

Justizsenator Dr. Roger Kusch, Hamburg

Tabu Sterbehilfe*

Hat der schwer leidende Mensch das Recht, über den Zeitpunkt seines Lebensendes selbst zu entscheiden? Inwieweit dürfen Dritte an der Umsetzung des Sterbewillens mitwirken? Die aktuelle Sterbehilfe-Diskussion zeigt, wie sehr sich die Menschen mit den Problemen des würdigen, selbstbestimmten Sterbens beschäftigen.

I. Einleitung

Neueren Umfragen zufolge befürworten 73%¹ bzw. 74%² der Deutschen straffreie Sterbehilfe über das geltende Recht hinaus. Etwa zwei Drittel aller Klinikärzte, die regelmäßig mit der Versorgung schwerkranker Patienten betraut sind, werden mit dem Verlangen nach direkter Lebensbeendigung konfrontiert³. Ein solches Verlangen versetzt den Arzt nicht nur in einen ethischen, sondern auch in einen rechtlichen Konflikt.

Normativer Ansatzpunkt für die strafrechtliche Beurteilung der Sterbehilfe ist § 216 StGB. Nach dieser Vorschrift wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft, wer einen anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin tötet. Die Rechtsprechung hat zwar Ausnahmen von dem in § 216 StGB zum Ausdruck gebrachten Grundsatz des absoluten strafrechtlichen Lebensschutzes entwickelt⁴. Diese Lösungsansätze werden jedoch nicht allen Fällen menschlichen Leidens gerecht. Vielfach führen sie zur rechtlichen Ungleichbehandlung von Verhaltensweisen, die hinsichtlich des Leidenszustands der hilfsbedürftigen Betroffenen auf gleicher Stufe stehen. Im Folgenden wird anhand von drei Fallgruppen die Unzulänglichkeit der aktuellen Rechtslage beleuchtet und ein Regelungsvorschlag unterbreitet. Angesichts der kasuistischen Betrachtung versteht es sich, dass dieser Beitrag nur Teilaspekte der Problematik erfasst⁵.

II. Drei Fallgruppen

Die folgenden drei Fallgruppen beschreiben verschiedene Leidenszustände, die zur Ausprägung eines Sterbeverlangens führen können.

1. Weitgehende Lähmungen

Tragische Unfälle und schwere Erkrankungen wie Schlaganfälle oder Multiple Sklerose haben nicht selten zur Folge, dass ein Unfallbeteiligter oder Kranker ohne jegliche Aussicht auf Besserung weitgehend gelähmt ist. Viele Betroffene meistern ihr Leben auch nach einem solchen Schicksalsschlag mit viel Lebensmut und Energie. Mancher Betroffene empfindet diesen Zustand aber als unerträgliche Beeinträchtigung und verliert dauerhaft jeden Lebenswillen⁶. Wie geht die Rechtsordnung mit dem Sterbeverlangen eines solchen Menschen um?

Ohne jegliche strafrechtliche Konsequenz bleibt die vollkommen selbstständige Umsetzung des Sterbewillens durch den Gelähmten. Der Suizid ist nach einhelliger Auffassung in Rechtsprechung und Literatur nicht strafbar, weil er von den Tötungsdelikten bereits tatbestandlich nicht erfasst wird⁷.

Allerdings ist der teilgelähmte Patient auf Grund seiner eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten häufig nicht in der Lage, sein Tötungsverlangen ohne die Hilfe Dritter in die Tat umzusetzen. Welches strafrechtliche Risiko gehen die Adressaten eines Hilfeersuchens ein?

Wegen Tötung auf Verlangen gem. § 216 StGB wird bestraft, wer den Betroffenen auf dessen Wunsch hin etwa durch das

Setzen einer Kaliumspritze tötet. Strafflos hingegen ist die Beihilfe zum Suizid. So verhält sich – jedenfalls zunächst – strafflos, wer dem Sterbewilligen eine (legal erhältliche) tödlich wirkende Substanz beschafft und so zur Verfügung stellt, dass dieser sie selbstständig applizieren kann. Zu begründen ist die Strafflosigkeit einer solchen Teilnahme mit der Strafflosigkeit der Haupttat⁸.

Gleichwohl setzt sich der Helfer einem erheblichen strafrechtlichen Risiko aus. Nach der Rechtsprechung des *BGH* kommt eine Bestrafung nach § 323c StGB wegen unterlassener Hilfeleistung⁹ und für Garanten, die zur Rettung des Lebens des Gelähmten verpflichtet sind, eine Bestrafung wegen Tötung auf Verlangen durch Unterlassen gem. §§ 216, 13 StGB in Betracht¹⁰. Dieser Rechtsprechung zufolge kommt es, unbeschadet der Beherrschung des Geschehens durch den Suizidenten im Ausführungsstadium seiner Selbsttötungshandlung, zu einem „Tatherrschaftswechsel“, sobald der Suizident das Bewusstsein verliert. Dann soll das Eingreifen des Lebensschutzgaranten geboten sein. Denn ab dem Zeitpunkt der Bewusstlosigkeit avanciere der anwesende oder hinzutretende Garant zum Herrn über Leben und Tod¹¹. Eine Pflicht zum Einschreiten, das heißt zur Einleitung lebensrettender Maßnahmen, setze ein enges Pflichtverhältnis voraus. Eine solche Pflicht könne etwa den Ehepartner oder den behandelnden Arzt treffen¹². Sie entfalle ausnahmsweise dann, wenn der Selbsttötungswille des Sterbewilligen den Garanten von seiner Fürsorgepflicht befreie¹³. Speziell für die Fälle des Untätigbleibens von Ärzten im Verhältnis zum sterbewilligen Patienten hat der *BGH* eine auf berufsspezifischen Zumutbarkeitserwägungen beruhende Sonderdogmatik entwickelt¹⁴. Grundsätzlich sei auch der Arzt als Lebensschutzgarant gehalten, nach Eintritt der Bewusstlosigkeit lebensrettende Maßnahmen zu ergreifen. Andererseits gebe es keine ärztliche Rechtspflicht zur Erhaltung verlöschenden Lebens um jeden Preis. Im Konflikt zwischen der Verpflichtung zum Lebensschutz einerseits und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten andererseits habe der Arzt eine an den Regeln des Rechts und der Stan-

* Der Autor ist Präses der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg.

1 Infratest-Umfrage, veröff. in *Der Spiegel* v. 17. 10. 2005.

2 Forsa-Umfrage, veröff. in *Stern* Nr. 42 v. 13. 10. 2005, S. 31.

3 Stern Nr. 46 v. 28. 11. 1996, S. 68: Studie nach der Konzeption von Prof. Dr. Karl-Heinz Wehkamp, Direktor des Zentrums für Gesundheitsethik Hannover; *Maisch*, Patiententötungen, 1997, S. 234.

4 *Schneider*, in: *MünchKomm-StGB*, 2003, Vorb. §§ 211 ff. Rdnr. 94.

5 Insbesondere muss die Fallgruppe der entscheidungsunfähigen Patienten außer Betracht bleiben. Es handelt sich hierbei um eine im Kern betreuungsrechtliche Problematik, der sich das Bundesjustizministerium (BMJ) zuletzt mit dem Referentenentwurf eines 3. BetreuungsrechtsänderungsG angenommen hat. Dort hatte sich das BMJ für eine weit reichende Autonomie des Patienten ausgesprochen.

6 So etwa in dem Fall, der der Entscheidung *BGHSt* 46, 279 = *NJW* 2001, 1802 zu Grunde liegt.

7 *Schneider*, in: *MünchKomm-StGB* (o. Fußn. 4), Vorb. §§ 211 ff. Rdnrn. 32, 33.

8 *BGHSt* 32, 262 (265) = *NJW* 1984, 1469; *BGHSt* 32, 367 (371) = *NJW* 1984, 2639; *OLG München*, *NJW* 1987, 2941; *Schneider*, in: *MünchKomm-StGB* (o. Fußn. 4), Vorb. §§ 211 ff. Rdnr. 34.

9 *BGHSt* 32, 367 (375 f.) = *NJW* 1984, 2639.

10 *BGHSt* 32, 367 (376 f.) = *NJW* 1984, 2639.

11 *BGHSt* 32, 367 (374) = *NJW* 1984, 2639.

12 *BGHSt* 2, 150 (153) = *NJW* 1952, 552; *BGHSt* 32, 367 [373] = *NJW* 1984, 2639.

13 *BGHSt* 2, 150 (154) = *NJW* 1952, 552.

14 *Schneider*, in: *MünchKomm-StGB* (o. Fußn. 4), Vorb. §§ 211 ff. Rdnr. 69.

desethik ausgerichtete Entscheidung über sein Eingreifen zu treffen¹⁵. Kommt der Arzt bei Beachtung dieser Maßstäbe zu der Überzeugung, dass ein Eingreifen nicht geboten ist, so wird gegen diese eigenverantwortliche Entscheidung im Einzelfall kein Strafvorwurf erhoben.

Wie aber will der Arzt derart komplexe Maßstäbe beachten? Von welchen „Zumutbarkeitserwägungen“ soll er sich in der konkreten Konfliktsituation leiten lassen? Die einzelfallorientierte Rechtsprechung des *BGH* lässt Ärzte, Eheleute und andere Lebensschutzgaranten in einer unzumutbaren Unklarheit.

2. Vollständige Lähmung

Besonders große Probleme, sich mit ihrem Schicksal abzufinden, können Menschen haben, die ohne Aussicht auf Besserung am ganzen Körper gelähmt sind. Welche Antworten gibt die Rechtsordnung auf das ausdrücklich erklärte Sterbeverlangen dieser Menschen?

Straflose Beihilfe ist hier nur in den Fällen denkbar, in denen der gelähmte Mensch zumindest noch in der Lage ist, etwa mit einem Strohhalm eine tödliche Substanz aus einem Becher zu trinken. In diesen Fällen liegt es in der Entscheidungsfreiheit des Sterbewilligen, die Substanz durch den Strohhalm anzusaugen und zu schlucken. Dagegen macht sich wegen Tötung auf Verlangen strafbar, wer dem Gelähmten, der nicht in der Lage ist, selbstständig durch einen Strohhalm zu trinken, auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin einen Becher an den Mund setzt und ihm die tödliche Substanz einflößt.

Die rechtliche Ungleichbehandlung unterschiedlich stark ausgeprägter Lähmungserkrankungen stößt „an die Grenze sinnvoller Wertung“¹⁶ und führt zu dem unerträglichen Ergebnis, dass der besonders stark Beeinträchtigte zum Ertragen seines Leidens verdammt ist, während der weniger stark Gelähmte ohne strafrechtliche Konsequenzen für die Helfer¹⁷ von seinem Schicksal erlöst werden kann.

Diese ungereimte Rechtslage geht an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbei. Vor dem Hintergrund der teilweise unerträglichen Leiden ist es nicht überzeugend, strafrechtlich auf den technischen Aspekt abzustellen, ob der Becher nach Auswahl, Beschaffung und Beförderung der tödlichen Substanz neben dem Patienten abgestellt wird – dann straflose Beihilfe zum Suizid – oder ob er zusätzlich zum Mund geführt wird, so dass es sich um eine Tötung auf Verlangen handelt. De facto vollzieht der Sterbehelfer beim Zum-Mund-Führen des Bechers lediglich den aktuell geäußerten Willen des körperlich nicht handlungsfähigen Patienten, wie dieser ihn selbst vollziehen würde. Die dargestellten Unterschiede sind angesichts der Situation, in der sich der Kranke befindet, Nuancen, die nicht über das Schicksal seines Helfers und damit über sein eigenes entscheiden dürfen.

3. Schmerzen

Zahlreiche kranke Menschen leiden unter Schmerzen, die – wenn überhaupt – nur durch den Einsatz hoch dosierter Schmerzmittel auf ein erträgliches Maß reduziert werden können. Die Verabreichung einer hohen Schmerzmittel-Dosis kann lebensverkürzend oder auch unmittelbar tödlich wirken. Der behandelnde Arzt ist hier in einem rechtlichen Konflikt, da seine Garantenstellung nicht nur die Pflicht zur Lebenserhaltung umfasst, sondern auch die Pflicht zur Schmerzlinderung. Unterlässt der behandelnde Arzt eine medizinisch mögliche Leidensminderung, kommt eine Strafbarkeit wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen in Betracht.

Rechtsprechung und Schrifttum versuchen den Konflikt dadurch zu lösen, dass sie von einer Bestrafung wegen Tötung auf Verlangen absehen, wenn die Beschleunigung des Todes durch einen Arzt auf Grund einer medizinisch indizierten Medikation zur Linderung von Schmerzen des Patienten zumindest mit dessen mutmaßlicher Einwilligung erfolgt. Dies gelte jedoch nur, wenn der Arzt die Todesfolge nicht beabsichtige, sondern sie lediglich als unvermeidbare Nebenfolge in Kauf nehme oder kraft sicheren Wissens voraussehe¹⁸. Das Recht auf einen Tod in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen könne ein höherwertiges Rechtsgut sein als die Aussicht, unter schwersten Schmerzen noch kurzzeitig länger leben zu müssen¹⁹.

Die von Rechtsprechung und Schrifttum befürwortete Straflösstellung einer therapiebedingten Lebensverkürzung wird jedoch nicht allen Schmerz leidenden Patienten gerecht. Es gibt Fälle, in denen palliativ-medizinische Bemühungen nicht zu einer für den Patienten subjektiv erträglichen Schmerzreduktion führen²⁰. Es wird vertreten, dass etwa 10% der deutschen Krebspatienten trotz aufwändigster Medikation keine Linderung ihrer Schmerzen auf ein erträgliches Maß erfahren; dies entspricht in Deutschland etwa 15 000 erkrankten Personen pro Jahr²¹. Welche Möglichkeiten hat der Arzt, auch diesen Patienten zu helfen, für die die rasche Herbeiführung des Todeseintritts notwendige Voraussetzung für die Erlösung von ihren unerträglichen Schmerzen ist?

Straflos ist auch hier die Beihilfe zum Suizid²². Ferner ist es dem Arzt gestattet, einem Schmerzpatienten, dem eine gewisse Dosis Morphium zur Verringerung seiner Schmerzen nicht mehr hilft, eine höhere Dosis zu verabreichen, selbst wenn er sicher weiß, dass diese binnen kürzester Zeit zum Tode führt. In diesem Fall entgeht der Arzt einer Bestrafung, wenn er unwiderlegbar vorträgt, dass das Hauptmotiv seines Handelns die Schmerzlinderung gewesen sei. Dagegen begeht der Arzt eine strafbare Tötung auf Verlangen, wenn er dem Patienten eine tödliche Kaliumspritze setzt. In diesem Fall kann er sich auf Grund der allein tödlichen, jedoch nicht schmerzlindernden Wirkung der Substanz nicht auf das Tatmotiv der Schmerzlinderung berufen.

Tödliche Überdosis Morphium straflos, tödliche Kaliumspritze strafbar mit bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe – das hat mit rechtsstaatlicher Rationalität wenig zu tun. Der behandelnde Arzt wird in die Lüge getrieben, und der Arzt, der die Leichenschau durchführt, gleich mit, wenn er die hohe Morphiumdosierung außer Acht lässt und im Obduktionsbericht als Todesursache nur die Grunderkrankung nennt, um seinen Kollegen nicht „ans Messer“ der Staatsanwaltschaft zu liefern.

III. Gesetzesvorschlag

1. Neueinführung eines § 217 StGB

Dieser schwer vermittelbaren Rechtslage trete ich mit einem Regelungsvorschlag entgegen:

§ 217 StGB (Sterbehilfe). (1) Der Tatbestand des § 216 ist nicht verwirklicht, wenn

1. die Tötung durch einen Arzt erfolgt und die Beendigung schwerster, vom Betroffenen nicht zu ertragender Leiden zum Ziel hat, welche nicht

15 *BGHSt* 32, 367 (373, 379 f.) = NJW 1984, 2639.

16 *Tröndle/Fischer*, StGB, 53. Aufl. (2006), § 216 Rdnr. 4a.

17 Dies gilt freilich vorbehaltlich der o. unter II 1 dargestellten *BGH*-Rechtsprechung.

18 *BGHSt* 42, 301 (305) = NJW 1997, 807; *Merkel*, JZ 1996, 1147; *Schneider*, in: MünchKomm-StGB (o. Fußn. 4), Vorb. §§ 211 ff. Rdnr. 95.

19 *BGHSt* 42, 301 (305) = NJW 1997, 807; *BGHSt* 46, 279 (285) = NJW 2001, 1802.

20 *Kutzer*, MedR 2001, 78; *Czerner*, Das Euthanasie-Tabu, 2004, S. 21.

21 *Czerner* (o. Fußn. 20), S. 21; *Maisch* (o. Fußn. 3), S. 237.

22 Allerdings riskiert der Arzt im Einzelfall eine Bestrafung wegen Tötung durch Unterlassen, wenn er nach dem Bewusstseinsverlust des Patienten keine Rettungsmaßnahmen ergreift (s. dazu o. II 1).

durch andere Maßnahmen behoben oder auf ein für den Betroffenen erträgliches Maß gelindert werden können,

2. der Betroffene zum Zeitpunkt des Verlangens das 18. Lebensjahr vollendet hat,

3. der Arzt im Rahmen eines dem wesentlichen Inhalt nach schriftlich niederezullegenden Beratungsgesprächs zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Betroffene sein Verlangen freiwillig geäußert und das Wesen und die Tragweite seiner Entscheidung erfasst hat und

4. das Verlangen notariell beurkundet worden ist.

(2) Eine Pflicht zur Abwendung des Todesertritts besteht im Falle des Absatzes 1 weder für den Arzt noch für Dritte.

2. Begründung

a) *Tatbestandsausschluss.* Zulässig ist die Gewährung von Sterbehilfe allein durch Ärzte, deren Fachkompetenz für einen möglichst kontrollierten, schmerzfreien Verlauf unverzichtbar ist. Das Ergebnis der Straflosigkeit des handelnden Arztes wird mit Hilfe eines Tatbestandsausschlusses erzielt, wie er aus § 218a I StGB bekannt ist. Die Konzeption in § 218a StGB ist zwar insoweit umstritten, als sie sich einer Einordnung in die „klassischen“ Kategorien des Strafrechts entzieht²³. Für die Konstruktion spricht aber, dass sie zutreffend zum Ausdruck bringt, dass das Gesetz im Grundsatz das Leben schützt und von diesem Grundsatz nur unter engen Voraussetzungen eine Ausnahme zulässt²⁴.

b) *Krankheitszustand.* § 217 StGB-E knüpft nach dem Vorbild anderer Regelungsansätze (so des „Alternativentwurfs Sterbehilfe“ von 1986)²⁵ an einen Zustand an, der dem Patienten ein Weiterleben nur noch als Verlängerung seiner Qualen erscheinen lassen muss. Die Anknüpfung an unerträgliche Leiden des Betroffenen entspricht keinem rein objektiven Maßstab, vielmehr ist das (aus medizinischer Sicht nachvollziehbare) Empfinden des Patienten entscheidend. Der Entscheidung des Patienten unterliegen auch die „anderen Maßnahmen“, weil auch sie wie jede ärztliche Behandlung der Einwilligung bedürfen. Lehnt der Patient beispielsweise eine objektiv mögliche medikamentöse Linderung seiner Schmerzen ab, weil sie zugleich zu einer weitgehenden Bewusstseinstäubung führen würde, sind die Voraussetzungen des § 217 I Nr. 1 StGB-E ebenso erfüllt, wie wenn eine Linderung der Schmerzen objektiv nicht möglich ist.

c) *Alter.* Inwieweit Jugendliche ein ausdrückliches und ernstliches Verlangen i. S. von § 216 StGB äußern können, ist umstritten²⁶. Eine unscharfe Grenzziehung hinsichtlich des Personenkreises muss jedenfalls im Bereich der Sterbehilfe so weit als möglich vermieden werden. Deshalb gesteht § 217 StGB-E die autonome Entscheidung über die Inanspruchnahme von Sterbehilfe erst dem Volljährigen zu. Über das Erfüllen des Alterskriteriums hinaus muss der Betroffene, wie sich aus Absatz 1 Nr. 3 ergibt, nach der Überzeugung des Arztes in der Lage sein, Wesen und Tragweite seiner Entscheidung voll zu erfassen. Dazu hat sich der Arzt während des Beratungsgesprächs der Entscheidungsfähigkeit des Patienten zu versichern.

d) *Beratungsgespräch, Bewusstseinszustand.* Wesentlicher Inhalt des Beratungsgesprächs ist, dass der Arzt mit dem Betroffenen dessen Krankheitszustand bespricht, um ihm die medizinische Diagnose und die sich daraus ergebenden Aussichten darzulegen und eingehend zu erläutern. Das Gespräch soll insbesondere dazu dienen, dem Betroffenen mögliche Chancen auf ein für ihn akzeptables Weiterleben aufzuzeigen. Um sich von der Freiwilligkeit des Verlangens zu überzeugen, hat sich der Arzt die Gründe für das Verlangen des Patienten darlegen zu lassen. Weiter muss der Arzt den Ablauf und die Folgen des gewünschten Tätigwerdens erläutern, um sicherzugehen, dass den Wünschen des Patienten

Rechnung getragen wird, und um sich dessen endgültiger Entschlossenheit zu versichern. Die wesentlichen Inhalte des Gesprächs sind schriftlich festzuhalten.

e) *Notarielle Form.* Die notarielle Beurkundung des Sterbeverlangens verdeutlicht dem Patienten die gravierende Reichweite und Ernsthaftigkeit seines Anliegens. Die Einbindung des Notars sorgt zugleich für eine weitere Kontrollinstanz in Hinblick auf die Ernstlichkeit und Freiwilligkeit des Verlangens sowie hinsichtlich der Fähigkeit des Patienten, Wesen und Tragweite seiner Entscheidung vollumfänglich zu erfassen. Nach § 11 BeurkG muss der Notar prüfen, ob Zweifel an der Geschäftsfähigkeit des Beteiligten bestehen. Ist dies der Fall, muss der Notar angesichts der Bedeutung der Entscheidung die Beurkundung ablehnen²⁷.

Sowohl das ärztliche Beratungsgespräch als auch der Akt der notariellen Beurkundung treten etwaigen Versuchen Dritter, Druck auf schwer kranke Angehörige auszuüben und sich in die höchstpersönliche, autonome Entscheidung über das Weiterleben einzumischen, wirksam entgegen, jedenfalls viel wirksamer als das geltende Recht.

f) *Straflosigkeit auch der weiteren beteiligten Personen.* Absatz 2 hat klarstellende Bedeutung. Wegen der Tatbestandslosigkeit der Sterbehilfe gem. § 217 I StGB-E existiert keine teilnahmefähige Haupttat. Dass der Arzt oder anwesende Dritte – namentlich Angehörige, Pflegepersonal – nicht wegen Tötung durch Unterlassen strafbar sein können, wenn der Patient das Bewusstsein verloren hat, ergibt sich aus der Regelungslogik: Ist das vorangegangene Tätigwerden straflos, so muss diese Wertung auch für die Folgezeit gelten. Mit Blick auf die oben dargestellte Rechtsprechung zum „Umschlagen“ der straflosen Beihilfe in eine strafbare Tötung durch Unterlassen erscheint es gleichwohl angezeigt, in Absatz 2 festzustellen, dass eine Garantenpflicht zur Abwendung des Todesertritts nicht besteht. Weiter stellt Absatz 2 klar, dass den Beteiligten keine Strafbarkeit aus § 323c StGB droht.

Zur Rechtsprechung betreffend die Beihilfe zum Suizid und anschließende Täterschaft durch Unterlassen verhält sich § 217 StGB-E wie folgt: Eine Strafbarkeit kommt nach neuer Rechtslage jedenfalls dann nicht in Betracht, wenn alle Voraussetzungen des § 217 StGB-E erfüllt sind, der Arzt es jedoch dem Patienten überlässt, den Tötungsvorgang selbst in die Hand zu nehmen. Hier kann a fortiori geschlossen werden, dass eine Strafbarkeit allseits ausscheidet. Damit sind Patient und Helfer der versichernden Rechtsprechung des BGH auch dann nicht ausgesetzt, wenn der Patient durch eigenes Handeln aus dem Leben scheiden möchte.

3. Anwendung des Regelungsvorschlags auf die Beispielfälle

§ 217 StGB-E stellt einen letzten Ausweg in erster Linie für den Schmerzpatienten (Beispielfall 3) dar. Darüber hinaus sind Fälle der bewusst lebensverkürzenden Schmerzlinderung von § 217 StGB-E erfasst, soweit der Patient noch selbst in

23 S. etwa Tröndle/Fischer (o. Fußn. 16), § 218a Rdnr. 4 m. w. Nachw.

24 Zur Klarstellung: Durch den Tatbestandsausschluss ist der Rückgriff auf § 212 oder gar § 211 StGB selbstverständlich verwehrt. Aus der Situation der Sterbehilfe folgt, dass § 216 StGB (der von der Rspr. seit jeher als eigenständiger Tatbestand verstanden wird) „an sich“ einschlägig ist, das Merkmal „Tötung“ auf Verlangen aber nicht erfüllt ist. Damit kann es sich auch nicht um eine Tötung i. S. von § 212, 211 StGB handeln. Erfasst wäre – arg. a fortiori – von § 217 StGB-E auch eine fehlgeschlagene Sterbehilfe (§ 216 II StGB).

25 Anders der kürzlich vorgelegte „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung“, der keine entsprechende Regelung vorsieht.

26 Mit Recht zurückhaltend Schneider, in: MünchKomm-StGB (o. Fußn. 4), Vorb. § 216 Rdnr. 21; Tröndle/Fischer (o. Fußn. 16), § 216 Rdnr. 9; offen lassend Jähnke, in: LK-StGB, 11. Aufl. (2002), § 216 Rdnr. 7. Zur Tötung einer 16-Jährigen auf ihr Verlangen BGHSt 19, 135 = NJW 1965, 699.

27 Eine entsprechende Klarstellung des BeurkG sollte erfolgen. § 11 BeurkG ist bisher lediglich als Soll-Vorschrift formuliert.

der Lage ist, in die entsprechende medikamentöse Behandlung einzuwilligen. Diese Fälle wären damit der bisherigen Grauzone enthoben und systematisch korrekt dem Bereich der Tötung auf Verlangen zugeordnet. Zugleich würden die Anforderungen in entsprechenden Fällen verschärft²⁸. Schwieriger ist die Beurteilung der Fälle 1 und 2. Ob hier das Maß unerträglicher Qualen erreicht und der Rückgriff auf § 217 StGB-E mithin eröffnet ist, könnte nur anhand weiterer – insbesondere medizinischer – Details beurteilt werden. Große Bedeutung für die gelähmten Patienten der Fälle 1 und 2 hätte § 217 StGB-E aber gleichwohl, weil der Arzt sich unbefangen und nur am Patientenwohl orientiert in ein ergebnisoffenes Beratungsgespräch begeben darf und den Patienten nicht mit der unüberwindlichen Strafnorm des § 216 StGB konfrontieren muss.

IV. Schluss

Die Justizministerinnen und Justizminister haben auf ihrer Herbstkonferenz am 17. 11. 2005 in Berlin beschlossen, „eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wegen der Unantastbarkeit fremden Lebens, wegen der Gefahr eines Dammbruchs beim Lebensschutz und wegen der Sorge vor Missbrauch weiterhin mit Entschiedenheit abzulehnen“. Alle Länder mit Ausnahme Hamburgs stimmten dem zu. Jegliche Diskussion über die Inhalte eines hamburgischen Antrags lehnten sie ab. Manchmal sind Politiker sehr weit weg von den Menschen. ■

28 Bisher genügt, wie gesehen, dass der Patient einwilligt und der Arzt den Tod lediglich als ungewollte Nebenfolge in Kauf nimmt.