

RECHT

Neues Sterbehilfe-Gesetz: Was ändert sich, was muss der Chefarzt wissen?

von Fachanwalt für Medizinrecht Rainer Hellweg, armedis Rechtsanwälte, Hannover, www.armedis.de

| Geschäftsmäßige Sterbehilfe ist in Deutschland künftig verboten. Am 6. November 2015 ist ein entsprechender Gesetzentwurf im Bundestag verabschiedet worden. Die dahinterstehende Rechtslage, in welchen Fällen Sterbehilfe erlaubt ist und wann nicht, hat sich jedoch nicht verändert. |

Was bringt das neue Gesetz?

Der angenommene Gesetzentwurf tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Er sieht folgende neue Regelung in § 217 des Strafgesetzbuches (StGB) vor – mit der Überschrift: „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“.

■ § 217 Abs. 1 und 2 StGB

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahe steht.

Das Gesetz verfolgt das Ziel, die Beihilfe zum Suizid nicht gänzlich zu verbieten, aber das geschäftsmäßige Dienstleistungsangebot zu verhindern. Die Assistenz zum Suizid soll nicht als „normale Behandlungsoption erscheinen“ – so die Gesetzesbegründung.

Was heißt „geschäftsmäßig“?

Kritisiert worden war der Gesetzentwurf dahin gehend, dass nicht klar geregelt sei, wann die Assistenz beim Suizid als „geschäftsmäßig“ gelte und damit verboten sei. Strafbar machen würden sich hiernach unzweifelhaft Angebote wie jene zum Beispiel des Vereins Sterbehilfe Deutschland. Wenn man aber „geschäftsmäßig“ so verstehe, dass dies auf den Wiederholungsfall abstelle, könnten auch Ärzte in die Strafbarkeit geraten – so die Kritik.

Die Begründung zum Gesetzentwurf stellt hierzu klar, dass der Begriff „geschäftsmäßig“ im Gegensatz zu „gewerbsmäßig“ keine Gewinnerzielungsabsicht erfordere. Auch unentgeltliche Sterbehilfeangebote können somit in den Anwendungsbereich der Strafvorschrift fallen. Geschäftsmäßiges Handeln im Sinne des § 217 StGB setze lediglich einen „dauerhaften oder wiederkehrenden Bestandteil“ der Tätigkeit voraus.

Angehörige werden ausdrücklich von der Strafbarkeit ausgenommen und dürfen beim Suizid assistieren. Aber für Ärzte, die regelmäßig mit Sterbenden zu tun haben wie etwa Palliativmediziner, gehört der Umgang hiermit



Geschäftsmäßige Sterbehilfe wird verboten

Auch unentgeltliche Sterbehilfeangebote können strafbar sein

dauerhaft und wiederkehrend zu ihrer beruflichen Tätigkeit. Insofern ist nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfs in der Tat nicht ausgeschlossen, dass sich auch Ärzte gemäß § 217 StGB strafbar machen können.

Grundsätze zur Sterbehilfe

Grundsätze ändern
sich nicht!

Abgesehen vom Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe wird die bestehende Rechtslage durch das aktuelle Gesetz bewusst nicht geändert. Nach wie vor gelten juristisch für die Sterbehilfe folgende Kategorien:

Es bleibt beim Verbot

1. Direkte aktive Sterbehilfe

Auch weiterhin ist in Deutschland die direkte aktive Sterbehilfe klar verboten und strafbar. Gemeint ist gezieltes Töten, das nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung steht. Wer also zum Beispiel eine Giftspritze setzt, um das Leiden des Patienten zu beenden, macht sich auch bei entsprechendem Verlangen des Patienten strafbar.

Straflosigkeit ist
möglich

2. Indirekte aktive Sterbehilfe

Mit indirekter aktiver Sterbehilfe sind Fälle gemeint, in denen sich die Lebensverkürzung beim Patienten als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene Nebenfolge einer ärztlich gebotenen schmerzlindernden Medikation darstellt. Hier wendet die Rechtsprechung die Regeln des sogenannten strafrechtlichen Notstands an, was zur Straflosigkeit führen kann. Begründung: Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen wird als höherwertiges Rechtsgut betrachtet als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sogenannten Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.

3. Passive Sterbehilfe

Von der aktiven wurde lange Zeit die passive Sterbehilfe abgegrenzt, gekennzeichnet durch ein Unterlassen des Arztes, zum Beispiel durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Reanimation, künstliche Ernährung, Bluttransfusionen etc. In solchen Fällen bestand keine Strafbarkeit, wenn dies dem Patientenwillen entsprach und der unmittelbare Sterbevorgang bereits eingesetzt hatte.

Differenzierung
aktive/passive
Sterbehilfe nach
BGH obsolet

Die Abgrenzung von aktiver zu passiver Sterbehilfe war jedoch problematisch. Hintergrund war die Frage, ob es wirklich einen Unterschied für die strafrechtliche Bewertung macht, ob der behandelnde Arzt zum Beispiel – straflos – auf das Legen einer Ernährungssonde verzichtet oder – strafbar – eine bestehende Versorgungsleistung unterbindet, zum Beispiel etwa die Infusion abklemmt.

Mit einem richtungsweisenden Urteil vom 25. Juni 2010 (Az. 2 StR 454/09, Abruf-Nr. 102593, siehe CB 12/2010, Seite 5 ff.) hat der Bundesgerichtshof (BGH) für mehr Rechtsklarheit gesorgt. Er hat den Begriff des Behandlungsabbruchs herausgearbeitet, wofür die Unterscheidung zwischen passivem Unterlassen und aktivem Tun nicht mehr relevant ist. Wenn dies dem Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen, kann seitdem auch eine Unterbindung der Versorgungsleistung durch aktives Tun straflos sein.

ARCHIV

Ausgabe 12 | 2010
Seite 5 – 8



4. Assistierter Suizid

Hierunter versteht man die sogenannte „Beihilfe zur Selbsttötung“. Dies bedeutet: Der Sterbewillige nimmt selbstständig eine Substanz zur Selbsttötung ein. Diese wurde ihm von einer anderen Person – einem Angehörigen oder auch einem Arzt oder Sterbehelfer – zur Verfügung gestellt. Der letzte Schritt bleibt aber dem Sterbewilligen überlassen. Er muss die für ihn vorbereitete tödliche Substanz selbst einnehmen.

Vom Grundsatz her ist die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland nicht strafbar. Der Grund: Da der Suizid selbst nicht strafbar ist, kann auch die Beihilfehandlung hierzu keine Strafbarkeit auslösen. Allerdings kommt eine Strafbarkeit wegen Unterlassung aufgrund der sogenannten Garantspflicht in Betracht. Derjenige, der der Selbsttötung beiwohnt, ist unter Umständen dazu verpflichtet, dem bewusstlosen Suizidenten Hilfe zu leisten. Die Rechtslage ist also teilweise widersprüchlich:

- Der Angehörige darf zwar dem Sterbewilligen eine Überdosis Schlaf-tabletten bereit legen.
- Wenn aber der Suizident nach Schlucken der Tabletten bewusstlos geworden ist, kann für die anwesenden Personen die rechtliche Verpflichtung entstehen, unverzüglich den Notarzt zu alarmieren.

Diesen Widerspruch hat auch das neue Gesetz nicht aufgelöst.

Die ärztliche Muster-Berufsordnung (MBO-Ä), die von der Bundesärztekammer aufgestellt wird, verbietet es Ärzten, einen assistierten Suizid durchzuführen. Da dies jedoch nicht alle Landesärztekammern in ihren Berufsordnungen – die rechtlich maßgeblich sind – übernommen haben, gibt es hier länderspezifische Unterschiede.

Intensive Diskussion um Sterbehilfe

Nicht nur im Zusammenhang mit der aktuellen Gesetzesabstimmung wird eine mögliche Liberalisierung der Sterbehilfe in Deutschland seit vielen Jahren diskutiert. Die Gegner befürchten, dass sich Patienten durch eine liberalere Gesetzgebung motiviert oder sogar unter Druck gesetzt fühlen könnten, das eigene Lebensende früher herbeizuführen. Selbst wenn dies von Angehörigen nicht explizit angesprochen wird: Wer möchte seiner Familie als auswegloser Pflegefall „zur Last fallen“, wenn die Sterbehilfe erleichtert würde?

Letztlich muss sowohl juristisch als auch ethisch primär der Wille des Patienten maßgeblich sein, ob dieser noch weiter am Leben erhalten werden möchte oder nicht. Wenn der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann, gilt es, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln – es sei denn, es ist etwa ein Betreuer oder ein Bevollmächtigter bestellt. Auf der anderen Seite berichten viele Palliativmediziner, dass selbst Patienten, die sich zuvor klar gegen lebensverlängernde Maßnahmen entschieden hatten, im Angesicht des Todes einen ungeahnten Lebensdrang verspüren und in dieser Situation ihre Meinung ändern. Dies macht es noch einmal schwieriger, mit zuvor gefassten Standpunkten oder Patientenverfügungen umzugehen.

Widersprüchliche
Rechtslage

Einige Berufs-
ordnungen verbieten
assistierten Suizid

Patientenwille als
maßgebliches
Kriterium

Arzt muss Patienten-
willen befolgen

Wozu ist der Arzt rechtlich verpflichtet?

Nach strafrechtlichen Maßgaben besteht für den Arzt in jedem Fall die Verpflichtung, innerhalb der rechtlichen Vorgaben den erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu berücksichtigen und diesem Folge zu leisten. Tut er dies nicht, können zum Beispiel Infusionen gegen den Willen des Patienten den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen. Auch hierzu gibt es bereits Urteile aus der Rechtsprechung.

Juristisch zu unterscheiden ist zwischen einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung. Durch die Vorsorgevollmacht wird für den Fall, dass der Vollmachtgeber nicht mehr selbst entscheiden kann, ein Bevollmächtigter ermächtigt, nach dem Willen des Patienten diesen bei der Entscheidung zu vertreten. In der Patientenverfügung bestimmt der Verfügende selbst, welche Behandlungsmaßnahmen nach seinem Willen durchgeführt oder unterlassen werden sollen, selbst wenn der Patient dann seinen Willen nicht mehr äußern kann.

Liegt eine wirksame schriftliche Patientenverfügung vor, ist diese sowohl für den Betreuer als auch für den behandelnden Arzt bindend. Aber selbstverständlich gilt: Solange der Patient noch einen eigenen Willen bilden kann, kann er sich umentscheiden. Entgegen der vorher schriftlich verfassten Patientenverfügung können lebensverlängernde Maßnahmen vom Patienten gewünscht und müssen dann vom Arzt vorgenommen werden.

Sterbehilfe – für den
Arzt noch immer ein
haftungsrechtliches
„Minenfeld“

Wie sollen sich Ärzte verhalten?

In Situationen der Sterbebegleitung sind generelle Handlungsempfehlungen schwierig. Die richtige Vorgehensweise hängt immer von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab, was durch die behandelnden Chefärzte und Ärzte gewissenhaft zu prüfen ist. Einen Ausweg aus dieser oft sehr schwierigen Situation und dem haftungsrechtlichen „Minenfeld“ bietet den Ärzten auch die aktuelle gesetzliche Neuregelung nicht.

„In dubio pro vita“

In Zweifelsfällen besteht das geringere juristische Risiko sicherlich darin, nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ zu entscheiden und einen Behandlungsabbruch nicht vorzunehmen. Gleichwohl betont die Rechtsprechung immer wieder, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der Patientenwille zu beachten sind.

PRAXISHINWEISE | Zwecks Beachtung des Patientenwillens sollten Chefärzte, die einen Sterbenden behandeln, in jedem Fall nach Kräften versuchen nachzuforschen, ob eine Patientenverfügung vorliegt, ob ein Betreuer zuständig ist oder eine Vorsorgevollmacht besteht. Wenn sich das Versterben eines Patienten in der Klinik abzeichnet, sollte möglichst frühzeitig Kontakt mit Angehörigen oder nahestehenden Personen aufgenommen werden. Relevante Gespräche mit Angehörigen, Betreuern oder auch einem zuständigen Richter sollten in der Patientenakte schriftlich festgehalten werden. Sollte es später zu einem Prozess kommen, kann dies bei der Beweisführung sehr hilfreich sein.