhang aber zu Recht die Vorsatzform des *dolus eventualis*, die für die Ärzte zur „Falle“ werden könne: Wenn die Gefahr einer Lebensverkürzung (ob sie objektiv besteht oder nicht) auch nur für möglich gehalten und in Kauf genommen wird, steht zumindest ein versuchtes Tötungsdelikt im Raum. *Kutzer* führte das Beispiel von *Borasio* weiter: Wenn ein großer Teil der Bevölkerung aus Angst vor Strafverfolgung an der grünen Ampel stehen bleibe, spräche auch nichts gegen eine Klarstellung durch den Gesetzgeber. Dementsprechend wurde die ausdrückliche Regelung der Straflosigkeit der Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung befürwortet (102: 7: 8). Sie soll nicht nur bei Sterbenden, sondern auch bei tödlich Kranken zulässig sein (112: 4: 6) und auch dann, wenn die Lebensverkürzung zwar nicht beabsichtigt, aber als sichere Folge vorhergesehen wird (102: 8: 8). Um Missbrauchsgefahren bei leidenslindernden Medikationen entgegenzuwirken, soll eine bußgeldbewehrte Pflicht des Arztes zur Dokumentation des Behandlungsverlaufes eingeführt werden (76: 30: 14). Zugleich wurde von vielen Rednern in diesem Zusammenhang, aber auch im Kontext der anderen Formen der Sterbebegleitung, betont, dass als flankierende Maßnahme ein Ausbau der Palliativmedizin nötig sei, hier rangiere Deutschland im internationalen Vergleich noch an unterer

Stelle. Dies soll durch Einführung gesetzlicher Regelungen im Sozialversicherungs- und ärztlichen Gebührenrecht erfolgen, die der Bedeutung palliativmedizinischer Versorgung und Betreuung Rechnung tragen (94: 7: 6).

Der letzte Problembereich betraf den der *Suizidbeihilfe*. Bei Kenntnis der Freiverantwortlichkeit der Suizidhandlung soll nach dem Willen der Mehrheit der Abstimmenden nicht nur die Nichthinderung des Suizids (101: 10: 6), sondern auch das Unterlassen der nachträglichen Rettung (97: 14: 8) nicht strafbar sein. Das soll – entgegen der Rechtsprechung des *BGH* – auch für Personen in einer Garantenstellung gelten, vor allem Ärzte und nahe Angehörige (80: 20: 14). Die Freiverantwortlichkeit des Suizids soll nach den Maßstäben der §§ 20, 21 StGB zu bestimmen sein und eine ausdrückliche oder sich aus den Umständen ergebende ernstliche, nicht auf einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung beruhende Entscheidung voraussetzen (94: 4: 15). Bei Suizidenten unter 18 Jahren soll die Freiverantwortlichkeit generell ausgeschlossen sein (80: 18: 17).

Während hier noch große Einigkeit herrschte, wurde die Problematik der organisierten Suizidbeihilfe, wie sie etwa in der Schweiz praktiziert wird, kontrovers diskutiert. Eine Pönalisierung der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe, wie sie in einer Bundesratsinitiative der Länder Saarland, Hessen und Thüringen gefordert wird, wurde mehrheitlich abgelehnt (37: 73: 7). Hier wurden in der Diskussion strafrechtsdogmatische Bedenken laut: Allein die Tatsache der regelmäßigen Vornahme könne aus einem an sich nicht verbotenen Verhalten kein strafwürdiges machen. Dagegen wurde die Strafbarkeit der Suizidbeihilfe bei Handeln aus Gewinnsucht (68: 34: 10) oder bei Ausbeutung einer Zwangslage in Bereicherungsabsicht (65: 31: 15) *de lege ferenda* befürwortet.

Die Mehrheit der Abstimmenden plädierte weiterhin für eine Lockerung der bisher vorgesehenen ausnahmslosen standesrechtlichen Missbilligung der ärztlichen Suizidbeihilfe. Bei unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden solle die Mitwirkung des Arztes als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung anerkannt werden (72: 27: 12).

Schließlich wurde mit deutlicher Mehrheit eine auch nur partielle Legalisierung der *aktiven Sterbehilfe* – etwa nach niederländischem Vorbild – ausgeschlossen (96: 11: 8). Auch der Vorschlag, die Untergrenze des Strafrahmens von § 216 StGB (mindestens 6 Monate Freiheitsstrafe) abzusenken und die Möglichkeit einer Geldstrafe vorzusehen, wurde, allerdings mit nur knapper Mehrheit, abgelehnt (45: 49: 19).

Die intensive, aber stets von einer sachlichen und fairen Atmosphäre geprägte Diskussion ergab einen beeindruckenden, nahezu einmütigen und dringenden Appell an den Gesetzgeber, sich dem Bedürfnis nach Klärung der existenziellen Frage der Sterbebegleitung durch Einführung auch und gerade strafrechtlicher Normen nicht zu entziehen.

Dr. Johannes Kaspar, München (Schriftführer d. Abt.)