

Sabrina Steller

Ärztliche Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe unter besonderer Berücksichtigung des § 217 StGB

**Wissenschaftliche Beiträge
aus dem Tectum Verlag**

Reihe Rechtswissenschaften

Wissenschaftliche Beiträge
aus dem Tectum Verlag

Reihe Rechtswissenschaften
Band 120

Sabrina Steller

**Ärztliche Suizidbeihilfe und aktive
Sterbehilfe unter besonderer
Berücksichtigung des § 217 StGB**

Tectum Verlag

Sabrina Steller

Ärztliche Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe unter besonderer Berücksichtigung des § 217 StGB

Zugl. Diss. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, 2018

Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag,

Reihe: Rechtswissenschaften; Bd. 120

© Tectum – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2019

E-Book: 978-3-8288-7213-4

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Werk unter der ISBN 978-3-8288-4244-1 im Tectum Verlag erschienen.)

Alle Rechte vorbehalten

Informationen zum Verlagsprogramm finden Sie unter
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by the Deutsche Nationalbibliothek

The Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available online at <http://dnb.ddb.de>.

Für meinen viel zu früh verstorbenen Vater

Danksagung

Der Gedanke, eine Arbeit zur Sterbehilfe zu schreiben, entstand nach dem Tod meines Vaters nach dem Vollbild einer Krebserkrankung. Die Abfassung der Arbeit hat mir sehr geholfen, den viel zu früh eingetretenen Verlust zu verarbeiten und wurde damit zu einer Herzensangelegenheit.

Mein herzlichster Dank gilt daher meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Andreas Hoyer, der mir diese Möglichkeit erst eröffnet hat. Dies, seine engagierte und stets herzliche Art sowie seine stetige Unterstützung während der langen Dauer der Anfertigung der Arbeit, weiß ich sehr zu schätzen. Dank schulde ich ebenfalls Herrn Prof. Dr. Manfred Heinrich für die zügige Erstellung des Zweitgutachtens sowie dem Verlag für die Unterstützung auf dem Weg zur Publikation.

Tiefen Dank möchte ich ferner meiner Familie und meinen Schwiegereltern aussprechen, die mir sehr viele freie Stunden für die Erstellung der Arbeit durch die Übernahme der Betreuung meiner beiden Kinder verschafft haben.

Meinem Mann, der mich über die Anfertigung dieser umfangreichen Arbeit hinaus fortwährend unterstützt hat, möchte ich besonders danken.

Sabrina Steller im Februar 2019

1. Kapitel: Erörterung der relevanten Begriffsbestimmungen der Sterbehilfe im Strafrecht	11
A. Einleitung	11
B. Einführung in die Thematik Sterbehilfe.....	13
I. Allgemeines zur Sterbehilfe	13
II. Terminologische Abgrenzungen	15
1. Der Begriff der „Sterbehilfe“	15
a) Terminologische Bedeutung des Begriffes Sterbehilfe	15
b) „Euthanasie“ als international verwendete Begrifflichkeit	16
2. Aktive direkte Sterbehilfe	18
3. Aktive indirekte Sterbehilfe	19
a) Allgemeine medizinische Aspekte.....	20
b) Rechtliche Problematik der aktiven indirekten Sterbehilfe	22
4. Die tradierte Sterbehilfeterminologie „passive Sterbehilfe“	24
a) Zur Terminologie	24
b) Die strafrechtliche Rechtfertigung des Behandlungsabbruches	26
C. Definition des Sterbens und des Sterbevorganges	30
D. Sterbebegleitung.....	31
E. Das Ende des Menschenlebens.....	32
2. Kapitel: Die rechtliche Problematik der aktiven direkten Sterbehilfe	34
A. Die dogmatische Positionierung der ärztlichen aktiven Sterbehilfe.....	34
I. Einleitung.....	34
II. Kurze schematische Skizzierung des Tatbestandes	35
1. Tatbestandliche Voraussetzungen des § 216 Abs. 1	38
2. Vorsatz, Rechtswidrigkeit und Schuld.....	41
3. Zwischenergebnis.....	42
III. Rechtliche Aspekte der aktiven Sterbehilfe in der Legalisierungsdebatte	43

1. Argumente zur Abgrenzung vom Behandlungsabbruch.....	44
2. Argumente gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe.....	45
3. Argumente für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe.....	48
B. Stellungnahme.....	52
3. Kapitel: Die Beurteilung des ärztlich assistierten Suizides	55
A. Die Beurteilung der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gem. § 217 StGB.....	55
I. Einleitung.....	55
II. Allgemeines zur Selbsttötung.....	56
III. Zwischenergebnis.....	57
B. Die ärztliche Suizidassistenz – ein Fall der Beihilfe zur Selbsttötung	58
I. Einleitung.....	58
II. Der Suizid sowie die Beihilfe zum Suizid	58
1. Das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit	59
2. Die inhaltlichen Kriterien der Eigenverantwortlichkeit.....	61
III. Abgrenzung der Teilnahme an der Selbsttötung vom Behandlungsabbruch	62
IV. Abgrenzung zwischen Selbsttötung und Fremdtötung.....	62
V. Abgrenzung von strafloser Beihilfe zur strafbaren Tötung auf Verlangen	63
C. Rechtslage <i>de lege lata</i> seit dem 10.12.2015	64
I. Kurze entwicklungsgeschichtliche Darstellung zu § 217.....	64
1. Einleitung	64
2. Gesetzesantrag dreier Bundesländer aus dem Jahr 2006.....	65
3. Gesetzesantrag des Bundesrates vom 04.07.08.....	65
4. Gesetzesantrag für die Strafbarkeit der Werbung.....	66
5. Gesetzesvorschlag vom 22.10.2012.....	66
6. Die vier Gesetzentwürfe der 18. Wahlperiode.....	68
a) Gesetzentwurf von <i>Brand, Griese, Vogler et.al.</i>	68
b) Gesetzentwurf von <i>Künast, Sitte et.al.</i>	73

c) Gesetzentwurf Hintze, Reimann, Lauterbach et. al.	74
d) Gesetzentwurf Sensburg, Dörflinger, Beyer et. al.	75
e) Ergebnis der Abstimmungen im Gesetzgebungsverfahren.....	75
II. Ergebnis	76

4. Kapitel: Die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung gem. § 217 – eine kritische Auseinandersetzung 78

A. Teil 1: Der Streit um den Schutzzweck der Norm.....	78
I. Allgemeines zur neuen Strafvorschrift	78
II. Die Problematik des Rechtsgüterschutzes	81
1. Strafgrund des § 217 StGB	82
a) Definition Rechtsgut	83
b) Zwischenergebnis	87
2. Rechtsgut bzw. Rechtsgüter des § 217	87
3. Schutzzweck der Norm des § 217.....	88
a) Legitimer Schutzzweck der Strafbewehrung	88
b) Zwischenergebnis	91
c) Kritik am fehlenden Schutzzweck	91
d) Zustimmung zum legitimen Schutzzweck der Neuregelung.....	98
4. Stellungnahme	100
III. Gesamtergebnis	102
B. Teil 2: Die Auslegung des § 217 StGB.....	103
I. Interpretation einer Norm	103
1. Einleitung	103
2. Die „Bestimmtheit“ der Verhaltensinkriminierung des § 217 im Sinne des Art. 103 Abs. 2 GG.....	104
a) Einführung in die Thematik	104
b) Einheit der Rechtsordnung oder Relativität der Rechtsbegriffe?	105
aa) Einleitung	105

bb) Kongruenz oder Inkongruenz der legislativ verwendeten Begriffe	106
c) Die verfassungsgemäße Auslegung des Gesetzes	109
d) Das Gesetzlichkeitsprinzip des Art. 103 Abs. 2 GG.....	111
aa) Allgemeines zum Bestimmtheitsgrundsatz	111
bb) Die Problematik der Bestimmtheit bei § 217	112
cc) Ergebnis und Ausblick	121
II. Interpretation des Tatbestandes des § 217	121
1. Einleitung	121
2. Die verschiedenen Methoden der Auslegung	123
3. Bestimmtheit der einzelnen Merkmale des § 217 Abs. 1	126
a) Die „Selbsttötung“	126
b) Die Tathandlungsvarianten des § 217 Abs. 1	128
aa) Definition des „Gewährens“ und „Verschaffens“ nach dem legislativen Verständnis	128
bb) Verständnis der Tatbestandsmerkmale des Gewährens und Verschaffens im Sinne des § 180 Abs. 1	130
cc) Verständnis der Tatbestandsmerkmale des Gewährens und Verschaffens im Sinne des § 217 Abs. 1	138
dd) „Vermitteln“	151
ee) „Gelegenheit“ zur Selbsttötung	156
4. Ergebnis zu den Tathandlungsvarianten	160
5. Eigene Auslegungsbemühungen	160
6. Die Geschäftsmäßigkeit des Handelns	163
a) Allgemeines zur Geschäftsmäßigkeit	163
b) Der konventionelle Sprachsinn der Geschäftsmäßigkeit	164
c) Die legislative Begriffsbestimmung der Geschäftsmäßigkeit	165
d) Legislativ angeordneter Rekurs auf die Definitionen des TKG und PostG	165
aa) Die Geschäftsmäßigkeit im Telekommunikations- und Postwesen	166

bb) Die Geschäftsmäßigkeit im Tatbestandskontext des § 206 Abs. 1	168
cc) Der Begriff der Geschäftsmäßigkeit im Tatbestandskontext des § 217 Abs. 1	173
7. Weitere Ansichten ohne Konkretisierung der Geschäftsmäßigkeit	197
a) Ablehnende Haltungen	198
b) Ansicht von <i>Jox /Borasio</i>	200
c) Ansicht von Rissing – van Saan	200
d) Die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages	201
e) Professorale Stellungnahme	201
8. Ergebnis, eigener Interpretationsansatz und Vorschlag eines neuen Tatbestandes des § 217	202
a) Verletzung des Bestimmtheitsgrundsatzes bei § 217	202
b) Bewertung des eigenen Tatbestandes	211
9. Grundrechtsorientierte Auslegung	213
III. Zusammenfassendes Ergebnis	223
C. Teil 3: Der ärztlich assistierte Suizid – Strafbarkeit nach dem BtMG	225
I. Allgemeines	225
1. Strafbarkeit des Arztes nach § 29 Abs. 1 Nr. 6 lit. a / b; Nr. 6a iVm § 13 Abs. 1 BtMG	227
2. Strafbarkeit gem. § 30 Abs. 1 BtMG	228
3. Verwaltungsrechtliche Maßnahmen bei Verstößen gegen das BtMG	229
II. Strafbarkeit des Suizidhilfe leistenden Arztes	230
5. Kapitel: Eine medizinethische Betrachtung der aktiven Sterbehilfe und der ärztlichen Suizidassistenz	233
A. Legitimation oder Unwerturteil von Sterbehilfehandlungen durch die Medizinethik?	233
I. Allgemeines zur Medizinethik	233

1. Hippokratischer Eid	234
2. Die vier medizinethischen Prinzipien	235
a) Prinzip der Gerechtigkeit	236
b) Prinzip der Fürsorge.....	236
c) Prinzip des Nicht – Schadens.....	236
d) Prinzip der Autonomie.....	236
e) Ärztlicher Paternalismus	237
f) Narrative Medizinethik.....	238
g) Zwischenergebnis	238
II. Ethische Fragen am Lebensende im Hinblick auf die aktive Sterbehilfe und die ärztliche Suizidassistenz	238
1. Ethische Aspekte der aktiven Sterbehilfe	239
a) Ethische Argumente für die aktive Sterbehilfe.....	239
aa) Autonomieargument	240
bb) Unterschiedliche Autonomiekonzeptionen.....	240
cc) Autonomie als Alleinrechtfertigungsmöglichkeit	240
dd) Qualifizierung des Verlangens.....	240
ee) „Zwang zu leben“	241
b) Ethische Argumente gegen die aktive Sterbehilfe.....	243
aa) Töten als in sich schlechte Handlung.....	243
bb) Soziale Folgen der aktiven Sterbehilfe	244
cc) Autonomie des Arztes	244
dd) Unwerturteil über aktive Sterbehilfe	245
ee) Geschichtliche Vorbelastung durch die Euthanasiepraktiken	245
ff) slippery – slope oder das Argument der schiefen Ebene	245
gg) Unverfügbarkeit des Lebens /Lebenspflicht.....	246
2. Ethische Aspekte des ärztlich assistierten Suizides	247
3. Zwischenergebnis.....	250
a) Zusammenfassung.....	250
b) Möglichkeit zur Regelung – der informed consent	257

aa) Urteilsfähigkeit (Kompetenz).....	257
bb) Verstehen (Aufgeklärtheit)	258
cc) Freiwilligkeit	258
dd) Wohlüberlegtheit (Authentizität).....	259
c) Resümee und Ausblick.....	259
4. Der Arzt als Sterbehelfer?.....	262
a) Der Standpunkt der Deutschen Ärzteschaft.....	262
b) Die Rolle des Arztes aus moralphilosophischer Sicht.....	265
c) Stellungnahme.....	267
5. Chancen der Palliativmedizin am Lebensende	272
6. Gespräch mit einem Lehrstuhlinhaber für Medizinethik	273
a) Gesprächsskizzierung nach Gedächtnisprotokoll	273
b) Ergebnis des Gespräches	275
7. Gespräch mit einem palliativmedizinisch tätigen Arzt.....	276
a) Gesprächsskizzierung.....	276
b) Weitere Aspekte.....	280
B. Abschließende Stellungnahme	281
C. Aktuelle Rechtsprechung	284
I. Urteil des BVerwG, Az.: - 3 C 19.15 - vom 02. März 2017 zur rechtlichen Beurteilung der Selbsttötung.....	284
1. Entscheidungsinhalt	284
2. Kommentar des Deutschen Ethikrates zur Entscheidung des BVerwG vom 02.03.17	288
3. Stellungnahme.....	290
II. Die Entscheidung des OLG Hamburg vom 08.06.2016	292
1. Sachverhalt	292
2. Eingruppierung des Beschlusses in den Kontext der aktuellen Sterbehilfediskussion	294
a) Rechtliches Prüfungsergebnis des Senates	294
b) Stellungnahme.....	295
3. Ergebnis.....	298

D. Ausblick de lege ferenda.....	299
----------------------------------	-----

4. Kapitel: Empirische Erhebung zur aktiven Sterbehilfe und zur ärztlichen Suizidassistenz 301

A. Bericht über die eigene Umfrage	301
I. Einleitung.....	301
II. Ziel der Befragung.....	302
III. Methodik, Erläuterung der Vorgehensweise	303
1. Zielgruppe 1	303
2. Zielgruppe 2	304
B. Ergebnisse der Befragung	305
1. Allgemeines.....	305
a) Der Fragebogen.....	305
b) Zwischenfazit.....	305
2. Erläuterung zur Darstellung der Ergebnisse	306
3. Die Ergebnisse der befragten Ärztinnen und Ärzte	307
4. Die Ergebnisse der Erhebung der zur aktiven direkten Sterbehilfe befragten Patientinnen und Patienten	323
5. Zusammenfassung und Gesamtbetrachtung der Studienergebnisse.....	342

5. Kapitel: Darstellung der Rechtslage in den Niederlanden 345

A. Einleitung	345
I. Die gesetzliche Regelung in den Niederlanden.....	346
1. Kurzer entstehungsgeschichtlicher Abriss	347
2. Aktuelle Gesetzeslage	353
a) Das niederländische Sterbehilfegesetz.....	355
b) Die Tötung auf Verlangen	356
aa) Art: 293 Abs. 1 WvSr , Tötung auf Verlangen	356
bb) Art: 293 Abs.2 WvSr:	356

c) Die Beihilfe zum Suizid	356
aa) Art. 294 Abs. 1 WvSr	356
bb) Art. 294 Abs. 2 WvSr	357
d) Das niederländische Sterbehilfegesetz im Einzelnen	357
aa) Gliederung	357
bb) Die Sorgfaltskriterien des Sterbehilfegesetzes	360
II. Euthanasiefälle in Zahlen	364
1. Allgemeines.....	364
2. Zahlen und Fakten (2002 bis 2016)	365
a) Übersicht zu der Anzahl an Sterbehilfefällen in den Niederlanden_verschiedener Jahre.....	366
b) Arten der zu Grunde liegenden Erkrankungen	369
B. Fazit	370
Kapitel 8.: Schlussbetrachtung	372
Kapitel 9.: Anhang	375
I. Fragebogen für Ärzte und Ärztinnen in Schleswig – Holstein	375
II. Fragebogen für Patientinnen und Patienten	377
Kapitel 10.: Literaturverzeichnis	380

Eines Morgens wachst du nicht mehr auf.
Die Vögel singen, wie sie gestern sangen.
Nichts ändert diesen neuen Tagesablauf.
Nur du bist fortgegangen.
Du bist nun frei und unsere Tränen wünschen dir Glück.

Johann Wolfgang von Goethe

1. Kapitel: Erörterung der relevanten Begriffsbestimmungen der Sterbehilfe im Strafrecht

A. Einleitung

Das menschliche Leben beginnt im Sinne des Strafrechtes mit der Eröffnung der Wehen und endet mit der Feststellung des Todes.¹

Studien zufolge wünschen sich die meisten Menschen einen sanften und rasch eintretenden Tod in der vertrauten Umgebung; ohne einen lang währenden Leidensweg, frei von psychischen und physischen Qualen und Schmerzen, selbstbestimmt nach eigenen Bräuchen, Riten und Wertvorstellungen als Ausfluss ihres ganz persönlichen und intimen Selbstbestimmungsrechtes.

Doch die Realität sieht anders aus. Die Krankenhäuser, Pflegeheime und Hospize haben heutzutage Hochkonjunktur.²

Die Ursachen dessen sind vielfältiger Natur. Dank der famosen Möglichkeiten der hochtechnisierten Intensivmedizin kann das Leben vieler kranker Menschen erheblich verlängert werden.³ Ist die Grenze der Medizin erreicht, drängt sich indessen die Frage nach der sanften Beendigung auf. Der Wunsch zur Regelung seiner eigenen medizinischen Behandlung im Krankheitsfalle, insbesondere durch Erstellung einer Patientenverfügung, nimmt in unserer Gesellschaft in den letzten Jahren enorm zu. Jüngste Gesetzesänderungen⁴ zeigen dies nur allzu deutlich.

Fragen der ärztlichen Lebenserhaltungspflicht, der Begrenzung und Änderung von Behandlungen und Therapien am Lebensende bis hin zur Leidminderung und Leiderlösung durch Ärztehand werden immer komplexer und vereinen mehr denn je religiöse, ethische und rechtliche Aspekte. Der gesellschaftliche Ruf nach Selbstbestimmung im Sterben prägt besonders die Sterbehilfe-debatte.

In drei europäischen Nachbarländern sowie in dem Bundesstaat Oregon der USA ist die bewusste Herbeiführung des Todes, sei es durch aktive direkte Sterbehilfe oder durch die Suizidassistenz, schon seit vielen Jahren fester Bestandteil des medizinischen Leistungsapparates. Die aktive direkte Sterbehilfe

1 Rissing-van Saan, Strafrechtliche Aspekte der aktiven Sterbehilfe, ZIS 6/2011, 544; Igl/Welti, Gesundheitsrecht, Rn. 1263.

2 Deutscher Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, 2006, S. 39f..

3 Statt vieler: Wessels/Hettinger, Strafrecht BT I, Rn. 30, m.w.N..

4 Zum Beispiel durch die Einführung der §§ 1901a ff. BGB durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts aus dem Jahr 2009.

und die ärztliche Suizidassistenten sind für viele Menschen auch in Deutschland schon lange kein Tabuthema mehr.

Zahlreiche Publikationen sind mittlerweile zur rechtlichen Verortung des Behandlungsabbruches, der indirekten Sterbehilfe und der aktiven direkten Sterbehilfe sowie der ärztlichen Suizidassistenten erschienen. Warum dann noch eine Publikation?

Die Rechtsmaterie der Sterbehilfe hat in der Vergangenheit durch die das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts im Jahr 2009 (Patientenverfügungsgesetz) und auch durch das Inkrafttreten des § 217 StGB im Jahr 2015 wichtige gesetzliche Änderungen erfahren.

Die letztgenannte Gesetzesänderung hat in Zeiten einer sich gesellschaftlich tendenziell entkriminalisierenden Haltung zur Sterbehilfe, eine neue rechtliche Grenze durch die Inkriminierung der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gem. § 217 StGB⁵ aufgezeigt. Ihre Wurzeln hat diese Gesetzesänderung schon vor über 10 Jahren geschlagen; legislative Realität ist sie seit Ende 2015 nach langen, intensiven und kontroversen Debatten des Bundestages. Dieser hat losgelöst vom Fraktionszwang entschieden - strafbar macht sich nun, „wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, [...]“⁶

Die Verfassungsmäßigkeit der Norm wird stark angezweifelt, mehrere Verfassungsbeschwerden sind derzeit noch rechtshängig. Das Bundesverfassungsgericht wird zu § 217 noch Stellung beziehen müssen. Indessen nehmen die Publikationen zur Einschätzung der Verfassungsmäßigkeit der Norm zu.⁷

Diese Arbeit beinhaltet neben der Erörterung der Gesetzeslage, Aspekte zur aktiven direkten Sterbehilfe und zur ärztlichen Suizidassistenten, die Betrachtung diverser Auslegungsmöglichkeiten des § 217 sowie die Vorstellung eines eigenen Interpretationsansatzes nebst einem Vorschlag zur Abänderung des Normtextes des § 217. Anschließend erfolgt die Erörterung jüngster Rechtsprechung zur Thematik.

Danach soll die Problematik der aktiven Sterbehilfe und der Suizidassistenten einer medizinethischen Betrachtung unterzogen werden. Denn wie *Bade*⁸ einst festgestellt hat, stellen sich nicht nur rechtliche Fragen, sondern zugleich auch ethische, jedoch mit dem Unterschied, dass es dem Recht nicht nur um die Verantwortung des Menschen für sein Verhalten vor sich selbst und Gott geht, sondern insbesondere auch vor der Rechtsgemeinschaft.

⁵ Alle weiteren §§ - Zeichen ohne Angabe sind solche des StGB.

⁶ Wortlaut des § 217 Abs. 1 StGB.

⁷ Siehe hierzu allein die zahlreichen Publikationen in der Zeitschrift für Medizinstrafrecht in den vergangenen zwei Jahren, auf die im späteren Verlauf der Arbeit noch eingegangen wird.

⁸ *Bade*, S. 34.

Im Rahmen der Bearbeitung ergab sich die glückliche Gelegenheit, dass die Thematik sowohl mit einem kompetenten Medizinethiker als auch mit einem sehr erfahrenen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmediziner erörtert werden konnte. Die Gespräche haben nachhaltig die Perspektive und das Verständnis um die Komplexität, nicht nur hinsichtlich der rechtlichen Betrachtung, der Materie bereichert.

Zudem wurde durch eine stichprobenartig durchgeführte, empirische Umfrage anhand eines eigens erstellten Fragebogens zum Thema ärztliche aktive direkte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid das Meinungsbild von Ärzten, welche im allgemeinmedizinischen und palliativmedizinischen Bereich in Schleswig – Holstein tätig sind, ermittelt. Zum Vergleich wurde zur selben Thematik ebenfalls eine freiwillige und anonyme Umfrage unter Patientinnen und Patienten zweier allgemeinmedizinisch ausgerichteter Praxen in Schleswig – Holstein in der Zeit von Oktober 2015 bis Januar 2016 durchgeführt.

Die rege Teilnahme, vor allem auch zahlreicher junger Menschen, sowie die positive Resonanz auf die Umfrage zeigten, dass die ärztliche aktive direkte Sterbehilfe und die ärztliche Suizidassistenz aktuelle gesellschaftspolitische Themen sind, welche zwar widerstreitende Gefühle bei den Befragten auslösten, aber dennoch ein beträchtliches Interesse offenbarten. Die Studie versteht sich dabei nicht als repräsentative Meinungserhebung, sondern vornehmlich als Bereicherung des hiesigen Diskurses. Ferner wird summarisch die Rechtslage der Niederlande vorgestellt, insbesondere die Zahlen und Fakten zur ärztlichen Euthanasie und Suizidassistenz.

Am Schluss der Arbeit steht eine Erörterung *de lege ferenda*, die zu ändernde oder nicht zu ändernde rechtliche Aspekte aufführt und mit einem Fazit abschließt.

B. Einführung in die Thematik Sterbehilfe

I. Allgemeines zur Sterbehilfe

Die Sterbehilfe vereint viele wissenschaftliche Fachgebiete wie die Rechtswissenschaft, Medizin, Philosophie, Ethik und die Religion.⁹ Ihre Vielseitigkeit ist plakativ und macht sie nicht nur aus rechtswissenschaftlicher Sicht attraktiv für eine kontroverse Auseinandersetzung.

⁹ Roxin in: Medizinstrafrecht, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, 93 (94).

Insbesondere kernstrafrechtlich relevant wird die Sterbehilfe im Rahmen der Tötungsdelikte, wenn sie zu einer realen Verkürzung des Lebens führt.¹⁰ Das Rechtsgut Leben ist nicht nur strafrechtlich geschützt, sondern aufgrund seiner überragenden Bedeutung auch in der Verfassung in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG statuiert.¹¹ *Maurach*¹² hat das Dogma der Absolutheit des Lebensschutzes entwickelt. Dieser Lebensschutz kommt jedermann zugute, unabhängig vom Alter oder Gesundheitszustand.¹³ Auf der anderen Seite trifft den Staat eine staatliche Schutzpflicht zur Erhaltung eines jeden Lebens. Diese staatliche Schutzpflicht wird nicht selten auch zur Rechtfertigung grundrechtsbeeinträchtigender Verbotsnormen herangezogen, wie die Diskussion um § 217 anschaulich zeigt.¹⁴

Bedeutung in der verfassungsrechtlichen Diskussion um die Legalität sämtlicher Sterbehilfehandlungen erlangen vornehmlich die Grundrechte aus Art. 1 I GG - der Schutz der Menschenwürde -, das Selbstbestimmungsrecht als Ausfluss des Rechtes auf freie Entfaltung der Persönlichkeit aus Art. 2 Abs. 1 GG iVm Art. 1 I GG sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG. Nicht selten wird in der Diskussion, insbesondere um die verfassungsrechtliche Legalität des ärztlich assistierten Suizides, auch die grundrechtlich statuierte Gewissensfreiheit aus Art. 4 Abs. 1 GG benannt.

Für die verfassungsrechtliche Problematik der Sterbehilfe heißt dies, dass diese verfassungsrechtlich garantierten Güter einem angemessenen Ausgleich zugeführt werden müssen.¹⁵

Aus dem Grundgesetz lässt sich dagegen keine unbedingte Pflicht zum Lebenserhalt ableiten, darüber hinaus besteht jedoch ein Recht auf menschenwürdiges Sterben und ein Recht auf den selbstbestimmten Tod.¹⁶

Dennoch, den Schritt des begleiteten Suizides zu gehen wie es die junge Amerikanerin Brittany Maynard¹⁷ Anfang November 2014 in Oregon getan

10 NK-StGB – Neumann -, Vor §§ 211 Rn. 86; Baumann/Weber/ Mitsch, Strafrecht § 15 Rn. 33.

11 Kämpfer, Die Selbstbestimmung Sterbewilliger, S. 165.

12 Maurach / Schroeder / Maiwald, Strafrecht BT, Teil 1, S. 14; Wessels/Hettinger, BT 1, Rn. 2.

13 Wessels / Hettinger, BT 1, Rn. 28.

14 Günzel, Das Recht auf Selbsttötung, seine Schranken und die strafrechtlichen Konsequenzen, S. 101 ff.; Saliger, Selbstbestimmung bis zuletzt, S. 46 ff.

15 Seibert, Rechtliche Würdigung der indirekten aktiven Sterbehilfe, S. 3.

16 Sahm, Sterbebegleitung und Patientenverfügung, S. 29.

17 Brittany Maynard beendete mit nur 29 Jahren Anfang November 2014 in dem Bundesstaat Oregon in den USA ihr Leben. Brittany Maynard litt einer aggressiven Tumorerkrankung im Gehirn und ließ die Öffentlichkeit an ihrem Schicksal teilnehmen; näheres zu Brittany Maynard bei welt.de, Artikel vom 16.01.2015: So waren die letzten Stunden der Brittany

hat, ist nur für wenige Menschen am Ende ihres Lebens relevant. Die geringe Quantität solcher Fälle darf jedoch nicht dazu führen, dass sie von minderer Relevanz für die Sterbehilfethematik sind.

Bevor nun auf die rechtlichen Aspekte im Einzelnen zur aktiven direkten Sterbehilfe und anschließend auf die Neuerungen zur Suizidbeihilfe nach Inkrafttreten des § 217 eingegangen wird, wird in gebotener Kürze die Terminologie vorgestellt.

II. Terminologische Abgrenzungen

Terminologische Abgrenzungsfragen stellen sich natürlich auch in der Sterbehilfediskussion. In den letzten Jahren hat sich hier sehr viel verändert. Altbekannte Begriffe wie die passive Sterbehilfe haben nach vielen kontroversen Diskussionen und dem Vorwurf ihrer mangelnden Präzision seit dem Grundsatzurteil¹⁸ des BGH in der Strafsache des Rechtsanwaltes Putz aus dem Jahr 2010 ausgedient.

Nicht selten werden in der Jurisprudenz Alltagsbegriffe kontrovers verwendet.¹⁹ Daher soll auch dieser Arbeit ein terminologischer Vorgriff auf die eigentliche rechtliche Diskussion nicht fehlen. Zwar wurde die strikte begriffliche Trennung zwischen strafbarer aktiver direkter Sterbehilfe und strafloser passiver Sterbehilfe zumindest terminologisch durch das Urteil des 2. Strafsenates²⁰ partiell aufgegeben. Nach knapper Erörterung der terminologischen Neuerungen sollen die traditionellen Begriffe aus Gründen ihrer allgemeinen Verbreitung dennoch Anwendung finden.

1. Der Begriff der „Sterbehilfe“

a) Terminologische Bedeutung des Begriffes Sterbehilfe

Dem Strafgesetzbuch ist bislang keine spezielle Definition und vollumfängliche legislative Regelung der Sterbehilfematerie immanent, so dass dies der Wissenschaft und Rechtsprechung überlassen worden ist. Daher hat sich im

Maynard; abrufbar unter: <https://www.welt.de/vermishtes/article136460622/So-waren-die-letzten-Stunden-der-Brittany-Maynard.html>, letzter Abruf am 14.11.2017.

18 BGHSt 55, 191.

19 Habicht, Sterbehilfe – Wandel in der Terminologie, S. 24f.

20 Siehe hierzu die Ausführungen ab Seite 14.

Verlauf der Jahrzehnte eine breit gefächerte Terminologie herausgebildet, die zur Basis der hiesigen Arbeit gemacht werden soll. Terminologischer Kern der Diskussion ist zunächst der Begriff der Sterbehilfe.

Dabei umfasst die Sterbehilfe per definitionem medizinische Maßnahmen, die zum Ziel haben, möglichst schmerzfrei das Leben des mehr oder minder präfinalen Patienten zu verkürzen.²¹

b) „Euthanasie“ als international verwendete Begrifflichkeit

Der Begriff Sterbehilfe wird im internationalen Bereich auch als Euthanasie bezeichnet. In Deutschland ist dessen Verwendung jedoch verpönt, gleichwohl soll der Begriff „Euthanasie“ auf Grund seiner eigentlichen Bedeutung und Intention kurz vorgestellt werden. In den Niederlanden wird der Begriff – wie noch zu zeigen sein wird – dagegen angewendet.

Euthanasie ist abgeleitet von dem altgriechischen Wort „euthanasia“ und setzt sich zusammen aus den griechischen Wörtern „eu“ und „thanatos“ und heißt übersetzt „angenehmer, schöner Tod“, mithin auch leichter Tod, möglichst schmerzarm.²²

Der Euthanasie liegt eine längere geschichtliche Entwicklung mit unterschiedlichen Wertungen je nach Mentalität und Kulturverständnis zugrunde. Erstmals in Erscheinung getreten ist die Euthanasie in der Antike und war zu jener Zeit eher philosophisch geprägt.²³ Für Sokrates (ca. 469 – 399 v.Chr.) beispielsweise war der Tod ein erstrebenswertes Ziel und die Euthanasie, die zu einer stimmigen und vernünftigen Lebensführung gehörte, die rechte Vorbereitung auf den Tod, welchen man nicht zu fürchten habe.²⁴ Platons Ansichten zur Euthanasie waren noch entschiedener. Er trat für die aktive und passive Sterbehilfe bei Kranken und Sterbenden ein, um so die Weitergabe schlechten Erbgutes zu verhindern.²⁵ In dieser Zeit entstand ebenfalls der bis heute bekannte hippokratische Eid („Corpus Hippocraticum“), welcher die Einstellung der damaligen Ärzteschaft zur Euthanasie deutlich belegt: „An niemanden werde ich tödlich wirkendes Gift abgeben, auch dann nicht, wenn man mich darum bittet, ich werde auch keinen solch verwerflichen Rat erteilen, ebenso

21 Mü-Ko - Schneider-, Vor §§ 211ff. Rn. 90; Roxin, Fn. 9, 93 (94).

22 Habicht, Sterbehilfe- Wandel der Terminologie-, S. 55f.; Chong, Sterbehilfe und Strafrecht, S. 4; Gründel, MedR 1985, Heft 1, S. 3.

23 Habicht, Sterbehilfe – Wandel der Terminologie-, S. 56.

24 Zimmermann, die Heiligkeit des Lebens, in „Frewer/Eickhoff“(Hrsg.), S.27; Habicht, S. 57.

25 Zimmermann, die Heiligkeit des Lebens, in „Frewer/Eickhoff“(Hrsg.), S.28; Habicht, S. 57.

wenig werde ich einem Weib ein Mittel zur Vernichtung des keimenden Lebens geben.“²⁶ Bereits Hippokrates war gegen die Abtreibung und die Sterbehilfe. Im christlich geprägten Mittelalter wurde von den antiken Euthanasievorstellungen deutlich Abstand genommen.²⁷ Das Leben galt als von Gott gegeben und durfte nicht durch Menschenhand beendet werden. Krankheiten und Leiden wurden als von Gott gewollt angesehen, die es zu ertragen galt, um Vollendung zu erlangen.²⁸ Das von der Nächstenliebe und Barmherzigkeit geprägte Handeln galt als Ideal auch für die damalige Ärzteschaft.²⁹ In der darauf folgenden Epoche der Renaissance und des 19. Jahrhunderts wurden antike und stoische Wertvorstellungen zur Euthanasie wieder aufgegriffen, jedoch in einer mildereren Form. Erstmals gewannen bei Thomas Morus (1478 – 1535) in seiner „Utopia“ und später auch bei Francis Bacon (1561 – 1626) die Selbstbestimmung und die Linderung von Schmerzen an Bedeutung, um einen angenehmen und schönen Tod zu ermöglichen. Wenn das Leben zur Last geworden war, wurde fortan auch die Nützlichkeit des ärztlichen Handelns bedacht, so dass die Selbsttötung zur Beendigung des Lebens in Frage kam.³⁰ Die Ärzteschaft dagegen orientierte sich auch weiterhin am Hippokratischen Eid und lehnte die Selbsttötung sowie die Euthanasie nach wie vor ab. Auch eine Beihilfe zum Suizid kam für sie nicht in Frage.³¹ Am Ende des 19. Jahrhunderts aufkommende Gedanken der Rassenhygiene und des Sozialdarwinismus führten zu einer zunehmend fanatischer werdenden Einstellung zur Euthanasie, welche ihren extremen Höhepunkt bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts in der Zeit des Nationalsozialismus fand. Bekannte Schriften von Alfred Jost (Das Recht auf den Tod, 1895) oder von Alfred Hoche und Karl Binding (Die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, 1920) bezeugen dies eingehend. Während des Dritten Reiches wurde die Euthanasie als „Deckmantel für die Tötung vieler unschuldiger Menschen missbraucht“.³² Bei der zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ durchgeführten „Euthanasie – Aktionen“ wie der „Kinderaktion“, der „Aktion T 4“ oder der als „Wilde Euthanasie“ bezeichneten Aktionen, fielen den Nationalsozialisten mehr als 200.000 Menschen

26 Bade, Der Arzt an den Grenzen von Leben und Recht, S. 48; Hohenstein, Die Einführung der aktiven Sterbehilfe in der BRD, S. 56; Gründel, MedR 1985, S. 3.

27 Zimmermann, die Heiligkeit des Lebens, in „Frewer/Eickhoff“ (Hrsg.), S.29f.

28 Zimmermann, die Heiligkeit des Lebens, in „Frewer/Eickhoff“ (Hrsg.), S.29f.

29 Habicht, Sterbehilfe – Wandel der Terminologie-, S. 60.

30 Habicht, Sterbehilfe – Wandel der Terminologie -, S. 62.

31 Zimmermann, die Heiligkeit des Lebens, in „Frewer/Eickhoff“ (Hrsg.), S.32ff.; Habicht, S. 63.

32 Seibert, Aktive indirekte Sterbehilfe, S. 6.

zum Opfer, insbesondere solche mit einer geistigen Behinderung oder körperlichen Fehlbildung, unter denen auch viele Kinder und Jugendliche waren.³³ Diese „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wurde während der Diktatur Hitlers - trotz vieler Versuche - nicht legalisiert und blieb somit stets nach § 211 und § 212 strafbar.³⁴

Viele Jahre nach dem nationalsozialistischen Despotismus rückt die Sterbehilfediskussion wieder in den Vordergrund. Anhand einiger in den letzten Jahren erhobener Umfragen sei zu beobachten, dass sich auch die Einstellung der Menschen zugunsten der Sterbehilfe geändert habe.³⁵ Wenngleich der angenehme und schöne Tod die wesentliche Zielsetzung der Euthanasie ist, so wird aufgrund der grausamen Ereignisse während des Zeit des Nationalsozialismus der negativ konnotierte Begriff der Euthanasie in dieser Arbeit nicht verwendet, sondern es wird auf den geschichtsneutralen Begriff der Sterbehilfe zurückgegriffen.

2. Aktive direkte Sterbehilfe

Die aktive direkte Sterbehilfe ist auch bekannt als die direkte Tötung auf Verlangen des Patienten. Im eingebürgerten Sprachgebrauch wird in der Regel von aktiver Sterbehilfe gesprochen. Diese Einteilung ist rechtlich - terminologisch jedoch nicht ausreichend differenziert. Die aktive direkte Sterbehilfe wird als die schmerzlose, unmittelbare Lebensbeendigung eines anderen Menschen auf dessen ausdrückliches Verlangen definiert.³⁶ *Engisch*³⁷ ergänzte diese Definition noch um das Motiv des Tötenden. Dort heißt es, die aktive Sterbehilfe sei die „durch Mitleid bestimmte, direkt gewollte und aktiv ins Werk gesetzte Lebensverkürzung bei unheilbarem Leiden und mehr oder minder großer Todesnähe“. Seiner Ansicht nach sei die Sterbehilfe eine durch das Mitleid mit dem Kranken motivierte Tötung. Dementsprechend ist die Sterbehilfe nach *Engisch* 's Verständnis nur bei einem unheilbaren Leiden anzuwenden; die Todesnähe – also ob nun noch Tage oder Wochen vor dem Moribunden lagen – war für

33 Große – Vehne, Tötung auf Verlangen (§ 216), Euthanasie und Sterbehilfe, 9. Kap. S. 125, S. 136ff.; Benzenhöfer, der gute Tod? Kap. 7 S. 97ff.

34 Benzenhöfer, der gute Tod? Kap. 7 S. 99; Große – Vehne, Kap. 9 S. 125, S. 163.

35 Insbesondere die Studie vom Allensbacher Institut vom Februar / März 2001, abgedruckt in der Spiegel vom 14.04.2001, S. 24, demnach befürworten 64% der Deutschen die todbringende Spritze für schwerkranke Patienten.

36 MünchKomm- StGB - Schneider -, Vor §§ 211 Rn. 91; Fischer, Vor § 211 Rn. 55f., 69ff.; Thiele in: aktive und passive Sterbehilfe, S. 9.

37 Engisch, Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Beleuchtung, S. 12.

Engisch unerheblich. Die Gesinnung des Täters spielte für *Engisch* eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der strafrechtlichen Beurteilung der aktiven Sterbehilfe.

Die Bezeichnung „aktive direkte Sterbehilfe“ drückt zum einen die Handlungsform „aktiv“, zum anderen die Willensrichtung „direkt“ des Hilfeleistenden aus.³⁸

Dabei zielt die aktive direkte Sterbehilfe primär nicht auf Linderung der Schmerzen während des sich dem Ende neigenden Lebens ab, sondern erlöst den schwer leidenden Patienten von seinen Schmerzen durch den Tod oder im Tod.³⁹

Eine Schmerzbesitzigung und Leichterlösung wird folglich durch den Eintritt des Todes erreicht. Die Schmerzlinderung und Leichterlösung ist nicht Prämisse bei der aktiven direkten Sterbehilfe, sondern die Verursachung des Todes mit *dolus directus* I. Grades des Patienten. Diese differente Intention des Handelnden ist daher auch das Hauptabgrenzungskriterium zwischen der aktiven direkten und indirekten Sterbehilfe.⁴⁰ Die Einteilung nach dem äußeren Handlungsmodus „aktiv“ oder „passiv“ ist mittlerweile obsolet, da inzwischen anerkannt ist, dass auch Maßnahmen der „passiven Sterbehilfe“ aktiv durch den Handelnden vorgenommen werden.⁴¹

3. Aktive indirekte Sterbehilfe

Die aktive indirekte Sterbehilfe betrifft Fälle, in denen die Applizierung schmerzlindernder oder schmerzstillender Medikamente eine Verkürzung des Lebens nach sich zieht beziehungsweise nach sich ziehen kann.⁴² Die indirekte Sterbehilfe wird auch als aktive indirekte Sterbehilfe bezeichnet und ist als ein Unterfall der aktiven direkten Sterbehilfe anzusehen.⁴³ Diese Bezeichnung rührt daher, dass durch die lebensverkürzende Wirkung der Medikamente der Tod des Patienten verfrüht eintritt; dies hat zur Folge, dass die strafrechtlichen Tötungsdelikte eröffnet sind.⁴⁴ Im Unterschied zur aktiven direkten Sterbehilfe ist die eventuell eintretende Lebensverkürzung oder Lebensbeendigung durch

38 Habicht, S. 33.

39 Igl / Welti - Hoyer -, Kap. 11, § 47 Rn. 1329; Seibert, rechtliche Würdigung der aktiven indirekten Sterbehilfe, S. 9; Fritsche, Der Arzt und seine Verpflichtung zur Sterbehilfe, MedR 1993, 126 (129).

40 Seibert, rechtliche Würdigung der aktiven indirekten Sterbehilfe, S. 14.

41 Die Begriffe der Thematik „Behandlungsabbruch“ werden an späterer Stelle erläutert.

42 Statt vieler: Lackner / Kühl, Vor § 211 Rn. 7.

43 Verrel, Der BGH legt nach: Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe, MedR 1997, 248 (249).

44 Habicht, Sterbehilfe – Wandel der Terminologie -, S. 36.

die Medikamentengabe nicht primäres Ziel des Handelnden, sondern nur die unbeabsichtigte Nebenfolge, welche zum Zwecke des eigentlichen Ziels der Schmerzlinderung und -beseitigung als unvermeidlich billigend in Kauf genommen wird.⁴⁵ Dies unterscheidet die aktive indirekte Sterbehilfe somit auch von der aktiven direkten Sterbehilfe. Wird der Tod des Patienten zwar ernstlich für möglich gehalten (*dolus eventualis*) oder geht der Arzt sicher vom Todeseintritt aus (*dolus directus* 2. Grades), liegt eine straflose indirekte Sterbehilfe vor, wenn die Schmerzlinderung das primäre Ziel der Handlung war.⁴⁶ Eine Unterscheidung der beiden Sterbehilfeformen erfolgt folglich im subjektiven Bereich, in der Motivation und Vorstellungswelt, der Intention des Täters.⁴⁷ Nach der grundlegenden strafrechtlichen Dogmatik liegt zwar generell eine Strafbarkeit aktiver Sterbehilfe vor, gleichwohl ist diese anlässlich der differentiellen Intention des Arztes einhellig anerkannt.⁴⁸

a) Allgemeine medizinische Aspekte

Viele Menschen leiden auch bereits vor Eintritt in das Finalstadium einer schweren Erkrankung an starken Schmerzen, Angstzuständen oder Sinnestäuschungen. Die zur Behandlung derartiger Symptome eingesetzten Pharmazeutika gehören zur Gruppe der Opioide der Stufe III, deren wohl bekanntester Vertreter das Morphin ist.⁴⁹ Opioidhaltige Schmerzmittel wie Morphin können die Nebenwirkung haben, dass das Leben des Menschen verkürzt wird und infolgedessen der Tod des Patienten früher eintritt als ohne Einsatz des Medikaments; gleichwohl wird diese Nebenwirkung als akzeptabel hingenommen.⁵⁰ Trotz einer Vielzahl anderer vorhandener nicht opioidhaltiger Analgetika und des Fortschritts in der palliativen Operation sowie der Rückenmarksanästhesie

45 BGHSt 42, 301 (301).

46 Teilweise wird von Stimmen aus der Literatur auch die Ausdehnung auf die Vorsatzform *dolus directus* 2. Grades gefordert, „da die objektive Rechtfertigung der indirekten Sterbehilfe nicht von den Unsicherheiten der bei der schmerztherapeutisch erforderlichen Dosierung abhängen darf.“, Zitat: Roggendorf, Indirekte Sterbehilfe: Medizinische, rechtliche und ethische Perspektiven, S. 86; so auch: Rosenau, Aktive Sterbehilfe, in: Festschrift für Claus Roxin zum 80. Geburtstag, S. 578; Mü – Ko – Schneider -, Vor §§ 211 ff. Rn. 95.

47 Roggendorf, S. 117f.; Seibert, S. 14.

48 Fischer, Vor §§ 211ff., Rn. 55ff.; Siehe hierzu auch die ausführliche Dissertation von: Seibert, m.w.N..

49 Mikus, Ist Morphin anderen Opioiden noch ebenbürtig?, in: Hessisches Ärzteblatt, 3 / 2009, S. 180, abrufbar unter: http://ww4.laekh.de/upload/Hess._Aerzteblatt/2009/2009_03/2009_03_11.pdf, letzter Abruf am 27.04.2012.

50 Seibert, S. 127 ff., PharmaWiki, Stichwort: Morphin; abrufbar unter: S. <http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Morphin>; letzter Abruf am 29.07.17.

gilt Morphin nach wie vor noch als das Mittel bei Behandlung starker Schmerzen, insbesondere solcher, wie sie im Finalstadium einer Tumorerkrankung auftreten können.⁵¹

Die Verschreibungshäufigkeit von Morphin ist in den letzten Jahren nicht nur national, sondern auch international tendenziell gesunken.⁵² Deutschland verhält sich im internationalen Vergleich nach wie vor eher zurückhaltend bei dem Verbrauch von Morphin. So lag der Verbrauch 1995 in Kilogramm (gerundet) pro 1 Million Einwohner bei gerade einmal 10 kg, in Großbritannien dagegen bei 30 kg und beim Spitzenreiter Dänemark bei 83 kg pro 1 Million Einwohner, im Jahr 2000 ist zwar ein Anstieg des Verbrauchs auf 18 kg zu verzeichnen, damit liegt Deutschland aber nach wie vor weit hinten.⁵³ Laut Müller – Schwefe, Präsident des Schmerztherapeutischen Kolloquiums e.V. und Präsident des Deutschen Schmerztags 1999, ist der Bedarf damit aber noch lange nicht gedeckt.⁵⁴ Die Zurückhaltung bei der Verschreibung des Morphins mag prima facie unter anderem an dessen Nebenwirkungen liegen. Morphin wirkt unter anderem analgetisch, antitussiv und atemdepressiv. Darüber hinaus hat die Gabe von Morphin aufgrund der Dopaminfreisetzung im nucleus accumbens eine euphorisierende Wirkung und befreit den Patienten aufgrund der Steigerung des Wohlbefindens neben den Schmerzen auch von Angst und Niedergeschlagenheit.⁵⁵ Trotz der möglichen Risiken und Nebenwirkungen tritt durch den Einsatz von opioidhaltigen Analgetika wie Morphin insgesamt eine Verbesserung der Lebensqualität ein, welche gegenüber der meist nur geringfügigen Lebensverkürzung des in der verbleibenden Lebenszeit stark eingeschränkten Patienten überwiegt.⁵⁶ Zudem ist in einigen Studien bereits nachgewiesen worden, dass eine Lebensverkürzung bei korrekter und sorgfältiger Dosierung nur noch in seltenen Fällen eintritt.⁵⁷

51 Mikus, Ist Morphin anderen Opioiden noch ebenbürtig?, in: Hessisches Ärzteblatt, 3 / 2009, S. 180, von Lutterotti, Menschenwürdiges Sterben, S. 121; Chong, Sterbehilfe und Strafrecht, § 10, S. 86f.

52 Mikus, Ist Morphin anderen Opioiden noch ebenbürtig?, in: Hessisches Ärzteblatt, 3 / 2009, S. 180,

53 Vgl. Deutsche Hospiz Stiftung, PDF – Datei, abrufbar unter: <http://www.hospiz.de/docs/stellungnahmen/15.pdf>; letzter Abruf am 27.04.2012.

54 Müller – Schwefe, Deutsches Ärzteblatt 1999; 96 (14): A – 896.

55 Aktories et al., Pharmakologie und Toxikologie, S. 243 ff.

56 Igl / Welti - Hoyer -, Kap. 11 Rn. 1326.

57 Woellert / Schmiedebach, Sterbehilfe, S. 20; Schönke / Schröder – Eser -, Vor §§ 211 Rn. 26.