

# Entscheidungen am Lebensende Stand der Diskussionen um eine gesetzliche Lösung

(Vortrag bei der öffentlichen Sitzung am 9. Februar 2007)

HANS LUDWIG SCHREIBER

Wir haben schon viel zu möglichen Initiativen zur Sterbehilfe gehört. Unterschiedliche Wege sind aufgezeigt worden. Mein Referat, das die verschiedenen Möglichkeiten einer Gesetzgebung zur Sterbehilfe zusammenstellen und nebeneinander halten soll, bildet den Abschluß.



## I.

Seit 2004 häufen sich Kommissionsberichte, Memoranden, Gesetzentwürfe und Stellungnahmen. Zuerst zu nennen sind der Bericht der Arbeitsgruppe des Justizministeriums „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10.06.2004 der so genannten

Kutzer-Gruppe, der Bericht der Enquête Kommission des Bundestages zum Thema Patientenverfügungen, eine Stellungnahme des Nationalen Ethikrates aus dem Juni 2005 „Patientenverfügung – ein Instrument der Selbstbestimmung“, weiter der Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, der sich ebenfalls mit der Patientenverfügung beschäftigt. Der Nationale Ethikrat hat im Juli 2006 aus Anlaß des bevorstehenden Juristentages eine Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ publiziert. Im Oktober 2005 ist ein Alternativentwurf „Sterbebegleitung“ eines Arbeitskreises deutscher, österreichischer und Schweizer Strafrechtler erschienen, der den Alternativentwurf „Sterbehilfe 1986“ fortgeführt und weiter entwickelt hat. Der 66. Deutsche Juristentag Stuttgart 2006 hat in seiner strafrechtlichen

Hans-Ludwig Schreiber, Professor des Strafrechts, Strafprozeßrechts und der Rechtsphilosophie an der Georg-August-Universität Göttingen, O. Mitglied der Akademie seit 1997

Abteilung unter dem Thema „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“ ein detailliertes Programm für eine Gesetzgebung vorgelegt. Aus dem Parlament hört man, daß ein Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht zu erwarten sei, vielmehr seien fraktionsübergreifende Initiativen für die Sterbehilfe durch ein Gesetz zur Patientenverfügung zu erwarten. Die „Süddeutsche Zeitung“ berichtete darüber unter der Überschrift „Abgeordnete entscheiden nach Gewissen“. Es sollen ohne Fraktionszwang verschiedene Gesetzesentwürfe über eine Patientenverfügung eingebracht und diskutiert werden. Es mehren sich Stimmen, die bis auf die Regelung der Patientenverfügung gesetzgeberische Maßnahmen nicht für erforderlich halten. In Rechtsprechung und Literatur bestehe ein weitgehender Konsens, von dem aus weitergegangen werden könne.

Ganz überwiegend wird für ein Festhalten am Verbot der aktiven direkten Sterbehilfe in §216 StGB plädiert. Im weitgehenden grundsätzlichen Konsens mit der überwiegenden Meinung in der Literatur sollen die Regelungen jedenfalls im Felde dessen liegen, was bisher als passive und indirekte Sterbehilfe bezeichnet wurde. Die Grundsätze der Bundesärztekammer sind von der Rechtsprechung beinahe wie ein Gesetz behandelt worden, obwohl der Bundesgerichtshof in einem Beschluß aus dem Jahre 2005 festgestellt hat, die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe seien bisher nicht hinreichend geklärt. Mit Recht nimmt der Nationale Ethikrat die Kritik an der gängigen Terminologie auf, er hält die verwendeten Begriffe der aktiven, der passiven und der indirekten Sterbehilfe für missverständlich und irreführend. Von passiver Sterbehilfe sprach und spricht man beim Unterbleiben einer lebensverlängernden Behandlung, wenn diese nur den Todeseintritt bei unaufhaltbarem Grundleiden verzögern könne. Passive Sterbehilfe wird charakterisiert als ein für die konkrete Lebensverkürzung ursächliches Unterlassen. Wie die Diskussion gezeigt hat, geht es um das praktisch wichtigste Problem der gegenwärtigen Diskussion, um den Umfang und die Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht.

Von indirekter Sterbehilfe wird gesprochen, wenn die Linderung von Leiden und Schmerzen beim Sterbenden so dringlich ist und so sehr im Vordergrund steht, daß eine damit verbundene möglicherweise nicht vermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden dürfe. Diesen Formen der Sterbehilfe soll nach den neuen Vorschlägen der Patientenverfügung der Weg geöffnet werden, freilich nur für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Patienten, für den allein die Patientenverfügung gilt. Diese beiden Arten der Sterbehilfe sind zur Einschränkung des Tötungsverbot in §216 StGB (Tötung auf Verlangen) entwickelt worden. Die Einwilli-

gungssperre des §216 StGB soll beim Unterlassen auch eines Garanten, wie der Arzt es ja ist, nicht entgegenstehen. Bei der indirekten Sterbehilfe fehlt es am Vorsatz in Form der Absicht, die Unterscheidung zur aktiven Sterbehilfe ist freilich nur eine hauchdünne Grenze. Sie liegt nur auf subjektivem Gebiet. Von ärztlicher Seite wird dazu ausgeführt, angesichts der Entwicklung der modernen Anästhesie bedürfe es dieser Form überhaupt nicht mehr, weil die Mittel der modernen Schmerzbekämpfung so eingestellt werden könnten, daß eine Lebensverkürzung durch sie nicht mehr eintreten müsse.

Mit Recht wird allseits die Bezeichnung „passive Sterbehilfe“ für problematisch angesehen, und der Begriff kommt zunehmend auch in den Beschlüssen des Juristentages außer Gebrauch. Passivität bestehe nur im Hinblick auf eine Grunderkrankung. Bloße ärztliche Untätigkeit beim Sterben eines Menschen dürfe es aber gar nicht geben. Das hat die sich entwickelnde Palliativmedizin deutlich gemacht. Bei der Frage der sogenannten passiven Sterbehilfe geht es, wie die Grundsätze der Bundesärztekammer formuliert haben, um eine Änderung des Behandlungszieles, wenn lebensverlängernde Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapiezieles dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. So hat schon die juristische Diskussion, um es als zulässige Sterbehilfe durch Unterlassen erlauben zu können, etwa das Abschalten eines Beatmungsgerätes als Unterlassen durch Tun qualifiziert, weil das Abschalten der Sache nach nichts anderes sei als das Nichteinschalten des Beatmungsgerätes. Weitgehender Konsens besteht dahin, daß Eingriffe zur Verlängerung des Lebens nicht erforderlich sind, wenn sie sinnlos und nur Verlängerung von Leiden bedeuten. Freilich, wie hier eine Abgrenzung gefunden werden soll, hat insbesondere der Aufsatz von Duttge in der „Neuen Zeitschrift für Strafrecht“ deutlich mit „?“ versehen. Bei der indirekten Sterbehilfe geht es der Sache nach um die Zulässigkeit eines Stückes durch Intervention geschehender, insoweit aktiver Sterbehilfe, nicht nur reiner folgenloser Sterbebegleitung, die sich nur auf der subjektiven Seite von der direkten aktiven Sterbehilfe unterscheidet. Der Grad der Unterscheidung ist sehr schmal. Der Tod ist nicht beabsichtigt, wird aber als Folge des Handelns gesehen und akzeptiert. Nach überwiegender Auffassung wird er nicht nur als Nebenfolge in Kauf genommen, sondern auch bei sicherem Wissen soll bei Einsatz von schmerzlindernden Mitteln die Inkaufnahme des Todes zulässig sein, etwa bei der terminalen Sedierung, die zwar den Tod nicht beabsichtigt, ihn aber hinnimmt.

## II.

Sehen wir die Regelungsentwürfe kurz durch.

Der Vorschlag der Arbeitsgruppe beim Bundesjustizministerium geht dahin, dem bisherigen §216 StGB einen neuen Absatz 3 anzufügen, der in lapidarer Kürze lautet:

„Nicht strafbar ist,

- 1) die Anwendung einer medizinisch angezeigten leidensmindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt;
- 2) das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.“

Daneben rückt dann die Patientenverfügung. Die Ministerin Zypries hat den Ansatz ihrer Arbeitsgruppe nicht weiter übernommen, sondern lediglich einen §1901a für das Bürgerliche Gesetzbuch vorgeschlagen, der da lautet:

### **§1901a Patientenverfügung**

- 1) Eine Patientenverfügung, in der der Betreute seinen Willen zu Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit geäußert hat, gilt bei Einwilligungsunfähigkeit fort, falls keine konkreten Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß der Betreute die Patientenverfügung widerrufen hat.
- 2) Der Betreuer hat den in einer Patientenverfügung geäußerten Willen des Betreuten zu beachten und die darin vom Betreuten getroffenen Entscheidungen durchzusetzen, soweit ihm dies zumutbar ist. Dies gilt auch dann, wenn eine Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat. Eine vom Betreuten getroffene Entscheidung liegt vor, wenn die Patientenverfügung eine Einwilligung oder eine Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe enthält, die auf die konkrete Situation zutrifft.“

Breiter gefaßt sind die Vorschläge des Alternativentwurfs „Sterbehilfe“ und die Beschlüsse des Deutschen Juristentages 2006.

### **§214 Beenden, Begrenzen oder Unterlassen 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) Absatz 1 gilt auch für den Fall, daß der Zustand des Betroffenen auf einem freiverantwortlichen 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 behobender Leidenszustände trifft, handelt nicht rechtswidrig, wenn dadurch als nicht vermeidbare und nicht beabsichtigte Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.

Der Juristentag formuliert in seinen Beschlüssen wie folgt. Ich gebe dabei die jeweils relativ geringe Anzahl der Abstimmenden, aber doch deutlichen Mehrheiten an.

## **II. Lebenserhaltende Maßnahmen und Behandlungsbegrenzung**

### **1. Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen**

Es ist im StGB klarzustellen, daß das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen straflose Behandlungsbegrenzung ist (bisher sog. „passive Sterbehilfe“),

a) wenn für solche Maßnahmen keine medizinische Indikation (mehr) besteht,

**angenommen 97:5:5**

b) wenn dies vom Betroffenen ausdrücklich und ernstlich verlangt wird,

**angenommen 107:4:6**

c) wenn dies vom (einwilligungsunfähigen) Betroffenen in einer Patientenverfügung für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit angeordnet wurde,

**angenommen 101:6:7**

d) wenn dies vom Vorsorgebevollmächtigten verlangt wird (Antrag Dr. Helgerth)

**abgelehnt 42:56:12**

e) wenn dies von einem Vertreter des Patienten (Betreuer, sonstiger gesetzlicher Vertreter oder Vorsorgebevollmächtigter) erforderlichenfalls mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts verlangt wird und der erklärte oder mutmaßliche Wille des Betroffenen nicht erkennbar entgegensteht,

**angenommen 91:16:9**

f) wenn der Patient einwilligungsunfähig ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, daß er diese Behandlung ablehnen würde (mutmaßlicher Wille),  
**angenommen 94:14:3**

Die indirekte Sterbehilfe wird vom Juristentag wie folgt zur Regelung vorgeschlagen:

### III. Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung

#### 1. Strafgesetzliche Klarstellung

##### a) 1. Variante:

Die Voraussetzungen für die Strafflosigkeit einer nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft erfolgenden Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung sollten gesetzlich geregelt werden.

**angenommen 102:7:8**

##### 2. Variante:

Die Voraussetzungen für die Strafflosigkeit einer nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft erfolgenden Leidenslinderung bei Gefahr der Lebensverkürzung sollten nicht gesetzlich geregelt werden.

**abgelehnt 6:103:7**

##### b) Sie ist zulässig

aa) nicht nur bei Sterbenden, sondern auch bei tödlich Kranken.

**angenommen 112:4:6**

bb) auch dann, wenn die Lebensverkürzung zwar nicht beabsichtigt, aber als sichere Folge vorhergesehen wird

**angenommen 102:8:8**

#### 2. Bußgeldbewehrte Dokumentationspflicht

Um den Mißbrauchsgefahren bei leidenslindernden Medikationen entgegenzuwirken, ist eine bußgeldbewerte Verpflichtung des Arztes zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs einzuführen.

**angenommen 76:30:14**

Juristentag und Alternativentwurf Sterbebegleitung nehmen die schriftliche Patientenverfügung auf. Diese führt für den Fall der Willensunfähigkeit als Instrument zur Durchsetzung des Willens des Patienten zur Selbstbestimmung am Lebensende in den Kern der Sterbehilfediskussionen. Ist der Kranke nicht mehr in der Lage, seinen Willen über Behandlung oder die Beschränkung der Behandlung zu äußern, so soll auf eine vorher im Zustand der Einwilligungsfähigkeit errichtete Patientenverfügung zurückgegriffen werden. Patientenverfügungen sind damit das Mittel, den Willen zur Verweigerung bzw. zu Art und Beschränkung der Behandlung nach Eintritt von Einwilligungsunfähigkeit aus Krankheitsgründen zu vermit-

teln. Dann gilt, was vorher bei Einwilligungsfähigkeit für eine konkrete Entscheidungssituation gesagt worden ist. Diese Patientenverfügung wird wohl allein im Mittelpunkt der Regelungen des Deutschen Bundestages im Gesetzgebungsverfahren stehen. Patientenverfügungen greifen damit weit über den bloßen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit hinaus und werden zum Instrument. Neben die Patientenverfügung kann die Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten gemäß §1896 Abs. 2 BGB treten. Die Patientenverfügung ist auch in Österreich in einem besonderen Patientenverfügungsgesetz geregelt, das 2006 in Österreich in Kraft getreten ist. In Österreich unterscheidet man nach verbindlichen und bloß beachtlichen Patientenverfügungen, worauf hier zunächst näher nicht eingegangen werden soll.

In Deutschland unterscheiden sich die Ansichten zur Patientenverfügung noch in einigen Punkten. Nahezu alle Stellungnahmen gehen aber von der grundsätzlichen Verbindlichkeit eindeutiger und auf die konkrete Situation bezogener Patientenverfügungen aus. Auch in Deutschland zeichnet sich jetzt Einigkeit darin ab, daß für Patientenverfügungen die Schriftform erforderlich ist und Mündlichkeit nicht genügt, wie es noch im Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums geheißen hat. Strittig ist das Erfordernis einer vorherigen Aufklärung. Auch der Deutsche Juristentag hat sich nicht dafür ausgesprochen.

Ein wesentlicher Unterschied besteht in Deutschland aber noch hinsichtlich der Reichweite der Geltung einer Patientenverfügung. Die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages – und offenbar will ein Entwurf aus der Mitte des Bundestages auch in diese Richtung gehen – soll die Geltung von Patientenverfügungen mit Behandlungsverzicht, der zum Tode führen kann, auf solche Konstellationen beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und nach ärztlicher Erkenntnis trotz medizinischer Behandlung zum Tode führen wird. Das lehnt sich an die frühere Rechtsprechung an, nach der die Zulässigkeit passiver Sterbehilfe auf das unmittelbare Finalstadium einer tödlichen Krankheit beschränkt war, die Ausnahmen freilich zuließ. Dagegen wollen die Arbeitsgruppe und der Referentenentwurf des Justizministeriums eine wirksame Ablehnung weiterer lebensverlängernder Behandlungen auch dann schon zulassen, wenn das Grundleiden noch keinen irreversibeln Verlauf genommen hat. Auch der Deutsche Juristentag will eine Begrenzung der Reichweite der Patientenverfügung auf irreversibel tödlich verlaufende Grundkrankheiten nicht befürworten. Der Deutsche Juristentag verlangt Eindeutigkeit und Situationsbezogenheit, das Fehlen konkreter Anhaltspunkte für Willensmängel, Einwilligungsunfähigkeit, Irrtum, Täuschung, Zwang und das Fehlen kon-

kreter Anhaltspunkte für eine zwischenzeitliche Willensänderung. Eine Aktualisierung oder Bestätigung des Inhalts innerhalb einer jeweiligen Frist ist vom Juristentag nicht befürwortet worden. Freilich will der Juristentag mit knapper Mehrheit eine fehlende Verbindlichkeit der Patientenverfügung bei neuen medizinischen Entwicklungen annehmen. Dann, wenn der Patient solche neuen medizinischen Möglichkeiten bei der Abfassung seiner Verfügung noch nicht gekannt hat, soll klargestellt werden, daß seine Patientenverfügung nicht mehr verbindlich ist.

Eine Beschränkung der Patientenverfügung auf den unmittelbaren Sterbevorgang, auf unmittelbare Todesnähe ist nicht richtig, zumal ein Sterbevorgang gar nicht exakt gegenüber vorhergehenden Krankheitszuständen abgegrenzt werden kann. Eine Möglichkeit, Behandlungen per Verfügung abzubrechen, soll sicher nicht gesunden und kurierbaren Patienten eröffnet werden. Zu beachten ist, das Behandlung überhaupt nur mit Einwilligung vorgenommen werden darf. Richtig scheint mir, wie es in den Grundsätzen der Bundesärztekammer heißt, daß Patientenverfügungen auch bei solchen Patienten gültig seien, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber wegen ihrer fortgeschrittenen Krankheit in absehbarer Zeit sterben werden.

### *III.*

Es ist richtig, daß der Gesichtspunkt der Selbstbestimmung mit der Patientenverfügung näher in den Mittelpunkt gerückt worden ist. Was bei Willens- und Erklärungsunfähigkeit am Lebensende geschehen soll, ist von wesentlicher Bedeutung. Mit dem Mittel der Patientenverfügung wird das Problem des Lebensendes mit den zukünftigen Patienten erörtert und werden Regelungen dafür besprochen werden können. So meine ich, daß die Patientenverfügung sicher ein wichtiges Instrument ist. Aber Patientenverfügungen dürfen nicht isoliert als das allein entscheidende Instrument zur Lösung der individuellen und der gesellschaftlichen Probleme im Umgang mit dem Sterben betrachtet werden. Es besteht die Gefahr, daß die für den Sonderfall der Willensunfähigkeit in der Patientenverfügung enthaltenen Anordnungen zu Prinzipien stilisiert werden, die auch für den Umgang mit willensfähigen Kranken gelten sollen. Dann sollte man auch sagen, daß die Patientenverfügung nicht nur für den Zustand der Willensunfähigkeit gilt, sondern auch dann, wenn noch Willensfähigkeit gegeben ist und man sich auf diese Patientenverfügung soll berufen können. Die Patientenverfügung ist nicht der einzige Königsweg des selbstbestimmten Sterbens. Nicht immer liegen Patientenverfügungen vor. Es gibt auch



andere Wege, den Willen zum Ausdruck zu bringen und zu dokumentieren, etwa durch die Vorsorgevollmacht. Auch der ausdrückliche Wille und in Notfällen auch der mutmaßliche Wille muß, wie es in den Beschlüssen des Juristentages ausgeführt ist, maßgeblich sein können. Sehr zweifelhaft ist es, ob und wie weit ein einseitiger Abbruch zulässig sein soll. So sieht es der Alternativentwurf Sterbebegleitung in §214 Abs. 1 Nr. 4 vor, wenn bei nahe bevorstehendem Tod im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und auf die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung die Aufnahme oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist. Es ist schwierig, hier Grundsätze festzulegen, wann dem Wohl des Patienten gedient ist und bei welcher Lebensqualität weiterbehandelt werden soll. Duttge hat kürzlich darauf hingewiesen, daß zunehmend auch in deutschen Diskussionen Kostengesichtspunkte mit einbezogen werden. Rein medizinische Beschreibungen der Sinnlosigkeit bestimmter Therapien sind schwierig. Daß überhaupt keine Selbstbestimmung mehr möglich sei, ist auch kein geeignetes, tragendes Konzept. Die unmittelbare Todesnähe vermag gewisse Anhaltspunkte zu geben, wie es Verrel im Gutachten für den Juristentag versucht hat. Mit Recht weist Duttge darauf hin, daß es in den Kliniken offenbar weithin an verbindlichen, konkreten Konzepten fehle, die für Therapiereduktionen oder Therapieeinstellungen verwendet werden. Der Ethiker Illhardt spricht von dem Mut, der solchen Entscheidungen zugrundeliegen müsse.

Man sollte nicht meinen, daß solche Entscheidungen überflüssig oder hinfällig werden, wenn man auf die Patientenverfügung abstellt. In den Formeln, die man den Patientenverfügungen zugrundelegt, liegt dann genauso das Problem, wie wenn man auf andere Gesichtspunkte abstellt und sich nicht auf die Patientenverfügung beschränkt, wie es der Juristentag und auch der Alternativentwurf wohl mit Recht wollen. Beim einseitigen Abbruch liegen die Dinge schwierig. Man wird wohl von einer unmittelbaren Todesnähe und einer Aussichtslosigkeit jeder medizinischen Intervention für einen Abbruch ohne Einwilligung des Patienten ausgehen müssen.

Drei Entwürfe sollen aus dem Bundestag zu erwarten sein. Einer kommt von dem SPD-Abgeordneten Stünker. Er orientiert sich für die Patientenverfügung konsequent am Prinzip der Autonomie. Schriftlich niedergelegte Patientenverfügungen gelten, wenn die Festlegungen auf die konkrete Situation zutreffen.

Ein Entwurf des Abgeordneten Bosbach (CDU), der sich insoweit mit dem des Abgeordneten Röspel (SPD) deckt, kennt als entscheidenden Unterschied eine Reichweitenbegrenzung für die Patientenverfügung. Diese

soll nur dann bindende Wirkung haben, wenn die Grunderkrankung einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat. Außerdem soll es sie beim Wachkoma und bei weit fortgeschrittener Demenz geben, wenn nach aller Wahrscheinlichkeit der Patient nie wieder das Bewußtsein erlangen wird. Dagegen regt sich in Teilen des Bundestages lebhaft Kritik.

Die Patientenverfügung ist, wie Heinrich Wefing am 05.02.2007 in der FAZ geschrieben hat, auch ein „politischer Krückstock“. Auf ihn wollen sich die Parlamentarier stützen, weil sie – so Wefing – an die großen Fragen nicht rühren wollen, zum Beispiel die Strafflosigkeit der Leidenslinderung mit der Folge der Lebensverkürzung, die Frage der Grenzen für die lebensverlängernde Behandlung, beides Fragen, die wir heute schon erörtert haben. Mit Recht spricht Wefing von der Mutlosigkeit, die sich in einer Ausweichbewegung ganz auf die Kodifizierung der Patientenverfügung konzentriert. Das spricht freilich nicht gegen deren gesetzliche Regelung, die einen Schritt zur notwendigen Klärung der offenen Fragen darstellen würde. Die Patientenverfügung ist ein Transportmittel, was sie transportieren darf, wird freilich in den Entwürfen nicht gesagt. Es bleibt dann daneben bei der indirekten Sterbehilfe und der zulässigen Begrenzung der lebensverlängernden Behandlung, früher passive Sterbehilfe genannt. Zur Aufnahme der aktiven direkten Sterbehilfe in das Gesetz wird es aller Voraussicht nach nicht kommen, die politische Szene ist mit Ausnahme von Teilen der FDP dagegen.

Manches scheint für die aktive Sterbehilfe zu sprechen. In den Niederlande ist sie durch ein Gesetz vom Jahre 2002 zugelassen worden. Daß das Recht auf Leben i. S. von Artikel 2 GG gleichsam als Kehrseite das Recht auf den gewählten eigenen Tod umfasse, wird aber mit Recht von der ganz überwiegenden Ansicht nicht anerkannt. Schwierig ist die Frage, ob man bei Anerkennung der Zulässigkeit eines Unterlassens nicht auch ein Recht auf ein erlaubtes Handeln in Anspruch nehmen darf. Gesichtspunkte des rechtfertigenden Notstandes werden angeführt.

Die theologischen Argumente gegen eine aktive Sterbehilfe überzeugen freilich nicht. Wenn wir zu Gott zurückkehren, dann wird dieser Gott, so wie ich ihn jedenfalls verstehe, uns nicht hinauswerfen, wenn wir wegen schwerer Schmerzen es hier nicht mehr aushalten und wir ihn bitten, eher zu ihm zurückkehren zu dürfen. Er wird uns auch dann aufnehmen.

Die möglichen sozialen Folgen der Zulassung aktiver Sterbehilfe sollten aber ernst genommen werden. Die an einen Kranken gerichtete Frage, ob er mit der Beendigung seines Lebens einverstanden sei, ob man ihm dabei helfen solle, ist angesichts knapper werdender medizinischer Ressourcen gerade gegenüber einem Schwerkranken, der sich selbst zur Last ist, der sich als Last für andere empfindet, eine gefährliche Sache. Man kann einem Kranken

leicht plausibel machen, daß es richtig und eigentlich angezeigt sei, das eigene Ende zu verlangen und zu fragen, ob man noch behandelt werden wolle oder nicht doch eher ein schnelles Ende wünsche, zumal wenn das Weiterleben und die Behandlung mit Schmerzen und Leiden verbunden ist. Die Mainzer Bioethikkommission weist darauf hin, daß angesichts vielfältiger möglicher Drucksituationen eine generelle Freigabe aktiver Sterbehilfe das Selbstbestimmungsrecht selbst beeinträchtigen könne. Die Selbstbestimmung müsse durch Begrenzung der Selbstbestimmung geschützt werden – ein sicher problematisches, aber nicht leicht von der Hand zu weisendes Argument.

In die Diskussion geraten ist in letzter Zeit lebhaft der ärztlich assistierte Suizid, insbesondere im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Schweizer Sterbehilfeorganisation DIGNITAS, die von dem Rechtsanwalt Minelli betrieben wird. Sie hat vor kurzem in Hannover eine Niederlassung eingerichtet. Mehrere hundert Fälle jährlich sollen es sein, in denen aus Deutschland sterbewillige Kranke in die Schweiz gebracht werden. Ihnen wird dort ein Medikament zur Verfügung gestellt, durch dessen eigene Einnahme sie ihr Leben beenden. Eine bloße Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid ist schon heute auch in Deutschland strafflos, soweit sie nicht in Täterschaft übergeht, das heißt, wenn der das Medikament zur Verfügung Stellende selbst zum Bestimmenden wird.

Der Alternativentwurf Sterbehilfe will den ärztlich assistierten Suizid ausdrücklich zulassen. Der Deutsche Juristentag hat im Zusammenhang damit eine Änderung der standesrechtlichen Mißbilligung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid vorgeschlagen. Bei unerträglichem, mit palliativ-medizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden solle die Mitwirkung eines Arztes beim Suizid die nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern die auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung sein. Von ärztlicher Seite wird das bisher prinzipiell abgelehnt. Fraglich ist freilich, ob ein grundlegender Unterschied darin liegt, ob jemandem vom Arzt eine den Tod herbeiführende Infusion gegeben wird oder ob der Kranke die Medizin selbst einnimmt. Ein Unterschied ist es schon, aber ob die Beihilfe zulässig wird, wenn der Kranke das Medikament selbst nimmt, ist sicher nicht einfach zu sagen. Aber auch das wird in der zu erwartenden Gesetzgebung nicht berücksichtigt werden. Abgeordnete weisen darauf hin, daß ja schon jetzt die Beihilfe zum Suizid strafflos sei.

Besondere Beachtung findet die organisierte Beihilfe zum Suizid durch die Organisation DIGNITAS. Nach der im Nationalen Ethikrat überwiegend vertretenen Ansicht bestehen grundsätzliche Bedenken gegen jede Form der organisierten Vermittlung von Suizidbeihilfe, weil dadurch der Schutz-

auftrag der Gesellschaft gegenüber Suizidgefährdeten beeinträchtigt würde. Auch könne die in klarer Willensfreiheit und in eindeutig extremer Notlage ausgesprochene Bitte um Hilfe bei der Selbsttötung die moralische Mißbilligung mildern oder äußerstenfalls ganz entfallen lassen. In der Tat bestehen Bedenken, ob bei der Zulassung solcher organisierter Beihilfe die Grenzen strafflosen Tuns, insbesondere die Freiverantwortlichkeit, hinreichend beachtet werden. Hierfür müssen gesetzliche Regelungen geschaffen werden. Diskutiert wird die Einführung eines dem §115 des Schweizer Strafgesetzbuches nachgebildeten Tatbestandes, der ein Handeln aus selbstsüchtigen Motiven bei der Sterbehilfe verbieten soll.

Von der Mainzer Bioethikkommission wird eine Strafbarkeit der gewerblichen Beihilfe zur Selbsttötung aus Gewinnsucht vorgeschlagen. Ein Gesetzesantrag der Länder Saarland, Thüringen und Hessen im Bundesrat zur Einbringung im Bundestag sieht die Einführung eines neuen §217 StGB vor, der die geschäftsmäßige Vermittlung oder Verschaffung von Gelegenheit zur Selbsttötung unter Strafe stellen will. Ob eine verwaltungsrechtliche Lösung, die staatliche Aufsicht und Kontrolle von Sterbehilfeorganisationen, ausreicht, wie es Duttge vorschlägt, erscheint zweifelhaft. Im Zusammenhang mit einer notwendigen gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe bedürfte es auch einer Eingrenzung der organisierten Beihilfe zum Suizid.

Aber auch das wird in der zu erwartenden Gesetzgebung keine Berücksichtigung finden. Diese wird wohl nur die Patientenverfügung regeln und die dort noch vorhandenen Differenzen austragen. Für mehr fehlt dem Gesetzgeber der Mut. Die Debatte wird dann weitergehen.

## Literatur

- Baumann u. a., Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, 1986  
Bernat, Erwin, Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz, ein Schritt vorwärts, zwei Schritte zurück, *Gesundheitsrecht* 2007, S. 1 ff.  
Bundesärztekammer, Grundsätze zur Sterbebegleitung, *Deutsches Ärzteblatt* 2004, SA 1298  
Bundesministerium der Justiz, Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechtes, Berlin 2004  
Deutscher Bundestag, Enquête-Kommission, Ethik und Recht der Modernen Medizin, Zwischenbericht Patientenverfügung, 2004  
Deutscher Juristentag, Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages Stuttgart 2006, Abteilung Strafrecht C, 2007  
Duttge, Gunnar, Einseitige („subjektive“) Begrenzung ärztlicher Lebenserhaltung, *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 2006, S. 479 ff.  
Duttge u. a., Preis der Freiheit, Reichweite und Grenzen individueller Selbstbestimmung zwischen Leben und Tod, 2. Aufl. 2006

- Hillgruber, Christian, Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens, Verfassungsrechtliche Anmerkungen, Zeitschrift für Lebensrecht 2006, S. 69
- Kuschel, Amelia, Der ärztlich assistierte Suizid, Frankfurt-Berlin 2007
- Lüderssen, Klaus, Aktive Sterbehilfe – Rechte und Pflichten, Juristenzeitung 2006, S. 689
- Merkel, Reinhard, Aktive Sterbehilfe, Festschrift für F. C. Schroeder, 2006, S. 297 ff.
- Nationaler Ethikrat, Stellungnahme Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006
- Schneider, Hartmut, Münchner Kommentar zum Strafgesetzbuch, Vor §§ 211 ff., München 2003
- Schöch, Heinz, Verrel, Torsten u. a., Alternativentwurf Sterbebegleitung, Goldammer's Archiv 2005, S. 353 ff.
- Schreiber, Hans-Ludwig, Das ungelöste Problem der Sterbehilfe, Neue Zeitschrift für Strafrecht 2006, S. 473 ff.
- Schreiber, Hans-Ludwig, Strafbarkeit des assistierten Suizides, Festschrift für Günther Jakobs, 2007, S. 615
- Schreiber, Hans-Ludwig, Soll die Sterbehilfe nach dem Vorbild der Niederlande und Belgiens neu geregelt werden? Festschrift für Hans-Joachim Rudophi, 2004, S. 543
- Verrel, Torsten, Gutachten für den 66. Deutschen Juristentag, Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung, 2006, S. C 9 ff.
- Wolfslast, Gabriele, Rechtliche Neuordnung der Tötung auf Verlangen, Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber, 2003, S. 916