

**Der Alternativ-Entwurf Sterbegleitung (AE-StB)\* -  
Anmerkungen eines Mitverfassers**

**I. Einführung**

Das Thema „Sterbehilfe“ ist nicht gerade neu. Allein der Medizinisch-Juristische Arbeitskreis Saar hat sich auf seinen Kolloquien mehrfach damit befasst, darunter, literarisch dokumentiert, mit Beiträgen von Fritsche und Leonardy.<sup>1</sup> Auch der Deutsche Juristentag hat in diesem Jahr einen neuerlichen Anlauf genommen.<sup>2</sup> Nämliches gilt für den Arbeitskreis der Alternativ-Professoren, dessen Entwurf ich hier präsentieren möchte.<sup>3</sup> Solche Neuauflagen könnten für einen schnellen Umschlag der Bewertungen sprechen. Man kann sie aber auch als Ausdruck der Tatsache verstehen, dass der mäandernde gesellschaftliche Denkprozess ein neues Stadium erreicht hat, dass sich ehemals noch diffuse Erwägungen konkretisiert haben, dass auch in der Medizin ein gewisses Umdenken eingesetzt hat (Stichwort: palliative Medizin), dass die Autonomie des Patienten noch stärker in den Vordergrund getreten ist.

Holt man weiter aus, so meint man, doch eine kontinuierliche Linie zu entdecken. Schon lange werden wir jedenfalls umgetrieben vom Phänomen des Krankenhaustodes, vom Horror vor einer Pervertierung der Segnungen der Intensivmedizin, vom Wunsch nach Begleitung beim Sterben und nach Linderung der Schmerzen.

Einige Ausschnitte aus den einleitenden Passagen von Rilkes „Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge“<sup>4</sup> mögen illustrieren, was ich meine: Da ist die Vorahnung der Moderne in den Reflektionen über das Sterben im Hôtel Dieu und den Sanatorien: „Dieses ausgezeichnete Hôtel ist sehr alt, schon zu König Chlodwigs Zeiten starb man darin in einigen Betten. Jetzt wird in 559 Betten gestorben. Natürlich fabrikmäßig. Bei so enormer Produktion ist der einzelne Tod nicht so gut ausgeführt, aber darauf kommt es auch nicht an. Die Masse macht es (S. 10) ... In den Sanatorien, wo ja so gern und mit so viel Dankbarkeit gegen Ärzte und Schwestern gestorben wird, stirbt man einen von den an der Anstalt angestellten Toden ... (S. 11).

---

\* Um Fußnoten ergänzter Vortrag des Verf. auf dem Colloquium des Medizinisch-Juristischen Arbeitskreises Saar am 10./11. November 2006 in La-Petite-Pierre.

<sup>1</sup> Fritsche, Darf der Arzt Sterbehilfe leisten?; Leonardy, Zum rechtlichen Rahmen der Sterbehilfe, in: Jung/Meiser/Müller (Hrsg.), Aktuelle Probleme und Perspektiven des Arztrechts, Stuttgart 1989, S. 5, 14. Speziell Fritsche hat sich immer wieder mit dieser Problematik auseinandergesetzt.

<sup>2</sup> Verrel, Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbegleitung, Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentages Bd. I, Gutachten C, München 2006.

<sup>3</sup> Schöch/Verrel u.a., Alternativ-Entwurf Sterbegleitung (AE-StB), GA 2005, S. 553.

<sup>4</sup> Zitiert nach meiner dtv-Ausgabe (1962).

Und dann der Kontrast „Meinem Großvater noch, dem alten Kammerherrn Brigge, sah man an, dass er den Tod in sich trug und was war das für einer: zwei Monate lang und so laut, dass man ihn hörte bis aufs Vorwerk hinaus (S. 11) ... Es war eine Stimme, die Stimme, die noch vor sieben Wochen niemand gekannt hatte: denn es war nicht die Stimme des Kammerherrn. Nicht Christoph Detlev war es, welchem diese Stimme gehörte, es war Christoph Detlevs Tod (S. 13) ... Wie hätte der Kammerherr Brigge den angesehen, der von ihm verlangt hätte, er solle einen anderen Tod sterben als diesen. Er starb seinen schweren Tod“ (S. 15).

Niemand wird sich einen schweren Tod wünschen. Der „Massentod“ soll es aber auch nicht sein. Es soll alles individueller, schonender, persönlicher und nicht maschinell ablaufen.

Sterben, das ist uns allen bewusst, ist kein regulierbarer Vorgang. Wir weichen deswegen auch spontan zurück, wenn nach dem Gesetzgeber gerufen wird. Hier sind in erster Linie Zuwendung, Mitgefühl und Einfühlungsvermögen gefragt. Es gilt Berührungsängste zu überwinden, die Kommunikation nicht abreißen zu lassen. Das klingt alles nicht nach Recht und Norm. Dennoch darf sich das Recht gerade an dieser Stelle nicht zurückziehen. Denn der Schutz der Menschenwürde und des Lebens zwingen dazu, bestimmte Pflöcke einzuschlagen.<sup>5</sup> Das Recht wird auch in den letzten Stunden des Menschen mit seiner Orientierungsfunktion präsent bleiben und verinnerlicht werden müssen, ohne dass es deswegen den Sterbevorgang gedanklich überwölben sollte. Insofern gilt es Klarheit und Behutsamkeit miteinander zu versöhnen.

## **II. Die Eckpunkte der Diskussion**

### **1. Begriffe**

Die juristische Debatte über Fragen der Sterbehilfe wird seit jeher durch Begriffe präformiert. Solche begriffliche Festlegungen und Gegensatzbildungen – so notwendig sie aus systematischen Gründen sein mögen – haben sich auch sonst immer wieder als hinderlich erwiesen, wenn es darum geht, sachgerechte Lösungen zu finden. Dabei wird nicht verkannt, dass der Wandel von Begriffen bisweilen auf einen Wandel von Bewertungen deutet. Dies gilt etwa für die Ablösung des Begriffs „Sterbehilfe“ durch den Begriff „Sterbebegleitung“ als Leitbegriff der Diskussion. Allerdings hat sich der AE-StB gerade wegen dieser Begriffswahl die Kritik von Neumann und Saliger „eingefangen“, weil sein Inhalt

---

<sup>5</sup> Allg. zur Rolle des Gesetzgebers in diesem Bereich Jung, Die Rolle des Gesetzgebers auf dem Gebiet des Arztrechts, in: Jung/H.W. Schreiber (Hrsg.), Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht, Stuttgart 1981, S. 189.

nicht Sterbebegleitung sei, sondern weil es im Kern eben doch um die Grenzen zulässiger Sterbehilfe gehe.<sup>6</sup>

Als unproduktives Begriffspaar dürfte sich für die Debatte jedenfalls die Gegenüberstellung von passiver und aktiver Sterbehilfe erwiesen haben. Vieles was man als passive Sterbehilfe deklariert hat, verlangt vom Handelnden Aktivität. Insofern hat der Begriff eigentlich den Blick dafür verstellt, wo die Linie zulässigen, ja erwarteten Verhaltens verläuft und wo die Grenzen überschritten werden. Dies gilt für den Bereich der Schmerzlinderung, die bisher mit z.B. juristisch waghalsigen Konstruktionen gerechtfertigt wird. Auch sonst dürfen wir uns nicht von der Technik medizinischen Handelns die Hand führen lassen, sondern müssen deren soziale Bewertung entscheiden lassen.

## **2. Essentials für eine Patientenverfügung**

Patientenverfügungen sind inzwischen ein auch normativ akzeptiertes Instrument. Die Entwicklung in dieser Frage bestätigt den Satz Hans Meyers, wonach der Gesetzgeber die Normen nicht mache, sondern er sie nur verbindlich mache.<sup>7</sup> Im Einzelnen bedürfen aber verschiedene Punkte der Klärung:

- Wirksamkeitsvoraussetzungen
- Inhaltliche Reichweite
- Prozedere bei Auslegungsstreitigkeiten.

Teilweise ist die Rechtsprechung dabei in die Vorhand gegangen, ohne dass sie allseits befriedigende stabilere normative Grundlagen geschaffen hätte.

## **3. Ärztlich assistierter Suizid**

Ärzte werden immer wieder in Zusammenhang mit Suizidwünschen um Hilfe angegangen. Spätestens seit dem Fall Hackethal schwelt die Kontroverse darüber, wie diese Handlungen standesrechtlich zu beurteilen sind. Mit hierher gehört auch die Frage nach der sog. „Rückholpflicht“, eine Konstellation, mit der Ärzte konfrontiert sind, die zu einem Suizidenten gerufen werden, der das Bewusstsein schon verloren hat, eine Konstellation, für die die Rechtsprechung unsichere Handlungsvorgaben aufgestellt hat.

---

<sup>6</sup> Neumann/Saliger, Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung – kritische Anmerkungen zur aktuellen Sterbehilfedebatte, HRRS 8-9/3006, S. 280.

<sup>7</sup> Stellung und Aufgaben des Bundesministeriums der Justiz nach dem Auftrag des Grundgesetzes, in: Bundesministerium der Justiz (Hrsg.), Vom Reichsjustizamt zum Bundesministerium der Justiz, Köln 1977, S. 443, 455.

Die Frage, wie weit der Autonomiegedanke als Straffreistellungsgrund für Dritte und damit auch für den Arzt tragen soll, wird nationale wie international unterschiedlich beurteilt. In Deutschland gilt derzeit die Grenze des § 216 StGB, wonach die aktive Tötung auf Verlangen strafbar ist, wenn auch mit einer gegenüber Totschlag und Mord abgemilderten Strafdrohung. Angesichts der Tatsache, dass in anderen europäischen Ländern auch die aktive Sterbehilfe unter gewissen Bedingungen erlaubt ist, steht man vor der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der Sterbewunsch durch aktives Handeln unterstützt werden kann.

### **III. Die Positionen des Alternativ-Entwurfs Sterbebegleitung**

**Zu 1.)** Der AE – hier sind Strafrechtsprofessorinnen und –professoren am Werk, in diesem Fall mit medizinischem und theologischem Beistand – hat sich zunächst einmal um eine terminologische Flurbereinigung bemüht und die zu beurteilenden Vorgänge inhaltlich und nicht nur formal umschrieben.<sup>8</sup> Der Verzicht auf die hergebrachte Sterbehilfeterminologie wird mit Regelungsvorschlägen verbunden, die zu mehr Rechtssicherheit beitragen wollen. Es geht dabei vor allem um die Frage nach der Zulässigkeit von Behandlungsbegrenzungen einerseits und bestimmten Behandlungsformen, nämlich der Schmerzlinderung, andererseits. Beide Varianten sollen nach dem Vorschlag des AE ausdrücklich gesetzlich geregelt werden, wobei diese Vorschläge in modifizierter Form an den AE-Sterbehilfe aus dem Jahre 1986 anknüpfen. Rechtstechnisch bedient man sich des Merkmals der Rechtswidrigkeit, stellt also klar, dass derartige Verhalten nicht rechtswidrig ist. Aufschlussreich ist die in § 214 AE-StB vorgesehene Reihung: Die Nrn. 1-3 lassen sich alle dem Formenkreis der Autonomie zuordnen (ausdrückliches Verlangen, Patientenverfügung, mutmaßliche Einwilligung), während die vierte Kategorie im Grund medizinisch definiert ist (Todesnähe, Leidenszustand, Aussichtslosigkeit einer Heilung).<sup>9</sup> Hier war die Überlegung maßgeblich, dass Ärzte sich nicht durch das Strafrecht dazu gedrängt sehen sollten, in aussichtslosen Fällen bis zur letzten Minute kurativ tätig zu werden. Es verdient hervorgehoben zu werden, dass der unwiederbringliche Verlust des Bewusstseins für den AE-StB anders als noch für den AE-Sterbehilfe nicht mehr als eigenständiger Legitimationsgrund für die Einstellung einer lebenserhaltenden Maßnahme figuriert, was vor allem für die Gruppe der Wachkomapatienten von Bedeutung ist.

Es geht natürlich um mehr als nur Begriffe: Die inhaltlichen Vorgaben enthalten zentrale Weichenstellungen, die teilweise auch kontrovers beurteilt werden. Der AE-StB hat sich bekanntlich dem Autonomiekonzept verschrieben. Dieses absolut gesetzt bedeutet, dass

---

<sup>8</sup> Zustimmend insofern Neumann/Saliger (Fn.6), S. 281.

<sup>9</sup> Krit. hierzu Neumann/Saliger (Fn. 6), S. 282. Mir erscheint die Position des AE insofern „prämissenkonsistent“ (= Autonomie), als man via Autonomie das medizinisch-existential Unausweichliche nicht korrigieren kann.

jeder Patientenwille in jedem Stadium respektiert werden muss. Todesnähe, Todesferne und der Gedanke des irreversiblen Verlaufs verlieren damit ihre regulierende Bedeutung, solange sich ein Wille verlässlich feststellen lässt. Dies wirft im Zusammenhang mit der Interpretation von Nr. 3, in den Fällen der sog. mutmaßlichen Einwilligung, Fragen auf. Ich erinnere an die Konstellation, die dem Kemptener Fall zugrunde lag.<sup>10</sup> Hier wird man an das Merkmal der verlässlichen Anhaltspunkte strenge Voraussetzungen anlegen müssen, um eine heteronome Determination der Entscheidung – erinnert sei nur an die „allgemeinen Wertvorstellungen“, die vom BGHSt 40, 257 ins Spiel gebracht wurden - zu verhindern. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass hier Konflikte mit dem auf Helfen programmierten Selbstverständnis des Mediziners vorgezeichnet sind. Wir rühren damit an den allgemeineren Konflikt zwischen „Paternalismus und Autonomie“, den der AE, wie schon gesagt, konsequent in Richtung Autonomie auflöst.

Es liegt in der Konsequenz dieses Standpunktes, dass zur Stützung der Position auf die Situation der Zeugen Jehovas verwiesen wird, womit der Arbeitskreis eher beiläufig zu diesem Problemkreis Stellung bezieht.<sup>11</sup> Man kann die dahinter stehende Problematik für Ärzte noch auf die Spitze treiben, wenn man – worauf mich der Trierer Kollege Jäger aufmerksam gemacht hat, sich den Fall des bewusstlos eingelieferten Zeugen Jehovas vorstellt, der auf einer mitgeführten Erklärung jegliche Bluttransfusion verbittet. Sind die Ärzte hier zur Untätigkeit verurteilt, obwohl eine Operation mit Bluttransfusion sein Leben ohne weiteres retten würde? Bei dieser Frage wird deutlich, dass der Konflikt zwischen der Autonomie des einzelnen und dem Gewissen des Arztes im Einzelfall zwar zugunsten einer Verweigerung aus Gewissensgründen (Stichwort: Mitwirkung beim Schwangerschaftsabbruch), nicht indessen zugunsten einer Handlungsmöglichkeit aufgelöst werden kann. Eine Korrektur dieses Ergebnisses wäre also nur möglich, wenn man der Autonomie hier Grenzen setzte. Vorstellbar erscheint zwar eine Differenzierung danach, ob eine unmittelbare Kommunikation mit dem Betroffenen möglich ist. Für diesen Fall über den erklärten Willen hinwegzugehen, käme sicher einer Entmündigung gleich. Man muss freilich bedenken, dass eine solche Diskriminierung der Patientenverfügung und der mutmaßlichen Einwilligung auf eine Art ordre public-Vorbehalt hinauslaufen würde, der nur mehr mit der Rücksicht auf die Empfindungen anderer erklärbar wäre. Im übrigen zeigt die Konstellation deutlich, dass wir in diesem Bereich mit gleitenden Übergängen konfrontiert sind. Die Grenzen zwischen dem Abbruch der Behandlung, etwa weil man sich einer bestimmten medizinischen Maßnahme nicht mehr unterziehen will und dem Selbstmord sind sicher fließend. Insofern müssen auch die Bewertungen, mit denen wir an diese Konstellationen herantreten, stimmig bleiben.

---

<sup>10</sup> BGHSt 40, 257.

<sup>11</sup> Insofern geht die Annahme von Neumann/Saliger (Fn. 6), S. 282, der AE-StB betrachte dies gleichfalls als einen Fall der Sterbebegleitung, zu weit.

Bezüglich der Schmerzlinderung, allgemeiner bezüglich der Leiden mindernden Maßnahmen, hat sich der Entwurf, wie gesagt, für eine ausdrückliche Strafbefreiung entschieden. Der Entwurf sieht sich dabei mit Abgrenzungsproblemen zur verbotenen aktiven Sterbehilfe konfrontiert. Er löst sie durch ein Kombinationsmodell. Verlangt werden:

- Autorisierung durch Einwilligung, Patientenverfügung oder mutmaßliche Einwilligung
- fehlende Tötungsabsicht
- Handeln nach den Regeln der ärztlichen Wissenschaft.

Missbrauchsgefahren soll eine Dokumentationspflicht bei Schmerzbehandlungen vorbeugen. Ein Verstoß gegen diese Dokumentationspflicht soll als Ordnungswidrigkeit geahndet werden können.

## **Zu 2.) Patientenverfügungen**

Grundsätzlich gilt, dass man der Gesamtproblematik nicht mit einer Regelung der Patientenverfügung allein Rechnung tragen kann.<sup>12</sup> Patientenverfügungen sind nicht nur ein Problem des Betreuungsrechts, sondern sie entfalten Relevanz gerade auch im Strafrecht. Deshalb muss eine strafrechtliche Regelung auf sie Bezug nehmen. Der AE-StB hat dies zunächst in der Form getan, dass er sie in § 214 I Nr. 2 anspricht. Der relativ sparsame Bezug „wirksame schriftliche Patientenverfügung“ wird in der Begründung vergleichsweise konkret unterfüttert.<sup>13</sup> Der AE äußert sich zur Rechtsqualität („qualifizierte Beweisvermutung“) und verwirft mündliche Verfügungen ebenso wie andererseits die ärztliche Beratung als Wirksamkeitserfordernis. Sie sollen also eine eigenständige Legitimationsgrundlage abgeben, die zwischen dem ausdrücklichen und dem mutmaßlich gewünschten Behandlungsverzicht steht.<sup>14</sup> Mündliche Erklärungen bleiben natürlich für § 214 I Nr. 3 AE-StB von Bedeutung. Die „Privilegierung“ des § 214 I Nr. 2 gegenüber § 214 I Nr. 3 bedeutet auch, dass Nr. 3 als eine Art „Auffangklausel“ nur in eindeutig gelagerten Fällen zum Zuge kommen kann.

Das Fehlen einer Patientenverfügung verpflichtet also zur besonderen Sorgfalt bei der Erneuerung des mutmaßlichen Willens. Insofern sollte die Maxime „in dubio pro vita“ auch auf die Beurteilung einer mutmaßlichen Einwilligung abfärben. Der AE hält eine Begrenzung

---

<sup>12</sup> So noch einmal dezidiert H.L. Schreiber, Das ungelöste Problem der Sterbehilfe, NSTZ 2006, S. 473, 478.

<sup>13</sup> In der Diskussion wurde u.a. die spezifische Problematik von Patientenverfügungen Minderjähriger angesprochen. Hierauf geht der AE in der Tat nicht ausdrücklich ein. Sein allgemeiner Duktus und die Sprachregelung („Einwilligungsfähigkeit“) sprechen dafür, dass hier – ungeachtet der gegenläufigen Tendenz bei der Regelung des § 215 AE-StB über die Nichthinderung des freiverantwortlichen Suizids – keine Geschäftsfähigkeit vorausgesetzt wird.

<sup>14</sup> (Fn. 3), S. 565.

der Reichweite von Patientenverfügungen auf bestimmte Erkrankungen und Erkrankungsstadien nicht für zulässig. Er widerspricht damit der Entscheidung des 12. Zivilsenats, der sie auf die Fälle begrenzt sehen will, in denen das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tode führt.<sup>15</sup> In der praktischen Konsequenz wird damit nicht nur die Möglichkeit eröffnet, Demenz- und Wachkoma-Fälle einzubeziehen, sondern man soll danach sogar verfügen können, als kranker nicht mehr ansprechbarer alter Mensch nicht mehr am Leben erhalten werden zu wollen.<sup>16</sup>

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Zurückhaltung, die der 12. Zivilsenat hat walten lassen, mit Akzeptanzüberlegungen zu erklären ist. Die Position des AE ist sicher konsequenter, wenn man das Autonomieprinzip im Auge hat. Der AE wird freilich von seiner Konsequenz eingeholt, weil man sich mit dieser Öffnung natürlich Abgrenzungsfragen „nach vorne“ einhandelt. Prinzipiell sollte man jedenfalls Demenz- und Wachkomafälle nicht ausnehmen.<sup>17</sup> Allerdings müsste man – dieses Detail spricht der Entwurf nicht ausdrücklich an – bei der Formulierung von Verfügungen die Änderung der medizinischen Geschäftsgrundlage berücksichtigen.

Damit sind wir auch schon bei der Frage, wie wir mit Auslegungstreitigkeiten umzugehen haben, näherhin welche Rolle nach der Vorstellung des AE-StB die Gerichte spielen. Insofern mischt sich der AE-StB zwar nicht in den Gesetzesvorschlag selbst, wohl aber in der Begründung in das Betreuungsrecht ein. Der Arbeitskreis hält ein Eingreifen des Vormundschaftsgerichts via Genehmigung von Vornherein nur für geboten bei Maßnahmen vor Beginn der Sterbephase. Dies zielt vor allem auf die Fälle „lang andauernder, voraussichtlich irreversibler, aber nicht unmittelbar bedrohlicher Komazustände“. Bei ärztlich nicht mehr indizierter Lebenserhaltung soll der Arzt auch ohne Einverständnis allein entscheiden können. Eine Anrufung des Vormundschaftsgerichts soll – bei Vorliegen einer Patientenverfügung – im übrigen nur vonnöten sein, wenn Arzt und Betreuer, die an sich an die Patientenverfügung gebunden sind, sich über deren Auslegung nicht einigen können.<sup>18</sup>

### **zu 3.) Ärztlich assistierter Suizid**

Die Prämisse ist klar: Der Suizid ist nach geltendem Recht straflos. Damit ist freilich noch nicht alles gesagt, was die mögliche strafbare Beteiligung Dritter anbetrifft. Die gegenwärtige Rechtslage ist trotz des Grundsatzes, wonach die Beihilfe zum Selbstmord straflos ist, unklar. Dies hängt im Wesentlichen mit der Interpretation der Regelung des § 323 c StGB

---

<sup>15</sup> BGHZ 154, 205.

<sup>16</sup>(Fn. 3), S. 568.

<sup>17</sup> Zustimmung Neumann/Saliger (Fn. 6), S. 283.

<sup>18</sup> (Fn. 3), S. 571 f.

und der Konstruktion des Übergangs der Tatherrschaft bei Bewusstlosigkeit des Suizidenten ab. Der AE-StB sieht hier zwei zentrale Klarstellungen vor. Er nimmt zum einen das Unterlassen der Verhinderung einer frei verantwortlichen Selbsttötung aus dem Anwendungsbereich des § 323 c StGB heraus, indem er es für nicht rechtswidrig erklärt. Zum anderen erklärt er auch das Unterlassen der Rettung eines anderen nach einem Selbsttötungsversuch für nicht rechtswidrig. Dies zielt auf eine alte, zuletzt im Fall Wittig bestätigte Rechtsprechung, die eine Art „Rückholpflicht“ nach Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten statuiert und damit die Möglichkeit einer Bestrafung nach §§ 212, 13 eröffnet hat, auch wenn im Einzelfall ein ärztliches Ermessen letztlich aus Gründen der Zumutbarkeit konzediert wurde.<sup>19</sup> In der Frage, wann man von einem frei verantwortlichen Selbstmord ausgehen kann, verfolgt der AE eine eher restriktive Linie.<sup>20</sup>

In der Frage der ärztlich assistierten Selbsttötung legt sich der Entwurf – wenn auch in Grenzen – mit dem ärztlichen Standesrecht an, indem es Ärzten erlaubt werden soll, auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen eines tödlich Kranken nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zur Abwendung eines unerträglichen und unheilbaren Leidens Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten.<sup>21</sup> Diese eher vorsichtige Öffnung im weiteren Kontext von Sterbehilfe müsste natürlich in den standesrechtlichen Regelungen umgesetzt werden. Es versteht sich, dass eine Verpflichtung des Arztes hierzu nicht begründet werden kann.

#### **IV. Ausblick**

Eine Gesamtwürdigung der Vorschläge des AE-StB gewinnt Kontur, wenn man sie mit anderen Positionen vergleicht. Der Entwurf markiert hier gewissermaßen die „radikale Mitte“, was ein Markenzeichen vieler AE-Entwürfe ist. Er ist – wie immer – bemüht, ein Projekt mit rechtspolitischem Augenmaß vorzulegen. Dies zeigt sich namentlich in seiner Zurückhaltung, ja Ablehnung von Formen der aktiven Sterbehilfe, was ihm durchaus auch Kritik eingetragen hat.<sup>22</sup> Selbst bei der Schmerzlinderung geht der Entwurf mit seinen Vorkehrungen gegen Missbrauch vor (Stichwort: Dokumentationspflicht). Wie ein roter Faden zieht sich das Stichwort „Autonomie“ durch den Entwurf. In folgerichtiger Umsetzung dieses Gedankens soll das Selbstbestimmungsrecht Behandlungsbegrenzungen tragen, die über die verbreitet diskutierten Grenzen hinausgehen (Stichwort: Todesnähe, irreversibler Verlauf). Zugleich

---

<sup>19</sup> BGHSt 32, 367.

<sup>20</sup> Krit. dazu Neumann/Saliger (Fn. 6), S. 286 f. In der Diskussion auf dem Colloquium hat Ellscheid gleichfalls moniert, dass die Restriktionen, namentlich der Verweis auf § 21 StGB, von dem Konzept der Autonomie wenig übrig lasse.

<sup>21</sup> Zust. Schroth, Sterbehilfe als strafrechtliches Problem, GA 2006, S. 549, 569; krit. dagegen Duttge, Der Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB), 2005, GA 2006, S. 573, 58.

<sup>22</sup> Etwa von Neumann/Saliger (Fn. 6), S. 285 f.



rückt der Entwurf von früheren Positionen (Stichwort: Bewusstseinsverlust kein eigenständiger Grund für Behandlungsbegrenzungen) ab.

Für die Position des Arztes soll der Entwurf – ein zweites Leitmotiv – vor allem Rechtssicherheit bringen. Nicht von ungefähr beginnen Verrels zusammenfassende Thesen zu seinem Juristentagsgutachten mit diesem Stichwort. Dies schlägt sich z.B. in Konkretisierungen in der Frage nieder, wann Ärzte von sich auch die Behandlungsbemühungen einstellen dürfen. Der Entwurf rückt zugleich die palliative Medizin stärker ins Bild. Mit dem ärztlich assistierten Suizid packt er ein „heißes Eisen“ an. Nicht von ungefähr konnte sich auch der Nationale Ethikrat bei dieser Frage nicht einigen. Der differenzierende Vorschlag des AE, der auch in das Landesrecht hineinwirken soll, ist tendenziell bei Kutzer, einem der Referenten auf dem Juristentag, auf Zustimmung gestoßen, während Barasio, gleichfalls Referent auf dem Juristentag, wegen der Gefahr einer nachhaltigen Veränderung des Arzt-Patientenverhältnisses die landesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids aufrecht erhalten will. Damit fand er jedoch nicht die Billigung des Deutschen Juristentages. Überhaupt haben sich die Positionen des AE dort im Großen und Ganzen durchgesetzt, was mit auf die Überzeugungskraft des Verrel'schen Gutachtens zurückgeht.<sup>23</sup>

Man kann davon ausgehen, dass wir alsbald eine gesetzliche Regelung dieses Komplexes haben werden. Unklar erscheint mir dabei noch, wieweit diese über den Komplex „Patientenverfügung“, bei der der größte Entscheidungsdruck herrscht, hinausgehen wird. Wieviel AE sich in einer gesetzlichen Regelung wiederfinden wird, ist eine bis zu einem gewissen Grade müßige Frage, weil der AE seinerseits nicht losgelöst von der Gesamtdiskussion gesehen werden kann. Kommissionen haben mit ihren Beratungen und fundierten Stellungnahmen den Boden bereitet, Fachkollegen haben die entscheidungsbedürftigen Fragen weiter zugespitzt. Der AE hat sein Scherflein dazu beigetragen, den normativen Konsens für eine allfällige Entscheidung des Gesetzgebers – Duttge spricht von einer wichtigen Etappe<sup>24</sup> - weiter zu verdichten.

---

<sup>23</sup> Vgl. auch Deutscher Juristentag, 66. Deutscher Juristentag. Beschlüsse (2006), S. 7ff.

<sup>24</sup> Duttge ebenda.