

§ 217 Strafgesetzbuch (StGB)

Neue Strafnorm gegen ein selbstbestimmtes Sterben in Deutschland

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung ethischer Fragen in Medizin und Gesundheitswesen hat sich die Redaktion des „Bayerischen Ärzteblattes“ entschieden, eine Artikelserie zur Ethik in der Medizin zu starten. Fachlich und redaktionell koordiniert wird die Serie von Privatdozent Dr. Dr. Ralf Jox und Professor Dr. Georg Marckmann, MPH, vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Die Beiträge erscheinen vier Mal im Jahr und behandeln vor allem solche ethischen Fragen, die für Ärztinnen und Ärzte bei ihrer praktischen Tätigkeit in der stationären oder ambulanten Patientenversorgung relevant sind oder aktuell in der Öffentlichkeit bzw. der Ärzteschaft kontrovers diskutiert werden. Knappe, praxisorientierte Übersichten und kommentierte Fallbesprechungen sollen den Leserinnen und Lesern diese Themen auf eine verständliche Weise nahebringen. Auch rechtliche Aspekte werden – sofern erforderlich – mit abgedeckt. Themenvorschläge und interessante Fälle zur Diskussion nehmen wir gerne entgegen, auch potenzielle Autoren dürfen sich gerne bei uns melden. Im achten Beitrag dieser Serie geht es um: „§ 217 StGB: eine neue Strafnorm gegen ein selbstbestimmtes Sterben in Deutschland“.

Die Entwicklung zur Sterbehilfe in Deutschland

Deutschland befand sich auf einem guten Weg zu einem selbstbestimmten Sterben. Diese Entwicklung zog sich über einen längeren Zeitraum hin, kannte aber bislang nur eine Richtung: hin zu mehr Autonomie für den Einzelnen auch beim Sterben. Die Gerichte schritten voran. Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte zunächst noch tastend und vorsichtig, dann aber immer klarer im Zusammenspiel der Strafsenate und des XII. Zivilsenates die indirekte und dann die passive Sterbehilfe akzeptiert. Der Arzt durfte schmerzstillende Mittel wie Opiate verabreichen, auch wenn er die Möglichkeit sah, dass dadurch eine Lebensverkürzung eintritt oder wenn er dies als sichere Folge voraussah. Ne-

ben diese indirekte Sterbehilfe als erlaubter Sonderfall aktiver Sterbehilfe, die bei den heutigen Möglichkeiten der palliativen Versorgung selten, wenngleich – was Palliativmediziner jedenfalls unter der Hand auch einräumen – im medizinischen Alltag nicht auszuschließen ist, trat die deutlich häufigere, damals sogenannte passive Sterbehilfe. Der Arzt hat bei einem entsprechenden Patientenwillen die Behandlung entweder nicht einzuleiten oder diese abbrechen, wenn bei einem Patienten eine infauste Prognose zu stellen ist, aber auch bereits dann, wenn der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht, aber die Erkrankung einen irreversiblen Verlauf genommen hat. Damit geht es bei der passiven Sterbehilfe nicht nur um die Hilfe beim Sterben, sondern auch um eine Hilfe zum Sterben, was zwar bereits der BGH in seinen Entscheidungen klar erkannt und formuliert hatte, aber auch in der jüngsten Debatte, sogar im Gesetzesentwurf zur neuen Norm, immer wieder fehlerhaft verneint worden war. Es war dann der Bundestag selbst, der diese Sichtweise demokratisch autorisierte, als er den Strömungen aus seiner Mitte eine Absage erteilte, die die Wirksamkeit der Patientenverfügung auf die Sterbephase begrenzen wollten. Der Patient kann daher im vorhinein

umfassend und für jedes Stadium selbst entscheiden, ob er noch behandelt werden will, sollte er später zu einer solchen Bestimmung nicht mehr in der Lage sein. Diese Entscheidung ist mit dem Patientenverfügungsgesetz vom 29. Juli 2009 nicht mehr nur bloßes Indiz für den Patientenwillen, sondern nach § 1901a Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verbindlich, und zwar „unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung“. Das Parlament lag mit dieser Position in der Mitte der Gesellschaft, welche es vertritt. Die Menschen wollen sich ihre Autonomie auch am Lebensende bewahren und sich dessen Gestaltung nicht vorschreiben lassen. Den Schlussstein setzte dann wieder der BGH mit seiner weitsichtigen Entscheidung im Jahr 2010, mit der er den Begriff der passiven Sterbehilfe ad acta legte. Denn das gebotene Abschalten des Respirators ist kein Unterlassen und damit gerade nicht passiv. Die bislang genutzte juristische Kunstfigur des „Unterlassens durch Tun“ verbrämt damit das Eigentliche – und hatte viele Einrichtungen, Ärzte und Pflegekräfte desorientiert: dass zulässige Sterbehilfe gerade auch durch aktives Tun ausgeübt werden kann und muss, nämlich dann, wenn sie im Rahmen des vom Patienten autorisierten Behandlungsabbruchs erfolgt.



© XtravaganT – Fotolia.com

Von der Straflosigkeit zur Strafbarkeit der Suizidbeihilfe

Diese der Selbstbestimmung verpflichtete Sicht galt beim Suizid strafrechtlich schon lange. Seit der *Constitutio Criminalis Carolina*, dem umfassenden Strafgesetzbuch des Heiligen Römischen Reichs Deutscher Nation aus dem Jahr 1532, war der Suizidversuch nicht mehr strafbar, und das galt in weiten Teilen auch für die Beihilfe zum Suizid, seit 1871 dann im gesamten Staatsgebiet. Systematisch folgt das dem Grundsatz, dass eine Beihilfestrafbarkeit die Strafbarkeit der geförderten Tat voraussetzt: Kurz, keine Beihilfe ohne Haupttat. Da der Suizid als Haupttat nicht bestraft wird, ist eine Beihilfestraftat dogmatisch nicht möglich. Der BGH hat diese konsistente Lösung lange nicht wahrhaben wollen und versucht, die Straflosigkeit zu umgehen. Er hat dazu den Suizid als Unglücksfall gewertet und eine allgemeine Hilfspflicht konstruiert oder den beteiligten Arzt als Garanten eingestuft, der nach Eintritt der Bewusstlosigkeit des Patienten zur Hilfe verpflichtet sei. Das hatte die absurde Folge, dass der Arzt zwar das Barbiturat zum Selbsteinnehmen reichen konnte, es dem Patienten aber auszupumpen hatte, sobald dieser das Bewusstsein verloren hatte. Dann konnte er erneut Barbiturate reichen usw. Die Haltlosigkeit dieser Konstruktion ist mittlerweile von der Justiz anerkannt; Anklagen erfolgen nicht mehr, sodass die alte Rechtsprechung, zuletzt aus dem Jahr 1984, zwar überholt ist, vom BGH mangels einschlägiger Strafverfahren aber nicht offiziell mittels Urteilsspruch aufgehoben werden kann. Das hat manche bis heute im Irrglauben gelassen, die Nichthilfe nach einem bewussten und freiverantwortlichen Suizid könne strafbar sein. Das Gegenteil ist der Fall, sodass die Beteiligung am Suizid umfassend straflos war. Bis zum 10. Dezember 2015.

Denn in der unlängst abgeschlossenen Debatte zur Suizidbeihilfe haben sich die reaktionären Kräfte durchgesetzt. Am 6. November 2015 hat die Mehrheit des Bundestages den freiheitsorientierten Weg verlassen und ist auf das alte, von Paternalismus geprägte Denken der 60er-/70er-Jahre eingeschwenkt. 360 Stimmen haben bei 233 Gegenstimmen und neun Enthaltungen einem Gesetzesentwurf die Mehrheit verschafft, mit dem erstmals seit 1871 die

Beihilfe zum Suizid in Deutschland unter Strafe gestellt wird, soweit sie geschäftsmäßig erfolgt.

Ahistorisch – unsystematisch – verfassungswidrig – unethisch

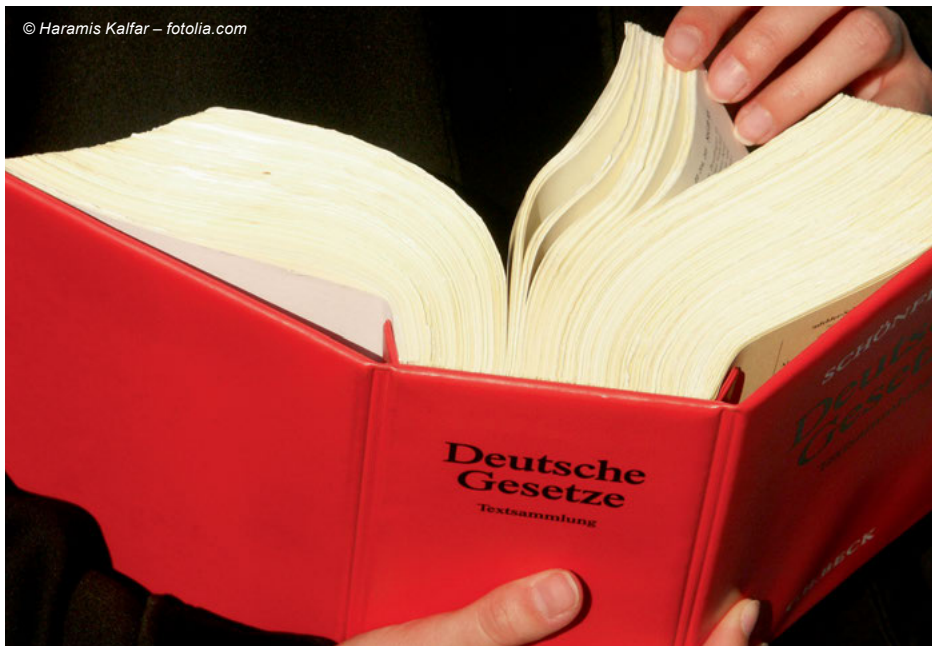
Der neue § 217 StGB, der diese Strafbarkeit einführt, ist zu kritisieren. Er ist aus den bereits genannten Gründen nicht nur ahistorisch, sondern zugleich unsystematisch, weil damit eine Beihilfe ohne strafbare Haupttat formuliert wird. Es fehlen zudem rationale Gründe für das Verbot. Die vorgebrachten Argumente für die Strafnorm sind auch schon gegen die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe und die unbeschränkt reichende Patientenverfügung erhoben worden. Dort wie hier haben sie keine reale Basis. So wird behauptet, man könne zum Suizid gedrängt werden, weil einen die Familie als Belastung empfinde. Nach den Erfahrungen mit der passiven Sterbehilfe muss man konstatieren, dass sich diese Befürchtungen als falsch erwiesen haben. Nichts dergleichen ist eingetreten. Damit lässt sich auch keine abstrakte Gefahr für das hohe Gut „Leben“ feststellen, weil die potenziellen Suizidenten sich durch die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen kurz entschlossen oder unter gefühltem Zwang zu einem Suizid hinreißen lassen könnten. Schon die Zahlen sprechen dagegen. Die Zahl der Suizide pendelt um 10.000 im Jahr. Sie steigt seit dem Jahr 2007 leicht an und lag 2011 bei 10.144. Während die Suizidzahlen bis 2010 in Deutschland stiegen, sank die Inanspruchnahme der Suizidbegleitung von DIGNITAS in der Schweiz. Sollte die Suizidhilfe für das Leben abstrakt gefährlich sein, hätte es genau andersherum ausgehen müssen. Auch die geringen Fallzahlen der Suizidbegleitung, die ein bis zwei Prozent aller Suizide ausmacht, sprechen gegen die vielfach behauptete Konnexität.

Damit ist die Entscheidung des Bundestages eine aus dem Bauch heraus, bei der auch religiös motivierte Aversionen gegen den Suizid an sich und das durchaus zweifelhafte Gebaren einzelner Sterbehelfer eine Rolle gespielt haben. Wieder einmal zeigt sich: „bad cases make bad law“. Da aber der selbstverantwortete Suizid mit dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte zum Recht der Privatheit zählt und unter dem Schutz des Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz steht,

fehlt es an einem Schutzgut, das den neuen § 217 StGB tragen könnte. Denn das Leben des Einzelnen darf nicht gegen dessen ernstlichen und wohlgedachten Willen von Staats wegen durchgesetzt werden. Wer sich authentisch für den Suizid entscheidet, muss sich auch dabei helfen lassen dürfen. In manchen Fällen wird der Sterbewillige auf Hilfe sogar angewiesen sein (das zeigt der Fall der an ALS erkrankten Diane Pretty). Eine strafbewehrte Verbotsnorm, die die Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellt, dient nicht dem Schutz anderer. Der Gesetzgeber ist aber gerade bei Strafnormen zur Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit verpflichtet. Dieser „Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet – bei Androhung der Freiheitsstrafe auch im Hinblick auf die Gewährleistung der Freiheit der Person durch Art. 2 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz ... –, dass eine Strafnorm dem Schutz anderer oder der Allgemeinheit dient“, so das Bundesverfassungsgericht (BVerfG). Denn man muss, um eine Strafe rechtfertigen zu können, etwas Schützenswertes haben, zu dem dann die Sanktionsnorm in Verhältnis gesetzt werden kann. Auch wenn der Gesetzgeber einen weiten Entscheidungsspielraum hat, ist § 217 StGB daher – nimmt man die Vorgaben des BVerfG zum Strafrecht als ultima ratio beim Worte – unverhältnismäßig und entsprechend verfassungswidrig.

Dabei hätten es auch die Abgeordneten des Deutschen Bundestages besser wissen können. Denn die ganz herrschende Mehrheit der Strafrechtswissenschaft hat sich – was äußerst selten geschieht – beizeiten zu Wort gemeldet und unmissverständlich gegen eine solche Strafnorm positioniert. 151 Kolleginnen und Kollegen haben eine entsprechende Resolution gezeichnet (*medstra – Zeitschrift für Medizinstrafrecht 2015*, Ausgabe 3, Seite 129 ff.) und keinen Zweifel an der Unhaltbarkeit des § 217 StGB gelassen.

Statt den Suizidgefährdeten Beistand und Fürsorge leisten zu können, wird sich der Arzt wie in den Zeiten des Hippokrates von diesen Menschen abwenden. Diesen wie etwa Diane Pretty im Rollstuhl sendet der Bundestag stattdessen folgende Botschaft: Zwar darf der Bürger sich selbst das Leben nehmen, er möge sich dazu aber vor den Zug werfen, von der Brücke springen oder den Strick umbinden. Das erscheint weder ethisch noch human noch christlich.



Konsequenzen für die Ärzteschaft

Die Ärzte geraten nun in das Visier der Staatsanwaltschaft. *Geschäftsmäßig* handelt derjenige, der seine Handlung in gleicher Art zu wiederholen gedenkt und sie dadurch zu einem dauernden oder wenigstens zu einem wiederkehrenden beruflichen Bestandteil seiner wirtschaftlichen Betätigung macht. Eine Gewinnerzielungsabsicht ist damit anders als bei der *Gewerbsmäßigkeit* nicht verbunden, aber teilweise wird eine wirtschaftliche oder berufliche Komponente der Tätigkeit nicht verlangt. Diese Differenzierungen sind auf die Verwendung des Begriffs in verschiedenen Nebengesetzen zurückzuführen. Eine wiederholte Begehung muss nicht vorliegen, die einmalige Tat in Verbindung mit der Absicht, diese zu wiederholen, genügt. Jeder Arzt, der nicht nur einmal im Leben einem Patienten beim Suizid zur Seite zu stehen beabsichtigt, sondern – was medizinisch auch kaum anders vertretbar wäre – jedem Patienten in gleicher Weise „im Einzelfall in einer schwierigen Konfliktsituation“ (so will die Gesetzesbegründung Ärzte freistellen) beistehen will und dies auch dem ermittelnden Staatsanwalt sagt, fällt unter die Definition der *Geschäftsmäßigkeit*, so wie sie bislang verstanden wurde. Hier fallen Gesetzestext und Gesetzesbegründung auseinander.

Ausweg aus dem medizinethischen Dilemma

Der Arzt wird sich mit dem neuen § 217 StGB also davor hüten, einem Patienten in schwieriger, vielleicht sogar verzweifelter Lage bei ei-

nem geplanten Suizid Beistand zu leisten, auch wenn sein medizinisches Gewissen ihn dazu auffordert und § 16 BayBOÄ (Berufsordnung für die Ärzte Bayerns) ihm diesen Weg offen hält, will er nicht das Risiko eines Strafverfahrens riskieren.

Wie ließe sich dieses Dilemma auflösen? Nach Lage der Dinge nur, indem das BVerfG dazwischengeht. Aber die Verfassungswidrigkeit einer Norm und das entsprechende Verdikt durch das BVerfG sind zweierlei. Dazu gehört Mut, und ob dieser aufgebracht werden wird, ist fraglich. Zumeist wird sich auf den weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers berufen. Die ersten Signale sind auch wenig ermutigend. In einem Eilverfahren hat eine Kammer des BVerfG eine einstweilige Anordnung gegen die Geltung des § 217 StGB am 21. Dezember 2015 abgelehnt. Das ist zwar in der Sache nachvollziehbar, weil für die Beteiligten keine schwerwiegenden Nachteile bis zur Entscheidung im Hauptsacheverfahren zu erwarten sind. Aufhorchen lässt indes die Begründung. Denn die Kammer übernimmt unbesehen die Argumentation des Bundestages und greift die abstrakten Gefährdungen für das Rechtsgut „Leben“ auf, welche der Gesetzesentwurf postuliert, die aber mit den Realitäten gerade nicht zu belegen sind. Auch werden die zunehmende Verbreitung des assistierten Suizids und der Anschein einer Normalität der Selbsttötung aus dem Gesetzesentwurf als tragbare Gründe für das Verbot paraphrasiert. Auch diese Argumente stellen bloße Behauptungen der Verfasser der Gesetzesbegründung dar, die sich schon angesichts der geringen Fallzahlen in Deutschland nicht auf einer rationalen Grundlage be-

wegen. Häufig wird in diesem Zusammenhang auf die Zahlen in den Niederlanden verwiesen. Dabei wird aber regelmäßig übersehen, dass sich dort die Zahlen zur Suizidbegleitung über alle Jahre auf einem niedrigen, gleichbleibenden Niveau bewegt haben. 2012 lagen diese bei 1,3 assistierten Suiziden pro 1.000 Todesfällen. Auch in Oregon (USA) sind die Zahlen relativ stabil, sie lagen bei 2,3 assistierten Suiziden, zuletzt bei hohem Bevölkerungszuwachs bei 3,1. Relativ deutlich angestiegen sind in den Niederlanden dagegen die dort rechtlich erlaubten Tötungen auf Verlangen, von zwölf Fällen im Jahr 2007 auf 28,2 Fälle je 1.000 Todesfälle im Jahr 2012. Aber auch hier verbietet es sich, auf eine zunehmende Verbreitung der Suizidbeihilfe zu schließen. Einerseits wird unterschlagen, dass die Zahl der Tötung auf Verlangen in den Niederlanden bis ins Jahr 2007 stabil war. Und es wird der demografischen Hintergrund dieses Anstieges verkannt. Denn in den Niederlanden hat es mit einer vergleichbaren Steigerungskurve zum Jahr 1946 hin einen Babyboom – nach Ende des 2. Weltkrieges – gegeben. Diese hohen Jahrgänge befinden sich derzeit in dem Alter, in dem die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden am häufigsten stattfindet, nämlich in der Altersgruppe von 65 bis 69 Jahren, überwiegend bei Krebspatienten. Das bedeutet aber auch, dass in den vergangenen Jahren wegen der altersmäßig anderen Zusammensetzung der niederländischen Bevölkerung sich auch das Verhältnis der Todesursachen verschieben musste. Da die Alterskohorte der 65- bis 69-Jährigen deutlich gegenüber anderen Altersstufen zugenommen hat, muss bei 1.000 Sterbefällen der Anteil der Tötungen auf Verlangen zugenommen haben, und zwar wegen des enormen Anstiegs der Geburtenrate im Jahr 1946 signifikant. Aber selbst wenn die Inanspruchnahme des assistierten Suizids in Deutschland wachsen sollte, ist die Argumentation, dass ein zunehmender Gebrauch der Selbstbestimmung zu einer Verkürzung derselben führen müsse, mit der freiheitlichen Konzeption des Grundgesetzes schwer vereinbar.

Autor

Professor Dr. Henning Rosenau,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht
und Medizinrecht, Franz-von-Liszt-Haus,
Universitätsplatz 6, 06108 Halle an der Saale